

Analisi delle responsabilità del coordinatore nella gestione della documentazione assistenziale, aspetti giuridici, deontologici e operativi

Giorgio Cattaneo
Direzione Medica P.O. Garbagnate M.

Rho 28/10/2016

Garbagnate M. 4/11/2016



Cartella clinica: definizioni

Il fascicolo nel quale si raccolgono i dati anamnestici e obiettivi riguardanti la persona ricoverata, quelli giornalieri sul decorso della malattia, i risultati ed infine la diagnosi della malattia che ha condotto la persona in ospedale
(Guzzanti - Tripodi 1966)

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
(Ministero della Sanità 1992)

Cartella clinica: definizioni

- L'incartamento o documentazione riguardante la malattia di una persona ricoverata in una clinica o in un ospedale, e contenente i dati relativi all'esame clinico, alle ricerche diagnostiche espletate, alla diagnosi formulata, alle cure istituite e all'evoluzione della malattia durante il periodo di degenza (Treccani 1994)
- 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 a ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate (Codice di Deontologia Medica, 2006, art. 26).

Cartella clinica: definizioni

Insieme di documenti in cui è registrato da medici e infermieri un complesso di informazioni (anagrafiche, sanitarie, sociali, ambientali, giuridiche) su un paziente, per rilevare ciò che lo riguarda in senso diagnostico e/o terapeutico, anche in tempi successivi, per predisporre interventi sanitari, poterne fruire per indagini di natura scientifica, statistica, medico-legale e per l'insegnamento» (Monza et al, 2005).

Cartella clinica: definizioni

Fascicolo che, per ogni episodio di ricovero, consta di una pluralità di documenti recanti informazioni relative alla persona assistita e alle attività clinico assistenziali poste in essere da personale a ciò abilitato.

*MANUALE DELLA CARTELLA CLINICA REGIONE LOMBARDIA
(Direzione Generale 2° Edizione 2007)*

Cartella clinica: definizioni

La cartella clinica è il principale strumento di lavoro comune a varie figure professionali che intervengono sul paziente, finalizzato alla realizzazione del progetto di cura.

La cartella infermieristica

La cartella infermieristica è lo strumento mediante cui l'infermiere documenta il processo di assistenza infermieristica, in particolare la pianificazione dell'assistenza e la sua attuazione.

MANUALE DELLA CARTELLA CLINICA REGIONE LOMBARDIA
(Direzione Generale 2° Edizione 2007)

La cartella infermieristica

- E' sempre entrata a far parte della cartella clinica tradizionale tutta la documentazione scritta, che, a qualsiasi titolo, era redatta in ospedale in relazione ad un dato soggetto.
- E' sorta la concezione della cartella clinica e della "cartella" infermieristica, logopedica, riabilitativa etc. come realtà separate.
- E' prospettata l'adozione dell'aggettivo "integrata" per completare il concetto di cartella clinica.

La cartella infermieristica

La **tracciabilità** consiste nel tenere traccia di dati inerenti ad atti compiuti, decisioni adottate, fatti riscontrati; per rintracciabilità, per contro, la possibilità di conoscere quanto accaduto, anche a distanza di tempo, ricostruendo le attività e risalendo agli esecutori.

Firme e sigle riconoscibili

La cartella infermieristica

La chiarezza riguarda sia la grafia sia l'esposizione. Il testo deve essere facilmente leggibile dagli operatori che utilizzano la cartella, senza ingenerare incertezze.

L'esposizione non deve dare adito a interpretazioni difformi. L'uso di sigle è possibile purché conformi a standard nazionali, internazionali o ufficialmente approvati dall'ospedale.

L'art. 10, comma 6 del Codice della privacy (Dlgs 196/2003), dispone che la comunicazione dei dati sia effettuata in forma intelligibile anche attraverso utilizzo di grafia comprensibile.

La cartella infermieristica

Accuratezza e appropriatezza: Le descrizioni dovrebbero conformarsi al linguaggio tecnico professionale corrente.

Laddove possibile, si consiglia di riferire innanzitutto i dati oggettivamente apprezzabili e a seguire, deduzioni e considerazioni.

Deve rendere conto di tutto quanto avvenuto.

Particolarmente rilevante la documentazione del percorso clinico-assistenziale.

