

Ad maiora

Raffaele Lovaste

Procedura per la tenuta del fascicolo personale dei pazienti

Premessa

Questa è la mia ultima rubrica sull'organizzazione e vorrei innanzi tutto ringraziare i miei lettori che, sfidando la noia, hanno resistito.

Ormai sono felicemente pensionato da due anni, i Ser.D. sono cambiati e cambieranno ancora molto rapidamente.

Io mi sento "fuori" dal sistema pubblico delle dipendenze e mi sembra sia giusto passare il testimone a chi ancora esercita all'interno dei Ser.D. e che potrà sicuramente, meglio di me, continuare questo lavoro.

Per concludere un caro saluto al presidente di FeDerSerD dott. Pietro Fausto D'Egidio e al direttore scientifico della rivista Mission dott. Alfio Lucchini per questa opportunità.

Aspetti normativi nella gestione della cartella clinica

Nell'art. 7 del D.P.R. 27/03/69 n. 132 si legge che il primario "... è responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche e della loro conservazione sino alla consegna all'archivio centrale".

Il Ministero della Sanità, circolare n. 61 del 19/12/96 ha stabilito che le cartelle cliniche vadano conservate senza alcun limite di tempo, poiché rappresentano un atto ufficiale indispensabile a garantire la certezza del diritto.

La conservazione va effettuata, dapprima in un archivio corrente, poi, trascorso un quarantennio, in una sezione separata dell'archivio.

Il rilascio agli aventi diritto di copia della cartella clinica avviene a cura del direttore sanitario come previsto nel D.P.R. n. 128/69 e D.P.C.M. 27/06/86.

La cartella clinica ha valore documentale di **atto pubblico** protetto dalle norme di legge contro ogni falsità materiale o ideologica.

In quanto atto pubblico la cartella clinica assolve la funzione di **autentica e fedele cronistoria di un iter** documentando le caratteristiche soggettive ed obiettive del paziente, le attività svolte e le conseguenze dei trattamenti effettuati.

Nella cartella i trattamenti e le eventuali annotazioni su gli effetti prodotti **devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi** e l'elemento cronologico nella stesura della medesima assume rilevanza determinante ai fini della veridicità della realtà storica in essa documentata, in quanto l'annotazione postuma di dati rilevanti rappresenta un fatto punibile.

Ogni dato clinico, quotidianamente registrato, rappresenta autonomo valore documentale e acquista valore in senso giuridico non appena viene trascritto, con la conseguenza che qualsiasi alterazione (esclusa la correzione di semplici errori materiali)

apportata durante la progressione del documento rappresenta il reato di **falso materiale in atto pubblico** (art 476 c.p.).

Le modifiche o le aggiunte (purché giuridicamente rilevanti) anche se apportate nell'intento di ristabilire la verità, comportano sempre una impropria alterazione della genuinità del documento, in quanto l'atto viene a rappresentare ed attestare fatti di diverso tenore rispetto agli originali.

I dati trascritti nella cartella clinica possono essere rettificati solo componendo nuove annotazioni, che lascino inalterate le precedenti e che diano notizia delle modifiche che si ritiene apportare.

Le sostituzioni e le modifiche sono possibili qualora ne possono risultare l'autore e la data, dovendosi escludere la leicità di ogni altro tipo di correzioni (cancellature coprenti, decoloranti ecc.). In definitiva una prestazione ad un paziente deve essere registrata nella cartella clinica massimo entro le 12 ore successive se non è possibile farlo immediatamente per cause che non dipendono dalla volontà del professionista.

La registrazione deve comprendere: l'individuazione del professionista, la sigla identificativa della prestazione specialistica scelta fra quelle che il servizio è autorizzato ad erogare, la descrizione degli argomenti trattati e il tempo consumato per la prestazione.

Per ogni prestazione inoltre deve essere previsto un tempo ottimale che ne rappresenta l'indicatore di qualità.

Ad esempio se si condivide che per una visita medica di controllo sono necessari almeno 30 minuti, la registrazione di un tempo inferiore o superiore deve avere una specifica giustificazione nella descrizione.

Requisiti fondamentali della compilazione della cartella clinica sono: **chiarezza e veridicità**.

