

# **AZIENDA ULSS N. 8 BERICA**

Viale F. Rodolfi n. 37 – 36100 VICENZA

REGIONE DEL VENETO



## **DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE**

N. 357 DEL 24/02/2026

### **O G G E T T O**

RECEPIMENTO E ADOZIONE DEL REGOLAMENTO AZIENDALE SULLA COMPILAZIONE, TENUTA E RESPONSABILITÀ DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA TERRITORIALE, A COMPLETAMENTO DEI REGOLAMENTI AZIENDALI IN MATERIA DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA OSPEDALIERA.

Proponente: UOC DIREZIONE AMMINISTRATIVA TERRITORIALE DAT  
Anno Proposta: 2026  
Numero Proposta: 378/26

Il Direttore UOC Direzione Amministrativa Territoriale di intesa con il Direttore della Funzione Territoriale:

Premesso che:

- con deliberazione n. 787 del 2017 avente ad oggetto “Accesso alla documentazione sanitaria ospedaliera”, l’Azienda ha disciplinato le modalità di esercizio del diritto di accesso alla documentazione sanitaria in ambito ospedaliero;
- con deliberazione n. 69 del 2024, avente ad oggetto “Documentazione sanitaria ospedaliera: compilazione, tenuta e responsabilità”, sono stati definiti requisiti e modalità operative per la corretta compilazione e conservazione della documentazione sanitaria in ambito ospedaliero.

Al fine, pertanto, di completare il quadro regolamentare aziendale in materia di documentazione sanitaria, è stato istituito un Gruppo di lavoro Aziendale con il mandato di redigere il Regolamento sulla compilazione, tenuta e responsabilità della documentazione sanitaria Territoriale, individuando i professionisti dell’area sanitaria e amministrativa delle diverse articolazioni aziendali coinvolte, a vario titolo, nel procedimento documentale sanitario.

Considerato che:

- il Regolamento predisposto si propone di definire indirizzi aziendali comuni per la gestione della documentazione socio-sanitaria in ambito Territoriale;
- il medesimo stabilisce in modo univoco, anche a livello Territoriale, l’individuazione dei documenti esistenti, le modalità di compilazione, tenuta, conservazione, responsabilità e, ove previsto, rilascio, garantendo livelli crescenti di sicurezza ed efficienza;
- il Regolamento è finalizzato a implementare l’efficacia e la sicurezza dell’assistenza sanitaria, attraverso l’indicazione di requisiti idonei e uniformi di compilazione e gestione della documentazione, nel rispetto della normativa vigente, delle indicazioni regionali e aziendali in materia, nonché dei requisiti sostanziali di veridicità, completezza e chiarezza.

Dato atto che:

- il Regolamento attua quanto previsto dalla normativa in materia di documentazione sanitaria e procedimento amministrativo di accesso, tra cui, a titolo esemplificativo:
  - la Legge 7 agosto 1990 n. 241 (“Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi”);
  - il D.P.R. 12 aprile 2006 n. 184 (“Regolamento recante disciplina in materia di accesso ai documenti amministrativi”);
  - la Legge Regionale 14 dicembre 2007 n. 34 (“Norme in materia di tenuta, informatizzazione e conservazione delle cartelle cliniche e sui moduli di consenso informato”);
- il Regolamento è volto a garantire, in tutti gli ambiti aziendali territoriali l’uniformità nella gestione della documentazione socio-sanitaria, chiara individuazione delle responsabilità dei professionisti coinvolti nel processo documentale.

Il Direttore proponente ha attestato l’avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in relazione alla compatibilità con la vigente legislazione regionale e statale in materia.

Il Direttori Amministrativo, Sanitario e dei Servizi Socio-Sanitari, hanno espresso parere favorevole per quanto di rispettiva competenza.

Sulla base di quanto sopra

IL DIRETTORE GENERALE

DELIBERA

1. di considerare le premesse quali parti integranti e sostanziali del presente provvedimento;
2. di adottare il Regolamento aziendale “Compilazione, tenuta e responsabilità della documentazione sanitaria Territoriale”, allegato alla presente deliberazione quale parte integrante e sostanziale, a completamento dei Regolamenti aziendali in materia di documentazione sanitaria ospedaliera;
3. di incaricare la Direzione del Dipartimento di Salute Mentale, le Direzioni di Distretto la Direzione del Dipartimento di Prevenzione e le Direzioni Mediche Ospedaliere di:
  - divulgare il Regolamento nel rispettivo ambito di competenza;
  - assicurare la piena applicazione delle disposizioni in esso contenute;
  - promuovere eventuali iniziative formative e di aggiornamento;
4. di stabilire che la presente deliberazione venga pubblicata nell’Albo online dell’Azienda.

\*\*\*\*\*

Parere favorevole, per quanto di competenza:

Il Direttore Amministrativo  
(dr. Leopoldo Ciato)

Il Direttore Sanitario  
(dr. Alberto Rigo)

Il Direttore dei Servizi Socio-Sanitari  
(dr. Achille Di Falco)

IL DIRETTORE GENERALE  
(Patrizia Simionato)

---

Copia del presente atto viene inviato al Collegio Sindacale al momento della pubblicazione.

IL DIRETTORE  
UOC AFFARI GENERALI E LEGALI

---

REGIONE DEL VENETO



**ULSS8**  
BERICA

**AULSS 8 BERICA**

**Direzione di Distretto**

**Regolamento**  
**su compilazione, tenuta, e responsabilità**  
**della documentazione sanitaria Territoriale**  
**Azienda ULSS 8 Berica**

|                     |  |
|---------------------|--|
| <b>Codifica</b>     |  |
| <b>Preparazione</b> | <b>Coordinatore GdL</b><br><b>Dott.ssa Melissa Casarin</b>   |
| <b>Verifica</b>     | <b>Responsabile Servizio Qualità</b><br><b>Dott. Marcello Mezzasalma</b>   |
| <b>Approvazione</b> | <b>Direttore Sanitario</b><br><b>Dr. Alberto Rigo</b><br><b>Direttore dei Servizi Socio-Sanitari</b><br><b>Dott. Achille Di Falco</b><br><b>Direttore Funzione Territoriale</b><br><b>Dr.ssa Chiara Francesca Marangon</b> |
| <b>Rev. 0</b>       |  |
| <b>Riconferma</b>   | <b>Responsabile</b><br><b>Data 25.12.2025</b>  |

## INDICE

|  |               |
|--|---------------|
| <b>GRUPPO DI LAVORO</b>  | <b>pag. 2</b> |
| <b>Art.1- PREMESSA</b>   | <b>pag. 3</b> |
| <b>Art.2 -SCOPO</b>  | <b>pag. 3</b> |
| <b>Art.3- CAMPO DI APPLICAZIONE</b>  | <b>pag. 3</b> |
| <b>Art.4- ASPETTI GENERALI</b>   | <b>pag. 4</b> |
| <b>Art.5 -ASPETTI GIURIDICI</b>  | <b>pag.5</b>  |
| <b>Art.6 -REDAZIONE E VISIONE</b>  | <b>pag.7</b>  |
| <b>Art.7- REQUISITI</b>  | <b>pag.8</b>  |
| <b>Art 8- CARTELLA CLINICA TERRITORIALE</b>  | <b>pag.8</b>  |
| <b>Art 9 -CUSTODIA – ARCHIVIAZIONE - SCARTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E SOCIO SANITARIA</b> | <b>pag.9</b>  |
| <b>Art.10- ELEMENTI GENERALI COSTITUTIVI</b>   | <b>pag.10</b> |
| <b>Art 11- TABELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E SOCIO-SANITARIA</b>                                | <b>pag.10</b> |
| <b>Art 12 -DIRITTO DI ACCESSO - RICHIESTA DI COPIA</b>   | <b>pag.10</b> |
| <b>Art 13- RICHIESTE PARTICOLARI - COINVOLGIMENTO TERRITORIO E OSPEDALE</b>                      | <b>pag.12</b> |
| <b>Art 14 -TIPOLOGIA DI COPIA</b>  | <b>pag.12</b> |
| <b>Art 15 -DOCUMENTAZIONE MAGGIORMENTE RICHIESTA DAGLI AVENTI DIRITTO</b>                        | <b>pag.13</b> |
| <b>BIBLIOGRAFIA</b>  | <b>pag.16</b> |
| <b>ALLEGATO 1 - DOCUMENTAZIONE SANITARIA E SOCIO-SANITARIA SPECIFICA</b>                         | <b>pag.17</b> |

## GRUPPO DI LAVORO

|                     |   |
|---------------------|---|
| Casarin Melissa     | Direttore ff Direzione Amministrativa Territoriale          |
| Anna Carla Modenese | Dirigente medico Direzione Distretto Est                    |
| Silvia Vittorii     | Dirigente medico Cure Primarie Distretto Ovest              |
| Teresa Morelli      | Dirigente medico Direzione Medica Ospedaliera Distretto Est |
| Lucia Ferrarese     | Contabilità e Bilancio                                      |
| Nicole Giudice      | Direzione Amministrativa di Ospedale                        |
| Mirco Santacaterina | Direzione Amministrativa Territoriale                       |
| Chiara Marcante     | Affari Generali   |

