

CARTELLA CLINICA

LA CARTELLA CLINICA

La cartella clinica si può definire un insieme di documenti che riportano un complesso eterogeneo di informazioni anagrafiche, sociali e sanitarie, e rappresenta uno strumento indispensabile per tutti gli operatori sanitari, finalizzato alla gestione diagnostica e terapeutica del paziente. Permette inoltre l'effettuazione di indagini scientifiche, statistiche e medico-legali. Essa comprende le generalità del paziente, l'anamnesi, l'esame obiettivo generale e particolare, gli esami diagnostici effettuati nel corso del ricovero, nel caso in cui il paziente si trovi all'interno di una struttura ospedaliera, oppure, se la gestione del paziente è ambulatoriale, durante il percorso ambulatoriale, la condotta terapeutica con l'indicazione delle dosi e della via di somministrazione dei farmaci utilizzati; descrive infine l'esito finale della degenza ospedaliera, oppure del percorso ambulatoriale, con l'indicazione delle conclusioni diagnostiche. La cartella clinica è quindi per il medico uno strumento essenziale per una corretta gestione dell'ammalato, ma allo stesso tempo dinamico in quanto include i risultati degli esami diagnostici una volta acquisiti, così come deve registrare, a ogni successiva visita di controllo oppure a ogni nuovo ricovero in ospedale, l'evoluzione del quadro clinico, le modifiche del trattamento farmacologico, la comparsa di una nuova patologia. In quest'ultimo caso l'attenzione del medico dovrà essere rivolta prevalentemente alla malattia in atto, senza peraltro trascurare le problematiche pregresse. È opportuno ricordare che la cartella clinica è un atto pubblico in quanto è compilata da un pubblico ufficiale nell'esercizio delle sue funzioni; i dati che in essa figurano hanno rilevanza giuridica: è normata per legge e numerosi sono

i riferimenti giuridici che ne avvalorano il ruolo. È quindi il principale strumento di controllo e di valutazione dell'attività medica e può assumere valore di prova in vertenze giudiziarie.

Ad oggi sono per lo più utilizzate cartelle cliniche elettroniche mentre quelle di tipo cartaceo hanno per lo più un ruolo marginale. La cartella clinica elettronica è un documento digitale che viene creato e archiviato dalla struttura sanitaria che ha in cura il paziente, con la finalità di gestire in modo organizzato tutti i dati relativi alla sua storia clinica e garantire continuità al suo percorso di cura.

Questa modalità di raccolta dei dati rende così possibile un più facile controllo delle informazioni sia da parte del medico sia da parte del paziente stesso: l'utilizzo di una rete informatica permette infatti, nell'eventualità di ricoveri o visite in strutture diverse, un rapido trasferimento di dati.

Al fine di migliorare la qualità delle informazioni e la raccolta dei dati, le cartelle cliniche sono strutturate su una intelaiatura standard che prevede inizialmente le generalità del paziente, il motivo del ricovero, il regime di ricovero, la data e la struttura di ammissione, la provenienza del paziente, quindi l'anamnesi, l'esame obiettivo, i referti di esami diagnostici e specialistici, la terapia i consensi e le dichiarazioni di volontà, il decorso della malattia, l'epicrisi, la data e la struttura di dimissione. Caratteristiche essenziali della cartella clinica devono essere la chiarezza e l'accuratezza dei contenuti, la veridicità di quanto riportato, la rintracciabilità dei dati e dei documenti descritti ed infine la completezza delle informazioni. Sotto il profilo medico-legale, una volta compilata e sottoscritta la cartella clinica acquista il carattere della definitività con la conseguenza che "l'annotazione postuma" di un fatto clinico rilevante comporta il reato di falso

materiale in atto pubblico. In considerazione del fatto che la cartella clinica è un atto pubblico normato per legge, è precisa responsabilità della struttura sanitaria provvedere all'archiviazione e conservazione della stessa. Per altro laddove dovesse essere necessario il rilascio del materiale sanitario (copia della cartella clinica), gli aventi diritto sono il paziente stesso, persona fornita di delega conforme alle disposizioni di legge, il parente più prossimo in caso di decesso, i genitori in caso di minore, il tutore in caso di interdizione; gli Enti previdenziali, l'Autorità Giudiziaria.

