

PROCEDURE PER LA RICHIESTA ED IL RILASCIO DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

La documentazione sanitaria può essere richiesta dall'aveute diritto attraverso una delle seguenti modalità:

- compilando gli appositi moduli di richiesta disponibili presso gli sportelli amministrativi; in questo caso saranno consegnate al richiedente la ricevuta del corrispettivo pagato ed un apposito modulo (vedi allegato) per l'eventuale delega per il ritiro della documentazione richiesta.
- Inviando una richiesta firmata tramite posta o fax, accompagnata da fotocopia di documento di riconoscimento.
- I pazienti in A.L.P.I. di ricovero potranno richiederla direttamente presso l'ufficio all'atto della dimissione.

In accordo con l'art. 22 della legge 675/1996 e successive modificazioni ed integrazioni, la documentazione sanitaria può essere richiesta da enti pubblici (ad es. INPS o INAIL) o privati, a condizione che tale possibilità sia contemplata da specifiche leggi o regolamenti. In caso contrario richieste di terzi dovranno sempre essere accompagnate dal consenso scritto dell'aveute diritto e da fotocopia di un documento di riconoscimento di quest'ultimo.

La documentazione sanitaria richiesta può essere acquisita dall'aveute diritto secondo una delle seguenti modalità:

- ritiro presso gli sportelli amministrativi da parte dell'aveute diritto o di persona munita di delega scritta. La delega dovrà essere firmata dall'aveute diritto ed essere accompagnata da un documento di riconoscimento originale o da copia controfirmata dall'aveute diritto e da documento in originale del delegato. In alternativa l'aveute diritto potrà delegare altre persone al ritiro mediante apposito atto notarile.
- Invio al recapito indicato dall'aveute diritto, con spese a carico, a condizione che la richiesta di domiciliazione sia stata autorizzata dal titolare della documentazione.

Nei casi in cui la documentazione sanitaria sia consegnata a persone diverse dall'interessato, l'addetto dello sportello provvederà a registrarne i dati relativi al documento d'identità e trattiene la delega che sarà archiviata insieme alla stessa documentazione.

Il pagamento delle spese per la copia della documentazione dovrà essere effettuato contestualmente alla richiesta, se questa avvenisse via fax potrà essere effettuato all'atto del ritiro.

La documentazione non ritirata entro sei mesi dalla disponibilità della stessa potrà essere distrutta. In questo caso l'aveute diritto dovrà effettuare una nuova richiesta.

Persone autorizzate ad ottenere la documentazione sanitaria al posto del paziente

Oltre al paziente o persona da questo delegata secondo le modalità precedentemente descritte la documentazione sanitaria può essere ottenuta da:

- l'esercente la patria potestà o il tutore, nel caso in cui l'interessato non abbia raggiunto la maggiore età (18 anni) o non risulti emancipato. La documentazione necessaria sarà lo stato di famiglia o la sentenza dell'autorità giudiziaria, o in alternativa è possibile redigere una autocertificazione.
- Il genitore affidatario, nel caso di minore in affidamento.
- I genitori adottivi, nel caso di minore adottato. In questo caso si dovrà porre particolare attenzione che la documentazione non riporti la paternità o maternità originaria salvo specifica autorizzazione dell'autorità giudiziaria.

- Il tutore, nel caso di interdetto per grave infermità di mente.
- Il curatore, nel caso di inabilitato per infermità di mente, alcolismo, tossicodipendenze, sordomutismo o cecità. Lo stato di interdizione o di inabilitazione possono essere verificate dalla copia integrale dell'atto di nascita o dalla copia della sentenza, da cui risulteranno anche le motivazioni e le indicazioni di tutore o del curatore.
- Gli eredi legittimi, nel caso di un decesso. Sono eredi legittimi, il coniuge, i figli legittimi, i figli naturali. In mancanza di questi gli ascendenti. Copia di documentazione di un defunto minorenne può essere richiesta dai genitori.
La richiesta dovrà essere presentata allegando una dichiarazione sostitutiva dell'atto di notorietà oppure una autocertificazione attestante la qualifica di legittimo successore e la relazione di parentela esistente con il defunto.
- L'autorità giudiziaria, il rilascio sarà effettuato in copia conforme o in originale su notifica scritta di apposito decreto. All'atto della consegna l'ufficiale di polizia giudiziaria dovrà redigere un apposito verbale con la descrizione della documentazione sequestrata. Il decreto di consegna della documentazione ed il relativo verbale devono essere conservati in Direzione sanitaria, mentre una copia sarà inviata in archivio.

