

LA CHIUSURA DEL RICOVERO



- **LETTERA DI DIMISSIONE**

- **SDO**



- **CHIUSURA CARTELLA**

QUALCHE APPUNTO SU:

SCHEDE DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)

La 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.

Attraverso la SDO vengono raccolte, nel rispetto della normativa che tutela la privacy, informazioni essenziali alla conoscenza delle attività ospedaliere utili sia agli addetti ai lavori sia ai cittadini.

Le schede di dimissione sono compilate dai medici che hanno avuto in cura il paziente ricoverato; le informazioni raccolte e codificate sono trasmesse alle Regioni e da queste al Ministero della salute.

La SDO: aspetti normativi

La SDO è stata istituita con il **decreto del Ministero della Sanità 28 Dicembre 1991**; il successivo **decreto 26 Luglio 1993** ne ha precisato analiticamente i contenuti e le modalità di trasmissione delle informazioni raccolte.

Dal 1 gennaio 1995, la SDO ha sostituito la precedente rilevazione sui ricoveri attuata con il modello ISTAT/D10.

Il **decreto ministeriale del 27 Ottobre 2000, n.380**, ha aggiornato i contenuti ed il flusso informativo della SDO ed ha fissato regole generali per la codifica delle informazioni di natura clinica (diagnosi, interventi chirurgici e procedure diagnostico-terapeutiche), precisando che per tale operazione di codifica deve essere utilizzato il più aggiornato sistema di **codici ICD9CM del 1997** in sostituzione dell'ormai datato sistema ICD9 (1975).

Dal primo gennaio 2006, è stato adottato l'aggiornamento alla **versione 2002**, in ottemperanza al **decreto ministeriale del 21 Novembre 2005**



La SDO: aspetti normativi

DECRETO 28 dicembre 1991

Istituzione della scheda di dimissione ospedaliera. (G.U. Serie Generale n. 13 del 17 gennaio 1992)

IL MINISTRO DELLA SANITA' Ravvisata l'importanza di disporre, ai vari livelli di governo del Servizio sanitario nazionale, di un flusso informativo relativo alla tipologia di assistenza erogata in tutti gli istituti ospedalieri sul territorio nazionale,

Decreta:

Art. 1. E' istituita la scheda di dimissione ospedaliera, quale strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli **istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale**. Entro il 30 giugno 1992 e' fatto obbligo a tutti gli istituti di cura pubblici e privati presenti sul territorio nazionale di adottare la scheda di dimissione ospedaliera, quale parte integrante della cartella clinica, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale.

Art. 2. La scheda di dimissione ospedaliera **deve recare la firma del medico curante, nonche' quella del responsabile di divisione, il quale assume la responsabilita' della regolare compilazione della stessa, ai sensi del decreto del Presidente della Repubblica n. 128/1969. Costituiscono compiti del direttore sanitario la verifica della completezza delle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera e la trasmissione delle stesse alla regione ed al Ministero della sanita'.**

Art. 3. La scheda di dimissione ospedaliera deve contenere almeno le sottoelencate informazioni:

1) denominazione dell'ospedale di ricovero; 2) numero della scheda; 3) cognome e nome del paziente; 4) sesso; 5) data di nascita; 6) comune di nascita; 7) stato civile; 8) luogo di residenza; 9) cittadinanza; 10) codice sanitario individuale; 11) regione di appartenenza; 12) unita' sanitaria locale di iscrizione; 13) regime di ricovero; 14) data di ricovero; 15) ora di ricovero; 16) reparto di ammissione; 17) onere della degenza; 18) provenienza del paziente; 19) tipo di ricovero; 20) motivo del ricovero; 21) traumatismi o intossicazioni; 22) trasferimenti interni; 23) reparto di dimissione; 24) area funzionale di dimissione; 25) data di dimissione o morte; 26) modalita' di dimissione; 27) riscontro autoptico; 28) diagnosi principale alla dimissione; 29) patologie concomitanti o complicanze della malattia principale; 30) intervento chirurgico principale o parto; 31) altri interventi e procedure; 32) (in caso di ricovero in day-hospital) motivo del ricovero; 33) (in caso di ricovero in day-hospital) numero di giornate di presenza.

