

LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA TRA VINCOLI GIURIDICO NORMATIVI E CARICHI DI LAVORO. LEGGE, PRASSI, CASISTICA GIURISPRUDENZIALE



A CURA DEL DOTT. MARCO CONTRO

La documentazione infermieristica

Il riconoscimento dell'autonomia e dell'intellettualità della professione ha portato alla diversificazione della responsabilità dell'infermiere.

Oltre a dover rispondere del proprio operato di fronte ad un giudice, il professionista deve rispondere del proprio agire competente nei confronti dell'assistito.



Il Codice Deontologico e la documentazione infermieristica

Art.23

L' infermiere riconosce il valore dell' informazione multi-professionale e si adopera affinché l' assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita” .

Art. 26

L'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi all' assistenza. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è attinente all'assistenza.

Art. 27

L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.

La tracciabilità è fondamentale

Vi è quindi il dovere in capo al professionista di documentare adeguatamente il proprio agire, per comprovare la propria attività e garantire la continuità e la trasparenza assistenziale, nonché la propria tutela legale, tramite una corretta e completa redazione e trasmissione delle informazioni.



Ricordiamoci sempre che la componente intellettuale della nostra professione ha la prevalenza sulla tecnica.

La parte tecnica rappresenta il momento conclusivo di un prodromico processo di pianificazione assistenziale.

A CURA DEL DOTT. MARCO CONTRO





Frammentarietà del contesto

Si passa da situazioni ottimali o quasi, a realtà in cui sono in uso supporti assolutamente inadatti, che, uniti alla genericità delle annotazioni, risultano inadatti, sia a tracciare il percorso assistenziale che a comprovare l'operato svolto.

La normativa



Il contesto normativo vigente non definisce puntualmente i requisiti formali della documentazione concernente il paziente, la quale può essere sia su supporto cartaceo che informatico.

Questo perché la documentazione infermieristica è uno strumento di pianificazione, organizzazione e valutazione dell'agire professionale (oltre che fotografia comprovante quanto svolto) .

Quindi, una certa flessibilità formale facilita l'elaborazione e lo sviluppo di modelli secondo il contesto di riferimento e garantisce il rispetto dei requisiti sostanziali indispensabili della documentazione infermieristica.

Mutando la figura e le competenze dell'infermiere, cambiano di pari passo le modalità e le finalità della documentazione che deve redigere.



D.P.R. 224/1975: indicava in modo generico un obbligo di documentare la propria attività.

Con l'evoluzione della normativa l'obbligo permane, ma mutano gli elementi di rilievo nella documentazione infermieristica.



D.P. R. 384/1990, *Regolamento per il recepimento delle norme risultanti dalla disciplina prevista dall'accordo del 6 Aprile 1990 concernente il personale del comparto del servizio sanitario nazionale, di cui all' art. 6 del decreto del Presidente della Repubblica 5 Marzo 1986, n. 68.*

Art. 57, lett. d): deve attivarsi un modello di assistenza infermieristica che, nel quadro di valorizzazione della specifica professionalità, consenta, anche attraverso l'adozione di una cartella di assistenza infermieristica, un progressivo miglioramento delle prestazioni al cittadino



- **Art. 135.6, lett. 1)** qualità della documentazione clinica e adozione della cartella infermieristica; ulteriori programmi possono essere aggiunti in sede locale con riferimento ad aspetti critici della situazione assistenziale

Quindi, l'adozione della cartella infermieristica è da considerarsi parametro per la valutazione della qualità dell'assistenza erogata dall'infermiere



- L'introduzione della cartella infermieristica finalizzata ad un'attività assistenziale personalizzata, prevede una figura di professionista in grado di impostare un percorso assistenziale specifico per ogni assistito, secondo un criterio di equità.



- La giurisprudenza amministrativa ha precisato che il contenuto della cartella deve ricavarsi dall'attività infermieristica così come oggi la intende il quadro normativo, dopo le modifiche apportate dalle leggi 42/1999 e 251/2000.



- Secondo la definizione del centro Evidence Based Nursing (EBN) è lo strumento per rendere visibile, misurabile, osservabile il processo di assistenza infermieristica.



Legge 251/2000, art. 1.1: . *Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, espletando le funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali nonché dagli specifici codici deontologici ed **utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza.***



- Per trasporre queste indicazioni codificate sul piano giuridico, è necessario dotarsi di uno strumento che, mediante l'elaborazione scritta, ne consenta la corretta applicazione pratica. Tale supporto diviene parte imprescindibile dell'agire professionale, non semplice registrazione accessoria.



- La documentazione infermieristica è uno strumento utile e necessario per regolare i rapporti con gli operatori di supporto, attraverso l'attività di prescrizione infermieristica, che fa parte integrante della pianificazione assistenziale e della quale l'infermiere risponde in prima persona, secondo i principi della colpa professionale.



