



Ospedale Evangelico Internazionale

# LA CARTELLA CLINICA INTEGRATA

Liliana Ravera

**LA CARTELLA CLINICA E' UNA  
RISORSA DETTAGLIATA E  
COMPLETA DI INFORMAZIONI DI  
TUTTO QUANTO RIGUARDA IL  
PAZIENTE DURANTE L'EPISODIO  
DI CURA, CON UN RIFERIMENTO  
CRONOLOGICO DEGLI  
AVVENIMENTI**

**La storia della cartella clinica si perde nei tempi e parallelamente alla storia della medicina:**

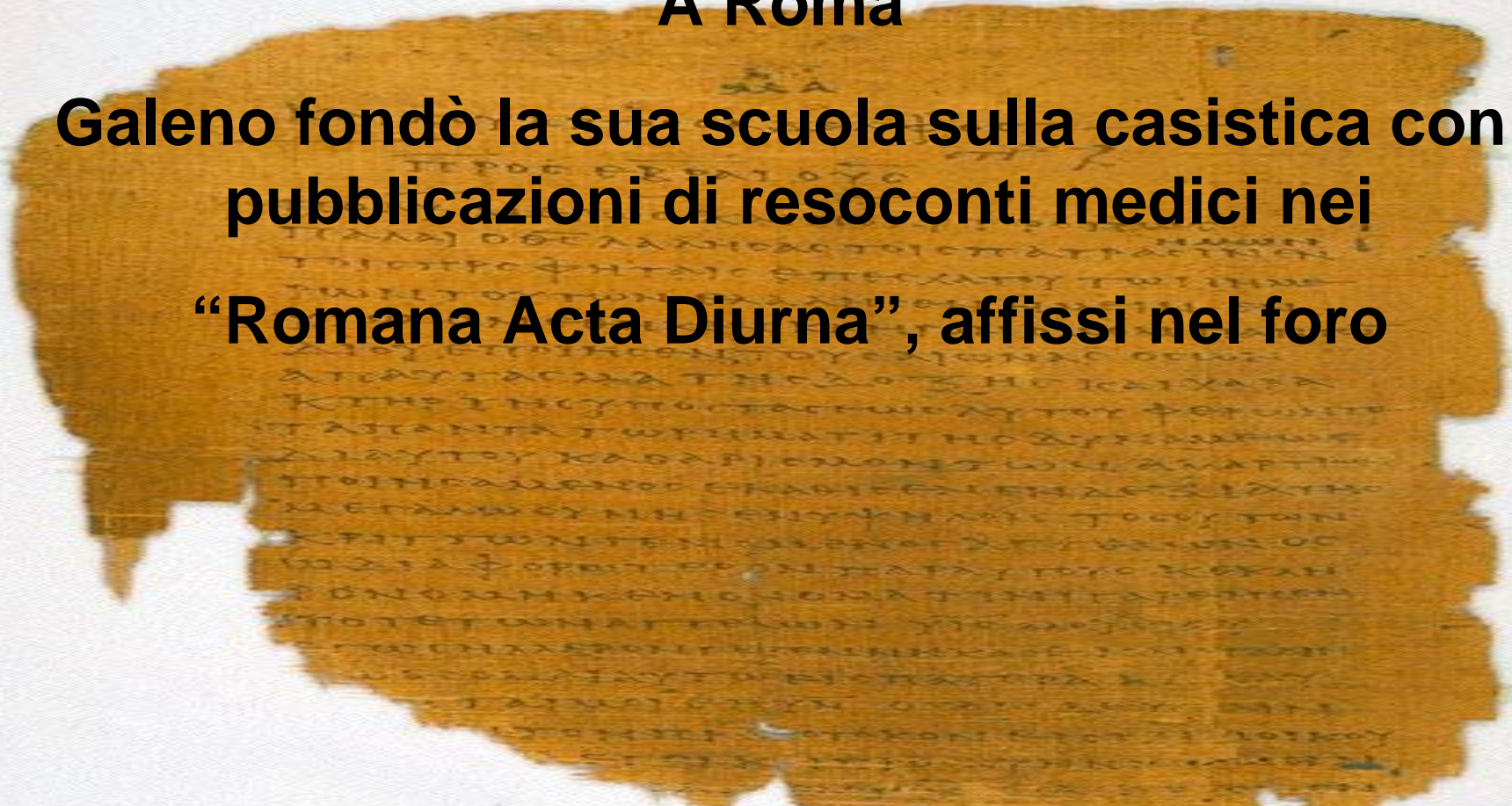
**Età paleolitica:**

**Età delle piramidi, ritrovati geroglifici risalenti al**

**Nella Grecia di Ippocrate:**

**A Roma**

**Galeno fondò la sua scuola sulla casistica con pubblicazioni di resoconti medici nei “Romana Acta Diurna”, affissi nel foro**





