

*i*QUADERNI *de* L'INFERMIERE

la DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA: RIFLESSIONI OPERATIVE E GIURIDICHE

A CURA DI MONICA CASATI E DI RITA MARICCHIO

PREMESSA

di Annalisa Silvestro

Il tema della documentazione assistenziale è un nodo problematico che ha accompagnato gli ultimi decenni della nostra storia professionale: per molto tempo, infatti, la documentazione infermieristica (consegna, scheda, cartella...) è rimasta qualcosa *a latere* della cartella clinica intesa come cartella medica.

Il riconoscimento della professione infermieristica come "professione sanitaria" ha gradualmente legittimato l'idea, più coerente con le norme, di considerare la cartella clinica come una raccolta organica dei dati e delle informazioni che riguardano i rapporti esistenti fra l'assistito e i diversi sanitari che hanno assunto una posizione di garanzia nei suoi confronti. In questa logica è sufficiente ripercorrere la storia

 IPASVI

Insero staccabile
L'Infermiere 1/09

e l'evoluzione della documentazione infermieristica per rilevare come, a volte, l'evoluzione normativa abbia anticipato l'evoluzione dello status giuridico del nostro gruppo professionale.

L'analisi dell'*excursus* normativo evidenzia l'evoluzione professionale degli infermieri e dell'infermieristica: siamo infatti passati dal "quaderno delle consegne" alla cartella infermieristica integrata con quella medica, esplicitando così - ed in parallelo - l'evoluzione del nostro profilo giuridico e del "valore" della nostra documentazione.

Prima della "rivoluzione" attuata dalla legge 42/99 gli infermieri esercitavano una "professione sanitaria ausiliaria"; erano incaricati di pubblico servizio e strutturavano una documentazione considerata come "atto pubblico in senso lato" e quindi utilizzabile come mero elemento facoltativo per la ricostruzione dei fatti in un processo civile.

Oggi molto è cambiato: il pieno riconoscimento della professione infermieristica come professione sanitaria richiama implicitamente al riconoscere che le azioni infermieristiche possono assumere, rispetto a certe procedure o prestazioni, le caratteristiche di attività esercitata da un pubblico ufficiale.

Una moderna lettura degli artt. 357 e 358 del codice penale lascia intendere che tutti i professionisti sanitari sono considerabili sia pubblici ufficiali, sia incaricati di pubblico servizio; quello 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 e pertanto, quando compila un certificato, esercita una funzione di pubblico ufficiale. L'infermiere che svolge l'assistenza in una struttura è un incaricato di pubblico servizio; quando compila, ad esempio, una scheda di *triage* riveste la qualifica di pubblico ufficiale.

Con queste premesse è plausibile affermare che sia la documentazione medica (cartella medica), sia la documentazione infermieristica (cartella infermieristica) – entrambe intese come atto pubblico – integrano il documento definito "cartella clinica". La cartella clinica dunque, come tale, non identifica solo la documentazione medica, ma diviene un documento di valore legale che contiene tutta l'evoluzione della situazione clinico-assistenziale di una persona, dal ricovero alla dimissione.

Con questo *Quaderno* si vuole fornire un approccio diverso al problema della cartella infermieristica, pur nella consapevolezza della non completezza giuridica e della non esauriente analisi giuridica di ogni aspetto del problema.

Ma con questo *Quaderno* si vuole soprattutto dare riscontro alle domande più frequenti di tanti colleghi sul tema "cartella infermieristica" per cercare di fornire alcune risposte in materia di documentazione infermieristica e di sensibilizzarli ulteriormente su un tema professionale così rilevante

INDICE

III La documentazione infermieristica	XIV La documentazione infermieristica come atto pubblico: conseguenze giuridiche nell'esercizio professionale	XVI Documentazione sanitaria e libera professione
XI La documentazione infermieristica e il rapporto con gli altri operatori		XVI Bibliografia

AUTORI

Antonella Arreni,
Presidente del Collegio Ipasvi di Novara
Patrizia Di Giacomo,
Presidente del Collegio Ipasvi di Rimini

Michele Fortuna
Presidente del Collegio Ipasvi di Lecce
Francesco La Vecchia
Presidente del Collegio Ipasvi di Trapani

Barbara Mangiacavalli
Segretaria della Federazione nazionale Collegi Ipasvi
Giovanni Valerio,
Consulente della Federazione nazionale Collegi Ipasvi
Annamaria Vita
Presidente del Collegio Ipasvi di Brindisi

la DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

DEFINIZIONE DI DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

> La cartella clinica viene definita come un insieme di documenti nei quali è registrato un complesso di informazioni – anagrafiche, sanitarie, sociali, ambientali – concernenti un determinato paziente. La cartella clinica è redatta allo scopo di rilevare ciò che riguarda il paziente in senso diagnostico-terapeutico, durante l'intero percorso curativo, al fine di predisporre gli opportuni interventi medici e poterne usufruire.

Da sempre la cartella clinica è stata considerata di pertinenza medica, in quanto conteneva prevalentemente la registrazione degli interventi di quel professionista. Oggi la partecipazione attiva e autonoma di altri professionisti sanitari alle cure complessive della persona fa sì che essa debba essere considerata di utilizzo multiprofessionale, prevedendo documentazione delle attività di ciascuna professione all'interno del fascicolo sviluppatosi nella presa in carico; è pertanto opportuno parlare anche di documentazione infermieristica.

In questa logica è inoltre auspicabile che tutta la documentazione sanitaria (ivi compresa quella infermieristica) venga condivisa non solo fra le diverse professionalità presenti nella struttura, ma anche con chi all'interno di essa si occupa di amministrazione e di gestione del rischio clinico.

BOX 1

QUALIFICAZIONE GIURIDICA DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

La cartella clinica è considerata a tutti gli effetti "atto pubblico" ex art. 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"*.

Famosi giuristi identificano due tipologie di atto pubblico:

- atto pubblico in senso lato, ovvero documenti compilati dai Pubblici Ufficiali o dai Pubblici Impiegati incaricati di un Pubblico Servizio nell'esercizio delle loro funzioni o attribuzioni;
- atto pubblico in senso stretto, ossia documento ex art. 2699 del Codice Civile redatto, con le formalità prescritte, dai Pubblici Ufficiali (es. notaio), i quali gli attribuiscono *pubblica fede* (nel senso che nessuno può metterne in discussione il contenuto).

QUALIFICAZIONE GIURIDICA DELL'INFERMIERE

Anni addietro l'infermiere era qualificato come mero Incaricato di Pubblico Servizio ex art.358 del Codice Penale e la documentazione infermieristica, oltre ad assumere un limitato valore legale, era considerata dalla dottrina giuridica come *atto pubblico in senso lato* e, pertanto, come elemento facoltativo per la ricostruzione dei fatti.

Con il pieno riconoscimento della professione infermieristica come *professione sanitaria*, 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. Secondo quanto disposto dal Codice Penale (art. 358 c.p.) si definiscono Incaricati di Pubblico Servizio *"coloro i quali, a qualunque titolo,*

segue

prestano un Pubblico Servizio”, il quale “*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*”.

