

IRCBG_21098

“Dalla cartella clinica alla denuncia di reato:
obblighi compilativi del professionista sanitario
e profili di responsabilità”

LA CARTELLA CLINICA

La cartella clinica è uno strumento di lavoro per il medico che consente di ricordare e trasmettere ad altri sanitari delle informazioni a fini diagnostico-terapeutici; essa costituisce una verbalizzazione, ossia una registrazione delle notizie riguardanti il soggetto il cui fine ultimo si identifica nella tutela della salute del paziente.

Dunque essa rappresenta il mezzo più fedele in grado di documentare il decorso clinico di ogni paziente, delle decisioni assunte, degli interventi effettuati e quindi del comportamento dell'attività medica.

Le linee di guida del Ministero della salute 17 giugno 1992 "*la compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera istituita ex DM 28.12.1991*" definisce la cartella clinica come "lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero. Ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero episodio di ricovero del paziente nell'istituto di cura: essa, conseguentemente, coincide con la storia della degenza del paziente all'interno dell'ospedale. La cartella clinica ospedaliera ha così inizio al momento dell'accettazione del paziente in ospedale, ha termine al momento della dimissione del paziente dall'ospedale e segue il paziente nel suo percorso all'interno della struttura ospedaliera."

Tra le più suggestive definizioni vi è quella fornita dall'American Hospital Medical Record Association, che definisce la cartella clinica come "... the who, what, why, when and how of patient care during hospitalization", cioè un documento nel quale sono annotati i dati anagrafici del paziente (who), la storia clinica ed il motivo del ricovero (what), l'iter diagnostico, il trattamento ed il risultato (why, when, how) di un episodio di ricovero.

Natura Giuridica – Atto Pubblico

- Cass pen del 21 giugno 1963, n° 1859
(sicuro elemento probatorio)
- Cass pen del 18 gennaio 1967 n°1382
(fonte autonoma di prova)
- Cass pen sez V 17 dicembre 1992

Natura Giuridica – Atto Pubblico

- Art. 2699 cc: L'atto pubblico è il documento redatto con le richieste formalità da un notaio o da un altro pubblico ufficiale autorizzato, ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto è firmato
- In penale: atti formati da un pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, per uno scopo di diritto pubblico inerente all'esercizio della propria funzione o servizio.

Atto di fede privilegiata

Atto pubblico redatto nelle forme di legge, che è redatto da un pubblico ufficiale o alla presenza di questi, soggetto cui la legge riconosce una potestà certificativa speciale, che contiene tutto quello che al pubblico ufficiale viene riferito da terzi o che egli stesso attesti come detto o accaduto.

In definitiva, quale che sia il valore giuridico attribuito alla cartella clinica, si tratta di un documento che riceve tutela penale e che assume eccezionale valore probatorio.

Elevata tutela giuridica

Articolo 589 cp - Omicidio colposo

Chiunque cagiona per colpa la morte di una persona
e' punito con la **reclusione da sei mesi a cinque
anni**

mentre

La tutela di un atto pubblico e pertanto della c.c.
risulta maggiore, proprio in virtù della posizione di
chi la compila e della volontà, che in caso di
omissione risulta di tipo dolosa.

Art. 476. **Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici.** Il pubblico ufficiale [c.p. 357], 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 [c.c. 2700, 2702; c.p.c. 221, 227], la reclusione è da tre a dieci anni [c.p. 31, 32, 492, 493; c.n. 1134];