## **Art. 1 - PREMESSA**

A completamento dei Regolamenti aziendali in materia di Documentazione Sanitaria; deliberazione n.787 del 2017 *“Accesso alla documentazione sanitaria ospedaliera”* e *deliberazione n° 69 del 2024 “Documentazione sanitaria ospedaliera: compilazione, tenuta e responsabilità”*, il presente Regolamento si propone di definire indirizzi aziendali comuni per la gestione della documentazione socio-sanitaria in ambito territoriale. Negli ultimi anni il modello assistenziale ha subito profonde trasformazioni. Prestazioni che fino a poco tempo fa erano erogate esclusivamente in regime di ricovero ospedaliero rientrano oggi formalmente tra le attività territoriali, determinando il progressivo superamento della tradizionale distinzione tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale. Parallelamente, i processi di cura evidenziano una crescente complessità e frammentazione, anche in relazione all'aumento dei pazienti affetti da pluripatologie e all'evoluzione dei modelli organizzativi dell'assistenza socio-sanitaria. In tale contesto, i rapidi cambiamenti del sistema richiedono la necessità di garantire una puntuale tracciabilità delle attività svolte, sia per le rilevanti implicazioni operative, che orientano le decisioni dei diversi professionisti coinvolti nei percorsi di cura, sia per le connesse responsabilità giuridiche e legali. La documentazione socio-sanitaria rappresenta, infatti, lo strumento attraverso il quale vengono attestati eventi, interventi e attività realizzati nell'ambito dei processi assistenziali. Essa costituisce un bene di primaria importanza sotto il profilo clinico, scientifico, organizzativo e giuridico: tutela il diritto del cittadino alla trasparenza e alla continuità delle cure e, al contempo, garantisce la correttezza e la tracciabilità dell'operato dei professionisti sanitari. Una gestione appropriata, completa e aggiornata della documentazione sanitaria contribuisce in modo determinante all'integrazione tra i diversi livelli assistenziali, alla coerenza delle decisioni clinico-organizzative e al rafforzamento della sicurezza del paziente.

## **Art. 2 - SCOPO**

Gli scopi sono:

- ✓ contribuire ad una tutela sempre più adeguata del patrimonio informativo sanitario documentale della popolazione assistita all'interno dell'Azienda ULSS 8 “Berica”;
- ✓ denominare univocamente anche a livello Territoriale i documenti esistenti, accompagnare, garantire una loro tenuta e conservazione in misura crescente sicura ed efficiente con particolare attenzione alle attuali situazioni caratterizzate dalla presenza combinata di parti su supporto cartaceo e parti in formato elettronico;
- ✓ implementare l'efficacia e la sicurezza dell'assistenza sanitaria, anche attraverso l'indicazione di requisiti idonei ed uniformi di compilazione, tenuta e dove previsto di rilascio nel rispetto della normativa vigente, indicazioni Regionali e Aziendali in materia e garantendo i requisiti sostanziali di veridicità, completezza e chiarezza.

## **Art. 3 – CAMPO DI APPLICAZIONE**

Il Regolamento si applica a tutte le articolazioni organizzative Territoriali dell'Azienda ULSS 8 “Berica” coinvolte nella produzione, tenuta e gestione di documentazione sanitaria e socio-sanitaria in formato cartaceo e digitale. E' esclusa l'U.O.C. Salute in Carcere.

Il Regolamento deve essere applicato da tutti gli operatori aziendali che, a vario titolo, intervengono nel ciclo di vita della documentazione sanitaria e socio-sanitaria.

Regolamento su compilazione, tenuta e responsabilità della documentazione sanitaria Territoriale

La responsabilità della sua diffusione è del Direttore della singola U.O. complessa/dipartimentale/ semplice e del coordinatore di U.O.

## Art. 4 – ASPETTI GENERALI

### Art. 4.a - DEFINIZIONI DI DOCUMENTO

Allo stato attuale, il legislatore definisce documentazione, facendo riferimento a quella amministrativa

**Legge 241/90:** rappresentazione... del contenuto di atti, quindi dell'opera dell'uomo e risultato di una attività manuale e intellettuale.

**DPR 445/2000:** ogni rappresentazione, comunque formata, del contenuto di atti, anche interni, della pubblica amministrazione o utilizzati a fini amministrativi.

**D.Lgs 42/2004:** i documenti sono beni culturali dello Stato, delle regioni, degli altri enti pubblici territoriali, nonché di ogni altro ente e istituto pubblico o equiparato (strutture private accreditate).

La "documentazione sanitaria e socio-sanitaria" si definisce, pertanto, come un insieme di informazioni e/o attestazioni, volte a documentare un fatto o una situazione, avente carattere di pubblico interesse, nonché a testimoniare tutti gli eventi e le attività che si verificano durante i processi di assistenza; configura, analiticamente, l'insieme dei dati relativi all'utente, raccolti dagli operatori aziendali, ognuno per quanto di competenza, la cui adozione costituisce il presupposto indispensabile per intraprendere qualsiasi prestazione sanitaria che si svolge secondo specifici requisiti di continuità e di durata.

La documentazione sanitaria e socio-sanitaria assolve il compito di una costante certificazione di ciò che si rileva e di ciò che si fa, rappresentando, in tal senso, la principale fonte documentale dell'operato dei professionisti nonché strumento di tutela medico-legale. Per tale motivo, non solo deve rispondere a determinati requisiti sostanziali e formali, ma deve anche permettere una ricostruzione puntuale dell'attività di cura e assistenza e l'identificazione inequivocabile dei professionisti intervenuti in tale percorso (1).

Garantisce la continuità assistenziale nei percorsi interni e nelle interfacce con altri contesti di cura sia ospedalieri che territoriali; risponde al principio di responsabilizzazione/accountability, secondo il quale spetta alle organizzazioni, sia che rivestano il ruolo di titolare del trattamento, sia che siano stati designati responsabili esterni al trattamento, individuare e implementare misure sia tecniche sia organizzative adeguate a proteggere i dati personali, oggetto del loro trattamento, e a dimostrare la loro adeguatezza ed efficacia a tutela dei diritti e delle libertà degli interessati.

### Art. 4.b - COMPONENTI DI UN DOCUMENTO

- ✓ Il contenuto (le informazioni);
- ✓ Il supporto (analogico o digitale o misto);
- ✓ La forma, a sua volta distinguibile in:
  - ✓ forma fisica (la forma di presentazione grafica, iconografica, fonica, visiva, audiovisiva, informatica...);
  - ✓ forma intellettuale (la struttura logica e la configurazione dell'informazione).

#### **Art. 4.c - STATO DI TRASMISSIONE**

- ✓ Originale: prima versione perfezionata di un documento.
- ✓ Copia: riproduzione di un originale.

|                                   |
|-----------------------------------|
| <b>Art. 5 – ASPETTI GIURIDICI</b> |
|-----------------------------------|

Dal punto di vista giuridico e medico-legale la documentazione sanitaria e socio-sanitaria: ha carattere di atto pubblico e di certificazione amministrativa in relazione ai dati obiettivi in essa indicati; ad essa si applicano gli articoli del Codice Penale in tema di falsità materiale e ideologica in atto pubblico (artt. 476 e 479 C.P.). L'eventuale ritardo e/o omissione nella compilazione può altresì integrare gli elementi del reato di rifiuto-omissione di atti d'ufficio (art. 328 C.P.); in ogni valutazione medico-legale (a fini processuali, di idoneità, assicurativi, previdenziali, assistenziali) è considerata documento privilegiato di informazioni sanitarie, avente particolare efficacia probatoria sino all'impugnazione per falso e, contenendo dati sanitari e socio-sanitari, è soggetta alla tutela del segreto professionale (art. 622 C.P.).

#### **Art. 5.a - TUTELA DELLA RISERVATEZZA (2-3)**

I documenti sanitari contengono dati personali ascrivibili alla categoria dei dati sensibili, in quanto idonei a rilevare lo stato di salute o la vita sessuale degli interessati.

I dati personali devono essere:

- ✓ trattati in modo lecito e con correttezza;
- ✓ trattati per scopi ben determinati, espliciti e legittimi;
- ✓ esatti e, se necessario aggiornati;
- ✓ pertinenti, completi ma non eccedenti rispetto alla finalità da perseguire;
- ✓ in forma che consenta l'identificazione solo per un tempo non superiore a quello necessario in base allo scopo.

**Sono riconosciuti diritto dell'interessato** (vale a dire della persona a cui i dati si riferiscono):

- ✓ Ottenere conferma dell'esistenza di propri dati.
- ✓ Averne comunicazione in forma intelligibile.
- ✓ Avere indicazione di: origine dei dati, finalità e modalità del trattamento, estremi del titolare, dei responsabili, soggetti a cui i dati possono essere comunicati.
- ✓ Ottenere aggiornamento, rettifica, integrazione, cancellazione, blocco di dati trattati in violazione di legge.

#### **Art. 5.b - CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI**

Il Garante ha precisato che, per le finalità di cura (medicina preventiva, diagnosi, assistenza, terapia sanitaria o sociale, gestione dei sistemi e servizi sanitari o sociali) decade l'obbligo di acquisire il consenso dall'interessato per il trattamento dei suoi dati personali necessari alla prestazione sanitaria.