Il Pubblico Ufficiale (art. 357 CP, integrato da Cass. 8987/88) 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 pubbli-*

ca, 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”.

Ne consegue che medici e infermieri sono anche Pubblici Ufficiali e la loro documentazione è qualificabile come Atto Pubblico.

Compilare la cartella infermieristica 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.

Il riconoscimento della professione infermieristica come professione sanitaria, introdotto dalla legge 42/99, ha completamente modificato la qualificazione giuridica della documentazione infermieristica, conferendole pari dignità rispetto a quella medica; insieme a quest’ultima costituisce oggi la raccolta organica di tutti i dati e le informazioni riguardanti l’assistito. Il punto nodale si focalizza non tanto sulla categoria professionale che effettua la rilevazione, ma sul contenuto della stessa e sul valore giuridico probatorio ad essa riconosciuto; pertanto si deve parlare di documentazione sanitaria di cui fa parte a pieno titolo anche la documentazione o la cartella infermieristica.

La documentazione può includere registrazioni cartacee o computerizzate, può essere standardizzata, composta da fogli singoli di registrazione o da schede con un’enorme variabilità degli strumenti utilizzati.

BOX 2

CARTELLA INFERMIERISTICA: EVOLUZIONE LEGISLATIVA

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)

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)

Nomenclatore tariffario minimo nazionale:

voce 003T “...elaborazione e gestione del dossier di assistenza”

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 applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche”

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”

DM 24/07/1996

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; (...) ana-

lizzare i risultati di ricerche svolte individuandone le possibilità applicabili; ricercare e sistematizzare dati nelle realtà operative”

Codice deontologico 1999

“L’infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l’efficace gestione degli strumenti informativi” (art. 4.7)

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 dei contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi ordini 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)

Legge 251/2000

“Gli operatori delle professioni sanitarie dell’area delle scienze infermieristiche (...) svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, (...) utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell’assistenza” (art.1)

Codice deontologico 2009

“L’infermiere riconosce il valore dell’informazione integrata multi-professionale e si adopera affinché l’assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita” (art 23, capo IV)

“L’infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi all’assistito. Nella raccolta, la gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è attinente all’assistenza” (art. 26, capo IV)

“L’infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di un’efficace gestione degli strumenti informativi” (art. 27, capo IV)

**PERCHÉ
DOCUMENTARE**

Documentare significa porre le basi per comprendere al meglio i bisogni assistenziali della persona, anche e soprattutto per consentire a tutti gli operatori di realizzare in modo completo le attività di competenza, assumendo le decisioni più opportune per l'assistito: in tal modo si realizza una concreta attuazione del suo diritto a ricevere cure pertinenti e appropriate.

Allo stesso tempo, documentare significa raccogliere una serie di informazioni che ai vari livelli di responsabilità sono indispensabili per attuare una corretta gestione e organizzazione dell'assistenza (infermiere, infermiere coordinatore, infermiere dirigente).

Registrare significa certificare quanto fatto, consentire la valutazione dell'operato, sia ai fini dell'organizzazione interna, sia ai fini del miglioramento della qualità dell'assistenza. Il registrare permette anche di assicurare il mantenimento dello standard assistenziale nell'avvicinarsi degli operatori e nei momenti di dimissione/trasferimento della persona assistita, oltre a garantire la trasmissione e lo sviluppo delle conoscenze.

La documentazione serve all'infermiere per *“documentare fatti inerenti all'attività da lui svolta e alla regolarità delle operazioni amministrative alle quali egli è addetto”* (Cassazione, V Sez., 25 settembre 1980); il fatto viene ricostruito *“dalla cartella clinica, sebbene gravemente lacunosa, dal libro delle consegne del personale (infermieristico), più puntuale e ampiamente attendibile secondo il parere dello stesso consulente tecnico”* (Pretura di Firenze, sentenza 893/1994).

**LE INFORMAZIONI
DA RILEVARE E
INDICARE NELLA
DOCUMENTAZIONE**

Non tutte le informazioni sono soggette a registrazione; sono le finalità istituzionali e professionali a determinare quali informazioni documentare e come documentarle (Casati M, 2005).

Pur essendo il contenuto della documentazione infermieristica espressione delle funzioni indicate nel profilo professionale (Dm 739/94), la relativa documentazione varierà in funzione dei contesti in cui l'attività infermieristica andrà ad esprimersi ed a concretizzarsi (in regime di degenza ospedaliera, libero professionale, domiciliare, day hospital ecc.).

La documentazione infermieristica diviene così da semplice archivio di informazioni consegnato alle decisioni di altre professioni a strumento del *problem solving* scientifico applicato all'assistenza infermieristica. Può identificarsi con la registrazione del processo diagnostico dell'infermiere, in quanto corretta e completa identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica da soddisfare e della correlata pianificazione e valutazione degli interventi (Motta P, 1998).

Ma diviene anche la rappresentazione in forma scritta degli atti compiuti dagli infermieri in relazione a una determinata persona, dei rilievi effettuati sulla medesima, delle informazioni raccolte, nonché dei dati di carattere progettuale inerenti la pianificazione dell'intervento assistenziale di competenza infermieristica e della connesse valutazioni (Rodriguez D, Aprile A, 2004), attività implicita nell'erogazione dell'assistenza infermieristica.

La documentazione sanitaria, affinché possa ritenersi completa, dovrà necessariamente contenere, oltre alla documentazione medica, anche la documentazione infermieristica, con l'integrazione, ove il caso, di quelle degli altri professionisti, soggiacendo automaticamente a tutte le indicazioni giurisprudenziali fino ad ora richieste per la cartella clinica in generale.

**LE NORME CHE
DISCIPLINANO LA
MATERIA**

Nelle norme non sono presenti prescrizioni di struttura specifiche. La giurisprudenza amministrativa al riguardo ha precisato che *“in mancanza di una puntuale determinazione normativa inerente i dati assistenziali e sanitari da riportarsi nella predetta, il contenuto della cartella deve ricavarsi dall'attività infermieristica, così come oggi la intende il quadro normativo dopo le innovazioni apportate con le riforme all'esercizio professionale operate dalle leggi 42/1999 e 251/2000”*.

“Al riguardo dalla suddetta normativa e dallo stesso Dm 739/94 possono evincersi gli elementi costitutivi della cartella infermieristica, anche quale documentazione, ai fini giuridici, degli atti assistenziali, identificabili nelle sottoelencate parti: la raccolta di dati anamnestici; la pianificazione degli interventi; il diario infermieristico; le schede della terapia, dei parametri vitali e degli esami diagnostici; la valutazione dell'assistenza prestata all'utente (...)” (Tar del Trentino-Alto Adige, sentenza 75 del 14 marzo 2005).

**GLI ELEMENTI
FONDAMENTALI DA
DOCUMENTARE**

Fondamentali da documentare in cartella sono la descrizione della presa in carico, dall'inizio alla sua conclusione; l'attuazione del processo di assistenza (Tabella 1), che comprende, tra l'altro, le reazioni della persona assistita e delle persone per lei significative; la rilevazione dei rischi e degli eventi indesiderati; la descrizione della situazione al termine della presa in carico (Casati M, 2005).