Modalità di rettifica o integrazione di documentazione sanitaria

I pazienti e gli aventi diritto hanno facoltà di presentare richiesta di rettifica o integrazione dei dati contenuti in documenti sanitari; altresì medici o uffici dell'ospedale possono averne la stessa necessità.

In tutti questi casi potrà procedere la Direzione sanitaria o gli eventuali uffici competenti con le seguenti modalità:

Nessuna cancellatura o abrasione può essere effettuata sul documento originale.

Il dato errato deve essere circoscritto in un riquadro e accanto a questo o in fondo alla pagina bisogna riportare: Dato errato. Leggasi, nel caso di rettifiche anagrafiche occorrerà riportare gli estremi del documento da cui è stato possibile constatare i dati corretti. La modifica dovrà riportare la firma leggibile con numero di matricola dell'estensore.

Nel caso in cui i dati da rettificare siano molteplici o sia necessario effettuare una integrazione della documentazione, si dovrà procedere a redigere un verbale con un processo istruttorio che sarà inserito nella documentazione sanitaria e conterrà:

La data del riscontro degli errori, le pagine contenenti gli errori e la loro tipologia, le rettifiche con la documentazione su cui sono basate.

Il verbale di rettifica o integrazione dovrà riportare la firma leggibile ed il numero di matricola del medico della direzione sanitaria che se ne è incaricato.

Nel caso in cui sia già stata rilasciata copia della documentazione al paziente, l'ufficio archivio dovrà provvedere a contattarlo per informarlo delle modifiche apportate e metterne a sua disposizione una copia.

LA CARTELLA CLINICA

Responsabilità

Il Dirigente medico responsabile dell'unità di ricovero è responsabile della regolare compilazione della cartella clinica e, di concerto con il caposala, della conservazione della stessa fino alla consegna all'archivio cartelle cliniche.

Il paziente può chiedere, durante il ricovero, di visionare la documentazione sanitaria, ma tale possibilità deve sempre verificarsi alla presenza di un medico dell'unità di ricovero.

Il Direttore sanitario è responsabile della vigilanza sull'archivio e del rilascio agli aventi diritto di copia delle cartelle cliniche.

Il responsabile dell'ufficio cartelle cliniche è preposto alla tenuta delle stesse, alla corretta applicazione delle procedure e deve garantirne la copiatura completa e conforme all'originale.

Compilazione

Il dirigente medico responsabile dell'unità di ricovero è responsabile della veridicità, completezza e chiarezza dei contenuti della cartella clinica, mentre la responsabilità delle singole annotazioni è da attribuire a coloro che le hanno effettuate.

Quanto riportato nella cartella clinica deve essere essenziale e pertinente rispetto alle finalità assistenziali, deve riflettere il decorso della degenza e deve essere scritto contestualmente allo svolgimento degli eventi.

E' indispensabile che tutti i rilievi, le annotazioni, le prescrizioni e le consegne formulate in cartella siano firmati in modo leggibile dall'estensore riportando anche il numero di matricola.

Laddove tale identificazione non risulti possibile, la responsabilità del contenuto della cartella clinica sarà ricondotta al dirigente medico responsabile dell'unità di ricovero interessata, titolare come tale non solo del coordinamento organizzativo e gestionale della stessa ma anche della responsabilità dei singoli atti clinici non direttamente attribuibili in forma chiara ad altri.

Qualora il paziente o altra persona richieda la non menzione in cartella di fatti attinenti al ricovero, quali ad esempio specifiche patologie, tale richiesta non può essere accolta.

Allo stesso modo non possono essere accolte richieste di apportare modifiche, ad esclusione di quelle riguardanti la correzione di errori materiali (vedi modalità di rettifica).

Chiusura ed invio della cartella clinica in archivio

La cartella clinica deve essere completata, controllata, controfirmata dal medico responsabile dell'unità di ricovero, registrata all'ufficio S.I.O. ed inviata all'archivio cartelle cliniche entro e non oltre 7 giorni dalla dimissione del paziente. Tale termine può essere esteso solo ed esclusivamente nei casi in cui sia necessario attendere l'arrivo di documentazione sanitaria indispensabile per il completamento della cartella clinica. Il citato medico è il responsabile della tempestiva archiviazione della cartella clinica.