Solamente in ipotesi di trattamenti che attengono “in senso lato” alla cura del paziente, non strettamente necessari, il Titolare dovrà individuare una base giuridica che renda lecito il trattamento, che sia il consenso dell’interessato o altra condizione di legittimità ai sensi dell’art. 9 del GDPR.

In sintesi, il consenso rimane necessario per trattamenti dei dati per finalità diverse da quelle di terapia, mentre per queste ultime il consenso non rappresenta più la base giuridica necessaria ai fini del trattamento e non è più obbligatorio.

Viceversa, l’obbligo di informativa al paziente continua ad essere vigente, in quanto il paziente va sempre informato sui principali elementi del trattamento, al fine di renderlo consapevole sulle principali caratteristiche dello stesso.

Il Titolare deve pertanto rendere all’interessato tutte le informazioni in modo comprensibile e trasparente (4)

Speciale tutela è prevista per i dati genetici (5).

### **Art. 5.c - SEGRETO**

Tutto il personale che accede alle informazioni della documentazione è tenuto al segreto d’ufficio e può accedere ai dati in esso registrati solo per i compiti di istituto e limitatamente a quelli richiesti per assolvere i doveri di ufficio.

Il medico, oltre al segreto d’ufficio, è tenuto anche al segreto professionale potendo accedere alla cartella clinica solo ed unicamente per motivi clinici a seguito della presa in carico del paziente, oppure, per altri motivi permessi e nei modi concessi dalla legge. L’illegittima divulgazione del contenuto della documentazione induce a conseguenze di ordine penale per la violazione del segreto professionale o di quello d’ufficio e a censura a carico del proprio ordine o collegio professionale.

In caso di circolazione all’interno dei servizi Aziendali della documentazione per motivi vari, giustificati e ufficiali (compiti di istituto, doveri d’ufficio) vanno applicate le dovute cautele onde evitare una illegittima divulgazione dei dati contenuti.

### **Art. 5.d - PRINCIPALI ILLECITI RIGUARDANTI LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E SOCIO-SANITARIA**

Falso materiale commesso da pubblico ufficiale in atti pubblici: (art. 476, e 477 c.p.) “*il pubblico ufficiale che nell’esercizio delle sue funzioni, forma in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni*”, perseguibile d’ufficio (6).

Falso ideologico commesso dal pubblico ufficiale in atti pubblici (art. 479, 480 e 481 c.p.) “*il pubblico ufficiale, che, ricevendo o formando un atto nell’esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un atto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l’atto è destinato a provare la verità, soggiace alle pene stabilite nell’art. 476*”, e’ punito con la reclusione da uno a sei anni; perseguibile d’ufficio (6).

Truffa (art. 640 e 640 bis c.p.); quando una falsa certificazione determina la costituzione di diritti in favore del richiedente, con possibili oneri a carico di terzi o a carico dello Stato, si concreta il reato di truffa (6).

Rifiuto e omissione di atti d'ufficio (art. 328 c.p.) “*Il pubblico ufficiale o l'incaricato di pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni*”; perseguibile d'ufficio (6).

Rivelazione e utilizzazione di segreti d'ufficio (art. 326 c.p.) “*il pubblico ufficiale o la persona incaricata di pubblico servizio che, violando i doveri inerenti alle funzioni o al servizio, o comunque abusando della sua qualità, rivela notizie d'ufficio, le quali debbano rimanere segrete o ne agevola in qualsiasi modo la conoscenza, è punito...Se l'agevolazione è soltanto colposa, si applica la reclusione*”; perseguibile d'ufficio (6).

Rivelazione di segreto professionale (art. 622 c.p.): “*Chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare nocimento, con la reclusione fino ad un anno o con la multa da euro 30.00 a 516.00*” perseguibile a querela della persona offesa (6).

## **Art. 6 – REDAZIONE /VISIONE**

Hanno titolo ad agire sulla documentazione sanitaria e socio-sanitaria le seguenti figure:

- i professionisti sanitari, che nel rispetto delle loro competenze e nell'ambito delle proprie autonomie professionali, siano chiamati ad assumere decisioni o ad attuare prestazioni in favore dell'assistito;
- ulteriori figure (es. assistenti sociali, compatibilmente con le attribuzioni loro conferite dalla normativa vigente), che pongano in essere attività connesse con il paziente/utente;
- il personale in formazione (medico e non medico) se – ed entro il limite – consentito dalle attività che possono essere loro affidate:  
in particolare:
  - *i medici e il personale sanitario non medico in formazione specialistica*, possono accedere alla documentazione sanitaria e socio-sanitaria nell'ambito del piano formativo individuale stabilito dal Consiglio della Scuola, in base al grado di autonomia raggiunta e, comunque sempre, sotto la supervisione del tutor.
  - *i medici, il personale sanitario non medico e gli studenti in tirocinio frequentatori* possono essere autorizzati all'accesso per finalità di consultazione e di ricerca nel rispetto delle indicazioni Aziendale (9) e nel pieno rispetto della normativa vigente in materia di protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali.
- Il personale amministrativo, per assolvere alle funzioni strettamente necessarie a cui è preposto e nel rispetto delle proprie competenze.

## **Art. 7 - REQUISITI**

Tutta la documentazione oggetto del presente regolamento deve rispondere ai seguenti requisiti (7):

Il dirigente responsabile dell'articolazione organizzativa vigila sul rispetto dei requisiti mentre la responsabilità delle singole annotazioni effettuate è sempre in capo all'autore delle stesse.

VERIDICITA'

I dati riguardanti elementi oggettivi (segni clinici, indici biologici, attività eseguite) devono essere riportati secondo verità fatta eccezione per la correzione di meri errori materiali, le eventuali modifiche o aggiunte possono configurare illecito penale di falsità materiale.

#### CHIAREZZA

La chiarezza riguarda sia la grafia sia l'esposizione. Il testo deve essere chiaramente leggibile dagli operatori che utilizzano la documentazione e da tutti coloro che a vario titolo ne vengono in contatto. L'esposizione deve essere diretta e non deve dare adito ad interpretazioni difformi. L'utilizzo di sigle è possibile solo se conformi a standard nazionali, internazionali o ufficialmente approvati dall'Azienda. (8)

#### INTEGRITA'

la documentazione sanitaria e socio-sanitaria in formato cartaceo non deve presentare abrasioni, adattamenti o "sbianchettature"; è vietato l'uso di bianchetti, gomme per cancellare, pennarelli coprenti e di ogni altro mezzo che ne impedisca o alteri la lettura; nel caso di documentazione sanitaria e socio-sanitaria informatizzata non deve essere possibile effettuare cancellazioni senza che ne rimanga traccia (motivazione, data, ora, autore, contenuti).

#### RINTRACCIABILITA' E TRACCIATURA

le correzioni di meri errori materiali devono restare visibili (rintracciabilità e tracciatura); è vietato l'uso di sovrascritture senza storicizzazione.

#### PERTINENZA

I dati devono essere pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti e successivamente trattati. È necessaria prudente valutazione del professionista in sede di acquisizione dei dati anamnestici (equilibrio tra esigenze di tutela della salute e protezione della riservatezza). Allo stesso modo, non possono essere accolte richieste di apportare modifiche alla documentazione sanitaria e socio-sanitaria, ad esclusione di quelle riguardanti la correzione di errori materiali.

#### COMPLETEZZA

La cartella è considerata completa quando contiene tutti i documenti costitutivi suoi propri.

|   |
|---|
| <b>Art. 8 - CARTELLA CLINICA TERRITORIALE</b> |
|---|

La cartella clinica viene aperta qualora sia stato individuato un percorso di diagnosi o cura o controllo sanitario superiore a due incontri programmati; negli altri casi il sanitario è tenuto a rilasciare al paziente un referto scritto sulla attività svolta contenente i dati clinici rilevanti nonché la diagnosi e la terapia eventualmente somministrata (10). Viene aperta a seguito di prestazioni ambulatoriali, non ospedaliere, erogate nel territorio e contiene i dati clinici rilevanti, le copie degli esami biochimici, microbiologici e strumentali richiesti durante il percorso diagnostico e terapeutico e i dati relativi all'assistenza del paziente a domicilio.

#### **Art. 8.a - FORMATO E SUPPORTO**

La documentazione viene redatta su supporto cartaceo ed informatico.

#### **Art. 8.b - INFORMATIVA E CONSENSO INFORMATO**

Il paziente deve esprimere il proprio consenso informato, secondo linee guida Aziendali, per l'effettuazione di ogni singola procedura diagnostico-terapeutica che lo richieda. (11)

### **Informative e dichiarazioni di volontà del paziente**

- ✓ Espressione di assenso e dissenso
- ✓ Autorizzazione da parte del paziente per identificare le persone a cui dare informazioni del suo stato di salute
- ✓ Decreto di nomina del tutore o amministratore di sostegno
- ✓ Dichiarazione Anticipata di Trattamento (DAT) (12-13)

|  |
|--|
| <b>Art. 9 - CUSTODIA - ARCHIVIAZIONE – SCARTO DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA<br/>E SOCIO-SANITARIA</b> |
|--|

#### **Art. 9.a - CUSTODIA**

Il contenuto dei documenti consta di dati relativi alla salute, di dati genetici e di ogni altro dato personale, la custodia della documentazione sanitaria e sociosanitaria deve essere effettuata nel rispetto della normativa vigente in materia di tutela del trattamento dei dati personali.