Tabella 1

DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA - PROCESSO DI ASSISTENZA E STRUMENTI

Fasi del processo di assistenza	Principali strumenti e attività	Elementi /contenuto (da registrare)
Raccolta dati	<ul style="list-style-type: none"> • Scheda di accertamento • Scale di valutazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Di natura disciplinare • Modello concettuale di riferimento Dati generali relativi all'identificazione della persona, alla modalità di presa in carico e alla patologia
Identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica	<ul style="list-style-type: none"> • Schede piano standard • Piano individualizzato • Schede per problemi 	Bisogni di assistenza infermieristica, diagnosi infermieristica/problemi collaborativi
Definizione degli obiettivi e pianificazione		<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivo (soggetto, azione, condizione, tempo) • Prescrizione infermieristica (verbo, azione, frequenza)
Attuazione/registrazione	<ul style="list-style-type: none"> • Diario infermieristico (in forma libera /strutturata) • Schede tecniche/accessorie per gestire in modo uniforme una stessa tipologia di interventi od osservazioni • Schede per le procedure terapeutiche e diagnostiche • Protocolli e procedure 	<ul style="list-style-type: none"> • Effettiva realizzazione degli interventi assistenziali, valutazione in progress dei problemi del paziente e relative modificazioni • Effettuazione di trattamenti diagnostici e terapeutici Ogni registrazione va firmata, indicando la data e l'ora, la firma è siglabile
Valutazione	<ul style="list-style-type: none"> • Scheda di dimissione/trasferimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Risultati ottenuti riferiti all'obiettivo o agli obiettivi prefissati/scostamenti La valutazione continua si riporta nell'attuazione (diario infermieristico)

I REQUISITI FORMALI E SOSTANZIALI DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

Nel definire quali siano i requisiti della documentazione infermieristica occorre muovere da una prospettiva dettata dalla responsabilità professionale: la correttezza giuridica si identifica infatti con la correttezza professionale, pertanto è richiesto il rispetto di requisiti formali e sostanziali la cui violazione fa presumere un percorso di cure inadeguato (con conseguente inversione dell'onere della prova).

I requisiti sostanziali sono:

- **La veridicità.** È il più significativo e indica l'effettiva corrispondenza fra il dato registrato e il fatto, tra quanto osservato, percepito, pianificato eseguito e quanto scritto.
- **La completezza e la precisione.** I dati riportati devono essere il più possibile capaci di descrivere quello che è accaduto, dandone una visione completa, per cui non si deve trascurare o omettere elementi che possano essere essenziali. Quanto effettuato, obiettivamente raccolto, valutato e pianificato deve essere riportato per iscritto nel modo più aderente e conforme possibile a quanto accaduto. I dati obiettivi possono essere corredati dalle opportune valutazioni. Ogni singola annotazione deve essere firmata in modo da rendere possibile l'attribuzione di ogni attività ai singoli professionisti.
- **La chiarezza e la comprensibilità.** La registrazione (grafia e comprensione del testo) deve essere chiaramente leggibile da parte di chiunque senza possibili interpretazioni.
- **La tempestività.** La registrazione di ogni annotazione deve essere effettuata contestualmente al verificarsi dell'evento. Anche in casi eccezionali (urgenze e/o emergenze) i fatti devono essere registrati il prima possibile: *“La cartella è un atto pubblico che esplica la funzione di diario dell'intervento medico e dei relativi fatti clinici rilevanti, sicché i fatti devono essere annotati conformemente al loro verificarsi”* (Cassazione 22694/2005).

I requisiti sostanziali si declinano nel contenuto della cartella, quali elementi che certificano come vera la registrazione di quanto avvenuto, valutato, realizzato. Nella Tabella 2 sono descritti gli elementi di correttezza che esprimono la presenza dei requisiti sostanziali e gli strumenti utilizzabili.

Tabella 2

ELEMENTI DI CORRETTEZZA E STRUMENTI

Modalità/contenuti	Strumenti
Registrazione in progressione cronologica del processo assistenziale, delle annotazioni e considerazioni	Cartella, schede documentali, diarie
<ul style="list-style-type: none"> ■ Dati completi, non solo di tipo anagrafico ma anche anamnestico • rilevazione di dati obiettivi in relazione alle condizioni di salute attuali; • informazioni relative alle condizioni psico-sociali della persona; • rilevazione dei dati sul livello di autonomia 	Schede di accertamento scale di valutazione
<ul style="list-style-type: none"> ■ Identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica, di problemi/alterazioni rilevati, di situazioni di rischio ■ Definizione delle finalità dell'assistenza infermieristica, degli obiettivi per la persona assistita e pianificazione dell'assistenza; ■ Valutazione dei possibili rischi futuri 	Piano di assistenza standard/individualizzato Scheda per problemi/per singoli bisogni (es. scheda eliminazione, alimentazione, mobilitazione) Scheda medicazioni, protocollo dolore post operatorio
<ul style="list-style-type: none"> ■ Registrazione interventi tecnici, informativi e educativi • sostituzione nel soddisfacimento dei bisogni della persona • monitoraggio clinico • effettuazione delle procedure con finalità diagnostiche e terapeutiche • informazione/educazione sanitaria/educazione terapeutica • mantenimento delle abilità residue • potenziamento delle capacità di adattamento alla condizione clinica, alla prognosi e agli esiti • coinvolgimento delle persone di riferimento ■ Monitoraggio delle condizioni cliniche/adattamento della persona all'ambiente ospedaliero, territoriale, sociale ■ Valutazione periodica del grado di raggiungimento degli obiettivi ■ Rilevazione dei rischi e delle misure per garantire la sicurezza della persona ■ Gestione problematiche particolari (presidi, medicazioni, dolore, etc.) ■ Prescrizioni infermieristiche di attribuzione di attività agli OSS 	Scheda per singoli bisogni/problemi (scheda eliminazione, alimentazione, mobilitazione) Scheda rilevazione parametri Scheda medicazioni, protocollo dolore post operatorio o per la gestione di problematiche particolari Diario clinico Protocolli e procedure adottate in allegato Prevedere appositi spazi (o schede dedicate) per le registrazioni da parte degli operatori di supporto circa lo svolgimento delle prescrizioni infermieristiche Spazi per ulteriori note
<ul style="list-style-type: none"> ■ Segnalazione di eventuali trasferimenti per esigenze diagnostiche e/o terapeutiche e le modalità di svolgimento registrazione esiti finali assistenza 	Scheda di dimissione/trasferimento infermieristica integrata alla scheda medica Scheda rilevazione parametri/diario clinico Schede utilizzate per rilevazione problemi

Nei contenziosi per responsabilità professionale la carente compilazione della cartella o di certificati annessi può determinare una “*presunzione di colpa*” a carico dell’infermiere (Cassazione 11316/2003), in quanto nel caso in cui dalla cartella non sia possibile trarre utili elementi di valutazione della condotta del sanitario, il giudice può fare ricorso a presunzioni logiche come fonti di prova. Il mancato inserimento nella cartella infermieristica di determinate circostanze o fatti di una certa rilevanza può configurarsi come una “*omissione di atti di ufficio*” (ex art. 328 c.p.).