**Il controllo della complessità  
rappresenta un obiettivo  
strategico per garantire la  
funzionalità sanitaria.**

# Cartella clinica: scopo e funzioni

- Offrire una base informativa per scelte clinico-assistenziali appropriate
- Documentare il quadro clinico, il processo diagnostico-terapeutico-assistenziale ed i risultati ottenuti
- Consentire la tracciabilità documentale per le diverse attività svolte:
  - rintracciabilità delle azioni
  - cronologia e tempistica delle stesse
  - modalità di esecuzione

# Inoltre.....

- Fonte informativa
  - ricerca clinico scientifica
  - formazione degli operatori
  - dati amministrativi e gestionali
  - dati medico-legali

# Quali Requisiti ?


I documenti e le informazioni riportate in cartella clinica devono rispondere a criteri:

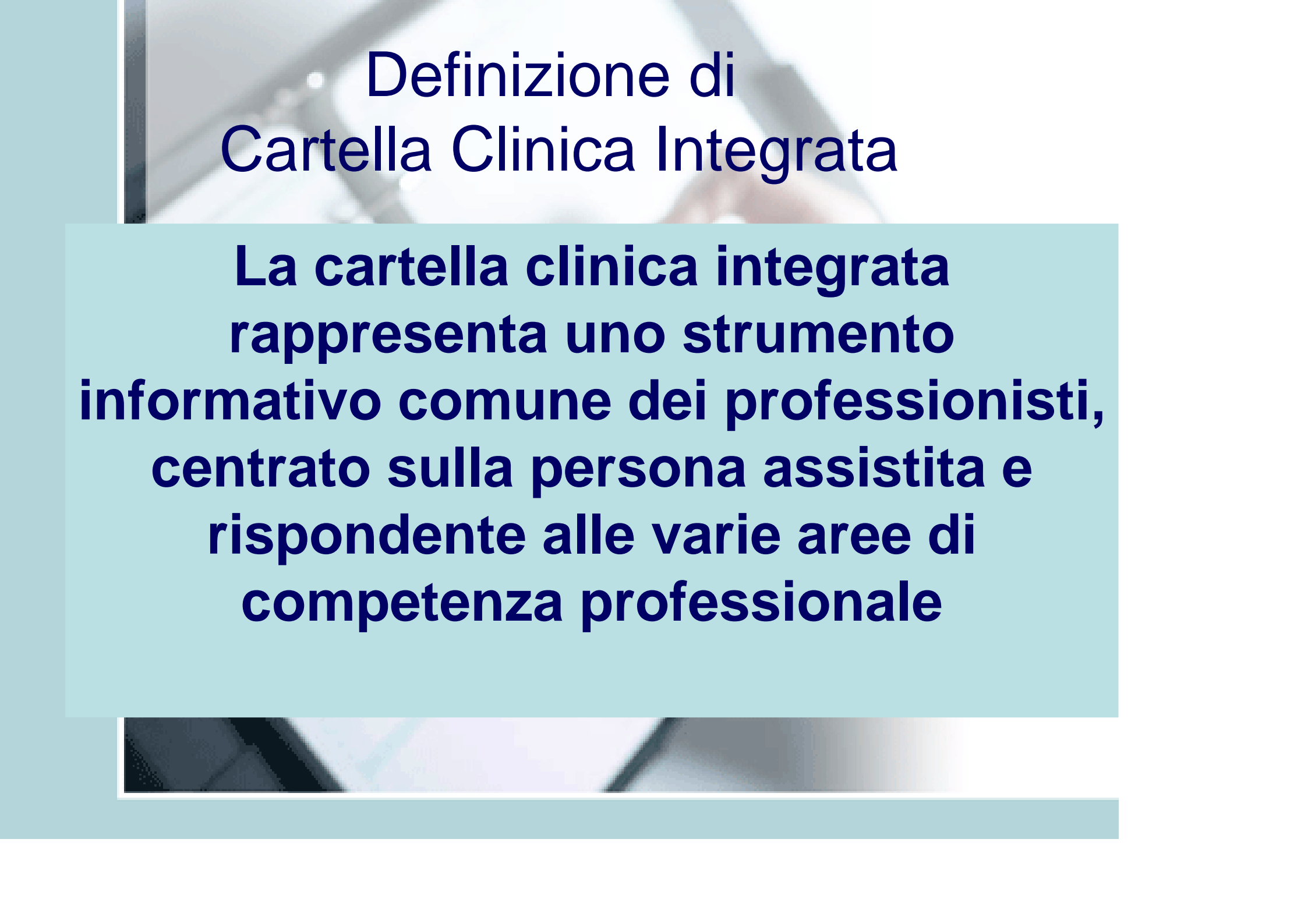
- ✓ accuratezza
- ✓ chiarezza
- ✓ completezza
- ✓ pertinenza
- ✓ rintracciabilità
- ✓ veridicità