Tutte le informazioni contenute nella cartella clinica sono, per legge, considerate strettamente riservate e personali, e quindi non divulgabili; inoltre la cartella clinica è un atto riservato dell'attività sanitaria, per cui chiunque venga a conoscenza di notizie in essa contenute, deve ritenersi obbligato al segreto professionale e quindi soggetto alla disciplina giuridica del segreto professionale, oltre che al rispetto delle norme di legge che regolano la "privacy".

Esistono numerose tipologie di cartelle cliniche. Una prima suddivisione può essere fatta tra cartella clinica cartacea ed elettronica. Presente tuttora in numerosissime strutture ospedaliere e ambulatoriali, la tradizionale cartella cartacea è andata mostrando nel tempo importanti limitazioni, in particolare nella compilazione e gestione dei dati sanitari. La cartella clinica elettronica è un documento digitale che viene creato e archiviato dalla struttura sanitaria che ha in cura un paziente per gestire in modo organizzato tutti i dati relativi alla sua storia clinica e garantire continuità al suo percorso di cura. L'informatizzazione dei dati permette un accorciamento delle tempistiche burocratiche, l'eliminazione di spese accessorie e maggiore efficienza del sistema sanitario. Inoltre, consente di acquisire, aggiornare e consultare in

Accesso | Anagrafica | Anamnesi | Esame Obiettivo | Diagnosi | Monitoraggio | Lettera Dimissione | Interventi | Rischio Tromboembolico

Vista per singolo accesso | Ricoveri precedenti in questa stessa U.O. |

Paziente: CF: data di nascita: Luogo nascita:

ACCESSO [2751]

Tipo accesso: Ricovero ordinario | Nosologico: I202004661 | Data Ricovero: 07/02/2020

Cartelle mediche trasferimenti: Stato ricovero: aperto

DIARIA:

aggiungi nota in diaria

Diaria: medica e infermieristica

giorno	ora	anteprima	provenienza diaria	azioni	profilo	operatore
12/02/2020	11:51:26	iniziata net tramite sng x 10 ore e 2 di stop sto.....	infermiere			infermiere
12/02/2020	09:03:42	paziente soporosa , risvegliabile allo stimolo ver.....	medico			specializzando
11/02/2020	21:58:15	Stabile, mantiene monitor. Segue infusioni alterna.....	infermiere			infermiere
11/02/2020	17:38:56	h 24 ev	infermiere			infermiere
11/02/2020	13:37:26	la paziente si rimuove il sng, riposizionato in at.....	infermiere			infermiere
11/02/2020	11:47:04	paziente soporosa,pv nella norma,la paziente ha pt.....	infermiere			infermiere
11/02/2020	09:19:21	paziente soporosa , risvegliabile allo stimolo ver.....	medico			specializzando

ANAMNESI

Informazioni Generali

Anamnesi Fisilogica

Anamnesi Patologica Familiare

Anamnesi Patologica Remota

Patologie pregresse:

Anamnesi Patologica Remota

Motivo del ricovero/visita:

Esami eseguiti:

ESAME OBIETTIVO [codice scheda: 3204]

Scheda Esame Obiettivo inserita nell'Accesso Ricovero ordinario, del giorno 07/02/2020

Data esecuzione: 07/02/2020 | Operatore: | Validato da:

PARAMETRI RILEVATI:

Pressione arteriosa	95-60	Frequenza cardiaca [bpm]	109
Frequenza respiratoria [apm]	18	Temperatura	36
Altezza [cm]	<input type="text"/>	Peso [Kg]	<input type="text"/>
BMI [peso(Kg)/h²(m)]	<input type="text"/>		

CUTE E ANNESSI:

Cute e mucose lievemente disidratate

COLLO:

FIGURE 1.1A/C – Esempio di cartella clinica elettronica.