Una corretta registrazione formale consente al magistrato di apprezzare non solo il rispetto degli elementi sostanziali richiesti, ma anche la professionalità espressa dall’infermiere.

Nella Tabella 3 sono descritti gli elementi di correttezza rispetto ai requisiti formali e alcuni suggerimenti rispetto ai problemi più frequenti o di maggiore rilevanza giuridica.

Tabella 3

REQUISITI FORMALI: CORRETTEZZA DELLA COMPILAZIONE

Requisiti	Suggerimenti
I fatti indicati devono rispondere al vero	<ul style="list-style-type: none"> • Non inserire opinioni personali • Riportare i fatti, se si riferiscono osservazioni del paziente esplicitare che sono del paziente (es. Il paziente riferisce “ho dolore”) • Meglio inserire eventuale dissenso del paziente alle cure o non collaborazione o altre frasi rilevanti tra virgolette • In caso di segnalazione di incidenti o eventi avversi inserire l'accaduto e gli esiti per l'assistito (es. “il paziente è caduto alle ore 18.00, è stato chiamato il medico di guardia, è stato posizionato ghiaccio in sede...”), senza inserire giustificazioni • Scrivere quanto messo in atto, riportando anche, se necessario e possibile, le reazioni della persona • Scrivere solo quello che si è messo in atto personalmente • Non sostituirsi ad altri, rispetto degli ambiti di competenza • Se si è in disaccordo con un' indicazione clinica, rileggere bene tutta la documentazione e eventualmente registrare il proprio dissenso e l' eventuale rationale, senza commenti o giustificazioni
Contestualità	<p>Riportare sempre data e ora dell'accertamento, delle annotazioni e rilevazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se costretti a posticipare le annotazioni, evidenziare l'orario dei diversi momenti • Scrivere le prestazioni via via che si eseguono, senza rimandare a un momento successivo
Deve essere completa e corretta In termini di ordine logico e cronologico	<ul style="list-style-type: none"> • Scrivere nome e cognome di chi procede alle annotazioni • Indicare il luogo in cui si svolgono determinati accertamenti • Riportare non solo i sintomi evidenti, anche ciò che il paziente non presenta • precisare la fonte delle informazioni raccolte • Allegare protocolli e procedure utilizzati • Se si riportano decisioni mediche, indicare il nome del medico
Accorgimenti e cautele in caso di correzione di errori materiali	<p>Le cancellature non sono ammesse ma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Correggere l'errore tracciando una linea sopra in modo che sia leggibile - Non usare correttori o cancellature che impediscono di leggere il contenuto sottostante - Scrivere la correzione di seguito - Non scrivere fuori riga - Le correzioni effettuate in momenti successivi devono riportare chiaramente a cosa si riferiscono e perché sono effettuate, con data, ora e firma di chi annota - Non aggiungere annotazioni dimenticate utilizzando spazi bianchi ristretti - Non lasciare spazi vuoti
La cartella deve essere chiara e leggibile. Scrivere in maniera chiara: grafia, testo e terminologia	<ul style="list-style-type: none"> - Scrittura e firma devono essere sempre leggibili (sigle depositate) - Scrivere sempre a penna con inchiostro indelebile e in modo leggibile - Usare solo simboli e abbreviazioni codificati e allegare la legenda - Utilizzare solo termini tecnici corretti scientifici e in lingua italiana - Non utilizzare espressioni generalizzate - Non usare parole ambigue (es. molto, poco, grande, probabile) - Trasformare le affermazioni in negativo (no dolore) in positivo (assenza di dolore) - Evitare annotazioni ridondanti, scrivere in modo sintetico e completo

IL CASO:
LA FUNZIONE
DI TUTELA DELLA
DOCUMENTAZIONE
NELLA PRATICA
QUOTIDIANA

La signora XY di anni 73 arriva in urgenza al Pronto Soccorso alle ore 00.23 del 2 agosto, ricoverata con diagnosi di cirrosi epatica scompensata HCV+.

Dalla mattina presenta astenia, più intensa difficoltà a mantenere l'equilibrio camminando; la paziente è vigile, collaborante, parzialmente orientata, rallentata. Da tempo disturbo dell'equilibrio ed astenia, soprattutto la mattina; richiesta Tac cerebrale, visita neurologica. All'anamnesi recente, riferita dalla stessa paziente: disequilibrio con necessità di appoggio, stato confusionale la mattina riferito dai figli.

- 3 agosto, la paziente è vigile, orientata, collaborante, migliorata nel complesso, riferisce ancora senso di insicurezza quando cammina.
- 4 agosto, visita neurologica "lieve atassia statica e dinamica; tono dell'umore depresso. Conclusioni: lieve piramidismo dx e atassia di ndd (origine neurovascolare ?) Tac encefalo e eventuale controllo."
- 9 agosto, *"in data odierna la paziente, mentre si recava da sola, senza aver avvertito il personale infermieristico, nel bagno posto in camera, cadeva accidentalmente riportando un trauma contusivo lombosacrale con successivi riscontri di frattura amielinica da schiacciamento di D12 alla Rx del rachide eseguito dopo la valutazione medica prontamente eseguita."*
- 20 agosto, dimissione: cirrosi epatica hcv corr., encefalopatia vascolare cronica; frattura da schiacciamento di D12, infezione urinaria.

Ripetuti ricoveri successivi per progressiva ingravescenza del quadro epatometabolico; perdita progressiva dell'autonomia personale residua: paziente costantemente costretta a letto. Exitus il 1 gennaio dell'anno successivo.

È stata sporta denuncia da parte dei parenti.

Il fatto viene ricostruito in sede giuridica dalla seguente documentazione: referto di Pronto Soccorso, scheda di dimissione, cartella clinica contenente anamnesi, diario clinico, scheda rilevazione parametri, indagini di laboratorio e strumentali, relazione sui fatti redatta dal direttore dell'UO e relazione di ricovero redatta dalla Direzione sanitaria, relazione medico-legale di parte, certificati medici successivi alla dimissione.