La trasmissione all'archivio dovrà essere effettuata allegando un modulo di accompagnamento firmato dalla caposala del reparto, in cui devono essere registrati data di consegna, nome, cognome e numero progressivo di ricovero del paziente (vedi modulo di invio di documentazione sanitaria).

Alla consegna sarà restituita fotocopia del modulo di accompagnamento firmata per ricezione dall'addetto dell'archivio; tale copia dovrà essere conservata dal caposala per un periodo minimo di 2 anni.

Sistemazione, controllo e conservazione in archivio

L'ufficio archivio provvederà quindi ad ordinare, numerare e timbrare in originale i fogli che compongono la cartella clinica.

I referti saranno ordinati secondo il seguente criterio:

- frontespizio / s.d.o.
- anamnesi ed esame obiettivo
- analisi di laboratorio
- referti radiologici
- TAC / RMN
- Elettrocardiogramma
- Ecografie
- Altri esami
- Consensi informati
- Referto anestesiologicalo
- Referto operatorio
- Esame istopatologico
- Diario di reparto
- Consulenze
- Diario infermieristico

In ultimo vanno inseriti tutti i referti relativi ad accertamenti effettuati dal paziente prima del ricovero e portati in visione (che saranno restituiti in originale).

I tracciati relativi ad esami Elettroencefalografici, Cardiotocografici ed Ergometrici devono essere allegati alla cartella clinica in apposita busta chiusa e possono essere rilasciati all'avente diritto su apposita richiesta.

Ultimata la fase di riordino della cartella clinica, si procede al controllo di tutta la documentazione in essa contenuta al fine di accertarne la regolare e completa compilazione.

E' opportuno che le cartelle cliniche connesse con procedimenti giudiziari siano conservate all'interno della struttura e non in archivi esterni.
Le cartelle cliniche devono essere conservate illimitatamente.

Smarrimento di cartella clinica o di parti di essa

Lo smarrimento della cartella clinica o di fogli della stessa deve essere denunciato dal responsabile della conservazione all'Autorità giudiziaria e segnalato in forma scritta alla Direzione sanitaria.

Pertanto tali denunce e segnalazioni devono essere effettuata dal Responsabile medico dell'unità di ricovero e/o dal Caposala se lo smarrimento si è verificato prima dell'invio in archivio, dal Responsabile dell'ufficio archivio se si è verificato dopo l'archiviazione.

La Direzione sanitaria con la collaborazione dell'unità di degenza dove si è svolto il ricovero provvederà ad effettuare un'istruttoria finalizzata ad accertare la natura della documentazione smarrita, la possibilità di rintracciarla, di ottenerne copie (ad esempio referti diagnostici) e la possibilità di ricostruirne il contenuto.

Tale istruttoria sarà conservata in archivio al posto della documentazione smarrita.

LA DOCUMENTAZIONE PER IMMAGINI

Il dirigente medico responsabile dell'unità operativa di ricovero è responsabile insieme al caposala della tenuta dei radiogrammi effettuati nel corso del ricovero fino all'invio degli stessi agli archivi radiologici di cui sono responsabili i direttori delle unità operative radiologiche.

I predetti radiogrammi devono essere inviati in archivio immediatamente dopo la dimissione del paziente.

I radiogrammi devono essere conservati per almeno venti anni.

Rilascio di copie

E' possibile richiedere copia (controtipi) dei radiogrammi eseguiti (vedi richiesta documentazione sanitaria).

All'atto della richiesta, se questa viene presentata agli sportelli amministrativi, l'avente diritto è tenuto a versare un anticipo.

I controtipi possono anche essere spediti, su richiesta dell'avente diritto, a mezzo posta con spese postali a carico.

Rilascio di radiogrammi originali

In casi particolari, ove l'avente diritto evidenzi motivi che richiedano l'acquisizione immediata dei radiogrammi senza l'opportunità di effettuare i relativi controtipi, ovvero ne faccia espressa richiesta altra struttura sanitaria, possono essere rilasciati anche i radiogrammi originali.

L'avente diritto deve compilare e firmare un'apposita dichiarazione contenente l'elenco dei radiogrammi ricevuti in visione e l'impegno alla restituzione al più presto possibile.

