	ISTRUZIONE OPERATIVA		<b>IST007</b>	
	<b>GESTIONE E CONSERVAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA</b>		Rev. 00 del 01-02-16	Pag. 1 di 6


**GESTIONE E CONSERVAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA**

**INDICE DELLE REVISIONI**

Numero	Data	Descrizione	Paragrafi Variati	Pagine Variate
<b>00</b>	<b>01-02-16</b>	<b>Prima emissione</b>	<b>TUTTI</b>	<b>TUTTE</b>


**RESPONSABILITA'**

	<b>ELABORAZIONE</b>	<b>VERIFICA</b>	<b>APPROVAZIONE</b>
<b>DATA</b>	<b>01-02-2016</b>	<b>01-02-2016</b>	<b>01-02-2016</b>
<b>FUNZIONE</b>	<b>Il Direttore di Struttura</b>	<b>Il Direttore Sanitario L'Infermiere</b>	<b>Presidente / Amministratore Unico</b>
<b>FIRMA</b>			

	ISTRUZIONE OPERATIVA	<b>IST007</b>	
	<b>GESTIONE E CONSERVAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA</b>	Rev. 00 del 01-02-16	Pag. 2 di 6

## ALLEGATI

- CHECK LIST DOCUMENTAZIONE ARCHIVIATA
- DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA: CARTELLA CLINICA, FOGLIO TERAPIA, SCHEDA MEDICAZIONI, PRESCRIZIONE E CONSENSO CONTENZIONI
- DOCUMENTAZIONE ASSISTENZIALE: DIARIO SOCIO SANITARIO INTEGRATO, SCHEDA MONITORAGGIO HGT, SCHEDA MONITORAGGIO DEL DOLORE, SCHEDA DI MONITORAGGIO DELL'ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE, SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLE CONTENZIONI DIURNE E NOTTURNE, SCHEDA DI MONITORAGGIO DIURESIS, POSTURAZIONE OSPITI ALLETTATI
- DOCUMENTAZIONE FISIOTERAPICA: TINETTI, SCHEMA PRESENZE ATTIVITA'
- DOCUMENTAZIONE EDUCATRICE: DIARIO PRESENZE ATTIVITA', SCHEDA SOCIALE
- PAI: TINETTI, BARTHEL, MNA, MMSE, BRADEN.

	ISTRUZIONE OPERATIVA	<b>IST007</b>	
	<b>GESTIONE E CONSERVAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA</b>	Rev. 00 del 01-02-16	Pag. 3 di 6

## 1 SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

Scopo del presente protocollo di lavoro è quello di definire le corrette modalità operative per la gestione della documentazione sanitaria.

I punti critici principali che il protocollo ha l'obiettivo di risolvere sono:

- Gestione della documentazione nel rispetto della privacy
- La pronta reperibilità della documentazione al bisogno
- Evitare dispersione di documenti al momento della dimissione/decesso

## 2 RESPONSABILITA'

Le responsabilità operative della presente Istruzione Lavoro sono a carico del Coordinatore per quanto riguarda la supervisione della corretta applicazione. L'effettiva applicazione del protocollo è responsabilità di tutto il personale che ha in gestione l'ospite e quindi tutti i documenti a lui correlati.

## 3 PRINCIPI GENERALI


La documentazione sanitaria testimonia gli eventi e le attività che si verificano durante i processi di assistenza. Essa costituisce un bene di straordinaria importanza sul piano clinico, scientifico e didattico, oltre che giuridico, sia per il cittadino che se ne può servire per far valere i propri diritti, sia per la tutela dell'operato professionale degli operatori sanitari. Gestire correttamente la documentazione sanitaria sulla base di dati aggiornati e puntuali, contribuisce ad integrare e dare coerenza alle decisioni dei molteplici attori coinvolti nei processi di assistenza e ad accrescere la sicurezza dell'ospite.