La cartella infermieristica

Attualità: Gli eventi devono essere registrati contestualmente al loro verificarsi o nell'immediato seguito.

Rilevanza che tale requisito assume per la sicurezza del paziente solo una tempestiva disponibilità di informazioni può permettere, in correlazione con le effettive condizioni dell'assistito, di assumere decisioni appropriate.

La cartella infermieristica

Pertinenza: I dati riportati in documentazione sanitaria, nel rispetto di quanto stabilito all'art. 11 del DLgs 196/2003 – Codice della privacy – devono essere “pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti o successivamente trattati”.

L'Autorizzazione del Garante 2/2007, al punto 4 precisa che «i dati che, anche a seguito di verifiche, risultano eccedenti o non pertinenti o non indispensabili non possono essere utilizzati, salvo che per l'eventuale conservazione, a norma di legge, dell'atto o del documento che li contiene.

La cartella infermieristica

Completezza: La cartella infermieristica è completa quando in essa risultano presenti tutti i documenti costitutivi suoi propri.

La completezza può coincidere con la chiusura del ricovero ma non necessariamente, allorché referti di indagini eseguite in corso di degenza pervengano solo in un tempo successivo alla dimissione.

Ogni struttura di ricovero dovrebbe adottare procedure per controllare la completezza della cartella sia durante il ricovero sia al termine dello stesso; a tal fine può essere utile approntare un elenco di tutti i documenti che dovrebbero esservi presenti.

La cartella infermieristica

Veridicità: Dati riguardanti elementi oggettivi (segni clinici, indici biologici, attività eseguite ecc.) devono essere riportati secondo verità.

Errore: inesatta rappresentazione della realtà per svista (materiale), erroneo giudizio (valutativo) es. SX e DX

Falso: è tutto ciò che è contrario al vero, ma che si presenta in modo tale da sembrare vero

Falso materiale

Falso materiale: in quanto esclude la genuinità del documento, può presentarsi in due forme:

contraffazione, che si ha quando il documento è redatto da persona diversa da quella che appare esserne l'autore;

alterazione, che si ha quando al documento, redatto da chi vi appare autore, siano state apportate modificazioni di qualsiasi specie successivamente alla redazione

(aggiunte, cancellature)

art. 476 cp ... Il pubblico ufficiale (in questo caso, l'incaricato di un pubblico servizio) 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.

Falso ideologico

Falso ideologico, invece, si ha in ogni caso in cui il documento, non contraffatto né alterato, contiene dichiarazioni menzognere.

L'art. 479 c.p., invece, punisce il pubblico ufficiale (e l'incaricato di un pubblico servizio) 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'art. 476 (da uno a sei anni).

SENTENZA

Nei reati di falso è sufficiente la sola coscienza e volontà dell'alterazione del vero, indipendentemente dallo scopo che l'agente si sia proposto e anche se sia incorso nella falsità per ignoranza o per errore, cagionato da una prassi o per rimediare ad un precedente errore.

LA CORTE SUPREMA DI CASSAZIONE QUINTA SEZIONE PENALE
sentenza 16.06.2005 n. 22694

La cartella infermieristica

- *Oggi si ritiene che la documentazione infermieristica, secondo la nuova normativa, può essere definita **un atto pubblico**, perché fa parte integrante della cartella clinica che da sempre è stata considerata da una parte della dottrina, anche in accordo con numerose pronunce della Corte di cassazione, **un atto pubblico di fede privilegiata**. (Barbieri G. e Pennini A Le responsabilità dell'infermiere Carocci, Roma)*

Natura giuridica

C.C. 2699. Atto pubblico. — L'atto pubblico è il documento redatto, con le richieste formalità, da un **notaio** o da altro **pubblico ufficiale** autorizzato ad attribuirgli **pubblica fede** nel luogo dove l'atto è formato.

Pubblica fede: attestazione da parte di un pubblico ufficiale della veridicità dei fatti svoltisi innanzi a lui.