Allo scopo di definire il livello di bisogno socio-assistenziale dei dimessi dagli istituti di ricovero, la scheda di dimissione ospedaliera puo' altresì contenere informazioni relative a: 1) situazione abitativa del paziente; 2) eventuale necessita' di assistenza domiciliare, ovvero di ricovero in residenza sanitaria assistenziale.

DECRETO 27 ottobre 2000, n.380

Art. 2

2.la **scheda di dimissione ospedaliera costituisce parte integrante della cartella clinica**, di cui assume le medesime valenze di carattere medico-legale, 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, costituente parte del presente decreto.

3. La **responsabilita' della corretta compilazione** della scheda di dimissione, in osservanza delle istruzioni riportate nell'allegato disciplinare tecnico, **compete al medico responsabile della dimissione**, individuato dal responsabile dell'unita' operativa dalla quale il paziente e' dimesso; la scheda di dimissione reca la firma dello stesso medico responsabile della dimissione....

DECRETO 27 ottobre 2000, n.380

Art.2

4. Il **direttore sanitario dell'istituto di cura e' responsabile delle verifiche** in ordine alla compilazione delle schede di dimissione, nonche' dei controlli sulla completezza e la congruita' delle informazioni in esse riportate.

Art. 3.

Gli istituti di ricovero, pubblici e privati, inviano con **periodicita' almeno trimestrale alla regione o alla provincia autonoma di appartenenza**, secondo le modalita' definite da queste ultime, le informazioni contenute nelle schede di dimissione relative ai dimessi, ivi compresi i neonati sani. Sono esclusi dall'obbligo di compilazione della scheda di dimissione, fatte salve diverse disposizioni regionali, gli istituti di ricovero a prevalente carattere socio-assistenziale quali le residenze sanitarie assistenziali, le comunita' protette, le strutture manicomiali residuali, e gli istituti di ricovero di cui all'articolo 26 della legge 28 dicembre 1978, n. 833.



La SDO: disciplinare tecnico

La necessità di uniformare la compilazione e la codifica delle informazioni contenute nella SDO presso gli operatori delle strutture di ricovero rimane un obiettivo importante ai fini dell'utilizzo sempre più rilevante del flusso informativo per gli aspetti gestionali, programmatori ed epidemiologici. Per questo, la Cabina di Regia del Nuovo Sistema Informativo, nella seduta del 9 luglio 2008, ha approvato un documento contenente le **“INDICAZIONI PER LA COMPILAZIONE E CODIFICA DELLE INFORMAZIONI ANAGRAFICHE ED AMMINISTRATIVE CONTENUTE NEL TRACCIATO NAZIONALE DELLA SDO”** (pdf, 100 Kb), raccomandandone la divulgazione tra gli operatori.

QUALCHE APPUNTO SU:

Contenuto della SDO

La scheda di dimissione è raccolta obbligatoriamente sia in caso di ricovero ordinario sia in caso di day hospital.

Essa non si applica, invece, all'attività ambulatoriale né alle strutture socio-assistenziali (salvo diverse disposizioni delle Regioni).

Le informazioni raccolte descrivono sia aspetti clinici del ricovero (diagnosi e sintomi rilevanti, interventi chirurgici, procedure diagnostico-terapeutiche, impianto di protesi, modalità di dimissione) sia organizzativi (ad esempio: unità operativa di ammissione e di dimissione, trasferimenti interni, soggetto che sostiene i costi del ricovero).

Di tali informazioni, un numero più ristretto, indispensabile alle attività di indirizzo e monitoraggio nazionale, viene trasmesso dalle Regioni al Ministero della salute.

QUALCHE APPUNTO SU:

Contenuto della SDO

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).
In ogni caso, le Regioni, oltre al contenuto informativo minimo ed essenziale, possono prevedere informazioni ulteriori di proprio interesse.



QUALCHE APPUNTO SU:

LA LETTERA DI DIMISSIONE

Deve essere redatta su carta intestata dell'U.O. dal medico responsabile del caso e consegnata in busta chiusa alla persona assistita, o suo rappresentante alla dimissione, indirizzata al medico curante, che deve assumere la responsabilità della cura; una copia deve essere conservata in cartella clinica.