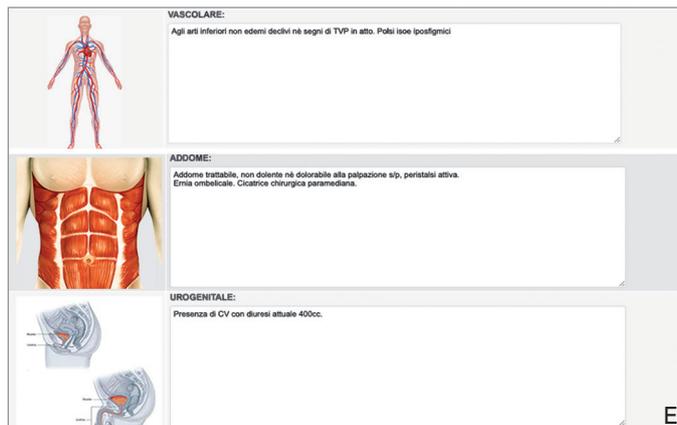
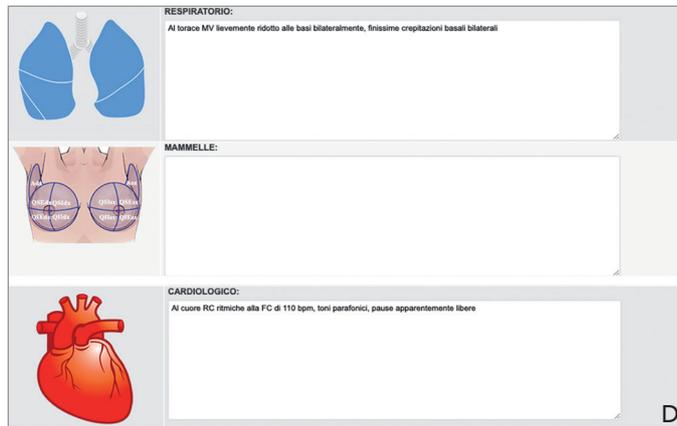


FIGURE 1.1D/F – Esempio di cartella clinica elettronica.

REFERTI RADIOLOGICI:							
N.REFERTO	DATA REFERTO	REPARTO	MEDICO	ATTI	TIPO DOCUMENTO	REFERTO	IMMAGINE
1	11/02/2020 14:04	Dipartimento Immagini		Referto	- RX TORACE A LETTO	AS4128033:	
2	10/02/2020 17:16	Dipartimento Immagini		Referto	- RX TORACE A LETTO	AS4127184:	
3	07/02/2020 14:30	Dipartimento Immagini		Referto	- RX TORACE A LETTO	AS4125485:	

CONSULENZE:				
giorno richiesta	ora richiesta	mittente	reparto destinatario della consulenza	operatore destinatario della consulenza
12/02/2020	10:14:10		CHIRURGIA BARIATRICA (44900)	
08/02/2020	10:36:12		PROFESSIONI DELLA RIABILITAZIONE (14900)	

FIGURE 1.1G – Esempio di cartella clinica elettronica.

tempo reale tutte le informazioni relative al paziente; condividere velocemente le informazioni fra tutti gli operatori sanitari; effettuare ricerche statistiche e analisi sui dati dei pazienti; unificare e standardizzare le procedure operative del sistema ospedaliero. È opportuno inoltre sottolineare che la dematerializzazione delle informazioni e dei dati della sanità italiana è un obiettivo indispensabile per una personalizzazione delle cure (medicina di precisione) e per raggiungere nuove traguardi nella ricerca clinica.

La **Figura 1.1** mostra un esempio di cartella clinica elettronica: vengono riportate diverse schermate che indicano le differenti parti che costituiscono la cartella. Nella **Figura 1A** si può osservare la schermata che indica (in alto) le componenti della cartella, quali l'anagrafica, l'anamnesi, l'esame obiettivo, ed a seguire le sezioni relative alla diagnosi, al monitoraggio, alla lettera di dimissione, ai possibili interventi, alla valutazione del rischio tromboembolico: cliccando sulle diverse finestre si aprono i relativi campi sui quali è possibile scrivere quanto necessario. Nella parte centrale della schermata è riportata la diaria, con i diversi momenti, identificabili attraverso la data (giorno-mese-anno) e l'ora (comprensiva anche di minuti e secondi), nei quali viene effettuata da parte del medico oppure dell'infermiere una determinata procedura oppure vengono riportate le condizioni cliniche dell'ammalato.