Natura giuridica

Atto pubblico, agli effetti penalistici, è più ampio di quello del codice civile [v. **c.c. 2699, 2700**], dovendo rientrare in esso non solo quei documenti redatti, con le debite formalità, da un notaio o da un altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede, ma anche i documenti formati dal pubblico ufficiale o dal **pubblico impiegato incaricato di un pubblico servizio** e compilati, con le debite formalità, per uno scopo di diritto pubblico, inerente all'esercizio della propria funzione e del pubblico servizio, al fine di comprovare un fatto giuridico o di attestare fatti da lui compiuti o avvenuti in sua presenza ed aventi rilevanza giuridica (Cass. 17-7-1990, n. 10414).

sono atti pubblici ai fini penali:

- a) tutti gli atti pubblici che sono tali per il diritto civile [v. c.c. 2699, 2700];
- b) tutti gli atti interni dei pubblici uffici, quando hanno attitudine ad assumere carattere probatorio e rilevanza esterna ai fini della documentazione di fatti inerenti all'attività spiegata ed alla regolarità delle operazioni amministrative dell'ufficio pubblico cui i loro autori sono addetti

sono atti pubblici ai fini penali:

(es.: pareri; registri del portalettere per le ricevute dalle raccomandate, fogli e registri di raccolta delle firme di presenza dei dipendenti di un ente pubblico): essi, cioè, costituiscono elemento di conoscenza a vantaggio della collettività;

- c) tutti gli atti in cui si concreta la corrispondenza ufficiale degli organi della pubblica amministrazione;
- d) tutti gli atti redatti dai pubblici impiegati incaricati di un pubblico servizio nell'esercizio delle loro attribuzioni.

Accesso alla documentazione sanitaria

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

Codice Deontologico dell'Infermiere

Articolo 28

L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come espressione concreta del rapporto di fiducia con l'assistito

326 C.P. Rivelazione ed utilizzazioni 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 di 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.

326 C.P. Rivelazione ed utilizzazione di segreti di ufficio.

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 di 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.

622 c.p. Rivelazione di segreto professionale.

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 trenta euro a cinquecentosedici euro.

La pena è aggravata se il fatto è commesso da amministratori, direttori generali, sindaci o liquidatori o se è commesso da chi svolge la revisione contabile della società. Il delitto è punibile a querela della persona offesa.

CODICE IN MATERIA DI PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI (D.lgs. 196/03)

Chiunque cagiona danno ad altri per effetto del trattamento di dati personali è tenuto al risarcimento ai sensi dell'articolo 2050 del c.c.

Inversione dell'onere della prova

Il titolare deve dimostrare di avere adottato tutte le misure idonee, **per ridurre al minimo il rischio di:**

- distruzione o perdita dei dati (anche accidentale);
- di accesso non autorizzato;
- di trattamento non consentito o non conforme alle finalità della raccolta.

Art. 328 del C.P. Omissione d'atti d'ufficio

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...omissis...

Omessa compilazione cartella

- responsabilità disciplinare.
- violazione dell'obbligo di diligente adempimento artt. 1218 c.c. (responsabilità del debitore) e 1176 (diligenza nell'adempimento).



C.C.1218. Responsabilità del debitore. — Il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al **risarcimento del danno**, se non prova che l'**inadempimento** o il ritardo è stato determinato da **impossibilità** della prestazione derivante da causa **a lui non imputabile**.

C.C. 1176. Diligenza nell'adempimento. — Nell'adempiere l'obbligazione il debitore deve usare la **diligenza del buon padre di famiglia**. Nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riguardo alla natura dell'attività esercitata.

Cosa scrivere?
Quanto scrivere?

SCRIVERE E DOCUMENTARE

cartella infermieristica
*(atto di fede privilegiato, valido
fino a prova contraria)*



SCRIVERE E DOCUMENTARE

Compilando la cartella infermieristica

***(atto di fede privilegiato, valido fino a
prova contraria);***

documentando tutti gli interventi eseguiti;

MAL PRACTICE

Responsabilità contrattuale

Nella responsabilità contrattuale
l'onere della prova si inverte.

Al danneggiato spetta solo l'onere
di dimostrare di avere
subito un danno

MAL PRACTICE

Al **convenuto** (professionista sanitario) spetta l'onere di provare di aver agito secondo le regole del contratto e che la mancata guarigione del paziente è dipesa da cause a lui non imputabili (art. 1218 cc: “il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno, se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile”).