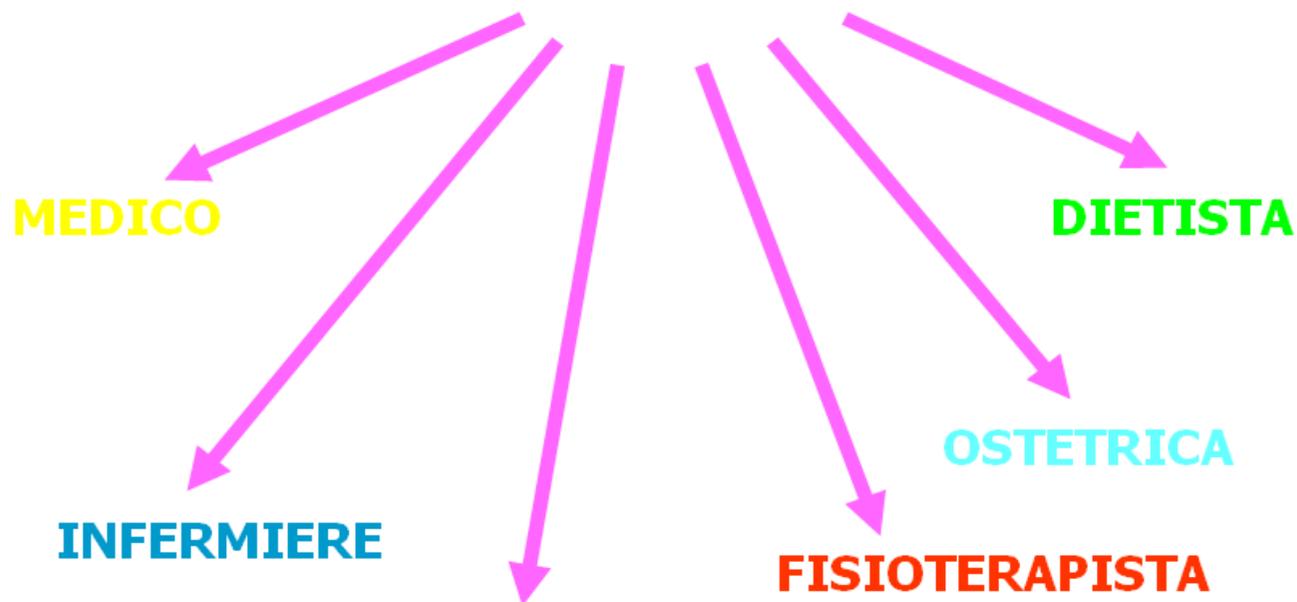
Art. 479. **Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici.**

Il pubblico ufficiale [c.p. 357], che, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni [c.p. 482], 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

La Cartella INTEGRATA

- STRUMENTO DI UN LAVORO DI EQUIPE
- STANDARDIZZA E UNIFORMA IL LINGUAGGIO TRA GLI OPERATORI
- PERMETTE UNA CONTINUITA' ASSISTENZIALE
- MIGLIORA LE PRESTAZIONI

VISIONE MULTIDISCIPLINARE DELL' ASSISTENZA



COMPILAZIONE

RIFERIMENTI

R.D. 30 settembre 1938 numero 1631 art. 24

D.P.R. 27 marzo 1969 numero 128 art. 2 – 7

D.P.R. 14 marzo 1974 numero 225 (abrogato dalla legge 42/99)

Codice di deontologia medica

Art. 26

- Cartella clinica-

La cartella clinica delle strutture pubbliche e private deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre ad ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate.

La cartella clinica deve registrare i modi e i tempi delle informazioni nonché i termini del consenso del paziente, o di chi ne esercita la tutela, alle proposte diagnostiche e terapeutiche; deve inoltre registrare il consenso del paziente al trattamento dei dati sensibili, con particolare riguardo ai casi di arruolamento in un protocollo sperimentale.

Codice deontologico infermieri

4.6. L'infermiere assicura e tutela la riservatezza delle informazioni relative alla persona. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è pertinente all'assistenza.

4.7. L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi.

4.8. L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come risposta concreta alla fiducia che l'assistito ripone in lui.

REQUISITI

FORMALI

SOSTANZIALI

REQUISITI FORMALI

- Intelleggibilità della grafia
- Descrizione della epicrisi
- Precisazione fonte anamnesi
- Modalità di acquisizione del consenso
- Disposizione cronologica dei rilievi
- Correzione adeguata errori materiali

Intelligibilità

La intelligibilità della cartella, su cui qualche anno addietro si è espresso anche il Garante della Privacy (N. 165 del 31 marzo - 6 aprile 2003) con una motivazione che merita di essere ripercorsa:

"Se la cartella clinica è illeggibile per la grafia di chi l'ha redatta, deve essere trascritta in modo che le informazioni in essa contenute risultino chiare per il malato. La leggibilità delle informazioni è la prima condizione per la loro piena comprensione".