Il primo requisito appare opportuno per evitare incertezze di interpretazione del documento ma, in genere, non costituisce illecito penale: la Cassazione (29/05/61) ha affermato che l'incompletezza o ambiguità non equivalgono a falsità in quanto non attengono alla veridicità del documento.

Il secondo requisito, invece, risponde ad un precetto di legge; l'operatore infatti che attesti il falso incorre, a seconda della qualità dell'alterazione, in uno dei seguenti reati: art. 476 c.p. "Falsità materiale" e/o art. 479 c.p. "Falsità ideologica".

Si intende per **Falsità materiale** le attività di falsificazioni che possono essere effettuate sull'atto già terminato (cancellature, aggiunte, sostituzioni ecc.).

Si intende per **Falsità ideologica** le attività di falsificazione che possono essere realizzate nel momento in cui l'atto viene formato.

L'espressione "formare... un atto falso" deve essere intesa come contraffazione e per "alterazioni" debbono intendersi le modificazioni di qualsiasi specie (aggiunte, cancellature ecc.) che vengono apportate al documento dopo la sua definitiva formazione.

Ogni operatore che, per quanto di competenza, contribuisce alla compilazione di una cartella clinica è responsabile in prima persona degli eventuali reati commessi.

L'errore clinico del professionista nella compilazione della cartella clinica, purché entro i limiti della perizia e prudenza dovuta al caso, è considerato dalla magistratura meno grave della mancata compilazione della stessa.

La cartella clinica in un Ser.D.

La cartella clinica del paziente di un Ser.D. è costituita da una cartella cartacea o informatizzata su cui vengono annotati i vari dati relativi alla persona, nonché la storia del suo rapporto con il servizio.

Da un punto di vista operativo è costituita da:

- dati anagrafici del paziente;
- quadro storico antecedente al periodo di trattamento;
- relazione di primo contatto;
- anamnesi medica;
- anamnesi tossicologica;
- esame obiettivo;
- valutazione psichiatrica;
- valutazione psicologica;
- valutazione sociale;
- valutazione dell'educatore;
- rapporti con il medico di famiglia o con il responsabile di una struttura ospitante;
- comportamenti a rischio;
- patologie associate;
- esami prescritti e/o effettuati con il loro esito;
- interventi specialistici effettuati con il loro esito;
- progetti terapeutici attuati con il loro esito;
- diario clinico delle singole prestazioni erogate dai diversi operatori;
- eventuali inserimenti in strutture residenziali con il loro esito.

Di seguito si espandono alcuni punti essenziali della cartella clinica: l'accettazione, la relazione di primo contatto e le valutazioni.

L'accettazione

Qualsiasi persona che afferisce al Ser.D. viene ricevuta da una figura professionale deputata all'accettazione, in linea di massima un infermiere, che accoglie la domanda.

Se è presente un'emergenza sanitaria l'infermiere contatterà immediatamente il medico in servizio che provvederà a predisporre le misure necessarie per contrastare o risolvere l'emergenza.

In assenza di situazioni clinicamente emergenti o percepite tali dal paziente e, valutata la pertinenza della domanda rispetto alle attività istituzionali del Ser.D., l'infermiere avvierà l'accoglienza che prevede: l'apertura della cartella clinica, la raccolta delle informazioni previste nella scheda di anagrafica e la raccolta della autorizzazione al trattamento dati.

Nel caso in cui il cliente dovesse richiedere l'anonimato l'infermiere accetta la domanda chiedendo al cliente di identificarsi con una sigla formata dalla prima e terza lettera del nome, dalla prima e terza lettera del cognome, dal sesso e dalla data di nascita e porterà la richiesta al medico di guardia che deciderà in merito.

Il medico di guardia, di norma, informa la persona che essendo il Ser.D. una struttura pubblica, i dati identificativi sono indispensabili per le prestazioni che richiedono la somministrazione di farmaci o per il rilascio di certificazioni, tutte le altre prestazioni possono essere erogate in anonimato.

Nel caso in cui un familiare o conoscente dovesse chiedere informazioni su di una persona in carico, si applicheranno le disposizioni relative all'autorizzazioni trattamento dati concordate con il cliente.

