

INDICE

CENNI STORICI	2
DEFINIZIONE.....	3
REQUISITI FORMALI.....	5
IL VALORE DOCUMENTARIO.....	5
LA CONSERVAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA.....	6
LA CIRCOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA	7
LA LETTERA DI DIMISSIONE.....	8
BIBLIOGRAFIA.....	9

CENNI STORICI

La storia della cartella clinica si perde nei tempi e parallelamente alla storia della medicina: già nell'età paleolitica, in alcune caverne della Spagna, sono stati trovati in alcuni graffiti, tracce emblematiche di cartelle cliniche, così nell'era delle Piramidi, nel 3000-2000 a.C., ci fu chi si occupò di registrare le sua attività di medico e poi ai tempi di Ippocrate negli Asclepei, templi ospedale, furono trovate colonne scolpite con nomi di pazienti e brevi storie delle loro affezioni. Infatti si dice che fu proprio Ippocrate ad inventare la cartella clinica, teorizzando sulla necessità di osservare razionalmente i pazienti prendendone in considerazione e annotandone l'aspetto e i sintomi: l'esame complessivo deve estendersi anche al passato (*anámnesis*, ricordo), per poter individuare il male (*diágnosis*, conoscenza) e ipotizzarne ragionevolmente il decorso (*prógnosis*, previsione). Infine nella Roma antica Galeno fondò la sua scuola sulla casistica con pubblicazioni dei resoconti medici nei *Romana Acta Diurna* affissi nel foro. L'uso sistematico di una documentazione clinica sul singolo malato, viene fatta risalire a Leonardo Botallo nel secolo decimo sesto. La sistematizzazione dell'utilizzo della cartella clinica nella pratica la si deve a Pierre Cabanis a fine del 1700. L'obbligo della cartella clinica cartacea in Italia nasce per il decreto legislativo 6972 del 1890.

DEFINIZIONE

La cartella clinica si può definire come il fascicolo nel quale si raccolgono i dati anamnestici e obiettivi riguardanti il paziente ricoverato, quelli giornalieri sul decorso della malattia, i risultati delle ricerche e delle analisi effettuate, quelli delle terapie praticate e infine la diagnosi della malattia che ha condotto il paziente in ospedale.

La cartella infermieristica è uno strumento operativo progettato e gestito dal professionista per garantire la pianificazione dell'attività assistenziale.

Permette di individualizzare l'assistenza, di valutare il raggiungimento degli obiettivi ed è fonte di dati per una verifica a lungo termine dell'attività assistenziale posta in essere. Garantisce inoltre la continuità e la qualità delle prestazioni assistenziali.

La cartella infermieristica permette di documentare:

- Quali sono i problemi della persona
- Quali sono gli interventi decisi
- Quali e quanti gli interventi realizzati
- Quali i risultati ottenuti

La cartella infermieristica è lo strumento per rendere visibile l'applicazione del contenuto del **profilo professionale dell'infermiere e dell'ostetrica** attraverso la documentazione del **processo di assistenza** ovvero di una **metodologia di pianificazione**.

RESPONSABILITÀ

Secondo il DPR n. 128 del 27.3.69 il primario è responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche, dei registri nosologici e della loro conservazione, fino alla consegna all'archivio centrale. La direzione sanitaria deve essere infatti fornita di un archivio clinico, e tra i compiti del direttore sanitario vi è anche quello di vigilare sull'archivio delle cartelle cliniche e di ogni altra certificazione sanitaria riguardante i malati assistiti in ospedale. Il DPR 14 marzo 1974 n. 225 rammenta che è precipuo compito anche dell'infermiere professionale di conservare "tutta la documentazione clinica sino al momento della consegna agli archivi centrali", oltre che la possibilità di annotare "sulle schede cliniche gli abituali rilievi di competenza" al pari di quanto, limitatamente alle proprie competenze, può fare l'infermiere generico.

Sul piano processuale, la posizione del medico risulterà sempre più gravosa in quanto sarà suo onere liberarsi dalla presunzione di colpa e dover dimostrare di avere eseguito la prestazione con la dovuta diligenza.