Tabella 4

COSA È STATO FATTO, COSA SI SAREBBE DOVUTO FARE

Cosa è stato fatto	Cosa si sarebbe dovuto fare
Dalla valutazione della documentazione (scheda rilevazioni parametri, diario infermieristico) si rileva che:	Dalla documentazione si evidenzia:
<p>All'ingresso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non è stato posto in essere alcun accertamento infermieristico e/o valutazione del rischio di caduta, anche se la paziente presenta già all'ingresso alcuni dei fattori di rischio per caduta in ospedale descritti in letteratura, in relazione alle caratteristiche della persona, deambulazione instabile, deficit cognitivi, stato confusionale, disorientamento - [i] Scarsa coordinazione nei movimenti; per l'età, per la patologia presentata, per la sintomatologia presente sia nell'anamnesi che durante la degenza, può considerarsi a rischio per caduta in qualunque attività che implichi il movimento, quale camminare, alzarsi dal letto, andare in bagno - Non sono stati identificati bisogni di assistenza infermieristica 	<ul style="list-style-type: none"> - Accertamento infermieristico in particolare su attività di vita: eliminazione, mobilità e capacità motoria, equilibrio, utilizzo di scale: ADL, Conley - Valutazione/identificazione rischio di caduta (Registered Nurses' Association of Ontario, Dossier Ecce-InFad Prevenzione della cadute nell' anziano) - Identificazione eventuali alterazioni nella soddisfazione dei bisogni: diminuzione autonomia nel soddisfacimento bisogno di muoversi e di eliminazione - Identificazione bisogni soddisfatti autonomamente - Risposte della persona alla patologia /situazione clinica/ospedalizzazione
<p>All'ingresso e durante la degenza fino al giorno 9 agosto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non sono stati progettati e registrati interventi di sorveglianza vs condizioni della paziente, né interventi di tipo preventivo finalizzati a diminuire o evitare il rischio di caduta, almeno per quelle attività dove era facilmente prevedibile, anche in assenza di una valutazione sistematica, quali alzarsi dal letto e andare in bagno, né interventi di tipo compensatorio/di sostituzione/di accompagnamento e/o supervisione, né di tipo educativo - Nessuna informazione né segnalazione sulla necessità di sorveglianza, di una presenza fissa accanto alla paziente o per alcune attività 	<p>Registrazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pianificazione di interventi di sorveglianza - Pianificazione e attuazione di interventi informativi quali informare la paziente di non alzarsi da sola per andare in bagno, ma avvisare l'infermiere - Valutazione con i familiari e la paziente della eventuale necessità di una presenza fissa e della decisione assunta - Pianificazione e attuazione di interventi programmati periodici di accompagnamento al bagno - Pianificazione e attuazione o indicazioni per l'OSS di interventi di aiuto nella deambulazione
Evento caduta	<p>Registrazione dell'evento, nel caso riferire come si è trovata la signora e come riferisce l'evento</p> <p>Registrazione dei provvedimenti presi</p> <p>Segnalazione dell'evento</p>

La registrazione corretta di tutti fatti accaduti avrebbe consentito all'infermiere di dimostrare al meglio le sue ragioni, di conseguenza di semplificare la difesa del suo operato nelle sedi giudiziarie. Nel caso in esame, sebbene l'infermiere e il team infermieristico abbiano messo in atto tutto quanto necessario, avranno estrema difficoltà a dimostrarlo.

la DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA e il RAPPORTO CON GLI ALTRI OPERATORI

Le recenti modifiche normative hanno determinato il riconoscimento di una modalità di approccio assistenziale al paziente non più di tipo gerarchico ma di équipe.

L'atto sanitario si può configurare come la risultante di un insieme di azioni concorrenti a un fine unitario, rappresentando ciascuna di esse quasi la tessera di un mosaico non sempre dotata, peraltro, di piena autonomia e di specifica individualità di esecuzione.

Per attività di équipe in medicina si intende attività che comportano una contestuale prestazione diagnostico o terapeutica da parte di un gruppo di sanitari che svolgono insieme, ma con compiti differenziati, un determinato trattamento diagnostico o terapeutico (Fiori A, 1999).

Nell'ordinamento giuridico italiano vige il principio dell'"affidamento" in base al quale, di norma un soggetto può confidare nel comportamento lecito di altri soggetti. Secondo il principio dell'affidamento ciascun componente dell'équipe può fare affidamento sul fatto che ognuno degli altri eseguirà in modo diligente i propri compiti, di conseguenza ciascuno risponde dell'inosservanza delle *leges artis* del proprio specifico settore professionale, senza che esista un dovere di prevedere eventuali difetti di diligenza altrui: questo principio evita di far risalire al capo équipe per difetto di sorveglianza, le conseguenze di errori commessi da altri. Ciò vale solo nell'ambito delle prestazioni autonome che essi sono abilitati a compiere.

Nessun dovere od onere di sorveglianza o controllo dei colleghi incombe sui componenti dell'équipe: a meno che "controllare" sia proprio l'intervento che costituisce l'oggetto dell'apporto del singolo. In questo caso l'unico membro dell'équipe al quale incomberà un dovere di controllo sarà colui al quale tali compiti sono stati espressamente assegnati.

L'obbligo di controllo e di sorveglianza, e quindi di intervento, insorge quando lo stesso collegamento funzionale e ambientale, che contrassegna l'attività d'équipe, consenta al soggetto partecipante di constatare circostanze fattuali e concreti che facciano prefigurare contegni scorretti e inadeguati o di accorgersi di veri e propri errori di condotta o omissioni in cui un membro dell'équipe sia incorso.

Tale affidamento deve essere reciproco tra superiore e sottoposti. Infatti, qualora l'operatore subordinato ritenga che una data prestazione a lui richiesta sia inopportuna o foriera di eventuali danni al paziente, deve farlo espressamente presente al superiore e, nel caso, rifiutarsi di effettuarla (art. 51 c.p.). Quindi non basta affermare che l'ordine proviene da un superiore per poter essere esenti da responsabilità. *"L'attività di somministrazione di farmaci deve essere eseguita dall'infermiere non in modo meccanicistico, ma in modo collaborativo con il medico. In caso di dubbi sul dosaggio prescritto l'infermiere si deve attivare non per sindacare l'efficacia terapeutica del farmaco prescritto, bensì per richiamarne l'attenzione e richiederne la rinnovazione in forma scritta"* (Cass. Pen. IV 1878).

Un obbligo di controllo e di sorveglianza compete, poi, per definizione, al soggetto che, per la particolare sua posizione giuridica di supremazia gerarchica, è chiamato proprio a dirigere e coordinare le prestazioni dei collaboratori. Il capo dell'équipe normalmente ha l'obbligo di prevedere ed evitare i comportamenti illeciti degli altri membri dell'équipe.

Anche nel caso in cui il dirigente sanitario predisponga, in via preventiva, protocolli, procedure o linee guida, è dovere del sottoposto segnalare al proprio superiore – dandone precisa motivazione – inesattezze o inopportunità che egli abbia eventualmente riscontrato nella stesura o nelle modalità applicative di tali direttive. Attenersi supinamente agli indirizzi impartiti dal superiore, non solo contrasta con la qua-

lifica e la professionalità dell'infermiere ma lo esporrebbe ad un'eccezione anche da parte del magistrato. Sul punto, occorre ricordare quanto disposto dal Dpr 3 del 1957.

In particolare l'articolo 13 (Comportamento in servizio) prevede: *“Nei rapporti con i superiori e con i colleghi l'impiegato deve ispirarsi al principio di un'assidua e solerte collaborazione; deve essere di guida e di esempio ai dipendenti, in modo da assicurare il più efficace rendimento del servizio”*.

Il successivo articolo 16 (Dovere verso il superiore) dispone: *“L'impiegato deve eseguire gli ordini che gli siano impartiti dal superiore gerarchico relativamente alle proprie funzioni”*.

