



Professione e responsabilità

La documentazione sanitaria

Articolo pubblicato su "Giornale Italiano di Scienze Infermieristiche" n. 5/2007

A cura di Dott.ssa Barbara Mangiacavaliti

Scheda infermieristica? Cartella infermieristica? Cartella clinica integrata? Documentazione infermieristica? Documentazione assistenziale? Quale di questi termini oggi rappresenta la forma e la sostanza della cartella clinica?

Se mutuiamo, come definizione, quella contenuta nel "Manuale della cartella clinica" della Regione Lombardia (2000),

molti aspetti si chiariscono: "è la raccolta organica e funzionale dei dati attinenti ai singoli casi di ricovero, quali ad esempio:

- identificazione della struttura di ricovero;
- generalità della persona assistita;
- caratteristiche del ricovero;
- anamnesi;
- esame obiettivo;
- referti di trattamenti diagnostici o terapeutici;
- diagnosi e terapia;
- verbale operatorio;
- diario della degenza;
- lettera di dimissione e scheda di dimissione ospedaliera;
- documentazione dei professionisti sanitari non medici".

La funzione fondamentale della cartella clinica, infatti, è quella di raccogliere le informazioni relative alle singole persone ricoverate al fine di assumere decisioni per la soluzione dei relativi problemi di salute.

Trattandosi di atto pubblico di fede privilegiata, permette l'esercizio di diritti nonché la tutela di legittimi interessi della persona assistita, dell'azienda che eroga l'assistenza, degli operatori che agiscono in suo nome.

Il problema della documentazione assistenziale è sempre stato, per gli infermieri italiani, croce e

delizia che ha accompagnato gli ultimi decenni di storia professionale: per molto tempo, infatti, la documentazione assistenziale (scheda, consegna, cartella, protocolli) è rimasta qualcosa a latere della cartella clinica intesa come cartella medica. Il passaggio a professione sanitaria (legge 42/99) ha gradualmente legittimato una posizione più coerente con la norma, che è quella di considerare la cartella clinica come una raccolta organica dei dati e delle informazioni che riguardano l'assistito.

Ripercorrendo la storia e l'evoluzione della documentazione infermieristica è possibile cogliere come a volte l'evoluzione normativa anticipi l'evoluzione professionale del nostro gruppo:

1. Dpr 225/74: "... registrazione su apposito diario delle prescrizioni mediche, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio ..." (art. 1, punto b); "... tenuta e compilazione dei registri e dei moduli di uso corrente ..." (art. 1, punto e);
2. Dpr 384/90: "... deve attuarsi un modello di assistenza infermieristica che ... consenta ... anche attraverso l'adozione di una cartella di assistenza infermieristica, un progressivo miglioramento dell'assistenza al cittadino ..." (art. 57, lett. d);
3. nomenclatore tariffario minimo nazionale: voce 003T "... elaborazione e gestione del dossier di assistenza";
4. Dm 739/94: "... l'infermiere: a) partecipa alla identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività, b) identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; d) garantisce la corretta appli-



cazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche ...”;

5. Dpr 37/97: "... devono essere predisposte con gli operatori delle linee guida che indichino il processo assistenziale con il quale devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità ...”;
6. standard della JCAHO riferiti alla documentazione infermieristica: "NC1: i clienti ricevono un'assistenza infermieristica basata su una valutazione scritta dei propri bisogni"; "NC5: il caposala e gli altri dirigenti infermieristici partecipano ai processi decisionali insieme agli altri dirigenti dell'ospedale";
7. Dm 24/7/1996: Tabella b, Standard formativo pratico e di tirocinio: "... lo studente, alla fine del terzo anno di corso deve: ... essere in grado di ... pianificare, fornire, valutare l'assistenza infermieristica rivolta a persone sane e malate, sia in ospedale che nella comunità ... ; ... analizzare i risultati di ricerche svolte individuandone le possibilità applicabile; ricercare e sistematizzare dati nelle realtà operative ...”;
8. codice deontologico 1999: "... 4.7. l'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi”;
9. legge 42/99: "2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con Dpr 14 marzo 1974, n. 225 ... Il campo proprio di attività e responsabilità delle professioni sanitarie ... è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi profili professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post base, nonché degli specifici Codici deontologici ... "(art. 1, comma 2).

L'excursus normativo illustrato ci fa cogliere non solo l'evoluzione normativa, ma anche lo sviluppo professionale: siamo cresciuti con la "consegna", un registro dove venivano annotati parametri rilevati ed esecuzione di atti infermieristici. Negli anni Ottanta dalla consegna siamo passati alla scheda infermieristica, che conteneva l'insieme delle azioni infermieristiche praticate su un determinato paziente. La cartella clinica, intesa come cartella medica, è sempre stato un documento ad esclusivo

appannaggio del medico. Le motivazioni sono da ascrivere alla nostra storia professionale. La cartella clinica, come già accennato, è considerata a tutti gli effetti "atto pubblico". La nozione di atto pubblico è descritta nell'articolo 2699 del Codice civile (l'atto pubblico è il documento redatto, con le richieste formalità, da notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto è formato). La giurisprudenza poi, sostiene Benci, identifica due tipologie di atto pubblico: atto pubblico in senso stretto o di fede privilegiata, regolato dal Codice civile; atto pubblico in senso lato redatto dall'incaricato di pubblico servizio.