## 4 MODALITA' OPERATIVE

### 4.1 GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE ALL' INGRESSO E DURANTE LA PERMANENZA IN STRUTTURA

L'apertura di una cartella clinica avviene al momento dell'ingresso durante il quale vengono raccolti tutti i dati clinici, assistenziali e sociali degli ospiti. In questa occasione ogni figura sanitaria che opera presso \_\_\_\_\_ viene coinvolta al fine di essere informata ed informare in merito al proprio ambito di interesse: medico, infermieristico, assistenziale, educativo e fisioterapico. La prima conoscenza dell'ospite e l'apertura del FASAS sono responsabilità del Coordinatore in collaborazione con il medico presente, l'Educatrice, la Fisioterapista, la Referente Infermieristica (o in sua assenza dall'infermiere in turno), il/la Referente Assistenziale di piano (in sua assenza è sempre presente in sostituzione il referente dell'altro piano). Dall'analisi della documentazione consegnata dall'anziano stesso o da un suo familiare al momento dell'ingresso (prontamente fotocopiata e riconsegnata e in originale) e dalla somministrazione delle specifiche schede di valutazione ogni professionista procede con la conoscenza dell'ospite e da chiare indicazioni al personale di reparto sulle modalità di gestione dell'ospite accolto archiviando la propria documentazione in appositi raccoglitori situati in armadi dei locali di propria competenza (l'unione di tutta la documentazione compone il FASAS).

Pertanto la documentazione sanitaria, durante la permanenza dell'ospite presso la RSA, è così distribuita:

	ISTRUZIONE OPERATIVA	<b>IST007</b>	
	<b>GESTIONE E CONSERVAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA</b>	Rev. 00 del 01-02-16	Pag. 4 di 6

**Schede inerenti l'aspetto medico/infermieristico →→→→ infermeria di piano**

CARTELLA CLINICA (dove vengono raccolti tutti i documenti relativi alla storia clinica dell'ospite prima dell'ingresso)

FOGLIO TERAPIA sostituito ogni mese. Lo storico viene archiviato dalla Referente Infermieristica all'interno della Cartella Clinica

SCHEDE MEDICAZIONI sostituite ogni mese. Lo storico viene archiviato dalla Referente Infermieristica all'interno della Cartella Clinica

**Schede inerenti l'aspetto assistenziale →→→→ guardiola OSS di piano**

DIARIO SOCIO SANITARIO INTEGRATO (aggiornato da tutte le figure sanitarie operanti in RSA) quando il fascicolo diventa eccessivamente oneroso viene archiviato in Cartella clinica dal Referente Assistenziale che conserva in guardiola la documentazione relativa almeno agli ultimi 6 mesi.

A seguito del DIARIO SOCIO SANITARIO INTEGRATO si trovano le varie schede di monitoraggio assistenziale ed infermieristico peculiari di ogni singolo ospite in base alla condizione clinica: SCHEDA MONITORAGGIO HGT, SCHEDA MONITORAGGIO DEL DOLORE, SCHEDA DI MONITORAGGIO DELL'ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE, SCHEDA DI MONITORAGGIO DELLO STRUMENTO DI PROTEZIONE DIURNA E NOTTURNA, SCHEDA DI MONITORAGGIO DIURESIS

**Schede inerenti la fisioterapia →→→→ palestra piano terra**

SCHEMA PRESENZE ATTIVITA' DI FISIOTERAPIA

DIARIO FISIOTERAPICO (aggiornato esclusivamente dalle fisioterapiste utile ad avere un quadro generale inerente l'aspetto motorio dell'ospite: tutte gli aggiornamenti del diario infermieristico sono riportati anche nel DIARIO SOCIO SANITARIO INTEGRATO).

TINETTI (somministrata all'ingresso, in caso di caduta o eventi che ne modificano le capacità motorie e comunque ogni 3 mesi)

**Schede inerenti l'aspetto educativo →→→→ locale animazione piano terra**


SCHEMA PRESENZE ATTIVITA' DI ANIMAZIONE, SCHEDA SOCIALE

**PI (Progetto Individuale) →→→→ guardiola OSS di piano**

Vengono aggiornati tutti i mercoledì sulla base delle scadenze prefissate. Per l'aggiornamento vengono organizzate apposite riunioni multidisciplinari che si svolgono di norma dalle 14,30 alle 17,30. In tale occasione vengono somministrate le diverse scale di valutazione per ogni ambito di interesse: Tinetti, Barthel, MNA, MMSE, Braden. Ad ogni progetto viene allegata la scheda SOSIA compilata all'ingresso dal Coordinatore in collaborazione con il Direttore Sanitario ed aggiornata ad ogni aggiornamento del PI.