L'evoluzione...

**CARTELLA  
CLINICA  
INTEGRATA**





# Definizione di Cartella Clinica Integrata

**La cartella clinica integrata rappresenta uno strumento informativo comune dei professionisti, centrato sulla persona assistita e rispondente alle varie aree di competenza professionale**

# **Cartella Clinica Integrata motivazioni:**

La consapevolezza che l'utilizzo di due cartelle diverse (ad es. medica ed infermieristica) all'interno della stessa unità operativa dà luogo ai seguenti problemi:

- ridondanza di raccolta e registrazione dati
- dispersione delle informazioni
- valutazioni diverse su singoli episodi
- mancanza di pianificazione degli interventi
- maggiore possibilità di errori

# **E di non poca importanza.....**

**Facilita l'integrazione nel medesimo gruppo professionale**

- tra le diverse famiglie professionali**
- tra i diversi contesti sanitari**
- tra i diversi documenti clinici**
- tra i diversi supporti documentali**

**L'indicatore di avvenuta integrazione è certamente dato dal raggiungimento da parte di tutti i professionisti delle conoscenze inerenti la situazione clinico/assistenziale del paziente.**

# Quali obiettivi??

1. **attraverso l' integrazione di competenze professionali diverse nel processo clinico è garantita la continuità assistenziale e una presa in carico**
  - **multidisciplinare**
  - **multifattoriale**
    - **efficace**
    - **globale**
2. **consentire la registrazione puntuale e dettagliata di tutto il percorso del paziente migliorando la qualità della documentazione sanitaria**

# **E ancora.....**

- 3. Aumentare la trasparenza degli atti medici e delle altre figure professionali sanitarie per consentire un migliore accesso ai dati**
- 4. Ottimizzare il rapporto tempo/lavoro favorendo altre attività cliniche e/o assistenziali**
- 5. Ridurre le possibilità di errore**

# **Per quali risultati??**

- **migliori esiti clinici**
- **migliore utilizzo delle risorse**
- **contenimento dei rischi clinici**



**Credendo a quanto descritto e  
spinti da specifici bisogni  
organizzativi è nato un gruppo di  
lavoro per la individuazione di  
uno strumento unico e  
condiviso...**

**...ma allo stesso tempo convinti  
che le soluzioni preconfezionate  
spesso non si adattano e non  
soddisfano i bisogni delle singole  
realtà.....**



# **...con specifico mandato si costituisce un gruppo di lavoro formato da:**

- I Responsabili della Day Surgery DCI
- Rappresentanti dei Medici anestesisti
- I Coordinatori Infermieristici della Day Surgery
- I Coordinatori Infermieristici dei Blocchi Operatori
- Rappresentanti della Direzione Sanitaria e dell'Area Qualità come supporto metodologico e normativo

# **Il nostro lavoro.....**

- **Riunioni con tutto il personale per la condivisione e diffusione dello strumento**
- **Presentazione dello strumento agli organi competenti a Luglio 2007**
- **Strumento validato dalle Direzioni Sanitarie e Autorizzato dalle Amministrazioni**
- **Inizio della sperimentazione a Marzo 2008**
- **Analisi e revisione “1” dello strumento a Ottobre 2008**
- **Utilizzo della revisione “1” da febbraio 2009**
- **Programmazione della prossima revisione dopo 18 - 24 mesi tempo di utilizzo**