Il luogo di custodia è definito dal Direttore/ Responsabile di concerto con il coordinatore dell'U.O., salvaguardando le quotidiane necessità operative. (1)

La custodia dei documenti sanitari e sociosanitari all'interno delle UU.OO. è sotto la diretta responsabilità del Direttore/Responsabile che la detiene. Il direttore può delegare ai propri collaboratori il compito di curare la diligente custodia della documentazione con l'osservanza delle misure minime di sicurezza, dal momento della sua compilazione e per tutto il tempo di permanenza nell'U.O. sino alla consegna all'archivio per evitare intrusioni, manomissioni, distruzioni, smarrimenti.

#### **Art. 9.b - ARCHIVIAZIONE**

La responsabilità della custodia è in capo al Direttore dell'U.O. che ha prodotto il documento.

Dei documenti prelevati dagli archivi deve essere tenuta traccia del movimento effettuato e della richiesta di prelevamento. Ogni qualvolta un documento venga prelevato dagli archivi deve essere tenuta traccia del movimento effettuato e della richiesta di prelevamento. Alle fasi di archiviazione dei documenti contenenti dati personali si applicano le disposizioni di legge sulla tutela della riservatezza dei dati personali.

#### **Art. 9.c - SCARTO DI DOCUMENTI** (Deliberazione del Direttore Generale n.336 del 31.08.2006)

L'individuazione dei documenti e la determinazione del tempo minimo di conservazione sono definiti dal Prontuario di scarto di Scarto Aziendale (14). Concluso il tempo di conservazione, si procede allo scarto dei documenti, previo invio della richiesta da parte della U.O. produttrice della documentazione agli Affari Generali e alla Direzione del Distretto di competenza per l'ottenimento del nulla osta della Soprintendenza agli archivi territorialmente competente.

|   |
|---|
| <b>Art. 10 - ELEMENTI GENERALI COSTITUTIVI DELLA DOCUMENTAZIONE</b> |
|---|

Regolamento su compilazione, tenuta e responsabilità della documentazione sanitaria Territoriale

Data la complessità e varietà dei percorsi assistenziali erogati nel Distretto dalle diverse Unità Operative, in caso di presa in carico, a titolo esemplificativo gli elementi costitutivi presenti nella documentazione socio-sanitaria prodotta comprendono (1):

- dati anagrafici dell'utente e riferimenti familiari e caregiver
- contatti
- valutazione del caso
- risorse da attivare
- piano/progetto di intervento
- contatto con l'utente
- diario cronologico
- registrazione di colloqui o visite domiciliari
- relazioni inviate
- resoconti di riunioni dell'équipe
- rivalutazione periodiche dei risultati e della situazione
- rilevazione di urgenze quali il cambiamento nelle condizioni personali dell'utente

#### **Art. 11 - TABELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA E SOCIO-SANITARIA**

L'elenco dei documenti in uso ai Servizi Territoriali dell'Azienda ULSS 8 "Berica", divisi per Unità Operativa, che devono essere considerati "Documentazione Socio-Sanitaria" e pertanto soggette al rispetto delle norme del regolamento sono elencate nell'allegato 1 al presente Regolamento.

#### **Art. 12 - DIRITTO DI ACCESSO - RICHIESTA DI COPIA**

##### **Art.12.a - DA PARTE DELL'AVENTE DIRITTO (16)**

##### **Art.12.a.1 - ACCESSO**

La documentazione sanitaria deve essere rilasciata ai seguenti soggetti:

- ✓ maggiorenne o minorenni emancipato cui il documento si riferisce;
- ✓ chi esercita la potestà genitoriale, nel caso in cui il paziente sia minorenni non emancipato, compilando la dichiarazione sostitutiva di certificazione (da presentare in allegato al modulo di richiesta), che ne attesti lo status ed esibendo un valido documento di riconoscimento;
- ✓ tutore di persona incapace (minore, interdetto), previa esibizione di copia autentica del decreto di nomina del Giudice Tutelare e dei documenti di riconoscimento del tutore e del tutelato;
- ✓ amministratore di sostegno; l'istanza di rilascio della documentazione dovrà essere corredata da copia autentica del decreto di nomina del Giudice tutelare oppure mediante presentazione di apposito modulo di autocertificazione corredata da copia del decreto di nomina del Giudice Tutelare, con declinazione degli atti per i quali debba assistere l'interessato.

La richiesta di accesso va presentata alla Direzione di Distretto di riferimento utilizzando l'apposita modulistica e con le modalità che saranno indicate nel sito web aziendale.

Le richieste di utenti assistiti dal Dipartimento di Salute Mentale vanno indirizzate al Direttore del Dipartimento stesso.

#### **Art.12.a.2 - RILASCIO**

Il rilascio avviene secondo le modalità definite nel regolamento di accesso alla documentazione sanitaria e sono rese accessibili nel sito web Aziendale.

#### **Art.12. b DA PARTE DI SOGGETTI CHE SVOLGONO PUBBLICA FUNZIONE (AUTORITA' GIUDIZIARIA – FORZE DELL'ORDINE PER INDAGINI DI POLIZIA GIUDIZIARIA - CTU INCARICATI DAL TRIBUNALE**

##### **Art.12.b.1 - ACCESSO**

- ✓ Autorità Giudiziaria, attraverso ordine di esibizione;
- ✓ Polizia Giudiziaria che intervenga in via autonoma o su delega dell'Autorità Giudiziaria. La richiesta avanzata dagli organi di Polizia Giudiziaria deve indicare la base giuridica che giustificano la richiesta stessa.
- ✓ Consulente tecnico d'ufficio o perito nominato dall'Autorità Giudiziaria, previa esibizione del relativo atto di nomina con specifica autorizzazione.
- ✓ INAIL con richiesta motivata.
- ✓ INPS con richiesta motivata.
- ✓ Enti esteri o sopranazionali con richiesta motivata sulla base delle convenzioni internazionali in materia di assistenza sanitaria all'estero.
- ✓ Ispettorato nazionale del lavoro e Enti nazionale/regionale con richiesta motivata per attività ispettiva.
- ✓ Uffici Aziendali preposti alla gestione dei contenziosi e/o delle richieste di risarcimento dei danni avanzate all'Azienda ulss8 per *malpractice*.

Le richieste motivate saranno oggetto di valutazione/autorizzazione della Direzione di Distretto; Direzione di Dipartimento di Prevenzione Direzione, Direzione di Dipartimento di Salute Mentale a cui si riferiscono.

**La richiesta va inviata al Protocollo Generale che provvederà poi all'invio alla Direzione di Distretto di riferimento e alla Unità Operativa per competenza coinvolta.**

##### **Art.12. b.2 - RILASCIO**

La copia conforme della documentazione sanitaria è rilasciata direttamente dall'UO che l'ha redatta, che deve informare la Direzione di Distretto dell'avvenuta consegna.

##### **Art.12. c- DA PARTE DI SOGGETTI TERZI**

Le richieste di presa visione o di rilascio di copia della cartella clinica e di altra documentazione sanitaria da parte di soggetti diversi dall'interessato possono essere accolte in tutto o in parte, solo se la richiesta è giustificata dalla documentata necessità:

- a) di esercitare o difendere un diritto in sede giudiziaria, ai sensi dell'art.9, paragrafo 2, lettera f, del regolamento (UE) 2016/679, di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale;

Regolamento su compilazione, tenuta e responsabilità della documentazione sanitaria Territoriale

- b) di tutelare, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale inviolabile.

La richiesta di accesso alla documentazione sanitaria di soggetto deceduto potrà essere accolta quando formulata dal terzo che dimostri di essere titolare di un interesse proprio o per ragioni familiari meritevoli di tutela.

Le richieste motivate saranno oggetto di valutazione/autorizzazione della Direzione di Distretto; Direzione di Dipartimento di Prevenzione Direzione, Direzione di Dipartimento di Salute Mentale a cui si riferiscono

### **Art 13 - RICHIESTE PARTICOLARI CON COINVOLGIMENTO CONTESTUALE TERRITORIO E OSPEDALE**

#### **Art 13 - Coordinamento Aziendale per l'accesso alla documentazione sanitaria da parte di soggetti terzi**

Per le richieste di accesso alla documentazione sanitaria presentate dai soggetti di cui agli artt. 12.b e 12.c ,ovvero soggetti che svolgono una pubblica funzione, Autorità Giudiziaria, Forze dell'Ordine nell'ambito di indagini di Polizia Giudiziaria e Consulenti Tecnici d'Ufficio (C.T.U.) incaricati dall'Autorità Giudiziaria, qualora comportino il coinvolgimento contestuale di strutture territoriali e ospedaliere, è individuato un Referente Medico Aziendale con funzioni di coordinamento per il rilascio della documentazione. Il Referente, preferibilmente incardinato all'interno della Direzione Medica, assicura il coordinamento tra i Direttori (o loro delegati) delle UU.OO. Territoriali e Ospedaliere interessate, il proprio Direttore Medico e i Direttori Medici degli eventuali Presidi Ospedalieri diversi da quello di appartenenza, al fine di assicurare l'acquisizione completa della documentazione sanitaria e socio-sanitaria afferente ai diversi setting assistenziali coinvolti; il rilascio tempestivo della documentazione; l'adozione e la trasmissione di una risposta univoca a livello aziendale, evitando frammentazioni, duplicazioni o difformità nei riscontri forniti dalle diverse strutture. La medesima procedura di coordinamento si applica altresì alle istanze di accesso presentate da soggetti terzi (art.12 c) quando la richiesta sia motivata. Il Referente Medico Aziendale coordina l'istruttoria unitaria e la valutazione omogenea dell'istanza; evitando difformità nei riscontri forniti dalle diverse strutture. Resta ferma la responsabilità delle singole strutture in ordine alla correttezza, completezza e veridicità della documentazione di rispettiva competenza.