Diventa utile a questo punto, esplicitare la terminologia utilizzata.

Poiché l'articolo 358 del Codice penale definisce che "Agli effetti della legge penale sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio" e che "per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di quest'ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale", gli infermieri dipendenti, pubblici o privati, sono sempre stati considerati incaricati di pubblico servizio.

Il pubblico ufficiale, invece, rubricato all'art. 357 del Codice penale, ed integrato dalla sentenza n. 8987 del 23.8.88, V sez. Cassazione, è colui che "... permanentemente o temporaneamente, gratuitamente o con retribuzione, volontariamente o non, esercita una pubblica funzione, intesa questa in senso oggettivo o funzionale e non soggettivo. Ne consegue che tale deve considerarsi il sanitario che presta la sua opera professionale in favore di coloro che possono fruire dell'assistenza pubblica, in quanto svolge un'attività che oltre ad essere connotata intrinsecamente da un evidente interesse pubblico, qual è quello della tutela alla salute, è a lui attribuita, dall'ordinamento dello Stato con la conseguente efficacia di impegnare, attraverso le sue indicazioni, l'ente mutualistico all'erogazione di determinate prestazioni ...".

È evidente, a questo punto, che la dizione di pubblico ufficiale, prevedendo un potere certificativo o autoritativo, è sempre stata riservata ai medici mentre gli infermieri, professione sanitaria ausilia-



ria, rivestivano la qualifica di incaricato di pubblico servizio. Ciò portava ad alcune conseguenze relative al valore attribuito alla documentazione nel processo civile: la documentazione infermieristica assumeva valore legale in funzione della qualifica di incaricato di pubblico servizio rivestita dal personale infermieristico ed era considerata dalla dottrina giuridica come atto pubblico in senso lato, e pertanto elemento facoltativo per la ricostruzione dei fatti; la documentazione medica assumeva invece valore di atto pubblico di fede privilegiata, elemento indispensabile per la ricostruzione dei fatti.

Oggi il pieno riconoscimento della professione infermieristica come professione sanitaria (art. 1 della legge 42/99) richiama implicitamente ad un'attività infermieristica che può assumere, rispetto a certe procedure o prestazioni, la caratteristica di attività esercitata da un pubblico ufficiale. Ed inoltre, una moderna lettura degli artt. 357 e 358 lascia intendere come tutti i professionisti sanitari sono sia pubblici ufficiali, sia incaricati di pubblico servizio: ciò che connota l'una o l'altra funzione è la specifica attività realizzata in un dato momento e contesto (il medico di guardia è un incaricato di pubblico servizio, quando compila un certificato esercita una funzione di pubblico ufficiale; l'infermiere in servizio è un incaricato di pubblico servizio, quando compila una scheda di triage riveste la qualifica di pubblico ufficiale). È allora plausibile affermare che la documentazione medica come atto pubblico (cartella medica) e la documentazione infermieristica come atto pubblico (cartella infermieristica) integrano quel documento definito come cartella clinica che, come tale, non identifica solo la documentazione medica, ma è il documento di valore legale che contiene tutta l'evoluzione della situazione clinica di una persona, dal ricovero alla dimissione.

A suffragio di quanto appena sostenuto, è opportuno sottolineare che i reati in cui si incorre nella compilazione sono identici per i due documenti (medici e infermieristici) e, ancora, che nel processo penale tutta la documentazione sanitaria e clinica che riguarda la persona viene sequestrata, riconoscendole implicitamente lo stesso valore.

Sottolineare il focus della natura documentale dell'atto significa porre l'accento tra "l'annotato" in cartella e "l'eseguito" dal sanitario: si può quindi

sostenere che un alto contenuto nell'attività descrittiva della cartella clinica configuri un altrettanto alto livello di assistenza e la prestazione di un buon prodotto sanitario, mentre, viceversa, una compilazione di basso profilo sia la spia di un'assistenza scadente.

Certificare le prestazioni effettuate e la cronaca dell'assistenza fornita al paziente significa esercitare una funzione notarile che attesta quanto svolto nell'esercizio dell'attività sanitaria con una valenza probatoria privilegiata rispetto ad altri mezzi di accertamento della verità. La Corte di Cassazione, infatti, con sentenza n. 10695 del 27 settembre 1999, riconfermata con sentenza n. 7201 del 12 maggio 2003, ha evidenziato il principio che "... le attestazioni contenute in una cartella clinica sono riferibili ad una certificazione amministrativa per quanto attiene alle attività espletate nel corso di una terapia o di un intervento, mentre le valutazioni, le diagnosi o comunque le manifestazioni di scienza o di opinione in essa contenute non hanno alcun valore probatorio privilegiato rispetto ad altri elementi di prova; in ogni caso, le attestazioni della cartella clinica ... non costituiscono prova piena a favore di chi le ha redatte ...". Nel nostro ordinamento, infatti, la prova della verità può essere solo processuale, nel senso che sarà vero solo ciò che si riesce a provare nell'ambito di un procedimento avanti l'autorità giudiziaria.