# abbiamo lavorato:

- Facendo tesoro delle esperienze di tutti i professionisti
- Utilizzando informazioni e strumenti già in uso nelle organizzazioni
- Aprendosi reciprocamente al dialogo e all'ascolto e confronto
- Allontanando le resistenze
- Discutendo collegialmente le criticità
- Rispettando i requisiti dettati dalle linee guida

# Per riuscire a costruire .....



ENTE OSPEDALIERO  
OSPEDALI GALLIERA  
Mura delle Cappuccine 14  
Genova, 16121  
tel 01056321

N° NOSOLOGICO



OSPEDALE EVANGELICO  
INTERNAZIONALE  
Sal. Sup. San Rocchino 31 A  
Genova, 16122  
tel 01055221

## DIPARTIMENTO CHIRURGICO INTERAZIENDALE

CARTELLA CLINICA DI DAY SURGERY  
CARTELLA CLINICA DI ONE DAY SURGERY  
CARTELLA CLINICA DI PACHETTO AMBULATORIALE COMPLESSO  
CARTELLA CLINICA DI DAY HOSPITAL


INTESTAZIONE  
SEDE RESPONSABILE DEL RICOVERO

INTESTAZIONE S.C., S.S. O CENTRO  
PROPONENTE IL RICOVERO

# REQUISITI DI CONTENUTO

**VALUTAZIONE PREOPERATORIA** <sup>4</sup> data / /

PER INTERVENTO DI \_\_\_\_\_ specificare lato \_\_\_\_\_

ETA' \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ ANESTEZIA \_\_\_\_\_

NOTE ANAMNESTICHE CLINICHE E DI LABORATORIO:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

terapie in atto per comorbidità

allergie o intolleranze: NO  SI  quali \_\_\_\_\_  
anestesi precedenti: NO  SI  quali \_\_\_\_\_  
interventi pregressi: NO  SI  quali \_\_\_\_\_

App. Respiratorio: \_\_\_\_\_

App. Cardiovascolare: \_\_\_\_\_

App. Locomotore: \_\_\_\_\_

E.C.G. \_\_\_\_\_

altri esami: \_\_\_\_\_

P.A. / / F.C. \_\_\_\_\_ Denti \_\_\_\_\_

Test Mallampati: Classe  I  II  III  IV DID \_\_\_\_\_ DTM \_\_\_\_\_

Ulteriori accertamenti \_\_\_\_\_

PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE			
FARMACO	POSOLOGIA	ORARIO	FIRMA SOMMIN
_____	_____	_____	_____

ASA :  1  2  3

Intervento eseguibile in regime di:  
DS  ODS  Paziente NON eleggibile in DS o ODS

specificare \_\_\_\_\_

firma e timbro anestesista \_\_\_\_\_ firma chirurgo \_\_\_\_\_

**ESAME OBIETTIVO DELLO STATO LOCALE**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NOTE

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

data / / firma e timbro chirurgo \_\_\_\_\_

- 1) formato: i fogli che costituiscono i diversi moduli devono essere numerati e riportare il titolo del documento cui si riferisce

# REQUISITI DI CONTENUTO

2) **identificazione e composizione:** ogni cartella clinica deve essere identificata dall'anno di apertura del ricovero e da un numero progressivo

The form contains the following elements:

- ENTe OSPEDALIERO OSPEDALI GALLIERA** logo and address: Mura delle Cappuccine 11, Genova, 16121, tel 01056321.
- OSPEDALE EVANGELICO INTERNAZIONALE** logo and address: Sal. Sup. San Rocchino 31 A, Genova, 16122, tel 01055221.
- DIPARTIMENTO CHIRURGICO INTERAZIENDALE**
- Options for clinical record type: CARTELLA CLINICA DI DAY SURGERY, CARTELLA CLINICA DI ONE DAY SURGERY, CARTELLA CLINICA DI PACHETTO AMBULATORIALE COMPLESSO, CARTELLA CLINICA DI DAY HOSPITAL.
- A vertical stack of four empty boxes for identification.
- A box for **INTESTAZIONE SEDE RESPONSABILE DEL RICOVERO**.
- A box for **INTESTAZIONE S.C., S.S. O CENTRO PROPONENTE IL RICOVERO**.
- A box for **N° NOSOLOGICO** with two red arrows pointing to it from the left text.