Il testo deve fornire tutte le informazioni necessarie per conoscere le circostanze del ricovero, l'iter diagnostico-terapeutico e le modificazioni del quadro clinico dalla ammissione alla dimissione. Deve inoltre contenere il dettaglio delle informazioni inerenti il post-ricovero.

**OBIETTIVO: SALVAGUARDARE
IL CRITERIO DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

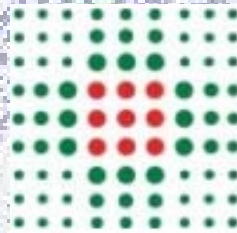


QUALCHE APPUNTO SU:

MEDICO RESPONSABILE DEL CASO

**PIANO STRATEGICO
ATTUATIVO
LOCALE**

triennio
2010
2012



Azienda Unità Sanitaria Locale
Ravenna

4.2.1 Medico di riferimento del caso e Infermiere di riferimento del caso

- In particolare all'interno dell'ospedale occorre migliorare l'ambito del coordinamento e della continuità dell'assistenza delle cure concernenti essenzialmente le persone il cui percorso dall'ospedale continua al domicilio o ad una struttura di proseguimento delle cure.
- Si procederà ad un avvio sperimentale, entro settembre 2009, presso le aree mediche (medicines, geriatria, lungodegenza, neurologia) dei tre ospedali di Ravenna, Lugo e Faenza, successivamente si estenderanno alle aree chirurgiche partendo dalla chirurgia generale. E' inoltre prevista la valutazione della sperimentazione ed in particolare della soddisfazione dei cittadini e degli operatori sanitari.

QUALCHE APPUNTO SU:



LA CHIUSURA DELLA CARTELLA CLINICA

La chiusura prevede la cessazione delle registrazioni di fatti accaduti durante il ricovero ed è effettuata nel più breve tempo possibile dopo la dimissione con la raccolta dei referti eventualmente non ancora pervenuti e la compilazione della SDO.

Si devono ordinare cronologicamente i documenti.

Il responsabile dell'U.O. deve esaminare la CC, apporre il timbro dell'U.O. con il proprio Nome, Cognome e deve firmarla attestandone la completezza.



QUALCHE APPUNTO SU:

LA CHIUSURA DELLA CARTELLA CLINICA

La **Direzione Sanitaria** 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. Dopo tale controllo la cartella viene controfirmata dal Direttore Sanitario.

La cartella clinica priva della firma del Responsabile dell'U.O. costituisce un atto incompleto.

IN AGGIUNTA

DOCUMENTAZIONE ALLEGATA



Questi documenti devono essere inseriti nel caso in cui siano state effettuate le relative prestazioni:

- ✓ **esami eseguiti in pre-ricovero**
- ✓ **documenti relativi ad impianti di presidi medico-chirurgici**
- ✓ **documenti relativi a trasfusioni di sangue, emoderivati, plasma e plasmaderivati**
- ✓ **documenti relativi alla programmazione della continuità delle cure**
- ✓ **risultato di eventuali riscontri autoptici**
- ✓ **copie di documentazione personale del paziente**



FILMATO



ASPETTI GIURIDICO-NORMATIVI
.....IN PILLOLE

Incongruenze normative

“La cartella clinica, nonostante la sua importanza pratica ed operativa non ha a tutt’oggi una disciplina giuridica diretta, tanto che per definirne la natura e per studiarne le molteplici implicazioni giuridiche, si è costretti a procedere sulla base dei principi generali del diritto amministrativo”

F. Merusi, 1978; M. Bargagna, 1978

“certificazione amministrativa, alla quale tuttavia è stato riconosciuto un significato probatorio privilegiato rispetto ad altri mezzi di prova”

B. Magliona e M. Iorio, 1994

Incongruenze normative **....al contrario**

La procedura di dimissione dall'ospedale allorchè subentra un concreto interesse della Pubblica Amministrazione ad essere ragguagliata anche in ordine alle prestazioni da compensare economicamente, è stata regolamentata e normata con l'introduzione della cosiddetta Scheda di Dimissione Ospedaliera, che può ben considerarsi atto pubblico.