REQUISITI SOSTANZIALI

- **Veridicità**, che consiste nella conformità di quanto descritto dal medico (o da altro operatore sanitario) con quanto da lui constatato in modo obiettivo
- **Completezza**, **Rappresentatività**, che prevede la necessità di rappresentare una realtà clinica direttamente riferita al caso, e non alla tecnica impiegata, esclude una descrizione limitata ad una dizione generica di un intervento medico o chirurgico.

RAPPRESENTATIVITA'

Sono da considerare del tutto insufficienti espressioni come:

- Erniectomia L4-L5 con emilaminectomia;
- Artroprotesi di anca con protesi x;
- Osteosintesi con vite – placca x, o chiodo endomidollare Y
- Taglio cesareo sec Stark che risulta tipico nei suoi tempi e modi

Questi esempi mancano di qualsiasi riferimento esplicito alle caratteristiche specifiche dell'azione compiuta, che devono identificare quell'atto particolare.

REQUISITI SOSTANZIALI

- **Chiarezza**, che consiste nel redigere l'attestazione scritta in modo esattamente e compiutamente comprensibile
- **Contestualità**, Tempestività, che prevede che *"Il fatto clinico registrato nella cartella deve essere annotato in modo coevo al suo verificarsi"* (Cass. Pen., Sez. V, 11 novembre 1983, n° 476)

CONTESTUALITA'

La contestualità tra verbalizzazione ed evento si ritiene possa realizzarsi nei limiti di tempo compatibili con la riflessione clinica, con le situazioni contingenti e, comunque, in pendenza di ricovero, con il rispetto della sequenza cronologica della registrazione. E' da ritenere, quindi, contemporanea anche la registrazione che avviene qualche tempo dopo in relazione alle contingenze del caso clinico, alle attività di reparto e, in caso di informatizzazione, della organizzazione della immissione dei dati nel computer.

CONTESTUALITA'

La contestualità della registrazione va intesa in senso stretto in alcune obiettività che possono evolvere e cambiare in breve tempo; al riguardo la giurisprudenza ha espresso più volte la necessità di una registrazione rigorosamente contestuale, non postuma, per i "fatti clinici rilevanti".



		P.A. 130/90 ^{Ente 1000000} _{comprovato} - E 10 Adobanne h. 20	
		<u>INTERVENTO</u>	- fl. 20000 -
6.05	P.A. 105/90 h. 8.00		- Supplementum 1/200 h.
	h. 11. LAP PA 120/40 ore h.		- Supplementum 1/200 h.
h. 22 ³⁰ duress	h. 16.30 PA 130/80		- Supplementum 931/200 h.
700	h. 19.20 PA 100/60	^{h. 23.00/200 1000} ^{h. 23.00/200 1000} ^{h. 23.00/200 1000}	- Supplementum 200 200 h.
	PA 100/80 100/80		- fl. 20000 -
7.05	a h. 15.00 ^{comprovato} _{comprovato} ^{comprovato} _{comprovato} ch. ^{comprovato} _{comprovato} ^{comprovato} _{comprovato}		- Supplementum 931/200 h.
	d'acquisto ^{comprovato} _{comprovato} ^{comprovato} _{comprovato} 10000		

"Venuto a conoscenza del rinvenimento di una pinza di Kocher nell'addome di un paziente da lui operato, il primario di una divisione di chirurgia generale inserisce nella descrizione dell'atto operatorio in cartella clinica, dopo la frase "il programma operativo portato a termine con la usuale tecnica" le parole "vale a dire rivestendo il colon sinistro con l'omento tenuto fissato in sede da un Kocher perduto che verrà asportato in seguito con il secondo tempo". Ciò allo scopo di far risultare, come voluta e rispondente alla normale tecnica operatoria, la dimenticanza dello strumento nel corso dell'intervento chirurgico. L'annotazione postuma di un fatto clinico di rilevante impegno costituisce un falso materiale in atto pubblico" (Cass. Pen, 1983)

