



**ART. 24 E 25 DEL CODICE DEONTOLOGICO**  
DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN BILICO TRA  
CLINICA E RISERVATEZZA

La documentazione sanitaria rappresenta un valore inestimabile.

Tiene traccia dei progressi terapeutici, della responsabilità dei singoli medici e sanitari che intervengono sul paziente.

Le informazioni cliniche sono un valore per la ricerca scientifica ma il rischio dell'intrusione nella sfera di riservatezza dei pazienti è enorme.

Il medico che utilizza strumenti, sempre più interconnessi, si trova in equilibrio instabile su un crinale, a volte, scivoloso.

**A CURA AVV. PAOLA M. FERRARI**

Le pillole di diritto

**SOMMARIO**

LE VIDEO LEZIONI..... 1

 Normativa deontologica essenziale ..... 1

Differenze tra la cartella clinica delle strutture pubbliche e di quelle private ..... 2

La responsabilità del primario per la tenuta della cartella clinica ..... 2

Come viene valutata in un giudizio la registrazione nella cartella clinica? ..... 2

La cartella clinica incompleta, nel dubbio, si legge a favore del paziente ..... 3

Aggiunte ed abrasioni della cartella clinica. Cosa si rischia? ..... 3

Nessuna importanza ha l'intenzionalità dell'autore in quanto il reato deriva da dolo generico e non da dolo specifico..... 3

E' possibile rivalutare o integrare i dati in una cartella clinica? ..... 4

**LE VIDEO LEZIONI**

- 1) [Le regole per la compilazione della cartella clinica](#)
- 2) [Quando l'errore fa danno](#)



**NORMATIVA DEONTOLOGICA ESSENZIALE**

Le regole sono contenute negli artt. 24, 25 e 26 del codice deontologico che qui si riportano per importanza.

**Art. 24 Certificazione**

Il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati. Egli è tenuto alla massima diligenza, alla più attenta e corretta registrazione dei dati e alla formulazione di giudizi obiettivi e scientificamente corretti.

**Art. 25 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.

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

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

## DIFFERENZE TRA LA CARTELLA CLINICA DELLE STRUTTURE PUBBLICHE E DI QUELLE PRIVATE

La cartella clinica della casa di cura pubblica e delle strutture che operano per conto del servizio sanitario nazionale in regime di convenzionamento, è qualificata dalla giurisprudenza come atto pubblico volto ad attestare fedelmente, fino a querela di falso, le specifiche scelte cliniche e terapeutiche.

La cartella clinica documenta, infatti, l'andamento della malattia, i medicinali somministrati, le terapie e gli interventi praticati, l'esito della cura e la durata della degenza del paziente.

L'annotazione postuma (nella cartella clinica) di un fatto clinico rilevante integra il reato di falso materiale in atto pubblico, [di cui all'art. 476 del codice penale](#)".

Se la struttura non è convenzionata e/o si tratti di un medico di medicina generale per il quale è obbligatoria la registrazione nella scheda clinica, il documento prodotto costituisce una semplice registrazione dell'attività diagnostica e terapeutica svolta, equiparabile ad una scrittura privata.

La conservazione delle cartelle cliniche ospedaliere e delle case di cura è per un tempo illimitato per il libero professionista non vi è un tempo massimo di conservazione anche se è opportuno conservarla almeno per il tempo sufficiente al compimento dei termini di prescrizione civile e penale.

## LA RESPONSABILITÀ DEL PRIMARIO PER LA TENUTA DELLA CARTELLA CLINICA

L'art. 7 del D.P.R. 27 marzo 1969, n. 128 afferma: "è responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche, dei registri nosologici e della loro conservazione, fino alla consegna all'archivio centrale; inoltre, tramite la direzione sanitaria, le denunce di legge".

Il D.P.R. 14 marzo 1974, n. 225 (sulle mansioni degli infermieri professionali e infermieri generici) ricorda che è compito dell'infermiera professionale conservare le cartelle cliniche all'interno dei reparti e/o delle sale operatorie sotto la supervisione e coordinamento del responsabile del reparto.

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

## COME VIENE VALUTATA IN UN GIUDIZIO LA REGISTRAZIONE NELLA CARTELLA CLINICA?

La giurisprudenza della Cassazione è ormai stabilizzata nell'attribuire una incidenza alla Cartella Clinica in relazione alla ricostruzione delle vicende sanitarie ai fini di evincerne la sussistenza o meno di responsabilità dei sanitari stessi o della struttura, incidenza tuttavia che non conduce automaticamente all'adempimento dell'onere probatorio da parte di chi sostiene di essere stato danneggiato.

L'eventuale incompletezza della cartella clinica è circostanza di fatto che il giudice può utilizzare per ritenere dimostrata l'esistenza di un valido nesso causale tra l'operato del medico e il danno patito dal paziente soltanto quando proprio tale incompletezza abbia reso impossibile l'accertamento del relativo nesso eziologico e il professionista abbia comunque posto in essere

una condotta astrattamente idonea a provocare il danno ([Cass. Civ. sez. 3, 12 giugno 2015 n. 12218](#)).



