



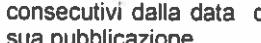
## ORIGINALE

## **DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

N. 000273 DEL 22 MAR. 2018

oo

**OGGETTO:** PRESA D'ATTO, APPROVAZIONE E ADOZIONE NUOVA PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA - REVOCA DELLA DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO N. 31 DEL 05/02/2015 INERENTE L'APPROVAZIONE PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA"

PUBBLICAZIONE		ESECUTIVITÀ	
AFFISSIONE ALBO	RELATA	ORDINARIA	IMMEDIATA
<p>La presente deliberazione sarà affissa all'Albo Pretorio informatico dell'Azienda dal <b>27 MAR. 2018</b> e vi permarrà per 15 giorni consecutivi.</p> <p>L'incaricato </p>	<p>La presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio informatico dell'Azienda per 15 giorni consecutivi dalla data della sua pubblicazione</p> <p>L'incaricato </p>	<p>La presente deliberazione ha efficacia a decorrere dal <hr/></p> <p>Il Dirigente </p>	<p>La presente deliberazione per l'urgenza, è resa immediatamente esecutiva.</p> <p><b>22 MAR. 2018</b></p> <p>Il Direttore Generale Dott.ssa Antonietta Costantini  </p>

**Nell'anno, giorno e mese sopra specificati.**

## IL DIRETTORE GENERALE

Dott. ssa Antonietta Costantini, nominata con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 375 del 13 luglio 2016 e del D.P.G.R.C. n. 165 del 19 luglio 2016, con l'assistenza del Segretario verbalizzante, previa acquisizione dei pareri del Direttore Sanitario Aziendale e del Direttore Amministrativo Aziendale, ha adottato la deliberazione in oggetto di cui al testo che segue:



Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud  
Via Marconi, 66  
80059 Torre del Greco

**OGGETTO:** Presa d'atto, approvazione e adozione nuova procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria - Revoca della Deliberazione del Commissario Straordinario n. 31 del 05/02/2015 inerente l'approvazione procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria".

#### IL RESPONSABILE DELLA DIREZIONE U.O.C. RISK MANAGEMENT

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Responsabile della Direzione UOC Risk Management delle risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica e amministrativa della stessa resa dallo stesso dirigente responsabile proponente a mezzo della sottoscrizione della presente;

Dichiarata, altresì, espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di responsabile del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al D.Lgs.30 giugno 2003 n.196, con conseguenziale esclusiva assunzione di responsabilità;

Dichiarata, infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190;

Visti:

- La Legge 8 marzo 2017, n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie". (GU Serie Generale n.64 del 17-03-2017);
- La Legge 7 agosto 1990, n. 241 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi". (GU Serie Generale n.192 del 18/08/1990)
- La Circolare Ministero della Sanità, Direzione Generale Ospedali Div. II, n. 61 del 19/12/1986 n. 900.2/ AG.464/260 ad oggetto "Periodo di conservazione della documentazione sanitaria presso le istituzioni sanitarie pubbliche e private di ricovero e cura";
- Decreto Ministero della Salute 14 febbraio 1997: "Determinazione delle modalità affinché i documenti radiologici e di medicina nucleare e i resoconti esistenti siano resi tempestivamente disponibili per successive esigenze mediche, ai sensi dell'art. 111, comma 10, del decreto legislativo 17 marzo 1995, n. 230" (G.U. Serie Generale n.58, del 11/3/1997);

**Considerato:**

- che gli atti e la documentazione sanitaria contenenti anamnesi, diagnosi e/o descrizione dei trattamenti medico/chirurgici (certificazioni, referti, cartella clinica ospedaliera etc.) rientrano nella documentazione sottratta al pubblico accesso per le esigenze connesse alla vigente normativa di tutela della privacy ed in quanto coperta da segreto professionale, e pertanto richiede regolamentazione per la identificazione degli aventi diritto
- la necessità di una revisione della procedura della cartella clinica e della documentazione sanitaria anche alla luce della Legge 8/3/2017, n.24 *"Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie"*;
- che la regolamentazione debba contenere anche la individuazione degli oneri a carico dei cittadini per la mera copertura dei diritti di segreteria connessi alla riproduzione degli atti;

**Valutato**

- Il parere formale, richiesto con nota prot. 85373 del 11/07/2017, rilasciato dal Direttore UOC Affari Legali con nota prot. n. 2339 del 17/07/2017 alla *"Bozza del documento di revisione della procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria"* con riferimento all'art. 9 *"Funzione della cartella clinica e valore giuridico"*, art. 21 *"Diritto all'anonymato"*, art. 22 *"Aventi diritto al rilascio copia cartella clinica/documentazione sanitaria"*, art. 23 *"Presa visione della cartella clinica/documentazione sanitaria"*, art. 24 *"Modalità di richiesta della cartella clinica/documentazione sanitaria"*;
- Il parere formale, richiesto con nota prot. 85373 del 11/07/2017 e nota prot.n. 99691 del 30/08/2017, rilasciato dal Direttore UOC Acquisizione Beni e Servizi e UOC Affari Generali con nota prot. n.89507 del 21/07/2017;
- Il parere formale, richiesto con nota prot. 85373 del 11/07/2017, rilasciato dal Direttore UOC Controllo di Gestione con nota prot. n.95779 del 9/8/2017 per le opportune modifiche relative alle schede di controllo e alle modifiche all'art. 12 del documento;
- Il parere formale, richiesto con nota prot. 85373 del 11/07/2017, rilasciato dal Direttore Sanitario PP.OO. Nola e Pollena con nota prot. n. 1550 del 17/7/2017;
- Il parere formale, richiesto con nota prot. n.99685 del 30/08/2017, rilasciato dal Direttore UOC Gestione Risorse Umane con nota 102320 del 7/9/2017 relativamente al costo orario di lavoro ordinario per coadiutore amministrativo, costo non variato rispetto a quanto comunicato con nota prot. n. 115961 del 24/11/2014;
- Il parere formale, richiesto con nota prot. 85373 del 11/07/2017, rilasciato dal Direttore UOC Acquisizione Beni e Servizi con nota prot. n. 15823 del 30/01/2018, relativamente alla diversificazione degli importi per il rilascio della cartella clinica a seconda del numero di pagine e non in relazione al tempo della richiesta, nonché una riduzione sensibile dei costi di riproduzione dei DVD rispetto alla precedente deliberazione;



- Il parere formale, richiesto con nota prot. 16992 del 01/02/2018, rilasciato dal Direttore Amministrativo Aziendale in data 01/02/2018 concordante con la proposta del Direttore UOC Acquisizione Beni e Servizi;
- Il parere formale rilasciato dal Direttore UOC Acquisizione Beni e Servizi con nota prot. n.123081 del 11/12/2014 relativamente ai dettagli economici del noleggio delle fotocopiatrici in dotazione alle strutture aziendali, l'incidenza di ogni singola copia prodotta ed il costo di una risma di fogli A4.

**PROPONE AL DIRETTORE GENERALE di**

- revocare la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 31 del 05/02/2015 ad oggetto: Approvazione procedure per la gestione della Cartella clinica e della documentazione sanitaria;
- prendere atto, approvare ed adottare la nuova “Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria”, allegata al presente provvedimento come parte integrante e sostanziale;
- stabilire la decorrenza dell’ operatività del presente provvedimento con la data di adozione dello stesso;
- dare mandato al Responsabile dell’U.O.C. Risk Management proponente la presente delibera di notificarne i contenuti a tutte le strutture aziendali;
- dare mandato ai Direttori delle Macrostrutture aziendali di provvedere alla piena diffusione, implementazione e applicazione della presente procedura con il monitoraggio della corretta applicazione con cadenza almeno semestrale;
- prendere atto che l’adozione del presente documento non comporta oneri aggiuntivi a carico dell’Azienda.

**Il Responsabile Direzione UOC Risk Management**  
dott.ssa Edvige Cascone



**Il Direttore Generale**

In forza della D.G.R.C. n° 375 del 13/07/2016 e del D.P.G.R.C. n° 165 del 19/07/2016

Preso atto della dichiarazione resa dal dirigente proponente con la sottoscrizione, in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa del presente atto, nonché relativa alla conformità dello stesso atto alle disposizioni vigenti in materia di tutela della privacy;

Sentito il parere favorevole espresso dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo

**Il Direttore Sanitario**

*dott. Luigi Caterino*

**Il Direttore Amministrativo**

*dott. Domenico Concilio*

**DELIBERA di**

- revocare la Deliberazione del Commissario Straordinario n. 31 del 05/02/2015 ad oggetto: Approvazione procedure per la gestione della Cartella clinica e della documentazione sanitaria;
- prendere atto, approvare ed adottare la nuova "Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria", allegata al presente provvedimento come parte integrante e sostanziale;
- stabilire la decorrenza dell' operatività del presente provvedimento con la data di adozione dello stesso;
- dare mandato al Responsabile dell'U.O.C. Risk Management proponente la presente delibera di notificarne i contenuti a tutte le strutture aziendali;
- dare mandato ai Direttori delle Macrostrutture aziendali di provvedere alla piena diffusione, implementazione e applicazione della presente procedura con il monitoraggio della corretta applicazione con cadenza almeno semestrale;
- prendere atto che l'adozione del presente documento non comporta oneri aggiuntivi a carico dell'Azienda.

Il Dirigente proponente sarà responsabile in via esclusiva, dell'esecuzione della presente deliberazione, che viene resa immediatamente esecutiva, data l'urgenza, e curandone tutti i consequenziali adempimenti, nonché quelli di pubblicità e di trasparenza previsti dal D. Lgs 14 marzo 2013 n° 33 e s.m.i.

*Il Direttore Generale*

*dott.ssa Antonietta Costantini*

aslnapoli3

**U.O.C RISK MANAGEMENT**

Direttore Dott.ssa Edvige Cascone

Corsa Alide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia (NA)

Tel. 0810729361 - 0810729317

Email: riskmanagement@aslnapoli3sud.it

Pec: riskmanagement@pec.aslnapoli3sud.it

prot 65373 del 11/07/17

Al Direttore UOC Gabinetto

Al Direttore UOC Affari Legali

Al Direttore UOC Affari Generali

Al Direttore UOC ABS

Al Direttore Dipartimento Salute Mentale

Al Direttore Dipartimento di Prevenzione

Al Direttori Sanitari Presidiali

Al Direttore UOC Assistenza Distrettuale

Al Direttori Distretti Sanitari

Al Direttore UOC Controllo di Gestione

Al Responsabile settore SDO c/o UOC Controllo di Gestione

Al Direttore UOC Medicina Legale Pubblica Valutativa

Al Direttore UOC Gestione Servizi Informatici

Al Direttori Ser.T

Al Responsabile Centrale Operativa 118 Napoli Est

Al Direttore UOC Fasce Deboli

Al Direttore UOC Relazioni con il Pubblico – Responsabile Prevenzione della Corruzione

E.p.c.

Al Direttore Sanitario

Al Direttore Generale

Oggetto: Bozza del documento di revisione della procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria

Si trasmette alle SS.LL. la bozza del documento relativo alla procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria per la necessaria partecipazione all'attività di revisione, ciascuna per quanto di competenza.

In particolare, si chiede di esprimere specifico parere:

1. Al *Direttore UOC Affari Legali* in merito agli aventi diritto alla visione e rilascio della documentazione sanitaria, diritto all'anonimato, tempi di conservazione, ed in generale sugli aspetti legali concernenti la gestione della documentazione sanitaria (artt. 21, 22, 23, 24, 25, 27, etc., allegato B);
2. Al *Direttore UOC Affari Generali* in merito ai tempi di conservazione della documentazione sanitaria;
3. Al *Direttore UOC ABS* in merito alla congruità del pagamento dei diritti di segreteria a complessiva copertura degli oneri a carico dell'Azienda (Allegato A);
4. Al *Direttore UOC Relazioni con il pubblico* in merito al rispetto delle normative sulla Privacy e Trasparenza, in merito ai tempi di conservazione della documentazione sanitaria anche per l'eventuale valutazione del comitato partecipativo e consultivo dell'ASL.

aslnapolisud

**U.O.C RISK MANAGEMENT**

Direttore Dott.ssa Edvige Cascone

Corsia Alcide de Gasperi, 167 - 80053 Castellammare di Stabia (NA)

Tel. 0818729364 - 0818729317

E-mail: riskmanagement@aslnapolisud.it

Pec: riskmanagement@pec.aslnapolisud.it

5. Al Direttore UOC Controllo di Gestione e Responsabile settore SDO in merito agli adempimenti relativi alla SDO, alla chiusura della cartella clinica, anonimato, controlli interni (artt. 12, 14, 20, 21, etc.);

Attesa l'urgenza segnalata per le vie brevi, dal Direttore della UOC Gabinetto di procedere agli adempimenti previsti dalla Legge 8/3/2017 n. 24 (*Dispnsioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*), si resta in attesa di una formale comunicazione di ciascuna delle Articolazioni in Indirizzo, che dovrà pervenire entro e non oltre il 17 luglio p.v , attestante la presa visione della procedura trasmessa e delle eventuali osservazioni/correzioni/integrazioni da apportare alla stessa.

Cordiali saluti.

Il Direttore UOC Risk Management

Dott.ssa Edvige Cascone



Via G. Marconi, 66 - 80059 Torre del Greco (NA)

**U.O.C. Affari Legali**

**Direttore: Avv. Peluso Rosa Anna**

**Telef. 0818490637**

**Fax 0818490600/0629;**

**E-mail Pec - ra.peluso@pec.aslnapoli3sud.it**

**Sito: www.aslnapoli3sud.it**

Prot. n. 2339

Del 17.07.2017

Al Direttore dell'UOC

Risk Management

Dott. ssa Edvige Cascone

Al Direttore Generale

Al Direttore Amministrativo

Al Direttore Sanitario

E p.c. Al Direttore UOC Gabinetto

Al Direttore dell'UOC Affari Generali

Al Direttore dell'UOC ABS

Al Direttore dell'UOC Relazioni con il Pubblico

Al Direttore dell'UOC Controllo di Gestione

#### Sede

**OGGETTO:** Nota prot. n. 85373 del 10.07.2017 ad oggetto " *Bozza del documento di revisione della procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria* ".

Con la nota in epigrafe indicata, il Direttore dell'UOC Risk Management ha trasmesso la bozza del documento di revisione della procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria ed ha chiesto di esprimere specifico parere entro il 17.07.2017 " *in merito agli aventi diritto alla visione e rilascio della documentazione sanitaria, diritto all'anonimato, tempi di conservazione, ed in generale sugli aspetti legali concernenti la gestione della documentazione sanitaria (artt. 21, 22, 23, 24, 25, 27 ecc., all. B )* ".

Ciò posto, dopo attenta lettura della bozza del documento si esprime il seguente parere:

#### 1-Art. 9 " *Funzione della cartella clinica e valore giuridico* ".

Al termine dell'articolo occorre aggiungere " La cartella clinica in base all'art.2700 c.c., costituisce prova, sino a querela di falso, della provenienza del documento dal pubblico ufficiale che lo ha redatto".

Si osserva, comunque, che i requisiti fondamentali della compilazione della cartella clinica, al di là della soggettività, sono la chiarezza e la veridicità; il primo requisito appare opportuno per evitare incertezze di interpretazione del documento ma, in genere, non costituisce illecito penale.

Difatti, la Cassazione (sentenza del 29 maggio 1961) ha affermato che l'incompletezza e l'ambiguità non equivalgono a falsità, in quanto non attengono alla veridicità del documento.

Il secondo, invece, risponde ad un requisito di legge: il sanitario, infatti, che attesti il falso, incorre - a seconda della qualità dell'alterazione- in uno dei seguenti reati:

-art.476 c.p. "*Falsità materiale commessa da pubblico ufficiale in atti pubblici*": il Pubblico Ufficiale che nell'esecuzione delle sue funzioni, forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni. Se la falsità concerne un atto , che faccia fede fino a querela di falso ( artt. 2699, 2700 c.c. ), la reclusione è da tre a dieci anni";

-art.479 c.p. "*Falsità ideologica commessa da Pubblico Ufficiale in atti pubblici*": il Pubblico Ufficiale che, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un atto è stato da lui compiuto, o è avvenuto in sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero ometta o alteri dichiarazioni da lui ricevute o comunque attesta falsamente fatti di cui l'atto è destinato a provare la verità; soggiace alle pene stabilite all'art.476 c.p..

Le falsità, quindi, che possono essere realizzate su documenti sono di due tipi:

-le falsità materiali: attività di falsificazione che possono essere effettuate sull'atto già terminato (es. cancellature, aggiunte),

-le falsità ideologiche: attività di falsificazione che possono essere realizzate nel momento in cui l'atto viene formato.

Le cancellature, le aggiunte in caso di erronea trascrizione debbono, pertanto, essere effettuate in modo tale che sia possibile comprendere quanto precedentemente annotato (es. non utilizzare decoloranti o altri mezzi diretti a variare gli scritti apposti, ma tracciare una riga sull'errore, e trascrivere a fianco o sopra; riportare una nota di correzione accanto allo scritto precedente).

#### **Art. 21 "Diritto all'anonymato".**

Il "Codice in Materia di Protezione dei Dati Personalini", entrato in vigore il 1 gennaio 2004, è ormai la norma di riferimento per la tutela della riservatezza nel nostro paese e si allinea con le analoghe normative europee. Il legislatore si è proposto di garantire in concreto, e non solo astrattamente, ad ogni persona la "titolarità primaria" dei dati che la riguardano, cioè di sé stessa come soggetto sociale.

Ciò posto, occorre inserire nell'articolo 21 che tale beneficio per le gestanti non viene concesso in caso di ricovero per interruzione volontaria di gravidanza ai sensi della legge 22/5/78 n.194.

Tuttavia, l'operatore è tenuto all'osservanza del segreto professionale in quanto, l'art. 21 della L. n. 194/78 ha stabilito: " Chiunque, fuori dei casi previsti dall'articolo 326 del codice penale, essendone venuto a conoscenza per ragioni di professione o di ufficio, rivela l'identità - o comunque divulghe notizie idonee a rivelarla - di chi ha fatto ricorso alle procedure o agli interventi previsti dalla presente legge, è punito a norma dell'articolo 622 del codice penale ".

Con riferimento ai tossicodipendenti ed al suddetto beneficio di legge, si osserva che considerando quanto disposto dal comma 3 art.120 DPR 309/90, visto che il singolo può avvalersi del diritto all'anonymato "a richiesta", è opportuno documentare tale richiesta nella cartella del soggetto. Pertanto, all'accettazione del paziente, oltre ai consueti documenti, è utile acquisire anche una sua dichiarazione del tipo: "il sottoscritto...-dati anagrafici...richiede di avvalersi nei rapporti con il Servizio del diritto all'anonymato ai sensi dell'art. 120, comma 3, DPR 309/90 ".

In assenza di tale esplicitazione, potrebbe non essere evidente, all'esterno del Servizio, la possibilità che il paziente si sia avvalso dell'anonymato, intendendosi attivo solo il segreto professionale che, come è noto, non copre i dati storici; si potrebbe allora verificare la condizione di dover dare informazioni quali, i dati anagrafici e luogo e ora di eventuali appuntamenti, con possibili spiacevoli conseguenze per il paziente.

Quindi, una esplicita e formale richiesta rende certamente più forte la posizione dell'operatore che non può più essere considerato "libero" di disporre dei dati storici del paziente.

Una formale richiesta di avvalersi dell'anonymato del tipo di cui sopra non può essere superata da una richiesta, anche formale (scritta), da parte di Agenti di Polizia. E' necessario che una eventuale

richiesta formale sia avanzata dal Magistrato che indaga, che deve indirizzarla specificamente al Servizio (e non genericamente ordinare alla Polizia di svolgere le indagini), e che deve dichiarare che il rivolgersi al servizio è dettato da caratteri di urgenza, di gravità e di mancanza di altre vie di indagine.

A questo punto se l'operatore ritiene di acconsentire a una tale richiesta del Magistrato, formale, esplicita e completa, la cosa diventa, da un punto di vista della correttezza del comportamento, inattaccabile. Tuttavia, considerazioni di opportunità possono portare ad opporsi ancora. Ciò è legittimo se, a questo punto, l'opposizione viene fatta per scritto, con una dichiarazione del tipo "il sottoscritto -dati personali e ruolo organizzativo-..in ordine alla richiesta di acquisizione di ..- indicare l'oggetto della richiesta del Pubblico Ministero-..dichiara che, ai sensi dell'art.256 c.p.p. i dati richiesti sono coperti da segreto professionale in quanto il paziente, ai sensi dell'art.120, comma 3, DPR 309/90, ha chiesto di beneficiare dell'anonimato e , pertanto, il sottoscritto non può aderire alla richiesta ".

Inoltre occorre inserire nell'articolo 21 che tutti i pubblici impiegati sono obbligati a non divulgare "notizie d'ufficio le quali debbano rimanere segrete o ne agevola in qualsiasi modo la conoscenza " pena la reclusione da sei mesi a tre anni, se, invece, l'"agevolazione è soltanto colposa , si applica la reclusione fino ad un anno " (art. 326 CP).

