








PROCEDURA DI GESTIONE DELLA
DOCUMENTAZIONE SANITARIA TERRITORIALE

Req. Accred. Cure Domiciliari 1A.02.05.01

Procedura di gestione della
DOCUMENTAZIONE SANITARIA TERRITORIALE

	Nome/Funzione	Data	Firma
Redazione	Dott. G Bonanno Direttore Distretto di Agira	25/01/2024	
	Dott.ssa C. Palazzo Sostituto Direttore Distretto Enna	26/01/2024	
	Dott.ssa R. Colletto Direttore Distretto di Piazza Armerina	24 gen '24	
Verifica	Dott. F. La Tona LA TONA Direttore Dipartimento SSM A.D.I.S.S.	25-01-2024	
Verifica formale	Dott. P. Mirabile Dirigente UOS Qualità e Rischio Clinico	26-1-24	
Approvazione	Dott. E. Cassarà Direttore Sanitario Aziendale	26/1/24	
Adozione	Dott. F. Iudica Commissario Straordinario ASP Enna	28.1.24	

PROCEDURA DI GESTIONE DELLA
DOCUMENTAZIONE SANITARIA TERRITORIALE

Req. Accred. Cure Domiciliari 1A.02.05.01

1.	Scopo	3
2.	Campo di applicazione	3
3.	Scheda di registrazione delle modifiche	3
4.	Definizioni ed acronimi.....	3
5.	Responsabilità	4
6.	Descrizione delle attività	5
6.1	Compilazione e conservazione della documentazione sanitaria, consultazione, custodia e diritto di accesso	5
6.2	Conservazione	6
6.3	Archiviazione della documentazione sanitaria	7
6.4	Smarrimento di documentazione sanitaria.....	7
6.5	Accesso alla documentazione sanitaria	8
6.6	Tutela della riservatezza.....	9
6.7	Controlli sulla documentazione sanitaria.....	9
7.	Documenti di riferimento.....	10
8.	Allegati.....	10
9.	Lista di distribuzione.....	10



PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA TERRITORIALE

Req. Accred. Cure Domiciliari 1A.02.05.01

1. Scopo

Lo scopo della procedura è un'adeguata gestione della documentazione sanitaria al fine di garantire:

- la corretta compilazione da parte di tutti quelli che intervengono nel procedimento assistenziale del paziente;
- l'adeguata conservazione e la pronta disponibilità della documentazione sanitaria per tutti gli operatori, il paziente e quanti possono avere accesso alla consultazione della stessa. Il lettore della documentazione, infatti, deve essere in grado di ripercorrere agevolmente l'intero percorso clinico-assistenziale che ha riguardato il paziente negli episodi di ricovero e/o in qualsiasi momento dell'iter diagnostico-terapeutico.

2. Campo di applicazione

Le seguenti indicazioni operative si applicano ai Distretti Sanitari, alle Residenze Sanitarie Assistenziali, alle Cure Domiciliari e alle Associazioni che rendono il servizio per l'Assistenza Domiciliare Integrata per tutto ciò che concerne:

- le cartelle cliniche in uso presso le Strutture che effettuano l'attività di ricovero dei pazienti;
- la documentazione sanitaria completa, a chiusura del caso clinico, in riferimento alle Cure Domiciliari;
- la Direzione Sanitaria di Distretto che ha compiti di vigilanza e controllo;
- gli uffici addetti al rilascio, alla consultazione e all'archiviazione della documentazione sanitaria.

3. Scheda di registrazione delle modifiche

DATA	REVISIONE (REV.)	DESCRIZIONE
22/01/2024	0.0	Prima Emissione

4. Definizioni ed acronimi

La documentazione sanitaria include tutti quei documenti che vengono prodotti dal personale medico in tutti i contesti di cura quali anche le RSA o il domicilio del paziente.