MAL PRACTICE

- Il Sanitario deve dimostrare di avere bene agito.
- Che vi erano elementi oggettivi che indicavano quel determinato comportamento e intervento assistenziale
- che la procedura utilizzata risponde ad una pratica consolidata dell'assistenza infermieristica
- che è stata eseguita in modo tecnicamente corretto

Il Sole 24 Ore Sanità

Cartella clinica: vietato compilarla in ritardo

di Paola Ferrari

Commette omissione d'atti d'ufficio, previsto e punito dall'articolo 328 del Codice penale, comma 1, il primario responsabile del reparto, nella fattispecie ortopedico, che non compila e non controlla l'operato dei suoi collaboratori accettando l'imperfetta compilazione dei documenti clinici e il loro mancato inoltro, addirittura dopo anni, al servizio che si occupa del rilascio delle copie. Questa è l'opinione della VI sezione della Cassazione penale che nella sentenza n. 6075/2015 del 10 febbraio, pur annullando per avvenuta prescrizione il precedente di condanna della Corte d'appello di Catania, l'ha confermato nel merito ai fini civili.

La cartella clinica ha la funzione di garantire la compiuta attuazione del diritto alla salute, a prescindere dalla presenza di un'urgenza sanitaria conseguente alla prosecuzione del trattamento, posto che le conseguenze impreviste delle terapie somministrate ben potrebbero profilarsi a distanza di tempo e richiedere un immediato accertamento. Inoltre, il paziente che la richiede è titolare di un diritto alla ricezione tempestiva degli atti.

Conseguentemente, la cartella clinica deve essere sempre formata senza ritardo, risultando sempre funzionale a ragioni di sanità. Del resto, data l'ampiezza della tutela riconosciuta al diritto fondamentale alla salute dall'articolo 32 della Costituzione, oltre che la tutela del diritto alla privacy, non appare possibile limitare il diritto dell'interessato all'immediato rilascio all'ipotesi di prosecuzione delle cure, poiché l'utente non è tenuto a esplicitare le ragioni della sua richiesta. In quest'ottica, il primario che sovrintende al reparto diventa responsabile della tenuta dei documenti del reparto che sovrintende.

«La supremazia del paziente sul diritto alle informazioni che lo riguardano», afferma la sentenza, è un diritto «incondizionato e non deve essere sorretto dall'illustrazione della causale»

Quotidiano Sanità

Cassazione. Paziente muore per farmaco sbagliato. Confermata condanna per omicidio colposo a “infermiere coordinatore” che non aveva segnalato allergia riportata nell’anamnesi.

Il medico incaricato dell’anamnesi, in presenza dell’infermiere coordinatore, aveva segnalato un’allergia all’amoxicillina. Ma in reparto gli viene comunque prescritta e somministrata causandone il decesso. Per la Corte l’infermiere coordinatore aveva comunque l’obbligo di vigilare e segnalare l’errore essendo a conoscenza dell’allergia del paziente.

In primo grado entrambi gli infermieri vengono assolti. In appello viene assolta l'infermiera somministrante e condannato l'infermiere coordinatore in quanto la Corte di appello “ha evidenziato la concreta sussistenza di una “specifica posizione di garanzia” in capo all'infermiere coordinatore. Tale posizione di garanzia viene posta a tutela dell'incolumità del paziente, “tenuto conto, in particolare, della qualifica professionale di vertice rivestita dall'imputato, onerato di precisi doveri sinergici di organizzazione, di gestione, di sovrintendimento e di segnalazione”.

Sostanzialmente si è contestato all'infermiere coordinatore “la trascuratezza ...nell'omettere di procedere alle dovute segnalazioni ai fini della correzione degli errori contenuti nella documentazione clinica riguardante il paziente”.

A fronte, cioè dell'errore medico, il coordinatore aveva l'obbligo di “sottoporre a una nuova verifica, o a un più accurato controllo, detta documentazione clinica”. Omettere tale segnalazione significa violare “le regole imposte dall'arte infermieristica”.

Giustificazioni

1. mancata disponibilità materiale della cartella il giorno dell'intervento;
2. assenza del coordinatore dall'ospedale, "nei due giorni precedenti l'intervento"
3. somministrazione avvenuta in sala operatoria dove erano presenti altri due coordinatori.