Quando, nell'esercizio delle sue funzioni, l'impiegato rilevi difficoltà derivanti dalle disposizioni impartite dai superiori per l'organizzazione, deve riferirne per via gerarchica, formulando le proposte a suo avviso opportune per rimuovere la difficoltà. Parimenti per via gerarchica deve essere inoltrata ogni altra istanza dell'impiegato.

Come si è detto, una comunicazione che il coordinatore infermieristico inoltra per via gerarchica è il rapporto su comportamenti inadeguati di un collaboratore.

Infine, l'articolo 17 (*Limiti al dovere verso il superiore*) definisce nei termini seguenti i limiti al dovere verso il superiore: *“L'impiegato, al quale, dal proprio superiore, sia impartito un ordine che egli ritenga palesemente illegittimo, deve farne rimostranza allo stesso superiore, dichiarandone le ragioni. Se l'ordine è rinnovato per iscritto, l'impiegato ha il dovere di darvi esecuzione. L'impiegato non deve comunque eseguire un ordine del superiore quando l'atto sia vietato dalla legge penale”*.

Di tutto ciò deve essere lasciata analitica testimonianza nella documentazione infermieristica, prestando cura che il tutto sia suffragato da motivazioni ed evidenze scientifiche che diano ragione del dichiarato/realizzato rifiuto.

GLI OPERATORI DI SUPPORTO E LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

Anche gli operatori di supporto svolgono la propria attività nell'ambito del pubblico servizio e, in quanto tali, potrebbero essere ricondotti nell'ambito delle c.d. pubbliche funzioni ai sensi dell'articolo 358 del Codice Penale.

La loro attività, però, è limitata all'esecuzione delle prescrizioni infermieristiche.

Ne consegue che la loro riconduzione nella qualifica di incaricati di pubblico servizio trova ostacolo nella nozione fornita dalla stessa norma penale: che esclude *“lo svolgimento di semplici mansioni di ordine”* e la *“prestazione di opera meramente materiale”*.

Sul punto occorre registrare la necessità di definire con esattezza l'ambito in cui si dovrà esprimere il rapporto fra i diversi operatori sanitari (medici, infermieri e operatori di supporto). Ciò nonostante, si può riconoscere all'OSS la possibilità di registrare nella documentazione, limitatamente all'esecuzione di quanto contenuto nella prescrizione infermieristica. Ma tali registrazioni non avranno la stessa rilevanza giuridica per legge attribuita a quelle effettuate dagli altri professionisti sanitari (in quanto non riconducibili nell'ambito delle “pubbliche funzioni”; ex artt.357 e 358 c.p.. Soprattutto, non esime l'infermiere dalle conseguenti responsabilità di vigilanza e controllo su quanto eseguito).

Ne consegue la necessità di prevedere nella documentazione infermieristica appositi spazi (es. schede dedicate, definite “fogli unici di assistenza”, analogamente ai “fogli unici di terapia”) affinché gli operatori di supporto possano registrare i loro adempimenti alle prescrizioni infermieristiche.

COMPORTEMENTO IN PARTICOLARI SITUAZIONI RIFERITE NEL CORSO DELL'ATTIVITÀ LAVORATIVA

Come accennato, la documentazione infermieristica fornisce prova di ciò che accade avanti il pubblico ufficiale. In tal senso, se le affermazioni sono mere insinuazioni sull'operato dei colleghi, irrilevanti al fine di descrivere la situazione in cui versa il paziente, non è opportuno che vengano annotate in cartella. Nel caso in cui, invece, si ritenga opportuno dare menzione delle affermazioni e dei giudizi soggettivi a cui si è assistito, è opportuno utilizzare sempre le virgolette e segnalare (senza aggiungere alcun commento) da chi proviene l'affermazione (ad esempio, la moglie) ed il contenuto dell'affermazione stessa (*“durante la notte si alza mille volte per andare in bagno”*).

USO DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA RISPETTO AD ALTRE FIGURE

È opportuno distinguere i casi in cui vi siano conflitti fra diverse figure professionali e quelli in cui non vi sia accordo sulle scelte sanitarie operate.

Nel primo caso, se vi sono situazioni conflittuali, occorre ricordare che la cartella infermieristica non è uno strumento per sindacare l'operato dei colleghi, ma un atto pubblico; in quanto tale, deve essere trattato con estremo rispetto ed attenzione: occorre eventualmente percorrere le vie istituzionali per far valere i propri diritti e per risolvere questo tipo di conflittualità.

Se non vi è accordo sulle scelte operate o su una conclusione clinica altrui, prima di prendere una po-

sizione rileggere con attenzione la cartella, revisionando la documentazione e le procedure indicate. Se permane il dissenso occorre registrare la propria opinione e il rationale della decisione senza commenti o giudizi. Si tenga presente che nel caso in cui l'infermiere dissenta da una decisione di un collega o di altri, valgono le considerazioni precedentemente svolte con riferimento al Dpr 3 del 1957 e all'art 51 c.p. Qualora si verifichi un danno o un incidente, è opportuno evitare di inserire in cartella delle annotazioni giustificative, piuttosto si deve registrare quanto accaduto e i provvedimenti presi, oltre a segnalare l'evento stesso.

BOX 3

LE PRINCIPALI CONTESTAZIONI E COME SI POSSONO EVITARE

Questi sono in genere le principali contestazioni avanzate nei confronti della cartella infermieristica

Scarsa leggibilità: se è difficile leggere i fatti descritti, anche la difesa dell'infermiere diviene difficile (se non impossibile). Le registrazioni devono essere sintetiche, complete e perfettamente leggibili.

Uso improprio di abbreviazioni: occorre eliminare ciò che può creare dubbi di interpretazione dello scritto, a meno che ci sia una legenda delle abbreviazioni depositate e condivise con tutti.

Uso di acronimi: occorre eliminarli. Anche in tal caso, possono essere utilizzati solo acronimi indiscutibilmente noti a tutti i sanitari.

Uso di espressioni troppo generiche o ambigue: creano problemi interpretativi. Bisogna scrivere in modo chiaro e preciso cosa accade, facendo attenzione all'attualità anamnestica. Non usare parole ambigue: talvolta, spesso, grande, probabile ecc.

Uso di espressioni positive o negative: quando si verifica un decorso clinico atipico, non basta limitarsi a scrivere esclusivamente i sintomi evidenti – ciò che il paziente ha – ma anche quelli non presenti, ovvero ciò che il paziente non ha.

Usare un linguaggio chiaro: evitare gli eccessi o i difetti di informazione: per es. l'espressione "dolore al ginocchio – non in posizione seduta" può essere interpretato sia nel senso che il dolore non compare in posizione seduta, sia come affermazione che il paziente non deve stare seduto. Evitare espressioni poco chiare ("mezzo pieno" è differente da "mezzo vuoto"; ad es. "l'edema si è ridotto" porta a decisioni diverse rispetto all'espressione "persiste ancora edema anche se ridotto").

Mancata registrazione: un'omissione determina sempre nel magistrato il dubbio che sia volontaria ed intenzionale o che sia espressione di un comportamento negligente.