Per l'anamnesi (**Figura 1B**), con l'apertura del *frame*, si può accedere alla raccolta delle informazioni generali, quindi all'anamnesi fisiologica, e successivamente alla patologica familiare, all'anamnesi patologica remota con la descrizione delle pregresse malattie, ed infine alla precisazione dei motivi che hanno portato al ricovero ed alla esposizione degli esami eseguiti prima dell'ingresso in una struttura sanitaria, quale un ospedale. Per quanto riguarda l'esame obiettivo, nelle **Figure 1C-F** si possono osservare le schermate relative alla raccolta di parametri vitali (pressione

arteriosa, frequenza cardiaca e respiratoria) e antropometrici (altezza, peso e indice di massa corporea), unitamente alla temperatura; i rilievi clinici relativi alla cute e annessi, al collo, all'apparato respiratorio, alle mammelle, al cuore, all'apparato vascolare, all'addome, all'apparato urogenitale, al sistema linfoghiandolare, all'apparato muscoloscheletrico, all'area neurologica e psichica. Nella **Figura 1G**, si può osservare la schermata relativa al referto di esami strumentali, come ad esempio un esame radiologico, oppure alla lettura di consulenze specialistiche. È opportuno sempre ricordare che quanto scritto e validato nella cartella clinica ha valore legale.

Particolare rilievo ha assunto negli ultimi anni anche la cartella infermieristica, che viene compilata autonomamente dal personale infermieristico, e che riporta tutte le informazioni relative alla gestione infermieristica del paziente.

Insieme ai dati anagrafici, la cartella infermieristica riporta informazioni circa la valutazione del grado di autonomia del paziente (scala di Barthel) (**Figura 2A**), il rischio di cadute attraverso l'utilizzo di una apposita scala (**Figura 2A**), le modalità di alimentazione (nutrizione, **Figura 2B**) ed il rischio di andare incontro a decubiti per mezzo della scala di *Braden* (**Figura 2C**), le modalità di emissione urinaria e fecale (**Figura 2D**), lo stato cognitivo e percettivo (**Figura 2E**).

Di particolare importanza è la scheda MEWS (*Modified Early Warning Score*) attraverso la quale è possibile individuare precocemente il grado di instabilità clinica del paziente (**Figura 2F**). Il grado di instabilità clinica viene determinato in base alle modificazioni che possono subire specifici parametri quali lo stato di coscienza, la frequenza respiratoria e

cardiaca, la saturazione parziale di ossigeno e la saturazione in aria ambiente, la frazione inspirata di O₂, la presenza o meno di distress respiratorio, i valori della pressione arteriosa e della temperatura corporea, la presenza o meno di perdite ematiche.

Nell'esempio riportato nella **Figura 2D**, le condizioni sono stabili, per cui si rende necessario un ulteriore controllo ogni 8 ore e l'eventuale intervento del medico avviene dietro specifica richiesta (al bisogno), con buona saturazione parziale



SCALA di Barthel |
(Valutazione grado di autonomia)

Attività	Ingresso		
	A	B	C
Alimentarsi	0	5	10
Fare il bagno	0	0	5
Igiene Personale	0	0	5
Vestirsi	0	5	10
Controllo della defecazione	0	5	10
Controllo della minzione	0	5	10
Trasferimenti in bagno	0	10	15
Trasferimenti sedia/letto	0	10	15
Deambulazione	0	5	10
Salire le scale	0	5	10
Score	0		
Data di rivalutazione	10/01/2020		
Sigla del rilevatore	francesca.bruni		



SCALA ReTos (Rischio Cadute)

? Domande da rivolgere al paziente (D)		Ingresso
1.* È caduto o ha rischiato di cadere nel corso degli ultimi sei mesi ?		2 ✓
2.*Ha manifestato episodi di vertigini o capogiri nel corso degli ultimi sei mesi ?		1 ✓
3.* La vista le crea problemi nelle attività di vita quotidiana ?		2
4.*Ha problemi di udito ?		2
5.* Ha difficoltà nel compiere le sue attività quotidiane (spogliarsi,vestirsi,igiene personale) ?		3 ✓
😊 Osservazioni sulle condizioni di salute del paziente (O)		
6.*Si osserva nel paziente la mancanza di senso di pericolo		2 ✓
7.*Si osserva che il paziente è agitato		2 ✓
8.*Si osserva nel paziente un'andatura compromessa (marcia instabile, passo strisciante, scarso equilibrio, cammina con gambe larghe)		3
9.*Si osserva che il paziente si muove in almeno una delle seguenti condizioni : - utilizzando stampelle, bastone, deambulatore, sedia a rotelle; - senza uso di ausili aggrappandosi agli arredi; - con asta per flebo sacchetto urine,dragaggio e pertanto necessita di una persona che lo aiuti negli spostamenti;		1
📝 Rilevazioni sulla documentazione clinica (R)		
10.*Si rileva che il paziente è affetto e neurologiche da almeno una delle seguenti patologie: cerebrovascolari, cardiache, neurologiche e psichiatriche		2 ✓
11.*Si rileva che il paziente assume almeno uno o due farmaci per uso sistemico appartenente alle seguenti patologie: - vasodilatatori - antipertensivi - diuretici - antistaminici - antidolorifici - psicotropi		1 ✓