Per documentazione sanitaria si intende una serie di informazioni sanitarie, anagrafiche, giuridiche, relative all'assistito che, per la loro natura strettamente personale, devono essere trattate e conservate con particolare cura. Essa costituisce un fondamentale mezzo di comunicazione, per un corretto passaggio di informazioni tra sanitari e di integrazione operativa dei diversi professionisti. La documentazione sanitaria, inoltre, permette di valutare gli aspetti qualitativi dell'assistenza sia essa in RSA sia a domicilio dell'assistito. Ai fini



PROCEDURA DI GESTIONE DELLA
DOCUMENTAZIONE SANITARIA TERRITORIALE

Req. Accred. Cure Domiciliari 1A.02.05.01

del miglioramento dell'appropriatezza, dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni erogate, nel rispetto del principio di economicità nell'uso delle risorse. Si configura, altresì, come un decisivo strumento di gestione proattiva del rischio clinico e del contenzioso. Consente di tracciare le attività svolte per permettere la rintracciabilità dei responsabili È considerata documentazione sanitaria:

- La cartella clinica
- La cartella ambulatoriale
- Il/i referto/i di prestazione diagnostico-terapeutica
- Il verbale relativo a prestazioni di Pronto Soccorso
- Le schede SVAMA e SVAMDI
- Il verbale della UVMD
- Il/i referto/i di riscontro diagnostico
- Altra documentazione contenente dati di carattere sanitario

5. Responsabilità

Legenda R: responsabile, C: coinvolto, I: informato

Attività	Paziente/ familiari	Direttore medico RSA	Dir. Distretto	Personale socio sanitario
Stesura documentazione sociosanitaria				
Tenuta documentazione al domicilio del paziente	R			
Archiviazione documentazione domiciliare (a chiusura attività)			R	
Tenuta e archiviazione documentazione in RSA		R		
Rilascio copia documentazione sanitaria agli aventi diritto		R	R	
Tutela della privacy		R	R	R
Verifiche sulla documentazione sanitaria			R	

PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA TERRITORIALE

Req. Accred. Cure Domiciliari 1A.02.05.01

6. Descrizione delle attività

6.1 Compilazione e conservazione della documentazione sanitaria, consultazione, custodia e diritto di accesso

La cartella socio sanitaria deve essere uno “strumento” multiprofessionale che permette ai vari professionisti di documentare e rendere comprensibile (osservabile, misurabile, evidente) il processo di presa in carico della persona nel percorso terapeutico e socio-riabilitativo, che aiuta e supporta la gestione sinergica dei processi di cura, dei bisogni assistenziali ed educativi.

Deve per questo essere strutturata e contenere la documentazione utile a :

§ guidare il processo di valutazione ai fini della stesura del PAI

§ fornire una base informativa per scelte razionali ed efficaci, a garanzia della continuità di cura

§ supportare le decisioni dei professionisti;

§ fornire informazioni utili e leggibili all'utente stesso;

§ fornire dati utili ai fini dell'assolvimento dei debiti informativi;

§ fornire dati significativi per eventuali studi e ricerche;

§ garantire una base per la valutazione, revisione e miglioramento dell'attività assistenziale/educativa individuale

La documentazione contenuta nella cartella deve:

- poter essere implementata e leggibile da tutti gli operatori con qualsiasi mansione e competenza che hanno in cura la persona, in particolare per essere sempre tutti al corrente di tutto ciò che attiene al percorso assistenziale (passaggi di consegne, segnalazioni sullo stato di salute della persona, ecc.);
- essere utile, utilizzabile e fruibile nei momenti relativi all'analisi, all'elaborazione PAI, all'auditing (sia per quanto riguarda il singolo caso, sia per quanto riguarda i dati aggregati per nucleo, per servizio, per periodo, ecc.);
- permettere la rapida consultazione e costituire una fonte informativa di facile utilizzo per fini statistici ed epidemiologici, interni ed esterni al servizio;
- garantire la continuità assistenziale nei percorsi interni e nelle interfacce con altri contesti di cura, con particolare attenzione ai servizi semiresidenziali e al servizio di assistenza domiciliare;
- prendere come riferimento quanto definito dalla normativa relativa alla corretta gestione della documentazione sanitaria e socio-sanitaria (correttezza, completezza, comprensibilità, rintracciabilità, ecc.).

PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA TERRITORIALE

Req. Accred. Cure Domiciliari 1A.02.05.01

Gli elementi minimi sono:

a. Dati anagrafici e anamnestici: prevede la raccolta di tutte le informazioni relative alla anagrafica della persona e alla sua storia di vita e di servizi fruiti, raccolte attraverso la documentazione e le informazioni riferite dai servizi invianti, dalla persona stessa e dai suoi famigliari o da chi ne ha cura.

b. Documentazione sanitaria e socio sanitaria: prevede la raccolta degli strumenti di valutazione adottati e utilizzati dall'équipe di lavoro per la valutazione complessiva dei bisogni/risorse della persona (come ad esempio: schede di osservazione, strumenti per la valutazione funzionale, contestuale, bilancio di competenze....), oltre alle valutazioni redatte dall'UVM del servizio territoriale competente.

In questa "sezione" si prevede siano presenti anche tutti i documenti sanitari relativi allo stato di salute della persona, utili ai fini della valutazione complessiva dei bisogni della persona, ivi compresi gli strumenti di rilevazione e di monitoraggio del dolore, del rischio cadute e relativi monitoraggi e verifiche e la scheda/foglio unico di terapia (da intendersi come strumento unico che documenta l'intero processo di gestione della terapia, dalla prescrizione all'avvenuta somministrazione).

c. PAI: il piano viene reso disponibile a tutti coloro che partecipano e condividono il percorso di cura della persona all'interno della struttura/servizio, che contribuiscono anche alla definizione degli obiettivi, delle strategie, delle attività assistenziali, educative, sanitarie di cui la persona necessita.

Le modalità di compilazione devono rispondere a criteri di:

Chiarezza: si ritiene indispensabile che il testo sia facilmente leggibile e comprensibile da parte di tutti coloro che utilizzano la cartella. L'esposizione di quanto scritto deve essere il più possibile semplice e diretta e non dare adito a interpretazioni soggettive.

Veridicità: è bene sempre annotare le cose con una certa attualità e tempestività per garantire una maggiore aderenza al vero.

Pertinenza: s'intende che tutte le annotazioni riportate rispondano alle reali esigenze informative del processo di cura; informazioni essenziali, utili a garantire la continuità nella presa in carico e cura della persona e che segnalino variazioni o spostamenti dal PAI prestabilito in équipe.

Tracciabilità: s'intende la possibilità di risalire a tutte le attività/prestazioni/azioni compiute e agli operatori che le hanno svolte.

6.2 Conservazione

Per quanto concerne le RSA si fa riferimento alla procedura aziendale di gestione delle cartelle cliniche ospedaliere.

Per ciò che concerne le Cure Domiciliari:

- 1) DOCUMENTAZIONE A DOMICILIO: sia la conservazione che la sicurezza della stessa è a cura dell'utente;
- 2) DOCUMENTAZIONE A CHIUSURA DEL CASO CLINICO: tutta la documentazione completa viene custodita in un archivio presso il Distretto Sanitario ed è accessibile solo al personale autorizzato.



PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA TERRITORIALE

Req. Accred. Cure Domiciliari 1A.02.05.01

Poiché nella documentazione sanitaria sono contenuti dati sensibili, la consultazione deve avvenire nel rispetto del principio di indispensabilità, pertanto la consultazione del contenuto, in toto o in parte, della cartella può essere consentita per:

- finalità di tutela della salute del paziente o pubblica;
- finalità di formazione; sperimentazione clinica;
- verifiche interne e/o esterne (di qualità, di natura contabile ecc...)

6.3 Archiviazione della documentazione sanitaria

Per quanto di pertinenza delle RSA (Residenze Sanitarie Assistenziali) la custodia della cartella clinica è affidata alla struttura sanitaria presso il quale è avvenuto il ricovero. Quest'ultima ha l'onere di conservarla per un tempo illimitato.