Cartelle cliniche difficili da consultare

- Quantità eccessiva e ridondante di dati
- Mancanza di un indice
- Mancanza di un sistema esplicito di ordinamento dei dati
- Duplicazione e moltiplicazione di cartelle (medica, infermieristica, anestesiologicala, riabilitativa, dietologica, etc).
- Fonti parallele e indipendenti di dati (diario clinico, esami, consegne, comunicazioni varie, etc)

- Raccolta dati per analogia (esami, consulenze, procedure, etc) e non per problema, fonte, data.
- Uso irrazionale di formati, simboli
- Scritture illeggibili
- Lista delle abbreviazioni e degli acronimi utilizzati mancante
- Lista delle firme e sigle dei professionisti mancante



Referto: Addevente pulmonar in prim
parte confluenti, al 3° Medio e superior
dei campi pulmonari (parte completa
di con E.P.)

(Edema Pulmonar)



IL DIRETTORE

Grafiche DIGIMAIL - Foggia

COME LIMITARE GLI ERRORI?

Le cartelle facili da consultare sono ordinate, essenziali, senza eccessivi elementi di distrazione (simboli, colori), senza definizioni gergali, abbreviazioni o salti logici, con un ordine definito (cronologico, consequenziale, per problemi, per categorie), standardizzate.

PRINCIPIO DELLA RINTRACCIABILTA'

Conservazione della cartella clinica

La Cartella Clinica, i resoconti radiologici, i referti diagnostici, le SDO, inseriti nella cartella stessa, devono essere conservati per un "tempo indeterminato" e pertanto per un periodo interpretabile come "illimitato".

La documentazione iconografica radiologica e di medicina nucleare (D.M. 14.02.1997) e, per analogia, ogni altro materiale diagnostico che sia stato sottoposto a trattamento conservativo, quali i preparati istologici o citologici (colorati o meno), le inclusioni in paraffina, nonché i tracciati, le fotografie, i filmati ed ogni altro materiale non deperibile che sia stato oggetto di diagnosi mediante refertazione, devono essere conservati per un periodo di almeno 10 anni.

Già con la legge Petraghiani del 1938, poi riconfermato col DPR 128/69 viene fatto carico al Primario e per quanto di competenza all'aiuto, la regolare tenuta delle cartelle cliniche e della loro conservazione sino alla consegna all'archivio centrale di cui è responsabile la Direzione sanitaria.

Il DPR 225/74 ricorda come è compito dell'infermiera professionale di conservare tutta la documentazione clinica sino al momento della consegna agli archivi centrali.

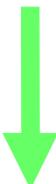
Va ricordato come in caso di smarrimento o di distruzione o comunque di cattiva gestione delle cartelle cliniche , la responsabilità di tali evenienze è imputabile alla amministrazione dell'ospedale in senso civilistico, mentre la persona fisica responsabile direttamente alla conservazione può incorrere in responsabilità di natura penale.

In mancanza di attuali chiare norme per la -custodia- della cartella clinica dalla sua compilazione (apertura) alla archiviazione (chiusura) che ne garantiscano sia l'integrità delle documentazione (non manomissione, non danneggiamento, non smarrimento) , sia l'accessibilità ai soli aventi diritto, rifacendosi a quanto previsto per la tutela della privacy per il trattamento dei dati sensibili il Direttore di ogni Unità operativa, individuato dall'Azienda quale incaricato, può delegare a propri collaboratori (medici e infermieri) il compito di curare la diligente custodia della cartella clinica e l'osservanza delle misure minime di sicurezza stabilite dal decreto legislativo 318/99 articolo 9 punto 4.

LEGGE nr 24/2017

Art 4. "...la direzione sanitaria della struttura pubblica o privata, entro sette giorni dalla richiesta da parte degli interessati aventi diritto, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi e a quanto previsto dal codice in materia di protezione dei dati personali... fornisce la documentazione sanitaria disponibile relativa al paziente, preferibilmente in formato elettronico; le eventuali integrazioni sono fornite, in ogni caso entro il termine massimo di trenta giorni dalla presentazione della suddetta richiesta..."