#### **Art. 22 " Aventi diritto al rilascio copia cartella clinica/ documentazione sanitaria "**

La persona alla quale i dati della cartella si riferiscono ha diritto di disporre del suo contenuto, sia nel corso della degenza (a cartella cosiddetta aperta) sia dopo la sua conclusione. Per definire le modalità e i limiti dell'accesso alla cartella clinica, occorre considerare e raccordare tra loro una serie di disposizioni normative, derivanti dalla L. 241/90, dal Dlgs 196/2003, avuto altresì riguardo alle previsioni del codice penale in tema di tutela del segreto professionale (art. 622) e del segreto d'ufficio (art. 326). La non facile ponderazione dei diversi diritti di accesso e di tutela del segreto è stata oggetto di pronunce ripetute del Garante della privacy, a cui si deve l'enunciazione del principio guida del "pari rango". Per decidere se l'accesso a dati sensibili sia consentito, occorre considerare se il diritto invocato dal richiedente abbia pari rango rispetto a quello della riservatezza. Se un terzo invoca a motivo della propria richiesta la necessità di tutelare in sede giudiziaria un proprio diritto o un interesse legittimo, nel valutare il rango del diritto all'accesso, si deve utilizzare come parametro di raffronto non il diritto di azione alla difesa, pure costituzionalmente protetto, quanto il sottostante diritto che il terzo intende far valere (es. diritto di personalità oppure di proprietà ecc.). Quando si tratta di dati idonei a rivelare lo stato di salute o la vita sessuale, l'accesso può consentirsi se la situazione giuridicamente rilevante che si intende tutelare con la richiesta di accesso è di rango almeno pari al diritto alla riservatezza dell'interessato ovvero consiste in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile. Per le cartelle cliniche, dispone l'art. 92, 2<sup>a</sup> comma, del Cod. priv. che eventuali richieste di presa visione o rilascio di copia, da soggetti diversi dall'interessato, possono essere accolte in toto o in parte 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 o consistente in un diritto di personalità o in altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile; tutelare, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell'interessato o consistente in un diritto di personalità o in altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile.

È demandata alla struttura sanitaria la regolamentazione del diritto di accesso alle cartelle cliniche, prevedendo chi abbia la responsabilità di sovraintendere a tale funzione.

In sintesi, hanno diritto alla consultazione e a ottenere copia della cartella, in toto o in parte, oltre che al rilascio di estratti della stessa, anche durante il tempo in cui la cartella è aperta:

- 1- **la persona assistita (interessato)**, a cui la documentazione si riferisce, in via diretta, se maggiorenne e capace di intendere e volere; se minorenne, per il tramite degli esercenti la potestà o la tutela; se di maggiore età ma incapace di intendere o volere, per il tramite

dell'amministratore di sostegno, se tale compito rientra tra quelli assegnatigli dal giudice tutelare. Pertanto, l'art. 22 comma 1 deve essere integrato.

- 2- persone delegate dall'interessato; ( si condivide )
- 3- in ipotesi di decesso dell'interessato, hanno titolo, ciascuno per proprio conto, gli eredi legittimi (il coniuge, i figli legittimi, i figli naturali e, in mancanza dei predetti, gli ascendenti legittimi e i collaterali se concorrono come legittimari) nonché gli eredi testamentari che provino la loro posizione con dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà, corredata da copia di documento di identità o di riconoscimento valido.

Quando tra le persone sopra indicate intervenga dissenso, la decisione va rimessa all'autorità giudiziaria competente.

Deve riconoscersi un diritto di accesso al parente del defunto interessato a scopo di tutela della propria salute. La richiesta deve essere specificatamente motivata e la legittimazione dell'istante deve essere comprovata mediante dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà ai sensi dell'art. 47 del DPR n° 445/2000, corredata da copia di documento di identità o di riconoscimento valido.

Va rispettata in ogni caso la volontà del defunto quando risulti espressa in forma scritta; l'accesso può essere consentito al minore emancipato, ai sensi dell'art. 390 cc, sulla base di idonea certificazione o dichiarazione sostitutiva; la persona che non sia stata riconosciuta dai genitori naturali può chiedere l'accesso ai propri documenti sempre che le generalità riportate su questi ultimi corrispondano a quelle del richiedente. Quando sia intervenuta adozione, con diversità di nomi, in applicazione della L. 184/83 art. 28, è opportuno richiedere estratto per copia conforme di atto di nascita, tenuto conto che qualunque attestazione di stato civile riferita all'adottato deve essere rilasciata con la sola indicazione del nuovo cognome e con l'esclusione di qualsiasi riferimento alla paternità e alla maternità del minore. L'ufficiale di stato civile, l'ufficiale di anagrafe e qualsiasi altro ente pubblico o privato, autorità o pubblico ufficio debbono rifiutarsi di fornire notizie, informazioni, certificazioni, estratti o copie dai quali possa comunque risultare il rapporto di adozione, salvo autorizzazione espressa dell'autorità giudiziaria. Non è necessaria l'autorizzazione qualora la richiesta provenga dall'ufficiale di stato civile, per verificare se sussistano impedimenti matrimoniali. Le informazioni concernenti l'identità dei genitori biologici possono essere fornite ai genitori adottivi, quali esercenti la potestà dei genitori, su autorizzazione del tribunale per i minorenni, solo se sussistono gravi e comprovati motivi. Il tribunale accerta che l'informazione sia preceduta e accompagnata da adeguata preparazione e assistenza del minore.

Le informazioni possono essere fornite anche al responsabile di una struttura ospedaliera o di un presidio sanitario, ove ricorrono i presupposti della necessità e della urgenza e vi sia grave pericolo per la salute del minore. L'adottato, raggiunta l'età di 25 anni, può accedere a informazioni che riguardano la sua origine e l'identità dei propri genitori biologici. Può farlo anche raggiunta la maggiore età, se sussistono gravi e comprovati motivi attinenti alla sua salute psico-fisica. L'istanza deve essere presentata al tribunale per i minorenni del luogo di residenza. L'autorizzazione non è richiesta per l'adottato maggiore di età quando i genitori adottivi sono deceduti o divenuti irreperibili. Altri soggetti a cui consentire l'accesso sono: il medico curante o le strutture sanitarie pubbliche o private, esclusivamente per finalità istituzionali attinenti alla tutela della salute dell'interessato, previo consenso di quest'ultimo; l'INPS, l'INAIL per le finalità proprie; l'Autorità Giudiziaria, in via autonoma o con delega alla Polizia Giudiziaria o ai consulenti tecnici da essa nominati. Il responsabile del rilascio deve consegnare i documenti richiesti anche in originale se così è ordinato dall'Autorità giudiziaria (v. art. 258 cpp); in tal caso a quest'ultima dovrà essere chiesta autorizzazione a ottenere una copia per esigenze di archivio, con divieto di estrazione di copie ulteriori, per il cui rilascio si dovrà acquisire specifico nulla osta.

Copia della cartella clinica può anche essere richiesta dagli Avvocati ( cartella della controparte ).

Specifiche disposizioni riguarda il CEDAP (certificato di assistenza al parto) e la cartella clinica del neonato, se comprensivi di dati che rendano identificabile la madre che si sia avvalsa della facoltà di non riconoscere il figlio; tali documenti possono essere rilasciati in copia integrale a chi, diverso dalla madre, vi abbia interesse solo decorsi cento anni dalla loro formazione. Durante questo

intervallo temporale, la richiesta di accesso ai documenti può essere accolta relativamente ai dati riguardanti la madre che abbia dichiarato di non voler essere nominata, osservando le opportune cautele per evitare che quest'ultima sia identificabile.

L'accesso alla documentazione sanitaria per studi epidemiologici è disciplinato dall'art. 110 del Cod. priv. secondo il quale, al di fuori di ricerche previste da leggi o rientranti nell'ambito di programmi di ricerca biomedica o sanitaria previsti dalla normativa regolante il SSN, occorre il consenso dell'interessato.

In situazioni particolari, quando non sia possibile acquisire il consenso degli interessati, si può sottoporre il programma di studio alla valutazione del comitato etico territorialmente competente e, in caso di giudizio favorevole, richiedere poi l'autorizzazione del Garante per la protezione dei dati. La consultazione per scopi storici di documenti con dati personali è assoggettata alle disposizioni del codice di deontologia e di buona condotta e può avvenire liberamente decorsi 70 anni, con l'eccezione della documentazione sanitaria inerente alle madri che non abbiano riconosciuto il loro neonato, per la quale vale il termine di 100 anni. Prima dei 70 anni, l'accesso agli archivi sanitari, per motivi storici, richiede l'autorizzazione della struttura che ne è responsabile.

Le strutture sanitarie entro 7 giorni dalla richiesta proveniente dal dimesso o dalle persone innanziate, possono rilasciare la cartella clinica con la documentazione sanitaria disponibile.

Pertanto, l'art. 22 deve essere integrato.

**L'art. 23 " Presa visione della cartella clinica /documentazione sanitaria ".**  
Si condivide.

**L'art. 24 " Modalità di richiesta della cartella clinica/ documentazione sanitaria ".**

La richiesta di rilascio può avvenire oltre che per posta, ed a mezzo fax, anche per via posta elettronica: la richiesta deve essere intestata alla Direzione Medica di Presidio Ospedaliero, accompagnata dalla copia del documento di riconoscimento dell'intestatario della cartella al fine di verificare la veridicità della richiesta. Qualora il richiedente fosse diverso dall'intestatario della cartella dovrà fornire atto notorio che attesti il suo diritto di accesso alla cartella clinica.

Inoltre, sarebbe opportuno precisare che non saranno accettate richieste di cartelle cliniche effettuate telefonicamente.

Occorre ancora prevedere e disciplinare il rilascio di copia di immagini radiografiche su CD .  
Pertanto, l'art. 24 deve essere integrato.

Il D.P.R. n. 128/69 ha previsto che la cartella clinica, unitamente ai relativi referti , deve essere conservata illimitatamente in quanto rappresenta un atto ufficiale, indispensabile a garantire la certezza del diritto. Il diritto di accesso non è sottoposto a prescrizione.

In ordine alla conservazione del documento una circolare del Ministero della Sanità - Direzione Generale Ospedali Div. II n. 61 del 19.12.1986 n. 900 2/AG454/260, emanata il 19 dicembre 1986 ha stabilito che "le cartelle cliniche, unitamente ai relativi referti, vanno conservate illimitatamente, poiché rappresentano un atto ufficiale indispensabile a garantire la certezza del diritto, oltre a costituire preziosa fonte documentaria per le ricerche di carattere storico-sanitario". "In merito alla conservazione, presso l'archivio delle istituzioni sanitarie, delle radiografie" continua la circolare del Ministero della Sanità "non rivestendo esse il carattere di atti ufficiali, si ritiene che potrà essere sufficiente un periodo di venti anni. Tale indicazione si riferisce al periodo minimo di conservazione più lungo".

In analogia a quanto stabilito per le radiografie, si può ritenere che la restante documentazione diagnostica, come: la documentazione iconografica radiologica e di medicina nucleare (D.M. 14.02.1997) e, per analogia, ogni altro materiale diagnostico che sia stato sottoposto a trattamento conservativo, quali i preparati istologici o citologici (colorati o meno), le inclusioni in paraffina, nonché i tracciati, le fotografie, i filmati ed ogni altro materiale non deperibile che sia stato oggetto

di diagnosi mediante refertazione, può essere conservato per un periodo di almeno 20 anni., finché non intervengano eventuali ulteriori disposizioni a modificare il limite predetto.

La conservazione va effettuata prima in un archivio corrente e successivamente, trascorso un quarantennio, in una separata sezione di archivio, istituita dalla struttura sanitaria come da Art. 30 del D.P.R. 30 settembre 1963, n. 1409. Per la conservazione della cartella clinica si ritiene applicabile il citato Decreto in materia archivistica in quanto sotto il profilo oggettivo la cartella clinica deve ritenersi un documento finalizzato all'esercizio di un pubblico servizio, e quindi un bene patrimoniale indisponibile ex art. 830 c.c.. Si segnala che laddove i presidi sanitari trovassero difficoltà nell'allestimento di idonei locali da destinare ad archivio, è consentita la possibilità del ricorso alla microfilmatura sostitutiva di tutta la documentazione sanitaria.

Il Direttore dell'UOC Affari Legali

Avv. Peluso Rosa Anna  








ASL NAPOLI 3 SUD  
Registrazione di Protocollo - Partenza  
N. 0089507 del 21/07/2017 - 13:43



\* 0 0 0 3 5 6 9 7 7 5 \*

sede legale: Via Marconi, 66 - Torre del Greco  
sito: [www.aslnapolisud.it](http://www.aslnapolisud.it)

## U.O.C. Servizio Acquisizione Beni e Servizi

e-mail [sabs@aslnapolisud.it](mailto:sabs@aslnapolisud.it)  
pec [sabs@pec.aslnapolisud.it](mailto:sabs@pec.aslnapolisud.it)

Al Direttore Generale

Al Direttore Sanitario

Al Direttore Amministrativo

Al Direttore U.O.C. Risk Management

**OGGETTO:** bozza del documento di revisione della procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria  
Rif. nota della U.O.C. Risk Management n. 85373 in data 11 luglio 2017

Con la nota in riferimento, allegata in pronta consultazione, il Direttore della U.O.C. Risk Management ha trasmesso a varie articolazioni aziendali la bozza in oggetto evidenziata.

Nell'ambito della nota stessa, è stato chiesto alla U.O.C. Affari Generali, di cui la scrivente è direttrice, di esprimere specifico parere "in merito ai tempi di conservazione della documentazione sanitaria", e alla U.O.C. Acquisizione Beni e Servizi, di cui la scrivente è direttore ad interim, di esprimere specifico parere "in merito alla congruità del pagamento dei diritti di segreteria a connessiva copertura degli oneri a carico dell'Ente".

Per l'intanto, si deve evidenziare che, nel contesto della nota in riferimento, uno specifico parere "in merito ai tempi di conservazione della documentazione sanitaria" è stato chiesto, oltre che alla scrivente, anche al direttore U.O.C. Relazioni con il Pubblico, in quanto appare un insolito bisogno di mettere a confronto, per la stessa domanda, le risposte di due diverse articolazioni aziendali.

In ogni caso, per quanto concerne questa U.O.C. Affari Generali si ritiene non vi siano osservazioni da formulare in merito ai previsti tempi di conservazione della documentazione sanitaria e alla normatività usata a riferimento.

Per quanto concerne, poi, la "congruità del pagamento dei diritti di segreteria" si osserva, solamente, che i criteri adottati dalle varie aziende sanitarie, specificatamente da quelle campane, sono notevolmente disformi tra loro, laddove vi è chi, per la cartella clinica a titolo esemplificativo, ha fatto riferimento al numero di pagine e alla data di dismissione (questi ASL Napoli 3 Sud), chi ha fatto riferimento al solo numero delle pagine (S. Giovanni di Dio e Ruggi d'Aragona), chi ha previsto un unico costo fisso di € 10,00 (Moscati, Cardarelli).

Pertanto, anche i criteri utilizzati dalle aziende sanitarie non campane appaiono notevolmente disformi tra loro.

Non si hanno elementi per decretare, oggettivamente, uno dei criteri evidenziati più "congruo" rispetto agli altri.



Il Direttore U.O.C. Servizio Affari Generali e  
Direttore U.O.C. Servizio Acquisizione Beni e Servizi  
Dra.ssa Carmela FRONTOSO

Riscontrata  
Copia A Prot 99691 / 30-8-2017



## Servizio Controllo di Gestione

Prot. N. 95729 del 9 AGO. 2017

Al Direttore  
UOC Risk-Management

OGGETTO : riscontro nota N. 85373/17.

In riferimento alla nota di cui all' oggetto:

vista la richiesta pervenuta, per quanto di competenza , a questa funzione,  
considerato che la normativa relativa alla scheda di dimissione ospedaliera è stata recentemente  
aggiornata dal DM 261/16 e recepita in Regione Campania con il Decreto dirigenziale N.83 del  
28/04/2017,

tenuto conto che gli aggiornamenti previsti dal D.M. comportano numerose e sostanziali  
modificazioni della SDO

si ritiene opportuno

nell'ambito della revisione della procedura per la gestione della cartella clinica e della  
documentazione sanitaria proporre i seguenti aggiornamenti e adeguamenti:

- Sostituzione dell' Art. 12 con l' Art. 12 riportato nell' allegato alla presente.
- Relativamente alla scheda di controllo si ritiene debba essere integrata con altri campi che curino  
in misura particolare la qualità di compilazione della cartella clinica, di tanto è auspicabile un  
incontro ad hoc per la definizione.
- In relazione ai rimanenti punti si rinvia a quanto contemplato nel disciplinare tecnico allegato al  
Decreto 83/17.

Si comunica altresì che, vista la nota n.2339 degli AA.LL. si evidenziano disallineamenti nella  
gestione dell' anonimato tra quanto relazionato dagli AA.LL. e quanto contemplato nel disciplinare  
SDO, pertanto è utile un confronto del gruppo di lavoro per una definizione unica.

Si resta a disposizione per ogni ulteriore ed eventuale specifica in merito.

Cordiali Saluti.

Referente Flusso SDO  
Dott. R. Pagnotta

Responsabile  
Serv. Controllo di Gestione  
Dott.ssa M. De Stefano.

## **Procedura cartella clinica**

### **Definizione**

La cartella clinica ospedaliera costituisce lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche rilevanti che riguardano un singolo ricovero ospedaliero di un paziente.

### **Descrizione**

Ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nell'istituto di cura e coincide con la storia della degenza del paziente all'interno dell'istituto di cura: essa ha inizio al momento dell'accettazione del paziente da parte dell'istituto di cura (alla prenotazione se il ricovero è programmato), segue il paziente nel suo percorso all'interno dell'istituto di cura ed ha termine al momento della dimissione del paziente dall'istituto di cura.

## **ART 12**

**La SDO è parte integrante della cartella clinica di cui costituisce una rappresentazione sintetica e fedele, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa.**

La SDO assume quindi le medesime valenze di carattere medico-legale della cartella clinica, comprensive dell'obbligo di conservazione della documentazione cartacea o di suo equivalente documento digitale, e tutte le informazioni contenute in essa devono trovare valida e completa documentazione analitica nella corrispondente cartella clinica, la compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate nel rigoroso rispetto delle istruzioni riportate nel disciplinare tecnico allegato al Decreto Dirigenziale n. 83 del 28/04/2017 Direzione Generale 4 - Direzione Generale Tutela salute e Coor.to del Sistema Sanitario Regionale.

La responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione, compete al medico responsabile della dimissione, la scheda di dimissione reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione. La codifica delle informazioni sanitarie riportate nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata dallo stesso medico responsabile della dimissione o da altro personale sanitario opportunamente formato ed addestrato.

Essendo la SDO parte della cartella clinica il Responsabile dell' U.O.C. assume la responsabilità della regolare compilazione e codifica della stessa al pari di tutta la cartella.





Sede Legale via Marconi, 66-Torre del Greco  
**OSPEDALI RIUNITI AREA NOLANA**  
DIREZIONE SANITARIA OO.RR.  
Via delle Repubbliche 7- 80035 NOLA  
Tel.081.8223268- fax.081.8223256

PEC.:or.areanolana@pec.aslnapoli3sud.it

Prot 1550

L1. - 11/11/2010

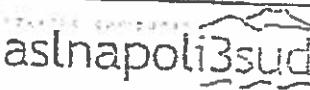
Al Direttore UOC Risk Management

Oggetto : Bozza documento di revisione della procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria : comunicazione.

Vista la bozza trasmessa , è opportuno rivedere quanto riportato alla pagina 19 di 44 ,indicato come punto 4 ( *- deve essere disciplinata,con apposita procedura presidiale a cura delle rispettive direzioni sanitarie,la gestione dei documenti afferenti alla cartella clinica che pervengono successivamente al suo completamento ( es. relazione di riscontro diagnostico)* ) in quanto dissente da quanto evidenziato al punto 14 della pag. 18 di 44 e relativo alla chiusura della cartella e,pertanto, non abbisognevole di procedure specifiche.

Si evidenzia ,inoltre, di dettagliare in maniera chiara quanto enunciato a pagina 30 di 44 ( *entro 7 giorni verrà comunque rilasciata la documentazione sanitaria disponibile,se specificamente richiesto* ) precisando che la disponibilità al rilascio di copia della documentazione è correlata alla presenza presso l'archivio sanitario della documentazione originale, fermo restando che il tempo massimo di consegna della documentazione completa deve avvenire entro 30 giorni dalla data della dimissione.

Direzione Sanitaria  
D.ssa Annunziata Alberto  
NA 027319

 <i>Direttore Generale</i> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b>	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> <b>Dott. Luigi Caterino</b> <i>U.O.C. Risk Management</i> <b>Dott.ssa Edvige Cascone</b>
<b>Gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</b>	<b>Luglio 2017</b>

Rev. 1

Pag. 30 di 44

La dichiarazione di conformità all'originale dovrà essere apposta sull'ultima pagina delle copie fotostatiche della documentazione sanitaria, con la data e il numero dei fogli che la compongono, la sede dell'archivio, il nome e la qualifica e la firma dell'operatore che ha effettuato la copia fotostatica, nonché il nome e la firma del Direttore Sanitario di Presidio/Direttore di Macrostruttura o suo formale delegato. Su ogni foglio dovrà essere apposto il timbro dell'ufficio. Ogni altro caso non previsto dalla presente Procedura, sarà oggetto di decisione da parte del Direttore Sanitario di Presidio.

**Entro 7 gg. verrà comunque rilasciata la documentazione sanitaria disponibile, se specificamente richiesto.**

La Cartella Clinica/documentazione sanitaria, rilasciata in copia autenticata ai sensi dell'art. 14 della Legge 4.01.1968 n. 15, dal Direttore Sanitario di Presidio/Macrostruttura, deve riportare in calce il numero dei fogli di cui è composta.

L'autenticazione della copia della Cartella Clinica e di ogni altra documentazione sanitaria, emessa dall'Azienda o depositata agli atti della Direzione competente in originale, spetta al Direttore Sanitario di Presidio/Macrostruttura o ad altro dirigente afferente alla medesima Direzione, all'uopo individuato e formalmente delegato

Le copie di cartella clinica e di altra documentazione sanitaria di cui al presente articolo sono consegnate dietro pagamento di una somma, a titolo di rimborso spese, secondo quanto indicato nell'allegato A.