Non aspettare a scrivere: i fatti debbono essere annotati contestualmente al loro verificarsi, in modo consequenziale. Ciascuna annotazione ha di per sé solo un valore documentale completo e definitivo. Se si alterano successivamente tali descrizioni si commette falsità, anche se la cartella è ancora in mano all'infermiere. Si veda quanto espresso dalla Cassazione (22694/2005): "La cartella è un atto pubblico che esplica la funzione di diario dell'intervento medico e dei relativi fatti clinici rilevanti, sicché i fatti devono essere annotati conformemente al loro verificarsi".

Le annotazioni successive: i fatti (quanto meno quelli più importanti) devono essere riportati immediatamente seguendo un ordine cronologico: "gli spazi e i tempi vuoti" sono sempre difficilmente giustificabili. Occorre registrare il più velocemente possibile – mai oltre le 24 ore – gli ordini impartiti telefonicamente, o comunque verbalmente

Le correzioni improprie: Se si appone una correzione, questa deve essere sempre chiaramente visibile: in questo modo si evita che il magistrato possa pensare di essere di fronte ad una falsificazione successiva del documento. La cartella infermieristica è un documento permanente, per cui ogni registrazione non deve essere cancellata. Evitare, se possibile, le correzioni; nel caso, tracciare una linea sulle parole e sulle frasi da correggere, consentendone la leggibilità, annotare la data e firmare la correzione.

Le opinioni personali: non serve a indicare i contrasti esistenti con i pazienti o i loro parenti. Meglio annotare l'eventuale dissenso, il rifiuto alle cure o la mancata collaborazione, o altre frasi rilevanti senza alcun aggiungere alcun commento e mettendole "tra virgolette". Se si devono fare reclami o evidenziare conflitti esistenti; occorre utilizzare le vie istituzionali e non la documentazione infermieristica. Si pensi al caso in cui una cartella con commenti e giudizi venga fotocopiata: il paziente, il parente o altri possono sporgere denuncia nei confronti dell'infermiere.

Le insinuazioni: non è opportuno, né utile inserire in cartella insinuazioni sull'operato dei colleghi. Se è veramente necessario riferire giudizi soggettivi, occorre utilizzare sempre le virgolette e segnalare – senza aggiungere giudizi – chi ha fatto l'affermazione: ad es. il padre racconta che il figlio ha avuto "una paralisi dovuta a danno subito durante il parto".

Quando si scrive a macchina/computer: se possibile scrivere a macchina/computer (evitando un eccesso di colori e formati) ed usando dei caratteri ed un corpo adeguato (se possibile usare grafici). Spaziare adeguatamente le righe tra di loro e non comporre periodi troppo lunghi o troppo corti, evitando gli elenchi e, possibilmente, i richiami (stelle, frecce ecc.). Usare i numeri in colonne separate e non mescolare numeri e testo.

la DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA COME *atto* PUBBLICO: CONSEGUENZE GIURIDICHE NELL'ESERCIZIO PROFESSIONALE

Come si è detto, la principale funzione della documentazione sanitaria è quella di assicurare la trasmissione di tutte le informazioni relative all'attività realizzata in favore del paziente: in modo particolare, deve riferirsi ad ogni singolo episodio di ricovero, come strumento indispensabile per la corretta gestione dell'assistenza infermieristica alla persona.

Quanto ai reati prospettabili nel caso di mancata o scorretta compilazione della documentazione sanitaria, occorre ricordare che l'infermiere è oggi qualificato come "pubblico ufficiale". Ne consegue che compilare la cartella infermieristica significa esercitare una funzione analoga a quella notarile: attestare quanto svolto nell'esercizio dell'attività sanitaria con una valenza probatoria privilegiata rispetto ad altri mezzi di accertamento della verità.

In tal senso, verrà qualificata come atto pubblico ai sensi dell'art. 2699 del codice civile e ad essa si accompagna l'efficacia di cui all'art. 2700 codice civile.

I reati applicabili in caso di scorretta compilazione della cartella infermieristica

Si possono ipotizzare le seguenti fattispecie di reato:

- omissione di atti di ufficio (box 4, art. 328 c.p.)
- falso ideologico in atto pubblico (box 4, art. 479 c.p.)
- falso materiale in atto pubblico (box 4, art. 476 c.p.).

BOX 4

OMISSIONE DI ATTI DI UFFICIO, FALSI IDEOLOGICI E MATERIALI IN ATTI PUBBLICI

SE NON SI COMPILA – Art. 328. Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione – Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un 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. Fuori dei casi previsti dal primo comma, il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo, è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa fino a euro 1.032. Tale richiesta deve essere redatta in forma scritta ed il termine di trenta giorni decorre dalla ricezione della richiesta stessa.

SE SI DICE IL FALSO – Art. 479. Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici - Il pubblico ufficiale che, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto 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'articolo 476.

SE SI ALTERA, CANCELLA, "SBIANCHETTA" ECC. – Art. 476. Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici - 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.

Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querela di falso, la reclusione è da tre a dieci anni.

segue

VALE ANCHE PER LA CARTELLA INFORMATIZZATA – Art. 491-bis. Documenti informatici - Se alcuna delle falsità previste dal presente capo riguarda un documento informatico pubblico o privato avente efficacia probatoria, si applicano le disposizioni del capo stesso con-

cernenti rispettivamente gli atti pubblici e le scritture private. [A tal fine per documento informatico si intende qualunque supporto informatico contenente dati o informazioni aventi efficacia probatoria o programmi specificamente destinati ad elaborarli].

IL “FALSO MATERIALE” E LA SUA RILEVANZA NELLA COSIDETTA “DEFINITIVITÀ” DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

Per meglio comprendere la ragione per cui si applicano i reati qui indicati, è utile ricordare che la documentazione sanitaria acquista carattere di “definitività”, (Cassazione penale, sez. V, 1 dicembre 1987) ogni qualvolta l’infermiere appone le proprie annotazioni in riferimento all’assistenza erogata. Questo significa che ogni registrazione ha uno specifico e autonomo valore documentale che, per così dire, “ferma il tempo” nel momento in cui la singola situazione (valutazione dei rischi, pianificazione assistenziale, rilevazione di parametri, rilevazione di segni e sintomi) viene riportata nel documento.

Da questa premessa fatta deriva che la **successiva alterazione materiale, cancellazione o correzione** posta in essere per **modificare fatti accaduti** – da parte di chi ha redatto la cartella – costituisce una falsità punibile secondo la legge penale (vedi box 4 art. 476 c.p. Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici).

Il reato di **falso materiale in atto pubblico** costituisce una falsità nell’essenza della documentazione e non nella sostanza, dove l’infermiere corregge gli errori attraverso cancellature che **impediscono la visione di quanto scritto in precedenza**.