### Il punto di diritto

L'incompletezza della cartella incide soltanto se va ad innestarsi in un contesto specifico che è proprio la fonte della sua rilevanza e non sia ricostruibile il caso attraverso l'insieme delle prove prodotte in giudizio

### LA CARTELLA CLINICA INCOMPLETA, NEL DUBBIO, SI LEGGE A FAVORE DEL PAZIENTE

Il medico ha l'obbligo di controllare la competenza e l'esattezza delle cartelle cliniche e dei relativi referti allegati, la cui violazione comporta la configurazione di un difetto di diligenza rispetto alla previsione generale contenuta nell'art. 1176 c.c., comma 2 e, quindi, un inesatto adempimento della sua corrispondente prestazione professionale.

La difettosa tenuta della cartella clinica da parte dei sanitari non può pregiudicare sul piano probatorio il paziente, cui anzi, in ossequio al principio di vicinanza della prova, è dato ricorrere a presunzioni se sia impossibile la prova diretta a causa del comportamento della parte contro la quale doveva dimostrarsi il fatto invocato. Tali principi operano non solo ai fini dell'accertamento dell'eventuale colpa del medico, ma anche in relazione alla stessa individuazione del nesso eziologico fra la sua condotta e le conseguenze dannose subite dal paziente ( Cass. sez. 3, 27 aprile 2010 n. 10060, Cass. sez. 3, 26 gennaio 2010 n. 1538).

### AGGIUNTE ED ABRASIONI DELLA CARTELLA CLINICA. COSA SI RISCHIA?

Il pubblico ufficiale che, nell'esercizio delle sue funzioni, forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni. Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querela di falso, la reclusione è da tre a dieci anni.

Ne deriva che le modifiche, le aggiunte, le alterazioni e le cancellazioni integrano falsità in atto pubblico, punibili in quanto tali (Cass. Pen 42917 depositata il 21/11/2011).

Una volta compilata, le attestazioni contenute nella cartella clinica sono coperte da fede privilegiata, limitatamente alle attività espletate nel corso di una terapia o di un intervento, mentre sono escluse le valutazioni, diagnosi o opinioni in essa contenuta.

### NESSUNA IMPORTANZA HA L'INTENZIONALITÀ DELL'AUTORE IN QUANTO IL REATO DERIVA DA DOLO GENERICO E NON DA DOLO SPECIFICO.

Affinchè esista il reato basta l'aver commesso il fatto anche senza intenzione di nuocere.

Commette falso in atto pubblico il medico che aggiorna la cartella nei giorni successivi alla visita, lo ha stabilito ([Cass. Pen. 42917/2011](#)), confermando la sentenza della Corte d'Appello di Caltanissetta che condannò ad otto mesi di reclusione un medico ospedaliero, che lasciò il reparto senza riportare sulla cartella clinica il risultato della visita e la terapia prescritta al paziente aggiornandola alcuni giorni dopo.

Il reato non viene neppure attenuato dal fatto che il medico fosse solo in reparto ed alla fine del turno aveva lasciato il reparto senza trascrivere sulla cartella clinica le risultanze della visita effettuata nella giornata ma lasciando comunque le indicazioni terapeutiche nelle schede termometriche allegata alla cartella clinica.

Una volta compilata le attestazioni contenute nella cartella clinica sono coperte da fede privilegiata limitatamente alle attività espletate nel corso di una terapia o di un intervento, mentre ne sono escluse le valutazioni, le diagnosi o le opinioni in essa contenute.

#### E' POSSIBILE RIVALUTARE O INTEGRARE I DATI IN UNA CARTELLA CLINICA?

Un'eventuale successiva riconsiderazione della correttezza delle informazioni inserite nella cartella clinica da parte del personale sanitario, eseguita sulla base di nuovi presupposti tecnico-scientifici o di fatto, non implica la cancellazione dell'informazione in precedenza registrata, **ma il diritto alla sua rettifica ed integrazione, al fine di assicurare la correttezza dei dati, senza compromettere il contenuto precedentemente registrato** (a garanzia del paziente e dei medici che nel tempo si sono succeduti).

Il medico che compila la lettera di dimissioni per conto di un altro medico che aveva in carico il paziente ha qualche responsabilità nel caso si verifichi un problema al paziente?

La lettera di dimissioni è un atto fondamentale in quanto orienta il comportamento clinico del medico di famiglia e degli altri specialisti che successivamente avranno in cura il paziente.

In ragione di ciò, il medico che non ha seguito il paziente dovrà avere cura di analizzare con attenzione la cartella clinica al fine di avvedersi che non manchino referti di esami clinici in precedenza disposti prima di dimettere un paziente, soprattutto quanto le dimissioni sono estremamente precoci (Cass. Pen. n. 24203 del 5/6/2015) fatto che causò la morte del paziente che nel frattempo si era messo alla guida del proprio autocarro sul quale moriva per collasso cardiocircolatorio.