*Spese per la documentazione*

*Seduta*

*Colloquio*

*Ricerca*

*Analisi*

*Altri*



ASL NAPOLI 3 SUD  
Registro di Protocollo - Interno  
N. 0102320 del 07/09/2017 - 09:36



REGIONE CAMPANIA  
AZIENDA SANITARIA LOCALE NAPOLI 3 SUD  
Via G. Marconi, 66 - 80059 Torre del Greco (NA)  
P.I. - C.F. N. 06322711216  
Sito: [www.aslnapoli3sud.it](http://www.aslnapoli3sud.it)

Al Direttore U.O.C. Risk Management  
D.ssa E. Cascone

e p.c. Al Direttore Generale  
D.ssa A. Costantini

Oggetto: Bozza documento cartella di revisione della procedura gestione cartella clinica  
Riscontro Vs. nota prot. n. 99685 del 30/08/2017

Con riferimento alla nota indicata in oggetto, ed in particolare al punto 3) della stessa, si comunica che il costo orario di lavoro ordinario per coadiutore amministrativo non ha subito variazioni.

*Distinti saluti,*

Il Collaboratore Amministrativo  
G. Di Maio

Il Direttore  
U.O.C. Gestione Risorse Umane  
Dr. G. Esposito



ASL NAPOLI 3 SUD  
Registro di Protocollo - Interno  
N. 0115961 del 24/11/2014 - 15:23



Regione Campania  
Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud

Via Marconi, 66 – 80059 Torre del Greco  
P.I. C.F. - N°0632271216

UOC Gestione Risorse Umane – UOS Trattamento Economico  
Tel. 081 8729076 – 502 – 506 fax 081 8729081

Al Direttore  
Servizio Assistenza Ospedaliera

Al Direttore  
UOC Risk Management

Oggetto: Costo orario coadiutore amministrativo cat.B (IV liv.)



Referente U.O.S.  
Trattamento Economico  
dr. V. Di Somma

A riscontro della nota prot.n.111960 del 14/11/2014 si comunica che il costo orario per lavoro ordinario di una unità con la qualifica di coadiutore amministrativo – cat. B – è di € 12,71, comprensivo degli oneri previdenziali a carico di questo ente.

Il Direttore  
Dr. Giuseppe ESPOSITO



ASL NAPOLI 3 SUD  
Registro di Protocollo - Partenza  
N. 0015823 del 30/01/2018 - 12:30



Regione Campania  
Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud  
Via Marconi, 66 (ex Presidio Bottazzi) - 80059 Torre del Greco - NA  
P.I. C. F. n° 06322711216  
UOC Acquisizione Beni e Servizi  
Tel 081/8490602  
E-mail [sabs@aslnapoli3sud.it](mailto:sabs@aslnapoli3sud.it) Sito [www.aslnapoli3sud.it](http://www.aslnapoli3sud.it)

Al Direttore UOC Risk Management

Oggetto: Tariffe per il rilascio della documentazione sanitaria

In riscontro alla nota prot 15098 del 29/01/2018, di pari oggetto, con riferimento al rilascio della cartella clinica si propone, anziché di diversificare gli importi in relazione al tempo della richiesta (entro l'anno, dopo un anno o dopo cinque anni) di diversificare gli stessi a seconda del numero di pagine (ad es. inferiore a 40 pagine Euro 10,00\_ da 40 a 80 pagine Euro 20,00\_ superiore a pag. 81 Euro 25,00). Tale metodologia di calcolo appare in linea con le altre aziende sanitarie, tenuto conto anche del prospetto allegato.

Con riferimento invece alla riproduzione dvd pari ad Euro 35,00, l'importo appare eccessivo anche alla luce del prospetto allegato, nel quale le altre aziende hanno importi ridotti. Si propone l'importo di Euro 10,00 che appare in linea con le aziende indicate nell'allegato.

IL DIRETTORE UOC ABS

Dott.ssa Rosaria Comito





regione campania  
aslnapoli3sud

## Torre Del Greco

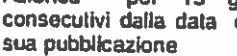
ORIGINALE

## **DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

N0000051 DEL 05 FEB 2015

2020-2021 学年第二学期期中考试高二年级物理学科试题

**OGGETTO: APPROVAZIONE PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

PUBBLICAZIONE		ESECUTIVITA'	
AFFISSIONE ALBO	RELATA	ORDINARIA	IMMEDIATA
<p>La presente deliberazione sarà affissa all'Albo Pretorio informatico dell'Azienda dal  <b>11 FEB. 2015</b>  e vi parinerà per 15 giorni consecutivi.</p> <p>L'incaricato</p> 	<p>La presente deliberazione è stata affissa all'Albo Pretorio informatico dell'Azienda per 15 giorni consecutivi dalla data della sua pubblicazione</p> <p>L'incaricato</p> 	<p>La presente deliberazione ha efficacia a decorrere dal</p> <hr/> <p>Il Dirigente</p> <hr/> 	<p>La presente deliberazione per l'urgenza, è resa immediatamente esecutiva.</p> <p><b>05 FEB. 2015</b></p> <p>Il Commissario Straordinario  (Dott. Salvatore Panaro)</p> 

Nell'anno, giorno e mese sopra specificati

#### **IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**

Dott. Salvatore Panaro, nominato con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 13 del 16 gennaio 2015 in esecuzione della legge Regionale n. 16 del 28.11.2008 e n. 16 del 07.08.2014 con l'assistenza del Segretario verbalizzante, ha adottato la deliberazione in oggetto di cui al testo che segue.

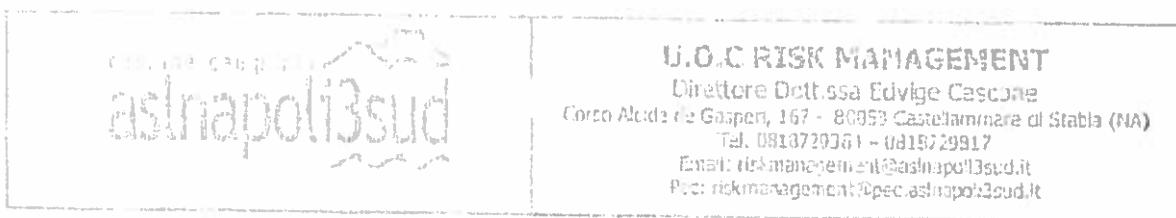
**U.O.C. Assistenza  
Ospedaliera  
Serv. Risk Management**  
n. 01

Le copie della documentazione di cui al presente documento vengono rilasciate dietro pagamento di diritti di segreteria, a complessiva copertura degli oneri a carico dell'Azienda, definiti sulla base dei seguenti costi descritti dalle competenti articolazioni aziendali:

- 1) *Convenzione Consip "Fotocopiatrici":*
  - *Costo di singola copia: € 0,0036 (IVA esclusa)*
  - *Noleggio mensile di ogni macchina fotocopiatrica: € 89,00 (IVA esclusa)*
- 2) *Costo risma A4 500 fogli: € 2,98 - Costo singolo foglio A4: € 0,00596 (IVA esclusa)*
- 3) *Costo orario lavoro ordinario coadiutore amministrativo – cat. B: € 12,71 (impegno medio stimato per la duplicazione 30 minuti )*

*Sulla base dei costi sopradescritti ed anche in considerazione della dislocazione di alcuni archivi presso sedi extra aziendali, si ritiene di definire come segue i costi dei diritti di segreteria a carico dei cittadini, salvo diversa tariffazione prevista da specifica normativa:*

RILASCIO COPIE	
documentazione sanitaria	
CARTELLA CLINICA	fino a 40 pagine, entro un anno dalla data di dimissione <b>€ 10,00 (euro dieci/00)</b> oltre 40 pagine, entro un anno dalla data di dimissione <b>€ 15,00 (euro quindici/00);</b> oltre un anno dalla data di dimissione, indipendentemente dal numero delle pagine <b>€ 20,00 (euro venti/00)</b> oltre cinque anni dalla data di dimissione, indipendentemente dal numero delle pagine <b>€ 25,00 (euro venticinque/00)</b>
CERTIFICATO E/O REFERTO DI PRONTO SOCCORSO	<b>€ 5,00 (euro cinque/00),</b>
CERTIFICAZIONI SANITARIE VARIE (referti analitici, prestazioni ambulatoriali, certificato di ricovero, certificati di morte, ecc)	<b>€ 5,00 (euro cinque/00)</b>
DUPLICATO LASTRA RADIOGRAFICA formato 35x43	<b>€ 7,50 (euro sette/50 )</b>
DUPLICATO LASTRA RADIOGRAFICA altri formati	<b>€ 5,00 (euro cinque/00)</b>
COPIA CD	<b>€ 5,00 (euro cinque/00)</b>
RIPRODUZIONE DVD	<b>€ 35,00 (euro trentacinque/00)</b>
<i>Il versamento dei suddetti importi andrà effettuato presso l'Ufficio Ticket di ciascuna struttura ospedaliera.</i> <i>Il rilascio delle copie ed attestazioni di cui sopra è da intendersi escluso dalla applicazione della IVA.</i> <i>Il pagamento delle copie non è dovuto nel caso di Enti Pubblici richiedenti, per il perseguimento di fini istituzionali.</i> <i>Le eventuali spese postali di spedizione saranno a carico del richiedente.</i>	



Prot. 16992 del 01/02/18

Al Direttore Amministrativo Aziendale

E.p.c.

Al Direttore UOC ABS

Al Direttore Relazioni con il Pubblico

Al Direttore Sanitario Aziendale

Al Direttore Generale



OGGETTO : Tariffe per il rilascio della documentazione sanitaria.

In riferimento alla determinazione delle tariffe per il rilascio della documentazione sanitaria, si trasmette, in allegato, quanto proposto dal Direttore della UOC ABS, con nota prot.n 0015823 del 30/01/2018 .

Si allega anche copia delle tariffe che al momento sono vigenti come da Delibera dell'ASL Napoli 3 Sud n. 31 del 05/02/2015.

Al fine di completare la revisione della procedura relativa alla gestione della documentazione sanitaria, come da disposizione della Direzione Strategica, si resta in attesa di indicazioni al riguardo, per la definizione dell'aggiornamento delle tariffe vigenti.

Cordiali saluti

Il Direttore UOC Risk Management

Dott.ssa Edvige Cascone

*Edvige Cascone*



ASL NAPOLI 3 SUD  
Riunione di Consiglio - Parere  
N. 0015025 del 30/01/2018 - 12:30



Oggetto: Tariffe per il rilascio della documentazione sanitaria

In riscontro alla nota prot. 15098 del 29/01/2018, di pari ontento, con riferimento al rilascio della cartella clinica si propone, anziché di versare 20 pagine in relazione alle tariffe esistenti contro l'anno, dopo un anno e dopo cinque anni) di diversificare gli stessi a seconda del numero di pagine (ad es. inferiore a 40 pagine Euro 10,00\_ da 40 a 80 pagine Euro 20,00\_ superiore a pag. 81 Euro 25,00). Tale metodologia di calcolo appare in linea con le altre aziende sanitarie, tenuto conto anche del prospetto allegato.

CON DELIBERA  
di 10/01/2018, che riguarda la riproduzione di 10 pagine Euro 3,00, l'importo appare in linea anche alla fine del prospetto allegato, nel quale certe aziende hanno importi ridotti. Si propone l'importo di Euro 10,00 che appare in linea con le aziende indicate nell'allegato.

Regioni Campania

### Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud

Via Giuseppe De Mattei, 6 - 80131 Napoli - C.G. 00131  
P.I. 021003222711226

UOC Acquisizione Beni e Servizi

Tel. 081 794 6502

E-mail: [acquisizioni@aslnapoli3sud.it](mailto:acquisizioni@aslnapoli3sud.it)

Al Direttore UOC Risk Management

IL DIRETTORE UOC ABS  
Dott.ssa Rosaria Comito



*[Handwritten signature]*



Regione Campania  
astinapoli3Sud

Terra Del Greco

## ORIGINALE

### DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

N. 0.1 DEL 05 FEB 2015

OGGETTO: APPROVAZIONE PROSPETTIVA PER LA GESTIONE DOCUMENTAZIONE SANITARIA.

La presente delibera sarà diffusa all'Albo Pratico informatico dell'Azienda dal 10 FEB 2015 e si porrà per 15 giorni consecutivi dalla data della sua pubblicazione.

PUBBLICAZIONE		ESECUZIVITÀ	
AFFISSIONE ALBO	REFATA	ORDINANZA	IMMEDIATA
La presente delibera sarà diffusa all'Albo Pratico informatico dell'Azienda dal 10 FEB 2015 e si porrà per 15 giorni consecutivi dalla data della sua pubblicazione.	La presente delibera è stata diffusa all'Albo Pratico informatico dell'Azienda per 15 giorni consecutivi dalla data della sua pubblicazione.	La presente delibera è stata riconosciuta dall'Obrigato.	La presente delibera per l'urgenza, è resa immediatamente esecutiva.
Uncertificato	Il Dott. Salvatore Panaro	Il Dott. Salvatore Panaro	05 FEB 2015

Nell'atto di firma è tratta sopra specificata.

### IL COMMISSARIO STRAORDINARIO

Dott. Salvatore Panaro, nominato con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 13 del 16 gennaio 2015 in esecuzione della legge Regionale n. 16 del 28.11.2008 e n. 16 oggetto di cui al testo che segue:

Ufficio Presidenza  
Gabinetto  
Settore Documentazione

asthenia.it

Costi della servizio di assistenza alla cittadinanza

ALLEGATO A

Le copie dei 3 documenti di cui il presente documento riguardano l'assegno d'atto pagamento di diritti al segretario, e complessi o operatore degli beni e diritti dell'Azienda, definiti sulla base dei seguenti criteri fatti di dati del 1° gennaio 2009.

1) Copertura Consip "Fotocopiante"

- Costo di una reale copia: € 0,075 (IVA esclusa)
- Foleggio mensile di ogni mese, no filo confezione: € 85,00 (IVA esclusa)
- 2) Cittadini A4 500 fogli € 2,93 - Costo singolo € 0,00586 (IVA esclusa)
- 3) Gli orari a lavoro ordinario trasduttore ammirevole da 100 h + 10,71 (impegno media stimato per la durata 30 anni)

Sulla base dei costi qui descritti e anche in considerazione di forzante di alcuni archivi prezzo sedi extra aziendali, si ritiene di definire i costi dei diritti al segretario a carico dei cittadini, sotto di cui si riporta una tabella da specificare normativa:

documentazione sanitaria		GRANDEZZA	PREZZO
		fine a 49 pagine oltre il anno dalla data di missione	€ 0,075 (IVA esclusa)
		dalle 50 pagine fino un anno dalla data di missione	€ 0,075 (IVA esclusa)
		dal 50 a 99 pagine oltre il anno dalla data di missione	€ 0,075 (IVA esclusa)
		dal 100 a 199 pagine oltre il anno dalla data di missione	€ 0,075 (IVA esclusa)
		dal 200 a 299 pagine oltre il anno dalla data di missione	€ 0,075 (IVA esclusa)
		dal 300 a 399 pagine oltre il anno dalla data di missione	€ 0,075 (IVA esclusa)
		dal 400 a 499 pagine oltre il anno dalla data di missione	€ 0,075 (IVA esclusa)
		dal 500 a 599 pagine oltre il anno dalla data di missione	€ 0,075 (IVA esclusa)
		dal 600 a 699 pagine oltre il anno dalla data di missione	€ 0,075 (IVA esclusa)
		dal 700 a 799 pagine oltre il anno dalla data di missione	€ 0,075 (IVA esclusa)
		dal 800 a 899 pagine oltre il anno dalla data di missione	€ 0,075 (IVA esclusa)
		dal 900 a 999 pagine oltre il anno dalla data di missione	€ 0,075 (IVA esclusa)
CERTIFICATO DI LIBERTO DI PRENDERE	SCICCOLO		€ 0,00 (IVA esclusa)
CERTIFICATO SANITARIO MEDICO referito			€ 0,00 (IVA esclusa)
analisi, prescrizioni ambulatoriali, certificato di ricovero, certificato morte, ecc.			€ 0,00 (IVA esclusa)
DUPPLICATE CARTARIE GRAFICHE	formato A4		€ 0,00 (IVA esclusa)
DUPPLICATI CARTARIE GRAFICHE	altri formati		€ 0,00 (IVA esclusa)
COPIA			€ 0,00 (IVA esclusa)
RIPRODUZIONE			€ 0,00 (IVA esclusa)
Il versamento delle somme indicate deve essere fatto al portatore del versamento, non all'ente struttura organizzativa.			€ 0,00 (IVA esclusa)
Il versamento delle somme indicate deve essere fatto al portatore del versamento, non all'ente struttura organizzativa.			€ 0,00 (IVA esclusa)
Il versamento delle somme indicate deve essere fatto al portatore del versamento, non all'ente struttura organizzativa.			€ 0,00 (IVA esclusa)
Il versamento delle somme indicate deve essere fatto al portatore del versamento, non all'ente struttura organizzativa.			€ 0,00 (IVA esclusa)
Le somme indicate sono da versare al portatore del versamento.			€ 0,00 (IVA esclusa)

12/12/2009  
d.g.



Regione Campania  
Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 Sud  
Via Marconi, 66 (ex Presidio Bottazzi) - 80059 Torre del Greco - NA  
P.I. C.F. - N°06322711216  
UOC Servizio Acquisizione Beni e Servizi  
Tel 081/8409686  
E-mail [sabs@aslnapoli3sud.it](mailto:sabs@aslnapoli3sud.it) Sito :[www.aslnapoli3sud.it](http://www.aslnapoli3sud.it)

-Ai Sigg.ri Direttori:

ASL NAPOLI 3 SUD  
Registro di Protocollo - Partenza  
N. 0123081 del 11/12/2014 - 08:14



- detto*
- Serv. Assistenza Ospedaliera  
Dr. F. Picker  
[saso@aslnapoli3sud.it](mailto:saso@aslnapoli3sud.it)
  - Risk Management  
Dr.ssa V. Scafarto  
[riskmanagement@aslnapoli3sud.it](mailto:riskmanagement@aslnapoli3sud.it)  
LL.SS.

Oggetto: Richiesta.

Visto la Vs. richiesta prot. n.111969 del 14/11/2014, di pari oggetto, in cui si chiede di conoscere i dettagli economici del noleggio delle fotocopiatrici in dotazione alle strutture aziendali, l'incidenza di ogni singola copia prodotta ed il costo di una risma di fogli formato A4, si dettaglia quanto segue:

- Convenzione Consip "Fotocopiatrici 23": costo mensile di ogni singola macchina € 89,00 (IVA 22% esclusa);
- Costo di ogni singola copia € 0,0036 (IVA 22% esclusa), tenendo conto che il numero di copie massimo programmate trimestralmente è di n. 73.500 stampe;
- Una risma di carta A4, personalizzata, da 500 fogli è pari, attualmente, ad € 2,98 (IVA 22% esclusa).

Tanto per dovere d'ufficio.

Cordialità.



# PROCEDURA PER LA GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA E DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

REVISIONE E VERIFICA	Dott.ssa Edvige Cascone Dott. Francesco Paolo Ruocco Avv. Anna Peluso Dott.ssa Antonella De Stefano Dott.ssa Rita Pagnotta Dott.ssa Carmela Frontoso Avv. Marco Tullo Dott. Giuseppe Esposito	Responsabile della Direzione UOC Risk Management Dirigente Medico UOC Risk Management Direttore UOC Affari Legali Direttore UOC Controllo di Gestione Dirigente UOC Controllo di Gestione Dirigente UOC ABS Direttore UOC Gabinetto/Segreteria Direttore UOC GRU
CONDIVISIONE		UOC Affari Generali Dipartimento Salute Mentale Dipartimento di Prevenzione Direzioni Mediche PP.OO. Direzioni Distretti Sanitari Direzioni Servizi Tossicodipendenze Centrale Operativa 118 Napoli Est UOC Medicina Legale Pubblica Valutativa UOC Assistenza Distrettuale UOC Relazioni con il pubblico UOC Prevenzione della Corruzione UOC Fasce deboli
ADOZIONE	Dott. Luigi Caterino Dott. Domenico Concilio Dott.ssa Antonietta Costantini	Direttore Sanitario Aziendale Direttore Amministrativo Aziendale Direttore Generale

<p><b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b></p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <b>Dott. Luigi Caterino</b></p> <p><b>Responsabile della Direzione UOC Risk Management</b> <b>Dott.ssa Edvige Cascone</b></p>
<b>Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</b>	<b>Febbraio 18</b>

## INDICE

1.	Premessa .....	3
2.	Oggetto .....	3
3.	Tipologie di documento sanitario .....	3
4.	Scopo .....	3
5.	Campo di applicazione .....	4
6.	Normativa e documentazione di riferimento .....	4
7.	Diritto di accesso e diritto di consultazione .....	6
8.	Responsabilità dell'applicazione della procedura .....	6
9.	Matrice della responsabilità .....	7
10.	Cartella clinica .....	7
11.	Documenti annessi alla cartella clinica .....	9
12.	Struttura e formato della cartella clinica/documentazione sanitaria .....	10
13.	Scheda di dimissione ospedaliera (SDO) .....	14
14.	Compilazione-Tenuta cartella clinica .....	17
15.	Chiusura della cartella .....	18
16.	Requisiti di contenuto .....	19
17.	Archiviazione .....	22
18.	PACC – Cartella clinica ambulatoriale – SDA .....	23
19.	Compilazione - Tenuta – Archiviazione altra documentazione sanitaria .....	24
20.	Smarrimento .....	24
21.	Tempi di conservazione .....	24
22.	Controlli interni .....	25
23.	Diritto all'anonymato .....	27
24.	Aventi diritto a rilascio copia cartella clinica/documentazione sanitaria .....	27
25.	Presa visione cartella clinica/documentazione sanitaria .....	31
26.	Modalità di richiesta della cartella clinica/documentazione sanitaria .....	31
27.	Consultazione .....	33
28.	Altra documentazione .....	34
29.	Norme di sicurezza e protezione dei dati personali .....	34
30.	Indicatori/parametri di controllo .....	34
31.	Distribuzione della procedura .....	34
32.	Verifica applicazione .....	35
33.	Aggiornamento procedura .....	35
34.	Norma finale e di rinvio .....	35
	Allegato A – Costi di rilascio copie .....	36
	Allegato B – Tempi di conservazione cartella clinica e documentazione sanitaria .....	37
	Appendice .....	39
	Allegato C .....	42

 <b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b>	<b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <b>Dott. Luigi Caterino</b>	
<i>Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</i>	<i>Responsabile della Direzione UOC Risk Management</i> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i>	
<i>Febbraio 18</i>	<i>Rev. 0</i>	<i>Pag. 3 di 42</i>

## 1. PREMESSA

La presente procedura, redatta nel rispetto della normativa vigente, in linea con quanto previsto in materia di segreto d'ufficio e professionale, nonché di tutela delle persone rispetto al trattamento dei dati personali, rappresenta uno degli strumenti messi in capo per contribuire al miglioramento della qualità delle attività svolte in regime di ricovero ed ambulatoriale, con l'obiettivo di sollecitare l'attenzione dei medici e degli operatori sanitari affinché producano una documentazione adeguata a garantire la sicurezza del paziente e la continuità delle cure.