# chiarezza

Riguarda la grafia e l'esposizione. Il testo deve essere chiaramente leggibile e comprensibile da coloro che utilizzano la cartella clinica

5

INGRESSO IN DEGENZA PER INTERVENTO CHIRURGICO				
DATA: ____/____/____	NOTE IMPORTANTI DA RIPORTARE: _____			
ORA: _____				
Rispetto delle prescrizioni anestesiolgiche	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
Digiuno da 6 ore	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
Assunzione di farmaci non prescritti nelle ultime 24 ore	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
quali: _____	motivo: _____			
Malesse o reazioni inusuali nelle ultime 24 ore	quali: _____			
Ultima minzione nella norma	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
Tricotomia eseguita	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
Pulizia intestinale	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
Presenza di protesi dentarie	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
Presenza di apparecchio acustico	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
Presenza di altre protesi	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
Presenza di lenti a contatto	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
Gioielli	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
se SI, consegnati a: _____	restituiti: _____			
Presenza di Make up	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
Presenza di accompagnatore/Tutore	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
PA: ____/____/____	ES: ____	HGT: ____	Colliri: NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/>	
<b>Documentazione allegata presente in cartella</b>				
* Scheda di ammissione al trattamento in DS/ODS/PAC/DH	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
* Consenso al trattamento dei dati personali (D.Lgs.196/03)	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
* Consenso (Generale) all'intervento chirurgico e all'anestesia	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
* Consenso (Specifico) all'intervento chirurgico	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
* Esami pre-intervento completi	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
* Referti della valutazione pre-operatoria in continuità di cure	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
* _____	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>		
firma dell'infermiera/e accettante: _____				
<b>PRESCRIZIONE PREANESTESIA</b>				
FARMACO	POSOLOGIA	ORARIO	FRIMA SOMMIN	
<b>CHECK OUT VERSO IL BLOCCO OPERATORIO</b>				
Preparazione paziente:	* Abbigliamento	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Ora: ____:____
	* Posizionamento Agocannula	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	Ora: ____:____
	* Posizionamento catetere vescicale	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
	* Rimozione protesi e monili	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
	* _____	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
	* _____	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
	* _____	NO <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/>	
Ora del trasferimento: ____:____	Firma Infermiere: _____			

# completezza

Ogni cartella clinica:

- identifica un ricovero in modo univoco.
- viene aperta al momento dell'accettazione della persona e chiusa al momento della dimissione della stessa
- comporta l'ordinamento cronologico per tipo di documentazione delle parti costituenti la cartella clinica
- Deve contenere un elenco di tutti i moduli ed allegati presenti

ELENCO ALLEGATI PRESENTI IN CARTELLA ALLA CHIUSURA DEL CICLO	
1	MODULO DI INSERIMENTO IN LISTA DI ATTESA
2	SCHEDA DI AMMISSIONE AL TRATTAMENTO IN REGIME DI RICOVERO DIURNO O PAC
3	CONSENSO INFORMATO GENERALE
4	CONSENSO INFORMATO SPECIFICO
5	CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI PERSONALI (D.Lgs. 196/03)
6	ESAMI DIAGNOSTICI SECONDO PDTA
7	SCHEDA DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	

FIRMA INFERMIERE .....

AGGIUNGERE IN ELENCO EVENTUALI SCHEDE AGGIUNTIVE





# veridicità

- I dati e gli eventi sono annotati in cartella clinica contestualmente al loro verificarsi o nell'immediata successione degli stessi