 **Nutrizione**

Nutrizione	
Alimentazione	<input type="radio"/> Via Naturale - n pasti/die <input type="radio"/> Via Artificiale (specificare) sng
Dieta speciale/supplementi	<input checked="" type="radio"/> No <input type="radio"/> Sì (specificare)
Difficoltà alla deglutizione	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> Solidi <input type="radio"/> Liquidi
Protesi Dentaria	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> Parziale <input type="radio"/> Completa <input type="radio"/> Superiore <input type="radio"/> Inferiore
- Consegnato contenitore	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sì
- Istruito pz e famiglia	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sì
Sonde	<input type="radio"/> SNG tipo : <input type="text"/> CH : <input type="text"/> Inserito il : <input type="text"/> <input type="radio"/> PEG tipo : <input type="text"/> CH : <input type="text"/> Inserito il : <input type="text"/> <input type="radio"/> Altro (specificare tipo) : <input type="text"/>

 **SCALA di Braden (Rischio di Lesioni da pressione)**

Variabili	4	3	2	1
Percezione sensoriale	Non limitata	Leggermente limitata	Molto limitata	Completamente limitata
Umidità	Raramente bagnato	Occasionalmente bagnato	Spesso bagnato	Completamente bagnato
Attività	Cammina frequentemente	Cammina occasionalmente	In poltrona	Allettato
Mobilità	Limitazioni assenti	Parzialmente limitata	Molto limitata	Completamente limitata
Nutrizione	Eccellente	Adeguate	Probabilmente inadeguata	Molto povera
Frizionamento e scivolamento		Senza problemi apparenti	Problema potenziale	Problema

FIGURE 1.2A/C – Esempio di cartella infermieristica.

di ossigeno, leggero aumento della frequenza respiratoria, assenza di *distress* respiratorio, assenza di febbre e perdite ematiche, normale frequenza cardiaca con aumento dei valori della pressione arteriosa. Infine, la parte della cartella clinica dedicata alla terapia: la **Figura 3** ne riporta un esempio. In questo caso la cartella prevede il giorno, l'ora e la via di somministrazione del farmaco, se per via orale oppure per via intramuscolare o per infusione venosa, la dose somministrata. Nell'esempio riportato, si può osservare

la somministrazione di un farmaco inibitore di pompa, di un antibiotico, di un antimicotico, con le relative posologie. Molto importante, anche per le implicazioni medico legali che comporta, è il meccanismo di validazione: sia il medico che prescrive la terapia, sia l'infermiere che somministra il farmaco devono validare la procedura con un apposito meccanismo digitale che assume a tutti gli effetti un valore medico-legale.

Questa tipologia di cartella clinica assume quindi le caratteristiche di cartella clinica integrata

che si pone appunto come strumento unico, interprofessionale e interdisciplinare in grado di raccogliere tutte le informazioni legate al percorso di cura e di assistenza del paziente.

Il criterio guida alla base della realizzazione di questo formato di cartella clinica è l'integrazione professionale, quindi l'integrazione tra professionisti sanitari di discipline diverse. Si articola, come abbiamo visto, in un'area anamnestico-descrittiva, che comprende l'esame obiettivo del paziente; un'area di accertamento, con scale di valutazione e schede di pianificazione infermieristica, fisioterapica e area tecnico-diagnostica; un'area di ricognizione farmacologica, con grafica multiparimetrica; un'area di consenso e terapia trasfusionale; infine, un'area dedicata alla relazione integrata di dimissione/trasferimento.