### **Art. 14 - TIPOLOGIA DI COPIA**

#### **Art. 14.a - AUTENTICAZIONE**

L'autenticazione della copia della cartella clinica e di altra documentazione sanitaria, è da effettuarsi ai sensi dell'art. 18 del D.P.R. n.445/2000. Per la documentazione richiesta al Distretto la autenticazione spetta al Direttore dell'UO che ha prodotto e conservato la documentazione. La copia deve riportare, nell'ultima facciata, il timbro dell'Azienda ULSS 8 "Berica", la data e il luogo del rilascio, il numero delle facciate, il nome e cognome e firma per esteso del soggetto che effettua l'autenticazione, la qualifica rivestita.

#### **Art.14.b - TARIFFE**

La deliberazione aziendale in materia di accesso alla documentazione sanitaria definisce il tariffario applicabile per il rilascio di copie della documentazione.

Le modalità di pagamento sono rese pubbliche e costantemente aggiornate sul sito web aziendale, al fine di garantirne la trasparenza e la piena conoscibilità da parte degli interessati.

**Art 15- ELENCO ESEMPLIFICATIVO E NON ESAUSTIVO  
DI DOCUMENTAZIONE SOCIO SANITARIA**

| <b>DIREZIONE DISTRETTO EST</b>                  |  |
|---|--|
| <b>ATTIVITA' POLIAMBULATORIA LI VARIE SEDI</b>  | La cartella ambulatoriale viene aperta qualora sia stato individuato un percorso di diagnosi o cura o controllo sanitario superiore a due incontri programmati; negli altri casi il sanitario è tenuto a rilasciare al paziente un referto scritto sull'attività svolta contenente i dati clinici rilevanti nonché la diagnosi e la terapia eventualmente somministrata. |
| <b>U.O.C. DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA</b> |  |
| <b>NON AUTOSUFFICIENZA ADULTI ANZIANI</b>       | SVAMA  |
| <b>DISABILITA' ADULTA</b>                       | <b>ETA'</b>  |
|   | Scheda primo colloquio (valutazione bisogni e anagrafica)  |
|   | Domanda di attivazione UVMD e/o presa in carico  |
|   | Progetto Globale   |
|   | Relazioni sociali  |
|   | Diario psicosociale azioni svolte (colloqui e visite domiciliari e/o nel contesto operativo)   |
|   | Schede sanitarie "Situazione sanitaria SVAMDI", "funzioni corporee" e "strutture corporee"   |
|   | Scheda "Attività e Partecipazione"   |
|   | Scheda sociale   |
| Verbali UVMD                                    |  |
| <b>U.O.C. CURE PRIMARIE</b>                     |  |
| <b>SERVIZIO INFERMIERISTICO DOMICILIARE</b>     | Verbale UVMD   |
|   | Relazione  |
| <b>SERVIZIO FISIOTERAPIA DOMICILIARE</b>        | Relazione  |
| <b>OSPEDALE DI COMUNITA'</b>                    |  |
| <b>OSPEDALE DI COMUNITA'</b>                    | Scheda richiesta inserimento in ODC  |
|   | Valutazione d'ingresso e traiettoria prognostica   |
|   | Accettazione delle condizioni di ricovero in ODC   |
|   | Consenso Informato (interventi invasivi, trasfusioni...)   |
|   | Scheda di presa in carico da parte dell'Infermiere Case Manager  |
|   | Scale di valutazione (BRASS-Barthel-Braden-Scheda aziendale rilevazione rischio caduta-SVAMA-Karnowsky)  |
|   | Diario medico  |

|  |  |
|--|--|
|  | Diario infermieristico   |
|  | Documentazione trasfusionale   |
|  | Richieste/referti di visite/indagini diagnostiche e di esami di laboratorio, ecc.  |
|  | Termografica (parametri vitali, terapia, misurazione dolore) Lettera di dimissione Scheda infermieristica di dimissione        |
|  | Avviso di decesso  |
|  | Verbali UVMD   |
|  | Scheda rilevazione lesione da pressione (Braden)   |
|  | Richiesta attivazione dimissioni protette  |
|  | Segnalazione eventi avversi (caduta, ICA, contenzione)   |
| <b>U.O.C. CURE PALLIATIVE</b>                              |  |
| <b>CURE PALLIATIVE E HOSPICE</b>                           | Diario medico  |
|  | Diario infermieristico   |
|  | Terapia  |
|  | Consenso informato per atti medici   |
| <b>U.O.C. INFANZIA ADOLESCENZA E FAMIGLIA E CONSULTORI</b> |  |
| <b>ETA' EVOLUTIVA</b>                                      | Dati del paziente, dell'inviante, motivo dell'invio, valutazione d'ingresso  |
|  | Composizione del nucleo familiare, notizie su medico curante, altri servizi coinvolti  |
|  | Diario clinico e sociale   |
|  | Consenso al trattamento dei dati da parte dei genitori   |
|  | Consenso per osservazioni videoregistrate e utilizzo materiale clinico da parte dei genitori                                   |
|  | Relazione clinica del paziente per DSA (L.170/2010), accertamento handicap (L.104/92),   |
|  | Certificazione clinica per accertamento handicap (L.104/92)  |
|  | Documento Diagnosi Funzionale per la famiglia e per la scuola (DPR 24.02.94)   |
| <b>PEDIATRIA DI COMUNITA'</b>                              | Valutazione d'ingresso   |
|  | Visite successive (di controllo)   |
|  | Consenso dati sensibili per la registrazione delle vaccinazioni  |
|  | Relazione clinica al medico curante  |
| <b>TUTELA MINORI</b>                                       | Diario clinico e diario sociale;   |
|  | Consenso Informato;  |
|  | Corrispondenza con utenza;   |
|  | Documentazione sanitaria;  |
|  | Documentazione scolastica;   |
|  | Documenti progettuali (PQ e PEI);  |
|  | Verbali UVMD   |
|  | Accordi con gli utenti (valutazione, ed. domiciliare, incontri protetti);  |
| <b>CONSULTORI FAMILIARI</b>                                | Diario clinico e prestazioni ambulatoriali erogate (OGN, ostetrica);   |
|  | Attestato per IVG, certificato per IVG (urgente)   |
|  | Relazione al Giudice Tutelare in caso di IVG di minorenni per la quale ricorrano i presupposti per non coinvolgere i genitori; |
|  | Diario sedute psicoterapia   |
|  | Relazioni per l'Autorità straniera   |

|   |   |
|---|---|
|   | Relazioni Enti Autorizzati per adozioni   |
|   | Verbali UVMD  |
|   | Relazioni per Autorità Giudiziaria o per Amm.ni Comunali  |
|   | Accordi di separazione (mediazione familiare) autorizzazione al trattamento dei dati                  |
|   | Consenso Informato  |
| <b>DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE</b>   |   |
|   | Consenso al trattamento medico psichiatrico   |
|   | Diario medico-psicologico- infermieristico - assistente sociale                                       |
|   | Diario terapia farmacologica  |
|   | Relazioni per MMG   |
|   | Verbali UVMD  |
|   | Scheda invio/proposta per inserimento in altra struttura (CD, CTRP)                                   |
|   | Relazione di fine trattamento per MMG dal CSM   |
| <b>CENTRI DIURNI (CD)<br/>- COMUNITA'<br/>TERAPEUTICA<br/>RIABILITATIVA<br/>PROTETTA (CTRP) -<br/>Comunità Alloggio di<br/>base (CAB) *<br/>Comunità Alloggio<br/>Estensiva (CAE)</b> | Scheda di invio per trattamento riabilitativo   |
|   | Valutazione d'ingresso e pianificazione del processo di cura  |
|   | Scale di valutazione VADO, HONOS, MENTAL HEALTH RECOVERY STAR   |
|   | Progetto terapeutico riabilitativo personalizzato (PTRP), verifiche periodiche                        |
|   | Consenso al progetto terapeutico riabilitativo personalizzato PTRP                                    |
|   | Progetto abitativo finalizzato alla domiciliarità protetta  |
|   | Lettera di dimissione   |
|   | Questionari di soddisfazioni familiari e utenti e valutazione FPS (funzionamento personale e sociale) |
| <b>DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE</b>   |   |
| <b>SER.D SERVIZIO<br/>DIPENDENZE<br/>PATOLOGICHE</b>  | Valutazione d'ingresso  |
|   | Diario (medico, psicologo, assistente sociale, infermiere)  |
|   | Relazione dimissione  |
|   | Risultati test somministrati (MMPI-II, Scid-II, SCL-90, Millon...)                                    |
|   | Schede terapie/ piano terapeutico/ deleghe  |
|   | Modulo Condensato Informato   |
|   | Modulo privacy e/o consenso trattamento dati  |
|   | Richieste relazioni da Prefettura/Avvocati/ Tribunali/ CC/ Commissioni Patenti                        |
|   | Inserimenti lavorativi  |
|   | Modulo esenzione ticket   |
|   | Registro di carico e scarico stupefacenti   |
|   | Verbali UVMD  |
| <b>U.O.S. SERVIZIO INTEGRAZIONE LAVORATIVA</b>  |   |
| <b>SERVIZIO<br/>INTEGRAZIONE<br/>LAVORATIVA</b>   | Diario SIL assistente sociale   |
|   | Diario SIL educatore  |
|   | Diario SIL operatore socio-sanitario  |
|   | Verbali UVMD  |
|   | Relazioni psicosociali  |
|   | Richieste di presa in carico  |