Tale dichiarazione va conservata nell'archivio radiologico.

VERBALE E CARTELLA DI PRONTO SOCCORSO

Compilazione e stampe

La compilazione della cartella o del verbale di pronto soccorso deve avvenire attraverso il programma informatico GIPSE ed è responsabilità dei medici che operano nel servizio di pronto soccorso. Limitatamente ai dati anagrafici, ai campi relativi al “triade” ed ai parametri vitali rilevati è responsabilità del personale infermieristico.

La chiusura della cartella di pronto soccorso, con l’indicazione dei codici ICD-9-CM relativi alle diagnosi rilevate ed alle procedure effettuate è responsabilità del medico in turno di pronto soccorso che ha coordinato il percorso assistenziale. Quest’ultimo è quindi responsabile della veridicità, completezza e chiarezza dei contenuti della cartella di pronto soccorso.

In caso di ricovero la cartella deve essere stampata in due copie di cui una deve essere inviata in archivio (archivio cartelle cliniche), l’altra deve essere inserita nella cartella clinica del ricovero unitamente ai referti delle indagini effettuate.

In caso di dimissione a domicilio, la cartella di pronto soccorso deve essere stampata in tre copie, di cui due sono consegnate al paziente e la terza è inviata in archivio unitamente ai referti delle procedure effettuate.

In caso di trasferimento ad altro ospedale, la cartella di pronto soccorso deve essere stampata in due copie, una da inviare al nosocomio accettante insieme ai referti delle procedure effettuate e l’altra per l’archivio.

Tutte le copie stampate devono essere firmate dal medico del servizio di pronto soccorso che ha concluso l’iter assistenziale.

Archiviazione

Le cartelle di pronto soccorso sono sotto la responsabilità del caposala di servizio fino all’invio delle stesse all’archivio cartelle cliniche (vedi modulo di invio di documentazione sanitaria).

A questo punto la responsabilità della loro custodia è del responsabile dell’ufficio archivio; le cartelle devono essere conservate illimitatamente.

Rilascio di cartelle di pronto soccorso o di loro copia

Al termine delle prestazioni di pronto soccorso deve essere consegnata documentazione in originale al paziente, come precedentemente illustrato.

Ulteriori copie possono essere richieste dagli aventi diritto presso gli sportelli amministrativi.

Copia di documentazione relativa a procedure effettuate nell’ambito della prestazione di pronto soccorso non seguita da ricovero può essere richiesta dagli aventi diritto presso gli sportelli amministrativi.

Copia di documentazione relativa a procedure effettuate nell’ambito della prestazione di pronto soccorso seguita da ricovero è inserita nella cartella clinica del reparto e sarà rilasciata con la stessa.

DOCUMENTAZIONE RELATIVA A PRESTAZIONI AMBULATORIALI

La cartella ambulatoriale deve essere compilata a cura del medico che effettua la prestazione in stretta connessione temporale con l'esecuzione della stessa.

Per ogni prestazione il medico dovrà registrare i dati relativi alla visita o all'esame effettuati ed apporre la propria firma leggibile con il numero di matricola.

La cartella ambulatoriale deve essere conservata a cura del caposala dell'ambulatorio presso il quale sono state eseguite le prestazioni fino al termine del ciclo di accessi ambulatoriali effettuati dal paziente e deve quindi essere inviata all'archivio cartelle cliniche (vedi modulo di invio di documentazione sanitaria).

Le cartelle dovranno essere archiviate in base ai seguenti dati:

- denominazione dell'ambulatorio
- numero progressivo di cartella
- dati anagrafici del paziente (nome, cognome, luogo e data di nascita).

Copia di documentazione relativa a prestazioni ambulatoriali può essere richiesta presso gli sportelli amministrativi.

Qualora all'atto della richiesta di copia, la cartella ambulatoriale non fosse stata ancora archiviata, l'ufficio archivio cartelle cliniche richiederà la stessa all'ambulatorio di riferimento e la restituirà allo stesso dopo la fotocopiatura.

La cartella ambulatoriale deve essere conservata per un periodo minimo di venti anni.

I referti delle prestazioni ambulatoriali possono essere consegnati presso gli appositi sportelli amministrativi oppure possono essere recapitati a domicilio, su espressa richiesta dell'avente diritto e con spese a carico.

