

ANNO XXVI  
N° 1  
MARZO 2004

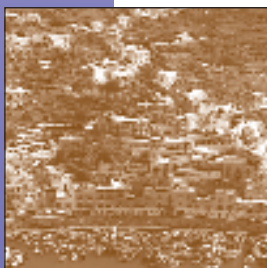
# Medicina

Bollettino dell'Ordine dei Medici Chirurghi  
e degli Odontoiatri della Provincia di Latina

# Pontina

Organo ufficiale di informazione dell'Ordine dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri della Provincia di Latina

Spedizione in A.P. - Tassa pagata 70% - D.C.B. Latina



LA CARTELLA CLINICA  
IN  
AMBULATORIO E IN OSPEDALE

*Direzione-Redazione-Amministrazione:*  
Piazza Celli, 4 – Tel. 0773/693665 Fax 489131  
04100- Latina  
E-mail: info@ordinemedicilatina.it

*Direttore Responsabile*  
ANTONELLA CASSIOLI

*Direttore Scientifico*  
ALFREDO CARADONNA

*Consiglio Direttivo*

Presidente	RIGHETTI GIOVANNI MARIA
Vicepresidente	CAVALLINI MARIO
Segretario	MILO PASQUALE
Tesoriere	NARDONI MARIA TERESA
Consigliere	ANGELINI FRANCESCO
Consigliere	BONELLI GIACOMO
Consigliere	BONFIGLIO NADIA
Consigliere	CARADONNA ALFREDO
Consigliere	CENSI ELISABETTA (odontoiatra)
Consigliere	DINIA GAETANO
Consigliere	GUARINO SILVERIO
Consigliere	LANZA GERARDO
Consigliere	LEONE DAVIDE (odontoiatra)
Consigliere	LUCCHESI ROBERTO
Consigliere	PASTORE ALDO
Consigliere	ROVACCHI GIUSEPPE
Consigliere	SPARAGNA ALESSANDRO

*Componenti non Consiglieri*  
*Commissione Albo Odontoiatri*  
MALLOZZI DOMENICO  
VISCA GIOVANNI

*Presidente Commissione*  
*Albo Odontoiatri*  
STAMEGNA LUIGI

*Collegio dei Revisori dei Conti*

Presidente	GATTI GIULIA
Membri effettivi	AMMENDOLA ERMINIA LAMBIASI ANTONELLA
Membro supplente	FRANCAVILLA ALESSANDRA

Impaginazione e stampa  
Arti Grafiche Kolbe - FONDI - Tel./fax 0771 50 22 96 r.a. - E mail ag.kolbe@tiscali.it

Aut. Trib. LT n° 324 del 16/02/1979

*La copertina: un'idea di Fulvio Di Pietro*

*Le opere riprodotte in questo numero sono del pittore Giuseppe Stefanelli di Latina*

Pag. 4	<p><b>PRESENTAZIONE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• “<i>Ombra, fumo, atomo, niente</i>”</li> </ul>
Pag. 8	<p><b>PRIMA DI TUTTO RICORDIAMOCI DELLA <i>PRIVACY</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n° 196 Codice in materia di protezione dei dati personali</li> <li>• Cartella clinica e diritto alla privacy. Danno esistenziale e danno morale: i limiti della medicina legale</li> <li>• La cartella clinica e la tutela di dati sensibili</li> <li>• Cartelle cliniche: vale il “<i>pari rango</i>”</li> <li>• Cartelle e perizie? Roba da generalisti</li> <li>• Responsabilità dell’archivio referti nel pubblico e nel privato. Sanzioni</li> <li>• Garante per la protezione dei dati personali - 26 marzo 2001</li> </ul>
Pag. 28	<p><b>ESAMINIAMO L’ATTIVITÀ AMBULATORIALE</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempi di conservazione dei “referti” di prestazioni ambulatoriali svolti in regime di libera professione o in accreditamento per conto dell’azienda sanitaria-datore di lavoro</li> <li>• Tempo di conservazione delle cartelle cliniche e delle cartelle ambulatoriali</li> <li>• Per i medici liberi professionisti operanti nei propri studi privati vige l’obbligo della cartella clinica?</li> <li>• Conservazione delle cartelle cliniche odontoiatriche</li> </ul>
Pag. 36	<p><b>CARTELLE CHE <i>INCASTRANO</i> E CARTELLE CHE <i>SALVANO</i>, MA, PRIMA DI TUTTO, <i>STRUMENTO DI COMUNICAZIONE TRA COLLEGHI</i></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medico e pubblico ufficiale</li> <li>• Quella cartella sottovalutata</li> <li>• Cartelle cliniche lacunose e illeggibili</li> <li>• La cartella clinica deve essere leggibile</li> <li>• Cartelle censurabili</li> <li>• Ed ecco la colpa presunta</li> <li>• La cartella clinica corretta è il salvagente del medico</li> <li>• La cartella clinica non ha valore di prova privilegiata rispetto ad altri elementi che i giudici devono valutare</li> <li>• Cartella clinica informatica - Punibile il falso</li> <li>• Consenso informato e cartella clinica</li> </ul>
Pag. 58	<p><b>LA CARTELLA CLINICA: STRUMENTO ANTICO CON UN LUNGO FUTURO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I medici e la scrittura: commenti su una storia senza fine</li> <li>• Un buon esempio di rapporto chirurgico in cartella clinica</li> <li>• La scatola nera</li> <li>• La cartella clinica</li> <li>• Cartella clinica, comunicazione tra medici</li> <li>• Un diario di bordo per la relazione tra paziente e personale sanitario: brevi note su un ulteriore utilizzo della cartella clinica</li> <li>• Progetto e sviluppo di un sistema informativo per la gestione di cartelle cliniche</li> <li>• Cartella clinica, Ict in campo</li> <li>• Cartella on line entro il 2010</li> <li>• E i medici spagnoli chiedono più sicurezza sui dati on line</li> </ul>

Pag. 5      *“Ombra, fumo, atomo, niente”*  
Alfredo Caradonna



G. Stefanelli,  
*Figura di donna*, 1990



## “OMBRA, FUMO, ATOMO, NIENTE”

Una buona raccolta dei dati, la loro intelligente sistematizzazione, la ricerca rapida ed efficace sono importanti presupposti della pratica medica odierna; in caso contrario, il proteiforme trattamento diagnostico-terapeutico, imposto dalle enormi possibilità e necessità sanitarie odierne, sommerge in modo più o meno asfissiante la possibilità di fare bene.

Caro collega ospedaliero, quanto è bella una cartella clinica ordinata, completa, leggibile: ti segue e ti suggerisce il da farsi nel decorso del ricovero del tuo paziente; rende visibile e ancora più apprezzabile il tuo faticoso lavoro; ti relaziona con i colleghi; rende evidente che hai fatto tutto, ma proprio tutto, quello che c'era da fare. E anche per te, collega ambulatoriale, specialista e generalista, i dati del tuo paziente debbono scaturire immediatamente e ordinatamente, non appena tu lo voglia. Se lavori già bene, il grado di soddisfazione sarà moltiplicato; anche perché solo tu, che conosci profondamente coloro che ti si sono affidati, hai la possibilità di estrarre facilmente notizie ed ipotesi, difficili, invece, a chi vede i tuoi assistiti per la prima volta.

L'ordinato fluire dei dati medici è come ascoltare una fuga di J.S. Bach, riconoscendone e seguendone le varie voci; è come ammirare le perfette forme femminili che il pittore Stefanelli ci ha donato per questo numero di *Medicina Pontina*. È un piacere che paga, altro se paga! In termini di serietà professionale, di immagine, di risultati, di rapporto con i tuoi colleghi e, non dimenticarlo, di sicurezza medico-legale. Non ti nascondere dietro ad un dito: un minimo di apprendimento informatico ti permetterebbe, inoltre, di sperimentare possibilità impensate. In effetti, ordinare, coordinare e recuperare, con qualsiasi mezzo, le notizie e le ipotesi, che la nostra bella professione ci offre continuamente, è, addirittura, un gesto artistico. E il medico, se è bravo, è anche un artista!

“*Ombra, fumo, atomo, niente*” era l'incipit della sacra rappresentazione “*L'eternità soggetta al tempo*”, messa in scena a Fossanova tanti anni fa da una compagnia di bravissimi artisti viennesi. Pensando a delle cartelle cliniche “*mal-formate*” e a *database* inesistenti all'interno di alcuni studi professionali (speriamo pochissimi!), mi sono venute in mente queste quattro parole: *l'ombra* deforma gli oggetti e li rende irricognoscibili; *il fumo* anebbia la vista e la mente; *l'atomo* è impercettibile; *il niente* non conta... niente! Dunque, il nulla e l'impalpabile non ti servirà, non ti metterà in relazione, non ti soddisferà e, ricorda, non ti difenderà!

Il nostro Ordine ti offre questo nuovo numero di *Medicina Pontina* per riflettere e approfondire queste tematiche, premettendo l'importante capitolo sulla *privacy* che, prima di essere un concetto codificato in una legge, vuol evidenziare il necessario rispetto per l'intimità del paziente;



non è altro che l'ampliamento e l'attualizzazione del ben più noto *segreto professionale*. L'impegno dell'Ordine in questo campo non è iniziato adesso, ma ha una lunga storia: il documento approvato dal Consiglio Direttivo il 6/3/2002 (*"Campagna di informazione sulla comunicazione medica"*) che, partendo dal Codice di Deontologia, dette l'avvio ad una serie di interventi al fine di *"...diffondere, in via prioritaria, tra gli Iscritti e tra i Direttori Sanitari dei Presidi Ospedalieri Pubblici e Privati Accreditati, un documento che ricordi i principi fondamentali per una corretta redazione delle ricette, dei certificati, delle cartelle cliniche, ecc., attraverso i mezzi di informazione a disposizione dell'Ordine..."*; *Medicina Pontina* se ne è ampiamente occupata nello *Speciale sulla Responsabilità Medica*; nell'ottobre 2002, a Formia, abbiamo discusso della *Cartella Clinica* in tutti i suoi aspetti; nel corso del 2003 sono stati organizzati ben trenta incontri *ECM "da Aprilia al Garigliano"* e, all'interno di questi, i temi oggetto della presente pubblicazione sono stati trattati ampiamente; la *Commissione di Disciplina* dell'Ordine riceve e analizza

## Presentazione

vari documenti medici di “basso profilo comunicativo” (diciamo così, per non dire “illeggibili ed incompleti”), intervenendo per segnalare, invitare al miglioramento e, quando necessario, per sanzionare. Quindi, *mon cher confrère*, anche di fronte a queste problematiche l’Ordine non ti lascia solo, ma ti offre tutto il suo appoggio, culturale e operativo.

*Ombra, fumo, atomo, niente* non sono assolutamente compatibili con la profonda ed impegnativa bellezza della nostra professione. Nemmeno nella provincia pontina: terra d’arte!

**Alfredo Caradonna**  
Direttore Scientifico  
di *Medicina Pontina*

## ***PRIMA DI TUTTO RICORDIAMOCI DELLA PRIVACY***



G. Stefanelli,  
*Oltre la finestra*, 2003

- Pag. 10 Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n° 196  
Codice in materia di protezione dei dati personali
- Pag. 12 Cartella clinica e diritto alla privacy. Danno esistenziale e danno morale:  
i limiti della medicina legale
- Pag. 15 La cartella clinica e la tutela di dati sensibili  
**Elena Terrosi Vagnoli**
- Pag. 18 Cartelle cliniche: vale il “pari rango”
- Pag. 20 Cartelle e perizie? Roba da generalisti
- Pag. 23 Responsabilità dell’archivio referti nel pubblico e nel privato. Sanzioni  
**Elena Terrosi Vagnoli**
- Pag. 24 Comunicazione del Garante per la protezione dei  
dati personali - 26 marzo 2001





## *IL-GIOVANE-PRIMARIO-A-CONTRATTO*

**I**parenti di *Pietro P.* sono ansiosamente in attesa fuori dell'ingresso del blocco operatorio; attorno a loro vari parenti di tanti altri *Pietro P.* Si apre il portone verdastro e il *giovane-primario-a-contratto* (di buona famiglia e di luminoso futuro), tutto vestito di verde, tutto sudato, tutto *salvatore*, tutto lui: “*Ci sono i parenti di Pietro P.?*” - “*Eccoci!*” esclamano trepidanti due giovani signore affogate tra una decina di teste. Il *giovane-primario-a-contratto*, allungando il collo (già lungo di suo), alzando i talloni sui suoi inseparabili ciabattoni operatori (già alti di loro), aumentando il volume della voce (già notevole di suo): “*Tutto a posto ... tolto il tumoraccio ... messo l'ano preternaturale ... sta di un bene ... tra un po' ve lo rimando in camera!*”

E no! Caro *giovane-primario-a-contratto* (di buona famiglia e di luminoso futuro), non ci siamo proprio!

Hai avuto ottimi maestri (ovviamente), sei un ottimo operatore (ovviamente), ricopri un ottimo posto (più che ovviamente), ma sei un incivile (purtroppo) e non hai capito che il medico, entrando nell'intimità fisica e spirituale delle persone, ne diventa automaticamente strenuo custode e difensore.

È una legge naturale e riportata su tutti i codici di Deontologia Medica che si sono succeduti negli anni: questo probabilmente lo sai. Forse non hai ancora capito, occupato come sei tra milze sanguinanti e pareti addominali beanti, che la diffusione di notizie riguardanti la sfera personale (e, addirittura, l'archiviazione sotto qualsiasi forma di tali notizie senza autorizzazione scritta) sono severamente sanzionate dalla legge italiana!

**A.C.**

## **DECRETO LEGISLATIVO 30 GIUGNO 2003, N.196**

Estratto da  
“Codice in materia di protezione dei dati personali”

### **Art. 92** *Cartelle cliniche*

Nei casi in cui organismi sanitari pubblici e privati redigono e conservano una cartella clinica in conformità alla disciplina applicabile, sono adottati opportuni accorgimenti per assicurare la comprensibilità dei dati e per distinguere i dati relativi al paziente da quelli eventualmente riguardanti altri interessati, ivi comprese informazioni relative ai nascituri.

Eventuali richieste di presa visione o rilascio di copia della cartella e dell'acclusa scheda di dimissione ospedaliera da parte di soggetti diversi dall'interessato possono essere accolte, in tutto o in parte, solo se la richiesta è giustificata dalla documentata necessità:

- a) di far valere o difendere un diritto in sede giudiziaria ai sensi dell'articolo 26, comma 4, lettera c), di rango pari a quello dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile;
- b) di tutelare, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile.

### **Art. 93** *(Certificato di assistenza al parto)*

1- Ai fini della dichiarazione di nascita il certificato di assistenza al parto è sempre sostituito da una semplice attestazione contenente i soli dati richiesti nei registri di nascita. Si osservano, altresì, le disposizioni dell'articolo 109.

2 - Il certificato di assistenza al parto o la cartella clinica, ove comprensivi dei dati personali che rendono identificabile la madre che abbia dichiarato di non voler essere nominata avvalendosi della facoltà di cui all'articolo 30, comma 1, del decreto del Presidente della Repubblica 3 novembre 2000, n. 396, possono essere rilasciati in copia integrale a chi vi abbia interesse, in conformità alla legge, decorsi cento anni dalla formazione del documento.

3 - Durante il periodo di cui al comma 2 la richiesta di accesso al certificato o alla cartella può essere accolta relativamente ai dati relativi alla madre che abbia dichiarato di non voler essere nominata, osservando le opportune cautele per evitare che quest'ultima sia identificabile.

## **Art. 94**

### ***(Banche di dati, registri e schedari in ambito sanitario)***

Il trattamento di dati idonei a rivelare lo stato di salute contenuti in banche di dati, schedari, archivi o registri tenuti in ambito sanitario, è effettuato nel rispetto dell'articolo 3 anche presso banche di dati, schedari, archivi o registri già istituiti alla data di entrata in vigore del presente codice e in riferimento ad accessi di terzi previsti dalla disciplina vigente alla medesima data, in particolare presso:

### **Art. 3** ***(Principio di necessità nel trattamento dei dati)***

I sistemi informativi e i programmi informatici sono configurati riducendo al minimo l'utilizzazione di dati personali e di dati identificativi, in modo da escluderne il trattamento quando le finalità perseguite nei singoli casi possono essere realizzate mediante, rispettivamente, dati anonimi od opportune modalità che permettano di identificare l'interessato solo in caso di necessità.

*(dal Decreto Legislativo 30 giugno 2003, n. 196)*

- il registro nazionale dei casi di mesotelioma asbesto-correlati istituito presso l'Istituto superiore per la prevenzione e la sicurezza del lavoro (Ispel), di cui all'articolo 1 del decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 10 dicembre 2002, n.308;

- la banca di dati in materia di sorveglianza della malattia di Creutzfeldt-Jakob o delle varianti e sindromi ad essa correlate, di cui al decreto del Ministro della salute in data 21 dicembre 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n.8 del 10 gennaio 2002;

- il registro nazionale delle malattie rare di cui all'articolo 3 del decreto del Ministro della sanità in data 18 maggio 2001, n. 279;

- i registri dei donatori di midollo osseo istituiti in applicazione della legge 6 marzo 2001, n. 52;

- gli schedari dei donatori di sangue di cui all'articolo 15 del decreto del Ministro della sanità in data 26 gennaio 2001, pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* n.78 del 3 aprile 2001.

## Giurisprudenza e professione medica

### **CARTELLA CLINICA E DIRITTO ALLA PRIVACY. DANNO ESISTENZIALE E DANNO MORALE: I LIMITI DELLA MEDICINA LEGALE**

Il problema tanto annoso quanto ancora irrisolto della tutela dei dati anagrafici e dei dati sensibili (patologie, sessualità) raccolti nella Cartella clinica è stato affrontato in maniera quanto meno sconcertante dalla Corte

Suprema nella sentenza:

**Cassazione, Sez. III penale, 21 giugno 2002, n. 27158, Pres. Sivignano, Est. Gentile.** Al marito di una donna, già ricoverata presso l'ospedale S. Antonio Abate di Marsala, ve-

#### **Art. 9 Segreto professionale**

Il medico deve mantenere il segreto su tutto ciò che gli è confidato o che può conoscere in ragione della sua professione; deve, altresì, conservare il massimo riserbo sulle prestazioni professionali effettuate o programmate, nel rispetto dei principi che garantiscano la tutela della riservatezza.

La rivelazione assume particolare gravità quando ne derivi profitto, proprio o altrui, o nocumento della persona o di altri.

Costituiscono giusta causa di rivelazione, oltre alle inderogabili ottemperanze a specifiche norme legislative (referti, denunce, notifiche e certificazioni obbligatorie):

- a) - la richiesta o l'autorizzazione da parte della persona assistita o del suo legale rappresentante, previa specifica informazione sulle conseguenze o sull'opportunità o meno della rivelazione stessa;
- b) - l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute dell'interessato o di terzi, nel caso in cui l'interessato stesso non sia in grado di prestare il proprio consenso per impossibilità fisica, per incapacità di agire o per incapacità di intendere e di volere;
- c) - l'urgenza di salvaguardare la vita o la salute di terzi, anche nel caso di diniego dell'interessato, ma previa autorizzazione del Garante per la protezione dei dati personali.

La morte del paziente non esime il medico dall'obbligo del segreto.

Il medico non deve rendere al Giudice testimonianza su ciò che gli è stato confidato o è pervenuto a sua conoscenza nell'esercizio della professione.

La cancellazione dall'Albo non esime moralmente il medico dagli obblighi del presente articolo.

*(dal Codice di Deontologia Medica)*

niva rilasciata dal funzionario addetto copia della Cartella clinica relativa al periodo di degenza della donna stessa presso il Reparto di psichiatria, al dichiarato fine di produrre la documentazione sanitaria nella causa di separazione tra i coniugi intestata presso il Tribunale di Marsala. Il Tribunale di Trapani aveva pronunciato sentenza assolutoria perché all'epoca dei fatti non era in vigore l'art. 35 della legge

corrente nel reato. La Cassazione ha confermato l'assoluzione, in mancanza dell'elemento obiettivo del reato, affermando che nella fattispecie non ricorrono gli estremi del reato di cui all'art. 326 c. p., *posto che* la Cartella clinica, pur essendo atto contenente notizie riservate, non costituisca documento relativo a notizie d'ufficio destinate a rimanere segrete. La Cartella clinica, invero, previo consenso

### **Art. 10 Documentazione e tutela dei dati**

Il medico deve tutelare la riservatezza dei dati personali e della documentazione in suo possesso riguardante le persone anche se affidata a codici o sistemi informatici.

Il medico deve informare i suoi collaboratori dell'obbligo del segreto professionale e deve vigilare affinché essi vi si conformino.

Nelle pubblicazioni scientifiche di dati clinici o di osservazioni relative a singole persone, il medico deve assicurare la non identificabilità delle stesse.

Analogamente il medico non deve diffondere, attraverso la stampa o altri mezzi di informazione, notizie che possano consentire la identificazione del soggetto cui si riferiscono.

*(dal Codice di Deontologia Medica)*

675/1996 sulla tutela e il trattamento dei dati sensibili. Il PM proponeva ricorso per Cassazione, posto che il fatto doveva essere qualificato come *revelazione di segreto d'ufficio*, ai sensi dell'art. 326 c. p. nei confronti del funzionario ma anche del marito con-

dell'interessata o previa autorizzazione della competente autorità amministrativa o giudiziaria, può essere rilasciata a terzi per finalità legittime previste dall'ordinamento giuridico. Mancava quindi, nella specie, l'elemento obiettivo del reato di cui al-





l'art. 326 c. p., e il ricorso veniva così respinto.

Sentenze di questo tipo non possono non suscitare perplessità e malumore, specie in chi ha sempre saputo e insegnato che sulla Cartella clinica grava per il medico il segreto professionale trasferito sull'ufficio che custodisce e gestisce le Cartelle cliniche, e che il segreto d'ufficio può essere superato solo da una ordinanza dell'autorità giudiziaria o dal consenso scritto della persona cui la cartella si riferisce o di chi ne eserciti la tutela.

Non è intenzione dell'estensore di questa nota invadere problematiche giuridiche né addentrarsi nei meandri circostanziali riguardanti la fattispecie. Basta rilevare che la soluzione giurisprudenziale appare sconcertante sul duplice piano deontologico ed etico, anche perché i dati raccolti in car-

tella erano delicatissimi in quanto inerenti la salute mentale, e la diagnosi clinica serviva al marito per ottenere la separazione legale, traendone personale profitto (termine usato nel contesto dall'art. 622 c. p.).

Non è possibile né giusto andare oltre in un "*commento a sentenza*", che rischia di fondarsi su questioni *diverse* da quella trattata... ma un auspicio tuttavia è d'obbligo: che le norme relative alla tutela dei dati sensibili (legge 675/1996, D. L 30 luglio 1999, n. 302, pareri multipli del Garante) siano meglio conosciute, applicate e rispettate, e che sia finalmente emanato ed attuato quel Regolamento (una specie di testo unico) che viene da tempo passato di mano in mano (Ministero della Salute, Autorità garante, FNOMCeO) come un'autentica patata bollente...

## **Art. 11 Comunicazione e diffusione di dati**

Nella comunicazione di atti o di documenti relativi a singole persone, anche se destinati a Enti o Autorità che svolgono attività sanitaria, il medico deve porre in essere ogni precauzione atta a garantire la tutela del segreto professionale.

Il medico, nella diffusione di bollettini medici, deve preventivamente acquisire il consenso dell'interessato o dei suoi legali rappresentanti.

Il medico non può collaborare alla costituzione di banche di dati sanitari, ove non esistano garanzie di tutela della riservatezza, della sicurezza e della vita privata della persona.

**(dal Codice di Deontologia Medica)**

## LA CARTELLA CLINICA E LA TUTELA DI DATI SENSIBILI

Nelle more dell'approvazione del regolamento ministeriale sul trattamento dei dati sensibili dei pazienti, che costituisce il completamento della disciplina sulla privacy in ambito sanitario, una peculiare sentenza della **Corte di Cassazione, Sez. III penale, 21 giugno 2002, n. 30150**, relativa alla Cartella clinica rischia di vanificare l'intera struttura normativa posta dal legislatore a tutela della riservatezza quale diritto fondamentale dell'individuo e della collettività.

Il caso è ben noto e ne è stata data notizia in questa rubrica nel n. 2/2003 di *Professione*. La Sezione III della Corte di Cassazione ha respinto il ricorso del P. M. del tribunale di Trapani contro l'assoluzione di un marito che aveva convinto un impiegato dell'Ospedale civile di Milazzo a dargli copia della Cartella clinica della moglie senza l'autorizzazione della donna, per servirsene nella causa di separazione pendente davanti al Tribunale di Marsala, sfruttando a suo favore la situazione clinica della moglie ricoverata per un periodo nel reparto di psichiatria. L'esito del ricorso per Cassazione appare condivisibile, atteso che accogliere la contraria richiesta del P. M. avrebbe comportato la violazione di uno dei principi penalistici fondamentali, quello della successione di leggi penali ex art. 2 c. p., in base al quale sussiste l'irretroattività della norma penale più sfavorevole (in questo caso quella di cui all'art. 45 della legge 31 dicembre 1996, n. 675 così come modificata con successivo D. Lgs 30 luglio 1999, n. 282 non ancora vigente al momento del fatto).

Ciò che non appare assolutamente accettabile è il successivo svolgersi della motivazione della Suprema Corte laddove essa si spinge ad escludere la sussistenza della fattispecie delittuosa dell'art. 326 c. p. sulla base di una definizione di "Cartella clinica" non soltanto contraddittoria rispetto alle precedenti affermazioni della stessa Corte, ma anche pericolosamente foriera di confusione e lesiva dell'intero impianto normativo a tutela della privacy in ambito sanitario. Come è possibile, infatti, condividere l'affermazione secondo la quale «la cartella clinica, ... pur essendo atto inerente a notizie riservate, non costituisce





documento relativo a notizie di ufficio destinate a rimanere segrete»?

Già in passato, invero, la dottrina maggioritaria, in accordo con numerose pronunce della Suprema Corte, aveva definito la Cartella clinica quale atto pubblico di fede privilegiata con conseguente applicazione degli artt. 476 e 479 c. p. per il falso materiale ed ideologico nella previsione della pena più grave, l'eventuale responsabilità per omissione o rifiuto di atti di ufficio ex art. 329 c. p., ovvero per rivelazione di segreto d'ufficio ex art. 326 c. p.

Il bene giuridico tutelato, pertanto, era ed è quello del buon funzionamento della pubblica amministrazione che deve salvaguardare giuridicamente una situazione in forza della quale notizie relative allo stato di salute devono essere conosciute solo da una persona (il titolare dei dati) o da una cerchia ristretta di persone. Se trasliamo questo concetto in ambito sanitario, ben si comprende come la tutela del segreto professionale ex art. 622 attiene a tutto ciò che non è comunemente noto, che fa ragionevolmente parte dell'intimità dell'individuo, del suo modo di vivere e del suo modo di essere non ovviamente palesi, non destinati comunque all'altrui comune conoscenza, di cui il sanitario abbia notizia a motivo della sua attività professionale che palesemente si identifica con quanto generalmente riportato nella Cartella clinica. Se pertanto sussiste innegabilmente un obbligo del sanitario a non rivelare quanto a sua conoscenza ed ovviamente documentato e segretato in Cartella clinica, non appare legittima l'esclusione del reato di cui all'art. 326 c. p. che rappresenta una ipotesi differente soltanto per quello che riguarda la qualifica di pubblico ufficiale del soggetto attivo.

Accettando l'interpretazione della Corte di Cassazione si rischia di trasformare l'istituto del segreto professionale in un mero "guscio vuoto", mettendo in pericolo il rapporto fiduciario che sta alla base del binomio medico-paziente; inoltre, non avrebbe ragione di esistere il dettato di cui agli artt. 23 e ss. della legge n. 675/1996 il quale, sopperendo alle troppo spesso denunciate lacune

**Art. 17**  
**Rispetto dei diritti del cittadino**

Il medico nel rapporto con il cittadino deve improntare la propria attività professionale al rispetto dei diritti fondamentali della persona.

*(dal Codice di Deontologia Medica)*

e distorsioni della disciplina penalistica, ha predisposto un sistema nel quale solo in presenza di condizioni specifiche (consenso dell'interessato, autorizzazione del Garante, ecc.) viene meno il diritto del singolo alla riservatezza in favore dell'interesse della collettività. In tal modo si riconosce soltanto al titolare del diritto e ad un organismo istituzionale dotato di imparzialità e competenza la possibilità di palesare, divulgare, spogliare del connotato di segretezza un atto ufficiale, quale la Cartella clinica che non può che essere tale, vista la natura dei dati assolutamente sensibili in essa contenuti.