La documentazione infermieristica

- **È parte integrante della cartella clinica**
- **È atto pubblico: fa fede fino a querela di falso.**
- **Costituisce verbalizzazione del percorso assistenziale, il cui fine ultimo è la tutela della salute dell'assistito.**
- **È un fondamentale veicolo di comunicazione/informazione.**





Inquadramento giuridico

Secondo un orientamento giurisprudenziale ormai consolidato, la cartella infermieristica, come parte integrante della cartella clinica, redatta presso strutture pubbliche o private convenzionate, costituisce un atto pubblico di fede privilegiata con valore probatorio contrastabile solo con querela di falso, anche se le attestazioni, ancorché riguardanti fatti avvenuti in presenza di un P.U. o di un incaricato di P.S. o da lui stesso compiuti, non costituiscono prova piena a favore di chi li ha redatti, il base al principio secondo il quale nessuno può preconstituire prova a favore di se stesso.

È quindi **documento inidoneo a costituire prova piena.**

(Cassaz., Sent. n. 10695 del 27/08/1999)

Tutto il contenuto della documentazione in cartella ha natura di atto pubblico munito di fede privilegiata?

Certamente no. Tale efficacia probatoria deve intendersi limitata ai fatti che il P.U. o l'incaricato di P.S. attesta essere avvenuti in sua presenza o essere stati da lui compiuti.

Definire la documentazione atto pubblico di fede privilegiata comporta conseguenze giuridiche:

- **Applicazione degli art. 479 e 476 c.p. per il falso ideologico e materiale.**
- **Eventuale responsabilità per omissione o rifiuto di atti d'ufficio ex art. 328 c.p.**
- **La violazione del segreto d'ufficio ex art. 326 c.p.**





Il contenuto

Può essere variabile in quanto, a tutt'oggi, non esiste una norma che definisca le modalità di strutturazione e di compilazione, pur parlandosi ampiamente di standard.

Esistono solo generici riferimenti.

Questo perché si vuole lasciare all'esercente la professione sanitaria una certa discrezionalità operativa, sia perché trattasi di un professionista, sia per la diversità di strumenti in uso nelle diverse realtà sanitarie.

Cosa deve risultare? Gli elementi costitutivi essenziali

Secondo la dottrina e la giurisprudenza, dal D.M. 739/94 possono evincersi gli elementi costitutivi della cartella infermieristica, anche quale documentazione, ai fini giuridici, degli atti assistenziali:

- 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.



Cosa deve risultare nella cartella infermieristica?

- **Le fasi di diagnosi, programmazione e valutazione (e gli eventuali interventi successivi che si rendano necessari), non trascurando gli aspetti relazionali ed educativi.**
- Chiare modalità di presa in carico dell'assistito, con valutazione al momento del ricovero ed alla dimissione, avvalendosi dell'apporto fondamentale di apposite scale.
- Rilevazione puntuale dei bisogni e dei possibili rischi
- Identificazione degli obiettivi e pianificazione delle attività
- Documentazione delle attività stesse, avvalendosi anche di specifiche schede e check list
- Valutazione dei risultati ed eventuali interventi correttivi
- Chiarezza e tracciabilità di quanto riportato
- Coerenza tra la valutazione infermieristica e gli interventi attuati



Requisiti essenziali della documentazione infermieristica

Pertinenza

Veridicità

Chiarezza

Accuratezza

Completezza

Tracciabilità

Coerenza

Contestualità

Leggibilità



La leggibilità di quanto scritto è un requisito imprescindibile, non solo per la comprovazione dell'attività svolta, ma soprattutto ai fini di una corretta trasmissione delle informazioni.



La leggibilità delle informazioni è la prima condizione per la loro piena comprensione.

L'Autorità Garante accogliendo il ricorso di un paziente ha ordinato ad un'azienda ospedaliera di rilasciare, entro un termine stabilito, una trascrizione dattiloscritta o comunque comprensibile delle informazioni contenute nella cartella clinica e di comunicarle all'interessato, come prescrive la legge, tramite il medico di fiducia o designato dalla Asl.

All'Azienda sono state inoltre imputate le spese del procedimento, stabilite in 250 euro, che dovranno essere versate direttamente a favore del ricorrente.

(Decisione n. 165 del 6 aprile 2003).



Devono essere annotati i fatti “avvenuti in presenza dell’infermiere o da lui compiuti”. L’espressione “avvenuti in sua presenza” (da qui anche le omissioni) chiarisce che l’infermiere è obbligato a riportare quanto avvenuto o non avvenuto.



L'infermiere deve, quindi dimostrare, documentando:

- Cosa ha portato a quell'intervento assistenziale o ad attuare una certa condotta
- Che la procedura seguita risponde ad una pratica assistenziale consolidata
- La correttezza dell'esecuzione



In che modo?

Scrivendo e documentando nella cartella infermieristica ogni intervento effettuato, in ordine sequenziale.

Essendo la cartella infermieristica un atto di fede privilegiato, farà fede fino a produzione di prova contraria (*praesumptio iuris tantum*).



Quando?