6

CHECK IN BLOCCO OPERATORIO			
Ora ingresso in Blocco operatorio: _____			
Preparazione paziente idonea	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	spec: _____
Posizionamento ago cannula:	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	Ora: _____ firma _____
Posizionamento elettrodi per monitoraggio:	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	spec: _____
Profilassi antibiotica: Farmaco _____ Posologia _____ Ora: _____ firma _____			
Somministrazione: Ora _____ firma infermiere _____			
DURANTE LA SOMMINISTRAZIONE DELL'ANESTESIA			
Posizione:	Supina: <input type="checkbox"/>	Prona: <input type="checkbox"/>	Seduta: <input type="checkbox"/>
	Laterale destra: <input type="checkbox"/>	Laterale sinistra: <input type="checkbox"/>	Ginecologica: <input type="checkbox"/>
Monitoraggio:	P.A. <input type="checkbox"/>	E.C.G. <input type="checkbox"/>	Sa O2 <input type="checkbox"/>
DURANTE L'INTERVENTO CHIRURGICO			
Posizione:	Supina: <input type="checkbox"/>	Prona: <input type="checkbox"/>	Seduta: <input type="checkbox"/>
	Laterale destra: <input type="checkbox"/>	Laterale sinistra: <input type="checkbox"/>	Ginecologica: <input type="checkbox"/>
Monitoraggio:	P.A. <input type="checkbox"/>	E.C.G. <input type="checkbox"/>	Sa O2 <input type="checkbox"/>
Posizionamento:	O2 <input type="checkbox"/>	legatura di sicurezza <input type="checkbox"/>	piastra elettrobisturi <input type="checkbox"/> laccio esangue <input type="checkbox"/>
Drenaggi:	a caduta <input type="checkbox"/>	in aspirazione <input type="checkbox"/>	
Medicazione:	normale <input type="checkbox"/>	Compressiva <input type="checkbox"/>	
ETICHETTE ADESIVI PRESIDI MEDICI UTILIZZATI			
ETICHETTE ADESIVI MATERIALE PROTESICO UTILIZZATO			
Firma infermiere _____			

# Requisiti di Struttura.

La struttura della cartella clinica dovrebbe prevedere i seguenti punti in sequenza cronologica/logica:

- 1) apertura del ricovero,
- 2) processo di cura,
- 3) chiusura del ricovero,
- 4) documenti allegati

The image displays four overlapping medical forms:

- Top-left form:** A checklist titled "ELENCO ALLEGATI PRESENTI IN CARTELLA ALLA CHIUSURA DEL CICLO" (List of attached documents present in the chart at the end of the cycle). It lists 15 items, including admission forms, informed consent, and diagnostic exams, with checkboxes for their presence.
- Top-right form:** A departmental form from the "DIPARTIMENTO CHIRURGICO INTERAZIENDALE" (Inter-hospital Surgical Department). It includes fields for patient identification, hospital name, and a section for the "SEDE RESPONSABILE DEL RICOVERO" (Responsible ward).
- Bottom-left form:** A "LETTERA DI DIMISSIONE" (Discharge Letter) form, featuring a red border and a section for "FOLLOW UP E CHIUSURA CASO CLINICO" (Follow-up and clinical case closure).
- Bottom-right form:** A "DEGENZA POST OPERATORIA" (Post-operative care) form, which includes a grid for recording vital signs and clinical observations over time, along with sections for nursing and medical evaluations.

# Apertura del ricovero

1. Dati amministrativi

2. Inquadramento iniziale della persona assistita

3

SPAZIO FRONTESPIZIO  
DATI ANAGRAFICI

CHECK LIST INFERMIERISTICA  
1° CONTATTO

- \* Consegna del materiale informativo
- \* Fornite le informazioni necessarie al ricovero
- \* Scheda di ammissione al trattamento
- \* Consenso informato generale all'intervento chirurgico
- \* Esami preoperatori da PDTA
- \* Esami preoperatori ulteriormente prescritti data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- \* Valutazione pre-operatoria in continuità di cure data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- \* Altro \_\_\_\_\_

\* Altri bisogni socio-psico-assistenziali rilevati NO  SI   
quali \_\_\_\_\_

il paziente ha consegnato esami personali: NO  SI   
quali \_\_\_\_\_

firma \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Restituzione degli esami consegnati: firma infermiere \_\_\_\_\_ data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
firma paziente: \_\_\_\_\_



# Apertura del ricovero

## 3. Inquadramento clinico:

- identificata la motivazione del ricovero, l'anamnesi (familiare, prossima e remota),
- l'esame obiettivo (inclusa la valutazione dei sistemi/apparati correlati ai problemi del paziente per identificarne, in modo accurato, i segni ed i sintomi),
- le ipotesi diagnostiche, l'elenco dei problemi attivi

4  
**VALUTAZIONE PREOPERATORIA** data / /

PER INTERVENTO DI \_\_\_\_\_ specificare lato \_\_\_\_\_

ETA \_\_\_\_\_ PESO \_\_\_\_\_ ALTEZZA \_\_\_\_\_

**NOTE ANAMNESTICHE CLINICHE E DI LABORATORIO:**

terapie in atto per comorbidità \_\_\_\_\_

allergie o intolleranze: NO  SI  quali \_\_\_\_\_  
anestesi precedenti: NO  SI  quali \_\_\_\_\_  
interventi pregressi: NO  SI  quali \_\_\_\_\_