**Elena Terrosi Vagnoli**

Dottore di Ricerca in Deontologia ed Etica Medica  
Università degli Studi di Siena



## **CARTELLE CLINICHE: VALE IL “PARI RANGO”**

Si può avere accesso ai dati sulla salute solo se il diritto che si intende far valere è di “pari rango” rispetto a quello del malato. Questi i “principi guida” contenuti nel provvedimento generale con il quale l’Autorità Garante indica le regole e i limiti per prendere visione e fare eventuali copie di atti e documenti che contengono informazioni sanitarie da parte di persone diverse dal soggetto al quale i dati si riferiscono.

Cartelle cliniche, fascicoli personali e, in generale, documenti che contengono informazioni sullo stato di salute in possesso di un’amministrazione pubblica, possono essere accessibili, quindi, da persone diverse dal “malato” solo se “il diritto che si intende far valere in giudizio è di ‘pari rango’, ossia dello stesso livello di quello della persona cui si riferiscono i dati” sostiene il Garante.

La comunicazione dei dati, secon-

do l’Authority, è giustificata e legittima solo se “il diritto del richiedente rientra nella categoria dei diritti della personalità o è compreso tra gli altri diritti o libertà fondamentali e inviolabili (artt. 71, 92 e 60 del Codice in materia di protezione dei dati personali)”. In ogni altra situazione vale la tutela della riservatezza, della dignità e degli altri diritti fondamentali del malato.

Il provvedimento è stato adottato dopo numerosi quesiti e segnalazioni giunti al Garante. Quesiti e segnalazioni che riguardavano, in particolare, le richieste di accesso rivolte ad amministrazioni pubbliche (per le quali l’Autorità ha ribadito l’applicabilità delle norme sulla trasparenza amministrativa), l’accesso alle cartelle cliniche in possesso delle strutture sanitarie e le richieste avanzate dai difensori in base alla legge.

“Le informazioni sullo stato di sa-







lute e la vita sessuale – ha precisato l’Autorità – sono oggetto, per la loro particolare delicatezza, di una speciale protezione”. Il trattamento di queste informazioni, infatti, è vietato a livello internazionale e comunitario, a eccezione di alcuni casi in cui è permesso per “importanti finalità” e con specifiche ed elevate garanzie.

È un principio questo, spiega lo stesso Garante, già recepito dalla legge sulla privacy e che è stato confermato e rafforzato nel recente “Codice in materia di protezione dei dati personali” (Dlgs 196/2003), che entrerà in vigore il 1° gennaio 2004.

Per la valutazione del “pari rango”, l’amministrazione o la struttura privata alle quali è richiesto l’accesso ai dati, devono far riferimento al diritto che la persona intende difendere in base al materiale documentale che

chiede di conoscere.

Ma occorre valutare anche, sottolinea la pronuncia, che tutti i dati richiesti siano effettivamente “necessari” all’esercizio o alla difesa di diritti equivalenti a quello della riservatezza ed eventualmente accogliere solo parzialmente la richiesta e comunicare unicamente le informazioni necessarie.

“La valutazione dei diritti di “pari rango” – spiega il Garante – si applica anche nell’ipotesi in cui la richiesta di accesso o di comunicazione dei dati sanitari sia avanzata da un difensore, nell’ambito di investigazioni difensive, o nella comunicazione da parte di un soggetto privato (a esempio una casa di cura) di singoli dati personali sulla salute o la vita sessuale”.

Una nota del garante della privacy apre nuovi quesiti

## **CARTELLE E PERIZIE? ROBA DA GENERALISTI**

Il medico di famiglia continua a declinare gli onerosi inviti del garante della privacy, ma le chiamate in causa sembrano non finire mai. Una recente interpretazione sulle perizie mediche fa del “medico designato dall’interessato” o di quello dell’assicurazione, i soli autorizzati a rivelare a un paziente i contenuti della perizia medica che lo riguarda. Ma c’è di più. Qualcuno attende una pronuncia analoga, cioè coinvolgente il generalista – medico di fiducia per antonomasia, secondo le statistiche – anche nella consegna della cartella clinica al malato dimesso dall’ospedale qualora questi deleghi altri al ritiro.

### ***La pronuncia è sulle perizie***

Il garante nella sua ultima *newsletter* scrive che le informazioni sulle condizioni di salute contenute in una perizia medica si possono comunicare all’interessato «solo tramite un suo medico di fiducia o da uno designato dalla società che ha raccolto e utilizzato i dati» (cioè il medico dell’assicurazione alla quale si è rivolto). La normativa sulla privacy stabilisce infatti che per poter comunicare correttamente i dati all’utente non può bastare «la semplice messa a disposizione di materiale non selezionato» da parte della compagnia. L’autorità ha così risposto a un cittadino che aveva fatto ricorso ad essa dopo aver chiesto invano di poter leggere la perizia fattagli dal medico della compagnia assicuratrice. E ha risposto alla stessa compagnia, che per venire incontro al ricorrente intendeva mettergli a disposizione tutto il dossier che lo riguardava, depositato presso il proprio centro liquidazione sinistri in un’altra città. In realtà secondo il garante solo un medico può far da tramite tra il dossier contenente i dati sensibili e il cittadino. Quanto alla cartella clinica, in molti vorrebbero saperne di più. Mentre in Francia nuove disposizioni di legge dicono che il cittadino in qualunque momento può accedere ai propri dati sensibili, in Italia la legge sul-

### **Art. 21**

#### **Documentazione clinica**

Il medico deve, nell’interesse esclusivo della persona assistita, mettere la documentazione clinica in suo possesso a disposizione della stessa, o dei suoi legali rappresentanti, o di medici e istituzioni da essa indicati per iscritto.

**(dal Codice di Deontologia Medica)**



la privacy del '96 cambia regole prima date per scontate. Infatti, per la legge sulla trasparenza degli atti amministrativi del '90 i pazienti ricoverati non solo possono accedere alle proprie cartelle ma possono sempre entrare in possesso dei dati che li riguardano.

### ***Il nodo è il dato sensibile***

Ma se il paziente non è in grado di muoversi da casa, o è occupato e deve delegare qualcuno a farsi consegnare copia della cartella (l'originale lo tiene sempre l'ospedale) entra in gioco la legge 675/96 sulla privacy che all'articolo 29 dice che i dati personali sensibili possono essere resi noti all'interessato solo da un medico designato dallo stesso interessato o dal direttore sanitario della struttura. L'ospedale pertanto non dovrebbe mai dare in mano la cartella con i dati sensibili a tutori, familiari, eredi del paziente in questione: norma che invece era prevista in passato in base alla legge Mariotti del 1969. Né dovrebbe darla attraverso personale non medico.

La problematica sarà oggetto il 19 marzo di un incontro di aggiornamento organizzato al Cnr di Milano dal Gruppo scientifico italiano studi e ricerche, presieduto da Alberto Frigerio. Tra i relatori, Marco Perelli Ercolini, consigliere dell'Ordine dei Medici di Milano e Alfonso Marra, giudice, presidente di Corte d'Appello a Milano.

Quest'ultimo ricorda che in materia di ritiro della cartella sono state emanate sentenze contrastanti. Una di due anni fa afferma che se i parenti di un degente chiedono la cartella all'Asl devono prima farsi rilasciare l'autorizzazione dal garante per tutelare "diritti di rango uguale alla salute".

Ma una sentenza più recente del tribunale di Bari, riconosce Marra, "antepone alla privacy dei pazienti la tutela del diritto al lavoro di un medico laboratorista che non si è visti riconosciuti gli emolumenti dal datore di lavoro e ha

bisogno di produrre i referti che ha firmato per farsi valere”.

***Atti amministrativi protetti***

Diverso è il caso in ambito penalistico. “ Se i pubblici ministeri chiedono le cartelle è un diritto dello Stato perseguire i responsabili di reati”, dice Marra. Si evince che sui documenti contenenti i dati relativi alla propria salute e vita sessuale il paziente ha un diritto “tosto” da alienare. E che la persona più adeguata a rappresentarlo, viste le pronunce contrastanti dei magistrati, rimane proprio il generalista che già conosce e tratta i suoi dati. Difficile perciò stupirsi se presto, date le difficoltà talora opposte ai parenti prossimi e la difficile reperibilità del direttore sanitario-titolare dell’archivio della struttura, qualcuno decidesse di trasformare il proprio “medico di fiducia” in “messaggero naturale” del proprio dato sensibile.



## **RESPONSABILITA' DELL'ARCHIVIO REFERTI NEL PUBBLICO E NEL PRIVATO. SANZIONI**

*Il DLgs del 17 marzo 1995, n. 230 e successivi decreti ministeriali collegati (DM 14 febbraio 1997, in GU 11 marzo 1997, n. 58) ha sancito l'obbligatorietà di conservazione a tempo indeterminato dei resoconti radiologici.*

*Vorrei sapere:*

- 1) nell'ambito delle strutture pubbliche chi è il responsabile dell'archivio: il primario o il direttore sanitario?*
- 2) negli studi privati il responsabile dell'archivio referti è il direttore tecnico o il proprietario dello studio?*
- 3) esistono e quali sono le eventuali sanzioni per irregolarità nella tenuta dell'archivio referti?*

Dr. Vincenzo Aglieri  
Roma

Ai sensi del coordinato disposto della Legge 31 dicembre 1996, n. 675 e successive modificazione e del DM 14 febbraio 1997 deve intendersi quale responsabile dell'archivio referti il primario; infatti, spettando all'ASL, in persona del Direttore generale suo legale rappresentante, titolare del trattamento dei dati sensibili ex art. 2, comma 1, individuare con atto formale i responsabili aziendali del trattamento dei dati personali, in relazione alle funzioni di specifica competenza, questi non potrà che nominare il soggetto titolare della struttura di radiologia diagnostica.

In ambito privato, responsabile dell'archivio referti deve intendersi il direttore tecnico, in quanto soggetto in possesso dei requisiti richiesti dalla normativa appena ricordata.

Le disposizioni per garantire la riservatezza dei dati personali in ambito sanitario sono ancora ribadite nel DLgs n. 282/1999, mentre il DPR 29 luglio 1999, n. 318 evidenzia le misure minime di sicurezza da adottare per la salvaguardia dei dati personali. Vengono inoltre definiti i compiti del responsabile dell'archivio che deve:

- prevedere criteri organizzativi per la protezione dei locali;
- attivarsi perché l'accesso all'archivio sia controllato, con l'identificazione e la registrazione di tutti coloro che vi accedono.

L'art. 36 della Legge 675/1996 stabilisce le sanzioni a carico del responsabile inadempiente, stabilendo che «chiunque, essendovi tenuto, omette di adottare le misure necessarie a garantire la sicurezza dei dati personali, in violazione delle disposizioni dei regolamenti di cui ai commi 2 e 3 dell'art. 15, è punito con la reclusione fino ad un anno. Se dal fatto deriva nocumento, la pena è della reclusione da due mesi a due anni».

**Dott. Elena Terrosi Vagnoli**

Dottore di ricerca in Deontologia ed Etica Medica  
Università degli Studi di Siena



## COMUNICAZIONE DEL GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

*È legittima una richiesta di ottenere in forma intelligibile alcuni dati riportati in una cartella clinica risultati di difficile interpretazione per la grafia o per il richiamo di codici non comprensibili.*

### IL GARANTE PER LA PROTEZIONE DEI DATI PERSONALI

In riunione odierna, in presenza del prof. Stefano Rodotà, presidente, del prof. Giuseppe Santaniello, vice presidente, del prof. Gaetano Rasi e del dottor Mauro Paissan, componenti e del dott. Giovanni Buttarelli, segretario generale;

Esaminato il ricorso presentato dal Sig. XY; nei confronti di Azienda ospedaliera "W.Z." di Milano;

Vista la documentazione in atti;

Viste le osservazioni formulate dal segretario generale ai sensi dell'art. 15 del regolamento del Garante n. 1/2000 adottato con deliberazione n. 15 del 28 giugno 2000 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n. 162 del 13 luglio 2000;

Relatore il prof. Stefano Rodotà;

### PREMESSO:

Il ricorrente lamenta di non avere ricevuto un riscontro positivo ad alcune richieste di accesso ai propri dati personali formulate ai sensi dell'art. 13 della legge n. 675, rife-

rite ad alcuni accertamenti effettuati il 18 maggio 2000 presso il servizio di medicina preventiva dei laboratori dell'azienda ospedaliera "Z.W." di Milano.

Il ricorrente aveva chiesto all'azienda:

- di specificare il significato di alcuni codici utilizzati per la formulazione della diagnosi (DSM-IV, ICD-10, ecc.);

- di ottenere la riproduzione in forma intelligibile di alcune parti della propria cartella clinica nelle quali sono riportati elementi di anamnesi e prescrizioni terapeutiche;

- di ottenere copia dei "fogli di interpretazione" dei risultati di alcuni questionari ai quali lo stesso sarebbe stato sottoposto in occasione dei predetti accertamenti.

All'invito ad aderire spontaneamente a tali richieste, formulato il 28 febbraio 2001 ai sensi dell'art. 20 del d.P.R. n. 501/1998, l'azienda ospedaliera ha risposto con nota anticipata in pari data via fax, nella quale ha richiamato quanto già comunicato all'interessato con nota del 20 novembre 2000, precisando di aver già inoltrato copia autentica della cartella clinica che costituirebbe "l'unico atto facente piena fede dei riscontri clinico diagnostici effettuati".

Nella nota del 20 novembre 2000, l'azienda titolare del trattamento, in persona del direttore sani-



tario, aveva fornito anche alcune precisazioni in ordine ai riscontri effettuati nel corso delle visite del 18 maggio 2000, segnalando, in particolare, che:

- a causa del rifiuto dell'interessato di "completare i necessari accertamenti al fine di formulare una diagnosi definitiva" si era formulata una "diagnosi provvisoria", in considerazione, altresì, di asseriti atteggiamenti "non consoni alla situazione" tenuti dall'attuale ricorrente,

- la lettura dei test concorrevano ad un'unica diagnosi che ne integrava "i risultati parziali di per sé non significativi",

- la diagnosi era stata, peraltro, formulata sia sulla base della documentazione acquisita dagli atti, sia in riferimento all'osservazione del comportamento del paziente.

Tale posizione è stata ribadita con nota del 19 marzo 2001 nella quale si è ribadito il "carattere assorbente" della documentazione a suo tempo fornita all'interessato che sarebbe altresì idonea a fornire "piena fede ai fini di prova legale".

Con telegrammi del 12 e del 22 marzo 2001 il ricorrente ha rispettivamente ribadito le proprie richieste ed avanzato istanza relativa alle spese del procedimento.

**CIO' PREMESSO  
IL GARANTE OSSERVA:**

Le richieste formulate dall'interessato in ordine alla documentazione clinica trasmessa allo stesso dall'azienda consistono, da un lato, in una richiesta di accedere a "fogli di interpretazione" ed a "risultati" di una serie di esami (punti n. 2, 3, 4, 5 e 6 delle premesse dell'atto di ricorso), dall'altro, nella richiesta di ottenere in forma "intelligibile" alcuni dati già riportati nella cartella clinica, ma risultati di difficile o impossibile interpretazione per l'illeggibilità della grafia o per il richiamo a codici di non immediata comprensibilità (punti n. 1, 7 e 8 delle citate premesse del ricorso).

In ordine alla prima richiesta va anzitutto dichiarato non luogo a provvedere per quanto riguarda la

specificazione dei criteri di interpretazione dei singoli esami. Con la risposta fornita in data 20 novembre 2000 e con le ulteriori specificazioni effettuate nel corso del procedimento, il titolare del trattamento ha infatti fornito idoneo riscontro alle istanze del ricorrente, specificando il tipo di diagnosi “provvisoria” e i relativi limiti. Attesa l’incompletezza degli accertamenti e la conseguente impossibilità di pervenire ad una diagnosi definitiva sulla base di tutti i parametri necessari, l’azienda ha redatto, come precisato in premessa, un giudizio provvisorio di sintesi che si pone come interpretazione dei risultati parziali e “non significativi” dei soli esami effettuati (che sarebbero solo una parte di quelli necessari per un completo riscontro diagnostico).

In secondo luogo, va dichiarato non luogo a provvedere per quanto concerne la richiesta di conoscere i risultati dei singoli esami, avendo il titolare del trattamento precisato che la cartella clinica già consegnata all’interessato farebbe piena fede “dei riscontri clinico diagnostici effettuati”. Attesa la sinteticità del riscontro fornito è però necessario che l’azienda confermi l’avvenuta

consegna all’interessato di tutti i riscontri diagnostici effettuati nel corso delle visite del 18 maggio 2000 (anche con riferimento ai “risultati del test Wartegg reattivo di disegno” ed ai “risultati della scala analogica”, oggetto di specifica richiesta da parte dell’interessato).

Il ricorso deve essere invece accolto in riferimento alle richieste volte a conoscere il significato di alcuni codici utilizzati nella formulazione della diagnosi (precisati nel punto 1 del ricorso) e ad ottenere una trascrizione dattiloscritta di alcune parti della documentazione risultante nella cartella clinica (punti 7 e 8 del ricorso), riportanti con grafia illeggibile elementi e dati personali del ricorrente. L’art. 13 della legge prevede infatti che i dati ai quali si riferisce una richiesta di accesso devono essere comunicati all’interessato “in forma intelligibile” e l’art. 17, comma 9, del d.P.R. n. 501/1998 obbliga il titolare del trattamento, “ai fini di una più efficace applicazione dell’art. 13 della legge”, ad adottare “le opportune misure volte, in particolare ad agevolare l’accesso ai dati personali da parte dell’interessato”.

In ragione del parziale accoglimento del ricorso l’ammontare del-





le spese e dei diritti da porre a carico del titolare del trattamento è infine determinato, ai sensi dell'art. 20, commi 2 e 9, del d.P.R. n. 501/1998, nella misura forfettaria di lire 300.000, di cui 50.000 per diritti.

**PER QUESTI MOTIVI  
IL GARANTE:**

a) dichiara non luogo a provvedere in riferimento alle richieste volte ad accedere ai fogli di interpretazione ed ai risultati degli esami sostenuti presso l'azienda ospedaliera "Z.W." di Milano, disponendo che l'azienda confermi all'interessato e a questa Autorità, entro il 20 aprile 2001, l'avvenuta consegna al ricorrente di tutti i dati riferiti ai vari esami sostenuti dallo stesso il 18 maggio 2000, con particolare riferimento ai risultati degli esami di cui ai punti 5 e 6 del ricorso;

b) accoglie il ricorso nei termini

di cui in motivazione, in riferimento alla richiesta di conoscere in forma intelligibile i dati personali contenuti nei riscontri diagnostici di cui ai punti 1, 7 e 8 del ricorso medesimo;

c) determina ai sensi dell'art. 20, commi 2 e 9, del d.P.R. n. 501/1998, nella misura forfettaria di lire 300.000, di cui 50.000 per diritti, l'ammontare delle spese e dei diritti inerenti al presente ricorso posti a carico dell'azienda ospedaliera che dovrà liquidarli direttamente all'interessato.

Roma, 26 marzo 2001

*Il Presidente  
Rodotà*

*Relatore il Segretario Generale  
Buttarelli*

## ESAMINIAMO L'ATTIVITÀ AMBULATORIALE



G. Stefanelli,  
*Donna in posa*, 2003

- Pag. 30 Tempi di conservazione dei “referti” di prestazioni ambulatoriali svolti in regime di libera professione o in accreditamento per conto dell’azienda sanitaria-datore di lavoro  
**Gianfranco Carnevali**
- Pag. 32 Tempo di conservazione delle cartelle cliniche e delle cartelle ambulatoriali  
**Gianfranco Carnevali**
- Pag. 34 Per i medici liberi professionisti operanti nei propri studi privati vige l’obbligo della cartella clinica?  
**Marco Perelli Ercolini**
- Pag. 35 Conservazione delle cartelle cliniche odontoiatriche  
**Michele Olivetti**





## IL-MEDICO-DI-FAMIGLIA-DI-ETÀ-MEDIO-AVANZATA

**I**l medico-di-famiglia-di-età-medio-avanzata di buon mattino se ne va verso il suo studio, pensando ai suoi pazienti, di cui *sa-tutto-perché-li-conosce-dalla-nascita*. Davanti alla tazza di caffelatte ha appena finito di discutere con suo figlio, medico anche lui: continua ad insistere perché si doti di un computer. *“Ma quale computer; la mia testa è il vero computer! E poi quella parola strana ... database! Ma quale data ... o come diavolo si chiama! Dei miei pazienti so-tutto-perché-li-conosco-dalla-nascita!”*

Appena seduto sul suo scranno mutualistico, trilla il telefono. *“Pronto? Sono il cardiologo della ASL. Buona giornata, collega! Scusi se la disturbo. Ho qui il signor Pietro P., suo assistito, e ho bisogno di una notizia importante. Ma Pietro P. già fibrilla o debbo pensare che in questo momento abbia una fibrillazione parossistica? Perché sa ... la situazione sarebbe del tutto diversa. E lui, purtroppo, non porta i tracciati precedenti. Peraltro, è abbastanza giovane”*. Il medico-di-famiglia-di-età-medio-avanzata-che-sa-tutto-perché-li-conosce-dalla-nascita, apre la prima anta dell'armadio della sua prodigiosa memoria... nulla! Apre l'anta interna ... nulla! – *“Sa ... collega ... mi faccia ricordare ... forse fibrilla poco poco”* – Allora apre un cassetto interno della sua memoria ... vuoto assoluto! Apre una minuscola scatolina ... ancora niente! – *“Senta collega ... sono costretto ad ammettere che non mi ricordo e ... e ... il mio computer, ... maledetto(!), questa mattina non si vuole avviare! Per sicurezza lo mandi in ospedale”*.

Caro medico-di-famiglia-di-età-medio-avanzata-che-sa-tutto-perché-li-conosce-dalla-nascita, la medicina, frattanto, è molto cambiata. Il modo di affrontare i malanni del genere umano - dal punto di vista interpretativo, nosologico, terapeutico e, anche, medico-legale - è marcatamente evoluto.

Non puoi ricordarti tutto e, quindi, non avendo dati certi e immediatamente fruibili, non puoi essere un affidabile diagnosta e terapeuta! E poi, se Pietro P. avesse qualche complicazione e, putacaso, incontrasse un avvocato *solerte*, come farai a dimostrare che hai fatto tutto per benino? Ti basterà dire che *sai-tutto-perché-lo-conosci-dalla-nascita*?

A.C.

## TEMPI DI CONSERVAZIONE DEI “REFERTI” DI PRESTAZIONI AMBULATORIALI SVOLTI IN REGIME DI LIBERA PROFESSIONE O IN ACCREDITAMENTO PER CONTO DELL’AZIENDA SANITARIA-DATORE DI LAVORO

*Chiedo gentilmente, per quanto bisogna conservare i referti specialistici “esami audiometrici, referti di visite specialistiche, E.C.G.” svolti dai vari specialisti in regime di libera professione o in accreditamento per conto dell’AUSL.*

Dott. Mahmoud Aboumerhi,  
Sassuolo

Va innanzi tutto precisato che la inesistenza di norme che disciplinano esplicitamente la materia, impone il richiamo delle disposizioni che riguardano la conservazione della documentazione sanitaria relativa a trattamenti eseguiti presso strutture pubbliche e/o private sia in regime di ricovero che in regime ambulatoriale per ricavarne, in via analogica, la formulazione di un motivato parere sul quesito posto dal lettore.

Sulla base della circolare del Ministero della Sanità, 19.12.1986, n. 61 le strutture sanitarie pubbliche e private sono tenute:

- a conservare per un tempo illimitato le Cartelle cliniche unitamente ai relativi referti, concernenti i ricoveri ospedalieri;
- a conservare per un periodo minimo di 20 anni le radiografie eseguite in regime ambulatoriale; per sopperire alla carenza di spazi da destinare ad archivio è consentito il ricorso alla microfilmatura. Nulla si accenna circa l’obbligo di conservazione dei referti.

Le richiamate disposizioni ministeriali hanno trovato puntuale applicazione per quanto concerne la conservazione delle Cartelle cliniche mentre sono state disattese dalla maggior parte delle strutture sanitarie per quanto attiene le radiografie. Infatti, nella quasi totalità delle strutture, la radiografia eseguita come prestazione ambulatoriale viene consegnata all’interessato con invito a conservarla per l’esibizione in casi di ricorso a successivi esami; al massimo la struttura conserva per 5 anni il relativo referto cartaceo ovvero, sempre più frequentemente, previa sua archiviazione informatizzata!!! Quest’ultima metodologia, di norma, viene osservata anche per i referti di tutte le altre prestazioni specialistiche. La consegna agli interessati di radiografie e di referti di prestazioni effettuate in ambulatorio in regime libero professionale è prassi costante; al massimo, il professionista si crea un proprio archivio informatico del “cliente pagante in proprio” dove registra i dati “salienti” delle risultanze delle prestazioni eseguite.

Alla luce di quanto precede si ritiene, circa i quesiti formulati, di poter fornire le seguenti indicazioni:

*Esaminiamo  
l'attività  
ambulatoriale*

- i referti specialistici di qualsiasi prestazione ambulatoriale eseguita in accreditamento per conto dell'AUSL dovrebbero essere trattati – a cura di quest'ultima – alla stregua dei referti relativi alle prestazioni fornite in via istituzionale, cioè fornite a carico del SSN;

- i referti specialistici di qualsiasi prestazione ambulatoriale effettuata in regime libero professionale vanno consegnati all'interessato, ferma restando l'opportunità per il libero-professionista della *loro archiviazione informatizzata*.

**Dott. Gianfranco Carnevali**  
Esperto in legislazione  
ed organizzazione sanitaria



## **TEMPO DI CONSERVAZIONE DELLE CARTELLE CLINICHE E DELLE CARTELLE AMBULATORIALI**

*Leggo con interesse la risposta del dott. Carnevali sulla conservazione della documentazione (Cartella clinica e radiografie) e mi chiedo: se per le radiografie si è superata la regola di conservarle per più di 20 anni, perché non fare altrettanto per le Cartelle cliniche, eliminandole, indicativamente, dopo 20 anni dalla morte? O consegnandole ai familiari, se le vogliono?*

*Poi aggiungo, dato che il SSN sta trasformando qualche intervento chirurgico (tunnel carpale, cataratta) in ambulatoriale (con cartella ambulatoriale che dovrebbe essere solo relativa all'intervento e seguire un iter amministrativo diverso), come e per quanto tempo si dovranno conservare queste Cartelle limitate a organo o funzione?*

Dott. Giancarlo Caroli  
Bologna





La conservazione delle Cartelle cliniche per un tempo illimitato è stata prescritta dal Ministero della Sanità con propria circolare 19 dicembre 1986, n.61, sentito il Ministero dei Beni Culturali-Ufficio Centrale per i Beni Archivistici. La richiamata disposizione, emanata in considerazione del fatto che le Cartelle cliniche, unitamente ai relativi referti, rappresentano un atto ufficiale indispensabile a garantire la certezza del diritto, oltre a costituire preziosa fonte documentaria per le ricerche di carattere storico sanitario, non è derogabile ed, al momento, non sembra sussista alcuna motivazione per ipotizzarne la modifica.

Con riferimento all'altro quesito riteniamo necessario, in assenza di disposizioni, che il tempo di conservazione delle Cartelle ambulatoriali (così le chiama il Lettore!) debba essere stabilito dal soggetto che le adotta e cioè, nel caso rappresentato dal Lettore, dall'Azienda sanitaria presso cui lo stesso opera, ferma restando l'opportunità della loro archiviazione informatizzata indipendentemente dal tempo di conservazione prescelto; ciò almeno fino a quando il Ministero della Salute non riterrà di fornire disposizioni al riguardo, magari a seguito di sollecitazioni e/o quesiti da parte dei soggetti interessati. A nostro modesto parere il termine di conservazione delle "cartelle ambulatoriali" dovrebbe essere definito in analogia con quello prescritto per le "cartelle cliniche" in considerazione del fatto che la prestazione eseguita consiste comunque in un intervento chirurgico!