## 2. OGGETTO

Definizione dei criteri, delle modalità e delle responsabilità inerenti la corretta gestione della documentazione sanitaria, intesa come testimonianza scritta su fatti e comportamenti tecnicamente apprezzabili e valutabili, aventi rilevanza giuridica, con particolare riferimento alle fasi di compilazione, consultazione, archiviazione, rilascio/consegnna agli aventi diritto.

## 3. TIPOLOGIE DI DOCUMENTO SANITARIO

Le tipologie principali di documento sanitario presenti presso l'Azienda Sanitaria locale Napoli 3 sud sono:

- Cartelle Cliniche;
- Schede cliniche del Dipartimento di Salute mentale;
- Documentazione sanitaria e amministrativa presso il Dipartimento di Prevenzione;
- Documentazione iconografica di radiodiagnostica e referti radiologici;
- Documento di dimissione ospedaliera
- Referto/Verbale/Cartella clinica di Pronto soccorso;
- Verbale intervento Emergenza sanitaria territoriale 118;
- Fascicolo socio assistenziale-sanitario delle RSA;
- Fascicolo socio assistenziale sanitario per le cure domiciliari;
- Referti di laboratorio (anatomia patologica e laboratorio analisi);
- Referto/Cartella clinica/Altra documentazione sanitaria di prestazioni ambulatoriali;
- Scheda riconciliazione farmacologica;
- Ogni altro tipo di documentazione che contenga riferimenti o anamnesi, referti, diagnosi, lesioni, patologie o qualsiasi altro elemento idoneo a rilevare lo stato di salute di un individuo;

## 4. SCOPO

La presente procedura vuole:

- Disciplinare i casi e le modalità di tenuta, conservazione e rilascio della cartella clinica o di

altra documentazione sanitaria, in conformità a quanto previsto dalle norme di settore e nel rispetto della normativa vigente;

- Implementare un'adeguata gestione della documentazione sanitaria in modo da garantirne la corretta compilazione, tenuta, conservazione e rilascio;
- Vigilare sui documenti affinché vengano prodotti, in armonia con la normativa vigente, a tutela della riservatezza dei dati personali e dei dati sensibili.

## 5. CAMPO DI APPLICAZIONE

Le seguenti indicazioni operative si applicano in tutte le articolazioni che producono documentazione sanitaria:

- Unità Operative che effettuano attività di ricovero e/o prestazioni ambulatoriali;
- Direzioni Sanitarie di Presidio e/o altre Direzioni di Macrostrutture (che producono documentazione sanitaria: Distretti Sanitari; Dipartimento Salute Mentale; Dipartimento di Prevenzione; Sistema Emergenza 118) anche con compiti di vigilanza e controllo;
- Uffici addetti al rilascio, alla consultazione ed all'archiviazione della documentazione sanitaria.

## 6. NORMATIVA E DOCUMENTAZIONE DI RIFERIMENTO

- RD 05.02.1891, n. 99: Approvazione dei Regolamenti per l'esecuzione della Legge sulle Istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, richiede la conservazione dei documenti relativi all'ammissione del ricoverato, alla diagnosi, al riassunto mensile delle sue condizioni, alla dimissione;
- Legge 17.07.1890, n. 6972: Norme sulle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza, attribuisce alla documentazione sanitaria il ruolo che supera il dato clinico ed entra nell'ambito dell'assistenza sociale e delle competenze amministrative;
- R.D. 16.08.1909, n. 615: Disposizioni e regolamento sui manicomì e sugli alienati, richiede che in ogni manicomio deve essere tenuto un fascicolo personale per ciascun ricoverato;
- RD 30.09.1938, n. 1631: all'art. 24 afferma che "il primario..... cura, sotto la propria responsabilità, la regolare tenuta delle cartelle cliniche e dei registri nosologici;...";
- Circolare Ministero della Sanità N. 61 del 19/12/1986;
- D.P.R. 27.3.1969 n. 128: all'art 7 afferma che "il primario è responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche ..... e della loro conservazione fino alla consegna all'archivio centrale" ed all'art 5 che "il Direttore Sanitario vigila sull'archivio delle cartelle cliniche e rilascia agli aventi diritto..... copia delle cartelle cliniche ed ogni altra certificazione sanitaria riguardante i malati assistiti in ospedale.";
- D.P.R. 14.03.1974, n. 225: l'infermiere professionale può annotare sulle schede cliniche i rilievi

di competenza e deve conservare tutta la documentazione clinica fino alla consegna all'archivio centrale;

- D.P.C.M. 27.06.86: all'art. 35 afferma che "In ogni casa di cura privata è prescritta, per ogni ricoverato, la compilazione della cartella clinica da cui risultino le generalità complete, la diagnosi di entrata, l'anamnesi familiare e personale, l'esame obiettivo, gli esami di laboratorio e specialistici, la diagnosi, la terapia, gli esiti e i postumi.";
- DA 890/2002 che afferma che "nella compilazione della documentazione relativa all'utenza (cartelle cliniche, schede ambulatoriali ecc.) deve risultare identificabile l'operatore che redige, per la parte di competenza" e che, relativamente alla day surgery, "per ogni paziente dovrà essere compilata una specifica cartella clinica all'interno della quale dovranno essere conservate la scheda anestesiologica e la scheda di monitoraggio post-operatorio del paziente";
- Codice di Deontologia Medica 2014, che all'art. 26 afferma che "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 diagnostiche 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 nella persona assistita o del suo rappresentante legale anche relativamente al trattamento dei dati sensibili, in particolare in casi di arruolamento in protocolli di ricerca";
- D.P.R. n. 445 del 28 dicembre 2000, Testo unico delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa e successive modificazioni e integrazioni.
- D. Lgs n. 196 del 30 giugno 2003, Codice in materia di protezione dei dati personali, denominato anche "Codice Privacy"
- Regione Lombardia, Manuale della Cartella Clinica, seconda edizione, 2007;
- Regione Lombardia, Manuale per la gestione della documentazione sanitaria e sociosanitaria, 2013;
- Joint Commission International, Gli Standard Joint Commission International per Accreditamento degli Ospedali, quarta Edizione 2011, ed. Progea;
- G. Negrini: "Allontanamento da ospedale di paziente senza autorizzazione sanitaria", Rischio Sanità – Giugno 2005;
- C.P. art. 622 – violazione segreto professionale;
- C.P. art. 326- violazione segreto d'ufficio;
- Provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali n. 515 del 12 novembre 2014 avente ad oggetto prescrizioni in ordine al trattamento dati idonei a rilevare le convinzioni religiose in ambito sanitario;

 <b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b>	<b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <b>Dott. Luigi Caterino</b>		
<b>Responsabile della Direzione UOC Risk Management</b> <b>Dott.ssa Edvige Cascone</b>			
<b>Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</b>	<b>Febbraio 18</b>	<b>Rev. 0</b>	<b>Pag. 6 di 42</b>

- Legge 8 marzo 2017 n. 24 "Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita, nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie";
- Raccomandazione Ministero della Salute per la riconciliazione farmacologica, n.17/2014;
- Legge 7/8/1990, n.241 "Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi;
- Deliberazione Direttore Generale del 09/07/2014 n.493 ad oggetto: "adozione delle linee guida aziendali per la prevenzione del tromboembolismo venoso (TEV)".

## 7. DIRITTO DI ACCESSO E DIRITTO DI CONSULTAZIONE

L'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud, nel rispetto della normativa vigente, assicura, come indicato dal principio della trasparenza dell'azione amministrativa, il diritto di accesso ai documenti dell'archivio nel rispetto della legge sul trattamento dei dati personali, nei tempi indicati dalla normativa vigente e che variano da 7 a 30 giorni.

## 8. RESPONSABILITÀ DELL'APPLICAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della corretta applicazione della presente Procedura è affidata al:

### **8.1. Direttore Sanitario di Presidio, Direttore di Dipartimento, Direttore di Distretto Sanitario, Direttori Servizi Tossicodipendenze, Direttore Sistema Emergenza 118:**

- Responsabilità sull'intero processo di conservazione delle cartelle e dell'altra documentazione sanitaria e sull'archiviazione;
- Vigilanza sul rispetto della integrità e completezza della documentazione clinica;
- Dichiarazione di conformità delle copie della cartella clinica/documentazione sanitaria consegnata agli aventi diritto.

### **8.2. Direttore/Responsabile dell'Unità Operativa:**

- Vigilanza sul rispetto della integrità e completezza della documentazione clinica con verifica della chiusura delle cartelle cliniche, check-list;
- Responsabilità di supervisione della tenuta della cartella clinica tramite idonei strumenti (audit, verifiche periodiche e/o a campione);
- Responsabilità della corretta conservazione in reparto della cartella clinica;
- Responsabilità della consegna delle Cartelle dopo la chiusura alla dimissione del paziente.

### **8.3. Medico /infermiere/ostetrica/fisioterapista:**

- Responsabilità della corretta e completa compilazione relativa agli atti compiuti personalmente sul paziente della registrazione degli eventi osservati durante il proprio turno di servizio;

### **8.4. Coordinatore dell'Unità Operativa:**

<p><b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b></p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <b>Dott. Luigi Caterino</b></p> <p><b>Responsabile della Direzione UOC Risk Management</b> <b>Dott.ssa Edvige Cascone</b></p>
<i>Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</i>	<i>Febbraio 18</i>

- Corresponsabilità, unitamente al Direttore/Responsabile di Unità Operativa/Ambulatorio, della corretta conservazione in reparto della cartella clinica/documentazione sanitaria;
- Responsabilità di supervisione e vigilanza della corretta compilazione della cartella/scheda infermieristica.

#### **8.5. Personale addetto all'ufficio rilascio/archivio:**

- Responsabile dell'applicazione delle procedure di pertinenza dell'Ufficio.

### 9. MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ

	Compilazione Documentazione sanitaria	Custodia Reparto	Archivio centrale	Fotocopia e rilascio	Verifica
Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero; Direttore di Distretto Sanitario; Direttore Dipartimento Salute Mentale; Direttore Dipartimento Prevenzione; Direttore Sistema Emergenza 118			R		
Direttori UU.OO.		R			R
Medici UU.OO.	R	C			
Coordinatori infermieristici UU.OO*	R	C			C
Infermieri/Ostetriche/fisioterapisti*	R	C			
Operatori Ufficio archivio			C	R	

\*cartella infermieristica/ostetrica/riabilitativa- foglio unico di terapia

R= Responsabile azione

C= collaboratore

### 10. CARTELLA CLINICA

La cartella clinica costituisce lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche rilevanti che riguardano un singolo ricovero di un paziente.

Ciascuna cartella clinica deve rappresentare l'intero ricovero del paziente nell'istituto di cura e coincide con la storia della degenza del paziente all'interno dell'istituto stesso: essa ha inizio al momento dell'accettazione del paziente e lo segue nel suo percorso di cura all'intero dell'istituto e

 <b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b>	<b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <b>Dott. Luigi Caterino</b>	
<b>Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</b>	<b>Responsabile della Direzione UOC Risk Management</b> <b>Dott.ssa Edvige Cascone</b>	
<b>Febbraio 18</b>	<b>Rev. 0</b>	<b>Pag. 8 di 42</b>

ha termine al momento della dimissione del paziente.

**Cartella Clinica:** *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. (Manuale Regione Lombardia 2007, seconda edizione)*

La cartella clinica costituisce una registrazione ed una verbalizzazione delle notizie riguardanti il soggetto ricoverato, avente il fine di tutelare la salute del paziente.

#### **Funzione della cartella clinica e valore giuridico**

Le funzioni cui assolve la cartella clinica possono così sintetizzarsi:

- a) Fornire una base informativa per decisioni clinico-assistenziali appropriate e garantire continuità assistenziale, documentando lo stato di salute dell'assistito, i trattamenti effettuati, i risultati conseguiti;
- b) Tracciare le attività svolte, per permettere di risalire a:
  - 1. Responsabili;
  - 2. Cronologia;
  - 3. Modalità di esecuzione.
- c) Facilitare l'integrazione operativa di diversi professionisti, la cartella rappresenta infatti un veicolo di comunicazione importante anche verso l'esterno
- d) Costituire una fonte di dati per:
  - Studi scientifici e ricerche cliniche;
  - Analisi epidemiologiche;
  - Attività di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari;
  - Valutazioni ex post dell'attività assistenziale dei flussi dei DRG e di altri flussi informativi per la predisposizione di azioni di miglioramento e azioni di clinical risk management.

Secondo un orientamento giurisprudenziale ormai consolidato, la cartella clinica costituisce "un atto pubblico di fede privilegiata" il cui contenuto è confutabile solo con la prova contraria. L'articolo 2699 del codice civile definisce atto pubblico il "documento redatto, con le richieste formalità, da un notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto è formato. In sede di Cassazione Penale (sez.V21/1/81) viene affermato che "ha natura di atto pubblico la cartella clinica redatta dal medico dipendente di una clinica convenzionata con il Ministero della Sanità."

Pertanto, rispetto alle diverse finalità, possiamo distinguere due definizioni specifiche:

**Sanitaria:** la cartella clinica rappresenta una raccolta di notizie riguardanti il paziente, nei riferimenti anamnestici, obiettivi e terapeutici, raccolte dai medici curanti e destinate in primis alla

diagnosi ed alla cura, subordinatamente allo studio, alla ricerca scientifica ed all'insegnamento.

**Giuridica:** la cartella clinica costituisce un atto pubblico di fede privilegiata in quanto:

- Proviene da un pubblico ufficiale o da un pubblico dipendente incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni;
- Trattasi di un documento originale che costituisce la fonte prima ed autonoma di quanto in essa contenuta;
- I fatti e le attestazioni di scienza che in esse figurano hanno rilevanza giuridica perché produttivi del diritto del paziente di essere assistito e dello Stato di assisterlo.

*La cartella clinica, in base all'art. 2700 C.C., costituisce prova, sino a querela di falso, della provenienza del documento dal pubblico ufficiale che lo ha redatto.*

## 11. DOCUMENTI ANNESSI ALLA CARTELLA CLINICA



anno parte della cartella clinica:

- Documentazione di Pronto Soccorso;
- Copia dei referti inviati all'Autorità Giudiziaria;
- Copia di denuncia di malattia infettiva/notifica infezioni ospedaliere;
- Scheda di dimissione ospedaliera (SDO), "istituita con D.M.S. del 28/12/91 successivamente integrato e disciplinato dal D.M. 261 del 07/12/2016 (G.U. n. 31 del 7/02/2017)";
- Scheda anestesiologica;
- Certificato di Assistenza al Parto (Ce.D.A.P.);
- Scheda/cartella infermieristica;
- Foglio Unico di Terapia;
- Scheda/cartella ostetrica;
- Scheda/cartella riabilitativa;
- Scheda valutazione e trattamento del dolore (*rilevato e della sua evoluzione nel corso del ricovero, nonché la tecnica antalgica e i farmaci utilizzati, i relativi dosaggi e il risultato antalgico conseguito - Legge n. 38 del 15/03/2010*);
- Una breve relazione sull'informazione data al paziente (o al legale rappresentante se il paziente è minore o incapace) sulle proposte diagnostiche e terapeutiche, sulle prospettive, le eventuali alternative, i rischi e i benefici ragionevolmente attesi.

*La relazione dovrà essere firmata dal medico che direttamente ha impartito l'informazione; mentre il paziente o il legale rappresentante potranno verbalizzare eventuali osservazioni. In caso di urgenza connotata da pericolo per la vita, mentre l'eventuale dissenso del paziente non consente l'iniziativa curativa proposta, il dissenso dei legali rappresentanti di minore o di soggetto incapace o privo di coscienza non è rilevante,*

*prevalendo il dovere del medico di garantire la tutela della salute e della vita.*

- Modulistica acquisizione consenso informato;
- Moduli di consenso al trattamento dei dati sensibili;
- Referti di tutte le indagini di laboratorio e strumentali;
- Eventuali fogli aggiuntivi di diario clinico;
- Esami con i relativi referti effettuati in dimissione protetta ed in pre-ospedalizzazione;
- Consulenze specialistiche effettuate;
- Copia verbale registro operatorio (contenente: descrizione dell'intervento chirurgico eseguito con indicazione di data, ora inizio, ora fine dell'atto operatorio, indicazione nome del primo operatore e di quanto hanno partecipato direttamente all'intervento, diagnosi finale e denominazione della procedura eseguita, tipo di anestesia utilizzata e nome dei sanitari che l'hanno condotta, descrizione chiara e sufficientemente particolarizzata della procedura attuata, sottoscrizione da parte del primo operatore);
- Copia della lettera di dimissione al paziente;
- Eventuali comunicazioni al Tribunale dei Minori;
- Eventuali comunicazioni del Giudice di sorveglianza nel caso di pazienti provenienti dagli Istituti Carcerari;
- T.S.O. (Trattamento Sanitario Obbligatorio);
- Copia del riscontro diagnostico in caso di decesso del paziente;
- Documenti relativi a trasfusioni di sangue, emoderivati, plasma e plasma derivati;
- Copia di documentazione personale fornita dal paziente;
- Documenti relativi a prelievi di organi e trapianti;
- Check list di sala operatoria;
- Schede procedura prevenzione della caduta dei pazienti;
- Scheda valutazione rischio tromboembolico;
- Scheda valutazione rischio lesioni da decubito;
- Relazione di trasferimento.

## 12. STRUTTURA E FORMATO DELLA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA

La Cartella Clinica deve essere redatta su fogli messi a disposizione o riconosciuti validi dall'Azienda, eventuali modifiche e/o integrazioni devono essere espressamente autorizzate dalla Direzione Sanitaria Aziendale.

### a) APERTURA DEL RICOVERO

*Dati di identificazione della cartella clinica*

La cartella clinica va identificata con riferimento alla normativa nazionale e regionale, con:

 <i>Direttore Generale</i> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b>	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> <b>Dott. Luigi Caterino</b>		
<i>Responsabile della Direzione UOC Risk Management</i> <b>Dott.ssa Edvige Cascone</b>			
<i>Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</i>	<i>Febbraio 18</i>	<i>Rev. 0</i>	<i>Pag. 11 di 42</i>

- Denominazione dell'Azienda Sanitaria Locale;
- Codice dell'Ospedale di ricovero;
- Codice della struttura Organizzativa di ammissione;
- Numero della cartella clinica;
- Dati di identificazione della persona assistita e di apertura di ricovero.

(dati utili per la compilazione del tracciato del record regionale per la rilevazione della scheda di dimissione ospedaliera – S.D.O.)

### **Inquadramento iniziale della persona assistita**

#### ***Documento di proposta di ricovero/verbale di accettazione***

Il documento di proposta (prescrizione di ricovero) costituisce parte integrante della cartella clinica.

La proposta di ricovero può essere redatta da:

- Medico di medicina generale o pediatra di libera scelta (su modulo S.S.N.)
- Medico ospedaliero del pronto soccorso (verbale di pronto soccorso)
- Medico di continuità assistenziale (guardia medica)
- Altre modalità di accesso (trattamento sanitario obbligatorio).

### **Inquadramento clinico**

#### **Motivazione del ricovero**

La motivazione del ricovero deve essere riportata in cartella clinica in modo dettagliato e chiaro (sintomi, condizioni, diagnosi o sospetto diagnostico, eventuali altri indicazioni ed elementi che hanno determinato il ricovero). Il problema clinico connesso con l'attivazione del ricovero orienta le fasi successive dell'inquadramento clinico.

#### **Anamnesi**

L'anamnesi (familiare, lavorativa, prossima, remota) deve essere orientata a:

- inquadrare il paziente in relazione alla malattia in atto;
- inquadrare generalmente il paziente e definire i suoi bisogni complessivi.

**N.B. I dati relativi alle convinzioni religiose dell'interessato possono essere raccolti solo al fine di garantire l'assistenza religiosa e spirituale per il tramite dei ministri di culto delle diverse confessioni religiose. In tal caso le informazioni devono essere comunicate verbalmente al personale del reparto dall'interessato stesso o da un suo familiare. Il personale provvederà a comunicare alla direzione medica di presidio le richieste di assistenza religiosa e spirituale provenienti ad infermi di qualunque religione.**

Tale raccolta di dati sensibili non deve avvenire, quindi, in maniera sistematica e preventiva, bensì solo su richiesta dell'interessato o, qualora lo stesso sia impossibilitato, di un terzo legittimato, quale ad esempio un familiare, un parente o un convivente. Il trattamento dei dati idonei a rilevare le convinzioni religiose è, altresì, previsto, con le stesse modalità, in ambito necroscopico, ai fini della preparazione della salma; non è invece

 <b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b>	<b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <b>Dott. Luigi Caterino</b>	
<b>Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</b>	<b>Responsabile della Direzione UOC Risk Management</b> <b>Dott.ssa Edvige Cascone</b>	
<b>Febbraio 18</b>	<b>Rev. 0</b>	<b>Pag. 12 di 42</b>

*previsto con riferimento al regime alimentare da offrire al paziente e all'eventuale rifiuto di questo a specifici trattamenti medici. Al paziente deve essere consentito di esprimere le sue volontà (sia in riferimento al regime alimentare che alle scelte terapeutiche espresse in modo consapevole) senza raccogliere l'informazione relativa alla religione di appartenenza.*

*...Resta fermo che la struttura sanitaria, nel raccogliere legittimamente il consenso o l'eventuale diniego del paziente ad uno specifico trattamento sanitario, non debba acquisire le informazioni relative al credo religioso sotteso a tale scelta". Provvedimento del Garante per la protezione dei dati personali n. 515 del 12 novembre 2014 avente ad oggetto prescrizioni in ordine al trattamento dati idonei a rilevare le convinzioni religiose in ambito sanitario.*

### **Esame obiettivo**

L'esame obiettivo deve essere orientato in primis alla valutazione clinica dei sistemi/apparati correlati con le motivazioni del ricovero ed esteso agli altri sistemi ed apparati. L'esame obiettivo deve essere dettagliato e completo.