Cartella clinica e controllo di qualità



SCHEDE DI VALUTAZIONE E DI AUTOVALUTAZIONE



**MIGLIORAMENTO DELLA
DOCUMENTAZIONE
E DELL' ASSISTENZA
STESSA**



RISK MANAGEMENT



Qualità e sicurezza delle cure

Ricoveri ospedalieri: qualità delle cartelle cliniche



Cosa facciamo

Monitoriamo i controlli eseguiti annualmente dalle Regioni sulle cartelle cliniche delle proprie strutture ospedaliere per verificare la congruenza tra cartella clinica e relativa SDO e l'appropriatezza del ricovero ospedaliero.

Registriamo i provvedimenti attivati dagli organismi di governo regionale per promuovere l'appropriatezza del *setting* assistenziale in cui erogare le prestazioni sanitarie



Perché è utile alla tua salute

Il controllo fornisce elementi utili per il miglioramento della appropriatezza dell'assistenza sanitaria



In cifre

Esaminiamo i 21 report che regioni e province autonome inviano ogni anno, che riguardano sia i controlli sul 10 per cento delle cartelle cliniche di ogni struttura sanitaria, che i controlli su tutte le cartelle cliniche che riportano come motivo di dimissione le 108 prestazioni ospedaliere che devono essere effettuate in ambulatorio o in day hospital, senza passare più di un giorno in ospedale



CHECK DI AUTOVALUTAZIONE DELLA COMPLETEZZA		SI	NO	NA
FRONTESPIZIO E IDENTIFICAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA				
DATI ANAGRAFICI DELL'ASSISTITO				
CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI E AL DOSSIER SANITARIO				
INFORMATIVA E DICHIARAZIONI DI VOLONTÀ DELL'ASSISTITO				
PROPOSTA DI RICOVERO(ED ACCETTAZIONE)				
ANAMNESI				
ESAME OBIETTIVO				
DIARIO CLINICO				
CARTELLA INFERMIERISTICA /OSTETRICA				
SCHEDA VALUTAZIONE DOLORE				
SCHEDA VALUTAZIONE RISCHIO L.D.P.				
SCHEDA DI GESTIONE DEI DISPOSITIVI				
SCALA DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO CADUTE				
SCHEDA NUTRIZIONALE				
SCHEDA VALUTAZIONE RISCHIO TROMBOEMBOLICO				
SCHEDA UNICA DI TERAPIA				

	CHECK DI AUTOVALUTAZIONE DELLA COMPLETEZZA		
	SI	NO	NA
GRAFICA DEI PARAMETRI VITALI			
PRESCRIZIONI E RICHIESTE DI TRATTAMENTO/CONSULENZE			
REFERTI DEBITAMENTE SOTTOSCRITTI			
DOCUMENTAZIONE RELATIVA A SPERIMENTAZIONI CLINICHE			
CHECK-LIST DI SALA OPERATORIA			
VERBALE OPERATORIO			
DOCUMENTAZIONE ANESTESIOLOGICA			
SCHEDA DI REGISTRAZIONE TRASFUSIONE			
ETICHETTE SACCHE TRASFUSE			
RELAZIONI DI TRASFERIMENTO			
VALUTAZIONE FINALE			
LETTERA DI DIMISSIONE			
SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA(SDO) COMPILATA			
CORRISPONDENZA TRA NUMERO DI INTERVENTI/PROCEDURE INVASIVE/ANESTESIA/ EMOTRASFUSIONI E NUMERO DI CONSENSI			
OGNI ALTRO DOCUMENTO EMESSE IN OCCASIONE DELL'ITER DIAGNOSTICO TERAPEUTICO RELATIVO AL RICOVERO, COMPRESI ACCERTAMENTI E PRESTAZIONI ESEGUITI IN FUNZIONE DEL RICOVERO			