Richiamare la natura documentale dell'atto significa attestare qualcosa di avvenuto in modo tale che si possa in futuro rappresentarne i contenuti in vista di qualsivoglia effetto.

Dall'esame di quanto appena sostenuto appare chiaro come, da un lato, non si potrà mai affermare l'avvenuto compimento di un'attività materiale, ovvero il mancato compimento della medesima, in presenza di differente attestazione in cartella e, dall'altro, che va a detrimento del sanitario ciò che pur potendosi evincere dalla cartella non vi risulta perché non annotato: la garanzia del vero sino a querela di falso, spetta insomma a quelle attività che contengono l'esigenza di documentabilità in quanto altrimenti non sarà possibile effettuare una loro ricostruzione.

Un esempio delle logiche con cui si procede all'accertamento delle responsabilità può esserci fornita dal caso di richiesta di risarcimento danni



per il posizionamento di un catetere venoso periferico sull'arto superiore che ha determinato fuoriuscita di liquido e insorgenza di linfedema causativo di impotenza funzionale dello stesso. In giudizio verrà evidenziata la non attuazione delle norme di buona pratica infermieristica rispetto al posizionamento dei cateteri venosi. Un'ipotesi è quella che gli infermieri, sentiti verbalmente, dichiarino di aver applicato le prestazioni del caso (posizionamento in scarico dell'arto e applicazione di un trattamento topico), ma di non averlo riportato ritenendolo un intervento di routine, assolutamente scontato di fronte ad un'evenienza del genere, e quindi non meritevole di nota sulla documentazione assistenziale.

In sede di giudizio civile instaurato per ottenere il risarcimento dei danni causati, l'accertamento avrà per oggetto sia il carattere routinario, sia il carattere di media difficoltà dell'intervento. In base all'ultimo orientamento (Cassazione Civile, sez. 3, sentenza n. 11316 del 21 luglio 2003), compete infatti al sanitario provare, tutte le volte che il caso affidatogli non sia di particolare complessità, che l'insuccesso del suo intervento è stato incolpevole e non al paziente dimostrarne la colpa. Ma, se nel diario fossero stati annotati i vari passaggi dell'assistenza comprendenti le eventuali complicanze, la loro valenza probatoria sarebbe ben differente.

Chiarito che la documentazione infermieristica è un "di cui" della cartella clinica, al pari delle altre diverse documentazioni degli altri professionisti

sanitari, rimane da precisare il ruolo degli operatori di supporto.

Riprendendo l'ultimo comma dell'art. 358 del Codice penale, si evince come le arti ausiliarie delle professioni sanitarie, tra cui è plausibile collocare il personale di supporto, non rientrano nella disciplina giuridica degli incaricati di pubblico servizio: "... sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio. Per pubblico servizio deve intendersi un'attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ... con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale".

Quindi, se da un lato è sostenibile che gli operatori di supporto non sono incaricati di pubblico servizio e che, di conseguenza, quello che compiano non è un atto pubblico, dall'altro, in ragione del ruolo che ricoprono nelle strutture sanitarie e della normativa che definisce le responsabilità della professione infermieristica, si può desumere che alla prescrizione infermieristica di un intervento debba sempre seguire la registrazione dell'avvenuta esecuzione da parte dell'operatore. Tale registrazione può ragionevolmente essere prevista in apposite schede di lavoro predisposte dall'infermiere e inserite nella documentazione infermieristica, previo controllo e vidimazione dell'infermiere da intendersi come supervisione rispetto all'esecuzione e alla plausibilità dell'intervento, non certo a conferma della veridicità di quanto attestato.

**Dirigente SITRA - Policlinico S. Matteo Pavia - Segretaria Federazione Nazionale IPASVI*

BIBLIOGRAFIA

1. Casati M. La documentazione infermieristica, McGraw-Hill, Milano 2005.
2. Benci L. Manuale giuridico-professionale per l'esercizio del Nursing, McGraw-Hill, Milano 2000.
3. Rodriguez D., Aprile A., Medicina legale per infermieri, Carocci Faber, Roma 2004.
4. Lusignani M., Mangiacavalli B., Casati M., Infermieristica generale e organizzazione della professione, Masson, Milano 2003.
5. Riva A., Marena C., Vlacos D., Linee guida per la gestione della cartella clinica, Torchio de Ricci, Pavia 2000.
6. Raimondi S., Appunti del modulo "Organizzazione ed economia delle aziende sanitarie", Corso per direttori di struttura complessa di area ospedaliera, Scuola di direzione in Sanità e Università Bicocca, marzo 2006.
7. Regione Lombardia, Direzione generale Sanità, Manuale della cartella clinica, 2000.