**Documentazione Amministrativa →→→→ schedario ufficio amministrativo**

Contratto di ingresso, fotocopia C.I. e C.F., copia verbale di invalidità se presente, copia tesserino di esenzione se presente, copia di nomina di tutore legale/amministratore di sostegno se presente, delibera enti pubblici in merito ad ingressi a loro carico se presenti, domanda di ammissione.

	ISTRUZIONE OPERATIVA	<b>IST007</b>	
	<b>GESTIONE E CONSERVAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA</b>	Rev. 00 del 01-02-16	Pag. 5 di 6

Le modalità e le persone incaricate alla compilazione di ogni singola scheda componente il FASAS vengono descritte all'interno degli specifici protocolli nel rispetto del profilo professionale e della mansione che ogni operatore andrà a svolgere.

Per ogni ambito viene però identificata una figura responsabile della conservazione della documentazione:

Documentazione infermieristica	→→→→	_____	(Infermiera)
Documentazione assistenziale e PAI I Piano	→→→→	_____	(OSS)
Documentazione assistenziale e PAI II Piano	→→→→	_____	(OSS)
Documentazione fisioterapica	→→→→	_____	(FKT)
Documentazione educativa	→→→→	_____	(Educatrice)
Documentazione Amministrativa	→→→→	_____	(Impiegata)


Eventuali referti di visite specialistiche vengono custoditi all'interno della cartella clinica posta presso l'infermeria di piano. In caso di interesse di più figure professionali queste procederanno a fotocopiare il referto e a conservarlo nel proprio archivio in modo da averlo sempre a disposizione per eventuali consulti.

#### 4.2 GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE IN SEGUITO A DECESSO/DIMISSIONE

Lo scopo della **conservazione** è tutelare i diritti dell'istituzione, quelli del personale stabilmente o temporaneamente in servizio e quelli dei cittadini titolari di interessi legittimi, e di consentire la ricerca storica.

L'amministrazione è pertanto tenuta al rispetto, in materia di conservazione, ad alcuni obblighi e in particolare:

- i documenti dell'Azienda debbono essere conservati per il **tempo** necessario allo svolgimento delle attività sanitarie, amministrative e istituzionali in rapporto a requisiti normativi e sanitari, a esigenze operative e funzionali, alla capacità di certificazione e di prova di diritti e di interessi;
- per obblighi di conservazione si intende altresì che la documentazione debba essere conservata in **modo** idoneo, cioè preservata da distruzione, deterioramento, danneggiamento, asportazione, manomissione, falsificazione e smembramento;
- i documenti e gli archivi delle devono essere conservati ai sensi della normativa vigente e come tali sono soggetti alla vigilanza (art. 18(1)) della Soprintendenza archivistica competente per territorio, la quale in tale ambito svolge anche funzioni di consulenza tecnica;
- 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 (Rif Dps San Pio);
- la mancata conservazione o il non reperimento di documenti, dovuto a non corretta ed ordinata conservazione, può rappresentare una fattispecie penalmente rilevante, perseguibile ai sensi dell'articolo 490 del **Codice Penale**.

	ISTRUZIONE OPERATIVA	<b>IST007</b>	
	<b>GESTIONE E CONSERVAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA</b>	Rev. 00 del 01-02-16	Pag. 6 di 6

In caso di dimissione o decesso di un ospite, tutta la documentazione sanitaria viene consegnata al Coordinatore \_\_\_\_\_ e raccolta in un'unica cartellina insieme a quella amministrativa e conservata presso l'ufficio Direzionale situato al piano terra in apposito armadio chiuso a chiave al fine di garantire il rispetto della Privacy e l'accesso ai dati solo al personale autorizzato. Al fine di evitare dispersione della documentazione il Coordinatore compila la Check-list dei documenti ricevuti e archiviati (allegato 1)

Responsabile ultimo della tenuta e conservazione della documentazione sanitaria è il Direttore Sanitario al quale bisogna rivolgere richiesta scritta nel caso un familiare o un ospite stesso volesse prenderne visione oppure riceverne una copia.