Check di Autovalutazione della Qualità

14	L'anamnesi è presente? (sempre) [non valutare cartella P.S.]	SI <input type="checkbox"/> SI= [quando è presente]	NO <input type="checkbox"/>	NON APPLICABILE □ A causa di
	p. m-1. 5			
14a	L'anamnesi è scritta in grafia leggibile? (sempre)	SI <input type="checkbox"/> [SI= quando è leggibile]	NO <input type="checkbox"/>	NON APPLICABILE [Se la 14 è no] □
	p. m-1. 3			
15	È presente l'esame obiettivo (EO)?	SI <input type="checkbox"/> SI= [quando è presente]	NO <input type="checkbox"/>	NON APPLICABILE <input type="checkbox"/> A causa di
	p. m-1. 5			
15a	L'EO comprende la valutazione dello stato di coscienza, di funzionalità dell'apparato respiratorio- cardiocircolatorio e la sede del problema (non valutare la cartella di P.S.)	SI <input type="checkbox"/> [SI= quando le quattro variabili sono soddisfate]	NO <input type="checkbox"/>	VALUTATO PARZIALMENTE <input type="checkbox"/> [Valutato ad eccezione di...]
	p. m-1. 4			
15b	L'esame obiettivo (EO) all'ingresso è firmato/signato? (sempre)	SI <input type="checkbox"/> [SI= quando si trova la firma/signa nella cartella del reparto]	NO <input type="checkbox"/>	VALUTATO PARZIALMENTE <input type="checkbox"/> [Quando presente solo sulla scheda del P.S.]
	p. m-1. 2			
15c	L'esame obiettivo all'ingresso è datato? (sempre)	SI <input type="checkbox"/> [SI= quando è presente la data]	NO <input type="checkbox"/>	NON APPLICABILE <input type="checkbox"/> [Se la 15 è no]
	p. m-1. 3			
15d	L'EO è leggibile? (sempre)	SI <input type="checkbox"/> [SI= quando è leggibile la scrittura da almeno uno dei due rilevatori]	NO <input type="checkbox"/>	NON APPLICABILE <input type="checkbox"/> [Se la 15 è no]
	p. m-1. 3			
16	Tutti i parametri vitali vengono rilevati?	SI <input type="checkbox"/> [SI = quando vengono rilevate la FR,FC,PA e T corporea]	NO <input type="checkbox"/>	VALUTATO PARZIALMENTE <input type="checkbox"/> [Valutato ad eccezione di.....]
	p. m-1. 4			
16a	Tutti i parametri vitali vengono rilevati quotidianamente?	SI <input type="checkbox"/> [SI= quando tale valutazione viene effettuata quotidianamente]	NO <input type="checkbox"/>	VALUTATO PARZIALMENTE [Non effettuata quotidianamente]
	p. m-1. 4			
17	Il dolore è valutato in cartella? (solo se è presente la scala di valutazione del dolore)	SI <input type="checkbox"/> [SI = se è riportata in cartella la scala del dolore]	NO <input type="checkbox"/>	NON APPLICABILE <input type="checkbox"/> [Se la 17 è no]
	p. m-1. 4			
17a	La valutazione del dolore è stata eseguita quotidianamente?	SI <input type="checkbox"/> [SI = quando è presente]	NO <input type="checkbox"/>	VALUTATO PARZIALMENTE <input type="checkbox"/> NON APPLICABILE [Se la 17 è no] □
	p. m-1. 3			

COME MIGLIORARE?

- Mantenere strutturata e costante l'attività di autovalutazione delle cartelle cliniche;
- Vagliare i report sintetici trasmessi alla struttura sull'andamento della compilazione della c.c.;
- Richiedere audit multidisciplinari;
- Possibilità di cambiare la modulistica per ottenere una maggiore conformità.



Responsabilità da cartella clinica “reticente”.

Trib. Venezia, Sez III Civile, 10 maggio 2004

" ... E' evidente che pretendere in capo al paziente la puntuale allegazione e la dimostrazione della specifica difformità tra la condotta del personale sanitario e non rispetto delle regole di comportamento dovute pare irrealizzabile non foss'altro che per la minore, se non scarsa possibilità di controllo della fonte del rischio. Per contro, pretendere dalla struttura sanitaria di documentare e conservare traccia di quanto effettuato appare, oltre che più ragionevole, anche in linea con l'art. 1218, da leggere in unione con l'art 1176 ... nella specie si trattava di imporre uno standard di documentazione semplicemente più articolato ..."