### **Rilevazioni parametri vitali**

Devono essere riportati i dati relativi all'andamento dei parametri vitali e di altre condizioni associate alla persona assistita (temperatura, pressione arteriosa, frequenza cardiaca, peso, diuresi, frequenza respiratoria, saturazione ossigeno, ecc.).

### **Ipotesi diagnostica**

Sulla base dell'anamnesi e dei risultati dell'esame obiettivo vengono formulate e riportate ipotesi diagnostiche e/o terapeutiche.

### **Pianificazione del processo di cura**

Sulla base delle ipotesi diagnostiche e dei problemi rilevanti vengono individuate e riportate le procedure diagnostiche, terapeutiche, assistenziali e riabilitative appropriate.

## **b) DECORSO DEL RICOVERO**

### **Diario Clinico**

Rappresenta lo strumento informativo per tutti gli operatori sanitari, aventi diritto di accesso, coinvolti nel processo di cura. Il diario clinico ha l'obiettivo di documentare e certificare nei tempi appropriati la realizzazione e l'adeguatezza del piano diagnostico, terapeutico, assistenziale. In particolare nel diario clinico devono essere segnalate:

- Tutte le variazioni delle condizioni cliniche del paziente rispetto all'inquadramento clinico iniziale o riferite ad un momento precedente al ricovero;
- Le eventuali modifiche apportate al programma di cura con la loro motivazione (es. mancata somministrazione con giustificazione della non avvenuta somministrazione);
- Il diario clinico deve essere compilato quotidianamente;

 <b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b>	<b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <b>Dott. Luigi Caterino</b>	
<b>Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</b>	<b>Responsabile della Direzione UOC Risk Management</b> <b>Dott.ssa Edvige Cascone</b>	
<b>Febbraio 18</b>	<b>Rev. 0</b>	<b>Pag. 13 di 42</b>

- Tutte le annotazioni in cartella clinica vanno firmate e timbrate.

#### Terapia farmacologica

E' la sezione della cartella clinica, coincidente con il foglio unico di terapia, che raccoglie le informazioni relative alla terapia prescritta

#### Prescrizioni nutrizionali

E' la sezione della cartella clinica, che raccoglie i dati relativi alla dieta prescritta.

#### Referti/consulenze

In questa sezione sono raccolti, in ordine cronologico, i referti originali ordinati per tipologie di esame e le eventuali consulenze.

#### Verbale operatorio

In aderenza a quanto disposto dal Ministero della Sanità (nota Prot. 900.2.7/I90 del 14/03/1996) "il registro operatorio, ossia il verbale di ogni intervento costituisce parte integrante e rilevante della cartella clinica, nella quale dovrà essere compresa una copia di tale verbale qualunque siano le modalità della sua tenuta".

Da tale verbale deve risultare chiaramente il tipo di intervento effettuato, il primo operatore ed eventuali altri operatori, la data dell'intervento e la descrizione dell'atto chirurgico. Il registro operatorio è ritenuto un atto pubblico e quindi avente valore di certificazione privilegiata (Cass. Penale, V Sez., sent. N. 1239 del 15/11/1984).

#### Documentazione anestesiologica

In questa sezione devono essere raccolti i documenti clinici seguenti:

- Valutazione preoperatoria e di esplicitazione del rischio secondo i criteri della classificazione A.S.A. (American Society of Anesthesiology);
- Scheda anestesiologica;
- Note post - operatorie;
- Informative e dichiarazioni di volontà dell'assistito.

#### c) DMISSIONE DELLA PERSONA ASSISTITA

La dimissione della persona assistita comporta la compilazione della valutazione finale e della lettera di dimissione

*In caso di rientri successivi, ogni ricovero ordinario dà luogo alla apertura di una nuova cartella clinica, relativa al ricovero in atto, compilata in tutte le sue parti e chiusa al momento della dimissione.*

*In caso di trasferimento interno, la cartella clinica dovrà essere integrata con la documentazione relativa al periodo di ricovero nel reparto di trasferimento, il quale provvederà alla chiusura della cartella in caso di dimissione o all'inoltro al reparto di competenza in caso di successivo trasferimento.*

*In caso di trasferimento esterno, presso altro nosocomio, il medico di reparto fornirà dettagliata relazione e copia della documentazione sanitaria disponibile.*

 <b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b>	<b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <b>Dott. Luigi Caterino</b>	
<i>Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</i>	<i>Responsabile della Direzione UOC Risk Management</i> <b>Dott.ssa Edvige Cascone</b>	
<i>Febbraio 18</i>	<i>Rev. 0</i>	<i>Pag. 14 di 42</i>

### Valutazione finale

Comprende l'epicrisi che deve descrivere i problemi affrontati nel processo di cura con gli eventuali problemi ancora aperti, la diagnosi e lo stato della persona assistita alla dimissione.

### Lettera di dimissione (Epicrisi/Relazione Clinica)

La lettera di dimissione è redatta su carta intestata della Struttura Organizzativa di dimissione, dal medico responsabile del caso di ricovero e consegnata in busta chiusa alla persona assistita al momento della dimissione; una copia va conservata in cartella clinica.

La lettera deve fornire al medico di medicina generale o pediatra di libera scelta tutte le informazioni necessarie per conoscere le circostanze di ricovero, l'iter diagnostico terapeutico, le indicazioni sul proseguimento delle terapie, sulla modalità di esecuzione degli esami e/o visite di controllo e le necessità assistenziali; la lettera di dimissione deve riportare la data, la firma ed il timbro del medico che dimette.

*La lettera dimissione ospedaliera rappresenta un documento sanitario di particolare rilevanza, essa deve contenere la diagnosi di dimissione e l'elenco di tutte le più importanti attività cliniche effettuate durante il ricovero nonché tutti gli elementi utili affinché chi la legge comprenda:*

1. Condizioni del paziente al momento del ricovero;
2. Esami eseguiti;
3. Diagnosi definitiva o di dimissione;
4. Il tipo di intervento chirurgico, i risultati e le eventuali complicanze,
5. La terapia in atto e quella da eseguire a domicilio, con le eventuali indicazioni degli effetti attesi;
6. Eventuali indicazioni alimentari,
7. Consigli comportamentali;
8. Controlli ambulatoriali e/o prestazioni programmate;
9. Eventuali indagini in attesa di risposta

### 13. SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)

La SDO è parte integrante della Cartella clinica di cui costituisce una rappresentazione sintetica e fedele, finalizzata a consentire la raccolta sistematica, economica e di qualità controllabile delle principali informazioni contenute nella cartella stessa.

La SDO assume quindi le medesime valenze di carattere medico-legale della cartella clinica, comprensive dell'obbligo di conservazione della documentazione cartacea o di suo equivalente documento digitale, e tutte le informazioni contenute in essa devono trovare valida e completa documentazione analitica nella corrispondente cartella clinica.

La compilazione della scheda di dimissione ospedaliera e la codifica delle informazioni in essa contenute sono effettuate nel rigoroso rispetto delle istruzioni riportate nel disciplinare tecnico allegato al Decreto Dirigenziale n. 83 del 28/04/2017 della Direzione Generale Tutela della Salute e

 <b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b>	<b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <b>Dott. Luigi Caterino</b>	
<b>Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</b>	<b>Responsabile della Direzione UOC Risk Management</b> <b>Dott.ssa Edvige Cascone</b>	
<b>Febbraio 18</b>	<b>Rev. 0</b>	<b>Pag. 15 di 42</b>

## Coordinamento del SSR.

La responsabilità della corretta compilazione della scheda di dimissione, compete al medico responsabile della dimissione, la scheda di dimissione reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione. Deve sempre essere presente in cartella. La compilazione della parte relativa alla diagnosi ed agli interventi deve essere effettuata nel più breve tempo possibile dopo la dimissione della persone assistita.

La codifica delle informazioni sanitarie contenute nella scheda di dimissione ospedaliera è effettuata dal medico responsabile della dimissione o da altro personale sanitario opportunamente formato ed addestrato. Essendo la SDO parte della cartella clinica, il Responsabile dell'UOC assume la responsabilità della regolare compilazione e codifica della stessa al pari di tutta la cartella.

La SDO, nonostante le sue finalità prevalentemente informative, epidemiologiche e statistiche, non può essere considerata alla stregua di una semplice certificazione amministrativa; sembra piuttosto che essa venga ad avere la medesima natura giuridica della cartella clinica, configurando così al pari di questa, secondo il prevalente indirizzo giurisprudenziale della Corte di Cassazione, un atto pubblico con i conseguenti riflessi di ordine penale relativamente ad ogni falsa informazione in essa contenuta.



**La scheda di dimissione ospedaliera (SDO) è lo strumento di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale (fonte Ministero della Salute).**

### *Contenuto della SDO*

Le informazioni raccolte comprendono caratteristiche anagrafiche del paziente (fra cui età, sesso, residenza, livello di istruzione), caratteristiche del ricovero (ad esempio istituto e disciplina dimissione, regime di ricovero, modalità di dimissione, data prenotazione, classe priorità del ricovero) e caratteristiche cliniche (ad esempio diagnosi principale, diagnosi concomitanti, procedure diagnostiche o terapeutiche)

Dalla scheda di dimissione sono escluse informazioni relative ai farmaci somministrati durante il ricovero o le reazioni avverse ad essi (oggetto di altre specifici flussi informativi).

### *Utilizzo delle informazioni rilevate attraverso la SDO*

Il flusso SDO viene correntemente impiegato per finalità di carattere economico-gestionale, per studi di carattere clinico-epidemiologico e per analisi a supporto dell'attività di programmazione sanitaria, nonché per il monitoraggio dell'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza, per la valutazione del rischio clinico ospedaliero, per il calcolo di indicatori di appropriatezza e qualità dell'assistenza erogata, nonché per valutazioni di impatto economico e per il riparto del Fondo Sanitario Nazionale.

## Dimissione "contro il parere dei sanitari" – Allontanamento del paziente senza autorizzazione

L'ospedale costituisce di norma un domicilio volontario, ancorché necessario,-temporaneo per ragioni di salute.

Di conseguenza, con esclusione dei pazienti in stato di restrizione della libertà personale e di quelli

sottoposti a trattamento sanitario obbligatorio in regime di ricovero, non possono essere poste limitazioni alla libertà di:

- Una persona capace di agire, senza un suo valido consenso;
- Una persona incapace di agire, in presenza di un valido consenso del legale rappresentante (*eccezioni posso intervenire per le situazioni in cui sia configurabile la scriminante dello stato di necessità. Art. 54 c.p. In tale situazione anche se la volontà del paziente rappresenta un limite giuridico, allorquando vi sia un pericolo di danno attuale, reale e imminente alla persona, la condotta del curante, che prescinde dal consenso dell'avente diritto al fine di salvaguardare la vita del malato, allorché illecita nelle modalità esecutive, è ampiamente risolta dal citato art. 54 c.p..*);

Pertanto una persona ricoverata, capace di agire, è libera di rifiutare un trattamento e quindi di allontanarsi senza alcuna autorizzazione;

La normativa dell'ordinamento interno dei servizi ospedalieri (D.P.R. 128/1969), all'art.4, dispone che "...Se l'infermo o il suo legale rappresentante, nonostante il motivato parere contrario del sanitario responsabile, chiede la dimissione, la stessa avviene previo rilascio di dichiarazione scritta del richiedente in cui deve farsi menzione del parere predetto; tale dichiarazione deve essere conservata agli atti dell'ospedale";

Pertanto, tutte le volte che il paziente, anche se in gravissime condizioni, manifesta la propria volontà di lasciare l'ospedale, i medici curanti nulla possono opporre a questa decisione e debbono senz'altro dare accoglimento alla richiesta dell'ammalato.

Nella dimissione contro il parere dei sanitari si parte da un palese incontro-scontro di due esigenze paritetiche: da un lato l'esigenza dell'infermo di anticipare il momento liberatorio, a prescindere dalla prognosi, dall'altra il dovere professionale del medico curante, responsabile a qualsiasi titolo della degenza, di prolungare il periodo di osservazione o, comunque, di condizionare la libera scelta del degente in quanto reputa opportuno, nell'interesse della salute psico-fisica del malato, lo stato di mantenimento del ricovero.

- **Per ogni dimissione contro parere medico di un paziente** (attenzione per il paziente capace di agire: nessuna decisione può essere assunta da terze persone, senza il suo valido consenso)

Il medico:

- Informa il paziente o il suo legale rappresentante sulle ragioni che inducono a non consentire alla dimissione, rappresentando accuratamente eventuali pericoli connessi,
- Attesta nella documentazione sanitaria (direttamente in cartella clinica o mediante allegazione di modulo) il proprio motivato parere contrario;
- Acquisisce dichiarazione scritta del paziente (o del suo legale rappresentante) riguardo alla sua volontà di dimissione o, in caso di rifiuto di firma, assume un collaboratore a testimone

 <b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b>	<b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <b>Dott. Luigi Caterino</b>	
<b>Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</b>	<b>Responsabile della Direzione UOC Risk Management</b> <b>Dott.ssa Edvige Cascone</b>	
<b>Febbraio 18</b>	<b>Rev. 0</b>	<b>Pag. 17 di 42</b>

dell'informatica fornita, registrandone le generalità ed acquisendo la sua firma;

- Qualora ritenga che la dimissione comporti grave pregiudizio per la salute del paziente incapace di agire, si adopera affinché il paziente sia trattenuto in ospedale e informa tempestivamente la Direzione Medica di Presidio, la Procura della Repubblica presso il Tribunale dei minorenni se si tratta di paziente di minore età, il Giudice Tutelare (in caso di non reperibilità di questi, il Procuratore della Repubblica presso il Tribunale) se si tratta di paziente maggiorenne.

➤ **Per l'allontanamento del paziente senza autorizzazione**

Il medico:

- Registra nella documentazione sanitaria l'evento, annotando tutti gli elementi circostanziali relativi e le azioni poste in essere per reperire il paziente;
- Informa tempestivamente la Direzione Medica di Presidio e se si tratta di paziente incapace: la Procura della Repubblica presso il Tribunale dei minorenni se si tratta di paziente di minore età, il Giudice Tutelare (in caso di non reperibilità di questi, il Procuratore della Repubblica presso il Tribunale) se si tratta di paziente maggiorenne.

#### 14. COMPILAZIONE-TENUTA CARTELLA CLINICA

**La gestione della cartella clinica deve essere ispirata a criteri di razionalità e riservatezza.**

**Razionalità:** Particolare attenzione deve essere posta alla gestione dei fogli mobili (raccogliendo con diligenza ed accuratezza, ordinandoli secondo criteri di stretta cronologia e procedendo alla progressiva numerazione degli stessi) ed alla gestione integrata della documentazione infermieristica con la cartella clinica (definendo opportune procedure)

**Riservatezza:** Ciascuna U.O. deve adottare procedure operative per garantire la riservatezza nel rispetto della normativa sulla privacy, garantendo la conservazione protetta della documentazione sanitaria (N.B. La "grafica" non può e non deve essere posta ai piedi del letto del paziente, ma tenuta in apposito registro con fogli mobili, disponibile per l'aggiornamento e la consultazione).

La responsabilità della tenuta e della conservazione della Cartella Clinica è attribuita al Responsabile dell'unità operativa con la collaborazione del Coordinatore infermieristico, e per quanto di competenza di tutti i dirigenti medici, fino alla consegna della stessa al citato archivio centrale; successivamente fa carico al Direttore Sanitario di Presidio.

In particolare:

1. **il Responsabile della Unità Operativa**, in riferimento ai pazienti ricoverati nel proprio reparto:  
- è responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche, dei registri nosologici e della loro conservazione, fino alla consegna all'archivio centrale, che deve avvenire generalmente nel più breve tempo possibile e comunque non oltre 30 giorni dalla dimissione.

 <b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b>	<b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <b>Dott. Luigi Caterino</b>	
<b>Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</b>	<b>Responsabile della Direzione UOC Risk Management</b> <b>Dott.ssa Edvige Cascone</b>	
<b>Febbraio 18</b>	<b>Rev. 0</b>	<b>Pag. 18 di 42</b>

## 2. il Coordinatore:

- è responsabile della conservazione delle cartelle cliniche fino alla loro consegna all'archivio centrale;
- istituirà un registro sul quale saranno annotate le cartelle cliniche consegnate all'archivio centrale con data e firma del ricevente.

La Cartella Clinica deve accompagnare il paziente nei trasferimenti fra Unità Operative del Presidio Ospedaliero sotto la responsabilità del Responsabile dell'Unità operativa che cura il trasferimento del paziente.

La Cartella Clinica deve essere:

- Conclusa con la diagnosi definitiva
- Firmata dal Responsabile dell'unità operativa che ha in carico il paziente o da un suo collaboratore a ciò appositamente formalmente delegato per iscritto.

La Cartella Clinica, redatta e sottoscritta come previsto ai commi precedenti, deve pervenire, in originale completa di allegati, entro il termine massimo di 30 giorni dalla dimissione, alla Direzione Sanitaria del Presidio Ospedaliero per essere inserita e custodita nell'apposito archivio centrale operante presso la medesima.

Eventuali ritardi nella consegna, imputabili ad eventi eccezionali, dovranno essere adeguatamente motivati al Direttore Sanitario di Presidio

- Alla compilazione della cartella clinica concorrono quanti, ciascuno per la parte di propria competenza e funzione, hanno contatti con il paziente.

Hanno titolo a redigere i documenti di cartella: *"I professionisti sanitari che, nel rispetto delle proprie competenze, sono chiamati ad assumere decisioni incidenti sull'assistito e/o ad attuare prestazioni in favore dello stesso (medici, infermieri, ostetriche, fisioterapisti, ecc.)"*

*Il dettato normativo del D.P.R. 128/69, il D.P.R. 129/69 ed l'art. 24 del D.M. 5/8/77 individua rispettivamente nel Primario, nel Direttore della clinica universitaria o medico operante presso case di cure private i responsabili "della regolare compilazione della cartella, dei registri nosologici e della loro conservazione" anche se resta implicitamente chiaro che la compilazione viene materialmente svolta dai collaboratori medici e dagli specializzandi, equiparati nella sostanza al personale medico di reparto ai sensi del D.L. 257/91 e dal personale infermieristico ai sensi della Legge 42/99.*

**N.B. Laureati volontari e Studenti universitari non hanno titolo alla redazione della CC .**

## 15. CHIUSURA DELLA CARTELLA

**La cartella deve essere chiusa il prima possibile, e comunque, non prima di aver ricevuto tutti i**

**referti degli esami eseguiti durante il ricovero.**

- Al momento della dimissione del paziente deve cessare la compilazione del diario clinico e di tutte le registrazioni inerenti a fatti connessi alla degenza;
- La chiusura coincide con la constatazione della completezza del fascicolo e va attuata nel più breve tempo possibile dopo la dimissione, compatibilmente con il tempo necessario a raccogliere i referti non ancora pervenuti e per la compilazione della SDO;
- La chiusura comporta anche l'ordinamento cronologico dei documenti costitutivi della cartella;
- Deve essere disciplinata, con apposita procedura presidiale a cura delle rispettive direzioni sanitarie, la gestione di eventuali documenti afferenti alla cartella che pervengano successivamente al suo completamento (es. relazione di riscontro diagnostico);
- E' vietato consegnare una cartella incompleta all'archivio centralizzato;
- Le cartelle relative ai ricoveri ordinari devono essere consegnate entro 30 gg dalla data di dimissione all'archivio centralizzato, eventuali ritardi devono essere motivati dal direttore della U.O;

**Le cartelle cliniche per il ricovero diurno (day hospital/day surgery)**

Il ricovero in regime di Day hospital è una modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera che necessita della compilazione di una cartella clinica e quindi di una scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) per ciascun ciclo di ricovero: in questo caso la cartella clinica raccoglie la storia e la documentazione dell'utente relative all'intero ciclo di trattamento. Per i ricoveri in regime di day hospital sia la cartella clinica sia la S.D.O. devono contenere il ciclo diagnostico e/o terapeutico completo, per cui ogni singolo accesso giornaliero dell'utente sarà considerato giornata di degenza. La data di dimissione corrisponderà con la data dell'ultimo accesso alla struttura in cui si è tenuto il ciclo assistenziale.

Comunque, ciascuna cartella clinica relativa ad un ciclo di ricovero in day hospital sarà chiusa, convenzionalmente, il 31 dicembre di ogni anno; se previsto un nuovo ciclo di ricovero, in regime di day hospital, nell'anno successivo sarà aperta una nuova cartella clinica.

Se l'utente dovesse essere trasferito dal day hospital ad altro setting assistenziale, o viceversa, l'utente deve essere dimesso e dovrà essere compilata una nuova S.D.O.

## **16. REQUISITI DI CONTENUTO**

La cartella clinica deve contenere tutti gli elementi per una piena valutazione dell'attività svolta durante il ricovero, in quanto essa costituisce un atto ufficiale a garantire la certezza dell'intero percorso clinico-assistenziale.