La Suprema Corte

La Suprema Corte individua la fonte della responsabilità del coordinatore nella posizione di garanzia richiamando le leggi di abilitazione all'esercizio professionale (legge 42/99, profilo professionale ex DM 739/1994, legge 251/2000 e 43/20006) e gli obblighi costituzionali ex art. 3 e 32 Cost.

La “posizione di garanzia” si sostanzia nell’obbligo “giuridico che grava su specifiche categorie di soggetti previamente forniti degli adeguati poteri giuridici, di impedire eventi offensivi di beni altrui, affidati alla loro tutela per l’incapacità dei titolari di adeguatamente proteggerli” (Mantovani, 2001).

Con la posizione di garanzia si crea uno speciale vincolo tra il soggetto debole e il “garante”, tra chi, in questo caso l’infermiere, deve preservare da danni il paziente indicato come soggetto debole.

“Non sapevamo neanche quale orecchio operare” Così è morta Giovanna , gli anestesisti sotto accusa per il decesso della bambina “Troppe anomalie: il panico in sala e quel malore del chirurgo”

La Repubblica

Giovanna era sul lettino, già anestetizzata, il chirurgo aveva il bisturi in mano.

Ma non sapeva quale orecchio dovesse operare. «Il professor Magliulo era incerto, mi chiese di andare a chiedere informazioni ai genitori della paziente, che però non trovai», mette a verbale l'anestesista Pierfrancesco Dauri, uno degli indagati

per il caso di Giovanna Fatello, la bambina di 10 anni morta nella clinica romana “Villa Mafalda” il 29 marzo scorso durante un banale intervento al timpano. Dauri uscì dalla sala durante l'operazione e oggi è accusato, insieme al suo aiuto Federico Santilli, di «non aver prestato sufficiente e costante attenzione» ai parametri vitali segnalati sul monitor.

Dalle carte dell'inchiesta emergono molte “stranezze” e “contraddizioni”. Come quella del chirurgo che all'inizio **non era sicuro se operare l'orecchio destro oppure il sinistro,** tanto da essere costretto a individuare quello giusto usando l'otoscopio

Cassazione Civile Sez. 3 Sentenza Num. 7106 Anno 2016

Presidente: Annamaria Ambrosio

RITENUTO IN FATTO

- A seguito del decesso di C.P. - avvenuto il 30 agosto 1998 presso l'Ospedale di Carrara (dove il medesimo C. era stato ricoverato per un ictus cerebrale) a causa di un'iniezione di cloruro di potassio praticatagli dall'infermiera F.A. e disposta dal medico D.G ...

Il D. contestò la fondatezza della domanda e, in ogni caso, chiese ed ottenne di chiamare in causa F.A., allegandone la responsabilità per la morte del C., avendo ella materialmente praticato l'iniezione letale.

La F. si difese assumendo che aveva semplicemente eseguito la prescrizione del D., il quale, dopo l'iniezione, aveva poi corretto la relativa annotazione sulla cartella clinica;

Il giudice di primo grado ritenne responsabile il D. per aver prescritto l'iniezione endovenosa di cloruro di potassio "erroneamente... senza alcuna diluizione", là dove la necessità della diluizione indicata con correzione sulla cartella clinica era avvenuta solo dopo la morte del C.; escluse, però, la responsabilità della F. "in quanto mera esecutrice della prescrizione medica".

- Il giudice di appello reputava, invece, ammissibile il motivo di impugnazione attinente alla asserita responsabilità della F. per il decesso del C., assumendone la parziale fondatezza nel senso della corresponsabilità, unitamente a quella del medico, dell'infermiera, "per aver praticato una somministrazione di cloruro di potassio, non diluito in soluzione fisiologica, senza effettuare alcuna forma di controllo critico su quel che stava eseguendo".

LA CORTE

rigetta entrambi i ricorsi e compensa interamente le spese del presente giudizio di legittimità tra il ricorrente principale e la ricorrente incidentale. Ai sensi dell'art. 13, comma 1-quater, del DPR n. 115/02, dà atto della sussistenza dei presupposti per il versamento, da parte del ricorrente principale e della ricorrente incidentale, dell'ulteriore importo a titolo di contributo unificato pari a quello dovuto per il ricorso principale e per quello incidentale, a norma del citato art. 13, comma 1-bis.