Il rischio può consistere nella perdita di importanti informazioni che possono essere intese, da parte di un eventuale giudice in fase processuale, come un occultamento di prove, dove pertanto diventa problematico dimostrare di aver agito diligentemente di fronte ad eventuali accuse di *malpractice* infermieristica. La semplice annotazione di un valore pressorio, che ha determinato una prescrizione terapeutica, non può essere successivamente alterato o modificato poiché, in caso di malessere della persona assistita diventa difficoltoso comprendere dove inizia e dove finisce “la buona fede” di chi ha rilevato e registrato e di seguito **modificato** il dato.

Anche l’irregolare compilazione, rispetto alla reale situazione riscontrabile, è punibile ai sensi del codice penale qualora sia realizzata con dolo. Se determinata da incuria o disattenzione nella formulazione delle valutazioni assistenziali rende comunque estremamente difficile porre adeguati strumenti in difesa di un sanitario evidentemente negligente (vedi box 4 art. 479 c.p. Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici).

IL SIGNIFICATO DI “FALSO IDEOLOGICO”

La falsità ideologica si differenzia dal falso materiale in quanto risulta essere una falsificazione nella sostanza del documento ovvero nei dati riscontrabili e riferibili all’assistito.

Ad esempio è falso ideologico **non annotare volontariamente** in cartella che un esame strumentale non è stato eseguito a causa della inadeguata preparazione del paziente.

La falsità ideologica è considerata una scorrettezza sostanziale nella compilazione della documentazione.

Se l’infermiere altera volontariamente il documento, il falso che realizza risulta pensato, voluto e pertanto punito a titolo di “dolo”, indipendentemente dal fatto che l’alterazione venga effettuata con lo scopo di rimediare ad una precedente scorrettezza o imprecisione.

INCOMPLETA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA OVVERO OMISSIONE DI FATTI

La documentazione scritta rappresenta ancora un problema aperto per la professione infermieristica, come del resto per le altre professioni sanitarie.

L’omissione volontaria nella compilazione della cartella configura il reato di omissione d’atti d’ufficio (box 4, art. 328 c.p.).

Chiaramente, essendo il reato di omissione di atti di ufficio un delitto, per la sua integrazione si richiede la sussistenza del “dolo” (la volontà di omettere): in altre parole, il magistrato dovrà provare che l’infermiere sapeva di dover registrare e deliberatamente ha deciso di omettere le attività di sua spettanza.

Nel caso in cui, invece, tale omissione sia il frutto di un comportamento negligente, superficiale – in poche parole, colposo – anche se l’infermiere ha agito in buona fede questo comportamento, oltre che

criticabile dal punto di vista deontologico, non può essere considerato un atteggiamento professionale ed induce nel magistrato la convinzione di avere a che fare con un infermiere sciatto e scarsamente professionale. Tutte le valutazioni che andranno ad incidere pesantemente nella definizione di strategie di difesa di quell'infermiere. Pensiamo, ad esempio, ai casi di valutazione dei rischi relativi alle cadute oppure al rischio di sviluppare una lesione da pressione o ancora al rischio di procurare una flebite da posizionamento di catetere venoso periferico e molto altro ancora.

**COSA
SUCCEDDE SE SI
DIVULGA IL
CONTENUTO DI
UNA CARTELLA
INFERMIERISTICA?**

In questi casi si possono applicare i reati previsti per la violazione del segreto d'ufficio e del segreto professionale, quest'ultimo censurabile anche da parte del proprio Collegio.

Anche nel caso in cui, per qualsiasi motivo, vi sia la circolazione all'interno dell'Ospedale della documentazione infermieristica, vanno prese le dovute cautele onde prevenire un'illegittima divulgazione dei dati in essa contenuti.

DOCUMENTAZIONE SANITARIA E LIBERA PROFESSIONE

Ogni professionista, quando riceve un incarico da un paziente/utente alla prima visita, deve redigere un contratto scritto che tuteli sia il paziente che il professionista circa eventuali ricorsi che potrebbero verificarsi. Un contratto può essere anche verbale, ma in caso di sinistro e di eventuale ricorso dell'utente la mancata stesura di uno scritto può mettere in dubbio l'esistenza della prestazione e la data certa, di fronte a terzi. È necessario dotarsi di una cartella infermieristica e di un diario sanitario su cui si annotano le prestazioni effettuate (in ordine cronologico), nonché lo stato di salute dell'utente.

Finalità perseguite – Anche nella libera professione la documentazione infermieristica risponde all'esigenza di garantire la continuità assistenziale, anche di fronte alla necessità che lo stesso assistito sia seguito da operatori diversi; inoltre contribuisce a migliorare la qualità dell'assistenza e a tutelare legalmente il professionista che ha così modo di documentare il proprio operato.

Le regole applicabili – Sul punto, le regole generali su espresse valgono anche nel caso in cui l'attività infermieristica venga esercitata in regime libero professionale. Oltre a quanto sin qui indicato, l'assistenza erogata è anche l'adempimento ad un obbligo contrattualmente assunto dall'infermiere nei confronti del proprio paziente-cliente: considerando che le contestazioni tra cliente e professionista possono verificarsi con più frequenza e devo-

no essere affrontate dal solo professionista, è ancora più evidente l'affermazione secondo cui solo una documentazione puntuale e precisa potrà consentire di dimostrare esattamente (e in momenti anche successivi) di aver eseguito un determinato intervento, in quella data e a quell'ora e in favore di quel assistito.

Come conservare la documentazione – È opportuno conservare tutta la documentazione relativa al proprio cliente presso lo studio del professionista o presso la sede dello studio associato, oppure presso la sede del servizio di assistenza domiciliare o altro. Al momento della visita, è opportuno registrare di volta in volta le proprie attività nel momento in cui vengono realizzate, se possibile portando con sé la documentazione quando ci si reca al domicilio dell'assistito. L'accesso alla documentazione sarà consentito solo per motivi legati all'attività professionale.

Per quanto tempo – Mentre la conservazione della documentazione infermieristica ospedaliera e delle case di cura è a tempo illimitato, nessuna norma prevede che il libero-professionista debba conservare (e per quanto tempo) la scheda dei propri pazienti e la documentazione allegata; si tenga presente che i termini di prescrizione per l'azione civile derivante da responsabilità contrattuale sono di 10 anni (dal giorno in cui il contratto è stato stipulato) mentre la responsabilità civile conseguente al fatto illecito si prescrive in 5 anni dal giorno in cui emerge il fatto.

Va tenuto presente che per conservare dati sensibili il libero professionista deve richiedere l'autorizzazione al paziente.

BIBLIOGRAFIA

Casati M., *La documentazione infermieristica*, 2 ed, Milano 2005.

Fiori A., *Medicina legale e della responsabilità medica*, 2 voll, Giuffrè Editore, Milano 1999.

Motta P., *Gli strumenti della valutazione economica e della tariffazione del-*

le prestazioni infermieristiche, in Aa. Vv., *Dolore e assistenza infermieristica*, Atti del III Congresso nazionale, Cernobbio 1998.

Registered Nurses' Association of Ontario, Op. cit. in *Dossier Ecce-InFad*, Prevenzione delle cadute nell'anziano, 2008.

Rodriguez D., Aprile A., *Medicina legale per infermieri*, Carocci Faber, Roma 2004