I requisiti a cui deve conformarsi il contenuto dei documenti della cartella clinica sono:

- 16.1. Tracciabilità;
- 16.2. Chiarezza;

 <i>Direttore Generale</i> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b>	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> <b>Dott. Luigi Caterino</b>		
<i>Responsabile della Direzione UOC Risk Management</i> <b>Dott.ssa Edvige Cascone</b>			
<i>Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</i>	<i>Febbraio 18</i>	<i>Rev. 0</i>	<i>Pag. 20 di 42</i>

- 16.3. Accuratezza e appropriatezza;
- 16.4. Veridicità;
- 16.5. Attualità;
- 16.6. Pertinenza;
- 16.7. Completezza.

#### 16.1. Tracciabilità

ovvero la possibilità di risalire a tutte le attività, agli esecutori e ai documenti relativi al ricovero dall'ammissione alla dimissione del paziente:

- Usare penne con inchiostro blu o nero (mai lapis);
- Per ogni annotazione deve essere possibili identificarne l'autore e la data;
- Annotare per le attività stimate meritevoli di traccia: data e preferibilmente ora/minuti, identità degli autori con la denominazione chiaramente leggibile (anche mediante timbro) firma o sigla;
- Il riferimento a protocolli, procedure, linee guida ecc. deve essere richiamato e debitamente referenziato;
- Per la correzione di errori materiali e rettifica dati:
  1. Non va mai usato il correttore (bianchetto o altro) e non sono consentite cancellazioni con gomma;
  2. Occorre tracciare una riga sulla scritta errata, in modo che essa risulti comunque leggibile e procedere con la scritta corretta, apponendo la firma dell'estensore;
  3. Per la correzione di errori materiali, rilevati in tempi successivi alla stesura, è necessario annotare oltre la firma dell'estensore e la data della avvenuta correzione, le motivazioni e la firma autorizzativa del Direttore Sanitario di Presidio (o da suo delegato), cui è stata rivolta apposita richiesta;
  4. la correzione di errori anagrafici può avvenire con le stesse modalità su esposte, qualora la cartella fosse in possesso dell'archivio centrale, la correzione deve essere effettuata dal Direttore Sanitario di Presidio o da suo delegato.

Tenere in debito conto che ogni scritta della cartella acquisisce il carattere della definitività ed esce dalla disponibilità del suo autore nel momento in cui viene completata.

#### 16.2. Chiarezza (relativa alla grafia ed all'esposizione):

- usare una grafia leggibile, che non dia luogo ad incertezze;
- utilizzare un'esposizione comprensibile, che non dia adito ad interpretazioni difformi;
- l'uso di sigle è possibile purché conformi a standard nazionali e internazionali.

*La cartella clinica "deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre ad ogni dato obiettivo relativo alle condizioni patologiche del paziente"*

 <b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b>	<b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <b>Dott. Luigi Caterino</b>		
<b>Responsabile della Direzione UOC Risk Management</b> <b>Dott.ssa Edvige Cascone</b>			
<b>Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</b>	<b>Febbraio 18</b>	<b>Rev. 0</b>	<b>Pag. 21 di 42</b>

*ed al suo decorso clinico, le attività diagnostiche-terapeutiche praticate” (Art.23 Capo IV codice di Deontologia Medica). Inoltre il medico deve, nell’interesse esclusivo della persona assistita, mettere la documentazione clinica in suo possesso a disposizione della stessa o dei medici e istituzioni da essa indicati per iscritto (Art. 21 capo IV codice di Deontologia Medica).*

#### 16.3. Accuratezza e appropriatezza

- Enunciare diligentemente i vari passaggi dell’iter clinico assistenziale;
- Registrare dettagliatamente il percorso di accertamento seguito;
- Utilizzare il linguaggio tecnico-professionale corrente.

#### 16.4. Veridicità

I dati riportati in cartella devono riguardare elementi oggettivi (segni clinici, indici biologici, attività eseguite, ecc.) e sintomatologia riferita con l’effettiva corrispondenza tra quanto eseguito ed osservato e quanto scritto.

#### 16.5. Attualità

Registrare gli eventi contestualmente al loro verificarsi \*

L’annotazione postuma di un fatto clinico rilevante integra il reato di falso materiale in atto pubblico penalmente perseguitabile ai sensi dell’art. 476 del Codice Penale.

#### 16.6. Pertinenza

Riportare in cartella le informazioni anamnestiche, accuratamente soppesando le esigenze di tutela della salute, ma altresì quelle inerenti la protezione della riservatezza. Ovvero deve esserci una correlazione delle informazioni riportate in cartella rispetto alle esigenze informative.

#### 16.7. Completezza

E’ necessario garantire l’esaustivo inserimento in cartella di tutti gli elementi/moduli che la compongono.

La cartella è da intendersi completa quando in essa risultano presenti tutti i documenti costitutivi suoi propri.

La completezza del documento deve riguardare ogni sua parte, senza omissioni arbitrarie, con la effettiva e completa trascrizione di ciò che si è rilevato e obiettivato, in modo tale da riprodurre la “fotografia dell’evolversi della malattia”. Tale completezza richiede che ogni singola annotazione riportata della cartella sia firmata rendendo così possibile l’attribuzione a singoli operatori intervenuti nell’attività eseguita.

\*La corte di Cassazione sancisce come ogni atto, esperito sul paziente, sia esso diagnostico o terapeutico debba essere trascritto nella cartella clinica contestualmente alla sua esecuzione: “La cartella clinica adempie alla funzione di diario del decorso della malattia e di altri fattori clinici rilevanti per cui gli eventi devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi. Pertanto la cartella clinica acquista carattere di definitivo in-

*relazione ad ogni singola annotazione ed esce dalla disponibilità dal suo autore nel momento stesso in cui la singola annotazione viene registrata con la conseguenza ulteriore che all'infuori di errori materiali, le modifiche e le aggiunte integrano un falso punibile, anche se il soggetto abbia agito per ristabilire la verità, perché violano le garanzie di certezza accordate agli atti pubblici"; dal che discendono altri due caratteri propri della cartella clinica e cioè quello della immodificabilità e della irretrattabilità"*

*Nel corso di indagine in tema di responsabilità professionali, ogni annotazione od omissione assume importanza sia come elemento costitutivo della colpa sia della formulazione di un giudizio complessivo sulla qualità dell'assistenza sanitaria prestata.*

## 17. ARCHIVIAZIONE

Le cartelle cliniche, dopo essere state sottoposte ai controlli previsti (vedi paragrafo 20) di conformità rispetto alla compilazione e alla completezza dei dati anche per i flussi informativi, saranno rese disponibili per l'Ufficio Rilascio Atti Sanitari e per l'Archivio.

Il Direttore Sanitario di Presidio è responsabile della custodia delle cartelle cliniche e della documentazione clinica dal momento in cui questa perviene all'archivio centrale. La conservazione va effettuata da prima in un archivio corrente e successivamente, trascorso un quarantennio, in una separata sezione di archivio, istituita dalla struttura sanitaria, ai sensi del D.P.R. 30.6.1963 n.1409.

In particolare, il Direttore Sanitario di Presidio ha il compito di:

- Vigilare sull'archivio delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria e di autorizzare il rilascio di copia agli aventi diritto, compreso il rilascio di ogni altra certificazione sanitaria riguardante i pazienti assistiti in ospedale;
- Vigilare sulla idoneità dei locali dell'Archivio Centrale, con particolare riferimento a: climatizzazione ed illuminazione, sicurezza antincendio ed elettrica, protezione all'ingresso di animali e polveri;
- Individuare, con apposito ordine di servizio, le persone fisiche incaricate ad accedere all'archivio e ad effettuare le operazioni di trattamento di competenza;
- Interdire l'accesso ad estranei nei locali dove sono conservate le cartelle cliniche e la documentazione clinica;
- Predisporre un registro in cui annotare:
  - Numero progressivo della cartella clinica;
  - Nome e Cognome del paziente;
  - Data di ammissione;
  - U.O. di ricovero;
  - Data di dimissione;
  - Data di consegna in archivio centrale;
- Predisporre la registrazione della cartella e della documentazione al momento dell'arrivo in archivio con le seguenti modalità:

- All'atto della consegna l'incaricato dell'Archivio centrale apporrà timbro e firma sul registro nosologico del reparto per l'avvenuta consegna;
- L'avvenuta consegna dovrà essere controfirmata dal coordinatore (o dal personale formalmente autorizzato dal responsabile della Unità Operativa) e dall'archivista, ponendo sul registro nosologico dell'Archivio un timbro con la scritta "archiviata il ..... (giorno/mese/anno)";
- Il registro nosologico dell'Archivio deve prevedere uno spazio per annotare le eventuali "movimentazioni" della cartella, con l'indicazione delle date e delle persone cui è stata rilasciata una copia della cartella

*Le cartelle cliniche, insieme ai referti, vanno conservate illimitatamente, essendo un atto ufficiale indispensabile a garantire la certezza del diritto ed una fonte documentaria per le ricerche di carattere storico sanitario.*

*La conservazione è regolata dalle seguenti norme: Costituzione Italiana art. 97 Art. 830 Codice Civile , Art. 2946 codice civile, D.P.R. 30 settembre 1963, n. 1409, D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128, art. 2,5 e 7; D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225; Circolare Ministero della Sanità 19 dicembre 1986; Codice Deontologia Professionale, art. 10. Per la documentazione clinica è prevista la possibilità di conservazione sotto forma di microfilmatura, secondo i seguenti riferimenti normativi: Legge 4 gennaio 1968, n.15 D.P.C.M. 11 settembre 1974 Decreto Ministero Beni Culturali ed ambientali 29 marzo 1979; D.P.R. 28 dicembre 2000 art. 445.*

*La documentazione deve essere conservata in modo idoneo, cioè preservata da distruzione, deterioramento, danneggiamento, asportazione, manomissione, falsificazione e smembramento, dapprima in un archivio corrente e, trascorso un quarantennio, in un archivio cartelle cliniche, istituito dalla struttura sanitaria ai sensi dell'art. 30 del D.P.R. 30.06.63 n. 1.409.*

*La conservazione della documentazione deve essere effettuata in modo da garantirne la riservatezza e il diritto di accesso ai soggetti interessati e che possa essere reperita ed esibita con estrema facilità e tempestività*

## 18. PACC - CARTELLA CLINICA AMBULATORIALE - SDA

Il PACC è registrato in una specifica cartella clinica ambulatoriale contrassegnata da un proprio nosologico con numerazione progressiva distinta da quella utilizzata per i ricoveri. Tale cartella deve essere archiviata e conservata secondo le disposizioni vigenti. Essa contiene una parte anagrafica, una parte per l'anamnesi breve e un diario clinico per la registrazione dei referti e delle prestazioni erogate durante gli accessi. Deve anche contenere una relazione conclusiva del percorso clinico, completa di diagnosi, indicazioni terapeutiche e prescrizioni, redatta a cura del case-manager, da rilasciare in copia all'assistito per il medico curante. La diagnosi deve essere codificata utilizzando i codici previsti dalla classificazione internazionale delle malattie ICD-9-CM versione 2007. Parte

<p><b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b></p>	<p><b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <b>Dott. Luigi Caterino</b></p> <p><b>Responsabile della Direzione UOC Risk Management</b> <b>Dott.ssa Edvige Cascone</b></p>
<b>Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</b>	<b>Febbraio 18</b>

integrante della cartella clinica ambulatoriale è la Scheda del Day service Ambulatoriale (SDA), in cui vanno inserite le informazioni di sintesi dell'intervento assistenziale eseguito.

Per ogni PACC la struttura sanitaria dovrà predisporre nell'ambito della Cartella clinica:

- una scheda nella quale siano riportate, oltre alle informazioni relative alle indagini preoperatorie richieste, anche notizie riguardanti la preparazione all'intervento, la dieta,
- una scheda informativa, di cui il paziente dovrà prendere visione all'inizio del percorso terapeutico e che gli sarà consegnata dopo l'intervento, in cui sono riportate le prescrizioni postoperatorie, con particolare riguardo ai comportamenti da adottare in caso di complicanze, di comparsa di dolore o altri sintomi prevedibili, alle limitazioni di movimento e di funzioni, ai tempi per la ripresa della normale attività fisica e lavorativa.

#### 19. COMPILAZIONE - TENUTA - ARCHIVIAZIONE ALTRA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Per i tutta la documentazione sanitaria si applicano le stesse modalità operative previste per la compilazione, tenuta e archiviazione della cartella clinica.

#### 20. SMARRIMENTO

Qualora una cartella clinica o qualsiasi altra documentazione sanitaria sia smarrita prima della consegna alla Direzione Sanitaria presidiale/Direzione altra Macrostruttura è fatto obbligo al Responsabile dell'U.O. di effettuare la denuncia di smarrimento presso gli Organi di Polizia e consegnarne copia alla Direzione. In caso di smarrimento dopo il conferimento all'archivio centrale, è compito del Direttore Sanitario effettuare la denuncia ai competenti Organi di Polizia.

*Il D.P.R. 128/69 (art.7) stabilisce la responsabilità del Direttore di U.O. sulla conservazione della cartella clinica fino all'invio presso gli archivi centrali. Tale responsabilità è condivisa dal personale infermieristico che ai sensi dell'art. 1 lett.B del D.P.R. 14/3/74 n. 225. Il Direttore di U.O deve provvedere alla "conservazione di tutta la documentazione clinica fino al momento della consegna agli archivi centrali" (art.17). Il sopracitato D.P.R. 128/69 art. 5 stabilisce inoltre che il Direttore Sanitario è responsabile della custodia della documentazione clinica dal momento in cui questa perviene all'archivio centrale ed è tenuto a svolgere un'attività di vigilanza sull'attività di tale struttura la cui istituzione è resa obbligatoria in tutti gli ospedali nell'ambito dello stesso provvedimento normativo.*

#### 21. TEMPI DI CONSERVAZIONE (ALLEGATO B)

**Cartella Clinica, referti clinici ed altra documentazione sanitaria:**

In regime di ricovero (ordinario, Day Hospital, Day Surgery)

- La Cartella Clinica, i resoconti radiologici, i referti diagnostici, le SDO, inseriti nella cartella stessa,

devono essere conservati per un "tempo indeterminato" e pertanto per un periodo interpretabile come "illimitato".

*Il D.P.R. n° 1409/63 all'art. 30 prevede che le cartelle cliniche siano conservate illimitatamente, per almeno 40 anni in un archivio corrente e successivamente in una sezione separata di archivio istituita dalla struttura sanitaria. La successiva circolare del M.S. n°61 del 19/12/86 conferma quanto riportato nel D.P.R. 1409*

In regime ambulatoriale: I referti cartacei, in copia, sono comunque conservati per un tempo indeterminato, anche se consegnati all'interessato in originale.

La conservazione ed il rilascio del materiale diagnostico di qualsiasi natura che sia stato sottoposto a trattamento conservativo (preparati istologici o citologici colorati o meno, inclusioni in paraffina, nonché tracciati, fotografie, filmati, etc) e della documentazione iconografica radiologica sono elencati all'allegato B.

## 22. CONTROLLI INTERNI

Al fine di una puntuale valutazione dell'effettiva applicazione delle presenti indicazioni operative si prevede:

1. Di effettuare verifiche periodiche presso le Unità Operative, riguardanti la corretta tenuta e la conservazione delle cartelle cliniche;
2. Di prevedere per ogni Unità Operativa un controllo su un campione significativo di cartelle (non inferiori al 5%).
  - Il sistema di controlli interni coinvolge il Direttore di U.O., il cui compito è quello di verificare la corretta compilazione e tenuta della cartella clinica sotto ogni profilo; in particolare, al momento della chiusura deve essere fatto un controllo accurato del suo contenuto.
  - La Direzione Sanitaria Presidiale effettua un controllo della completezza del contenuto minimo standard della cartella e delle informazioni essenziali (diagnosi, codici nosologici, firme dei medici) nonché dei requisiti di compilazione, utilizzando la "check-list di autovalutazione della completezza della cartella clinica", con una periodicità mensile e con un volume di controllo almeno pari al 5% random dei dimessi per disciplina. Le non conformità rilevate, unitamente ai provvedimenti da adottarsi, devono essere notificate al Direttore della singola U.O. Dopo tale controllo la cartella viene controfirmata dal Direttore Sanitario. La cartella clinica priva della firma del Responsabile U.O. costituisce un atto incompleto.
  - I verbali di controllo "check-list di autovalutazione della completezza della cartella clinica" dovranno essere archiviati e disponibili per eventuali accessi degli organi ispettivi.

**CHECK-LIST CONTROLLI INTERNI**

N°	Requisito	Quando è applicabile
1	Sono indicati gli estremi del documento di riconoscimento del pz?	Sempre
2	La cartella clinica è disponibile per la consultazione?	Sempre
3	La SDO è firmata dal medico responsabile?	Sempre
4	Il motivo del ricovero è indicato?	Sempre
5	L'anamnesi patologica prossima è presente?	Sempre
6	L'anamnesi patologica prossima è leggibile, cioè scritta con grafia leggibile?	Sempre
7	L'esame obiettivo all'ingresso è firmato?	Sempre
8	L'esame obiettivo all'ingresso è datato?	Sempre
9	L'esame obiettivo all'ingresso è leggibile?	Sempre
10	L'esame obiettivo all'ingresso comprende almeno apparato respiratorio-cardiocircolatorio + sede del problema?	Sempre
11	Il diario clinico è presente?	Sempre
12	Il diario presenta annotazioni in tutte le giornate di degenza?	Sempre
13	Le annotazioni riportate nel diario medico sono firmate/siglate?	Sempre
14	Il Diario infermieristico è presente/allegato?	Sempre
15	Il Diario infermieristico presenta annotazioni in tutte le giornate di degenza?	Sempre
16	Le annotazioni riportate nel diario infermieristico sono firmate/siglate?	Sempre
17	Nel consenso informato all'intervento chirurgico (o procedura invasiva) è presente si ala firma del paziente che quella del medico?	Quando eseguita procedura chirurgica
18	Nel consenso informato all'intervento chirurgico (o procedura invasiva) è presente la data di compilazione?	Quando eseguita procedura chirurgica
19	La documentazione/cartella anestesiologica è presente/allegata	In caso di procedura chirurgica effettuata in anestesia generale o locoregionale
20	Nella documentazione/cartella anestesiologica è documentato il monitoraggio intraoperatorio?	In caso di procedura chirurgica effettuata in anestesia generale o locoregionale
21	Nel referto operatorio è identificabile il primo operatore (il nome deve essere leggibile)?	Quando eseguita procedura chirurgica
22	Nel referto operatorio è presente la data dell'intervento?	Quando eseguita procedura chirurgica
23	Nel referto operatorio è identificabile l'intervento eseguito)	Quando eseguita procedura chirurgica
24	E' presente la lettera di dimissione?	Sempre
25	Nella lettera di dimissione è presente la data di stesura?	Sempre
26	Nella lettera di dimissione è identificabile il medico redattore?	Sempre
27	Nella lettera di dimissione è presente una sintesi descrittiva del decorso clinico?	Sempre



*[Signature]*

## 23. DIRITTO ALL'ANONIMATO

Il paziente si può avvalere della facoltà di mantenere l'anonimato, ai sensi della legge 22/12/75 n°685 all'art. 95. Il diritto all'anonimato è stato ripreso dall'art. 29 della legge 162/90 e dall'art. 120 del D.P.R. 309/90. È opportuno documentare la richiesta di anonimato nella cartella del soggetto. È utile acquisire la dichiarazione del soggetto "Il sottoscritto (specificare i dati anagrafici) richiede di avvalersi nei rapporti con il Servizio del diritto all'anonimato ai sensi dell'art. 120, DPR 309/90"

La possibilità di conservare l'anonimato è concesso alle gestanti (puerpere) ai sensi del R.D. 24/12/34 n.2316 artt. 17 e 18. Le generalità complete, derivate da un valido documento di identità, andranno rilevate a cura del sanitario, trascritte ed inserite in una busta sulla quale, dopo la chiusura, verrà apposto il numero nosologico della cartella. La busta chiusa verrà consegnata al Direttore Sanitario Presidiale.

Non viene concesso in caso di interruzione volontaria di gravidanza ai sensi della legge 22/5/78 n.194. Tuttavia l'operatore è tenuto all'osservanza del segreto professionale in quanto, l'art.21 della Legge 194/78 ha stabilito: "Chiunque, fuori dei casi previsti dall'art. 326 del c.p., essendone venuto a conoscenza per ragioni di professione o di ufficio, rivela l'identità- o comunque rivelà notizie idonee a rivelarla – di chi ha fatto ricorso alle procedure o agli interventi previsti dalla presente legge è punito a norma dell'art. 622 del codice penale".

Infine, la legislazione italiana prevede, nell'ambito della tutela del soggetto, la possibilità di ricoveri in anonimato in caso di soggetti tossicodipendenti. È opportuno documentare in cartella clinica la richiesta di avvalersi del diritto all'anonimato acquisendo all'accettazione del paziente una dichiarazione del tipo:

*"Il sottoscritto ..... – (dati anagrafici) – richiede di avvalersi, nei rapporti con il servizio .... , del diritto all'anonimato ai sensi dell'art. 120, comma 3, DPR 309/90".*

In assenza di tale esplicitazione potrebbe non essere evidente, all'esterno del servizio, la possibilità che il paziente si sia avvalso dell'anonimato, intendendosi attivo solo il segreto professionale che non copre i dati storici.

Tale formale richiesta di avvalersi dell'anonimato non può essere superata dalla richiesta, anche formale (scritta), da parte di agenti di polizia o altre forze armate. È necessario che eventuale richiesta formale sia avanzata dal Magistrato che indaga e deve essere indirizzata specificamente alla Direzione.