Per quanto attiene, invece all'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) e alle Cure Domiciliari la custodia e la conservazione della documentazione sanitaria è affidata alla cura del paziente presso il domicilio fino alla chiusura del caso clinico, dopodiché verrà trasferita presso l'archivio del Distretto sanitario di competenza. L'attività di conservazione e archiviazione, sia per la parte relativa alle RSA sia per quella relativa al Distretto Sanitario deve avvenire in ottemperanza alle normative in materia archivistica e di tutela della Privacy e comunque deve avvenire in luoghi sorvegliati o in contenitori o locali dotati di serratura cosicché, in assenza di vigilanza, possa essere garantita l'integrità (indennità da manomissione, danneggiamento, smarrimento) e l'accessibilità solo agli aventi diritto.

6.4 Smarrimento di documentazione sanitaria

Lo smarrimento della documentazione sanitaria, sia essa cartella clinica o sue parti, sia altra documentazione medica, deve essere segnalato per iscritto dal responsabile della tenuta della stessa alla Direzione di Distretto:

- dal responsabile dell'unità di ricovero in RSA o dal responsabile medico dell'UVMD (Unità di Valutazione Multidisciplinare Distrettuale) per quanto riguarda ADI e Cure Domiciliari se lo smarrimento si è verificato prima dell'invio in archivio;
- dal responsabile dell'archivio del Distretto se lo smarrimento si è verificato dopo l'archiviazione.

Questi hanno l'onere di denunciare, altresì, lo smarrimento all'A.G. (Autorità Giudiziaria).

La Direzione Distrettuale con la collaborazione il responsabile della RSA ove è avvenuto il ricovero o con i componenti la commissione UVMD o le Associazioni che rendono il servizio ADI, ognuno per la parte di competenza, deve effettuare una istruttoria finalizzata ad accertare la natura della documentazione smarrita, la

PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA TERRITORIALE

Req. Accred. Cure Domiciliari 1A.02.05.01

possibilità di rintracciare la documentazione, la possibilità di ottenere copie della documentazione smarrita presso altri archivi (servizi diagnostici ecc...), la possibilità di ricostituzione del contenuto della documentazione smarrita sulla base degli elementi disponibili, ad esempio attraverso la ricostruzione delle sezioni della cartella (diario clinico, anamnesi, obiettività, terapia) sulla cartella del Medico o sulla base dei ricordi dei Medici od operatori redattori (in tal caso occorre sempre attestare che si tratta di documento ricostituito), la possibilità di surrogazione mediante richiesta di una copia autentica già rilasciata in precedenza ad un possessore esterno (per es. ad Aziende Sanitarie, ad Enti Previdenziali, Assicurazioni, Patronati ecc...). L'eventuale surrogazione o ricostituzione della documentazione sanitaria smarrita non costituisce una documentazione legale, che può essere pienamente rappresentata dalla documentazione originale ma risponde soltanto ad esigenze di carattere sanitario nell'interesse del paziente.

6.5 Accesso alla documentazione sanitaria

La **richiesta di accesso** alla documentazione sanitaria da parte dell'utente può avvenire:

- 1) a mezzo Pec all'indirizzo del Distretto Sanitario di competenza

distrettosan.agira@pec.asp.enna.it

distrettosan.piazza@pec.asp.enna.it

distrettosan.enna@pec.asp.enna.it

distrettosan.nicosia@pec.asp.enna.it

a seguito del pagamento dei diritti amministrativi;

- 2) mediante apposito modulo scaricabile dal sito dell'ASP di Enna da presentare agli uffici amministrativi del Distretto Sanitario di competenza direttamente dall'utente o da un suo delegato dietro atto di delega.