Dunque l'importanza che il medico documenti in modo dettagliato i progressivi passaggi della sua attività così da poter rendere conto, in caso sia chiamato a rispondere di danni subiti da un paziente, dei motivi e dei fondamenti del proprio operato. La difettosa descrizione dell'attività svolta (carenza di compilazione della cartella clinica o, per analogia, assenza di documentazione dell'attività) dalla quale derivi l'impossibilità di trarre utili elementi di valutazione volti all'accertamento della causa dell'evento, non si risolve in danno di colui che vanta un diritto in relazione alla prestazione sanitaria, ma viene considerata inadempimento di una obbligazione strumentale del professionista, che rileva come elemento presuntivo della responsabilità del medico.

L'esatta, dettagliata e completa documentazione dell'operato del medico assume infatti importanza nella formulazione di un giudizio complessivo sulla qualità della prestazione fornita.

REQUISITI FORMALI

Il DPCM 27 giugno 1986 detta principi in tema di compilazione della cartella clinica, che possono servire da generico riferimento e ausilio anche per uno schematico approccio alla documentazione sanitaria da esibire in ambito pubblicistico.

Nella compilazione della cartella debbono risultare per ogni ricoverato le generalità complete, la diagnosi di entrata, l'anamnesi familiare e personale, l'esame obiettivo, gli esami di laboratorio e specialistici, la diagnosi, la terapia, gli esiti e i postumi. Le cartelle cliniche, firmate dal medico curante e sottoscritte dal medico responsabile di raggruppamento, dovranno portare un numero progressivo ed essere conservate a cura della direzione sanitaria. Così come già ricordato, traspare in tutta evidenza che la cartella deve essere completa di tutti i dati significativi relativi alla degenza del paziente e deve riflettere quanto effettivamente è stato per lui fatto. Ulteriore valore ricostruttivo del significato contenutistico della cartella clinica è fornito dalla Suprema Corte allorché ammonisce essere tale documento un "diario diagnostico-terapeutico, nel quale vanno annotati fatti di giuridica rilevanza quali i dati anagrafici ed anamnestici del paziente, gli esami obiettivi, di laboratorio e specialistici, le terapie praticate, nonché l'andamento, gli esiti e gli eventuali postumi della malattia (Cass. Pen. Sez. Un., 27 marzo 1992).

IL VALORE DOCUMENTARIO

Oltre che nei requisiti formali la funzione certificatoria è da considerare anche nella sua parte sostanziale componendosi in essa i requisiti di veridicità, di completezza, di correttezza formale e di chiarezza. Le annotazioni vanno fatte contemporaneamente all'evento descritto. Essa deve essere redatta in pendenza di degenza (salvo ovviamente le annotazioni relative al decesso) e secondo la sequenza cronologica della registrazione di eventi, per cui l'incalzare dei fatti" riduce sensibilmente la possibilità di registrazioni tardive.

Infatti la contestualità può non essere intesa in maniera rigorosa, ma nel rispetto di alcuni limiti temporali, quali un equo tempo di riflessione clinica, il rispetto della sequenza cronologica nella registrazione degli eventi e l'estensione in pendenza di degenza.

Recente giurisprudenza (1983, 1987), afferma che: "la cartella clinica adempie la funzione di diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti, per cui gli eventi devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi. Ne consegue che (all'infuori della correzione di meri errori materiali) le modifiche e le aggiunte integrano un falso punibile, anche se il soggetto abbia agito per ristabilire la verità, perché violano le garanzie di certezza accordate agli atti pubblici" (Cass. Pen.).

Il fondamentale rilievo della cartella clinica è sottolineato dal nuovissimo Codice di Deontologia Medica che qualifica come dovere professionale la sua redazione in forma chiara "con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole di buona pratica clinica" dovendo essa contenere "oltre a ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate".