*Tutti i pubblici impiegati sono a non divulgare "notizie d'ufficio le quali debbano rimanere segrete o ne agevola in qualsiasi modo la conoscenza" pena la reclusione da sei mesi a tre anni, se, invece, l'"agevolazione è soltanto colposa, si applica la reclusione fino ad un anno" (art. 326 CP).*

## 24. AVENTI DIRITTO AL RILASCIO DI COPIA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA E MODALITÀ DI RILASCIO

Hanno diritto alla consultazione e a ottenere copia della cartella, in toto o in parte, oltre che al rilascio di estratti della stessa, anche durante il tempo in cui la cartella è aperta:

23.1. Il **paziente maggiorenne o minorenne emancipato** (ex art. 390 C.C., "minore coniugato"), cui il documento sanitario si riferisce, che la richiede e ritira personalmente previa esibizione di un documento di riconoscimento in corso di validità, i cui estremi saranno annotati dall'incaricato.

23.2. La **persona diversa dal titolare della documentazione** dietro presentazione di una delega sottoscritta con allegata copia fotostatica di un documento di identità del sottoscrittore. La firma del delegato dovrà essere autenticata dall'addetto all'archivio, annotando scrupolosamente il numero del documento valido di identificazione (carta di identità, passaporto) e controfirmata. La delega verrà allegata al modulo di richiesta da firmare da parte del delegato, la cui identità dovrà essere accertata nel modo già descritto da parte dell'addetto ed inserita nel fascicolo d'ufficio.

23.3. **legittimi eredi o testamentari o legittimari**, così come previsti dagli artt. 536 e ss cc.

Ad ognuno di essi è consentito il rilascio di copia della cartella clinica previo accertamento del loro diritto, anche per mezzo di dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà fatta al momento in sede di sottoscrizione della richiesta, dalla quale risulti lo stato di erede legittimo e secondo la seguente gerarchia:

- il coniuge e i figli ;
- in loro mancanza i genitori;
- in mancanza dei suddetti, i fratelli;
- in mancanza di tutti costoro gli ascendenti ed i discendenti fino al 4° grado.

Al momento del rilascio il richiedente dovrà presentare un'autocertificazione attestante la qualità di legittimo erede, la relazione di parentela esistente con il defunto nonché l'indicazione dei dati anagrafici del paziente, della data di entrata, dimissione o decesso e l'indicazione precisa del reparto/unità operativa in cui il paziente è stato ricoverato.

Quando le persone indicate al punto 23.3 intervenga dissenso, la decisione va rimessa all'autorità giudiziaria competente.

23.4. I **genitori di figli minori, i tutori**, previa autocertificazione del relativo status.

La cartella clinica od altra documentazione sanitaria del minore adottato può essere rilasciata in copia solo ai genitori adottanti che abbiano perfezionato l'atto di adozione, dietro presentazione di regolare documento di idoneità e di documento che certifichi l'adozione; solo in caso di impossibilità dichiarata dagli adottanti, la cartella clinica del minore può essere rilasciata ai parenti adottivi più prossimi del minore. Nel caso in cui nella cartella clinica od in altra documentazione sanitaria risultasse la paternità o la maternità originaria questa, a garanzia del segreto d'ufficio, non potrà essere portata a conoscenza di nessuno salvo autorizzazione espressa dall'autorità giudiziaria.

 <b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b>	<b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <b>Dott. Luigi Caterino</b>	
<i>Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</i>	<i>Responsabile della Direzione UOC Risk Management</i> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i>	
<i>Febbraio 18</i>	<i>Rev. 0</i>	<i>Pag. 29 di 42</i>

- 23.5. Il **Direttore Sanitario Presidiale** ed il **legale rappresentante di altro Ospedale e Casa di Cura** diversi da quelli presso i quali la documentazione sanitaria è conservata, qualora il paziente si trovi in esso ricoverato e sia necessario acquisire dati utili al trattamento dello stato morboso in atto, quindi per finalità di tutela della salute e dell'incolumità fisica del paziente, dietro richiesta su carta intestata con firma del medico di reparto richiedente, che dichiari anche le generalità di chi ritira la documentazione.
- 23.6. L'**amministratore di sostegno** (legge n. 6 del 9.1.2004) previa esibizione di un documento probatorio (copia decreto di nomina del Giudice Tutelare).
- 23.7. Il **Medico di Medicina Generale** o il **Pediatra di Libera scelta (MMG/PLS)**, che ha in cura il paziente, con esplicitazione nella richiesta di tale sua qualità (quale soggetto "titolare" ai sensi dell'art. 28 D. Lgs.196/03), dell'indispensabilità di accedere a tali documenti per la tutela dell'incolumità fisica e della salute del paziente e mediante contestuale presentazione di documentazione idonea a dimostrare il consenso scritto dell'interessato salvo autorizzazione generale del Garante.
- 23.8. Gli **organi giudiziari (P.M., G.I.P., Pretore, Nuclei di Polizia giudiziaria)**, su relativa formale richiesta.
- Nel caso che l'Autorità Giudiziaria dichiari necessaria l'acquisizione del documento originale, una copia autenticata del medesimo deve essere creata contestualmente alla consegna dell'originale e conservata agli atti dell'ufficio, unitamente all'ordine o al verbale di sequestro dell'Autorità Giudiziaria
- 23.9. I **periti d'ufficio**, previa esibizione di copia del mandato conferito loro dal giudice.
- 23.10. L'**I.N.P.S.** (con delega sottoscritta dall'assistito) nel caso competano a questo le spese di spedalità per i pazienti dipendenti da aziende private (artt. 17 e 18 del R.D. 2316 del 1934), nell'ipotesi di assistenza prestata alle lavoratrici madri e di ricoveri per TBC.
- 23.11. L'**I.N.A.I.L.** in caso di infortunio o malattia professionale occorso ad un assicurato, con delega sottoscritta dall'assistito, ai sensi degli artt. 94 e 95 del D.P.R. 30/6/965, n. 1124
- 23.12. **Altri enti pubblici, esclusi gli enti economici**, che, in base ad espresse disposizioni di legge, siano autorizzati al trattamento di dati idonei a rilevare lo stato di salute di un individuo; ad es. per le Prefetture, relativamente all'assistenza a stranieri regolarmente presenti sul territorio nazionale che dichiarino lo stato di indigenza e quindi di insolvenza, per i quali si richiede il rimborso del costo del ricovero direttamente all'Autorità Prefettizia.
- 23.13. I **dirigenti degli uffici dello stesso ente** presso cui il paziente è o è stato ricoverato od assistito, qualora la richiesta di documenti sanitari sia motivata da ragioni connesse allo svolgimento di attività istituzionali degli uffici che dirigono, dietro richiesta formale da parte dei responsabili (sulla fotocopia sarà posta la scritta uso interno).
- 23.14. Le **Compagnie di Assicurazione, i Patronati e le Unità operative delle Forze Armate** che avviano pratiche pensionistiche, qualora presentino un atto di delega da parte

 <b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b>	<b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <b>Dott. Luigi Caterino</b>		
	<b>Responsabile della Direzione UOC Risk Management</b> <b>Dott.ssa Edvige Cascone</b>		
<i>Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</i>	<i>Febbraio 18</i>	<i>Rev. 0</i>	<i>Pag. 30 di 42</i>

dell'interessato.

- 23.15. Il patrocinatore legale dell'avente diritto alla documentazione, che esibisca procura scritta.
- 23.16. Gli enti esteri o sovranazionali legittimati all'accesso sulla base di convenzioni internazionali in materia di assistenza sanitaria all'estero.
- 23.17. Il curatore nel caso di persona inabilitata e non capace di sottoscrivere, previa autocertificazione del relativo status.

L'interdetto per grave infermità (art. 414 c.c.) è rappresentato dal tutore il quale, producendo la certificazione idonea ad attestare il proprio stato, è legittimamente autorizzato a ricevere copia di cartella clinica. Analogamente l'inabilitato per infermità di mente (art. 415 c.c.) alcoolismo, tossicodipendenze, sordomutismo o cecità è assistito dal curatore il quale, producendo la certificazione idonea ad attestare il proprio stato, è legittimamente autorizzato a ricevere copia di cartella clinica.

- 23.18.1 soggetti diversi dall'interessato con le modalità e i limiti previsti dal comma II dell'art. 92 del D. Lgs. 196/03: "La richiesta di presa visione o di rilascio della cartella clinica e dell'accusa scheda di dimissione ospedaliera da parte di soggetti diversi dall'interessato può essere accolta, in tutto o in parte, solo se la richiesta è giustificata dalla documentata necessità:
- di far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria, di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile
  - di 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 e inviolabile."

Nei casi non previsti dalla presente procedura, il rilascio delle copie e l'accesso alla documentazione è consentito, previa autorizzazione del Direttore Sanitario del Presidio/Direzione Macrostruttura competente.

Le richieste, le copie delle deleghe e le dichiarazioni sostitutive degli atti di notorietà dovranno essere conservate.

La dichiarazione di conformità all'originale dovrà essere apposta sull'ultima pagina delle copie fotostatiche della documentazione sanitaria, con la data e il numero dei fogli che la compongono, la sede dell'archivio, il nome e la qualifica e la firma dell'operatore che ha effettuato la copia fotostatica, nonché il nome e la firma del Direttore Sanitario di Presidio/Direttore di Macrostruttura o suo formale delegato. Su ogni foglio dovrà essere apposto il timbro dell'ufficio. Ogni altro caso non previsto dalla presente Procedura, sarà oggetto di decisione da parte del Direttore Sanitario di Presidio.

Le strutture sanitarie entro 7 giorni dalla richiesta, proveniente dal dimesso o dalle persone innanzi

 <i>Direttore Generale</i> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b>	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> <b>Dott. Luigi Caterino</b>	
<i>Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</i>	<i>Responsabile della Direzione UOC Risk Management</i> <b>Dott.ssa Edvige Cascone</b>	
<i>Febbraio 18</i>	<i>Rev. 0</i>	<i>Pag. 31 di 42</i>

citate, rilasciano la cartella clinica/documentazione sanitaria disponibile.

Le richieste ordinarie devono essere evase entro trenta giorni dalla data della richiesta stessa.

**Il diritto di accesso non è sottoposto a prescrizione.**

La Cartella Clinica/documentazione sanitaria, rilasciata in copia autenticata ai sensi dell'art. 14 della Legge 4.01.1968 n. 15, dal Direttore Sanitario di Presidio/Macrostruttura, deve riportare in calce il numero dei fogli di cui è composta.

L'autenticazione della copia della Cartella Clinica e di ogni altra documentazione sanitaria, emessa dall'Azienda o depositata agli atti della Direzione competente in originale, spetta al Direttore Sanitario di Presidio/Macrostruttura o ad altro dirigente afferente alla medesima Direzione, all'uopo individuato e formalmente delegato.

Le copie di cartella clinica e di altra documentazione sanitaria di cui al presente articolo sono consegnate dietro pagamento di una somma, a titolo di rimborso spese, secondo quanto indicato nell'allegato A.

## 25. PRESA VISIONE CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Al fine di garantire il principio della trasparenza dell'attività sanitaria, il paziente ricoverato o altra persona, dallo stesso espressamente autorizzata per iscritto, può prendere visione della cartella clinica e della documentazione nella stessa contenuta in costanza di ricovero.

## 26. MODALITÀ DI RICHIESTA DELLA CARTELLA CLINICA/DOCUMENTAZIONE SANITARIA

### 26.1. Richiesta di rilascio:

- Il richiedente dovrà compilare l'apposito modulo disponibile presso l'ufficio Cartelle Cliniche/documentazione sanitaria.
- La sottoscrizione della richiesta di rilascio non è soggetta ad autenticazione ove sia sottoscritta dal soggetto cui la documentazione si riferisce, purché maggiorenne o minore emancipato, alla presenza del dipendente addetto e previa esibizione di documento d'identità.
- La richiesta può essere presentata anche da un terzo, già firmata dall'intestatario della documentazione, a condizione che produca fotocopia, ancorché non autenticata, di un documento d'identità del sottoscrittore.
- La richiesta deve essere indirizzata al Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero o della Macrostruttura che ha prodotto la documentazione sanitaria, e può essere inoltrata anche per posta ordinaria (con spese a carico del destinatario), per posta elettronica o a mezzo fax, purché risulti allegata la copia del documento di riconoscimento in corso di validità dell'intestatario della cartella. Qualora il richiedente fosse diverso dall'intestatario della

 <b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b>	<b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <b>Dott. Luigi Caterino</b>		
<i>Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</i>	<i>Responsabile della Direzione UOC Risk Management</i> <b>Dott.ssa Edvige Cascone</b>		
<i>Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</i>	<i>Febbraio 18</i>	<i>Rev. 0</i>	<i>Pag. 32 di 42</i>

cartella dovrà fornire atto notorio che attesti il suo diritto di accesso alla cartella clinica. In tali casi la copia del documento di riconoscimento è inserita nel fascicolo d'ufficio. Non saranno accettate richieste di cartelle cliniche effettuate telefonicamente.

- Il richiedente dovrà provvedere, nel momento della richiesta, al pagamento relativo alle spese di fotocopiatura della cartella clinica secondo le apposite tariffe (allegato A), con le modalità previste da ciascuna articolazione aziendale.
- Il richiedente è informato del tempo d'attesa stabilito dall'Amministrazione per il rilascio della cartella.

#### **26.2. Richiesta di cartella clinica derivante da pubblica autorità**

L'autorità sanitaria, nella persona del Ministro della Sanità, dell'Assessore Regionale, del Sindaco, può ottenere, senza alcun aggravio di spesa e per provati motivi di tutela della salute pubblica, copia di cartella clinica/documentazione sanitaria. Nella richiesta, su carta intestata, dovrà risultare il motivo e la dizione specifica "a tutela della salute pubblica";

#### **26.3. Richiesta di cartella clinica derivante da altri Enti (INAIL, INPS, etc.)**

Gli altri Enti potranno farne richiesta per motivi contabili e/o statistici, correlati alla durata delle degenze; in tali casi potranno ricevere copia della cartella clinica completa, con l'assenso dell'interessato, e dietro pagamento delle spese di rilascio e fotocopiatura (*principio della non riproduzione di atti se richiesto da altri enti*);

#### **26.4. Trasmissione copia di cartella clinica ad altro ospedale**

Qualora il richiedente sia il Direttore Sanitario Presidiale o il Direttore UOC od il Dirigente di servizio di un ospedale od il direttore di un Istituto privato di cura ove sia in cura il paziente, al fine di garantire la continuità terapeutica, la documentazione verrà inviata tramite servizio postale con aggravio delle spese di spedizione al destinatario;

#### **26.5. Rilascio di copia di immagini radiografiche su CD/DVD;**

La copia della documentazione radiologica su CD/DVD va richiesta all'ufficio cartelle cliniche che provvede ad inoltrare la richiesta al Servizio di Radiologia dove è stato eseguito l'esame. La richiesta può essere presentata sia di persona, che a mezzo fax e/o posta (ordinaria o elettronica). Se la richiesta è presentata di persona, l'interessato deve avere con sé il documento d'identità. Se la richiesta è presentata per fax o per posta, ordinaria o elettronica, è obbligatorio allegare una copia del documento d'identità in corso di validità

 <b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b>	<b>Direttore Sanitario Aziendale</b> <b>Dott. Luigi Caterino</b>	
<i>Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</i>	<i>Responsabile della Direzione UOC Risk Management</i> <i>Dott.ssa Edvige Cascone</i>	
<i>Febbraio 18</i>	<i>Rev. 0</i>	<i>Pag. 33 di 42</i>

## 27. CONSULTAZIONE

La Cartella Clinica, relativa ai pazienti ospedalizzati, e la documentazione clinica, relativa ai pazienti ambulatoriali possono essere consultate dal personale medico dell'ASL, qualificato quale soggetto "Incaricato" ai sensi dell'art.30 del Decreto Legislativo n. 196 del 30/06/03 e per finalità diagnostico-terapeutiche e medico - legali, mentre nell'ipotesi di finalità di ricerca scientifica o di statistica sono consultabili dai medesimi soggetti sulla base di atto motivato che ne giustifichi le finalità e comunque, in entrambi i casi, con l'osservanza delle norme vigenti in materia di tutela della riservatezza dei soggetti interessati.

**Modalità per la consultazione:**

- a. Richiesta scritta, debitamente datata, con timbro e firma del sanitario interessato, sottoscritta dal Responsabile U.O., inviata al Direttore Sanitario in cui deve essere specificato:
  - La/e cartella/e clinica/e che interessano per la consultazione (vanno indicati il numero progressivo della cartella e l'anno di riferimento);
  - Finalità della richiesta di consultazione;
  - Comunicazione dei nominativi di ogni eventuale partecipante alla fase di consultazione diretta;
  - Attestazione del sanitario interessato circa l'osservanza degli obblighi previsti dagli artt. 622 e 326 del c.p. e dalla legge 31.12.1996 n. 675;
- b. Autorizzazione scritta da parte del Direttore Sanitario di Presidio, che nell'atto individua il funzionario o operatore dell'archivio centrale delegato a vigilare sulle operazioni di consultazione;
- c. Il funzionario o l'operatore delegato a vigilare avrà cura di prelevare la cartella clinica richiesta, consegnarla al sanitario interessato, rimanendo presente nella fase di consultazione, al fine di verificare che non avvenga alcuna modifica nel contenuto originale (abrasioni, cancellazioni, sottrazioni, trascrizioni, etc.) e registrando gli estremi della cartella clinica;
- d. Il funzionario o operatore che rilevi una delle irregolarità suddette, farà interrompere immediatamente la visione del documento, dando immediata comunicazione verbale alla Direttore Sanitario di Presidio e predisponendo rapporto scritto per i successivi adempimenti di competenza;
- e. Il funzionario o operatore delegato avrà cura, al termine della consultazione, di riposizionare la documentazione clinica secondo l'ordine precedente di archiviazione;
- f. Il funzionario o operatore delegato alla vigilanza della fase di consultazione curerà la conservazione degli atti cartacei di richiesta autorizzazione;
- g. La consultazione della documentazione sanitaria archiviata deve avvenire all'interno dei locali dell'archivio centrale; in luoghi diversi può avvenire solo su espressa autorizzazione del



 <i>Direttore Generale</i> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b>	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> <b>Dott. Luigi Caterino</b>	
<i>Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</i>	<i>Responsabile della Direzione UOC Risk Management</i> <b>Dott.ssa Edvige Cascone</b>	
<i>Febbraio 18</i>	<i>Rev. 0</i>	<i>Pag. 34 di 42</i>

- Direttore Sanitario Presidiale/Direttore di Macrostruttura;
- h. Nel caso in cui la documentazione non sia stata trasferita presso l'archivio centrale l'autorizzazione dovrà essere richiesta al Direttore responsabile del reparto/unità operativa;
- i. Tranne casi eccezionali non potrà mai essere rilasciata copia di documentazione clinica (che comunque non dovrà riportare gli elementi identificativi del paziente).

## 28. ALTRA DOCUMENTAZIONE

La procedura operativa relativa alla richiesta e rilascio della cartella clinica si applica anche nel caso di richiesta di altra documentazione sanitaria.

## 29. NORME DI SICUREZZA E PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

Al termine della giornata lavorativa ed in caso di assenza temporanea dal posto di lavoro (pausa pranzo, riunioni, ecc.) è necessario:

- Riporre tutta la documentazione contenente dati personali negli armadi, nelle cassetriere personali o negli archivi all'uopo predisposti;
- Spegnere i terminali, i PC e le stampanti;
- Impedire l'accesso a PC e terminali attraverso l'impiego di password e, ove previsto, dell'apposita serratura di disattivazione;
- Custodire le chiavi delle serrature di disattivazione;
- Custodire le chiavi delle serrature dei mobili, uffici e computer in posizione non evidenti o facilmente identificabili da estranei.

## 30. INDICATORI/PARAMETRI DI CONTROLLO

% di cartelle cliniche conformi (completezza, tracciabilità, leggibilità dei diversi elementi che costituiscono la Cartella clinica), a cura dei Direttori di UU.OO. e Direttori Sanitari presidiali come previsto all'art. 20.

## 31. DISTRIBUZIONE DELLA PROCEDURA

- Direzione Sanitaria Presidiale;
- Direttore Dipartimento Salute Mentale;
- Direttore Dipartimento di Prevenzione;
- Direttore di Distretto Sanitario;
- Responsabile delle R.S.A.;
- Direttori/Responsabili Unità Operative;
- Coordinatori Unità Operativa;
- Direttori Servizi Tossicodipendenza;

 <i>Direttore Generale</i> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b>	<i>Direttore Sanitario Aziendale</i> <b>Dott. Luigi Caterino</b>		
<i>Responsabile della Direzione UOC Risk Management</i> <b>Dott.ssa Edvige Cascone</b>			
<i>Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</i>	<i>Febbraio 18</i>	<i>Rev. 0</i>	<i>Pag. 35 di 42</i>

- Direttore Sistema Emergenza 118.

### 32. VERIFICA APPLICAZIONE

- Direzione Sanitaria Presidiale
- Direttore Dipartimento Salute Mentale
- Direttore Dipartimento di Prevenzione
- Direttore di Distretto Sanitario
- Direttori/Responsabili Unità Operative;
- Direttori Servizi Tossicodipendenza;
- Direttore Sistema Emergenza 118.

### 33. AGGIORNAMENTO PROCEDURA

La presente Procedura sarà oggetto di revisione periodica e dovrà essere attuata in concomitanza di emissione di nuove indicazioni istituzionali, nazionali e/o regionali e a cambiamenti organizzativi e gestionali nell'ambito dell'azienda o evidenze emerse ed ai risultati della sua applicazione nella pratica clinica.

Al fine di migliorare la Procedura nella pratica clinica, le strutture sanitarie coinvolte sono invitate a fornire suggerimenti e commenti, all'indirizzo di posta elettronica:

[riskmanagement@aslnapoli3sud.it](mailto:riskmanagement@aslnapoli3sud.it)

[riskmanagement@pec.aslnapoli3sud.it](mailto:riskmanagement@pec.aslnapoli3sud.it)

### 34. NORMA FINALE E DI RINVIO

Per quanto non previsto dal presente regolamento, si applicano le norme della Legge 7 agosto 1990, n. 241, così come da ultimo modificata dalla Legge 11 febbraio 2005, n. 15 e del D.P.R. 27 giugno 1992, n. 352.

