



Cartella clinica orientata per problemi: strumento per superare possibili conflitti tra diritto alla salute e diritto alla riservatezza?

Cristiano Cortucci*, Marco Valsecchi*

LA CARTELLA CLINICA È DA INTENDERSI COME L'INSIEME DI VARI ATTI E DOCUMENTI,

redatti da vari professionisti sanitari ed unitariamente raccolti in quanto riferentisi ad un dato soggetto¹.

Questo documento riveste fondamentale importanza nella tutela della salute della persona. Essa infatti rappresenta una garanzia di congruità diagnostica e terapeutica ed è strumento essenziale nel trattamento assistenziale, di cui qualsiasi professionista sanitario si avvale e dal quale non può ragionevolmente prescindere, soprattutto oggi nell'ottica del lavoro di équipe: si determina la necessità di inte-

grazione delle risposte di diverse figure professionali, le quali producono documentazione del proprio lavoro, da raccogliere congiuntamente mirando all'unificazione dei vari contributi^{2,3,4,5,6}.

Oltre al precipuo ruolo clinico, la cartella riveste anche funzione medico-legale, amministrativa, epidemiologica e di ricerca storica sanitaria.

Nonostante il rilievo documentale che assume, essa è quasi ignorata dalla legislazione nazionale; esistono infatti poche fonti normative, che sono, oltretutto piuttosto generiche⁷.

* Cattedra di medicina Legale, Università di Ancona.

1. Rodriguez D., *La cartella clinica ospedaliera riflessioni medico-legali*, Atti del convegno dell'A.N.P.O sulla responsabilità primaria, Abano Terme (PD) 14/15 Ottobre 1990, p. 3.
2. Pozzato R., *Una interessante sentenza: il valore della cartella clinica come elemento di giudizio nella istruttoria giudiziaria*, Arch. Soc. Lom. Med. Leg. Ass., 1, 257, 1965.
3. Rodriguez D., "La "proprietà" dei dati clinici da parte del paziente", in Bucci O., *La cartella clinica, profili strumentali, giuridici ed archivistici*, Maggioli Editore, Rimini, 1999, p. 206.
4. Bargagna M., *Aspetti medico-legali della documentazione sanitaria ospedaliera*. Giornata di studio sui problemi connessi alla gestione della documentazione sanitaria ospedaliera. Pisa, 20 maggio 1988, Atti del Convegno, p. 95.
5. Tagliabracci A., *Trattamento dei dati inerenti alla salute e privacy*, Riv. It. Med. Leg., 19, 1096, 1999.
6. Magliona B., Iorio M., *La regolare compilazione della cartella clinica ospedaliera*, Minerva Medico Legale 23, 114, 1994.
7. Barilà E., Caputo C., *Esattezza, pertinenza e termini di conservazione dei dati personali contenuti nelle cartelle cliniche, dopo la legge sulla privacy*, Riv. It. Med. Leg., 22, 323, 2000.

Un solo riferimento normativo, il D.M. 5 agosto 1977 (art. 24) definisce in dettaglio il contenuto minimo della cartella clinica, peraltro solo nell'ambito delle cliniche private. Prescrizioni del tutto sovrapponibili a quelle del D.M. 5 agosto 1977 sono state riportate nel D.P.C.M. 27 giugno 1986, contenente "atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle Regioni in materia di requisiti delle case di cura private" (art. 35).

Un documento dettagliato che riguarda tutte le strutture sanitarie, sia pubbliche che private, è il D.M. 28 dicembre 1991, il quale istituisce la scheda di dimissione ospedaliera, che riporta una serie di informazioni e che, come affermato nel medesimo decreto, entra "a far parte della cartella clinica e della quale acquisisce la medesima valenza medico-legale".

Non è individuabile, nei riferimenti normativi citati, né tantomeno in quelli sopra non riportati, alcuna esplicita raccomandazione in fatto di modalità compilativa. Il legislatore italiano non è, quindi, intervenuto in alcun modo nella definizione di una direzione interpretativa della cartella e nel fissare una corrispondente modalità di compilazione: per quanto riguarda il servizio sanitario pubblico, non ha posto indicazioni e, per quanto attiene il privato, si è limitato ad individuare un contenuto di dati minimo che la cartella clinica deve contenere.

Vi è pertanto libertà di scegliere anche la tecnica di redazione della cartella clinica che si ritiene confacente; è così

possibile, in particolare, optare o per la cartella di tipo sistematico o per quella orientata per problemi.