Cass, Sez. III Civ, n° 583, 13 gennaio 2005

" ... Peraltro, poiché la cartella clinica relativamente ad una partoriente deve contenere detti dati, la mancanza degli stessi si risolve in omissione imputabile al medico nella redazione della cartella clinica."

Cass Civ. Sez III, 13.9.2000, n.12103
Cass Civ. Sez III 8.8.2000 n. 10414

Inoltre la possibilità che la morte del paziente sia intervenuta per altre cause, diverse da quelle diagnostiche ed inadeguatamente trattate, le quali non sia stato tuttavia possibile accertare neppure dopo il decesso in ragione di una difettosa tenuta della cartella clinica o della mancanza di adeguati riscontri diagnostici (anche autoptici), non vale ad escludere il nesso eziologico tra la condotta colposa dei medici in relazione alla patologia accertata e la morte, ove risulti l'idoneità di tale condotta a provocarla

Cass. Civ. III Sez, 8.9.1998, n.8875

Il caso riguarda una neonata che, nel corso del parto, aveva riportato la frattura dell'omero destro e lesioni del plesso brachiale di sinistra, con conseguenti menomazioni. Tralasciando la parte circa l'appropriatezza o meno delle manovre effettuate durante il parto, la Corte si esprime in merito alla compilazione della cartella clinica.

"... la cartella clinica non aveva consentito ai consulenti di ricostruire le concrete modalità di andamento del parto e dell'assistenza prestata dal personale sanitario. In una situazione siffatta, è possibile presumere che le attività che altrimenti vi sarebbero state documentate siano state omesse e comunque la mancata segnalazione, nella cartella clinica, di manifestazioni cliniche rilevanti, di trattamenti medicamentosi e di atti operativi, è indice di un comportamento assistenziale costantemente negligente ed imperito. Le irregolarità e deficienze della cartella clinica denotavano per sé un corrispondente comportamento di assistenza al parto manchevole e negligente, segno di un impegno mediocre e disatteso, fonte certa di responsabilità, perché avevano influito in modo determinante sull'insuccesso medico nelle fasi del parto. Ma ad analoga conclusione si perveniva quando si valutavano le specifiche, concrete attività svolte dal personale sanitario che aveva assistito al parto..."

Cass. Sez. III Civ, 23 maggio 2003, n° 11316

*"... per omessa, insufficiente e contraddittoria motivazione laddove aveva ritenuto che le **vistose omissioni e contraddizioni della cartella clinica e del certificato di assistenza al parto non potessero assurgere, neppure a livello indiziario, a prova dei fatti causativi del danno lamentato e, in particolare, delle asserite complicazioni che si sarebbero verificate durante il parto. Era stato in tal modo disatteso il principio, enunciato in materia di valutazione dell'esattezza della prestazione medica da Cass. n. 12103 del 2000, che le omissioni imputabili al medico nella redazione della cartella clinica rilevano come nesso eziologico presunto, atteso che l'imperfetta compilazione della stessa non può, in via di principio, ridondare in danno di chi vanti un diritto in relazione alla prestazione sanitaria ..."***

La Cassazione richiama la propria **sentenza n° 12103/2000**, secondo cui non può, in sostanza, tradursi in pregiudizio del paziente, la imperfetta compilazione della c.c. (atto di esclusiva competenza del sanitario), nel caso in cui ne derivi l'impossibilità di trarre utili elementi di valutazione sulla condotta del medico.

Cass. Sez. III Civ, 23 maggio 2003, n° 11316

A tale riguardo la Cassazione afferma che la carente compilazione della cartella clinica e del certificato di assistenza al parto non può mai andare a pregiudizio del paziente. Pertanto, nel caso in cui dalla cartella non correttamente redatta non sia possibile trarre utili elementi di valutazione della condotta del medico, il giudice - ed è questo il punto nodale - potrà fare ricorso "a presunzioni logiche" come fonti di prova.

Cass. Sez. III Civ, 23 maggio 2003, n° 11316

Quando dalla cartella clinica non è possibile stabilire quale siano stati il processo diagnostico-terapeutico attuato dal medico e il decorso della malattia, il giudice legittimamente, attraverso le presunzioni, può risalire a quella che presuntivamente fu il comportamento positivo oppure omissivo del sanitario e al decorso della patologia.