La cartella clinica, cartacea oppure elettronica, può per altro specificatamente caratterizzarsi a seconda che venga utilizzata in ambito medico oppure chirurgico, ed ancora in determinate specialità mediche (gastroenterologia, reumatologia etc.) oppure chirurgiche (urologia, ostetricia e ginecologia, otorinolaringoiatria etc.). Esiste anche la cartella clinica orientata per problemi nella quale la raccolta delle informazioni è utilizzata come database per creare un

Eliminazione			
Abitudini Intestinali	N° di evacuazioni giornaliere riferite 1		Qualità delle feci riferite
Abitudini Urinarie	Frequenza delle minzioni giornaliere 5		Caratteristiche delle urine
Incontinenza	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> Urinaria <input type="radio"/> Fecale
Auxili per l'eliminazione	<input type="radio"/> Pannolone <input type="radio"/> Urocontrol <input type="radio"/> Altro (specificare)		
Catetere Vescicale	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sì - CH : 1/1/20	Tipo : <input type="text"/> Inserito il : <input type="text"/>
Stomia	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> Autogestita <input type="radio"/> Gestita
- fecale	Tipo : <input type="text"/>	<input type="radio"/> Sinistra <input type="radio"/> Destra	<input type="radio"/> Trasversa
- urinaria	Tipo : <input type="text"/>	<input type="radio"/> Sinistra	<input type="radio"/> Destra

Cognitivo / Percettivo			
Dolore (solo per Aree Critiche che non utilizzano la MEWS) ore : <input type="text"/> ore : <input type="text"/> ore : <input type="text"/> ore : <input type="text"/>			
VAS (o altro) <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/>			
Stato di coscienza	<input type="radio"/> Vigile	<input type="radio"/> Confuso	<input type="radio"/> Soporoso <input type="radio"/> Coma <input type="radio"/> Sedato
	<input type="radio"/> Orientato	<input type="radio"/> Disorientato (specificare) <input type="text"/>	
Come controllare abitualmente il dolore: <input type="text"/>			
Memoria Integra	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sì	<input type="radio"/> Altro <input type="text"/>
Udito	<input type="radio"/> Normale	<input type="radio"/> Alterazione	<input type="radio"/> Destra <input type="radio"/> Sinistra
- auxilii (specificare)	<input type="text"/>		
Linguaggio	<input type="radio"/> Normale	<input type="radio"/> Alterazione	(specificare) <input type="text"/>
Vista	<input type="radio"/> Normale	<input type="radio"/> Alterazione	(specificare) <input type="text"/>

FIGURE 1.2D/E – Esempio di cartella infermieristica.

DATA ora:			
ONDIZIONI GENERALI PAZIENTE:	STABILE	STABILE	STABILE
Direttive:	Paziente STABILE Rileva il MEWS ogni 8h. Medico al bisogno (paziente chirurgico, piano di monitoraggio specifico).		
MEWS () :	1	1	1
Operatore:	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Coscienza () :	Confuso, disorientato	Confuso, disorientato	Confuso, disorientato
Freq. Respiratoria (apm) :	18	16	18
O ₂ SPO ₂ (saturazione parziale ossigeno) (%) :	96	95	96
O ₂ Saturazione Aria Ambiente:	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No	<input type="radio"/> Sì <input type="radio"/> No
FI _{O₂} (%) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
altre maschere ossigeno (l/m) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
O ₂ Distress Respiratorio:	Assente	Assente	Assente
Freq. Cardiaca (bpm) :	83	77	90
Pressione Arteriosa (mmHg) :	160/90	158/89	150/80
Temperatura corporea (°C) :	36	36	36
Perdite Ematiche (ml/h) :	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

FIGURE 1.2F – Esempio di cartella infermieristica.

elenco dei problemi: ciò stimola la ricerca di correlazioni tra patologie diverse, sviluppa una visione unitaria del malato e permette l'impostazione di una condotta diagnostica e terapeutica successiva.

Dati anagrafici

Sesso ed età

Il sesso e l'età del paziente possono fornire indicazioni utili alla diagnosi perché alcune malattie colpiscono preferibilmente (o esclusivamente) i maschi oppure le femmine, altre hanno una prevalenza statistica per determinate età.

Come vedremo in seguito le malattie ereditarie legate al cromosoma X si manifestano solo nei maschi come ad esempio la distrofia muscolare di Duchenne, l'emofilia e il favismo, o tutt'al più nelle femmine omozigoti.