App. Respiratorio: \_\_\_\_\_  
App. Cardio-circolare: \_\_\_\_\_  
App. Locomotore: \_\_\_\_\_  
E.C.G. \_\_\_\_\_  
altri esami: \_\_\_\_\_  
P.A. / F.C. Denti \_\_\_\_\_

Test Mallampati: Classe  I  II  III  IV DID \_\_\_\_\_ DTM \_\_\_\_\_

Ulteriori accertamenti \_\_\_\_\_

PRESCRIZIONI TERAPEUTICHE			
FARMACO	POSOLOGIA	ORARIO	FIRMA SOMMIN

ASA :  1  2  3

Intervento eseguibile in regime di:  
DS  ODS  Paziente NON eleggibile in DS o ODS   
specificare \_\_\_\_\_

firma e timbro anestesista \_\_\_\_\_ firma chirurgo \_\_\_\_\_

**ESAME OBIETTIVO DELLO STATO LOCALE**

NOTE

data / / firma e timbro chirurgo \_\_\_\_\_

# Processo di cura

3

CHECK LIST INFERMIERISTICA  
1° CONTATTO

9

**DEGENZA POST OPERATORIA**

Ora ritorno in reparto: \_\_\_\_\_

tipo anestesia: locale  piessica  spinale  generale  loc d'sedazione

Orientamento SI  NO  P.A. \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_ S.O. HGT: \_\_\_\_\_

Nausea SI  NO

Vomito SI  NO  dolore 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Sanguinamento SI  NO  note \_\_\_\_\_

Controllo medicazione SI  NO

Catetere vescicale SI  NO  firma inf. \_\_\_\_\_

Drenaggi SI  NO

**RILEVAZIONI INFERMIERISTICHE**

ipresa sensibilità: ora \_\_\_\_\_ alimentazione ora \_\_\_\_\_

irruzione ora \_\_\_\_\_ mobilitazione ora \_\_\_\_\_

INTERVENTO CHIRURGICO

Servoventilatore

Elettroblasturi

App. Monitoraggio PA ECG PO2

Traspiri serologici

Traspiri sterili

Video

Maccher

Controllo vasso vapor

firma infermiere \_\_\_\_\_

**CHECK OUT BLOCCO OPERATORIO**

paziente dimissibile dal blocco operatorio SI  NO  se NO motivo: \_\_\_\_\_

note particolari: \_\_\_\_\_

ora dimissione Blocco operatorio: \_\_\_\_\_ firma anestesista: \_\_\_\_\_

firma anestesista \_\_\_\_\_

1. Pianificazione del processo di cura e di assistenza

2. Decorso del ricovero  
Informative e dichiarazioni di volontà dell'assistito

Diario clinico  
Foglio unico di terapia farmaci.  
Rilevazioni dei parametri vitali  
Documentazione anestesiologicala



# RISULTATI

- Uniformità della documentazione clinica tra due ospedali all'interno di un dipartimento interaziendale (DCI)
- Riduzione del rischio clinico attraverso strumenti quali diario clinico integrato, foglio unico di terapia e check list per il controllo di diverse attività
- Tracciabilità sull'applicazione di specifiche procedure (lato chirurgico, preparazione del paziente, ecc)
- Sicurezza della documentazione
- Risparmio di risorsa tempo
- Integrazione professionale tra medici ed altri professionisti della salute, in particolar modo infermieri

# conclusioni

La cartella clinica integrata si è rilevata uno strumento efficiente ed efficace per la registrazione del processo di cura dei pazienti della Day Surgery.

La sicurezza dei pazienti è stata aumentata attraverso l'utilizzo di check list o campi codificati che riducono il rischio di errori/dimenticanze durante il processo assistenziale

E' uno strumento spendibile in altre specialità presenti nell'organizzazione.

# Parole Chiavi



Adottare strumenti su misura



Facilitare l'utilizzo



Prevenire gli errori



Atteggiamento critico

**Per rispondere.....**

**Occorre procedere ad una  
revisione continua dello  
strumento per adattarlo alle  
nuove esigenze  
dell'organizzazione**

**Grazie**