In buona sostanza, questa sentenza della Cassazione viene a sancire, con molta severità, un comportamento del medico ritenuto "non conforme a scienza e coscienza" sulla scorta di indicazioni probatorie presuntive e non certo in base ai dati obiettivi. E tutto perché la cartella clinica non era stata compilata nel modo dovuto.

Cass. Pen. Sez. V, n° 22694/2005

Affronta, in un caso di pertinenza ostetrica, la questione della **falsità nelle attestazioni in cartella clinica.**

Il fatto si riferisce ad un sanitario, "ritenuto colpevole di falso ideologico per aver effettuato un intervento di amniocentesi descrivendolo nella cartella clinica come "*Amniocentesi T.A. ecoguidata: si estraggono 15 ml. di L.A. limpidi*", mentre aveva effettuato un primo prelievo, risultato nettamente ematico, del quale non veniva fatto alcuna menzione". Attraverso tale sentenza aveva proposto ricorso il difensore del sanitario, sostenendo la irrilevanza del dato non annotato (primo prelievo a contenuto francamente ematico) ai fini del successivo svolgersi dei fatti (morte del feto).

Cass. Pen. Sez. V, n° 22694/2005

I medici che effettuano l'amniocentesi hanno l'obbligo di annotare nella cartella clinica tutti i prelievi di liquido amniotico effettuati, compresi quelli "andati male" che sono da ripetere. La Cassazione conferma la condanna inflitta a un **dottore ... colpevole di non aver segnalato sulla cartella di una paziente in gravidanza che il primo prelievo era stato ematico, segnalando solo il secondo andato a buon fine.** La donna aveva perso il bambino.

Cass. Pen. Sez. V, n° 22694/2005

Il medico interrogato si era difeso sostenendo che era "prassi" annotare soltanto i prelievi riusciti. Di qui il processo e la condanna per falso ideologico. Per il sanitario era irrilevante annotare il primo prelievo ematico per la sua inutilità ai fini dell'indagine genetica e perché non aveva comportato l'aumento dei rischi connessi all'operazione. La Suprema Corte invece afferma che *"nel caso di amniocentesi, intervento particolarmente delicato per i rischi connessi, dato clinico rilevante è anche quello costituito da un prelievo ematico, che, pur se ininfluenza ai fini dell'indagine genetica cui l'intervento mira, acquista indubbia valenza alla luce delle conseguenze che ne possono derivare. Il trauma fetale da puntura anche se ritenuta evenienza molto rara da quando la procedura di amniocentesi è guidata dall'ecografia, è pur sempre possibile"*.

Cass. Pen. Sez. V, n° 22694/2005

Il medico è pertanto tenuto a documentare le attività compiute delle quali si "assume la paternità". Concludono i Giudici che la cartella clinica 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*".

Cass. Pen. Sez. V, n° 35167/2005

Nasce dalla condanna di un medico ritenuto responsabile di **falso materiale in atto pubblico** per avere alterato, mediante cancellazione con correttore e riscrittura, la cartella clinica di un paziente in alcuni dei punti contenenti l'indicazione degli accertamenti e delle terapie cui lo stesso era stato sottoposto dopo un intervento chirurgico.

IN CONCLUSIONE

La cartella clinica assume quindi un ruolo importante nel contenzioso medico – legale, quale utile testimonianza per:

- lo stato anteriore (stati patologici, trattamenti preesistenti, ecc.)
- il trattamento disposto (percorso diagnostico, terapie suggerite, terapie scelte con il pz., risultati ottenuti, ecc.)
- gli interventi successivi (re-interventi, completamento di terapie interrotte, ecc.)
- gli interventi disposti da altri sanitari (completamento di piani terapeutici compositi, terapia di mantenimento, semplice successione di più operatori sanitari, ecc.).

IN CONCLUSIONE

In una prospettiva di ampliamento della tutela delle vittime di malpractice, deve riconoscersi la responsabilità medica tutte le volte che dalla difettosa compilazione della cartella clinica derivi la impossibilità di trarre utili elementi di valutazione in ordine all'accertamento della causa dell'evento.