**Dott. Gianfranco Carnevali**  
Esperto in legislazione  
ed organizzazione sanitaria



## **PER I MEDICI LIBERI PROFESSIONISTI OPERANTI NEI PROPRI STUDI PRIVATI VIGE L'OBBLIGO DELLA CARTELLA CLINICA?**

*Preghiamo codesto Ordine di chiarire se a carico dei Medici liberi professionisti, operanti presso il proprio studio privato, sussistano obblighi di legge relativamente alla redazione e conservazione di cartelle cliniche.*

*In particolare:*

*se esiste l'obbligo di redigere una cartella clinica per ogni paziente (compresi quelli con i quali si instaura un rapporto diagnostico-terapeutico perdurante nel tempo, limitandosi il rapporto ad una o due visite);*

*- in caso affermativo, se siano applicabili, per quanto compatibili, le disposizioni dettate per le cartelle cliniche ospedaliere riportate nel "Manuale della cartella clinica" redatto dalla Regione Lombardia;*

*- in caso negativo, quale sia il valore giuridico attribuibile ad una cartella clinica stilata in assenza di obbligo di legge e ad eventuali "appunti", riguardanti i pazienti, redatti dal libero professionista.*

Dr.ssa Silvia Guardini  
Dr.ssa Sonia Arena Malfer

Il Medico libero professionista non ha alcun obbligo alla compilazione e tenuta della cartella clinica, o della scheda sanitaria del proprio paziente, anche se può essere una buona norma di professionalità.

Nel caso compili una scheda o una cartella clinica – per la conservazione – deve chiedere al paziente l'autorizzazione scritta e deve impegnarsi per una custodia diligente ai fini della tutela della segretezza.

Nel caso non voglia conservare la scheda clinica può, a termine della seduta, consegnare il tutto al paziente oppure procedere alla distruzione della stessa; in questi casi non deve chiedere al proprio paziente nessuna autorizzazione per la compilazione.

In particolare, in quanto attività esercitata in libera professione, anche se attività di pubblico interesse, questa raccolta di dati clinici non ha valore di atto pubblico.

**Prof. Marco Perelli Ercolini**

## **CONSERVAZIONE DELLE CARTELLE CLINICHE ODONTOIATRICHE**

*A seguito di numerose richieste di Colleghi sull'argomento desidero porLe i seguenti quesiti:*

*- è obbligatorio conservare la documentazione clinica del paziente odontoiatrico curato in ambito di strutture private?*

*Se la risposta è affermativa per quanto tempo sussiste tale obbligo?*

*In attesa della Sua risposta scritta Le porgo i miei saluti.*

Dr.ssa Claudia Tarditi  
Segr. Sindacale Sez. ANDI - Torino

In riscontro al quesito di codesta Associazione con il quale si chiede di conoscere quale sia il tempo di conservazione della documentazione clinica del paziente, si precisa quanto segue: la vigente normativa prevede l'obbligo della conservazione delle cartelle cliniche solo per le strutture pubbliche.

Nessun obbligo grava invece a carico di strutture private, né di compilazione, né di tenuta delle cartelle stesse, essendo tale attività correlata esclusivamente ai compiti di diligenza connessi alla erogazione delle prestazioni professionali.

È ovvio infatti che in ipotesi di contestazione, la mancanza di tale documentazione si configurerà come elemento di prova negativo a carico del sanitario a cui incombe l'onere di provare di aver operato secondo i criteri di diligenza indicati nell'art. 1176 Cod. Civile.

Sulla scorta di tale criterio consegue pertanto che, pur in assenza di obbligo, non sarà fuori luogo conservare la documentazione clinica per il periodo pari alla prescrizione dell'azione di risarcimento del danno.

Diverso è invece l'obbligo di conservazione della documentazione clinica di provenienza e di proprietà del paziente (esemplificativamente esami radiologici eseguiti in struttura esterna, ecc.) che il curante è tenuto a conservare per il termine di prescrizione ordinaria, ovvero 10 anni.

Il Presidente dell'Ordine  
**Prof. Michele Olivetti**

# **CARTELLE CHE INCASTRANO E CARTELLE CHE SALVANO, MA, PRIMA DI TUTTO, STRUMENTO DI COMUNICAZIONE TRA COLLEGHI**



G. Stefanelli,  
*Nudo di schiena*, 1994

- Pag. 38 Medico e pubblico ufficiale  
**Pasquale Dui**
- Pag. 40 Quella cartella sottovalutata  
**Marco Perelli Ercolini**
- Pag. 43 Cartelle cliniche lacunose e illeggibili
- Pag. 44 La cartella clinica deve essere leggibile  
**Marco Perelli Ercolini**
- Pag. 45 Cartelle censurabili  
**Marco Perelli Ercolini**
- Pag. 46 Cartelle che incastrano  
**Alessandra Rinaldi**
- Pag. 48 Ed ecco la colpa presunta  
**Alfonso Marra**
- Pag. 51 La cartella clinica corretta è il salvagente del medico  
**Alfonso Marra**
- Pag. 54 La cartella clinica non ha valore di prova privilegiata rispetto ad altri  
elementi che i giudici devono valutare  
**Daniela Casciola**
- Pag. 55 Cartella clinica informatica - Punibile il falso  
**Marco Perelli Ercolini**
- Pag. 56 Consenso informato e cartella clinica  
**Giancarlo Umani Ronchi - Giorgio Bolino**

*Cartelle che  
incastrano  
e cartelle che  
salvano,  
ma, prima di tutto,  
strumento di  
comunicazione tra  
colleghi*



### *IL-MEDICO-LEGALE-DI-UNA-CERTA-ETÀ E-CHE-NE-HA-VISTE-TANTE*

**I**l buon *medico-legale-di-una-certa-età-e-che-ne-ha-viste-tante*, nel suo *luminoso* studio e seduto davanti alla sua *luminosa* scrivania, chiede alla sua *luminosa* segretaria il fascicolo della causa “*Pietro P. contro ... ecc. ecc.*”, di cui è C.T.U. Arriva il fascicolo, ma ... non è tanto *luminoso*. Il *medico-legale-di-una-certa-età-e-che-ne-ha-viste-tante* tutto vorrebbe fare, tranne che sanzionare un collega... ma ancora questa volta ... incredibile ... Dà un’occhiata attraverso la sua *luminosa* finestra e vede tanta gente, che va e viene sulla più importante strada della città: “*Stanno tutti bene ... grazie a Dio!*” – Riprende sconsolato quella pagina della fotocopia della cartella clinica dove dovrebbe essere descritta quell’improvvisa complicazione; descrizione che, in alcune parti, è quasi illeggibile (“*Se il giudice vede questa scrittura ... non è un fatto censurabile ... ma non depone certamente bene*”) – “*Ma dove diavolo hanno riportato la terapia prescritta dal consulente? Di sicuro è stata praticata; i medici di quel reparto li conosco bene ... mica sono matti. Ma perché non è stato scritto? Benedetti colleghi!*”

La memoria del *medico-legale-di-una-certa-età-e-che-ne-ha-viste-tante*, ritorna indietro nel tempo. Alcuni anni prima ha dovuto analizzare il resoconto operatorio di un intervento effettuato negli *USA*: tutto scritto a macchina! Tutto riportato “*per filo e per segno*”! Sa per certo che negli *States* i medici, mentre effettuano le loro prestazioni (le visite, le emergenze, gli interventi operatori, ecc.) hanno a disposizione il dittafono: mentre fanno, descrivono e, poi, alla fine, tutto viene riportato “*per filo e per segno*” – “*E ... ma là con la responsabilità civile dei medici non si scherza; anche se, ormai ..., nemmeno da noi si scherza tanto!*” – “*Bisogna dirlo ai colleghi: Scrivete! Scrivete! Non preoccupatevi di essere prolissi! Fate qualcosa di meno, ma descrivete bene quello che fate!*”

Il buon *medico-legale-di-una-certa-età-e-che-ne-ha-viste-tante* stacca un attimo lo sguardo da quella *scura* fotocopia e, attraverso la sua *luminosa* finestra, vede tanta gente, che viene e che va: “*Stanno tutti bene ... grazie a Dio!*”

**A.C.**

*Cartelle che  
incastrano  
e cartelle che  
salvano,  
ma, prima di tutto,  
strumento di  
comunicazione tra  
colleghi*

da **Il Sole 24 Ore Sanità**  
16-22 marzo 1999

Secondo la Cassazione  
chi opera nelle case di cura convenzionate agisce per la Pa

## **MEDICO E PUBBLICO UFFICIALE**

In caso di cartelle cliniche contraffatte  
risponde per falso ideologico

Il medico che presta la sua opera libero-professionale per una casa di cura convenzionata, con un rapporto privatistico, è pubblico ufficiale, in quanto partecipa delle funzioni che la Usl svolge tramite struttura privata mediante la convenzione.

Una donna si sottopose a visita ortopedica da cui emerse che era affetta da "frattura menisco-radiale del ginocchio destro". In possesso di impegnativa della Usl di competenza e ricoverata presso una casa di cura cagliaritana, la donna fu sottoposta a intervento chirurgico a opera dello specialista che eseguì la diagnosi. L'intervento, però, venne eseguito sul ginocchio sinistro, nonostante i precedenti esami avessero avuto a oggetto esclusivamente il ginocchio destro.

La donna, nell'esposto di denuncia-querela al pretore di Cagliari, espose che nella cartella clinica (rilasciata in copia) relativa al suo ricovero ospedaliero era stata annotata falsamente la diagnosi della "frattura del menisco radiale sinistro" (anziché destro).

Il pretore, pronunciando proscioglimento per tardività della querela relativamente alle lesioni personali colpose, trasmise gli atti alla procura per il reato di falso in atto pubblico. Il chirurgo ortopedico e il suo assistente furono rinviati a giudizio per rispondere di concorso in falso ideologico

in atto pubblico e in falso per soppressione, per avere compiuto false attestazioni nella cartella clinica e per avere soppresso l'originale di tale atto pubblico.

Con sentenza del 28 febbraio '89 il tribunale condannò per i reati contestati il chirurgo ortopedico e il suo assistente. La corte d'appello di Cagliari, con sentenza del 26 novembre 1990, confermò la decisione del tribunale. Entrambi i sanitari proposero ricorso in Cassazione. Il chirurgo ortopedico sostenne che, in qualità di consulente e collaboratore esterno della casa di cura, non era in alcun rapporto con il SSN. Inoltre, il medico ribadì che, non esercitando poteri autoritativi, non rivestiva la qualifica di pubblico ufficiale, ma solo quella di incaricato di pubblico servizio. Con la conseguenza che non sarebbe stato possibile ipotizzare, in tal caso, il reato di falso ideologico in atto pubblico.

I ricorsi furono assegnati, per la complessità della questione, alle sezioni unite penali della Corte di cassazione. Preliminarmente, la Suprema Corte ha chiarito che la pubblica funzione non deve esprimersi in potestà autoritativa e certificativa necessariamente congiunte: esistono pubbliche funzioni che si estrinsecano nell'esercizio di poteri autoritativi mediante atti pubblici o autorizzazioni ammini-



*Cartelle che incastrano e cartelle che salvano, ma, prima di tutto, strumento di comunicazione tra colleghi*

strative e distinte pubbliche funzioni che si esprimono nell'esercizio di poteri certificativi. Poi, con una complessa analisi degli artt. 357 e 358 c.p., la Corte ha evidenziato la distinzione tra pubblico ufficiale e incaricato di pubblico servizio.

La qualifica di pubblico ufficiale deve essere riconosciuta - a giudizio della Corte - a quei soggetti che, pubblici dipendenti o semplici privati, possono e debbono, nell'ambito di una potestà regolata dal diritto pubblico, formare e manifestare la volontà della pubblica amministrazione. Oppure possono esercitare, indipen-

di questa, purchè non svolgano semplici mansioni di ordine, né prestino opera meramente materiale.

Il pubblico servizio, quindi, è un'attività caratterizzata dalla mancanza dei poteri autoritativi e certificativi propri della pubblica funzione, con la quale è solo in rapporto accessorio e complementare. Le Usl, prosegue la Cassazione, esercitano pubbliche funzioni. Le convenzioni fra Usl e case di cura hanno natura di contratto di diritto pubblico e danno vita a rapporti che si inquadrano nelle concessioni amministrative di pubblico servizio. Quindi, il medico che opera in una struttura convenzionata, agisce per la pubblica amministrazione concorrendo a formare la volontà in materia di pubblica assistenza sanitaria, esercitando poteri autoritativi.

Esercita, peraltro, anche poteri certificativi con riferimento alla compilazione non solo della cartella clinica, ma anche di ricette, impegnative di cura e di ricoveri e attestazioni di malattie nei rapporti di lavoro pubblico e privato.

La cartella clinica è, in effetti, un diario diagnostico terapeutico nel quale vanno annotati fatti di giuridica rilevanza per la stessa Pa, quali i dati anagrafici e anamnestici del paziente, gli esami obiettivi, le terapie praticate, ecc. Essa, quindi, è atto pubblico e tale deve essere considerata non solo quella tenuta da una struttura pubblica ospedaliera, ma anche quella tenuta da una casa di cura convenzionata.

La Corte di cassazione ha concluso dichiarando infondati i ricorsi e ritenendo che ricorressero gli elementi per l'integrazione del falso ideologico: i due medici formarono falsamente la cartella clinica, che è atto pubblico, quali pubblici ufficiali nell'esercizio delle loro funzioni.

(Cass. Sez. un. pen.; sentenza 27/3/92, in *Foro it.*, '93, II, col.386).

**Pasquale Dui**

#### COSA DICE IL CODICE PENALE

##### **Art. 357 C.P.: Pubblico Ufficiale**

**Agli effetti della legge penale, sono pubblici ufficiali coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa.**

**Agli stessi effetti è pubblica la funzione amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi e caratterizzata dalla formazione e dalla manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi.**

##### **ART.358 C.P.:**

###### **Persona incaricata di un pubblico servizio**

**Agli effetti della legge penale, sono incaricati di un pubblico servizio coloro i quali, a qualunque titolo, prestano un pubblico servizio.**

**Per pubblico servizio 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.**

dentemente da formali investiture, poteri autoritativi, deliberativi o certificativi, disgiuntamente e non cumulativamente considerati. Sono, invece, incaricati di pubblico servizio, a tenore dell'art.358 c.p., coloro i quali, pure agendo nell'ambito di un'attività disciplinata nelle forme della pubblica funzione, mancano dei poteri tipici



*Cartelle che incastrano e cartelle che salvano, ma, prima di tutto, strumento di comunicazione tra colleghi*

*da Corriere Medico  
10 maggio 2001*

Come la scheda sanitaria del generalista, se ben compilata, aiuta il medico contro eventuali contestazioni

## **QUELLA CARTELLA SOTTOVALUTATA**

Spesso in corsia se ne dimentica l'importanza

Tutti ne parlano, tutti la odiano, pochi però ne conoscono la reale importanza. Parliamo della cartella clinica che, quando ben compilata, è sempre di supporto al medico anche a fronte di possibili controversie con il paziente. Nata come insieme di appunti per ricordare e trasmettere dei messaggi ad altri sanitari, oggi riveste un notevole ruolo documentativo.

### **UN VERO REGISTRO INFORMATIVO**

La cartella clinica è un insieme di documenti in cui medici e infermieri registrano le informazioni (anagrafiche, sanitarie, sociali, ambientali, giuridiche) concernenti un paziente allo scopo di rilevarne indicazioni in senso diagnostico-terapeutico (anche in tempi successivi) per predisporre opportuni interventi medici e poterne anche usufruire per indagini diverse di natura scientifica, statistica, medico-legale e per la docenza.

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 graffiti tracce emblematiche di cartelle cliniche, così nell'Egitto del 3000-2000 prima di Cristo ci fu chi si occupò di registrare la 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 affezioni. Nella Ro-

ma antica, infine, Galeno fondò la sua scuola sulla casistica con pubblicazioni dei rescocanti medici nei *Romana Acta Diurna* affissi nel foro.

### **Radici antiche**

La cartella dunque non è un'acquisizione recente, ma ha una vecchia storia, tuttavia ancora oggi pecca di carenza legislativa, pur avendo una grande rilevanza nell'ambito dell'attività medica, in particolare ospedaliera. In particolare, non è stata ancora fissata una vera e propria modalità di compilazione specifica, pur parlandosi ampiamente di standard, di cartelle cliniche normalizzate, ecc...

Il vecchio sistema della cartella con la storia clinica divisa per dati anamnestici familiari, fisiologici, della patologia remota e della storia clinica recente nonché dai rilievi clinici scaturiti dalla visita sembra ormai superato.

Si riscontrano infatti molte diversità nella compilazione della cartella e ciò è dovuto ai diversi obiettivi personali o di reparto oltre che di area.

Ma c'è un elemento unificante: il cattivo uso delle cartelle cliniche, che è abbastanza generalizzato e forse tende addirittura a incrementarsi probabilmente anche per una scarsa coscienza del valore che rappresenta questo documento. La cartella clinica – non va dimenticato – è anche una costante certificazione di ciò che il medico rileva e di ciò che fa. Un ritardo nella sua compilazione oppure la mancata compilazione può dunque configurarsi per l'ospedaliero come una omissione di atti di ufficio, mentre una sua compilazione non veritiera-

*Cartelle che  
incastrano  
e cartelle che  
salvano,  
ma, prima di tutto,  
strumento di  
comunicazione tra  
colleghi*

ra come falso ideologico e una sua correzione postuma come un falso materiale.

### **La leggibilità**

Ecco perché è bene che la cartella clinica non presenti abrasioni, correzioni, adattamenti o completamenti tardivi; inoltre la cartella clinica dovrebbe essere redatta con grafia chiara e leggibile come del resto anche previsto all'articolo 23 nel nuovo codice di deontologia.

Già con la legge Petragliani del 1938, poi riconfermato con il dpr 128/69, viene fatto carico al primario (e per quanto di competenza all'aiuto) la regolare tenuta delle cartelle cliniche e la loro conservazione sino alla consegna all'archivio centrale di cui è responsabile la direzione sanitaria.

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

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

### **In casa di cura**

Per quanto riguarda le case di cura private il decreto ministeriale del 5 agosto '77 all'articolo 254 precisa:

- che è prescritta per ogni ricoverato la compilazione della cartella clinica completa dei dati anagrafici e rilievi clinico-terapeutici;
- la loro numerazione progressiva;
- la loro conservazione da parte della Direzione sanitaria;
- in caso di cessazione dell'attività le cartelle cliniche dovranno essere messe a disposizione dell'Ufficio comunale o consorziale di igiene.

Altri problemi connessi alla cartella clinica possono sorgere in merito alla sua regolare compilazio-

## **IL DIRITTO ALLA PIENA VISIONE**

### *Riferimenti*

- Dpr del 27 marzo 1969 numero 128 art.5
- Nuovo codice di deontologia medica art. 10-11
- Legge 31 dicembre 1996 numero 675 – legge per la tutela della privacy
- Parere dell'Authority per la privacy 19 maggio 2000
- Dlgs 30 luglio 1999 numero 282 – registrazione in cartella dei test genetici

Il paziente ha diritto di avere, ogni volta che lo desidera, piena visione e copia della cartella clinica, ma non può farsi consegnare l'originale e portarselo a casa.

### *La cartella clinica può essere rilasciata:*

- al diretto interessato
- al tutore o a chi esercita la patria potestà in caso di minore o incapace
- a persona fornita di delega (ivi compreso il medico curante)
- all'autorità giudiziaria
- agli enti previdenziali (inail, inps, ecc.)
- al s.s.n.
- agli eredi legittimi con riserva per determinate notizie
- ai medici a scopo scientifico-statistico purchè sia mantenuto l'anonimato

### *La cartella clinica non può essere rilasciata:*

- a terzi se non muniti di delega (compresi il coniuge o i parenti stretti)
- al medico curante senza la autorizzazione del paziente
- ai patronati
- ai ministeri e all'autorità di pubblica sicurezza solo le notizie a seguito di precisi quesiti di ordine sanitario

*Cartelle che  
incastrano  
e cartelle che  
salvano,  
ma, prima di tutto,  
strumento di  
comunicazione tra  
colleghi*

ne, al segreto, alla conservazione e alla circolazione nonché alla modalità del suo rilascio.

#### **La scheda del generalista**

Da ultimo va poi ricordato che, non solo il medico ospedaliero ha l'obbligo di raccolta dei dati sanitari dei ricoverati, ma anche il medico convenzionato con il Servizio Sanitario Nazionale – come prevedono pure gli accordi collettivi di categoria – è obbligato alla tenuta e all'aggiornamento della scheda sanitaria come previsto dalla legge 833/78 (articolo 48).

Assurgendo ad atto ufficiale, dunque, la cartel-

la clinica non solo ha scopi clinici finalizzati all'assistenza, a una valutazione dell'efficacia delle cure o come tramite di informazione tra i vari operatori o per rilievi statistici e scientifici, ma ha pure valenze medico-legali e, talora, economico-amministrative di notevole importanza.

#### **HA UN VALORE DOCUMENTALE**

##### *Riferimenti*

- Regio decreto 30 settembre 1938 numero 1631 art. 24
- Dpr 27 marzo 1969 numero 128 art. 2-7
- Dpr 14 marzo 1974 numero 225
- Nuovo codice di deontologia medica art.23

La cartella clinica è il diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti; i fatti debbono essere annotati contestualmente al loro verificarsi.

Ciascuna annotazione presenta, singolarmente, autonomo valore documentale definitivo che si realizza nel momento stesso in cui vengono trascritte e qualsiasi successiva alterazione, apportata durante la progressiva formazione del complesso documento, costituisce falsità, ancorché il documento sia ancora nella materiale disponibilità del suo autore, in attesa di trasmissione alla direzione sanitaria.

**Marco Perelli Ercolini**

#### **Art. 21**

##### **Documentazione clinica**

Il medico deve, nell'interesse esclusivo della persona assistita, mettere la documentazione clinica in suo possesso a disposizione della stessa, o dei suoi legali rappresentanti, o di medici e istituzioni da essa indicati per iscritto.

*(dal Codice di Deontologia Medica)*

## Richiamo del Presidente dell'Ordine

### **CARTELLE CLINICHE LACUNOSE E ILLEGGIBILI**

*In un comunicato indirizzato ai Direttori Generali e ai Direttori Sanitari delle Aziende Sanitarie e dell'A.O. "V. Fazzi", il Presidente dell'Ordine dei Medici di Lecce ha richiamato l'attenzione sul problema della corretta compilazione delle cartelle cliniche.*

*Riportiamo integralmente il testo del comunicato:*

“Sempre più frequentemente ed insistentemente pervengono alla sede dell'Ordine segnalazioni e richieste di intervento riguardanti irregolarità della documentazione sanitaria rilasciata da parte dei medici che operano nelle strutture sanitarie.

In particolare vengono segnalate carenze nella compilazione delle cartelle cliniche ed imprecisioni nella certificazione medica nonché scarsa o nulla leggibilità della scrittura manuale di numerosi medici.

Nel ricordare che la documentazione sanitaria (cartelle cliniche, referti specialistici, referti operatori, certificazioni varie) rientra nella fattispecie degli atti pubblici, invito ogni responsabile amministrativo e sanitario di tutte le strutture sanitarie ad adoperarsi affinché l'anzidetta documentazione sia compilata con la doverosa cura, dettata peraltro dalle norme del vigente Codice di deontologia medica (artt. 22-23), a macchina o computer, e sia firmata da ogni redattore con firma chiaramente leggibile.

Mi è d'obbligo riportare a tal fine una recente sentenza della Suprema Corte la quale recita: **“La cartella clinica redatta da un medico di un ospedale pubblico è caratterizzata dalla produttività di effetti incidenti su situazioni giuridiche soggettive di rilevanza pubblicistica, nonché della documentazione di attività compiute da pubblico ufficiale che ne assume la paternità; trattasi di atto pubblico che esplica la funzione di diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti, sicché i fatti devono esservi annotati contestualmente al loro verificarsi”** (Cass.Sez. V sent. n.1098 del 27/1/98).

Inoltre giova ricordare che la buona compilazione della cartella clinica è uno degli elementi più significativi nei processi di accreditamento e certificazione per le strutture sanitarie che saranno obbligatori con l'applicazione del D.L. 229/99 (Riforma Ter”).

*Cartelle che  
incastrano  
e cartelle che  
salvano,  
ma, prima di tutto,  
strumento di  
comunicazione tra  
colleghi*

## LA CARTELLA CLINICA DEVE ESSERE LEGGIBILE

La cartella clinica deve essere leggibile perché deve essere sempre comprensibile da parte del paziente. Lo afferma il Garante della privacy nella Newsletter numero 165, dettando inoltre norme per una maggior tutela.

Infatti 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, poiché la leggibilità delle informazioni è la prima condizione per la loro piena comprensione.

In particolare, viene sottolineata la specifica tutela che la legge sulla privacy garantisce alle persone al momento dell'accesso ai propri dati personali, rispetto al diverso diritto di accesso agli atti e documenti amministrativi disciplinato dalla legge 241/1990. L'art. 13 della legge 675/1996 prevede, infatti, che i dati personali devono essere estratti e comunicati all'interessato in forma intelligibile ed il principio viene ulteriormente specificato nel D.P.R. 501/1998, quando in riferimento ad alcune modalità di riscontro al diritto

di accesso, si afferma che la comprensione dei dati deve essere agevole, obbligando il titolare del trattamento ad adottare opportune misure per agevolare l'accesso ai dati da parte degli interessati. Anche nel caso in cui l'estrazione e la trasposizione dei dati su un supporto cartaceo o informatico dovesse risultare particolarmente difficoltosa, la richiesta di accesso ai dati personali, formulata ai sensi della legge sulla privacy, può essere soddisfatta dall'esibizione o dalla consegna in copia di un documento, ma la leggibilità delle informazioni è la prima condizione, necessaria anche se non sufficiente, per la loro comprensibilità.

In particolare viene anche sottolineato l'obbligo dell'Azienda ospedaliera di rilasciare, entro un ragionevole termine stabilito, una eventuale 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.

**Marco Perelli Ercolini**

*Cartelle che  
incastrano  
e cartelle che  
salvano,  
ma, prima di tutto,  
strumento di  
comunicazione tra  
colleghi*

da **Corriere Medico**  
14 marzo 2002

## **Il Garante della privacy bacchetta un ospedale per i documenti illeggibili**

### **CARTELLE CENSURABILI**

LA CARTELLA CLINICA deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza. Lo ha ribadito di recente anche il garante per la privacy il quale, dopo la denuncia di un cittadino volta ad ottenere in forma intelligibile alcuni dati riportati nella sua cartella clinica, ha censurato un ente ospedaliero perché l'importante documento risultava di difficile e forse impossibile interpretazione per l'illeggibilità della grafia e per il richiamo a codici di non immediata comprensibilità.

L'articolo 13 della legge sulla privacy prevede infatti che i dati ai quali si riferisce una richiesta di accesso devono poter essere comunicati all'interessato "in forma intelligibile" e l'articolo 17 (comma 9) del decreto 501 del 1998 obbliga il titolare del trattamento, "ai fini di una più efficace applicazione dell'articolo 13 della legge", ad adottare "le opportune misure volte, in particolare, ad agevolare l'accesso ai dati personali da parte dell'interessato". **(m.p.e.)**



Sì al nesso di causalità se il documento clinico è lacunoso

## CARTELLE CHE INCASTRANO

Non è possibile escludere la prova della responsabilità professionale del medico e/o della struttura sanitaria a causa dell'irregolare tenuta delle cartelle cliniche o dell'omessa esecuzione dei necessari riscontri diagnostici – ivi inclusi quelli realizzabili mediante autopsia. La III sezione civile della Corte di Cassazione, con sentenza 12103 del 13 settembre 2000, ha rinviato alla corte di appello il giudizio per il risarcimento danni intentato contro un noto ospedale milanese e due suoi primari da una signora che

pur riconoscendo che i sanitari (e l'ospedale) erano incorsi in una serie di omissioni e di ritardi nell'accertare la patologia dell'anziana paziente, avevano respinto la domanda di risarcimento danni, rilevando che non era possibile accertare col necessario rigore il nesso di causalità tra i comportamenti omissivi dei sanitari e il decesso della paziente. I consulenti incaricati dai giudici di merito, infatti, non avevano potuto escludere che la morte fosse sopravvenuta per cause autonome e non collegate alla patologia preesistente (ciò comporta, secondo i principi operanti in materia, un'interruzione del rapporto di causalità e la conseguente esenzione da ogni responsabilità dei sanitari): gli esperti non avevano infatti potuto trarre elementi utili di valutazione né dalla cartella clinica, che appariva estremamente lacunosa, né da altri rilievi, poiché nemmeno l'autopsia era stata effettuata.

La Cassazione non condivide le conclusioni

aveva perso l'anziana madre, la quale era stata ricoverata presso la struttura sanitaria con diagnosi di ittero e vi era deceduta dopo 11 giorni "per cause ignote", poche ore prima di essere sottoposta a intervento chirurgico per la rimozione di un calcolo del coledoco.