LA CONSERVAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

In ordine alla conservazione del documento una circolare del Ministero della Sanità (n. 900 2/AG 454/260), emanata il 19 dicembre 1986 stabilisce che "le cartelle cliniche, unitamente ai relativi referti, vanno conservate illimitatamente, poiché rappresentano un atto ufficiale indispensabile a garantire la certezza del diritto, oltre a costituire preziosa fonte documentaria per le ricerche di carattere storico-sanitario".

"In merito alla conservazione, presso l'archivio delle istituzioni sanitarie, delle radiografie" continua la circolare del Ministero della Sanità "non rivestendo

esse il carattere di atti ufficiali, si ritiene che potrà essere sufficiente un periodo di venti anni". In analogia a quanto stabilito per le radiografie, si ritiene che la restante documentazione diagnostica possa essere assoggettata allo stesso periodo di conservazione diventi anni previsto per le radiografie stesse, finché non intervengano eventuali ulteriori disposizioni a modificare il limite predetto.

LA CIRCOLAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA

Conflittualità deontologiche emergono in tema di circolazione della cartella clinica posto che, oltre all'interessato, altri possono avere diritto ad ottenerne copia. La normativa cui fare riferimento è il DPR n. 128 del 1969 che all' art. 5 prevede il rilascio agli aventi diritto individuabili oltre che:

- nel paziente stesso;
- alla persona fornita di delega conformemente alle disposizioni di legge;
- in tutti i soggetti appartenenti al servizio sanitario pubblico;
- al medico curante;
- negli enti previdenziali;
- nell'autorità giudiziaria;
- mentre più discusso è tale diritto, per gli enti di patronato e per la PS.

Il complesso di norme derivate dalla Legge n. 675 del 31 dicembre 1996 sulla tutela della privacy si applica in maniera chiara alla registrazione dei dati sensibili (inerenti cioè la salute e la vita sessuale della persona) di cui la cartella clinica costituisce la massima espressione applicativa.

LA LETTERA DI DIMISSIONE

Il DPR n. 128 del 1969 ricorda e raccomanda la presenza di una lettera di dimissione; per ogni paziente deve essere formulata la diagnosi di dimissione e un elenco di tutte le più importanti attività cliniche effettuate durante il ricovero nonché un resoconto di tutte le operazioni effettuate. Le più recenti norme sulla tutela della privacy stabiliscono che il destinatario diretto della lettera di dimissioni deve essere il medico curante cui compete informare e seguire poi il paziente a domicilio

LA SCHEDA SANITARIA

Non si può infine non rammentare la scheda sanitaria individuale, espressamente prevista all'art. 19, lettera d, dell'Accordo collettivo nazionale per la regolamentazione dei rapporti con i medici di medicina generale, ai sensi dell'articolo 48 della Legge 23 dicembre 1978 n. 833: "la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria individuale a esclusivo uso del medico, quale strumento tecnico professionale che, oltre a migliorare la continuità assistenziale, consenta al medico di collaborare a eventuali indagini epidemiologiche mirate, da attivare sulla base di programmi nazionali o regionali, sentito il Comitato ex art. 37 e concordati con i sindacati medici di categoria maggiormente rappresentativi a livello regionale". Sempre all'art. 19 del succitato Accordo, 3° co., si ricorda che è compito del medico di medicina generale di eseguire, nei riguardi dei propri assistiti, le prestazioni sulla base della propria competenza e a richiesta delle ULS compilazione della parte anamnestica e aggiornamento dei libretti di rischio

BIBLIOGRAFIA

1. "La cartella clinica", Bigna M, Merusi F., Ed. Giuffrè 2001
2. "La responsabilità penale e civile del medico" Bilancetti M., Ed Cedam, 2001
3. "Cartella Clinica", Gattai A., Ed OEMF, 1990
4. "La cartella clinica – istruzioni per l'uso", Monza G.M., Mantovani R., Perelli Ercolini M., Ed. Healthcommunication, Milano 2005
5. "Valore tecnico, amministrativo, medico-legale generale e medico assicurativo della cartella clinica- l'Arcispedale S. Anna di Ferrara" Soprana C., 1963