La relazione di primo contatto

Il colloquio di primo contatto è finalizzato alla decodifica della domanda e ha i seguenti output:

- ascolto della domanda portata;
- risposta immediata a eventuali emergenze reali o percepite;
- informazioni di indirizzo a un'altra agenzia qualora la domanda portata non sia coerente con l'attività istituzionale del Ser.D.;
- avvio della successiva fase di valutazione multi assiale;
- supporto alle persone non direttamente coinvolte nella domanda di trattamento.

La relazione di primo contatto si conclude con la registrazione in cartella del colloquio.

La valutazione multi assiale

La valutazione multi assiale permette la conoscenza approfondita della persona e del problema ed è costituita da: anamnesi medica e tossicologica, esame obiettivo, valutazioni sociali, psicologiche e psichiatriche.

L'anamnesi medica e tossicologica permette di conoscere le eventuali problematiche sanitarie del paziente e la storia della sua dipendenza. Particolare attenzione dovrà essere posta alla presenza di patologie psichiatriche pregresse.

Le valutazioni sociali, psicologiche e psichiatriche completeranno la conoscenza del paziente e del problema e permetteranno di formulare un sospetto diagnostico, un indice di gravità del problema e una prognosi.

La valutazione diagnostica, basata su schematici alberi decisionali, deve essere integrata con l'esperienza clinica in funzione dell'opportunità di non sottovalutare eventuali aree problematiche ma neppure di accentuarle perseguendo un rigido schematismo.

Bisogna aver presente infine alcune possibili criticità presenti nell'iter per la formulazione della diagnosi: menzogna intenzionale e negazione non intenzionale, scarsa comprensione delle domande. In una logica processuale il momento diagnostico e quello terapeutico non sono scindibili, ma debbono essere considerati come sequenze di azioni coordinate intorno ad un progetto.

La restituzione della diagnosi è un momento importante perché il cliente arriva a dare un nome al suo disagio e soprattutto la diagnosi è il primo passo per programmare un percorso verso la cura.

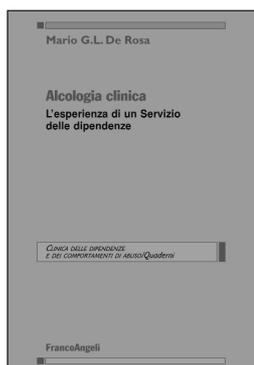
Il processo diagnostico deve avere un certo valore predittivo rispetto alle possibilità di cura e deve strutturarsi come momento di connessione tra passato e futuro.

È necessario trovare una definizione consensuale del problema portato che soddisfi sia il professionista sia il cliente per poter lavorare su una storia diagnostica in parte già costruita dal cliente in parte da costruire insieme, a partire da una condivisione degli obiettivi del trattamento.