Il tribunale e la corte d'appello,

dei giudici di merito in ordine all'esclusione del nesso di causalità. La valutazione dell'esattezza della prestazione medica concerne, infatti, anche la regolare tenuta della cartella clinica: ove dalla sua imperfetta compilazione derivi l'impossibilità di trarre utili elementi di valutazione in ordine all'accertamento della causa

### **Art. 57 Rispetto reciproco**

Il rapporto tra i medici deve ispirarsi ai principi del reciproco rispetto e della considerazione della rispettiva attività professionale.

Il contrasto di opinione non deve violare i principi di un collegiale comportamento e di un civile dibattito.

Il medico deve assistere i colleghi senza fini di lucro, salvo il diritto al recupero delle spese sostenute.

Il medico deve essere solidale nei confronti dei colleghi sottoposti a ingiuste accuse.

*(dal Codice di Deontologia Medica)*

*Cartelle che incastrano e cartelle che salvano, ma, prima di tutto, strumento di comunicazione tra colleghi*

della morte di un paziente, le conseguenze non possono in via di principio ripercuotersi in danno di chi vanta un diritto collegato alla morte del creditore della prestazione sanitaria (nel caso di specie, il diritto al risarcimento del danno vantato dalla figlia della paziente deceduta). Lo stesso vale, prosegue la Corte, per l'omessa esecuzione dei necessari riscontri diagnostici, anche autoptici.

Anche nel caso di specie, dunque, trovano applicazione i principi generali in relazione all'accertamento del nesso di causalità: quando la morte di un paziente possa derivare in via ipotetica da una pluralità di cause, occorre stabilire se la accertata condotta omissiva dei medici costituisca causa idonea a provocare la morte, o se piuttosto un altro fattore causale – una patologia incolpevolmente non diagnosticata, ad esempio – si ponga

come assorbente rispetto alle altre concause. In via preliminare, tuttavia, è necessario che venga positivamente accertata – almeno dopo la morte – l'incidenza causale del fattore da solo sufficiente a provocare la morte del paziente. Se la prova del fattore che ha provocato la morte non è stata raggiunta, a causa della lacunosità della cartella e della omessa esecuzione dell'autopsia, e dunque per ragioni imputabili agli stessi sanitari e all'ospedale, ciò non consente di escludere il nesso di causalità tra la condotta colposa dei sanitari in relazione alla patologia accertata e l'evento dannoso. Nel dubbio, sembra suggerire la Corte, si deve condannare, quando l'impossibilità della prova a scarico derivi da omissioni imputabili agli stessi medici o alla struttura sanitaria.

**Alessandra Rinaldi**



*Cartelle che  
incastrano  
e cartelle che  
salvano,  
ma, prima di tutto,  
strumento di  
comunicazione tra  
colleghi*

*da Corriere Medico  
30 ottobre 2003*

Cassazione severa con un ginecologo  
giudicato approssimativo nelle annotazioni

## **ED ECCO LA COLPA PRESUNTA**

Si può dedurre dalla cartella incompleta

La carente compilazione della cartella clinica è quasi una “presunzione di colpa” a carico del medico. È questo il succo della sentenza 11316 emessa il 21 luglio 2003 dalla terza sezione civile della Corte di Cassazione e destinata a fare rumore. Questi i fatti.

I genitori di un bambino che aveva sofferto di anossia alla nascita, e dunque era venuto alla luce affetto da microencefalite e tetraparesi spastica, fanno causa al ginecologo. Il tribunale, riconoscendo la colpa professionale del medico, lo condanna risarcire il danno quantificato in un miliardo di vecchie lire. La Corte d’appello, alla quale si era rivolto il ginecologo, ribalta però la sentenza e, ritenendo corretto il comportamento del sanitario, rigetta la richiesta di risarcimento danni.

A sua volta la Cassazione, cui avevano fatto ricorso i genitori del bambino al fine di censurare l’ultima sentenza favorevole al ginecologo, ritiene invece fondate le ragioni che hanno portato alla sentenza di condanna da parte del tribunale.

I Supremi giudici, infatti, non hanno dato credito alcuno alla tesi del ginecologo secondo cui la patologia che aveva colpito il neonato andava ascritta, non a una imperizia professionale (malpractice), bensì a fattori genetici o, in alternativa, alla disorganizzazione della struttura sanitaria in cui si era verificato l’evento lesivo. I giudici di Cassazione, studiando gli allegati processuali, hanno ritenuto al contrario di riscontrare prove circa gli errori commessi dal medico nell’interpretazione della sintomatologia del caso. Di conseguenza, il ginecologo avrebbe dovuto intubare il piccolo e trasferirlo in un centro specializzato. Non aver tenuto un comportamento del genere, a parere della Cassazione, è motivo di censura sotto l’aspetto colposo come elemento alla base dell’evento lesivo a carico del neonato.

### **Art. 58**

#### **Rapporti con il medico curante**

Il medico che presti la propria opera in situazioni di urgenza o per ragioni di specializzazione a un ammalato in cura presso altro collega, acquisito il consenso per il trattamento dei dati sensibili dal cittadino o dal legale rappresentante, è tenuto a dare comunicazione al medico curante o ad altro medico eventualmente indicato dal paziente, degli indirizzi diagnostico-terapeutici attuati e delle valutazioni cliniche anche nel caso di ricovero ospedaliero.

*(dal Codice di Deontologia Medica)*

*Cartelle che  
incastrano  
e cartelle che  
salvano,  
ma, prima di tutto,  
strumento di  
comunicazione tra  
colleghi*



*“Per i giudici  
il comportamento  
del medico  
non fu aderente  
a scienza  
e coscienza”*

**Tuttavia, la parte** veramente importante della sentenza non è tanto quella della decisione circa la responsabilità del ginecologo a seguito di una condotta omissiva ( qui i giudici hanno deliberato in base a principi ormai consolidati in giurisprudenza), quanto quella relativa all’individuazione degli elementi di responsabilità a carico del medico. E difatti la Cassazione punta l’indice soprattutto sulle carenze rilevate nella cartella clinica, che non fu compilata dal ginecologo nel modo dovuto, tanto che in essa non furono annotati, come il medico avrebbe dovuto fare con puntualità, tutti gli atti diagnostici e terapeutici compiuti, né tantomeno il decorso del parto nelle sue diverse fasi.

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.

**Cosa sono le prove** presuntive? Il codice civile le definisce come le conseguenze che la legge o il giudice trae da un fatto noto per risalire a un fatto ignoto. Il che, applicato nella fattispecie, sta a indicare che, 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 quello che presuntivamente fu il comportamento positivo oppure omissivo del sanitario e al decorso della patologia.

Ma quali potrebbero essere i fatti noti? Questi sono dati dallo stato della malattia, dalle dichiarazioni del paziente, dei suoi familiari, del personale sanitario e, ovviamente, anche del medico curante.

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.

La decisione della Cassazione mette poi in rilievo che l’attività documentativa del medico, anche ai fini di una medicina difensiva, oggi assume maggiore importanza rispetto al passato pure in ragione dell’aumento del contenzioso. D’altronde va sottolineato che attualmente anche la compilazione della cartella clinica è diventata più agevole rispetto al passato avendo il nostro ordinamento dato cittadinanza al documento digitale (dpr 445 del 2000). Ad ogni buon conto, anche nella forma digitale, la cartella resta un atto pubblico e ha la stessa valenza di un atto notarile. La cartella clinica, del resto, costituisce il diario sullo “status clinico” del paziente. È regolata dall’articolo 7 del dpr 128 del ’69, che

*Cartelle che  
incastrano  
e cartelle che  
salvano,  
ma, prima di tutto,  
strumento di  
comunicazione tra  
collegi*

afferma: “Il primario è responsabile della regolare compilazione della cartella clinica e dei registri nosologici e della loro conservazione fino alla consegna all’archivio centrale”.

La Cassazione ha sancito in modo costante che la cartella clinica costituisce un atto pubblico quando è compilata da un medico della struttura sanitaria pubblica ed è caratterizzata dalla produttività di effetti incidenti su situazioni giuridiche soggettive di rilevanza pubblicistica, nonché della documentazione di attività effettuate dal medico pubblico ufficiale che pertanto ne assume la paternità.

**Si tratta quindi** di un atto pubblico che attesta il compimento dei fatti in essa indicati e di quelli clinici rilevanti. Sicchè i fatti e gli atti sanitari compiuti devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi (V sezione penale della Cassazione, sentenza 1098 del '98). Ne consegue che tutte le modificazioni, le aggiunte, le alterazioni e le cancellazioni sulle cartelle cliniche e sugli altri registri nosologici integrano il grave delitto di falsità in atto pubblico punito dall’articolo 477 del codice penale con la reclusione da uno a quattro anni.

E il fatto è punito per la sola falsificazione e non ha rilevanza l’intento che muove il sanitario, atteso che il reato suddetto è punito a titolo di dolo generico.

**Alfonso Marra**  
Magistrato



*Cartelle che  
incastrano  
e cartelle che  
salvano,  
ma, prima di tutto,  
strumento di  
comunicazione tra  
colleghi*

da Corriere Medico  
31 ottobre 2002

La stesura irregolare è fonte di contenziosi

## **LA CARTELLA CLINICA CORRETTA È IL SALVAGENTE DEL MEDICO**

È atto pubblico e fa fede ciò che riporta

L'irregolare compilazione delle cartelle cliniche rappresenta una delle maggiori cause di lievitazione del contenzioso a carico dei medici. A volte per superficialità, altre volte per scarsa conoscenza dell'importanza che la cartella riveste come strumento valido e insostituibile di "medicina difensiva", vengono trascurate le regole poste a base di una corretta e compiuta compilazione. Per prima cosa non va dimenticato che la cartella clinica è un atto pubblico e, quindi, al pari di un atto notarile (il medico che la compila è un pubblico ufficiale), fa sempre fede su quanto in essa riportato. E infatti ogni abrasione o correzione apportata dal medico che l'ha redatta integra un'ipotesi di

reato sanzionata pesantemente dal codice penale, il quale per il falso in atto pubblico commesso da pubblico ufficiale (articolo 475) prevede fino a sei anni di reclusione. Non a caso, di recente è intervenuta sull'argomento anche la Corte di cassazione (sentenza 4769 del 17 aprile 2002) che ha ribadito la natura di atto pubblico del documento clinico.

A tale proposito i giudici della Cassazione affermano: "in tema di falsità materiale l'espressione 'esercizio delle sue funzioni', cui il legisla-

tore fa ricorso per sanzionare più severamente il falso commesso da un pubblico ufficiale, deve riferirsi all'ambito della competenza funzionale dello stesso. A ciò consegue che se per l'agente non è mai venuta meno tale qualifica, l'alterazione che costui abbia compiuto di un atto pubblico viene correttamente ricondotta sotto la previsione dell'articolo 476 del codice penale e non sotto quella della falsità materiale commessa da privato punita meno gravemente con l'articolo 482 cp (fino a quattro anni di reclusione)".

La fattispecie di cui si è occupata la Cassazione era relativa a un medico, dipendente ospedaliero (condannato nella fase di merito dal tribunale e dalla Corte d'appello),

che aveva alterato una cartella clinica precedentemente da lui redatta. In altri termini, per la Cassazione il medico del SSN si rende responsabile di un così grave reato ogni qualvolta manomette quanto da lui già riportato in cartella.

Domanda: cos'è la cartella clinica e quali sono le norme che ne disciplinano la compilazione?

Va subito premesso che non esiste in diritto una definizione della cartella clinica. Le fonti normative sono due: l'articolo 24 del regio decreto 1631

***“Essendo  
un diario clinico  
gli eventi  
vanno annotati  
contestualmente  
al loro  
verificarsi”***



*Cartelle che  
incastrano  
e cartelle che  
salvano,  
ma, prima di tutto,  
strumento di  
comunicazione tra  
colleghi*



del 30 settembre 1939 e l'articolo 7 del dpr 128 del 1969. Ad esse vanno aggiunte le disposizioni introdotte dalla più recente legge sulla privacy (numero 675/96) nonché dalla legge che ha previsto la cartella clinica digitale (dpr 445 del 28 dicembre 2000).

Vale la pena soffermarsi sulle disposizioni del 1969. Il dpr 128, con espressione innovativa rispetto alla legislazione del 1939, ha sancito testualmente che "il primario è responsabile della compilazione regolare della cartella clinica e dei registri nosologici fino alla loro consegna all'archivio centrale". Le esigenze della moderna medicina richiedono che la cartella – altro non è che il diario sullo status clinico del paziente e sul decorso della malattia – sia compilata tenendo presente le seguenti condizioni:

1 – non sia dispendiosa di tempo

nella sua compilazione effettiva;

2 – sia di facile consultabilità;

3 – sia premessa per una eventuale raccolta di dati;

4 – consenta al medico un alleviamento dell'attività mnemonica;

5 – adempia allo scopo di incanalare l'attività diagnostica e terapeutica e di richiesta di prestazioni da parte del paziente senza creare una situazione di condizionamento e, quindi, di limitazione di espressione.

Oggi, in via generale, si ricorre alle cartelle cliniche prestampate, che garantiscono un certo ordine sequenziale e impediscono la dimenticanza di determinate informazioni sull'anamnesi fisiologica, sia di eventuali intolleranze farmacologiche, sia sulle abitudini personali, sia su quelle notizie solo apparentemente collaterali che molto spesso il paziente tende a trascurare e che, a sua volta, il medi-

## **Art. 62**

### **Medico curante e ospedaliero**

Tra medico curante e medici operanti nelle strutture pubbliche e private, anche per assicurare la corretta informazione all'ammalato, deve sussistere, nel rispetto dell'autonomia e del diritto alla riservatezza, un rapporto di consultazione, di collaborazione e di informazione reciproca al fine di garantire coerenza e continuità diagnostico-terapeutica.

*(dal Codice di Deontologia Medica)*

*Cartelle che  
incastrano  
e cartelle che  
salvano,  
ma, prima di tutto,  
strumento di  
comunicazione tra  
colleghi*

co potrebbe dimenticare, specie in un momento di attività molto intensa.

La cartella clinica rappresenta, quindi, un memoriale, un diario del degente fino alla sua dimissione. In quanto atto pubblico, costituisce un'autonoma prova degli adempimenti posti in essere dal personale della struttura ospedaliera, sia esso medico o infermieristico. E ciò per una tutela sia dei diritti dell'ammalato, sia di quelli dei medici e degli infermieri. A tale riguardo la Cassazione sancisce che "la cartella clinica redatta da un medico di ospedale pubblico è caratterizzata dalla produttività di effetti incidenti su situazioni giuridiche soggettive di rilevanza pubblicistica nonché dalla documentazione di attività compiute dal pubblico ufficiale che ne assume la pater-

nità. Si tratta dunque di un atto pubblico che esplica la funzione di diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti, sicchè i fatti devono esservi annotati contestualmente al loro verificarsi. Ne deriva che tutte le modifiche, le aggiunte, le alterazioni e le cancellazioni integrano falsità in atto pubblico in quanto tali; né ha rilevanza l'intento che muove il medico, atteso che le fattispecie delineate in materia dal codice sono connotate dal dolo generico e non dal dolo specifico"

(Sezione V della Cassazione, sentenza 1098 del 27 gennaio '98).

**Alfonso Marra**  
magistrato



Cassazione

**LA CARTELLA CLINICA  
NON HA VALORE DI PROVA PRIVILEGIATA  
RISPETTO AD ALTRI ELEMENTI  
CHE I GIUDICI DEVONO VALUTARE**

Nel corso di un giudizio per risarcimento danni, le annotazioni diagnostiche contenute nella cartella clinica non hanno alcun valore probatorio rispetto ad altri elementi di prova. Lo ha ribadito la Cassazione con la sentenza n.7201, depositata il 12 maggio, confermando la decisione del giudice di merito sulla responsabilità di un'azienda sanitaria lombarda chiamata in causa per un malriuscito intervento chirurgico.

La storia è quella di un banale incidente domestico: un uomo cade lungo le scale di casa lussandosi una spalla. In ospedale gli viene diagnosticata la fuoriuscita della testa dell'omero: è necessario un intervento di riduzione. Un'operazione di routine che viene eseguita senza difficoltà ma, al momento di "sciogliere le bende", l'uomo si ritrova con una lesione irreversibile del nervo circonflesso e la paralisi permanente del muscolo deltoide. Scatta la citazione dell'ospedale per responsabilità del danno: l'uomo conta sul fatto che nella cartella clinica, redatta dal medico del pronto soccorso, è evidenziata a chiare lettere l'assenza di "deficit vascolo-nervosi". Come a dire che, se al momento del ricovero non era stato riscontrato nessun problema, il danno è avvenuto dopo, presumibilmente per errori dei medici nel corso dell'intervento.

Una contestazione che già la Corte d'Appello di Milano non ha accettato, ritenendo che l'uomo non avesse provato, come era a suo carico secondo il codice civile, il nesso causale tra l'intervento e il danno, tra la condotta del medico e la lesione riportata. È stato inoltre negato che la diagnosi contenuta nella cartella – che affermava l'assenza di lesioni nervose – potesse avere valore probatorio preponderante rispetto ad altri elementi che hanno fatto decidere i giudici a favore dell'ospedale. È vero, come l'uomo ha contestato, che la cartella clinica è per sua natura giuridica un atto pubblico e che fa piena prova fino a querela di falso di quanto in essa accertato, ma la valutazione in discussione è un giudizio diagnostico e non un fatto oggettivo passibile di indagini cliniche e strumentali.

La Cassazione, rigettando il ricorso proposto dall'uomo, conferma: l'onere della prova a carico del danneggiato non è stato assolto. E le attestazioni contenute in questa sorta di "diario della malattia" in merito all'assenza di lesioni nervose sono diagnosi, opinioni di scienza senza valore di prova privilegiata.

**Daniela Casciola**

*Cartelle che  
incastrano  
e cartelle che  
salvano,  
ma, prima di tutto,  
strumento di  
comunicazione tra  
colleghi*

da **Il Giornale della Previdenza dei Medici e degli Odontoiatri**  
n° 8 - 5 novembre 2003

## **CARTELLA CLINICA INFORMATICA PUNIBILE IL FALSO**

È punibile il falso atto pubblico informatico.

Il falso materiale e il falso ideologico sono ravvisabili anche quando la falsificazione, ad opera di un pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, avviene a mezzo supporto informatico (Cassazione – sentenza numero 20723 del 14 marzo -12 maggio 2003).

Il reato è previsto dall'articolo 491 bis del codice penale: falsità in documenti informatici.

Ricordiamo come l'informatizzazione della cartella clinica o della scheda sanitaria non sia priva di rischi e la garanzia per la identificazione del compilatore, la sicurezza contro le manomissioni, la tutela alle intrusioni e alla violazione della segretezza abbia notevoli costi in relazione alla maggiore o minore affidabilità e inoltre non è assoluta.

**Marco Perelli Ercolini**



## CONSENSO INFORMATO E CARTELLA CLINICA

... Non si può non stigmatizzare il comportamento di quelle strutture sanitarie o di quei professionisti che disbrigliano le delicate operazioni del consenso facendo apporre al paziente la firma sotto uno stampato o un timbro dalla dicitura estremamente generica, senza alcun elemento di *personalizzazione* dell'informativa resa. Trattasi, evidentemente, di un consenso non valido sotto ogni profilo: morale, deontologico e, soprattutto, giuridico.

Al contempo, la predisposizione di accurati (e fin troppo speciosi) moduli di consenso relativi alle più disparate finalità operative risulta nella maggior parte dei casi un falso problema. Nella prassi è dato osservare che in non pochi casi i moduli di acquisizione del consenso assumono la veste formale di presuntuosi “calepini dello scibile medico” ovvero di isterici “capitolati di appalto” (Fiori, 1999); supportati da una informazione tanto meticolosa quanto catastrofica, ovviamente utopistici vista l'infinita varietà dei malati e degli specifici quadri patologici. Ciò, evidentemente, nella distorta convinzione di una complessiva autotutela nei confronti di qualsivoglia ipotesi di responsabilità professionale.

La migliore proposta operativa in tal senso è, paradossalmente, il “non – modulo”. Il paradosso, tuttavia, è

più ipotetico che reale qualora si consideri che l'etimologia della parola “con-senso” è indicativa di un “sentire insieme”, in un'alleanza terapeutica (*therapeutic alliance*) che richiede sì “informazione” ma di certo maggiormente “colloquio” ed “empatia” con il paziente.

Un'attenta compilazione della cartella clinica potrebbe vantaggiosamente elidere l'esigenza di una modulistica *ad hoc*, assai sentita dai clinici ma dal sapore eccessivamente burocratico. La cartella clinica andrebbe, quindi, ripensata come un “diario di bordo” della relazione con il paziente (Perelli Ercolini e Canavacci, 2002).

Non contrastano con tale convinzione i moduli di acquisizione di consenso (o dissenso) informato all'atto medico-chirurgico sovente riportati in letteratura e che anche noi di seguito proponiamo. Infatti, si tratta di mere indicazioni operative che possono agevolare nella prassi il richiamo mnemonico grazie a formulazioni che risultano sufficientemente comprensive di tutti gli elementi indispensabili sotto il profilo giuridico e medico legale ma che risultano allo stesso tempo elastiche, in maniera da consentire l'opportuno e doveroso adattamento alle peculiarità del caso. Ovviamente l'auspicio è che siano sempre preponderanti le parti del modulo riempite a

*Cartelle che  
incastrano  
e cartelle che  
salvano,  
ma, prima di tutto,  
strumento di  
comunicazione tra  
colleghi*

mano, in relazione alla effettiva disamina effettuata dall'inscindibile binomio "medico-paziente" del singolo ed irripetibile caso concreto (ciascun componente del binomio, ovviamen-

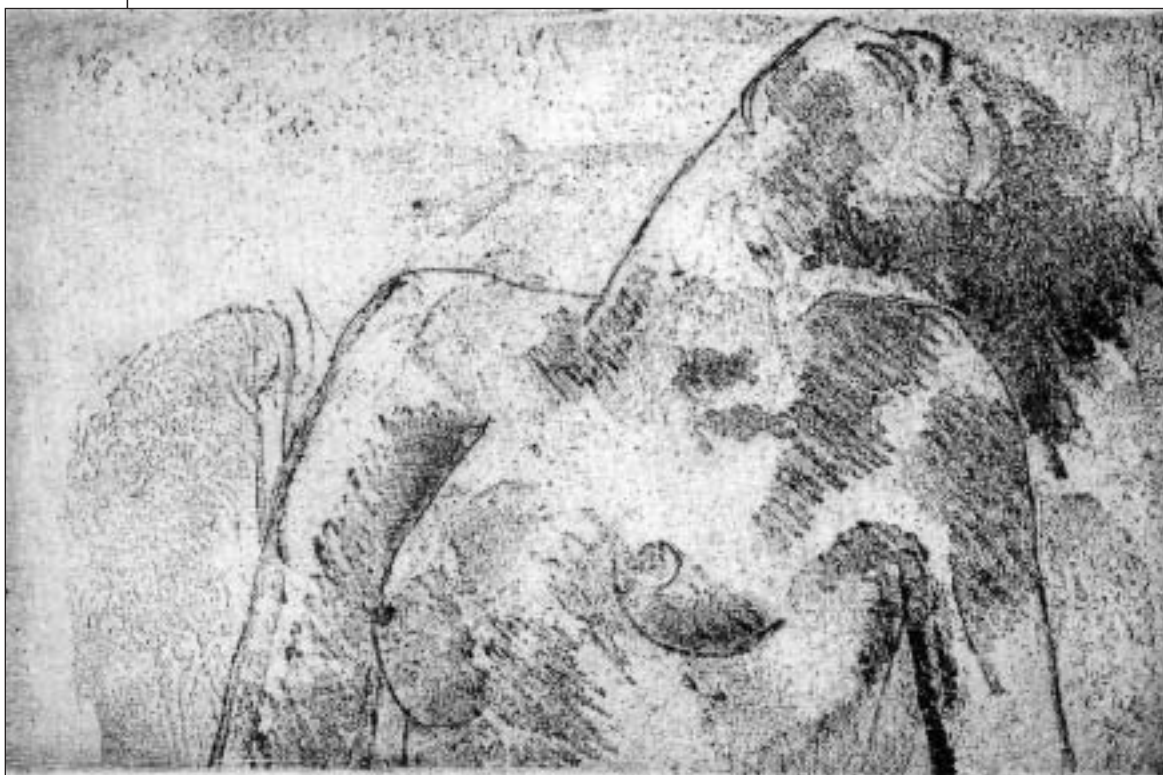
te, con le sue prerogative, le sue finalità e nel rispetto del ruolo reciproco)...

**Prof. Giancarlo Umani Ronchi**  
**Prof. Giorgio Bolino**





## **LA CARTELLA CLINICA: STRUMENTO ANTICO CON UN LUNGO FUTURO**



G. Stefanelli, *Nudo mezzo busto con testa inclinata*, 1990

- Pag. 60 I medici e la scrittura: commenti su una storia senza fine  
**Luciano Persico**
- Pag. 68 Un buon esempio di rapporto chirurgico in cartella clinica
- Pag. 70 La scatola nera  
**Antonio Panti**
- Pag. 73 La cartella clinica  
**Liliana Romeo**
- Pag. 80 Cartella clinica, comunicazione tra medici  
**Daniele Cafini - Alessandro Bucarelli**
- Pag. 86 Un diario di bordo per la relazione tra paziente e personale sanitario:  
brevi note su un ulteriore utilizzo della cartella clinica  
**Laura Canavacci**
- Pag. 88 Progetto e sviluppo di un sistema informativo per la gestione di cartelle  
cliniche  
**Lucia Rita Carfagno - Giuseppe Carfagno - Giovanni Fabrizio**
- Pag. 94 Cartella clinica, Ict in campo  
**Fabrizio Consorti**
- Pag. 96 Cartella on line entro il 2010  
**Angelo Rossi Mori**
- Pag. 96 E i medici spagnoli chiedono più sicurezza sui dati on line  
**Antonio Alfano**



## *BASTA IL MIO DITO INDICE*

**P**ietro P. è diventato un po' più anziano e, anche se un po' presto per l'età, la prostata non funziona tanto bene: si alza spesso la notte, ha dolori, bruciori. Ma non ha sopportato inerte: ha già fatto le sue brave visite e sta in mano ad un *bravo-urologo-che-sa-il-fatto-suo*. Un giorno entra in ospedale e un giovane medico raccoglie la storia: "... quindi, lei è iperteso, ha avuto delle crisi di fibrillazione atriale, ha fatto degli accertamenti,... che, però, non ha con sé. Avendo avuto problemi di cuore, bisogna sapere bene cosa è stato fatto e, quindi, partendo da questo punto, approfondire la situazione. Il tutto presto e bene e, più di tutto, senza sottoporla a indagini inutili" – "Mi dispiace... posso telefonare a mia moglie e far cercare i referti: staranno da qualche parte" – "No! Non si preoccupi minimamente. Siamo organizzati".

Dopo qualche minuto *Pietro P.* viene accompagnato in una stanza e messo dinanzi ad un computer collegato con Internet (*Pietro P.* questo *signor Internet* lo ha solo sentito nominare); il suo dito indice viene poggiato di una specie di visore e, *voilà*, tutta la storia di *Pietro P.* è sul monitor. "*Guardi, dottore, c'è anche la risposta di una visita angiologica di 3 anni fa; addirittura la cartella clinica di un intervento all'intestino di vari anni fa... Incredibile!*". La sua meraviglia diviene incontenibile quando il *signor Internet* entra nello studio del suo medico curante, di cui vede i tratti paciosi e, ormai, abbastanza incanutiti: fanno una bella chiacchierata a tre.

Due giorni dopo il *bravo-urologo-che-sa-il-fatto-suo* opera con sicurezza il non più verde *Pietro P.*, che, dopo breve degenza, torna a casa con l'idraulica a posto!