## BIBLIOGRAFIA

- 1) *Delibera regolamento gestione della documentazione sanitaria, socio sanitaria (deliberazione 393/2020 Ausl Bologna)*
- 2) *Regolamento Aziendale Ulss 8 in materia di protezione dei dati personali sulla base del Regolamento Europeo 216/679 del 2016 (2 ed del 2019)*
- 3) *Codice di comportamento dei dipendenti e dei collaboratori dell'Azienda Ulss 8 Berica (deliberazione n° 1700 del 2018)*
- 4) *Finalità di cura e acquisizione del consenso dagli interessati (Azienda Ulss 8 Berica prot.n. 0051732/23)*
- 5) *Autorizzazione del Garante 22/02/2007*
- 6) *Codice di Procedura Penale*
- 7) *Regolamento" documentazione sanitaria Ospedaliera: compilazione, tenuta e responsabilità" (deliberazione Azienda Ulss 8 Berica n. 69/2024)*
- 8) *I.O. Aziendale Ulss 8: La Prevenzione degli errori in terapia conseguenti all'uso di abbreviazioni, acronimi, sigle e simboli (rev 0 del 2019)*
- 9) *gestione richiesta dati aziendali per finalità di tesi, relazioni, articolo( nota del del Direttore Generale del 21.01.2025*
- 10) *Legge Regione Veneto N. 34 del 14 dicembre 2007 – Norme in materia di tenuta, informatizzazione e conservazione delle cartelle cliniche e sui moduli di consenso informato*
- 11) *Linee di indirizzo Azienda Ulss 8 Berica per la gestione dell'informazione e acquisizione del consenso all'atto sanitario (rev. 1 del 11/2022)*
- 12) *Articolo 4 Legge 2019 del 2017*
- 13) *<http://www.salute.gov.it/>*
- 14) *Prontuario per lo scarto dei documenti (deliberazione Azienda Ulss 6 n. 336/2006)*
- 15) *Manuale sulla gestione della documentazione sanitaria e socio sanitaria (ex Azienda Ulss 5)-Deliberazione del Direttore Generale n. 595 del 11.09.2014*
- 16) *Delibera Aziendale Ulss 8 Berica n. 787 del 22/06/2017 "Accesso alla documentazione sanitaria Ospedaliera approvazione regolamento*

**ALLEGATO 1**

**ELENCO DOCUMENTAZIONE SANITARIA E SOCIO-SANITARIA SPECIFICA (15)**

|   | <b>U.O.C. CURE PRIMARIE</b>  |
|---|--|
| <b>SERVIZIO<br/>INFERMIERISTICO<br/>DOMICILIARE</b>                             | Verbale UVMD (quando previsto)   |
|   | Diario clinico integrato cartaceo per persone in ADP/ADIMED  |
|   | Scheda segnalazione ADVENIAS. Cartella Infermieristica informatizzata nel SIT Atlante. Contiene di norma la scheda dei dati anagrafici della persona, gli altri dati (obbligatori per flusso SIAD), la scheda persona di riferimento, la cartella dimissioni protette con le eventuali segnalazioni di dimissioni protette, la cartella clinica con il diario infermieristico, la cartella progetti con l'elenco dei progetti individuali con la pianificazione e la consuntivazione degli accessi infermieristici, la cartella valutazioni con la SVAMA semplificata, la cartella personale al cui interno sono archiviati i verbali delle UVMD, lettere di dimissione ospedaliera, eventuale altra documentazione sanitaria della persona assistita. |
| <b>SERVIZIO<br/>FISIOTERAPIA<br/>DOMICILIARE</b>                                | Scheda segnalazione ADVENIAS. Cartella riabilitativa informatizzata nel SIT Atlante. Contiene di norma la scheda dei dati anagrafici della persona, gli altri dati (obbligatori per flusso SIAD), la scheda persona di riferimento, la cartella dimissioni protette con le eventuali segnalazioni di dimissioni protette, la cartella clinica con il diario riabilitativo, la cartella progetti con l'elenco dei progetti individuali con la pianificazione e la consuntivazione degli accessi del fisioterapista, la cartella valutazioni con la SVAMA semplificata, la cartella personale al cui interno sono archiviati i verbali delle UVMD, lettere di dimissione ospedaliera, eventuale altra documentazione sanitaria della persona assistita.  |
|   | <b>U.O.C. DISABILITA' E NON AUTOSUFFICIENZA</b>  |
| <b>ADULTI            ANZIANI<br/>DISABILITA'        NON<br/>AUTOSUFFICIENZA</b> | DOCUMENTAZIONE IN CARTELLA:  |
|   | SVAMA completa (Domanda di attivazione UVMD con modulo consenso trattamento dati, Valutazione sanitaria, Valutazione Cognitivo Funzionale, Valutazione sociale, Quadro sinottico, Verbale, Lettera di esito UVMD)  |
|   | Certificazioni sanitarie necessarie ad attivare precisi percorsi di accesso a servizi/benefici del sistema socio-sanitario (SVAMA, per non autosufficienti, SVAMDI per disabilità)   |
|   | SVAMA SEMPLIFICATA per le ICD  |
|   | test NPI per ICD   |
|   | Verbale UVMD   |
|   | Contributi art.27 L104/92 modifica strumenti di guida  |
|   | DGRV 752/2024 Sostegno nella gestione dei carichi assistenziali della persona anziana non autosufficiente  |
|   | Contributi alle Comunità religiose che assistono direttamente i propri religiosi anziani non autosufficienti (LR 55/1982 e LR 7/1997)  |
| <b>DISABILITA'        ETA'<br/>ADULTA</b>                                       | DOCUMENTAZIONE PRESENTE IN "CARTELLA COMUNE"   |
|   | Scheda primo colloquio (valutazione bisogni e anagrafica)  |
|   | Domanda di attivazione UVMD e/o presa in carico  |
|   | Verbale di Invalidità Civile se in possesso dell'utente  |
|   | Verbale L.104/92 se in possesso dell'utente  |
|   | Verbale L.68/99 se in possesso dell'utente   |
|   | Decreto del Giudice Tutelare AdS e/o tutore e verbale giuramento   |
|   | Progetto Globale   |
|   | Copia SVAMDI scaricata da Atlante  |

|  |   |
|--|---|
|  | Certificazioni mediche se in possesso dell'utente   |
|  | Verbali UVMD se avvenuti  |
|  | PEI se avvenuti   |
|  | Modulo privacy e/o consenso trattamento dati  |
|  | Relazioni sociali   |
|  | Diario azioni svolte (colloqui e visite domiciliari e/o nel contesto operativo)                   |
|  | <b>DOCUMENTAZIONE PRESENTE NEL SIT ATLANTE</b>  |
|  | Anagrafica (da Anagrafica regionale)  |
|  | Persone di riferimento (Familiari significativi e Rappresentanti legali)                          |
|  | Richiesta attivazione UVMD  |
|  | Schede sanitarie "Situazione sanitaria SVAMDI", "funzioni corporee" e "strutture corporee"        |
|  | Scheda "Attività e Partecipazione"  |
|  | Scheda sociale  |
|  | Verbale UVMD  |
| <b>OSPEDALE DI COMUNITA'/UNITA' RIABILITATIVA TERRITORIALE</b> |   |
| <b>OSPEDALE<br/>COMUNITA'</b>                                  | <b>DI</b>   |
|  | Scheda di segnalazione ADVENIAS   |
|  | Anagrafica  |
|  | Dati generali   |
|  | Scheda BRASS  |
|  | Scheda adulti   |
|  | Setting   |
|  | Indice di Karnofsky   |
|  | ODC/URT   |
|  | Scheda Sanitaria:   |
|  | Documenti generali  |
|  | Richiesta inserimento in OdC a cura della COT   |
|  | Verbale UVMD e scheda SVAMA (su SIT Atlante)  |
|  | Accettazione delle condizioni di ricovero in OdC  |
|  | Consenso al trattamento dei dati personali  |
|  | Dichiarazione di consenso alla comunicazione di informazioni e dati sanitari relativi al ricovero |
|  | Espressione e acquisizione del consenso informato all'atto sanitario                              |
|  | Scheda di ricognizione e riconciliazione farmacologica  |
|  | Scale di valutazione (Barthel-Braden) e valutazione rischio di malnutrizione MUST                 |
|  | Richiesta di consulenze/prestazioni   |
|  | Referti di visite/indagini diagnostiche e di esami di laboratorio                                 |
|  | Diario medico   |
|  | Diario infermieristico  |
|  | Termografica (parametri vitali, terapia, misurazione dolore)                                      |
|  | Relazione di dimissione   |
|  | Copia documenti di identità del paziente e caregiver  |
|  | Documenti specifici   |