L'accesso alla documentazione sanitaria è consentito ai seguenti soggetti o loro delegati, nelle forme di legge:

1. Titolare (maggiorenne o minorenne emancipato cui il documento si riferisce);
2. Persona incaricata dal titolare tramite delega scritta o apposito atto notarile;
3. Genitori che siano titolari della responsabilità genitoriale in caso di interessato minorenne;
4. Tutore di minore, tutore di persona con interdizione legale, previa esibizione di documentazione (anche dichiarazione sostitutiva di atto di notorietà) da cui risulti lo status di tutore;
5. Amministratore di sostegno. All'atto della presentazione dell'istanza sarà cura del personale preposto verificare, mediante acquisizione di nomina del giudice, quali compiti il giudice ha autorizzato ed in particolare per quali atti possa assistere l'interessato;



PROCEDURA DI GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA TERRITORIALE

Req. Accred. Cure Domiciliari 1A.02.05.01

6. Eredi (legittimi, legittimari o testamentari) accertata la sussistenza dei presupposti dalla legge. A tal fine, i richiedenti devono autocertificare la propria relazione parentale con il de cuius e, in particolare, gli eredi devono autocertificare la propria qualità;
7. Medico curante o struttura sanitaria pubblica o privata, esclusivamente per attività istituzionali attinenti alla tutela della salute del titolare;
8. Soggetti terzi, ivi compresi assicurazioni, patronati, con delega sottoscritta dal titolare e, qualora propongano istanza di accesso alla documentazione sanitaria di interessato deceduto, previo accertamento della sussistenza dei presupposti previsti dalla legge.

6.6 Tutela della riservatezza

La documentazione sanitaria viene gestita in conformità al Regolamento UE 679/2016 (cosiddetto GDPR). Il diritto della privacy, oltre ad intendersi quale diritto alla non intromissione nella sfera privata di ogni soggetto, è interpretato secondo un'accezione più dinamica quale diritto alla tutela dei dati personali, consentendo al soggetto il potere di controllare in maniera autonoma la diffusione dei propri dati.

In tutti i punti di accesso al pubblico deve essere affissa l'informativa sulla privacy comunicazione rivolta all'interessato che ha lo scopo di rendere edotto il cittadino, anche prima che diventi interessato (cioè prima che inizi il trattamento), sulle finalità e le modalità dei trattamenti operati dal titolare del trattamento. Il Regolamento Europeo prevede che, in base alle finalità del trattamento, il titolare debba fornire agli interessati, prima del trattamento, le informazioni richieste dalle norme (art. 12 GDPR).

Per quanto riguarda la presente procedura, tutta la documentazione sanitaria prevede il consenso al trattamento dei dati.

Il consenso è giuridicamente valido se risponde a determinati requisiti di carattere formale e sostanziale: deve essere personale, consapevole, cioè informato, attuale, manifesto, libero, completo, gratuito, recettizio e richiesto.

6.7 Controlli sulla documentazione sanitaria

Il personale medico e infermieristico del Distretto effettuerà, con cadenza trimestrale, le verifiche su un campione statisticamente significativo (almeno il 3%) della documentazione sanitaria (fascicolo utente/cartella RSA) archiviata e con cadenza annuale stilerà un report/relazione distrettuale.



PROCEDURA DI GESTIONE DELLA
DOCUMENTAZIONE SANITARIA TERRITORIALE

Req. Accred. Cure Domiciliari 1A.02.05.01

7. Documenti di riferimento

- D.A. n. 2461 del 12/11/2007 Linee guida in materia di valutazione multidimensionale per l'ammissione alle prestazioni assistenziali di tipo residenziale, semiresidenziale e domiciliare per anziani ed altri tipi di pazienti non autosufficienti.
- D.A. n. 2459 del 12/11/2007 Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio
- D.A. n.1543 del 02/08/2008 Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio
- DPR 26/01/2011 Linee guida regionali per l'accesso e il governo del sistema integrato delle cure domiciliari
- Linee guida per la elaborazione e gestione della Cartella Socio Sanitaria nei servizi socio sanitari accreditati per anziani e persone con disabilità. anno 2014 Regione Emilia Romagna

8. Allegati

Non presenti

9. Lista di distribuzione

Distretti Asp Enna
RSA