Precedenti atti deliberativi regolanti la materia in oggetto, in tutto o in parte in contrasto con il presente regolamento, sono da ritenersi abrogati.

E' fatto obbligo a chiunque spetti osservare il presente regolamento e farlo osservare.

### ALLEGATO A

Le copie della documentazione di cui al presente documento vengono rilasciate dietro pagamento di diritti di segreteria, a complessiva copertura degli oneri a carico dell'Azienda, come determinato dalle competenti articolazioni aziendali (UOC ABS e UOC GRU).

<b>RILASCIO COPIE DOCUMENTAZIONE SANITARIA</b>	
CARTELLA CLINICA	fino a 40 pagine € 10.00 (euro dieci/00)
	da 41 a 80 pagine € 20.00 (euro venti/00);
	Oltre 81 pagine € 25.00 (euro venticinque/00)
CERTIFICATO e/o REFERTO DI PRONTO SOCCORSO CERTIFICATO e/o REFERTO di intervento 118 Emergenza Territoriale	€ 5.00 (euro cinque/00)
CERTIFICAZIONI SANITARIE VARIE (referti analitici, prestazioni ambulatoriali, certificato di ricovero, certificati di morte, etc.)	€ 5.00 (euro cinque/00)
DUPLICATO LASTRA RADIOGRAFICA (Formato 35x43)	€ 7.50 (euro sette/50)
DUPLICATO LASTRA RADIOGRAFICA (altri formati)	€ 5.00 (euro cinque/00)
COPIA CD	€ 5.00 (euro cinque/00)
RIPRODUZIONE DVD	€ 10.00 (euro dieci/00)
<p><i>Il versamento degli importi dovuti andrà effettuato mediante bollettino di c.c.p. o mediante bonifico bancario. Il rilascio delle copie ed attestazioni di cui sopra è da intendersi escluso dalla applicazione della IVA.</i></p> <p><i>Il pagamento delle copie non è dovuto nel caso di Enti Pubblici richiedenti, per il perseguimento di fini istituzionali. Le eventuali spese postali di spedizione saranno a carico del richiedente.</i></p>	



regione campania  
aslnapoli3sud

<b>Direttore Generale</b> <b>Dott.ssa Antonietta Costantini</b>	<b>Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria</b>	<b>Febbraio 18</b>	<b>Rev. 0</b>	<b>Pag. 37 di 42</b>
--	--	--------------------	---------------	----------------------

**Responsabile della Direzione UOC Risk Management**  
**Dott.ssa Edvige Cascone**

### Periodo minimo di conservazione della documentazione sanitaria presso l'Azienda Sanitaria Locale Napoli 3 sud

Tipologia di documento	Periodo di conservazione	Sede di conservazione	Riferimento legislativo	Responsabile del procedimento
Cartelle cliniche	ILLIMITATO	Archivio cartelle cliniche corrente per 40 anni poi archivio storico dopo i 40 anni	Circolare Ministero Sanità n. 61 del 19/12/1986 DPR 30/06/63 n. 1409	Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero
Schede cliniche DSM	ILLIMITATO	D.S.M. per 10 anni poi archivio cartelle cliniche (previo accordo con Direttore del Distretto Sanitario)		Direttore del Dipartimento di Salute Mentale
Documentazione sanitaria e amministrativa c/o Dipartimento di Prevenzione	ILLIMITATO	Dipartimento di Prevenzione (sede centrale e sedi periferiche presso i distretti)		Direttore del Dipartimento di Prevenzione
RADIOLOGIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ILLIMITATO</li> <li>• Referti radiologici</li> <li>• Documentazione iconografica radiologica (lastre)</li> <li>• 20 anni</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Radiologia per 10 anni poi, archivio cartelle cliniche Radiologia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Circolare Ministero Sanità n. 61 del 19/12/1986</li> <li>• n.900.2/AG.464/260</li> <li>• Decreto Ministero della Sanità 14/2/97 (in vigore dall'11/03/99)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Direttore U.O. di Radiologia per i primi 10 anni</li> <li>• Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero per i successivi anni</li> </ul>
Documento di dimissione ospedaliera		UOC di competenza		Direttore UOC



**regione campania**  
**aslnapoli3sud**

**Direttore Generale**

**Dott.ssa Antonietta Costamini**

**Procedura per la gestione della cartella clinica e della documentazione sanitaria**

**Febbraio 18**

**Rev. 0**

**Pag. 38 di 42**

**Responsabile della Direzione UOC Risk Management**

**Dott.ssa Edvige Cascone**

**Dott. Luigi Caterino**

**Responsabile del DPO - Direttore Sanitario Aziendale**

**Dott. Luigi Caterino**

Cartella clinica/Verbale/Referito di Pronto Soccorso	ILLIMITATO	Pronto Soccorso per 10 anni Poi archivio cartelle	Direttore U.O. Medicina d'urgenza e Pronto Soccorso
Verbale intervento sanitario territoriale	118		
Fascicolo/cartella sanitario di R.S.A.	socio-10 anni	R.S.A. per 10 anni (oppure archivio cartelle cliniche, previo accordo con Direttore del Distretto Sanitario)	Direttore del Distretto Sanitario dove è ubicata territorialmente la RSA
Fascicolo sanitario per le cure domiciliari			
Referti laboratorio di analisi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ILLIMITATO in cartella</li> <li>• 1 anno altri esemplari</li> </ul>	Archivio cartella clinica Laboratorio di analisi	Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero Direttore UOC Patologia Clinica
Referti citologici	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ILLIMITATO in cartella</li> <li>• 20 anni altri esemplari</li> <li>• 5 anni se screening</li> </ul>	Archivio cartella clinica Anatomia Patologica	Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero Direttore UOC Anatomia Patologica
Referti istologici	<ul style="list-style-type: none"> <li>• ILLIMITATO in cartella</li> <li>• 20 anni altri esemplari</li> </ul>	Archivio cartella clinica Anatomia Patologica	Direttore Sanitario di Presidio Ospedaliero Direttore UOC Anatomia Patologica
Referto/Cartella clinica/Altra documentazione sanitaria di prestazioni ambulatoriali			Direttore del Distretto Sanitario

## APPENDICE

### **La Cartella clinica per il ricovero in Day Hospital/Day Surgery**

Il ricovero in regime di Day hospital è una modalità di erogazione dell'assistenza ospedaliera che necessita della compilazione di una cartella clinica e quindi di una scheda di dimissione ospedaliera (S.D.O.) per ciascun ciclo di ricovero. In questo caso la cartella clinica raccoglie la storia e la documentazione dell'utente relative all'intero ciclo di trattamento. Per i ricoveri in regime di day hospital sia la cartella clinica sia la S.D.O. devono contenere il ciclo diagnostico e/o terapeutico completo, per cui ogni singolo accesso giornaliero dell'utente sarà considerato giornata di degenza. La data di dimissione corrisponderà con la data dell'ultimo accesso alla struttura in cui si è tenuto il ciclo assistenziale. Comunque, ciascuna cartella clinica relativa ad un ciclo di ricovero in day hospital sarà chiusa, convenzionalmente il 31.12 di ogni anno e se previsto un nuovo ciclo di ricovero, in regime di day hospital nell'anno successivo, sarà aperta una nuova cartella clinica. Se l'utente dovesse essere trasferito dal day hospital ad altro reparto, o viceversa, l'utente deve essere dimesso e dovrà essere compilata una nuova S.D.O.

### **Cartella infermieristica – Ostetrica - Riabilitativa**

La scheda infermieristica è uno strumento informativo ed operativo in cui confluiscono informazioni utili per ogni utente garantendo così un'assistenza individualizzata e continua. La scheda infermieristica, come la Cartella clinica, ha rilevanza giuridica ed è parte integrante della cartella stessa e deve essere redatta nel rispetto del principio di veridicità, completezza, correttezza formale e chiarezza. Le annotazioni vanno fatte al momento del verificarsi dell'evento descritto, quindi, tranne la correzione di meri errori materiali, le modifiche e le integrazioni sono punibili sotto la sfera penale, anche se il soggetto cerca di ristabilire la verità dell'atto, perché si viola la garanzia della certezza degli atti pubblici. Dal punto di vista giuridico può essere presentata come prova ed in caso di controversia legale essa fornisce la descrizione delle attività svolte dall'infermiere professionale.

### **Schede cliniche del Dipartimento di Salute Mentale**

Le schede cliniche del Dipartimento di Salute Mentale devono essere conservate per dieci anni nell'archivio corrente presso il D.S.M. e successivamente, previo accordo con il Direttore del Distretto sanitario ove insiste la struttura, saranno conservate a tempo indeterminato presso l'archivio cartelle cliniche.

### **Documentazione sanitaria e amministrativa presso il Dipartimento di Prevenzione**

La documentazione sanitaria e amministrativa relativa alle varie UU.OO. del Dipartimento di Prevenzione sarà conservata a tempo indeterminato presso la sede principale del Dipartimento stesso, mentre la documentazione delle UU.OO.PP.CC. sarà illimitatamente conservata presso gli archivi dei Distretti sanitari di afferenza.

### **Documentazione iconografica di radiodiagnostica e Referti radiologici.**

I documenti di radiodiagnostica sono costituiti dalla documentazione iconografica (lastre) prodotta per indagini diagnostiche utilizzate dal medico specialista, nonché quella prodotta nell'ambito delle attività radio - diagnostiche complementari all'esercizio clinico. I resoconti diagnostici sono i referti prodotti dal medico specialista radiologo. Se la documentazione iconografica non viene consegnata all'utente, essa deve essere custodita o mediante pellicole radiografiche, o su supporti cartacei, o su supporti elettronici. Deve essere custodita in locale apposito, o microfilmata o su supporto informatico, stante le recenti direttive dell'Agenzia per l'informatizzazione della Pubblica Amministrazione. La tenuta della documentazione radiologica è pari ad un periodo non inferiore ai dieci anni, mentre i Referti radiologici devono essere conservati a tempo indeterminato. L'archivio corrente, per tutta la documentazione di cui al presente articolo, va tenuto presso la Radiologia del Presidio dove viene eseguito l'esame, trascorsi 10 anni, solo i Referti saranno conservati per un periodo temporale illimitato presso l'Archivio Cartelle cliniche.

### I Referti/verbali/cartella clinica di Pronto Soccorso.

I Referti saranno conservati per dieci anni nell'archivio corrente ubicato presso il Pronto Soccorso del Presidio Ospedaliero e, successivamente, saranno trasmessi all'Archivio storico Cartelle cliniche del Presidio Ospedaliero.

### Il Fascicolo sanitario per il ricovero i R.S.A.

Il Fascicolo sanitario deve essere compilato all'ingresso e aggiornato almeno ogni due mesi e comunque ogni qualvolta vi sia un cambiamento significativo della condizione bio-psico-sociale dell'ospite o eventi la cui registrazione sia utile o necessaria alla corretta compilazione della Scheda di Osservazione Intermedia dell'Assistenza (S.O.S.I.A.). Inoltre è previsto la stesura di un Piano di Assistenza Individualizzato, che contenga il piano terapeutico, assistenziale, riabilitativo e le attività animate ed occupazionali proposte e che siano effettuate semestralmente ed ogni volta che vi sia un cambiamento significativo delle condizioni dell'ospite, valutazioni di tipo funzionali delle capacità di ogni ospite. La documentazione è conservata per dieci anni presso l'Archivio corrente della R.S.A. e successivamente, previo accordo con il Direttore del Distretto sanitario, dove insiste la struttura, nell' archivio Cartelle cliniche.

### I Referti di Laboratorio.

I Referti per gli esami cito – istologici devono essere conservati per almeno 15 anni se negativi e almeno 20 anni se positivi e saranno archiviati presso L.U.O. Anatomia Patologica del Presidio Ospedaliero.

I Referti di Laboratorio analisi chimico – cliniche e microbiologiche devono essere conservati per un anno e saranno conservati presso i rispettivi Laboratori di analisi.

### La documentazione sanitaria ambulatoriale ed i Referti ambulatoriali.

La documentazione sanitaria ambulatoriale è raccolta in un fascicolo nel quale sono registrate, dal personale abilitato, le informazioni sanitarie e amministrative relative all'insieme degli episodi ambulatoriali afferenti ad uno specifico episodio o percorso di diagnosi, cura e riabilitazione.

Ogni prestazione ambulatoriale deve essere documentata da un referto ambulatoriale.

Le copie dei referti devono essere conservate in modo che sia facilmente identificabile l'anno di erogazione della prestazione.

Se è stato necessario produrre un referto provvisorio unicamente su supporto cartaceo, per problemi informatici, si conserverà la copia di quest'ultimo sino alla consegna all'utente di copia del referto registrato con i sistemi aziendali di refertazione informatizzata.

Passati dieci anni dalla data della prestazione, salvo diversa indicazione, la copia cartacea del referto ambulatoriale viene avviata allo smaltimento. I referti e la documentazione sanitaria ambulatoriale sono conservati presso i rispettivi ambulatori.

### Registro operatorio.

Anche il registro operatorio è qualificato quale Atti Pubblico. La tenuta del registro operatorio è obbligatoria per legge. Tale obbligo non è assolto semplicemente allegando una copia nella cartella clinica ma è necessario che sia presente un apposito registro cronologico con fogli in duplice copia.

Le modalità di compilazione e di tenuta sono regolate dalla Circolare n. 900.2/2.7/190 del Ministero della salute.

I requisiti sostanziali richiesti sono: la veridicità, la completezza, la chiarezza.

I requisiti formali obbligatori riguardano invece:

- gli elementi identificativi del paziente;
- la data e l'ora d'inizio e di fine dell'atto operatorio;
- l'équipe chirurgica completa;
- la check list;
- la diagnosi finale e descrizione accurata dei diversi tempi operatori e della tecnica chirurgica

impiegata;

- il tipo di anestesia utilizzata e il nome dei sanitari che l'hanno condotta;
- la sottoscrizione almeno da parte del primo operatore.
- Che le modalità pratiche della tenuta del registro operatorio debbano dipendere dalle Direzioni Sanitarie delle singole istituzioni ospedaliere che dovranno scegliere tra le possibili modalità quelle che garantiscono la massima tutela nei riguardi delle eventuali manomissioni;
- Che il Primario/Direttore dell'Unità Operativa sia direttamente responsabile della corretta compilazione, della tenuta e della conservazione del registro operatorio;
- Che per quanto riguarda la sua conservazione, si debba rimandare a quanto previsto in tema di cartelle cliniche dalla Circolare n. 61 del 19/12/1986;

Nel caso partecipino all'intervento più equipe chirurgiche nel verbale dovranno essere annotati i dati utili a individuare i professionisti e le azioni a essi ascrivibili, svolte nell'intervento.

Per ciò che riguarda le responsabilità è previsto che, mentre la definizione delle sopra riportate modalità pratiche di tenuta del registro dipendono dalla Direzione Sanitaria, il Direttore di Struttura Complessa o Semplice è direttamente responsabile della corretta compilazione, della tenuta e della conservazione del Registro fino allo scarico negli Archivi Sanitari Centralizzati.

Anche per i registri operatori la conservazione è a tempo illimitato.

#### **Cartella/diario per le cure domiciliari (ADI)**

In tale particolare setting assistenziale è da prevedere la figura del Case manager che coordina l'équipe operativa. Si dovrà disporre di un diario unico/cartella, che deve rimanere a domicilio dell'assistito, fino al termine del percorso clinico-assistenziale. In tale diario devono essere riportati tutti gli accessi (con indicazione dei tempi) e gli interventi effettuati. Il diario unico non deve essere inviato, ma restare presso il domicilio dell'assistito. Le informazioni devono essere registrate dagli operatori che intervengono a domicilio utilizzando format di back office. All'atto della dimissione il diario unico va completata mediante la compilazione della Scheda di Dimissione Cure Domiciliari e va archiviata presso il distretto di competenza.



**ALLEGATO C**

**CHECK-LIST di AUTOVALUTAZIONE DELLA COMPLETEZZA DELLA CARTELLA CLINICA**

**P.O. \_\_\_\_\_ SDO \_\_\_\_\_**

1	Dati anagrafici del paziente (comprensivi di estremi del documento di riconoscimento e tessera sanitaria)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
2	Consenso al trattamento dei dati sensibili è presente	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
3	La cartella clinica è disponibile per la consultazione?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
4	La SDO è completa e firmata dal medico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
5	Il motivo del ricovero è indicato?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
6	Anamnesi patologica prossima è presente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
7	Anamnesi patologica prossima è leggibile (scritta con grafia leggibile)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
8	Esame obiettivo all'ingresso è firmato?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
9	Esame obiettivo all'ingresso è datato?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
10	Esame obiettivo all'ingresso è leggibile?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
11	Esame obiettivo all'ingresso comprende almeno apparato respiratorio-cardiocircolatorio + sede del problema?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
12	Diario clinico è presente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
13	Diario compilato per tutte le giornate di degenza?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
14	Annotazioni riportate nel diario medico sono firmate?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
15	Diario infermieristico è presente?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
16	Diario infermieristico presenta annotazioni in tutte le giornate di degenza?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
17	Annotazioni riportate nel diario infermieristico sono firmate?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
18	Nel consenso informato all'intervento chirurgico (o procedura invasiva) è presente si ala firma del paziente che quella del medico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
19	Nel consenso informato all'intervento chirurgico (o procedura invasiva) è presente la data di compilazione?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
20	La documentazione/cartella anestesiologica è presente/allegata	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
21	Nella documentazione/cartella anestesiologica è documentato il monitoraggio intraoperatorio?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
22	Nel referto operatorio è identificabile il primo operatore (il nome deve essere leggibile)?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
23	Nel referto operatorio è presente la data dell'intervento?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
24	Nel referto operatorio è identificabile l'intervento eseguito)	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
25	E' presente la lettera di dimissione?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
26	Nella lettera di dimissione è presente la data di stesura?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
27	Nella lettera di dimissione è identificabile il medico redattore?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
28	Nella lettera di dimissione è presente una sintesi descrittiva del decorso clinico?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No

Data, \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

*Firma leggibile del dirigente medico*

*[Handwritten signature]*

Letto, confermato e sottoscritto.



IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE  
(Dott. Marco Tullio)

*Mosca Tullio*

#### TRASMISSIONE AL COLLEGIO SINDACALE

La presente deliberazione è stata trasmessa al Collegio Sindacale della A.S.L. ai sensi dell'art. 35 comma 3 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

#### TRASMISSIONE AL COMITATO DI RAPPRESENTANZA DELLA CONFERENZA DEI SINDACI

La presente deliberazione è stata trasmessa al Comitato di Rappresentanza dei Sindaci ai sensi dell'art. 35 della L.R. 03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

#### TRASMISSIONE ALLA GIUNTA REGIONALE

La presente deliberazione è stata trasmessa alla Struttura Regionale di Controllo della G.R.C. ai sensi dell'art.35 della L.R.03.11.94 n. 32 con nota n. \_\_\_\_\_ in data \_\_\_\_\_

#### PROVVEDIMENTO DELLA GIUNTA REGIONALE

Deliberazione della G.R. n. \_\_\_\_\_ del \_\_\_\_\_

Decisione: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

IL FUNZIONARIO

23 MAR. 2018

INVIATA PER L'ESECUZIONE IN DATA

/ A:

DIRETTORE SANITARIO AZIENDALE	U.O.C. MATERNO INFANT. DISTRET.	
DIRETTORE AMM. AZIENDALE	U.O.C. MEDICINA LEGALE PUBBL.VAL.	
COLLEGIO SINDACALE	U.O.C. PATOLOGIA CLINICA	
U.O.C. GABINETTO	U.O.C. PREVENZIONE E PROTEZIONE	
U.O.C. CONTROLLO DI GESTIONE	U.O.C. PROGR. PIAN. VAL. ATTIV. SAN	
U.O.C. AFFARI GENERALI	U.O.C. PSICOL. INTEG. DONNA E BAMB.	DISTRETTO N. 52
U.O.C. AFFARI LEGALI	U.O.C. RELAZIONE CON IL PUBBLICO	DISTRETTO N. 53
U.O.C. ACQUISIZIONE BENI E SERV.	U.O.C. RISK MANAGEMENT	DISTRETTO N. 54
U.O.C. ASSISTENZA DISTRETTUALE	U.O.S. ISPETTIVA AMM.VA	DISTRETTO N. 55
U.O.C. ASSISTENZA OSPEDALIERA	U.O.S. ISPETTIVA SANITARIA	DISTRETTO N. 56
U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA A	SERV. COORD.TO COMIT. ETICO CAMP. SUD	DISTRETTO N. 57
U.O.C. ASS.ZA RIABILITATIVA AREA B	COORD. TO GESTIONE LIQUIDATORIA	DISTRETTO N. 58
U.O.C. ASSISTENZA SANITARIA	COORD. TO PROGETTI FONDI	DISTRETTO N. 59
U.O.C. EPIDEMIOLOGIA VALUTATIVA	COORD. TO SOCIO SANITARIO AZIEND	OO.RR. AREA NOLANA
U.O.C. FASCE DEBOLI	DIPARTIMENTO FARMACEUTICO	OO.RR. AREA STABIESE
U.O.C. FORMAZ. E AGGIORN. PROF.	DIPARTIMENTO PREVENZIONE	OO.RR. GOLFO VESUVIANO
U.O.C. GESTIONE ECONOMICO FINAN	DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	OO.RR. PENISOLA SORRENTINA
U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE	DISTRETTO N. 34	U.O.S.D. A.L.P.I.
U.O.C. TECNICO AREA NORD	DISTRETTO N. 48	
U.O.C. TECNICO AREA SUD	DISTRETTO N. 49	
U.O.C. GEST.TECN.SISTEMI INFORM.	DISTRETTO N. 50	
U.O.C. MATERNO INFANT. OSPEDAL.	DISTRETTO N. 51	