Il *medico-legale-di-età-ormai-avanzata-e-che-ne-ha-viste-tante* questa volta si occuperà della sua invalidità civile, visto che *la commissione resiste*. Il suo *medico-di-famiglia-di-età-ormai-più-che-avanzata* e che *sa-tutto-perché-lo-conosce-dalla-nascita* lo aspetta nel suo studio per una visita di controllo; non deve portare nulla, a parte la sua riconoscenza per una medicina tecnologizzata ma dal volto umano. Sul computer del suo medico è stato già trasmesso tutto: "*Basta il mio dito indice!*"

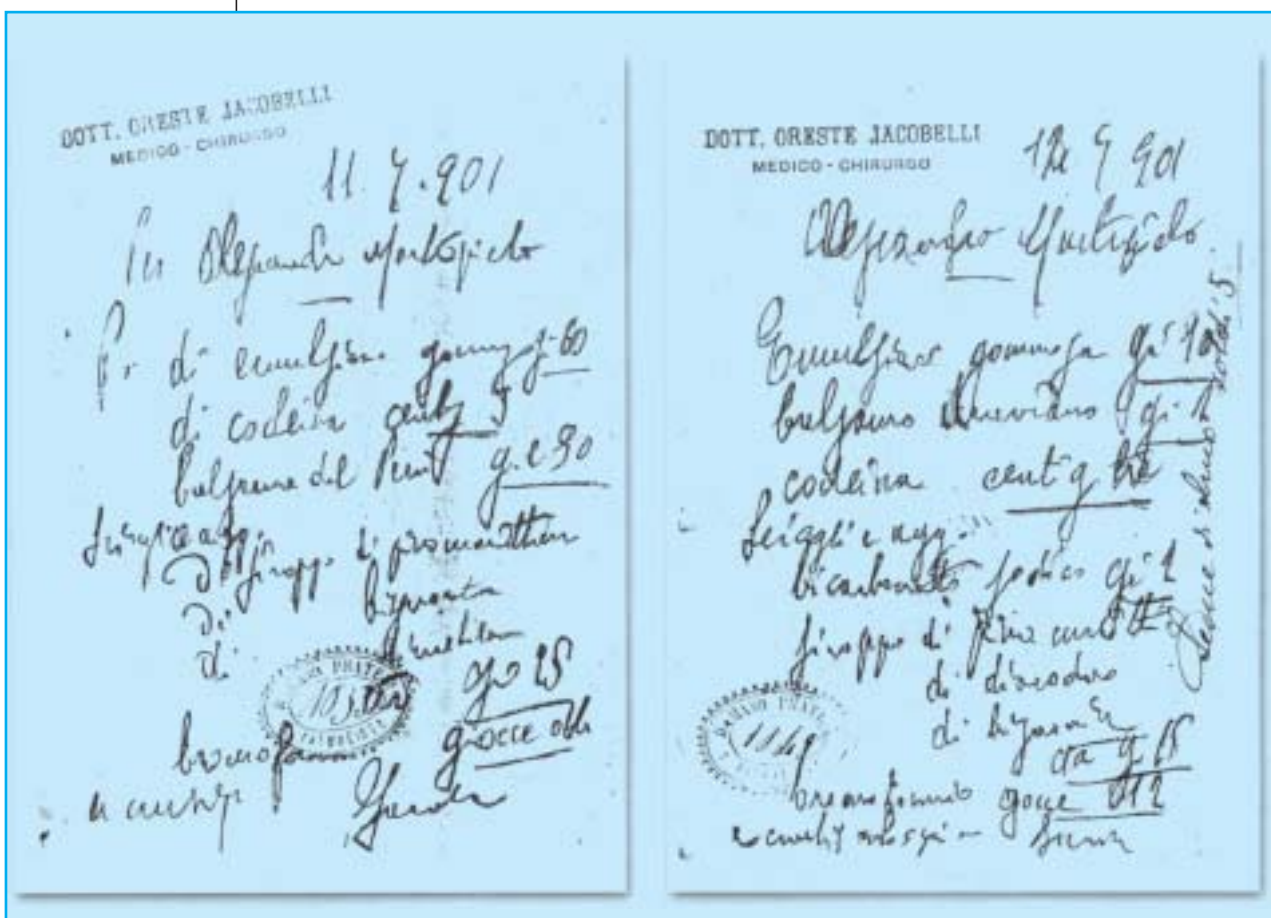
A.C.

## I MEDICI E LA SCRITTURA: COMMENTI SU UNA STORIA SENZA FINE

La nozione che la scrittura manuale dei medici è molto spesso indecifrabile ha una origine che è difficile collocare nel tempo, ma che quanto meno risale ai primordi del secolo testè trascorso, ad esempio, dall'esame di alcune ricette in nostro possesso, redatte nell'anno 1901 e nelle quali la grafia impiegata non è certo delle migliori. Il malvezzo di prescrivere, di annotare e talora anche di refertare in termini poco comprensibili, è tuttavia andato aggravandosi con il trascorrere degli anni, al punto che ormai è divenuto un luogo comune il riscontro di circostanze in cui la comprensione di ciò che i medici scrivono, sembra essere un appannaggio riservato quasi esclusivamente a loro stessi, anziché ai destinatari cui si rivolgono.

A fronte di questa incivile abitudine, c'è dunque da chiedersi quali siano i motivi che la determinano e quali le conseguenze che essa può comportare.

Sul piano dei motivi, varie eventualità possono essere prese in esame. Tra queste, in primo luogo, figura di certo una colpevole indifferenza nei riguardi



Due ricette del 1901

*La cartella clinica:  
strumento antico  
con un lungo futuro*

**CONDIZIONI GENERALI** Schietto. Viscere vaghe. St. cat. cattolica.

**CAPO** Non inglobato unghie. Glande scrolo 1-  
un. Pupille uguali

**COLLO** Globoso. Tiroide con noduli - 1x

**TORACE** Ipocostico, grande, ipocostico  
basale di pervenire sp. cat. N.v. diff. 1- unghie  
v. 1/2


**APPARATO RESPIRATORIO**

**APPARATO CARDIOVASCOLARE** Aia cardiaca

Toni \_\_\_\_\_ Soffi *Silenziosi d'ipotesi unghie, velle, ipocostico*

P.A. *120/70* F.C. *80/110* Azione cardiaca *ipocostico*

Polsi periferici \_\_\_\_\_



*Parte di un esame  
obbiettivo  
(da fotocopia di cartella  
clinica)*

del diritto che gli altri posseggono di comprendere i messaggi che vengono loro inviati, senza dover compiere sforzi di decifrazione, che per di più finiscono sovente per risolversi in un insuccesso.

Se si considera che la scrittura è uno dei mezzi di comunicazione universalmente accreditati e che con il suo impiego, nel nostro campo, vengono espressi pareri diagnostici, fornite notizie cliniche e prescritti mezzi terapeutici in momenti di particolare vulnerabilità psico-fisica di chi ai medici è costretto a fare ricorso, è facile comprendere il disagio ed il disappunto indotti negli interessati da queste missive incomprensibili. Ciò vale per i pazienti che restano confusi sulle modalità con cui attenersi alle prescrizioni, per i farmacisti che leggono con difficoltà il nome dei farmaci indicati nella ricetta, ma ancor più per gli stessi medici che attendono dal rapporto dei colleghi interpellati, informazioni e chiarimenti.

I farmacisti, anche se con un certo fastidio e dopo essersi invano consultati tra loro, cercano di risolvere il problema, se la ricetta è intestata al nome del medico prescrittore, attaccandosi al telefono e chiedendo spiegazioni. Una impresa, questa, che però diviene a dir poco difficile se la ricetta è invece su carta intestata a qualche istituzione sanitaria, o perfino impossibile se lo sgor-

*La cartella clinica:  
strumento antico  
con un lungo futuro*

bio usato quasi sempre come firma, non si accompagna ad un timbro personale di riconoscimento. Ma può accadere di peggio e cioè che in buona fede, credendo di aver decifrato l'enigma, il farmacista scambi il nome di un prodotto con quello di un altro, a causa di una apparente analogia grafica, e che quindi fornisca al malato inconsapevole, un farmaco che con la sua affezione non ha nulla a che vedere. Il paziente, da parte sua, allorché sia incerto su come regolarsi, ricorre al sanitario che lo assiste chiedendo lumi, per cui alla fine riesce in genere ad ottenere le informazioni che gli occorrono, se nel frattempo non ha già assunto per sbaglio un farmaco diverso da quello che avrebbe dovuto ricevere.

Ma coloro che si trovano più spesso in grave imbarazzo a causa della caco-grafia, sono proprio i molti medici cui capita di imbattersi in messaggi che non di rado, in quanto a caratteri calligrafici, stanno tra il cuneiforme ed il cirillico. Basti pensare ad esempio, alle difficoltà che creano e al malcontento che suscitano consulenze o referti di indagini strumentali più o meno illeggibili, al cospetto di un paziente che "sta sulle spine", in attesa che il suo problema clinico venga risolto.

Ciò che più preoccupa, tuttavia, è che il malcostume fin qui messo all'indice, ha trovato ormai da tempo un intollerabile terreno di coltura anche nelle car-

Con la seguente diagnosi clinica: *Ricetta sent. di una - Coloproctolite  
Guttes monito rucur, amuo q.d. - corso del  
altro usabile - Tupsano fluida  
Staf. parat. Tuffiano ved. etica*

**Diagnosi clinica riportata in una scheda di dimissione da una unità di medicina interna**

*U. l'ed F. n. it. o  
At. l'ed: rucur ed. q. l'ed. e. n. it. f. a  
per comp. l'ed. de. de. rucur. n. it. o.  
de. l'ed. n. it. o.*

**Referto di consulenza fisiatrica**

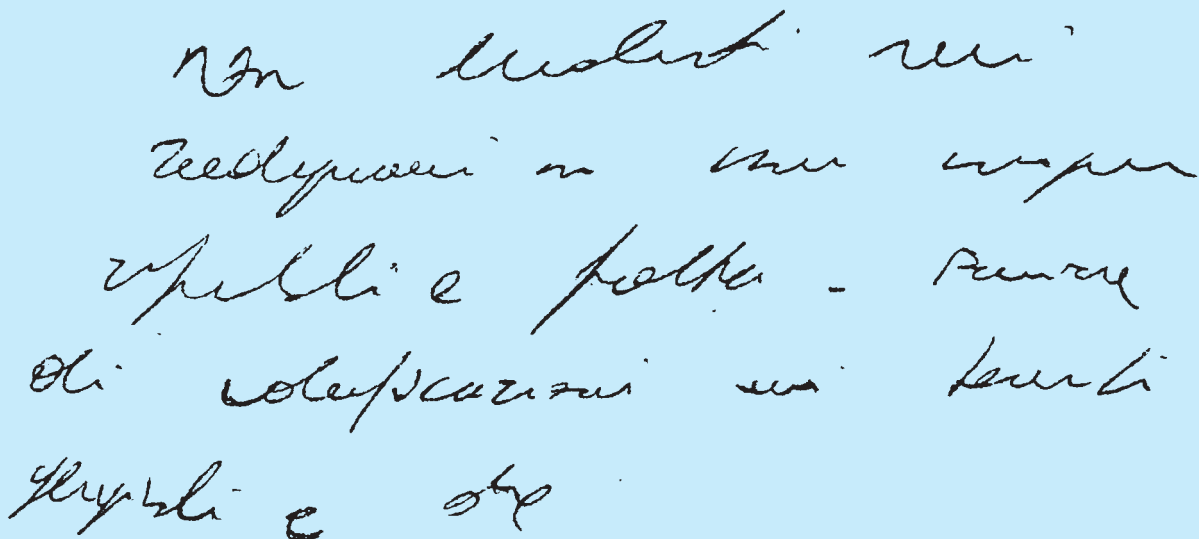


telle cliniche ospedaliere. In esse, infatti, sempre più di frequente, i pareri degli specialisti, i rapporti estemporanei dei medici di guardia, le descrizioni degli interventi chirurgici, le notizie riportate nel diario quotidiano della degenza e talora perfino l'esito di ricerche diagnostiche, finiscono per trasformarsi in autentici "rompicapo".

Problemi di comprensibilità, questi, che poi troveranno altri destinatari, quando le copie di tali cartelle, spesso già poco leggibili per difettoso fotocopiaggio, giungeranno a chi cura i pazienti a domicilio. "Intra moenia", però, pur se vivacizzato da proteste quasi sempre inefficaci, il contatto chiarificante con i maldestri redattori, è in qualche modo a portata di mano; "extra moenia", viceversa, come è facile comprendere, la inintelligibilità di ciò che è scritto, crea un impaccio operativo ancor maggiore, oltre che non poco risentimento.

Ma cos'altro si nasconde dietro la indifferenza nei riguardi dell'obbligo di farsi comprendere allorché si comunica per iscritto? A tale proposito, benché individualmente diverse, molteplici eventualità possono essere chiamate in causa. Va subito anche detto che chi scrive questo articolo non possiede di certo i requisiti istituzionali per svolgere una indagine grafologica, in grado di far risalire ai connotati che configurano la personalità dei cacografi: ciononostante, sulle premesse psicologiche di tale negligenza, qualche impressione e qualche ipotesi è legittimo e ragionevole prospettare e porre in risalto.

In genere è quasi sempre rintracciabile una ostinata abitudine a perseverare nel malcostume calligrafico, giacché malgrado i ricorrenti inviti e le non meno insistenti contestazioni ai trasgressori, essi continuano imperterriti a "far orec-



Non veduto nei  
telegoni in un campo  
spelli e polta - Paura  
di volpazioni in tanti  
spelli e de

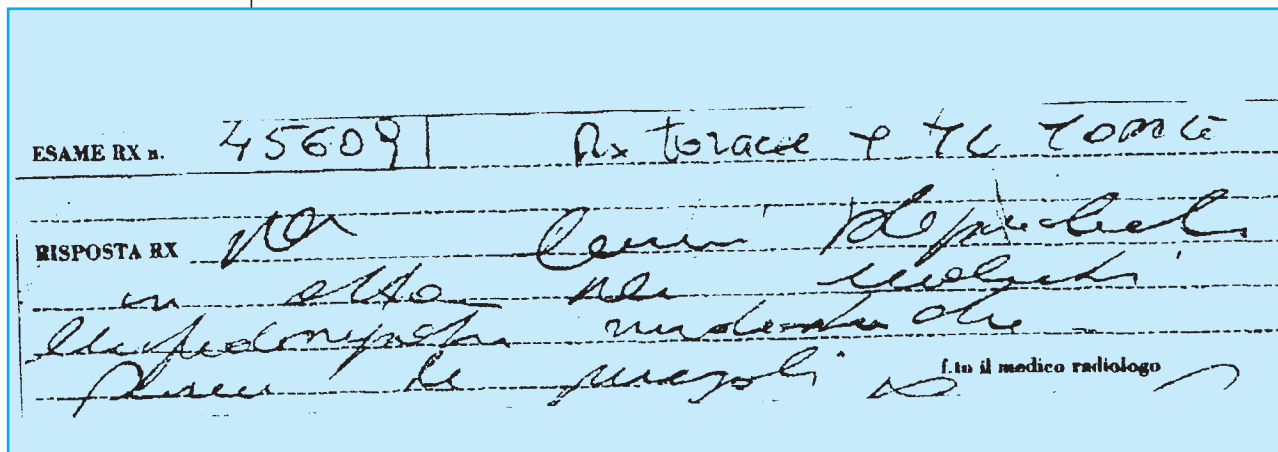
**Referto di un esame radiografico della mandibola**



chie da mercante”, lasciandosi scivolare addosso le proteste come se non li riguardassero.

Benché sia palese a chiunque la fondatezza di tali richiami, il non riconoscerne la accettabilità ed il non esserne indotti a modificare le proprie abitudini, denuncia arroganza di contegno, una visione distorta dei propri compiti oltre che disprezzo per le regole deontologiche.

Resta peraltro non facile comprendere, nei singoli casi, se tutto ciò deriva da una incapacità di autocritica, o da un senso di ridicola onnipotenza a causa del quale si è portati a ritenere che debbano essere immancabilmente gli altri ad



**Referto di una radiografia del torace**

adattarsi alle fogge del proprio operato, o da una meschina maniera di imporsi per compensare le proprie frustrazioni esistenziali. Ma a prescindere dai tentativi di spiegazione in chiave psicodinamica di un simile comportamento, c'è comunque da sottolineare che quest'ultimo mette a nudo anche un insufficiente livello di professionalità.

I trasgressori, infatti, non tengono alcun conto delle potenziali implicazioni dannose che per errori interpretativi e/o per incomprendibilità di dati, il malcostume calligrafico può comportare per i pazienti, ostacolando, ritardando o compromettendo la soluzione dei loro problemi diagnostici e terapeutici. Né va sottaciuto che sul piano formale, una condotta del genere finisce per trasformarsi in una manifestazione di autentica villania nei riguardi dei colleghi cui i messaggi sono diretti.

Per giustificarsi di tale malcostume, molti di coloro che ne sono colpevoli chiamano in causa la fretta, imposta dagli impegni professionali assillanti. Un alibi, questo, che però, a nostro avviso, è discutibile oltre che censurabile.

È discutibile perché, anche se la fretta può talvolta essere complice di una così incivile abitudine, quelli che scrivono male per consuetudine, continuano ostinatamente a farlo senza tentare di rinunciarvi, ad onta dei rimbrotti che si levano da ogni parte nei loro riguardi; motivo per cui è inimmaginabile che ogni qual volta essi prendano in mano la penna, siano costretti ad usarla precipitosamente. C'è poi da aggiungere che buona parte degli scritti sotto accusa non provengono solo dagli affollatissimi studi dei medici di base e dagli ambulatori specialistici del SSN, ma anche da altri ambienti, come cliniche e studi privati dove la ressa è certo minore ed ancor di più da molti ospedali. In questi ultimi, ad esempio, a riprova che in genere la fretta non c'entra, quando si richie-

de in corsia una visita specialistica, il consulente, dopo aver svolto la sua indagine valutativa, si accomoda da qualche parte per registrare in pace il suo giudizio. Orbene, nonostante tutto ciò abbia luogo senza alcuna particolare restrizione di tempo, non di rado vengono alla luce autentiche mostruosità scritturali, la cui lettura rimane quasi sempre privilegio esclusivo di chi le ha partorite.

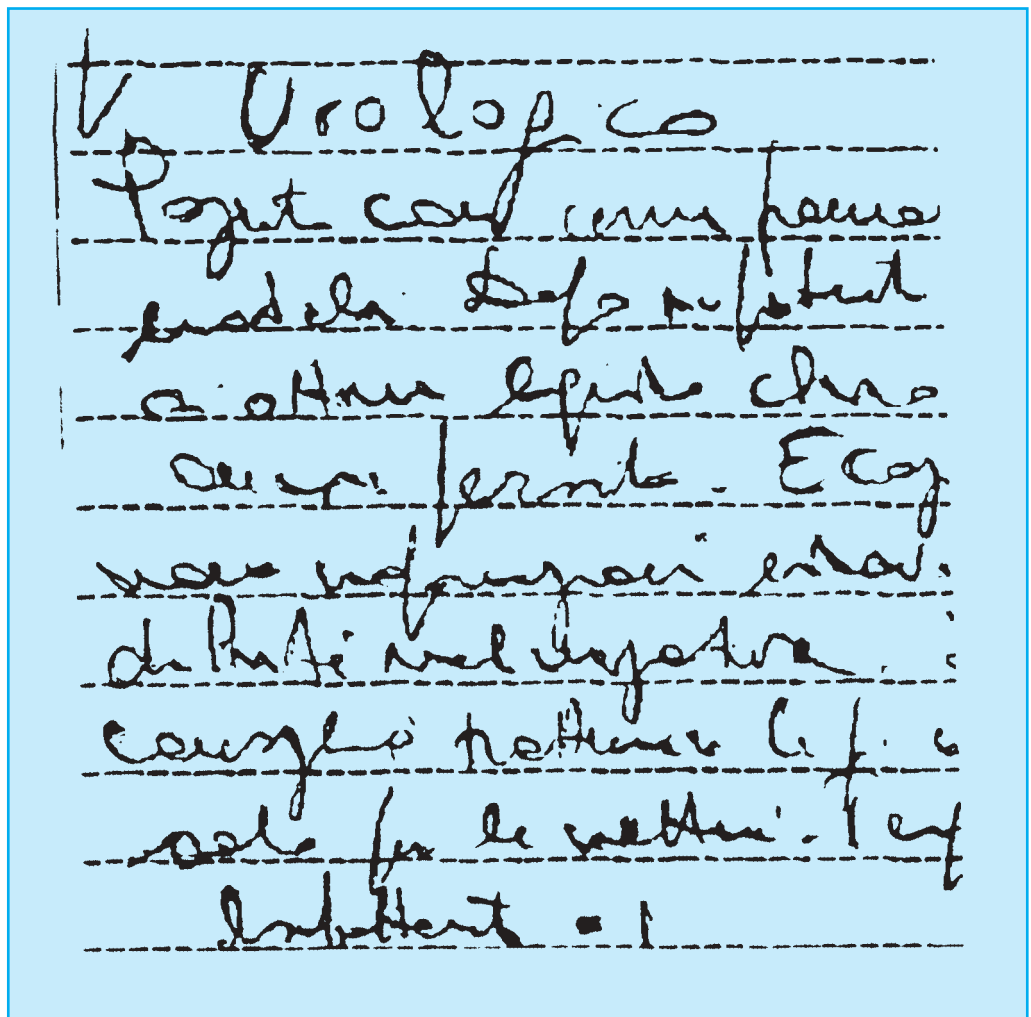
Una sorte, quella di essere costrette ad ostentare diagnosi illeggibili, che, tanto per citare un altro esempio di provenienza ospedaliera, tocca non di rado anche alla schede di dimissione, le quali non sono certo documenti rilasciati in emergenza, ma redatti al termine del lavoro di corsia e quindi senza necessità di provvedervi con “il laccio al collo” del tempo che stringe.

La fretta che si adduce come alibi per il dilagante fenomeno della “writing malpractice” è inoltre, per di più, anche censurabile, giacché quali che siano gli ambienti e le circostanze in cui referti, pareri diagnostici ed indicazioni terapeutiche vengono forniti per iscritto, la eccessiva precipitosità nel redigerli è sempre da bandire; essa infatti, sia perché accresce la incomprensibilità di ciò che si scrive, sia per l’eventuale imprecisione di giudizi e di proposte cui può condurre, ha come controparte il rischio di danni per gli altri.

Sarebbe tuttavia un errore supporre che il malcostume calligrafico con le implicazioni fin qui illustrate, affligga solo il nostro Paese. Anche all’estero, infatti, si conducono da tempo campagne contro la cattiva scrittura dei medici.

**Referto di consulenza elettrofisiologica (servizio di elettrostimolazione)**

Consulenza elettrofisiologica  
Caricatore con difetto elettrico da  
problemi parossistici e obolare l'abito  
di tipo ostinato  
L'elg. ha un'alta dose, insieme  
note neppure della T in sede  
intorno suggerisce per una gressivita  
Non molaglieri al rct test di  
giusto due esse pure va totale  
è possibile per breve del punto  
infinito similari i proci occupazione  
in altre in occasione di un punto  
effetto neppure di hie coinvolgimento  
di gressivita, bilocata l'abito e gressivita



Referto di consulenza urologica

Negli USA, ad esempio, circa 15 anni or sono, K. White e J. Beary della Georgetown University, nel compiere una ricerca sulla qualità delle cure, incontrarono enormi difficoltà nel comprendere ciò che i medici avevano scritto.

Essi decisero allora di indagare sulla leggibilità delle “carte” del loro Ospedale. Orbene, il 16% di tutto ciò che era registrato a mano nelle cartelle, in notificazioni ed in certificati, risultava illeggibile; appariva altresì impossibile decifrare circa il 50% del testo di relazioni nonché la firma di 8 medici su 10. Nel denunciare un tale stato di cose in una lettera al *New England Journal of Medicine*, essi concludevano sottolineando che il prezzo pagato dalla illeggibilità si traduceva in un calo qualitativo delle cure ed in uno spreco di tempo professionale. (N. Simonetti da “*Il Medico d’Italia*” n° 32, aprile 1987).

Nel corso degli ultimi lustri, allo scopo di indurre i medici a farsi carico di una diversa maniera di scrivere e per richiamare nuovamente la loro attenzione sulle conseguenze cui può dar luogo la incomprendibilità dei loro scritti, sporadiche campagne di stampa sono state svolte anche nel nostro Paese, per iniziativa di qualche dirigente di ordini e di associazioni professionali. Ciò è avvenuto non solo con l’ausilio di periodici di categoria, ma pure con quello di quotidiani a larga diffusione, per coinvolgere anche l’opinione pubblica nel tentativo di fronteggiare questo spinoso problema e di trovare il modo per risolverlo. Tuttavia, sebbene ogni volta le rituali proteste siano tornate a galla con sempre maggiore incisività ed abbia trovato sempre più spazio la denuncia dei disagi e

degli inconvenienti che questo intollerabile malvezzo dei medici è in grado di causare, in pratica, per quanto risulta dal diretto monitoraggio, anche personale, del fenomeno, nulla sembra cambiato nel corso degli anni.

Nemmeno i risvolti medico-legali che possono derivarne con le sanzioni penali ed amministrative che essi comportano, appaiono aver posto un freno alla indifferenza con cui vengono accolti gli inviti a cambiare abitudini.

E che tali sanzioni vengano imposte, lo dimostra, ad esempio, una vicenda svoltasi di recente in una località del Texas. Qui un uomo di 42 anni è deceduto in seguito all'uso di un farmaco diverso da quello prescritto e che egli aveva ricevuto per errore dal suo farmacista, a sua volta tratto in inganno dalla maldecifrabile calligrafia con cui il medico aveva stilato la ricetta.

Orbene, oltre alle implicazioni di ordine morale e giuridico che questo caso ha avuto per i responsabili, entrambi, e cioè sia il farmacista che il medico, sono stati condannati al pagamento di 225.000 dollari ciascuno (Ministero della Sanità; Bollettino d'Informazione sui farmaci, 2000 – VII - 46).

D'altra parte, anche la stessa crescente diffusione della informatica e la sempre più larga disponibilità di computer, dalle quali molti hanno sperato di ottenere quanto meno una parziale bonifica di quella che può ben definirsi la palude degli scritti illeggibili, fino ad oggi non sembra aver dato i frutti previsti, giacché non pochi referti, ricette, pareri e relazioni, continuano a circolare avvolti da un alone di "inviolabilità interpretativa" e quindi destinati a rimanere compresi solo da coloro che li hanno redatti.

Sul piano prognostico, dunque, la situazione non può essere vista che con pessimismo, se anche Aldo Pagni, che in virtù del suo ruolo istituzionale può contare su un monitoraggio panoramico continuo del contegno tenuto dalla classe medica italiana, afferma che "chiedere ai medici una calligrafia tonda e chiara è semplicemente utopico, così come è impossibile insegnare ai pazienti a decifrare le ricette (Il Messaggero, 2.12.1999).

Un giudizio, questo, cui per completezza, sarebbe opportuno aggiungere, pur essendo consapevole di rincarare la dose, che anche per molti medici, benché avvantaggiati dalla conoscenza del linguaggio tecnico, continuerà a rimanere assai difficile e talvolta perfino proibitivo, comprendere ciò che non pochi dei loro colleghi scrivono, almeno fin quando persevereranno nell'uso di una grafia da analfabetismo comportamentale. Senza piccarsi di lungimiranza, è quindi facile prevedere che il problema della scrittura dei medici ha tutti i requisiti occorrenti per restare irrisolto a tempo indeterminato.

**Luciano Persico**  
Primario Medico Emerito  
Ospedale San Giovanni – Roma





## UN BUON ESEMPIO DI RAPPORTO CHIRURGICO IN CARTELLA CLINICA

GULF BREEZE HOSPITAL  
1110 GULF BREEZE PARKWAY  
GULF BREEZE, FL 32561

### RAPPORTO CHIRURGICO

PAZIENTE: ████████████████████  
DETTA: MARK BRAXTON, DMD  
ATTENDE: MARX BRAXTON, DMD

MR#: 00382496-7345  
CAMERA: 2E-218-00  
DATA OPERAZ.: 16/12/97

#### DIAGNOSI PREOPERATIVA

Vasta malocclusione dovuta a fratture riportate in incidente stradale.

#### DIAGNOSI POSTOPERATIVA

Vasta malocclusione dovuta a fratture riportate in incidente stradale.

#### OPERAZIONI

1. Osteotomia Lefort I con fissaggio rigido.
2. Rimozione chirurgica di denti impattati numero 1,16,17,32.

#### CHIRURGO

Mark Braxton, DMD

#### ASSISTENTE

David Rawson, DMD

#### ANESTESIA

Generale via tubo endotracheale attraverso passaggio nasale.

#### STORIA DELLA DISFUNZIONE ATTUALE

La paziente fu coinvolta in un incidente stradale nel Luglio 1997 a Roma, Italia, subendo fratture multiple facciali. La paziente è stata sottoposta ad intervento in Italia per riduzione delle fratture facciali, cui è seguita una malocclusione. La paziente ha anche perso molteplici denti mascellari inclusi i quattro incisivi centrali.