Analoghe attenzioni sono state dedicate alla stesura del verbale operatorio

Documenti del genere possiedono dunque quei requisiti normativi e formativi di cui è del tutto priva la cartella clinica

Incongruenze normative

È ormai consolidato come, pressochè unanimemente o comunque con sporadiche e marginali riserve, vi sia un uniforme e costante indirizzo della Cassazione Penale a ravvisare nella cartella clinica un Atto Pubblico.

F. Bruzzi e C.Sclavi, 1997

.....tuttavia

dall'unisono si staccano molte voci (**O. De Pietro; D. D'Ancora; M. Di Luca; V. Fineschi;.....**) le quali non ravvisano nella cartella clinica tutti i requisiti richiesti dall'art. 2699 c.c. per l'Atto Pubblico

Atto pubblico e pubblico ufficiale

Articolo 2699 del Codice Civile – definizione di atto pubblico

“L'atto pubblico è 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“

Articolo 2700 del Codice Civile – Efficacia dell'atto pubblico

L'atto pubblico fa piena prova, fino a querela di falso, della provenienza del documento dal pubblico ufficiale che lo ha formato, nonché delle dichiarazioni delle parti e degli altri fatti che il pubblico ufficiale attesta avvenuti in sua presenza o da lui compiuti

Definizione di pubblico ufficiale (art. 357 C.P.):

Soggetto, pubblico dipendente o privato, che può o deve, nell'ambito di una potestà regolata dal diritto pubblico, formare e manifestare la volontà della pubblica amministrazione ovvero esercitare poteri autoritativi o certificativi;

Atto pubblico e pubblico ufficiale

È del tutto evidente come, a differenza di quanto intrinseco all'Atto Pubblico, la cartella clinica sia caratterizzata, al contrario di:

- ✓ Ampio margine di soggettività
- ✓ Difetto di neutralità del verbalizzante
- ✓ Pluralità di redattori, di tempi e di luoghi di scrittura

Atto pubblico e pubblico ufficiale

Per l'orientamento giurisprudenziale ormai consolidato la cartella clinica costituisce un atto pubblico di fede privilegiata con valore probatorio contrastabile solo con querela di falso, anche se le attestazioni della cartella clinica, ancorché riguardanti fatti avvenuti in presenza di un pubblico ufficiale o da lui stesso compiuti non costituiscono prova piena a favore di chi le ha redatte, in base al principio secondo il quale nessuno può preconstituire prova a favore di se stesso.



(Corte di Cassazione 27/9/99 n°

Atto pubblico e pubblico ufficiale

Allo stesso modo sono assai carenti le caratteristiche, molto diverse da quelle del Pubblico Ufficiale, del Medico e degli estensori della cartella clinica, infatti:

- ✓ È assente qualunque genere di potere autoritativo (*tanto è vero che per qualsiasi procedura è necessario il consenso*)
- ✓ Manca qualunque forma di verbalizzazione delle dichiarazioni delle parti (**ex art. 2700 c.c.**)
- ✓ Si relazione senza alcuna preordinata finalità “fidefacente”

Atto pubblico e pubblico ufficiale

Cionondimeno la Corte ha cercato di precisare quali ruoli attribuire al Medico nel senso che all'attività diagnostico-terapeutica di contenuto tecnico-scientifico corrisponderebbe la condizione di Incaricato di Pubblico Servizio (IPS), mentre nel momento della compilazione della cartella clinica o di altri documenti emergerebbe il ruolo di Pubblico Ufficiale.



Atto pubblico e pubblico ufficiale

Pertanto la c.c. **acquista carattere di definitivo** in relazione ad ogni singola annotazione ed esce dalla disponibilità del 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.

Atto pubblico e pubblico ufficiale

In sostanza la c.c. è

IMMODIFICABILE e IRRETRATTABILE.

I dati contenuti nelle c.c. non possono essere cancellati, ma è ammessa una loro rettifica o integrazione. In caso di correzioni da eseguire è necessario circoscrivere l'errore tra due parentesi, numerarlo e riportare a piè di pagina il numero con la dicitura "leggasi": scrivere la correzione apportata, quindi apporre firma, data e timbro.