In Italia, vari provvedimenti normativi (D.L. 30 dicembre 1992 n. 502, D.L. 7 dicembre 1993 n. 517, D.P.C.M. 19 maggio 1995, D.P.R. 14 gennaio 1997, Legge delega 30 novembre 1998 n. 419, D.L. giugno 1999 n. 229), hanno introdotto in sanità, il concetto di qualità, intesa come il raggiungimento del più elevato livello di salute in relazione alle aspettative dell'utenza e alle esigenze economiche^{8,9,10,11}. Alla qualità è stata assegnata una dimensione regionale, in quanto sono le Regioni che presiedono alla sua introduzione attraverso gli istituti dell'autorizzazione e dell'accreditamento¹². Le diverse Regioni elaborano una serie di requisiti, la cui soddisfazione permette, in regime di autorizzazione, la realizzazione della struttura e l'esercizio delle prestazioni, mentre nell'ambito dell'accreditamento, il conseguimento dei requisiti richiesti conferisce la possibilità di operare, previo accordo contrattuale con la Regione, nel servizio sanitario nazionale.

In tema di cartella clinica solo le Regioni Lombardia, Marche, Emilia Romagna e Toscana si sono espresse. Si è proceduto ad una analisi dei requisiti elaborati dalle Regioni sopracitate, dalla quale si evince, una propensione ad indirizzare le strutture sanitarie verso una modalità compilativa di cartella del tipo orientato per problemi. Questo orientamento risulta più evidente nel "Manuale di autorizzazione e

8. Donabedian A., *L'ABC della Quality Assurance e del monitoraggio dell'assistenza*, QA, 7, 3, 1989.

9. Donabedian A., *The quality of medical care*, Science, 200, 856, 1978.

10. Donabedian A., *Criteri e standard*, Salute e Territorio, 43, 35, 1985.

11. Di Stanislao F., Liva C., *Accreditamento dei servizi sanitari in Italia*, Centro scientifico editore, Torino, 1998, p. 1.

12. Catalano N., Pasquarella A., *L'accreditamento*, sito internet www.Assr.it, 2000.

di accreditamento” della Regione Marche e nel “Manuale della cartella clinica” della Regione Lombardia.

La cartella clinica orientata per problemi (CCOP) nasce sul finire degli anni sessanta del secolo scorso grazie al dr. L. Weed, il quale ritenne di introdurre una registrazione delle informazioni che fosse efficace e maggiormente rispondente ad esigenze di rigore scientifico¹³.

Tale cartella risulta composta di 4 parti: dati di base, lista dei problemi, piano diagnostico e terapeutico iniziale, diario clinico impostato secondo il metodo soggettivo, oggettivo, valutativo e di piano.

La CCOP prevede una decisa evidenziazione dei problemi del paziente, ed in particolare del problema principale che costituisce il motivo del ricovero: da questa iniziale definizione, l'operatore sanitario procede delineando una condotta in conformità con i problemi individuati. Weed raccomandava che le note di tutti i professionisti della salute dovessero rientrare nello “stile dell'orientamento per problemi”¹⁴.

Weed, affermando la necessità di procedere ad un nuovo approccio alla cartella clinica, non dimenticava di precisare che il nuovo modello di cartella doveva promuovere “*a more rational acceptance and use of paramedical personnel*” auspicando un elevato “*degree of involvement of any individual practitioner with paramedical personnel*”: in altre parole, la cartella clinica doveva divenire, nell'ottica dello studioso americano, uno strumento con il quale

raggiungere una *più razionale integrazione ed utilizzazione del personale sanitario non medico, migliorando il grado di coinvolgimento di ogni medico con gli altri professionisti della salute.*

Inoltre Weed affermava come “l'infermiere, esperto in domande e tecniche di intervista, e con analizzatori multicanale, tests di funzionalità polmonare, strumenti elettronici per lo studio di tutti i sistemi (particolarmente il sistema cardiovascolare) e semplici procedure per valutare il sistema muscolo scheletrico, possa creare rapidamente e accuratamente un insieme di dati”¹⁵.

La cartella orientata per problemi è valida dal punto di vista clinico, didattico, medico legale, amministrativo, ma anche sotto il profilo della filosofia della scienza, in quanto esempio popperiano¹⁶ di ragionamento, come strumento di conoscenza in continua contaminazione con i dati che vengono progressivamente esperiti.

Un aspetto poco esplorato della CCOP è quello della sua potenzialità di garantire una maggiore tutela della riservatezza della persona cui si riferisce: questo, è chiaro, non è dovuto alle sue migliori possibilità di conservazione e archiviazione, ma alla sua propensione ad una ricerca mirata del dato, evitando di indagare ambiti superflui non funzionali alla specifica definizione clinica.