Tuttavia la prevalenza statistica legata al sesso interessa un notevole numero di malattie delle quali qui ricordiamo le principali:

- il cancro del polmone, dello stomaco, del pancreas, il plasmocitoma, il morbo di Hodgkin interessano prevalentemente i maschi, come pure la gotta, la spondilite anchilosante, la cardiopatia ischemica e il morbo di Bürger;
- il cancro della mammella è appannaggio esclusivo del sesso femminile, così come l'artrite reumatoide, il lupus eritematoso disseminato, il morbo di Raynaud, l'acrocianosi, il morbo di Werlhof e la anemia ipocromica essenziale colpiscono in prevalenza le donne;
- il sesso femminile rappresenta un importante fattore di rischio per l'insorgenza della demenza di Alzheimer;
- la leucemia linfoblastica acuta è il più frequente tumore pediatrico, mentre la leucosi acuta mieloide si osserva prevalentemente negli adulti di oltre 60 anni; la glomerulonefrite acuta preferisce i giovani maschi, mentre la corea minor di Sydenham colpisce più di sovente le giovani donne;
- le fratture da fragilità a carico del femore coinvolgono in larga maggioranza soggetti anziani sia di sesso maschile che femminile, mentre

FARMACI	31 gen.											
	ore 00	ore 06	ore 07	ore 08	ore 11	ore 12	ore 16	ore 18	ore 19	ore 20	ore 22	ore 23
Validazione >	SG	SG	SG	FT	SG							
PANTOPRAZOLO Dose: mg 40 Diluito in ml 100 di soluzione fisiologica [inizio:11/01/2020]												
PIPERACILLINA+TAZOACTAM Dose: g 4.5 Diluito in ml 100 di soluzione fisiologica [inizio:11/01/2020]												
fluconazolo Dose: mg 200 Diluito in ml 100 di soluzione fisiologica 0,9% [inizio:15/01/2020]												

FIGURE 1.3. – Esempio di cartella clinica dedicata alla terapia.

le fratture spontanee vertebrali sono prevalentemente appannaggio di donne nel periodo post-menopausale.

Luogo di nascita

Il luogo di nascita è importante per identificare la possibile appartenenza a particolari etnie. Alcune malattie presentano una maggior incidenza in certe popolazioni piuttosto che in altre: ad esempio nell'Italia continentale l'incidenza media della carenza di G6PD che predispone al favismo è dello 0,4%, in Sicilia è dell'1%, mentre in Sardegna raggiunge il valore medio di 14,3%.

Alcune popolazioni rivierasche del mar Mediterraneo sono portatrici del gene della beta-talassemia, altre nel Sud-Est asiatico di quello della alfa-talassemia. Ancora, l'osteodistrofia di Paget è più frequente in Europa (in particolare in Inghilterra), Nord America, Australia e Nuova Zelanda dove interessa prevalentemente i discendenti dei colonizzatori; rara in Africa (in particolare nella fascia del Sahara) in Asia e nei paesi Scandinavi, assente in Giappone.

Studi sulla popolazione italiana hanno dimostrato un'incidenza variabile tra 0,5% e 1,5%, con elevata presenza nelle zone rurali della Toscana e soprattutto della Campania.

Luogo di residenza

Il luogo di residenza abituale deve essere sempre precisato al fine di identificare eventuali condizioni morbose che incidono esclusivamente o preferenzialmente in certe regioni del globo; ba-

sterà pensare alle malattie tropicali e sub-tropicali, soprattutto a quelle infettive e parassitarie trasmesse da vettori animali che richiedono un certo *habitat*. In un periodo come quello attuale di diffusa globalizzazione anche grazie alla rapidità delle comunicazioni, è sempre più frequente che una infezione malarica possa essere acquisita nel corso di un breve soggiorno in zone malariche, oppure che una infezione virale a carico delle vie respiratorie come la SARS (*Severe Acute Respiratory Syndrome*) sostenuta da agenti infettivi come i *Coronavirus* acquisita in determinate aree endemiche si manifestino successivamente dopo il ritorno in patria; o anche che un contatto con acque contaminate nel nord Africa possa condizionare una bilharziosi vescicale della quale il paziente si accorgerà solo alcune settimane più tardi.

Questo particolare problema è oggi di grande attualità e il medico deve essere preparato a

riconoscere anche nei climi temperati le più importanti infezioni e infestazioni tropicali e nel corso dell'anamnesi bisognerà sempre insistere sulla cronologia e sulle sedi di eventuali recenti viaggi e soggiorni del paziente.

Stato civile

È importante conoscere lo stato civile del o della paziente, a prescindere dal fatto che sia in essere un vincolo religioso, in quanto può essere utile per individuare l'eventuale presenza di una malattia sessualmente trasmissibile, dalla sifilide alla gonorrea all'infezione da HIV; per comprendere l'origine di particolari condizioni di stress emotivo, depressione oppure malattie di origine psicosomatica legate a determinate condizioni ambientali domestiche.