Bibliografia

- Aa.Vv. (1996). *Medicina delle tossicodipendenze Manuale per medici di medicina generale*. Leonard Edizioni, Settembre.
- Agliati M. (1996). *Tecnologie dell'informazione e sistemi amministrativi*. EGEA.
- Baker L., Rubycz R. (1996). *Performance improvement in public service delivery*. Pitman Publishing.
- Berardi G., Biazzo S. (1996). Analisi rappresentazione dei processi aziendali. *Sviluppo e organizzazione*, 156.
- Beretta S., Dossi A., Meloni G., Miroglio F. (1999). *Il benchmarking dei processi amministrativi*. EGEA.
- Biffi A. (1997). Business Process Reengineering: approccio per realizzare il process management. *Economia & Management*.
- Biffi A., Pecchiari N. (1998). *Process management e reengineering*. EGEA.
- Bonazzi G. (2000). *Storia del pensiero organizzativo*. FrancoAngeli.
- Borgogni L. (1999). *Valutazione e motivazione delle risorse umane nelle organizzazioni*. FrancoAngeli.
- Borgonovi E. (1973). *L'economia aziendale negli istituti pubblici territoriali*. Giuffrè.
- Bortignon E., Frati P., Tadchini R. (1998). *Medici e Manager*. Edizione Medico Scientifico.
- Brenna A. (1999). *Manuale di Economia Sanitaria*. CIS Editore.
- Caccia C., Longo F. (1995). L'applicazione di modelli organizzativi "evoluti" al sistema socio sanitario pubblico. *Mecosan*.
- Cartoccio A., Fabbro M. (1992). Complessità organizzativa e sviluppo manageriale. *Sviluppo e Organizzazione*, 131.
- Ciatto S. (1996). *Screening in medicina*. Il Pensiero Scientifico Editore.
- Cochrane A.L. (1999). *Efficienza ed efficacia*. Il Pensiero Scientifico Editore.
- Corradini A. (1997). I modelli organizzativi per le aziende ULS: tradizione ed innovazione. *Mecosan*, 20: 17-33.
- Davenport T.H. (1994). *Innovazione dei processi*. FrancoAngeli.
- Drummond M.F., O'Brien B., Stoddart G., Torrance G. (2000). *Metodi per la valutazione economica dei programmi sanitari*. Il Pensiero Scientifico Editore.
- Focarile F. (1998). *Indicatori di qualità nell'assistenza sanitaria*. Centro Scientifico Editore.
- Froman B. (1998). *Il manuale della qualità*. FrancoAngeli.
- Grilli R., Penna A., Liberati A. (1995). *Migliorare la pratica clinica*. Il Pensiero Scientifico Editore.
- Hammer M., Champy J. (1993). *Ripensare l'azienda*. Sperling&Kupfer.
- Hronec S.M. (1995). *Segni vitali: come utilizzare gli indicatori di qualità, tempo e costo per tracciare il futuro della vostra azienda*. FrancoAngeli.
- Mintzberg H. (1985). *Le strutture organizzative*. il Mulino.
- Nonis M., Braga M., Guzzanti E. (1998). *Cartella clinica e qualità dell'assistenza: passato, presente e futuro*. Il Pensiero Scientifico Editore.

RECENSIONE



Mario G.L. De Rosa

ALCOLOGIA CLINICA **L'esperienza di un Servizio** **delle dipendenze**

Collana: Clinica delle dipendenze
e dei comportamenti di abuso/Quaderni
Codice: 231.1.61
pp. 124 euro 17,00
Editore: FrancoAngeli

L'alcolologia è una disciplina specialistica relativamente giovane che ha visto negli ultimi anni lo sforzo degli operatori del settore per definirne più esaurientemente le peculiarità cliniche. In questa prospettiva la ricerca delle cause, del quadro sintomatologico, del trattamento e della prognosi delle problematiche alcol-correlate è un terreno di studio e di confronto costante tra le figure professionali che si interessano e lavorano per curare le tante persone che ogni giorno necessitano di aiuto per uscire dall'alcolismo.

Il volume descrive in maniera pratica come si lavora in un Servizio che si occupa di clinica alcolologica. In particolare, si espone la

modalità con cui viene effettuata la valutazione e la terapia in una prospettiva procedurale: il processo clinico da quando il paziente afferrisce al Servizio fino alla definizione del trattamento e del suo follow-up.

L'alcolismo è concepito come un modo d'essere problematico della persona nel suo "essere-nel-mondo" che determina oltre al consumo disfunzionale dell'alcol anche un disagio esistenziale e un declino del ruolo sociale. È un "fenomeno" che si correla e trova un senso "patologico" in "esistenze" che vivono l'alienazione da Sé e cercano nell'alcol un rimedio alla loro condizione. Un capitolo del libro viene dedicato all'analisi del senso dell'abuso alcolico nei giovani: è ormai evidente come il "fenomeno alcol" si manifesti con specifiche peculiarità nel mondo giovanile acquisendo un significato che trae origine da modelli esistenziali profondamente cambiati a livello sociale e di conseguenza, per molti aspetti, presenta manifestazioni cliniche diverse dall'alcolismo dell'adulto.

Mario G.L. De Rosa, medico, psichiatra e psicoterapeuta. È membro ricercatore del Centro di psicoterapia dinamica di Ancona, direttore del Servizio dipendenze patologiche dell'Asur-Area Vasta n. 3 di Civitanova Marche e referente tecnico per l'Alcolologia della Regione Marche nella Sottocommissione Alcol della Conferenza Stato-Regioni.