|   |
|---|
| Verbali UVMD successivi alla prima valutazione (SIT Atlante)                    |
| Scheda colloquio con il caregiver   |
| Consenso Informato (all'intervento chirurgico, procedura invasiva, trasfusione) |
| Scheda rilevazione lesione da pressione   |
| Richiesta attivazione dimissioni protette (eseguita su SIT Atlante)             |
| Scheda rilevazione rischio cadute   |
| Scheda segnalazione caduta (nel portale incident reporting)                     |
| Piano riattivativo fisioterapisti e logopedisti                                 |
| Documentazione trasfusionale  |
| Permessi temporanei   |
| Diario alimentare   |
| Avviso di decesso   |
| Lista di controllo documenti scheda sanitaria (amministrativo)                  |

### **U.O.C. CURE PALLIATIVE**

|   |
|---|
| Scheda di segnalazione ADVENIAS:                        |
| Anagrafica  |
| Dati generali   |
| Scheda BRASS  |
| Scheda adulti   |
| Setting   |
| Indice di Karnofsky                                     |
| Consenso Informato per Hospice                          |
| Cartella informatizzata ATLANTE:                        |
| Frontespizio e identificazione dati generali            |
| Valutazioni   |
| Scheda di Valutazione Ingresso in Hospice               |
| Verbali NSIS Hospice di ingresso e dimissione           |
| Richiesta UVMD Anziani Berica                           |
| Richiesta valutazione ODC/URT Berica                    |
| Richiesta UVMD Domiciliare Berica                       |
| Valutazione sanitaria                                   |
| Sensorio e comunicazione                                |
| Codifica categorie ICPC                                 |
| Short Portable Mental Status Questionnaire (S.P.M.S.Q.) |
| Indice di Barthel SVAMA                                 |
| Prevenzione-Trattamento dei decubiti                    |
| Cartella Clinica:                                       |
| Scheda Accoglienza Medica                               |
| DCA allergie  |
| Scheda Anamnesi Hospice                                 |
| Diario Assistenziale Hospice                            |
| Diario Psicologico                                      |

|  |
|--|
| Diario Clinico   |
| Prescrizioni Farmaci   |
| Chiusura cartella clinica  |
| Documentazione cartacea:   |
| DOPA di ingresso (se paziente proviene da ospedale)                        |
| Disposizioni Anticipate di Trattamento                                     |
| Lettera di dimissione medica (se da ospedale/ODC/RSA...)                   |
| Lettera di dimissione infermieristica (se da ospedale/ODC/RSA...)          |
| Referto esami di laboratorio e microbiologici effettuati in Hospice        |
| Documentazione posizionamento dispositivi impiantabili                     |
| Cartella trasfusionale   |
| Richiesta nominale di farmaci non in prontuario, alla farmacia ospedaliera |
| Copia di Rapporto di segnalazione cadute (nel portale Incident Reporting   |
| Modulo di permessi di uscita   |
| Modulo restituzione effetti personali                                      |
| Copia di avviso di morte   |
| Scheda donazione cornee  |
| Consensi informati   |
| Copia certificato di ricovero  |
| Copia certificato di non trasportabilità                                   |
| Copia certificato di assistenza continuativa                               |
| Copia di altri documenti presenti  |
| Se paziente viene proposto per valutazione di ingresso in RSA:             |
| Copia di Richiesta di valutazione UVMD                                     |
| Copia di SVAMA sanitaria e cognitivo-funzionale                            |
| Se paziente viene dimesso/autodimesso da Hospice:                          |
| Copia lettera di dimissione medica e infermieristica o di autodimissione   |
| Copia invalidità civile  |
| Copia modulo ausili per incontinenza                                       |
| Copia modulo ausili  |
| Copia altri documenti presenti   |

#### **U.O.C. INFANZIA ADOLESCENZA E FAMIGLIA E CONSULTORI**

#### **ETA' EVOLUTIVA**

|  |
|--|
| Cartella clinica U.O. Età Evolutiva composta dalle sezioni: Autorizzazione dei genitori/consenso per osservazioni videoregistrate e utilizzo materiale clinico   |
| frontespizio: indicante: numerazione archivio, sede, nominativo del paziente e dati anagrafici, numero cartella, data prima apertura, sede distrettuale, cognome e nome, dati anagrafici, inviante, motivo dell'invio, diagnosi, elenco interventi, medico curante, numero tessera sanitaria, recapiti telefonici, |
| composizione del nucleo familiare, notizie su medico curante, altri servizi coinvolti  |
| anamnesi familiare;  |
| anamnesi personale   |
| anamnesi patologica  |
| accrescimento, notizie sullo sviluppo  |
| scolarizzazione  |

|                                  |           |  |
|----------------------------------|-----------|--|
|                                  |           | condizioni familiari e ambientali  |
|                                  |           | esame psicologico  |
|                                  |           | osservazione dello sviluppo motorio, psicomotorio  |
|                                  |           | eventuali ulteriori valutazioni specialistiche   |
|                                  |           | diario   |
|                                  |           | Completano la cartella clinica e sono inseriti nella stessa a seconda del caso:  |
|                                  |           | Scheda nuovo ingresso con il consenso al trattamento dei dati da parte dei genitori  |
|                                  |           | Documentazione rilasciata di informazione sullo stato della persona trattata:  |
|                                  |           | Modulistica per relazione clinica al paziente con diagnosi, valutazione e descrizione trattamenti  |
|                                  |           | Modulistica per relazione clinica DSA (L.170/2010)   |
|                                  |           | Documento certificazione clinica per accertamento handicap (L.104/92)  |
|                                  |           | Documento Diagnosi Funzionale per la famiglia e per la scuola (DPR 24.02.94)   |
|                                  |           | Autorizzazione dei genitori/ consenso per osservazioni videoregistrate e utilizzo materiale clinico  |
| <b>PEDIATRIA<br/>COMUNITA'</b>   | <b>DI</b> | Prima visita   |
|                                  |           | Foglio numerato e progressivo delle visite successive (di controllo)   |
|                                  |           | Consenso dati sensibili PREVISTO SOLO DA SIAVR PER LA REGISTRAZIONE VACCINAZIONI   |
| <b>TUTELA MINORI</b>             |           | Anagrafica: stato famiglia e altra documentazione anagrafica (es. frontespizio cartella); dati anagrafici e di contatto di famiglie affidataria e/o strutture residenziali |
|                                  |           | Diario clinico e diario sociale  |
|                                  |           | Consenso Informato   |
|                                  |           | Autorità Giudiziaria: richieste A.G.; relazioni all'A.G.; provvedimenti A.G.   |
|                                  |           | Corrispondenza con Forze dell'Ordine (segnalazioni, verbali di intervento)   |
|                                  |           | Segnalazioni di altri servizi/istituzioni (ULSS o extra-ULSS)  |
|                                  |           | Relazioni di altri servizi/istituzioni (ULSS o extra-ULSS)   |
|                                  |           | Corrispondenza con altri servizi/istituzioni (ULSS o extra-ULSS)   |
|                                  |           | Corrispondenza con utenza  |
|                                  |           | Documentazione sanitaria   |
|                                  |           | Documentazione scolastica  |
|                                  |           | Documenti progettuali (PQ e PEI)   |
|                                  |           | Verbali UVMD   |
|                                  |           | Accordi con gli utenti (valutazione, ed. domiciliare, incontri protetti)   |
|                                  |           | Materiale testistico: risposte test, siglature test, interpretazione test, disegno e produzione grafiche   |
| <b>CONSULTORIO<br/>FAMILIARE</b> |           | Anagrafica   |
|                                  |           | Anamnesi ginecologica e/o psicologica  |
|                                  |           | Diario clinico prestazioni ambulatoriali erogate (OGN, ostetrica)  |
|                                  |           | Referti esami  |
|                                  |           | Attestato per IVG  |
|                                  |           | Certificato per IVG (urgente)  |
|                                  |           | Relazione al Giudice Tutelare in caso di IVG di minorenne per la quale ricorrano i presupposti per non coinvolgere i genitori  |
|                                  |           | Diario sedute psicoterapia   |