- Contestualmente o, per motivate ragioni, il prima possibile e comunque entro la fine del turno.
- Evitare fogli volanti o inutili duplicazioni, in quanto foriere di errori.



Cosa scrivere e cosa evitare?



- Abbreviazioni, acronimi ed iniziali non preventivamente codificati e condivisi.
- Abrasioni, correzioni, e cancellazioni coprenti: eventuali correzioni devono essere effettuate tracciando una riga indelebile che consenta la visualizzazione di quanto corretto, comprensiva di firma e data
- Evitare informazioni non attinenti all'assistenza
- Evitare frasi inutili
- Evitare le consegne minatorie o insinuanti
- Evitare l'uso di espressioni generiche ed ambigue, come, ad es. : spesso, talvolta, probabile, ecc...
- Non limitarsi a descrivere i sintomi evidenti, ma anche ciò che il paziente non ha
- Evitare espressioni poco chiare e diversamente interpretabili

Cosa scrivere e cosa evitare?

- Abbreviazioni, acronimi ed iniziali non preventivamente codificati e condivisi.
- Non annotare le opinioni personali ed i contrasti con i pazienti ed i familiari; risulta più corretto segnalare l'eventuale dissenso del paziente, la scarsa collaborazione e gli eventuali rifiuti.
- Evitare freccette, asterischi o altro e non lasciare spazi vuoti fra le righe.
- Evitare espressioni grafiche o gergali, ma usare correttamente la lingua italiana.
- Non è necessario riportare in diario operazioni e attività che si eseguono di routine.



Cosa annotare in diaria?

- Il professionista deve riportare rilievi ed osservazioni inerenti il proprio turno di lavoro, i dati oggettivi e soggettivi rispetto a variazioni dello stato di salute del paziente, e i relativi interventi assistenziali messi in atto direttamente dall' infermiere o su prescrizione medica, in maniera sequenziale.
- Deve essere riportato ciò che l' infermiere reputa importante trasmettere al collega che subentra nella presa in carico del paziente (informazioni ritenute importanti, aspetti critici o potenzialmente critici, tutto ciò che esula dal monitoraggio).
- I farmaci somministrati su prescrizione «al bisogno».
- Le prescrizioni telefoniche.
- Tutti gli interventi sul paziente effettuati all' infuori della routine.
- Annotare tutte le variazioni sullo stato di salute del paziente e sui suoi bisogni avvenute durante il turno, gli interventi effettuati e la loro valutazione.



Principali reati legati alla documentazione infermieristica



Art. 476 c.p.

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.

Principali reati legati alla documentazione infermieristica



Art. 479 c.p.

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.

Principali reati legati alla documentazione infermieristica



Art. 622. Rivelazione di segreto professionale.

1. Chiunque, avendo notizia, *per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte*, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, *è punito, se dal fatto può derivare nocumento*, con la reclusione fino a un anno o con la multa da euro 30 a euro 516.

.....

2. Il delitto è *punibile a querela della persona offesa*.



Principali reati legati alla documentazione infermieristica

Art. 326 c.p.

Rivelazione ed utilizzazione di segreti di ufficio.

Il pubblico ufficiale o la persona incaricata di un pubblico servizio, che, violando i doveri inerenti alle funzioni o al servizio, o comunque abusando della sua qualità, rivela notizie d'ufficio, le quali debbano rimanere segrete, o ne agevola in qualsiasi modo la conoscenza, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni.

Se l'agevolazione è soltanto colposa, si applica la reclusione fino a un anno.

Il pubblico ufficiale o la persona incaricata di un pubblico servizio, che, per procurare a sé o ad altri un indebito profitto patrimoniale, si avvale illegittimamente di notizie d'ufficio, le quali debbano rimanere segrete, è punito con la reclusione da due a cinque anni. Se il fatto è commesso al fine di procurare a sé o ad altri un ingiusto profitto non patrimoniale o di cagionare ad altri un danno ingiusto, si applica la pena della reclusione fino a due anni.

Principali reati legati alla documentazione infermieristica

Art. 328.1 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.

.....





Da tenere presente che

Il paziente ha diritto di accedere in ogni momento alla documentazione sanitaria che lo riguarda.

Tuttavia, occorre rammentare che se da un lato è riconosciuto come fondamentale il diritto del malato alla verità sul proprio stato di salute, dall'altro si pone l'esigenza di adattare tale informazione al singolo paziente (capacità di comprensione e diritto alla scelta di non essere informato).

La scelta di consegnare direttamente al paziente la cartella clinica, dunque, va valutata anche in relazione alle condizioni psico-fisiche dello stesso.

"nella cartella clinica non viene riportato il conteggio delle garze operatorie". Anzi detto documento "non reca alcuna indicazione al riguardo: il che equivale ad affermare, al contrario, che le garze non vennero contate"

(Tribunale di Monza, 4 novembre 2005)



Tenete a mente che

Tutto ciò che non è scritto vuol dire che non è stato fatto