#### TECNICA CHIRURGICA

La paziente è stata piazzata su tavolo operatorio in posizione supina. La paziente è stata sottoposta ad anestesia generale ed un tubo endotracheale nasale è stato passato senza difficoltà. La paziente è stata poi preparata nel modo usuale per chirurgia orale maxillofacciale. Il tampone faringeo è stato posizionato. Approssimativamente otto capsule di xylocaine al 2% ed epinephrine 1:100.000 sono state iniettate bilateralmente. Attenzione è stata dapprima rivolta al basso quadrante destro ove sono state praticate incisioni lungo lo spigolo obliquo esterno fino alla parte distale della mucosa della bocca del dente No. 31. Una incisione verticale è stata praticata nel vestibolo mandibolare. Due peduncoli priostali a pieno spessore sono stati rialzati per esporre la mandibola. Una punta rotonda No. 8 è stata usata per esporre la corona del dente impattato. Il dente è stato sezionato in due pezzi usando una punta rotonda No.8. Le sezioni sono state rimosse a mezzo di elevatori. Il follicolo è stato poi rimosso a mezzo di una curretta. La ferita è stata irrigata e chiusa con suture interrotte 3-0 catgut cromico.

Attenzione è stata poi rivolta al lato sinistro ove il dente impattato No.17 è stato rimosso in maniera simile. Di nuovo, la ferita è stata irrigata e chiusa con suture singole interrotte 3-0 catgut cromico.

Attenzione è stata poi rivolta al vestibolo mascellare ove è stata fatta una incisione lungo la linea della vecchia ferita. Una superficie mucoperiostale a pieno spessore è stata rialzata per esporre il muro laterale della mascella fino alla fessura pterigomascellare. La mucosa nasale è stata poi rimossa dal muro nasale laterale e dal pavimento

nasale usando un elevatore libero. Usando uno scalpello settale il setto nasale e' stato disconnesso dal palato. Un filo 0.045-K e' stato piazzato nel passaggio nasale con suture per scopi di misurazione. Usando una forma in materiale acrilico con denti, l'altezza verticale e' stata misurata.

Attenzione e' stata poi rivolta alla mascella ove usando una punta 702 e' stato praticato un taglio orizzontale osteotomico lungo il muro laterale mascellare nelle zone della frattura. Nelle zone della fratture ove c'erano larghi buchi, il taglio osteotomico e' stato praticato in modo da includerli nella osteotomia. L'osteotomia e' stata estesa fino all'area del terzo molare. Una punta No.8 e' stata poi usata per praticare l'incisione verso il basso entro l'alloggio del terzo molare. Uno scalpello curvo e' stato poi usato bilateralmente e posteriormente per liberare la mascella dall'osso pterigoidale nell'area del terzo molare.

Uno scalpello per muro nasale laterale e' stato poi usato per sezionare i muri laterali nasali. Facendo pressione con le dita, la mascella e' stata fratturata. La ferita e' stata irrorata abbondantemente con soluzione salina sterile. Durante la ratura della mascella, la spina nasale e' stata fratturata e poi riposizionata e stabilizzata a mezzo di piastra a quattro buchi. Quattro viti da 1,5 mm. sono state posizionate ed avvitate.

La paziente e' stata poi sottoposta a fissaggio intermascellare usando una asticella preformata. Usando la mandibola come guida, osso e' stato rimosso dalla mascella per permettere il proprio posizionamento verticale dei lnti incisivi mascellari. Quando cio' e' stato eseguito, due piastre sono state posizionate con quattro viti nell'area del bordo piriforme laterale. Le viti sono state avvitate e la paziente e' stata liberata dal fissaggio intermascellare. La occlusione e' stata trovata spostata verso destra. La paziente e' stata risottoposta a fissaggio intramascellare. Le viti sono state rimosse, altro osso e' stato rimosso e la mascella riposizionata. Di nuovo due piastre sono state fissate nell'area del bordo piriforme. Dopo che le viti sono state fissate, la paziente e' stata liberata dal fissaggio intermascellare. Ancora l'occlusione e' stata trovata leggermente spostata verso destra. La paziente e' stata risottoposta a fissaggio intermascellare. Viti e placche sono state rimosse, altro osso e' stato rimosso dalla zona del nervo palatino bilateralmente. La mascella e' stata riposizionata usando la mandibola come guida nel fissaggio intermascellare. Piastre sono state selezionate, forme sono state usate per piegare le piastre per aderire positivamente e le piastre sono state posizionate usando viti da 2.0 mm. di lunghezza appropriata.

La mascella e' stata poi liberata da fissaggio intermascellare e la occlusione e' stata trovata essere molto buona. La forma con i denti e' stata posizionata e l'altezza verticale e' stata trovata essere molto buona. La ferita e' stata irrorata abbondantemente con soluzione salina sterile e chiusa con suture interrotte 3-0 catgut cromico. La bocca della paziente e' stata ben aspirata. Il tampone faringeo e' stato rimosso. Il suo stomaco e' stato aspirato con tubo nasogastrico. Il catetere di Foley e' stato rimosso mentre la paziente era sotto anestesia.

La paziente e' stata poi svegliata e portata in sala ricovero in condizioni soddisfacenti.

**STIMA PERDITA DI SANGUE**

450 cc.

**FLUIDO SOSTITUITO**

2600 cc. di cristalloide

**FUORIUSCITA DI URINA**

500 cc.

**COMPLICATIONI**

Nessuna

**PROGNOSI**

Buona

*Per gentile concessione del collega Lucio Boccia - Latina  
Fedele traduzione dall'originale in inglese.*



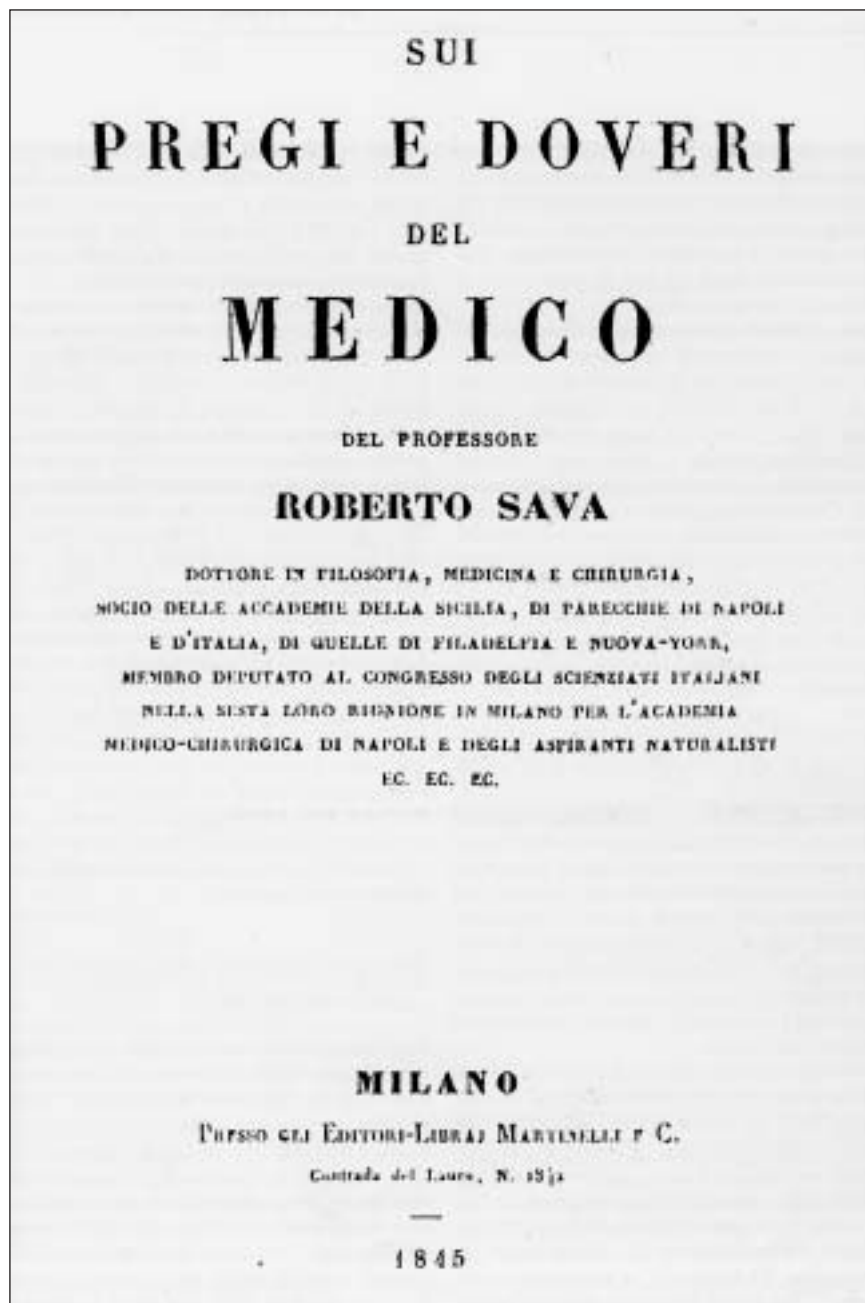
## LA SCATOLA NERA

Quando capita un incidente aereo, i giornali riportano subito il ritrovamento della scatola nera dal cui esame deriva spesso l'unica possibilità di capire le cause dell'evento. Nella scatola nera sono registrati i dati del volo, momento per momento, oltre a qualsiasi variazione dei parametri

principali del velivolo. Capire le cause di un incidente non è un mero esercizio intellettuale. Vi sono almeno tre risvolti pratici. Si può rilevare un'eventuale avaria non percepita oppure un errore umano, si possono individuare i necessari correttivi per evitarne la ripetizione, infine il responsabi-



*La cartella clinica:  
strumento antico  
con un lungo futuro*



le si farà carico del risarcimento. Ma il successo, anche teorico, del sistema di controllo in uso nell'aviazione civile discende dal fatto che l'ente assicuratore può contenere in una certa misura l'entità dei premi, garantito sia dal rigore dei controlli precedenti il volo che dall'esistenza della scatola nera, che consentirà di individuare (o quasi) le responsabilità del danno.

I dati più recenti offerti dalle assicurazioni impegnate nel mercato della sanità (fondamentalmente a favore delle ASL, ma anche delle strutture

private e dei liberi professionisti) riferiscono di un incasso annuo pari a circa 175 milioni di euro in premi contro un esborso annuo di circa 413 milioni di euro in risarcimenti (dati Assinews). A questi dati va aggiunto il numero dei procedimenti penali in corso (si sostiene circa 15.000) e, infine, la considerazione che, data la lungaggine anche del mero procedimento assicurativo, per non dire del rito civile, ogni anno riversa sul successivo una mole di casi irrisolti che accentuano il differenziale premi/costi delle assicu-

razioni.

Recentemente il garante della riservatezza dei dati ha condannato un medico a risarcire un danno in quanto, senza entrare nel merito del caso, la illeggibilità della cartella, scritta a mano e con calligrafia pessima, rendeva, a detta del garante, impossibile al cittadino l'esercizio del diritto a ottenere soddisfazione del danno prospettato.

L'articolo 23 del Codice Deontologico impone che *“la cartella clinica 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”*.

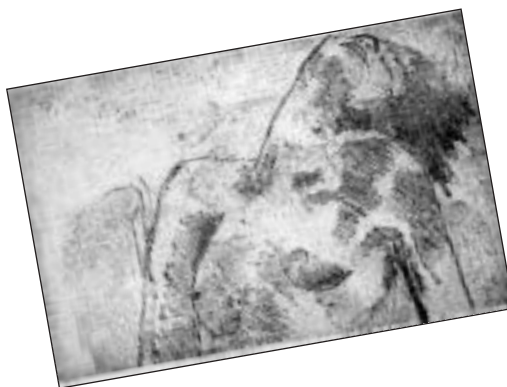
Non vi è molto da aggiungere se non porsi la domanda: perché ancor oggi, in tempi di imperante malpractice, quando è così facile, purtroppo, finire di fronte al magistrato, perché i medici seguitano a non tenere nel giusto conto la cartella clinica? Perché ancora, in tempi di informatizzazione, esistono cartelle scritte a mano, vistosamente incomplete, scoordinate rispetto alle cartelle infermieristiche o ostetriche, prive delle registrazioni essenziali (alle ore ... effettuata richiesta, alle ore... soddisfatta la ri-

chiesta col seguente risultato..., il paziente alle ore ... presenta...). Poche settimane fa il Consiglio dell'Ordine di Firenze ha comminato la censura in un caso in cui, forse, non vi era infrazione per negligenza, ma l'incompletezza della cartella ha lasciato nel dubbio, per cui la sanzione, in definitiva, ha punito sì l'infrazione ma, più che altro, l'incompletezza della cartella.

Credo che l'Ordine debba cominciare a sanzionare specificamente la cattiva tenuta della cartella, a tutela del paziente, che si trova altrimenti nell'impossibilità di esercitare un proprio diritto, ma, e più che altro, a difesa dei medici che, se non imparano a scrivere ogni fatto ordinatamente e leggibilmente, si troveranno sempre più nei guai con i magistrati e con i periti.

Insomma la cartella dovrebbe diventare la nostra scatola nera, quella che consente sempre di risalire alla responsabilità, e, cosa che interessa di più la deontologia, che permette di individuare un errore prima che compia danni, insomma di prevenire agguistando il tiro dell'organizzazione o dei propri comportamenti.

**Antonio Panti**



## LA CARTELLA CLINICA

### CODICE DEONTOLOGICO Art. 23

#### CARTELLA CLINICA

La cartella clinica 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.

La cartella clinica costituisce l'insieme scritto e ordinato riportante tutti i dati clinici (anamnestici, obiettivi, specialistici, documentali) raccolti dai sanitari sulla persona di un paziente nel corso di una degenza ospedaliera.

Acquista pertanto una significativa importanza, sotto il profilo clinico e sotto il profilo medico-legale, per la sua efficacia probatoria, per il suo valore storico-documentale e per l'attestazione del consenso informato, quindi sotto il profilo statistico-sanitario e pur anche sotto il profilo pedagogico, scientifico, ecc...

La responsabilità della compilazione, tenuta e custodia compete al primario del reparto fino alla archiviazione, quando diviene invece responsabilità del Direttore sanitario, cui compete peraltro il rilascio di una copia della medesima agli aventi diritto. Per quanto attiene al valore giuridico della cartella clinica, è da sottolineare che si tratta di un documento che rientra nella categoria degli atti pubblici, sia che venga redatta da una struttura ospedaliera pubblica che da una casa di cura convenzionata o pri-

vata, anche se la tenuta delle case di cura private è regolamentata a parte (Art. 24 del decreto del Ministero della Sanità del 5 agosto 1977 e D.M. 27.6.1986).

La definizione di atto pubblico deriva dal fatto di essere esplicitazione del potere certificativo e della natura pubblica dell'attività sanitaria cui si riferisce.

In quanto atto pubblico, è soggetta a disciplina giuridica che regola ogni suo momento: dalla compilazione alla archiviazione. Non ci si soffermerà su tutte le problematiche giuridiche connesse alla definizione di "atto pubblico" con le implicite problematiche relative alla qualifica dei sanitari: "pubblici ufficiali" o "incaricati di pubblico servizio", in quanto tuttora tema di diverse argomentazioni e di diverse posizioni dottrinali e giurisprudenziali.

Ciò che preme maggiormente sottolineare, in questa breve e sintetica scheda riassuntiva, riguarda, principalmente, il contenuto della cartella clinica che deve incontrovertibilmente dimostrare correttezza e completezza.

*La cartella clinica:  
strumento antico  
con un lungo futuro*

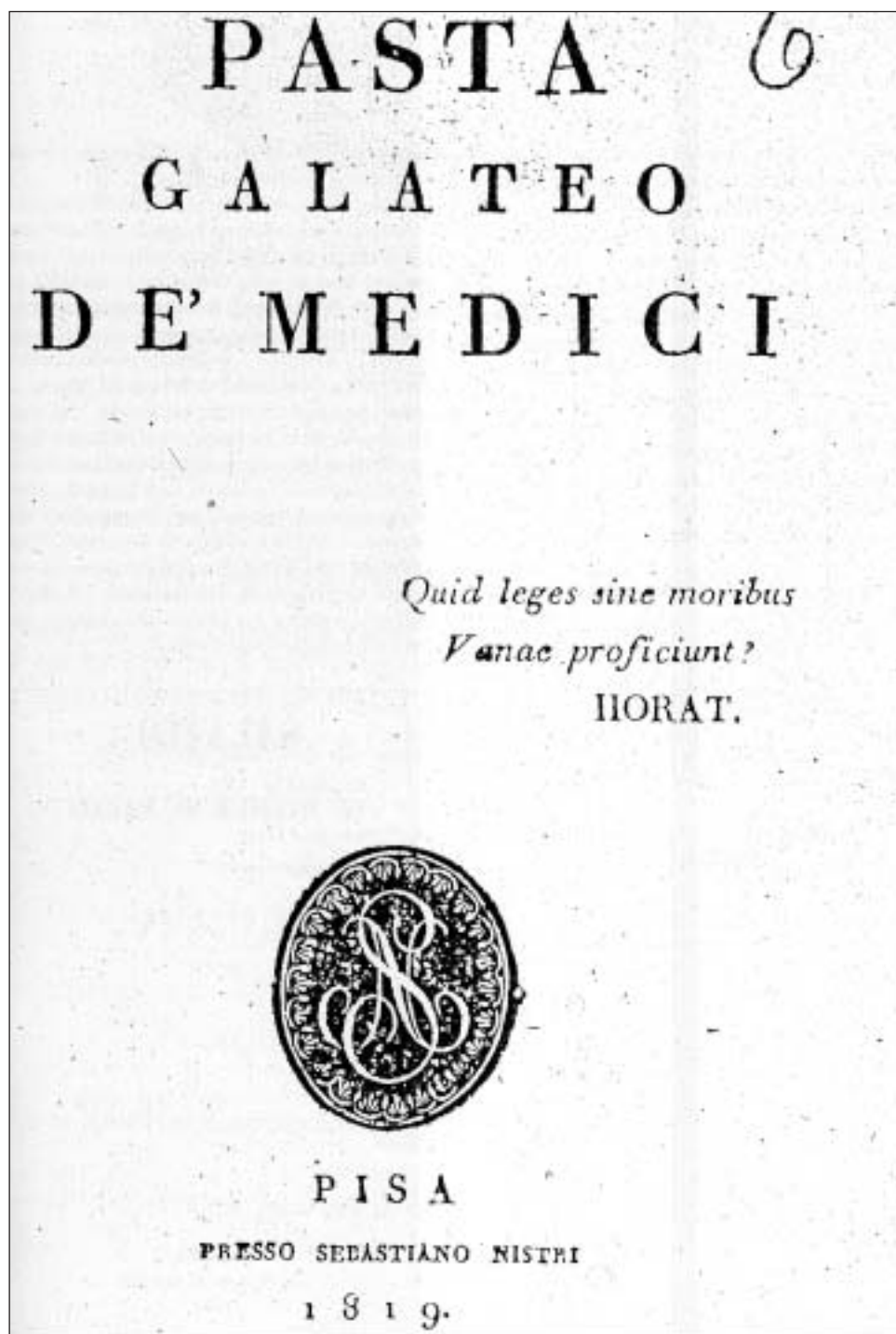
za quale attestazione di perizia e diligenza delle figure sanitarie deputate alla sua compilazione.

Un protocollo corretto comprende le generalità del paziente (identificato con documento di identità in corso di validità), cui segue la data e l'ora di ingresso, con diagnosi di ingresso supportata dallo stato clinico del soggetto.

Seguirà quindi una esauriente rico-

struzione anamnestica, con particolare riguardo alla anamnesi patologica prossima, corredata, quanto più possibile, da dati circostanziali.

La cartella dovrà poi essere corredata da tutto quanto effettuato durante l'iter ospedaliero: visite, esami di laboratorio e strumentali, terapie praticate, decorso della malattia e condizioni cliniche alla dimissione, nonché le prescrizioni e i provvedimenti



adottati a tale momento.

La cartella dovrà inoltre contenere tutte le eventuali dichiarazioni di consenso del paziente in tutte le circostanze nelle quali l'atto medico ecceda la normale routine.

È indispensabile, in ultima analisi, che essa contenga ogni possibile dato che consenta la ricostruzione fedele dell'attività svolta durante la degenza, ivi inclusi tutti i dati risultanti da esami strumentali e/o di laboratorio.

Si sottolinea che gli stessi obblighi competono nella compilazione di cartelle di pazienti in regime di day-hospital.

Ciò che preme sottolineare ulteriormente è la grande importanza, sul piano medico-legale, che può assumere una corretta anamnesi patologica remota, soprattutto per i suoi riflessi in campo assicurativo, infortunistico, pensionistico e risarcitorio, in genere.

Si rammentino, per esempio, le problematiche correlate ad istanze di trattamenti pensionistici di guerra, di riconoscimento di malattie professionali o dipendenti da trattamenti sanitari (vaccini, emotrasfusioni, ecc...). Va inoltre rammentato che la cartella non deve mai riportare frasi o annotazioni cancellate; qualora un dato sia

ritenuto errato, va circoscritto a penna: cancellato in quanto racchiuso in un "cancello", ma sempre leggibile.

Ciò in quanto ciascuna annotazione acquista un autonomo valore documentale e acquista rilevanza giuridica, sicché ogni successiva alterazione può costituire ipotesi di falso.

In questi casi, un tale evento può configurarsi come falsità materiale o come falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici e ciò anche quando il sanitario rivesta il ruolo incaricato di pubblico servizio.

Tale definizione può essere assunta tutte le volte che ci si trovi davanti ad una "cartella contraffatta" o "alterata" (falsità materiale).

La falsità ideologica è assumibile invece tutte le volte che, pur essendo la cartella formalmente corretta, contenga, tuttavia, affermazioni non rispondenti al vero.

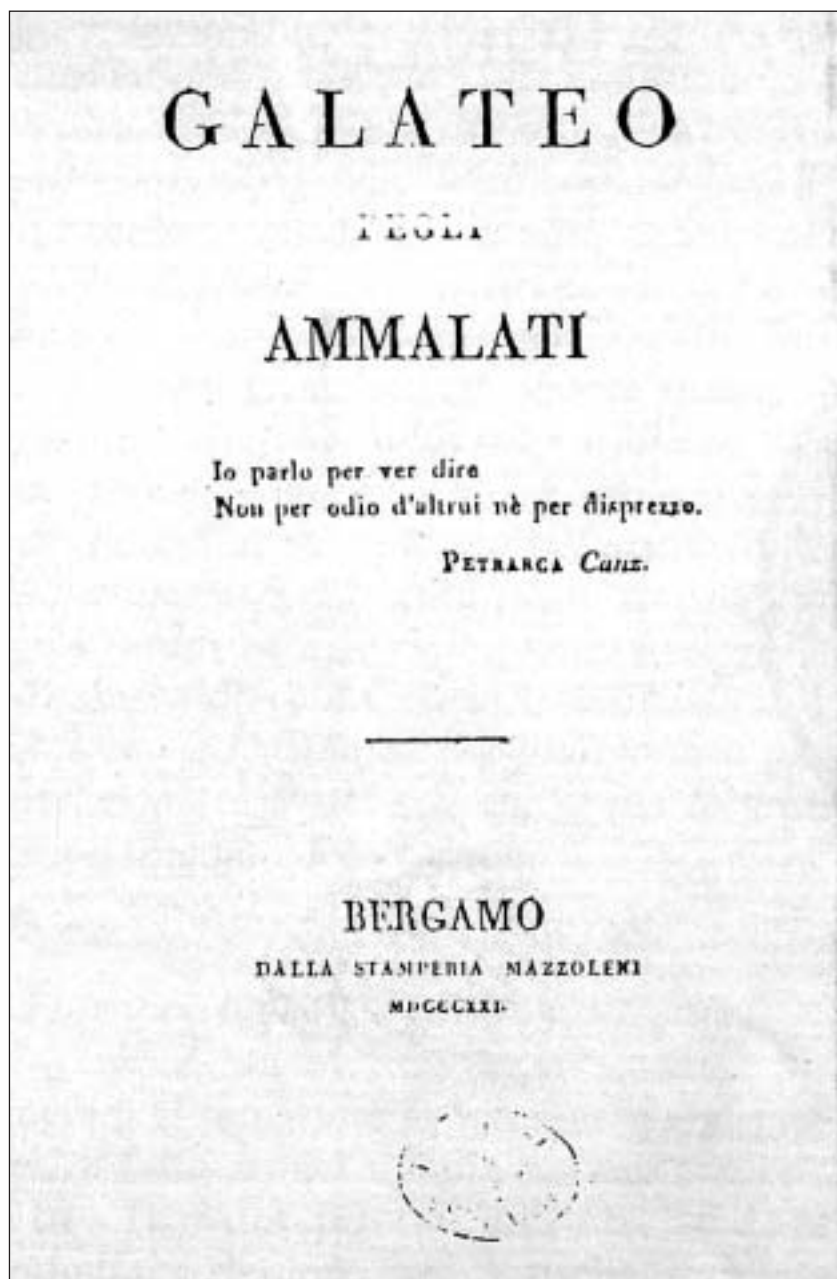
La non compilazione della cartella clinica può concretizzarsi nel reato di "omissione di atti di ufficio". La cartella, inoltre, costituisce la principale fonte di dati ai fini della attribuzione di eventuale responsabilità professionale del medico.

Ma, al di là dei risvolti giuridici, è importante ribadire che una corretta compilazione della cartella clinica è





*La cartella clinica:  
strumento antico  
con un lungo futuro*



di grande aiuto al medico, in quanto consente una lettura e una riflessione critica sul caso che sta trattando; consente l'approfondimento delle condizioni del suo paziente, consente la verifica dei trattamenti o della necessità di modificare gli stessi o di ricorrere ad accertamenti più approfonditi.

Un accenno va fatto, di dovere, anche ai doveri deontologici dei medici che scrivono sulla cartella clinica, in merito ad affermazioni e/o giudizi lesivi della dignità professionale di altri sanitari che si siano occupati precedentemente dello stesso paziente. La

cartella clinica non è proprietà del medico che la redige, ma dell'ospedale, con diritto da parte del paziente di averne copia.

Il contenuto della cartella non deve mai essere segreto per il ricoverato, salvo casi eccezionali, legati alla eventualità di reazioni abnormi da parte del paziente stesso (reazioni depressive, rischio suicidiario, ecc.).

È necessario valutare caso per caso, tenendo conto della personalità dell'assistito e cercando la collaborazione dei familiari. Il paziente ha, comunque, il diritto di conoscere l'i-

*La cartella clinica:  
strumento antico  
con un lungo futuro*

dentità e la qualifica professionale di chi lo cura e di essere informato sul decorso della malattia, della terapia, ecc...

Con il consenso, la cartella può essere esibita ai famigliari o ad altro medico di fiducia. La cartella clinica, fatto salvo il dovere del rispetto del segreto professionale, può essere utilizzata a fini storico-sanitari e/o di ricerca.