|                                       |  |
|---------------------------------------|--|
|                                       | Diario prestazioni erogate (es. brevi note sui colloqui con l'utente)  |
|                                       | Materiale testologico (fogli notazione, scoring,..)  |
|                                       | Documenti di richieste di interventi provenienti dall'AA.GG. ordinaria e minorile (adozioni, indagini amm.ve, ecc.)                |
|                                       | Relazioni per l'Autorità straniera   |
|                                       | Relazioni Enti Autorizzati per adozioni  |
|                                       | Richieste Amm.ni Comunali  |
|                                       | Verbali UVMD   |
|                                       | Relazioni trasmesse all'AG o ad Amm.ni Comunali  |
|                                       | Atti di causa (es. memorie di avvocati, ordinanze Giudice, copia ricorsi)  |
|                                       | Corrispondenza (inviti, comunicazioni, vv.)  |
|                                       | Accordi di separazione (mediazione familiare) autorizzazione al trattamento dei dati   |
|                                       | Consenso Informato.  |
|                                       | Va tenuto conto che le cartelle possono essere aperte a seguito di:  |
|                                       | Richieste dell'utente (singolo, coppia, famiglia) -v.note criticità  |
|                                       | Richieste AA.GG. a seguito di istanze dell'utente (es. adozione)   |
|                                       | Richieste dell'A.G. in corso di procedimenti civili e/o penali   |
|                                       | Richieste di altri servizi.  |
| <b>DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE</b> |  |
| <b>CENTRO MENTALE SALUTE</b>          | Frontespizio cartella con anagrafica   |
|                                       | Scheda primo contatto  |
|                                       | Consenso al trattamento medico psichiatrico  |
|                                       | piano terapeutico per prescrizioni farmacologiche  |
|                                       | Valutazione iniziale dell'utente: esame psichico, anamnesi familiare e personale con referto Prima visita                          |
|                                       | Relazione dello psicologo  |
|                                       | Pianificazione del processo di cura:   |
|                                       | Questionari di valutazione: in applicazione VADO (valutazione funzionale personale e sociale), honos                               |
|                                       | Progetto terapeutico individualizzato: compilato in riferimento alla valutazione individuale del funzionamento personale e sociale |
|                                       | Diario medico-psicologico- infermieristico - assistente sociale  |
|                                       | Diario terapia farmacologica   |
|                                       | Relazioni per richieste invalidità   |
|                                       | Relazioni per UVMD   |
|                                       | Proposta invio al SIL sui casi selezionati   |
|                                       | Scheda invio/proposta per inserimento in altra struttura (CD, CTRP)  |
|                                       | Relazione di fine trattamento al MMG   |
|                                       |  |
| <b>CENTRO DIURNO</b>                  | Dati amministrativi:   |
|                                       | Frontespizio cartella: frontespizio nominale con dicitura "cartella riabilitativa e nome struttura"                                |

|  |   |
|--|---|
|  | <p>Consenso al trattamento terapeutico individualizzato e dichiarazione di consenso informato supplementare per le attività riabilitative in strutture residenziali e semiresidenziali del DSM.</p>   |
|  | <p>Valutazione iniziale dell'utente</p>   |
|  | <p>Scheda di accesso in Centro Diurno: scheda di invio per trattamento riabilitativo che comprende diagnosi sintomatica e funzionale</p>  |
|  | <p>Scheda di proposta inserimento da parte della struttura inviante: scheda di invio per trattamento riabilitativo</p>  |
|  | <p>Pianificazione del processo di cura:</p>   |
|  | <p>Procedure di valutazione: Valutazione VADO strumento che valuta il funzionamento personale e sociale del paziente</p>  |
|  | <p>diario medico e relazione medico inviante atlante (si correda la cartella di copia presa dalla cartella del CSM)</p>   |
|  | <p>Relazione dello psicologo utili alla definizione degli obiettivi (si correda la cartella di copia presa dalla cartella del CSM)</p>  |
|  | <p>Scale di valutazione VADO, Honos</p>   |
|  | <p>Questionari di valutazione: VADO, recovery star</p>  |
|  | <p>Progetto terapeutico individualizzato, verifiche periodiche : presente PTRP e scheda di valutazione annuale del progetto terapeutico-riabilitativo</p>   |
|  | <p>Progetto abitativo : il centro diurno lavora sulla domiciliarità sia di abitare supportato che gruppi appartamenti protetti supportato il progetto abitativo.</p>  |
|  | <p>Valutazione abilità e definizione obiettivi, pianificazione attività, monitoraggio presente strumento valutazione VADO (valutazione attività definizione obiettivi) permette anche il monitoraggio continuo con grafico che evidenzia il miglioramento o meno del funzionamento.</p> |
|  | <p>Contratto terapeutico firma del PTRP (progetto terapeutico riabilitativo personalizzato)</p>   |
|  | <p>Regolamento interno del Centro Diurno con firma utente</p>   |
|  | <p>Dimissione dell'utente dal Centro Diurno:</p>  |
|  | <p>Valutazione finale da lettera dimissione con obiettivi raggiunti e aree ancora da migliorare</p>   |
|  | <p>Lettera di dimissione</p>  |
|  | <p></p>   |
| <p><b>CTRP + Comunità Alloggio di base (CAB) * Comunità Alloggio Estensiva (CAE)</b></p> | <p>Frontespizio cartella con dicitura "cartella riabilitativa e nome struttura"</p>   |
|  | <p>Consenso al trattamento terapeutico individualizzato e dichiarazione di consenso informato supplementare per le attività riabilitative in strutture residenziali e semiresidenziali del DSM</p>  |
|  | <p>Valutazione iniziale dell'utente</p>   |
|  | <p>Scheda di accesso in CTRP scheda di invio per trattamento riabilitativo che comprende diagnosi sintomatica e funzionale e valutazione personale e sociale globale</p>  |
|  | <p>Scheda di proposta inserimento da parte della struttura inviante: scheda di invio per trattamento riabilitativo</p>  |
|  | <p>Pianificazione del processo di cura</p>  |
|  | <p>questionari di valutazione: Valutazione VADO strumento che valuta il funzionamento personale e sociale del paziente, Recovery star</p>   |
|  | <p>relazione equipe inviante</p>  |
|  | <p>Relazione dello psicologo</p>  |
|  | <p></p>   |

|   |
|---|
| diario infermieristico (atlante)  |
| Questionari di soddisfazioni familiari e utenti e valutazioni del FPS (funzionamento personale e sociale)   |
| Esami di laboratorio  |
| Esami strumentali   |
| Visite specialistiche   |
| Progetto terapeutico individualizzato, verifiche periodiche (PTRP e scheda di valutazione annuale del progetto terapeutico-riabilitativo)   |
| Progetto inserimento lavorativo: presente scheda di proposta di inserimento percorso lavorativo come da protocollo DSM-SIL  |
| Progetto abitativo parte del PTRP   |
| Valutazione abilità e definizione obiettivi, pianificazione attività, monitoraggio presente strumento valutazione VADO (valutazione attività definizione obiettivi) permette anche il monitoraggio continuo con grafico che evidenzia il miglioramento o meno del FPS |
| Contratto terapeutico firma del PTRP (progetto terapeutico riabilitativo personalizzato)  |
| Regolamento interno alla CTRP firmato   |
| Dimissione dell'utente dalla CTRP   |
| Valutazione finale da lettera dimissione con obiettivi raggiunti e aree ancora da migliorare punteggio del FPS globale all'ingresso e alla dimissione   |
| Lettera di dimissione   |
|   |

**DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE**

**SER.D SERVIZIO  
DIPENDENZE  
PATOLOGICHE**

|  |
|--|
| Cartella cartacea  |
| Prima visita di accoglienza  |
| Modulo Consenso Informato  |
| deleghe  |
| referti/accertamenti diagnostici                                   |
| modulo consenso informato al trattamento farmacologico             |
| Documentazione di :  |
| Prefettura   |
| Avvocati/ Tribunali/ CC/ Commissioni Patenti                       |
| Altri Servizi: invii, relazioni, consulenze, lettere di dimissione |
| Carteggio CT   |
| Inserimenti lavorativi   |
| Relazioni richieste dall'utente                                    |
| Autocertificazioni utenti  |
| Verbali UVMD   |
| PTRI Progetto Terapeutico Riabilitativo                            |
| Supporto informatico GeDi  |
| Prima visita   |
| Anamnesi   |

|   |  |
|---|--|
|   | Anamnesi tossicologica   |
|   | Esame obiettivo  |
|   | Anamnesi sociale   |
|   | diagnosi   |
|   | Terapie farmacologiche e modulistica associata (piano terapeutico, foglio affido, certificato per estero, ...) |
|   | Riunioni équipe  |
|   | Diarie (medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri)   |
|   | Referti laboratorio  |
|   | Dimissione presente / movimentazione prese in carico   |
|   | Risultati test somministrati   |
|   | Modulo esenzione ticket  |
|   | Registro di carico e scarico stupefacenti  |
| <b>U.O.S. SERVIZIO INTEGRAZIONE LAVORATIVA</b>  |  |
| <b>SERVIZIO<br/>INTEGRAZIONE<br/>LAVORATIVA</b> | Diario SIL assistente sociale  |
|   | Diario SIL educatore   |
|   | Diario SIL operatore socio-sanitario   |
|   | Verbali UVMD   |
|   | Relazioni psicosociali   |
|   | Richieste di presa in carico   |