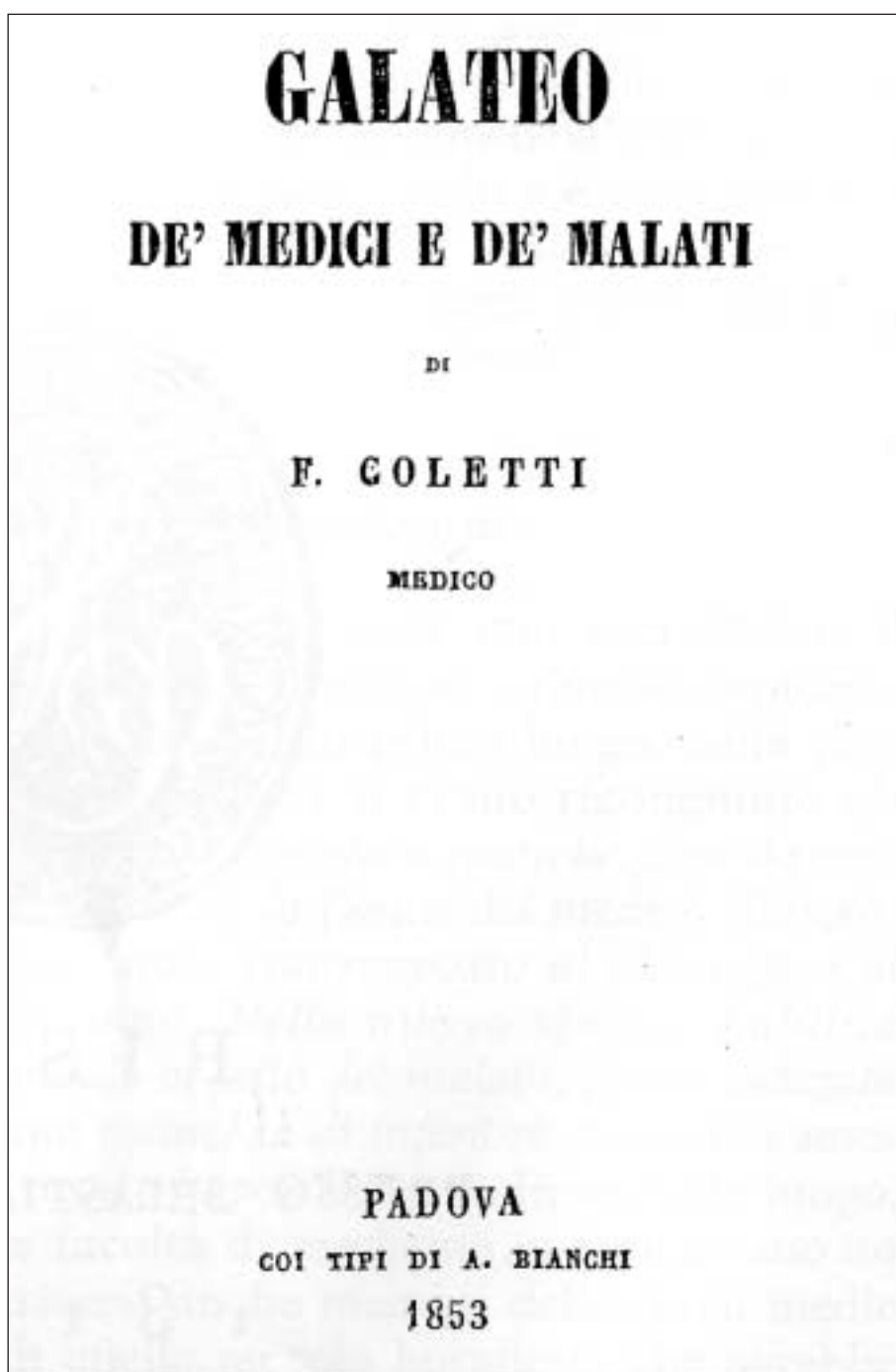
Può essere rilasciata ai genitori, se il ricoverato è un minore; al tutore, se è interdetto; ad altre persone se

espressamente delegate dall'interessato.

La cartella può essere esibita, a richiesta, all'Autorità Giudiziaria e all'INAIL.

Cambia la terminologia, ma non fondamentalmente i concetti già formulati, in merito alla necessità di compilare un complesso ordinato e scritto relativo ad un paziente quando a redigerlo è un medico di medicina generale.

In questo caso si parla di "scheda sanitaria individuale", nata dalla pat-





tuizione convenzionale degli ultimi AA.CC.NN. per i medici di medicina generale.

Dal DPR 484/96 deriva che tra i compiti del sanitario in oggetto vi è “la tenuta e l’aggiornamento di una scheda sanitaria individuale ad esclusivo uso medico, al fine di costituire un valido strumento tecnico-professionale e di consentire la sua partecipazione ad eventuali indagini epidemiologiche”.

Tale definizione stabilisce non la proprietà del documento, ma il fatto che soltanto il medico ne può fare uso e ciò al fine di tutelare al massimo la riservatezza dei dati della persona.

Se l’assistito cambia medico, ha tutto il diritto di richiedere la sua scheda sanitaria, mentre il medico ne potrà conservare una copia, anche per molti anni, perché, sul piano medicolegale, costituisce importante valore giuridico al fine di stabilire una eventuale responsabilità professionale.

La mancata tenuta della scheda sanitaria non costituisce reato, ma inadempienza contrattuale, sul quale, tuttavia, la giurisprudenza non è di alcun aiuto.

Si ricorre allora, per analogia, ai regolamenti delle case di cura private, dove vengono distinte due fattispecie di trattamento, a seconda se la casa di cura è convenzionata (accreditata) o no.

Nel caso del convenzionamento, la

cartella clinica ha lo stesso valore di quelle delle strutture pubbliche. Da ciò dovrebbe derivare che anche la scheda sanitaria abbia valore di atto pubblico, essendo i medici di medicina generale convenzionati con il SSN ed è noto che la giurisprudenza ha più volte sottolineato questo fatto, evidenziando, fra l’altro, il reato di falso ideologico in atto pubblico.

Tuttavia, come si è già detto sopra, i due documenti sono diversi. Come già ampiamente detto, la cartella clinica è proprietà della struttura sanitaria, la scheda sanitaria appartiene all’assistito. Per quanto attiene alla sua compilazione, valgono le regole generali di diligenza, completezza e accuratezza e la necessità di conservarla in luogo chiuso e non accessibile a terzi, al fine della tutela dei dati di riservatezza della persona assistita.

Anche per l’odontoiatra è fatto obbligo della tenuta di una “cartella clinica”, sempre con il valore di strumento operativo e documento atto a testimoniare le scelte terapeutiche effettuate. Nel caso dell’odontoiatra, è difficile proporre un modello standardizzato di cartella come quella ospedaliera, ma occorre comunque identificare alcuni punti fermi.

Una prima parte deve contenere i dati identificativi del paziente e dell’operatore nonché i diversi eventuali operatori che si siano succeduti nella cura, con annotazione anamnestica, il

più fedele possibile, del loro ruolo.

Deve quindi esserci una parte sanitaria vera e propria, dove sia prevista l'anamnesi, l'esame obiettivo (semplificato rispetto ad altre figure sanitarie), annotazione di eventuali esami di laboratorio, consulenze specialistiche, ai fini della evidenziazione di controindicazioni sistemiche o problematiche allergiche e/o di intolleranze.

Molti odontoiatri propongono che tale parte venga sottoscritta e firmata dall'assistito. La parte odontoiatrica comprende la finalità della richiesta, corredata dalla documentazione iniziale (Rx, fotografie, modelli) e l'esame obiettivo.

Segue quindi il piano terapeutico, l'acquisizione del consenso da parte del paziente e quindi il diario clinico con annotazione cronologica dei tipi di trattamento e annotazione della scadenza dei controlli periodici necessari al completamento della terapia. È consigliabile annotare tutti i casi di mancato appuntamento nonché di solleciti fatti dal professionista e ciò al fine di una tutela medico-legale nel caso di contestazione dei trattamenti, per eventuali eventi di rilevanza clinica sopravvenuti.

La cartella dovrà quindi comprendere gli interventi effettuati, il più dettagliatamente possibile, cercando di evitare sigle e/o abbreviazioni, in

modo da consentire una lettura comprensibile anche ai non addetti (per esempio al medico di medicina generale).

Qualora si debba operare con interventi complessi, occorre compilare singole cartelle: quella parodontale, quella gnatologica, quella ortodontica, e così via.

Si è cercato in questa estrema sintesi, di fornire ai medici un minimo di guida operativa nel loro quotidiano confrontarsi con aspetti burocratici oltre che meramente clinici.

Non ci si è soffermati sulle problematiche giuridiche che potranno, eventualmente, essere oggetto di una successiva trattazione.

Preme soprattutto sottolineare la necessità di una estrema diligenza e cura nella compilazione della cartella clinica, in attesa di una disciplina giuridica diretta, a tutt'oggi assente, per poterne definire la natura giuridica e per studiarne le molteplici implicazioni, fermo restando che, comunque, alla cartella clinica viene sempre più riconosciuto un significato probatorio privilegiato rispetto ad altri mezzi di prova, con gli intuibili riflessi personali e professionali su ciascun sanitario, sia egli ospedaliero, medico di medicina generale o odontoiatra o di qualsiasi altra fattispecie.

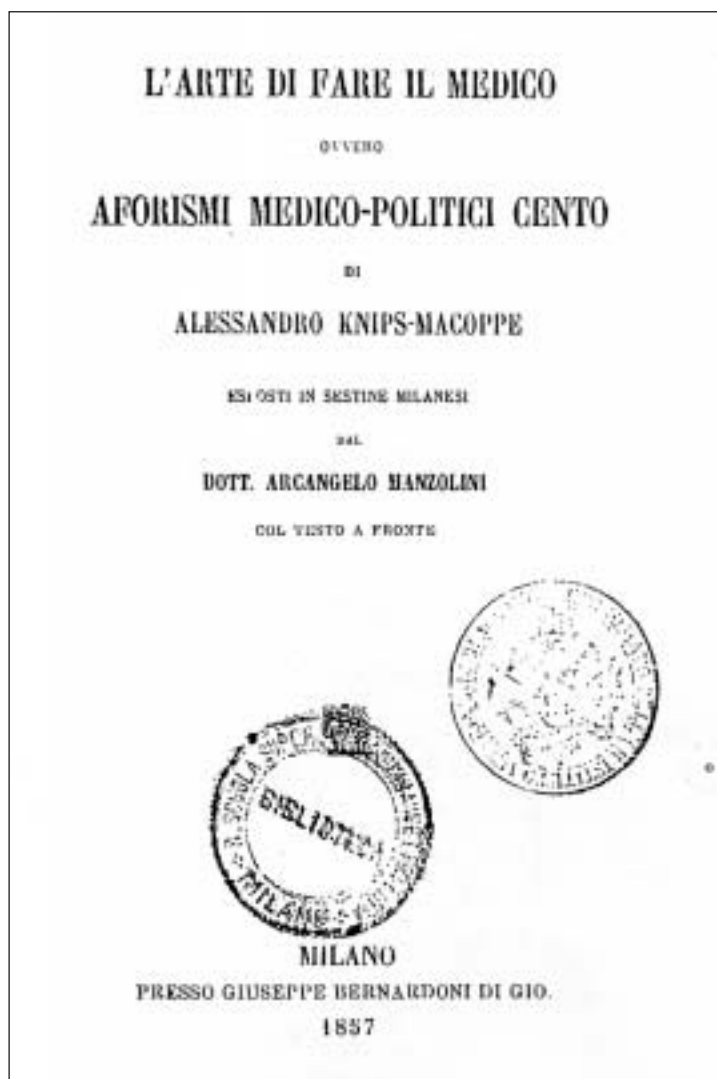
**Liliana Romeo**



## **CARTELLA CLINICA, COMUNICAZIONE TRA MEDICI**

L'argomento in questione riguarda l'attività quotidiana, routinaria di ogni medico, per questo può essere considerato molto semplice ovvero molto difficile e non si presta ad una trattazione sintetica ed, al tempo stesso, esauriente. È nostro intento limitarci all'esame di quelle problematiche di più specifico rilievo medico legale evitando, da un lato di banalizzarne il discorso soffermandoci su aspetti che occorre dare per scontati e dall'altro affrontare problematiche di pertinenza di altre specialità mediche o addirittura di altre scienze quali il Diritto e la Statistica.

Come primo argomento esaminiamo la Cartella Clinica che non è solo strumento ospedaliero, infatti la cartella clinica ospedaliera può essere assimilata, per tipologia di documento all'ormai "antico" libretto sanitario personale,





spesso reiterato con varie denominazioni nei contratti di lavoro collettivi dei medici di libera scelta, che, forse avrà, con l'ultimo contratto, una giusta rivalutazione.

Si può definire la cartella clinica come una CUSTODIA, un involucro (cartella) che contiene i fogli compilati con annotazioni di carattere sanitario che riguardano la degenza in ospedale di un determinato paziente; questo presupposto consente di dare base logica al fatto che il CONTENUTO della cartella clinica è costituito da atti scritti di provenienza non sempre univoca organizzati in sezioni, che sono diverse per finalità e metodo di compilazione, ma che poi ne caratterizzano la sostanza. Questa concezione della cartella clinica, scolastica ma utile anche praticamente, si è sviluppata soprattutto nell'ultimo decennio con l'avvento dei ricoveri codificati come Day Hospital.

In pratica la moderna cartella clinica si compone, schematizzando, di:

- fascicolo di base che fa capo ai medici del reparto di degenza con: anamnesi, diario clinico, terapia, diagnosi all'ingresso e diagnosi alla dimissione;
- relazioni allegate al fascicolo di base con: tutti i referti di visite specialistiche, le risultanze delle indagini di laboratorio, la descrizione di immagini radiologiche, etc.
- le schede clinico infermieristiche, ovvero le schede di anestesia e le cartelle di rianimazione (di cui al DPR n. 225/74 "mansionario degli infermieri" professionali e specializzati in anestesia e rianimazione) ove, a norma di legge, il predetto personale parasanitario annoterà tutti i rilievi di competenza specifica (temperatura, polso, respiro, pressione, secreti, escreti, etc.).

La cartella clinica quindi:

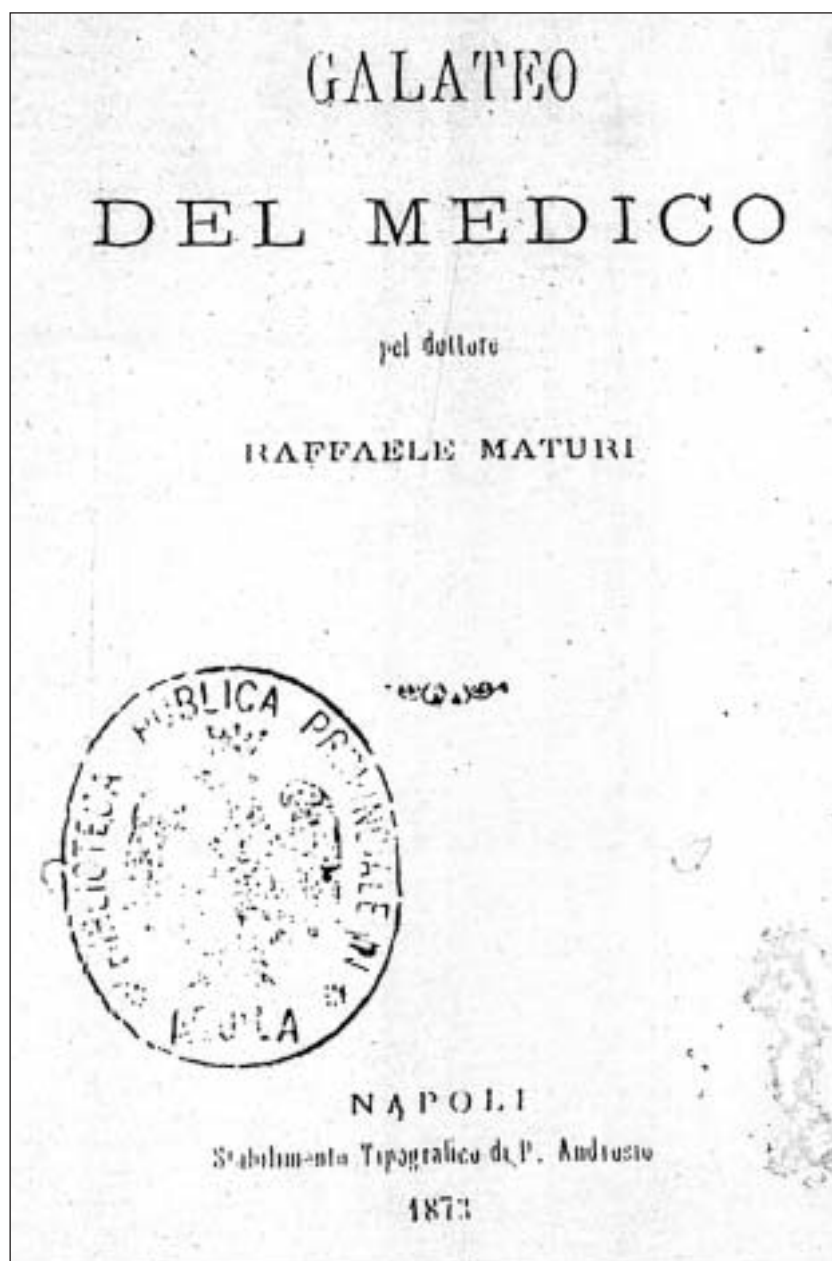
- rappresenta la struttura unificante per tutta la documentazione sanitaria ospedaliera di un dato soggetto
- ha valore probatorio di prova scritta di eventi diagnostico-curativi per l'accertamento di eventuali responsabilità civili, penali, disciplinari, amministrative;
- attesta l'acquisizione del consenso informato all'atto medico chirurgico;
- consente lo scambio e l'elaborazione statistica di informazioni sanitarie;
- consente una valutazione qualitativa dell'attività del reparto che ha concorso



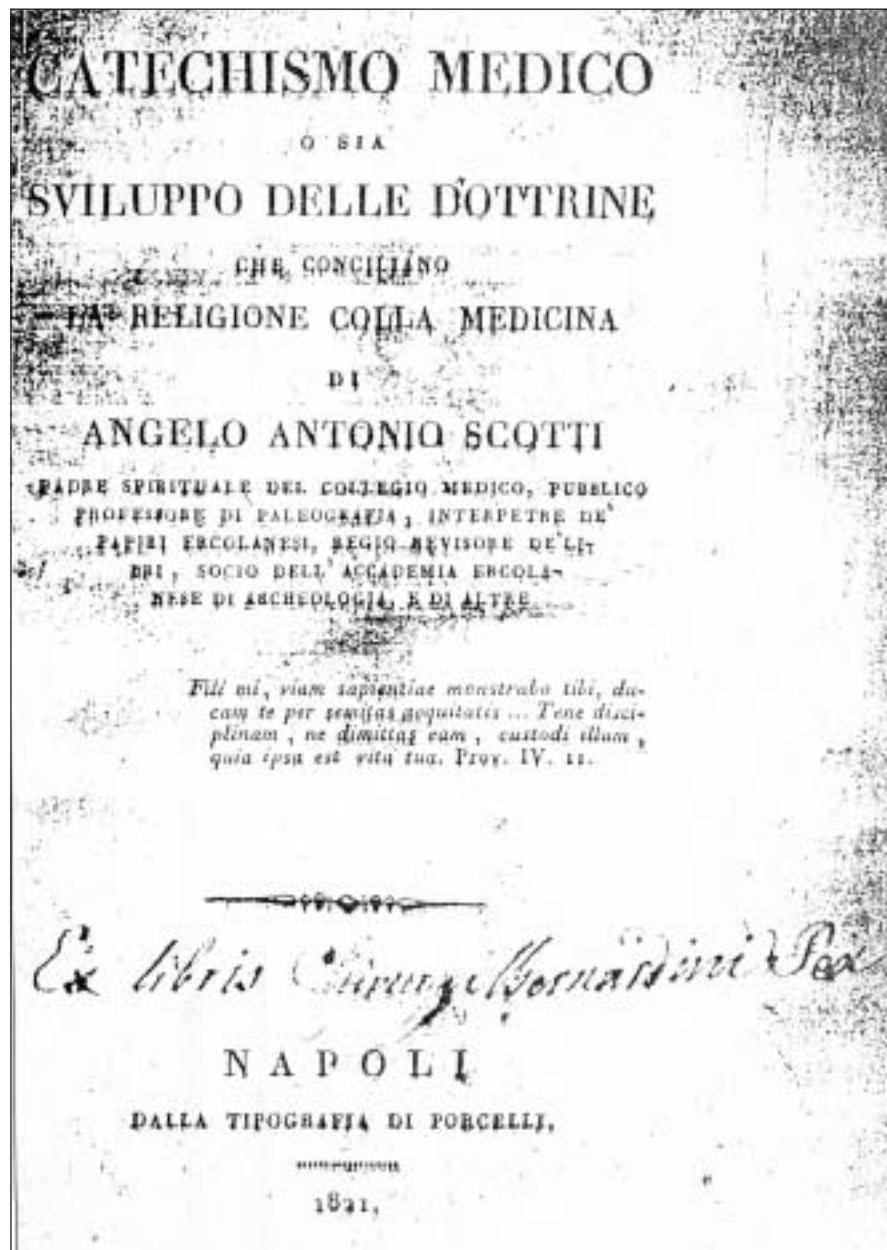
alla sua compilazione.

Facendo una breve storia delle leggi che hanno istituito e che regolamentano la cartella clinica, la norma più antica è contenuta nel regolamento igienico sanitario del Pio Istituto di Santo Spirito di Roma del 1899, dove al paragrafo 20 si legge che “ciascuno infermo avrà la scheda cubicolare dove insieme alla specifica dei dati personali dovranno essere indicate la diagnosi della malattia, tutte le particolarità degne di nota e le osservazioni più salienti in ordine alla malattia e alla cura”.

- DR 615/1909 “regolamento per l’esecuzione della legge 36/1904 sui manicomi e sugli alienati” fa solo cenno ai “fascicoli personali” degli ammalati.
- Regolamento del Servizio Sanitario Militare (R.D. del 1932) dispone che “il capo reparto cura che, per i nuovi entrati, siano raccolti, subito, dagli ufficiali medici i dati anamnestici, clinici che saranno trascritti nella cartella clinica; la stessa dovrà essere regolarmente tenuta ed aggiornata assieme ai registri nosologici”.
- Il R.D. n. 1631 del 1938 “Norme generali per l’ordinamento dei servizi sanitari e del personale sanitario degli ospedali” all’art. 24 stabilisce che “il Pri-



- mario cura sotto la propria responsabilità la regolare tenuta della cartella clinica e dei registri nosologici”.
- Da ultimo il DPR 128/69 “Ordinamento interno dei servizi ospedalieri” stabilisce, cambiando dizione diventando molto più preciso, che la “compilazione e conservazione fino alla consegna all’archivio centrale” è specifica incombenza del Primario del reparto ed, ancora, impone al Direttore Sanitario l’onere di creare un archivio centralizzato dove le cartelle cliniche dovranno pervenire al termine del ricovero e dovranno essere custodite a cura della direzione sanitaria, che si occuperà anche di estrarre copia a richiesta degli aventi diritto.
  - Dopo molti anni di silenzio legislativo il Decreto Ministeriale del 2 Dicembre 1988 “determinazione degli standard ospedalieri” all’art. 2, punto 2 richiama l’attenzione sulla “verifica dell’esatta compilazione delle cartelle cliniche e delle schede nosografiche” anche mediante “riunioni periodiche di reparto” finalizzata alla determinazione ed all’uso di standard di produttività (DRG).
  - Peraltro anche il Codice di Deontologia Medica nella penultima edizione



(quella del 1989) stabiliva, all'art. 15, che "nella certificazione, nella redazione delle denunce obbligatorie, nella compilazione delle cartelle cliniche e di ogni altra documentazione sanitaria, il medico è tenuto alla massima diligenza, alla più responsabile cura, alla più attenta e scientificamente corretta registrazione dei dati e alla più responsabile formulazione dei giudizi".

La giurisprudenza ha chiaramente delineato il valore giuridico della cartella clinica definendola come atto pubblico facente fede privilegiata, attribuendo maggiore valore a quelle parti della cartella clinica che attestano l'esistenza di oggettività, quali l'esame obiettivo, pratiche diagnostiche e gli interventi terapeutici, considerando invece "dati solo utili" quelle parti ove vengono attestati dei rilievi soggettivi come l'anamnesi, i sintomi soggettivi ma anche la diagnosi e la prognosi proprio perché rappresentano elementi di giudizio soggettivi espressi dal malato (anamnesi) ovvero dal medico (diagnosi e prognosi).

Requisiti della cartella clinica: possono essere distinti in ELEMENTI SOSTANZIALI ed ELEMENTI FORMALI.

### GLI ELEMENTI SOSTANZIALI SONO:

- veridicità
- completezza
- precisione
- tempestività
- chiarezza

Il più significativo degli elementi sostanziali è certamente il requisito della veridicità in quanto, se non viene rispettato si configura il delitto di falsità ideologica in atto pubblico; tuttavia, per rispettare il canone della veridicità non si può assolutamente prescindere da quello della completezza e dalla precisione che sono elementi quantificanti della verità; infatti completezza e precisione presuppongono che tutto ciò che viene riportato in cartella clinica venga descritto nel modo conforme alla realtà: ad esempio non è conforme al principio della veridicità-completezza-precisione l'affermare "sospetto tossicodipendente" senza indicare le motivazioni che inducono al sospetto, ovvero senza accertamenti utili per dirimere il dubbio.

Ancora, non è conforme al principio della correttezza-completezza il referto radiologico ovvero quello istopatologico con la semplice indicazione della diagnosi senza adeguata descrizione morfologica (la diagnosi è un parere conclusivo non la descrizione di una realtà).

Altro elemento da sottolineare è il requisito delle TEMPESTIVITA' della compilazione della cartella clinica; per quantificarlo correttamente leggo quello che un noto testo di diritto amministrativo afferma in merito: "Quanto



al tempo di redazione della cartella clinica va tenuto presente che il verbale, per la sua natura, è un acclaramento storico contemporaneo. Le annotazioni sulla cartella clinica vanno pertanto fatte contemporaneamente all'evento descritto. La contemporaneità non va peraltro intesa in maniera rigorosa. È contemporanea la verbalizzazione anche se avviene qualche tempo dopo il fatto narrato o l'effettiva enunciazione della diagnosi. Due limiti temporali sono peraltro identificabili perché derivano dalla funzione e dalle caratteristiche proprie della cartella clinica: la cartella deve essere stesa in pendenza di degenza (salvo ovviamente le annotazioni relative al decesso) e secondo la sequenza cronologica della registrazione di eventi, per cui l'incalzare di fatti riduce sensibilmente la possibilità di registrazioni tardive", e anche, sullo stesso requisito della tempestività la Corte di Cassazione afferma che: "... l'annotazione postuma di un fatto clinico rilevante integra il reato di falso materiale in atto pubblico..." e poi "... la cartella clinica... esce dalla disponibilità del suo autore nel momento stesso in cui la singola annotazione viene registrata... 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...".

**SONO REQUISITI FORMALI:**

- indicazioni del luogo ove l'accertamento viene eseguito (in particolare, ad esempio se fu il consulente a recarsi al letto del paziente o viceversa)
- indicazioni della data e dell'ora dell'accertamento, se la stesura dell'atto fosse tardiva, anche di detta stesura
- precisazione di nome e cognome con firma del medico estensore
- nei dati anamnestici la precisazione della fonte, in particolare se detta fonte dell'anamnesi è soggetto diverso dal ricoverato
- adozione di accorgimenti particolari per correggere errori materiali.

**Cafini Daniele**

*Responsabile Servizio Medicina Legale  
A. USL 14 Verbania - Regione Piemonte*

**Bucarelli Alessandro**

*Direttore Istituto Medicina Legale e  
delle Assicurazioni  
Università degli Studi di Sassari*

## UN DIARIO DI BORDO PER LA RELAZIONE TRA PAZIENTE E PERSONALE SANITARIO: BREVI NOTE SU UN ULTERIORE UTILIZZO DELLA CARTELLA CLINICA

Si parla molto e giustamente della cartella clinica quale documento sanitario di estremo interesse tanto per la pratica medica ospedaliera, quanto per i suoi riflessi medico-legali e giuridici. Un aspetto meno discusso ma, a mio parere, egualmente importante, è quello della rilevanza di tale consolidato strumento quale veicolo per l'evoluzione della relazione etica, deontologica e giuridica, che si instaura tra il personale sanitario e i pazienti ricoverati. Un più attuale paradigma per interpretare la natura e il valore della cartella clinica, infatti, è quello di pensare ad essa come ad un "diario di bordo" della relazione con il paziente, nel quale, accanto alle già note indicazioni di carattere tecnico e clinico "dati anamnestici ed obiettivi riguardanti ogni singolo paziente ricoverato, la registrazione giornaliera del decorso nosologico, i risultati delle analisi strumentali e di laboratorio, la natura e le modalità delle terapie esperite con particolare riguardo agli atti chirurgici ed, infine, la diagnosi della malattia", sia possibile registrare anche tutti quei dati che riguardano ad esempio l'informazione effettivamente offerta, la natura e le caratteristiche della comunicazione che quotidianamente si realizza con il paziente, nonché i rapporti con la famiglia o il gruppo di sostegno del malato. Una tale evoluzione nell'interpretazione e nell'uso della cartella clinica avrebbe una duplice valenza: da una parte ren-

derebbe un servizio all'onerosa questione della documentazione del consenso informato, il cui tratto più critico è proprio la registrazione della comunicazione finalizzata all'informazione, dall'altra costituirebbe un incentivo all'introduzione nell'effettiva pratica clinica delle indicazioni di carattere etico e deontologico riguardanti appunto la relazione con il paziente, rispettosa dei suoi diritti oramai anche giuridicamente riconosciuti.

Per quanto concerne il primo aspetto è opportuno ricordare come la strada della modulistica *ad hoc*, sebbene necessaria, se non anche espressamente prevista per legge, per molte circostanze che esulano dalla quotidianità dell'assistenza e che risultano particolarmente problematiche, trova numerosi ostacoli nella pratica, tanto clinica e organizzativa quanto giuridica: l'occasione di un documento che, per la sua stessa natura di atto pubblico, possieda le caratteristiche giuridiche atte alla registrazione e alla documentazione, e che, per il suo essere una prassi già consolidata, potrebbe facilmente adeguarsi a più moderne utilizzazioni, costituisce dunque una risorsa da non trascurare. Ciò anche in considerazione del secondo aspetto a cui si è fatto riferimento, e cioè la possibilità che, sollecitato e guidato dalla necessità della registrazione in una nuova cartella clinica, il personale sanitario possa aggiornare



*La cartella clinica:  
strumento antico  
con un lungo futuro*

la sua prassi relazionale con il paziente e i suoi ritmi organizzativi alle nuove esigenze etiche e giuridiche imposte dalla cosiddetta “medicina liberale”, nell’ottica sempre più urgente della prevenzione dei conflitti. Questi ultimi, infatti, vertono spesso non tanto sulle prestazioni tecniche e professionali elargite, quanto invece sulle carenze nell’informazione e nella personalizzazione dell’assistenza medica offerta al paziente-utente.

Dunque sarebbe importante cominciare a predisporre le cartelle cliniche affinché esse possano contenere dati relativi agli aspetti suddetti (l’informazione data, i dubbi o le richieste del paziente, i colloqui con la famiglia ecc.), e affinché in esse possano essere registrati anche eventi particolarmente critici, quali ad esempio il rifiuto di particolari cure o le necessità assistenziali derivanti da specifici convincimenti del paziente.

Un’ultima questione riguarda ancora la coerenza di quanto qui sostenuto in relazione alla cartella clinica con le indicazioni offerte dall’evoluzione concettuale e contenutistica di tale strumento nell’ottica della valorizzazione della cartella clinica orientata per problemi. Demandando alla lettura dei testi citati in bibliografia un’analisi dettagliata di questo argomento, mi limito qui a sottolineare come l’adozione di una metodologia chiara, anche nella registrazione, dei processi logici e dei percorsi relazionali adottati per giungere alle singole decisioni diagnostiche e terapeutiche, sia l’unica garanzia di qualità dei servizi sanitari offerti, così come l’unica tutela realmente efficace per il personale sanitario, utile a testimoniare il tipo di prestazioni erogate in ogni singolo percorso assistenziale.

**Laura Canavacci**





## PROGETTO E SVILUPPO DI UN SISTEMA INFORMATIVO PER LA GESTIONE DI CARTELLE CLINICHE

### INTRODUZIONE

La progettazione del sistema informativo dell'Azienda sanitaria, fino ad ora, ha puntato maggiormente sui flussi informativi più direttamente correlati all'area amministrativa e direzionale per rispondere ai fabbisogni informativi dei dirigenti amministrativi e sanitari. Per contro, in maniera diversa e con un limitato livello di incidenza è stata gestita nelle Aziende sanitarie l'introduzione dell'*Information technology* come supporto alle attività propriamente cliniche e terapeutiche per la gestione, anche storica, dei dati del paziente nonché per la condivisione delle informazioni utili per le decisioni della diagnosi e del percorso terapeutico.

È innegabile che l'introduzione di strumenti informatici, in ambito clinico, ha contribuito a sviluppare una nuova cultura dei sistemi informativi e a diffondere nuove competenze manageriali tra il personale medico a capo delle unità organizzative cliniche.

Molto spesso, però, l'adozione di tecnologie informatiche, come risorse strategiche per l'erogazione del servizio, impatta con la cultura e la struttura organizzativa della sanità pubblica e determina una serie di difficoltà nella gestione delle risorse materiali e *immateriali*.

Tuttavia il personale del Reparto di Chirurgia ha sentito l'esigenza di disporre di un sistema informativo per la gestione informatizzata dei dati del paziente nella ferma convinzione che l'implementazione delle tecnologie informatiche, ottimizzando i flussi informativi coinvolti nelle diverse fasi dell'attività medica non può che migliorare la qualità e la tempestività del servizio. Con una serie di articoli vogliamo illustrare il percorso che ha portato alla realizzazione di una "cartella clinica informatizzata".

### La cartella clinica: breve storia, definizione, requisiti, aspetti giuridici

È prioritario per una buona gestione del Reparto ospedaliero, poter disporre di una delle più importanti fonti di informazioni per tutta la struttura ospedaliera: **l'archivio informatizzato delle cartelle cliniche**, definito come un insieme di documenti contenenti un'enorme quantità di notizie relative essenzialmente alla diagnosi e alla cura dei malati.

La cartella clinica non è una 'invenzione recente, ma ha una vecchia storia, in parallelo con quella della medicina.

Infatti, già nell'età paleolitica in alcune caverne della Spagna sono stati trovate, in alcuni graffiti, tracce emblematiche di cartelle cliniche; anche nell'era delle piramidi nel 3000-2000 a.C. ci fu chi si occupò di registrare le proprie attività di medico.

In seguito, ai tempi di Ippocrate negli asclepei, templi ospedale, furono trovate colonne scolpite con nomi di pazienti e brevi storie delle loro affezioni ed, infine, nella Roma antica Galeno fondò la sua scuola sulla casistica clinica pubblicando i resoconti medici nei *Romana Acta Diurna*, affissi nel foro.

La cartella clinica, sorta come insieme di appunti per ricordare e tra-

smettere messaggi ad altri sanitari, oggi riveste un notevole ruolo documentativo e può essere definita come *un insieme di documenti nei quali viene registrato dai medici e dagli infermieri un complesso di informazioni (anagrafiche, sanitarie, sociali, ambientali, giuridiche) concernenti un determinato paziente, allo scopo di poterne rilevare ciò che lo riguarda in senso diagnostico-terapeutico.*

C'è da aggiungere che, non esistendo uno standard nella compilazione delle cartelle cliniche, vi sono molti modi diversi di compilare una cartella clinica e ciò è dovuto ai diversi obiettivi personali o di reparto oltre che di area.

In base all'art.23 del nuovo codice di Deontologia Medica, la cartella clinica 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 corso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate. Un efficiente sistema informativo, in ambito ospedaliero, vede la gestione delle cartelle cliniche come un mezzo potente sia per l'archiviazione e la gestione del materiale cartaceo, sia per la gestione dei dati in formato elettronico.

La gestione parte dalla fase di "confezionamento" della cartella clinica svolta a fronte dei referti rilasciati dai singoli reparti durante ogni ricovero.

Inoltre, prima della definitiva archiviazione cartacea, ogni cartella clinica deve essere successivamente controllata e vidimata dalla Direzione Sanitaria.

La cartella clinica ospedaliera è considerata un atto pubblico (art. 2699 c.c. e sentenza n. 646 del 1/4/1997, Cassazione Penale, sez. V).

Con la sentenza n. 3050 del 2 settembre 2002, inoltre, la Cassazione ha affermato che la cartella clinica rientra tra gli atti riservati e non più tra quelli coperti da segreto d'ufficio.

La conseguenza è immediata: la tutela non è più quella del codice penale (art. 326) prevista per la violazione del segreto d'ufficio ma quella accordata dalla legge n. 675/96, meglio conosciuta come legge sulla privacy.

L'art. 23 della suddetta legge afferma che:

- la cartella può essere rilasciata a terzi solo col consenso dell'interessato; solo se il consenso manca ed il rilascio avviene per danneggiare l'ammalato o per ingiusto profitto del richiedente, è prevista la responsabilità penale, punita con reclusione da 3 mesi a due anni.

Difficilmente, però, la violazione della riservatezza dei dati della cartella clinica potrà essere perseguita dalla legge sulla privacy.

Difatti non è facile che accada, o che si riesca a provare, che il rilascio della cartella sia avvenuto per danneggiare il malato o per ingiusto profitto del richiedente.

Inoltre, la legge Petragliani del 1938, poi riconfermata con DPR 128/69, facevano 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, mentre il DPR 225/74 affidava all'infermiera professionale il compito di conservare tutta la documentazione clinica sino al momento della consegna agli archivi centrali.

Tutte queste norme però non hanno trovato riconferma nelle leggi di riforma del Servizio Sanitario.

Pertanto, in mancanza di chiare norme attuali sulla custodia della cartella clinica, il Direttore di ogni Unità Operativa può delegare ai propri collaboratori (medici e infermieri) il compito di curare con diligenza la custodia della cartella clinica e l'osservanza delle misure minime di sicurezza stabilite dal decreto legislativo 318/99 articolo 9 punto 4.

Inoltre, in base alla circolare ministeriale della sanità del 19 dicembre

*La cartella clinica:  
strumento antico  
con un lungo futuro*

1986, 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.

Secondo la normativa vigente, pertanto, un ritardo o una mancata compilazione della cartella clinica può configurarsi per l'ospedaliero come una omissione di atti di ufficio, mentre una sua compilazione non veritiera, come falso ideologico e una sua correzione postuma, come un falso materiale.



## **Dalla cartella cartacea a quella informatizzata**

Attualmente presso ogni reparto ospedaliero, la carta è il principale supporto fisico per la registrazione delle cartelle cliniche.

C'è da dire che la tradizionale cartella clinica "cartacea" si caratterizza per alcuni punti di forza, quali:

- l'indipendenza dai requisiti tecnologici;
- l'indipendenza dai guasti hardware e dai problemi di software;
- facile trasportabilità;
- ha basse esigenze tecnologiche (luce);
- inserimento dell'informazione libero nella forma e nel contenuto.

Mentre invece i punti deboli della cartella clinica cartacea sono:

- la frequente illeggibilità, il lettore può avere difficoltà nell'interpretazione della cartella;
- la ridondanza di alcuni dati (*double-entry*) in quanto alcuni dati, come quelli anagrafici, sono inseriti più volte in caso di accesso ai diversi moduli dei relativi reparti;
- il rischio di indisponibilità delle informazioni all'occorrenza, a causa della localizzazione dell'archivio fisico delle cartelle cliniche;
- un solo utente alla volta può accedere alla cartella;
- la ricerca di una cartella tra molte può risultare dispendiosa;
- senza una struttura formale dei dati è molto facile commettere errori (es. omissioni di dati);
- reperimento dell'informazione lenta e costosa, spesso semplicemente non effettuabile.

Per quanto riguarda, ad esempio, l'esame clinico del paziente, si riscontrano spesso limitazioni che includono il modo non sistematico di registrare l'anamnesi, il metodo non sistematico di osservare i segni ed i sintomi nonché errori di ragionamento.

La cartella clinica informatizzata, invece, può essere definita come un sistema informatico idoneo a sostituire la tradizionale cartella cartacea senza alcuna rinuncia rispetto alle attuali caratteristiche della stessa (completezza, obiettività, integrità e sicurezza) e senza implicare maggiori disagi per gli operatori, ma tale da garantire la presenza di alcune caratteristiche (standardizzazione e qualità dell'informazione) utili per facilitare l'interazione tra gli operatori sanitari coinvolti nella gestione clinica del paziente.

L'utilizzo della cartella clinica informatizzata presenta i seguenti vantaggi:

- basso ingombro dei dati (molti Gbytes in qualche decina di cm<sup>3</sup>);
- facile duplicabilità dei dati (backup);
- trasportabilità (virtuale, attraverso reti);
- accesso contemporaneo di più utenti;
- eliminazione delle ridondanze delle informazioni e garanzia della consistenza dei dati;
- facile reperimento delle informazioni e, quindi, possibilità di effettuare ricerche complesse;
- protezione dell'accesso da utenti non autorizzati.

Con riferimento al caso reale del Reparto di Chirurgia, la sostituzione della cartella cartacea con quella informatizzata implicherebbe notevoli investimenti in infrastrutture hardware e software.

L'eliminazione totale della cartella clinica cartacea trova, infatti, ancora notevoli resistenze per diversi problemi di carattere amministrativo nonché per le considerevoli acquisizioni di hardware e software che dovrebbero migliorare il livello di efficienza attraverso l'utilizzo della firma digitale e l'integrazione



dei diversi sistemi informativi facenti capo ad altri reparti.

Per quanto riguarda, ad esempio, l'esame clinico del paziente, si riscontrano spesso limitazioni che includono il modo non sistematico di registrare l'anamnesi, il metodo non sistematico di osservare i segni ed i sintomi nonché errori di ragionamento.

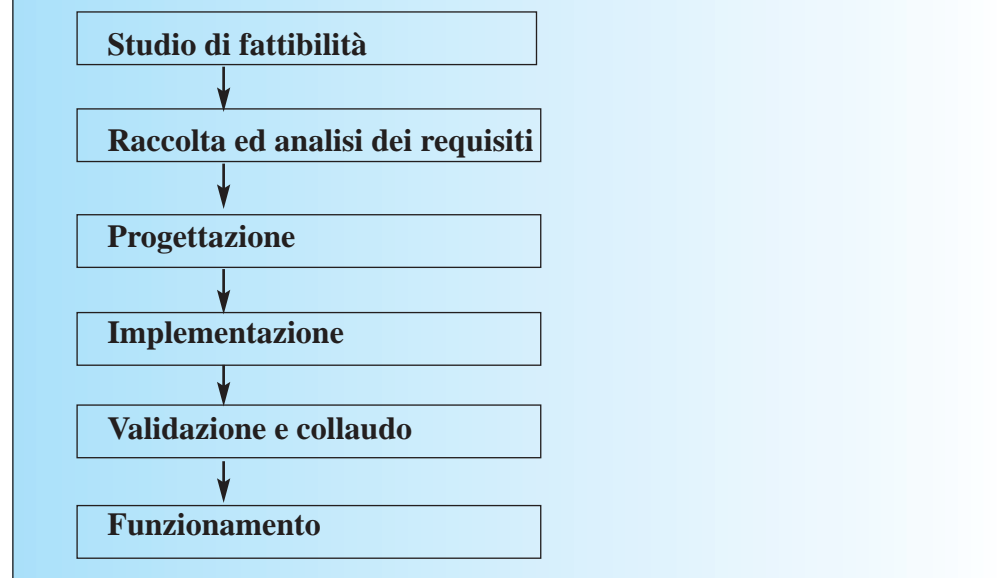
### **Progettazione del sistema informativo**

Progettare un sistema informativo comporta un'analisi particolarmente approfondita in quanto esso rappresenta una struttura critica all'interno di qualsiasi azienda.

Riprogettare i flussi informativi all'interno di un Reparto ospedaliero significa, innanzitutto, disporre di una base di dati specifica che tenga conto delle reali esigenze per una efficiente ed efficace azione medica.

La progettazione di una base di dati, pertanto, è solo una delle attività del processo di sviluppo di un sistema informativo e va inquadrata nel contesto più ampio di ciclo di vita di un sistema informativo (fig.1).

*Figura 1 - Ciclo di vita di un sistema informativo*



**Lucia Rita Carfagno, Giuseppe Carfagno, Giovanni Fabrizio**

Cnr e Università "La Sapienza" di Roma  
in campo con un progetto finanziato dal Miur

## **CARTELLA CLINICA, ICT IN CAMPO**

Tutti i dati vanno in rete con un registro  
a uso degli operatori sanitari

Contribuire a migliorare la qualità dei dati clinici memorizzati in una cartella clinica, riuscire a scambiare dati clinici tra sistemi organizzati secondo logiche differenti, riutilizzare

per scopi epidemiologici o manageriali le informazioni originate per scopi clinici, favorire la convergenza verso soluzioni uniformi e integrabili, rispettando le necessità di personalizzazione degli utenti.

### **IL VADEMECUM E LE TAPPE**

**Cos'è un Data Set Clinico? Un Data Set Clinico è un insieme motivato di dati su un paziente, da considerare associati per un particolare scopo clinico. Ad esempio batterie di esami, sistemi di punteggio (score), schede di trial clinici, strutture di cartelle cliniche, di database clinici e di documenti clinici.**

**Come si procede? La fase preparatoria del lavoro consiste nel raccogliere un numero significativo di descrizioni di Data Set Clinici, prodotte da organizzazioni autorevoli (come Società medico-scientifiche, ospedali, agenzie sanitarie regionali).**

**Verranno poi esplorate le funzionalità di un registro, basato su web, per rappresentare in modo strutturato le definizioni dei dati, per facilitare la descrizione sistematica e la manutenzione dei Data Set e per confrontare tra loro definizioni di dati clinici appartenenti a data set diversi, evidenziando le opportunità di convergenza.**

Sono alcune delle sfide impegnative affrontate oggi dall'Ict (Information and communication technology) in Sanità e in questo senso si muove un'iniziativa avviata da ricercatori dell'Istituto di Tecnologie Biomediche del Cnr e del Dipartimento di Scienze chirurgiche e tecnologie mediche applicate dell'Università "La Sapienza" di Roma, nell'ambito del Centro Prorec Italia, della sezione italiana di HL7 e del progetto MobiDis, cofinanziato dal ministero della Ricerca e dell'Università.

Il piano di lavoro prevede la rilevazione dei Data Set Clinici esistenti e lo sviluppo di un Registro per facilitarne la diffusione e la convergenza.

L'équipe che conduce il progetto ha realizzato un prototipo iniziale del Registro e ha organizzato



*La cartella clinica:  
strumento antico  
con un lungo futuro*

lo scorso ottobre a Roma il Convegno Europeo: «The content of Electronic Health Record: Clinical data sets for continuity of care and evidence based medicine», in cui ha discusso l'iniziativa con la comunità scientifica degli esperti del settore.

L'équipe si propone ora di raccogliere e analizzare i data set italiani di uso reale e quotidiano, e perciò si appresta a presentare il progetto alla comunità delle società medico-scientifiche, delle agenzie sanitarie regionali e delle aziende sanitarie, nel corso di un meeting che si terrà a Roma il 20 febbraio.

Il Registro renderà disponibili tra-

mite web le definizioni strutturate dei Data Set Clinici raccolti e ne garantirà una relativa stabilità, ma non si assumerà la responsabilità sul contenuto, che rimarrà sotto il controllo delle organizzazioni responsabili esterne, siano esse società scientifiche, enti, aziende o associazioni professionali. L'iniziativa prevede una partecipazione su base volontaria e non è mirata a imporre futuri set standard obbligatori. Un elemento centrale dell'intero processo è il coinvolgimento diretto degli utenti che gestiscono le informazioni cliniche (e in particolare delle società medico-scientifiche). Gli strumenti forniti dal Registro permet-

teranno loro di individuare analogie tra definizioni provenienti da fonti diverse e di indirizzare quindi le rispettive organizzazioni responsabili verso un cammino graduale di convergenza, basato sul consenso. Spesso infatti bisogni informativi simili, in contesti finora separati, hanno prodotto soluzioni casualmente diverse e pertanto con la conoscenza reciproca e il confronto si può raggiungere una maggiore coerenza.

Una volta realizzato il Registro, i progettisti di applicazioni potranno fare affidamento sui Data Set Clinici registrati per costruire soluzioni che siano garantite da fonti autorevoli e che facilitino la cooperazione tra operatori sanitari.

**Fabrizio Consorti**  
Centro Prorec Italia



**INGHILTERRA/ Varato piano da 8 mld  
per informatizzare il “National Health Service”**

## **CARTELLA ON LINE ENTRO IL 2010**

**Un fascicolo per ogni paziente  
sempre accessibile da tutti gli operatori**

Il ministro della Salute inglese, John Reid, ha da poco annunciato la firma dell'ultimo di sei contratti per lo sviluppo del Programma Crs, “Care record service”; “Il programma Crs sul fascicolo sanitario personale rivoluzionerà completamente il modo di gestire l'informazione nel sistema sanitario inglese, facendo in modo che tutti i medici, gli infermieri e gli altri professionisti della Sanità possano accedere alle informazioni essenziali dei pazienti 24 ore al giorno, 7 giorni alla settimana, come aiuto per erogare l'assistenza in modo ottimale”. “Con il programma Crs - ha aggiunto Reid – i pazienti avranno accesso a informazioni e conoscenze specifiche che li aiuteranno nelle scelte sulla propria salute e potranno accedere al proprio fascicolo sanitario in rete”.

Si tratta di un ambizioso piano decennale di investimenti per oltre 8 miliardi di euro (più di 15mila miliardi di lire), che riguarda 50 milioni di cittadini. Entro quest'anno, la prima fase del programma prevede di fornire agli operatori sanitari le funzionalità di base, che includono la possibilità di comunicare un insieme iniziale di informazioni individuali e di prenotare le prestazioni ambulatoriali. I cittadini inglesi avranno un fascicolo sanitario personale in rete, che conterrà un nucleo essenziale di informazioni cliniche e amministrative. La seconda fase darà accesso nel 2005 a cartelle cliniche più dettagliate e permetterà di trasmettere prescrizioni e ordini in formato elettronico. Il fascicolo crescerà nel tempo e accoglierà a poco a poco tutte le informazioni necessarie per garantire la massima qualità dell'assistenza, rese disponibili in modo facile e sicuro agli operatori sanitari autorizzati e ai cittadini stessi.

Le tappe successive prevedono di ottenere un'integrazione sempre maggio-



re delle informazioni e il supporto alla continuità assistenziale. Dal 2010 i sistemi dovrebbero essere completamente integrati.

Il “Crs” si inquadra nel “National programme for information technology”, un vasto piano di e-health del “National health service” (Nhs). Un uso migliore dell’informazione era ormai percepito come una necessità per l’Nhs, perché la domanda di qualità continua a crescere e l’assistenza è molto più complessa che in passato, sia dal punto di vista tecnico che organizzativo. La diagnosi e il trattamento sono sempre più specializzati e richiedono a strutture sanitarie diverse di lavorare insieme in modo coordinato, affidabile e sicuro.

I pazienti hanno più conoscenze sulla propria salute (anche grazie al servizio “Nhs direct”) e vogliono un maggiore coinvolgimento. Il programma Crs intende compiere un passo sostanziale verso la continuità delle cure tra ospedali, medicina generale e altri servizi sul territorio, con un accesso veloce e sicuro all’informazione tramite servizi on-line e telemedicina. Inoltre l’uso complementare dell’informazione a supporto del governo clinico e della gestione delle strutture sanitarie faciliterà un aumento della qualità e l’uso ottimale delle risorse. Per mettere in atto un così profondo cambiamento e rendere concreto questo scenario, serviva un investimento ampio e coordinato. La maggior parte dei sistemi informativi attuali è, infatti, circoscritta nell’ambito di una sede fisica o di un dipartimento e non supporta lo scambio di informazioni tra sedi o dipartimenti diversi. In conseguenza, negli ospedali di una stessa zona vengono create diverse cartelle cliniche per lo stesso paziente, mentre i medici di medicina generale utilizzano applicazioni e database isolati. Inoltre, con il supporto cartaceo è difficile implementare i percorsi diagnostico-terapeutici che coinvolgono diversi operatori sanitari. Il ministro della Salute inglese ha recentemente sintetizzato la situazione in questo modo: “Adesso i pazienti hanno parecchie cartelle cliniche su supporto cartaceo ed elettronico, che non sono facilmente fruibili da tutte le strutture sanitarie. Non esiste una cartella unificata che possa contenere tutte le informazioni sulla loro salute. I nostri ospedali possiedono milioni di cartelle cliniche cartacee che devono essere ritrovate manualmente quando il paziente ha bisogno di un trattamento. Chiaramente nel XXI secolo questo non è un modo efficiente di memorizzare e gestire l’informazione sulla salute”. Con l’infrastruttura informativa di eccellenza fornita dal “Crs”, il piano nazionale generale vuole assicurare che le strutture sanitarie e il personale possano lavorare insieme in modo efficace.

Fin dall’inizio, il piano generale si è impegnato ad adottare, ove possibile, standard internazionali sui dati e sullo scambio dei dati, basati su tecnologie aperte. In particolare il comitato Nhs sugli standard informatici ha deciso di incardinare il “Crs” intorno a “health level 7” (hl7), lo standard di informatica sanitaria attualmente più diffuso nel mondo. Il piano sostiene dunque “hl7” e lavora a stretto contatto con l’industria, per assicurare che essa possa effettivamente fornire le competenze e i prodotti per ottenere i vantaggi offerti dall’aderenza agli standard.

In Inghilterra la strategia sull’e-health è stata riconosciuta da tempo come cruciale, ma nella pratica la messa in opera di soluzioni robuste e pervasive (incluso il fascicolo sanitario personale in rete) si è dimostrata estremamente difficile. Adesso sembra che ci siano le risorse e la determinazione necessaria per raggiungere lo scopo.

**Angelo Rossi Mori**

Presidente Centro Prorec Italia  
Ist. Tecnologie biomediche Cnr

## **E I MEDICI SPAGNOLI CHIEDONO PIÙ SICUREZZA SUI DATI ON LINE**

**In pista una proposta per rendere  
più sicuri i sistemi informatici**

Sì ai dati clinici in rete, ma con più attenzione alla privacy. Per una maggiore sicurezza informatica solo il paziente e il suo medico di fiducia dovrebbero accedere ai dati riservati

sibili, è stata appena presentata in Spagna dai medici di famiglia con un documento su “Informatización y confidencialidad de la historia clínica” elaborato dal gruppo di lavoro in Bioetica della “SemFYC”, la Società spagnola di Medicina di famiglia e la Comunità.

Il documento nasce da un recente dibattito sulla qualità dei sistemi di registrazione di informazioni cliniche e la loro riservatezza di carattere informatico. “Nelle comunità autonome della Spagna – secondo la “SemFYC” – al momento esistono una miriade di sistemi informatici applicati alla documentazione clinica diversi tra loro, scarsamente compatibili e che destano seri dubbi rispetto alle garanzie di sicurezza per i dati personali inseriti. Opportuna, quindi, una riflessione su questo delicato problema, con qualche soluzione pratica, riservata non solo ai medici ma anche ai responsabili della sanità pubblica”.

Secondo la proposta della “SemFYC”, i dati delle diverse storie cliniche che viaggiano in rete dovrebbero prevedere tre differenti livelli di archiviazione, in rapporto alla rilevanza delle informazioni. Nel primo dovrebbero essere contenuti i dati di base che il paziente conosce e che possono essere utilizzati da qualsiasi profes-

### **I PRINCIPI DELLA DEONTOLOGIA IN RETE**

#### ***Sobrietà***

Registrare solo i dati ritenuti di qualità clinica, evitando di inserire, quando possibile, dettagli superflui che, se diffusi, potrebbero risultare dannosi per l'intimità del paziente.

#### ***Protezione universale***

Le indicazioni e le misure di sicurezza per proteggere i dati riferiti alla salute devono essere sempre applicate con scrupolo in tutti i servizi e per tutti i servizi, anche quando i pazienti sono gli operatori sanitari stessi.

#### ***Trasparenza***

Un uso corretto dei nuovi strumenti di comunicazione, deve prevedere che il paziente sia a conoscenza delle informazioni raccolte sulla sua persona e sappia anche come accedervi.

#### ***Responsabilità***

È il “Primum non nocere” di Ippocrate che mira a responsabilizzare gli operatori nella raccolta dei dati, anche nel lavoro di équipe, riflettendo sulle conseguenze che, errori anche piccoli, possono avere sulla privacy e intimità dei pazienti.

della sua storia clinica.

Una proposta operativa, per garantire la riservatezza dei dati clinici sen-

*La cartella clinica:  
strumento antico  
con un lungo futuro*

sionista che partecipa al suo percorso assistenziale, anche se non si tratta del suo medico o infermiere abituale. Un secondo livello comprende quei dati clinici più riservati, ai quali si può accedere solamente con l'esplicito consenso del paziente, prevedendo l'utilizzo di una "password". Il terzo livello riveste un carattere esclusivamente clinico. In esso "viaggiano" dati riservati, ai quali il paziente non ha accesso, in quanto contengono osservazioni riservate degli operatori sanitari legate ai problemi assistenziali, o a informazioni riferite a terzi.

I criteri pratici per preservare la privacy del paziente dovrebbero seguire anche un percorso etico, legato ai principi della sobrietà, della trasparenza, della responsabilità e della protezione universale.

Criteri deontologici, che debbono tenere conto del fatto che la pratica della medicina è basata sulla relazione clinica, con il massimo rispetto per

l'autonomia e la dignità del paziente. Evitare la registrazione di dati che incidono sull'intimità del paziente, il quale dovrebbe conoscere le informazioni che lo riguardano e le condizioni per accedervi. Occorre sempre senso di responsabilità e accuratezza nell'uso dei dati, anche quando si lavora in équipe. Le misure della sicurezza vanno applicate sempre in tutti i centri e per tutti gli utenti.

Si propone anche di sviluppare, in particolare nell'ambito dell'assistenza sanitaria primaria, delle unità funzionali di documentazione clinica che sovrintendano non solo alle attività legate alle misure di sicurezza e di riservatezza dei dati clinici adottate nei diversi "Centros de Salud", ma anche ai bisogni di formazione, per affrontare i cambiamenti collegati a questo delicato settore.

**Antonio Alfano**









In caso di mancato recapito inviare al CPO di Latina per la restituzione al mittente previo pagamento resi.