La gestione della riservatezza dei dati del paziente assume, senza dubbio, aspetti particolarmente problematici nella cartella clinica, poiché su di essa

13. Pini M., Alinovi A., *La cartella clinica orientata per problemi*, Piccin, Padova, 1983, p3.

14. Huffman E., *Medical Record Management*, Physician R.C., Berwin, Illinois 1981, p 64.

15. Weed L.L., *Medical Records that Guide and Teach*. New England Journal of Medicine, 278, 593, 1968.

16. Scandellari C., “*La cartella clinica nell'ottica del medico*”, in Bucci O., *La cartella clinica, profili strumentali, giuridici ed archivistici*, Maggioli Editore, 1999, p. 48.

convergono interessi costituzionalmente garantiti, quello della tutela della riservatezza appunto, e quello della salute, i quali possono trovare occasione di conflitto a seconda che si assegni prevalenza all'uno o all'altro.

Alcuni Autori^{17,3} hanno convenuto nell'affermare che nulla obbliga il professionista a scrivere in cartella clinica notizie anamnestiche del tutto indifferenti dal punto di vista sanitario; sarebbe quindi possibile o, addirittura auspicabile, omettere l'indicazione in cartella clinica di una notizia specificamente riservata indifferente dal punto di vista sanitario. Uno degli Autori aggiunge che queste considerazioni non possono essere estese a notizie di rilievo sanitario, ancorché di carattere evidentemente riservato: questo in virtù della superiorità di cui goderebbe l'interesse alla tutela della salute rispetto a quello della riservatezza. Non sarebbe per l'Autore opportuno sottrarre alla conoscenza di un collega un dato che può risultare clinicamente significativo³.

Si può intuire, da quanto fin qui detto, come possa divenire difficile la convivenza, in relazione alla cartella clinica, dei due beni, la riservatezza e la salute. La ricerca di una cartella clinica che sia in grado di tutelare la riservatezza è esigenza che si è delineata con forza a seguito della promulgazione della legge 31 dicembre 1996, n. 675: tale legge disciplina la "tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento di dati personali", laddove per trattamento è da intendere non solo la comunicazione e la diffusione dei dati, ma anche la loro gestione in tutti i possibili aspetti quali, la raccolta, la regi-

strazione, l'organizzazione, la conservazione, l'elaborazione, la modificazione, la selezione, l'estrazione, il raffronto, l'utilizzo, l'interconnessione, il blocco, la comunicazione, la diffusione, la cancellazione e la distruzione dei dati.

L'art 9 ha stabilito i principi fondamentali del trattamento dei dati personali; si citano quelli che interessano la nostra discussione: "b) i dati devono essere raccolti per scopi determinati espliciti e legittimi"; "d) i dati devono essere pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti o successivamente trattati".

L'ambito di cui ci si occupa, la cartella clinica, presenta una finalità evidente, la tutela della salute del cittadino, che essendo costituzionalmente garantita (art. 32), è sicuramente legittima; quindi non ci sono possibili fraintendimenti sul rispetto del primo principio (principio b) riportato in ordine all'art. 9 della legge 675.

Problemi invece nascono nell'interpretazione del secondo principio (principio d) e dal rapporto conflittuale che sorge con il primo: infatti, mentre è pacifico riconoscere, nella raccolta dei dati in cartella, l'esigenza di tutela della salute, processo che vede nella cartella uno strumento fondamentale, si ravvisa una possibile difficoltà di convivenza con la necessità di garantire appieno la tutela della riservatezza, la quale è affermata dall'esigenza di pertinenza e di non eccedenza dei dati rispetto alla finalità riconosciuta della tutela della salute.

È inoltre possibile notare la potenziale contraddizione esistente all'interno dello stesso principio, quando si afferma la pertinenza, la non eccedenza e,

17. Soprana C., *Sul valore tecnico, amministrativo, medico-legale e medico assicurativo della cartella clinica*. L'arcispedale S. Anna di Ferrara, 16, 505-524, 1963.

al tempo stesso, la completezza dei dati. Può un dato essere pertinente, non eccessivo e, contemporaneamente, completo? La risposta è affermativa, in quanto la completezza deve essere concepita come piena e totale aderenza del dato alla realtà clinica: in questo senso è completo quel dato che non manca di riportare elementi fondamentali della situazione clinica, fornendo la possibilità di operare per la tutela della salute.

In altri termini, il carattere di completezza del dato è condizione vincolante, ma non va intesa come onnicomprensiva, bensì come integrante i caratteri della pertinenza e della non eccessività. Per quanto riguarda le cartelle cliniche, i principi di pertinenza ed essenzialità comportano che il trattamento deve riguardare solo le informazioni coerenti con le finalità razionalmente perseguite dal titolare, nell'interesse di salute del paziente e, quindi, dovranno esservi inserite solo le informazioni rilevanti ai fini della tutela della salute, nonché quelle necessarie per la gestione amministrativa del paziente. Ciò configurerebbe l'obbligo per l'operatore sanitario di operare una adeguata selezione dei dati da riportare in cartella, limitandosi a quelli di effettivo interesse per la tutela della salute del paziente⁷.

In materia di completezza Weed pare porre l'accento solo sull'importanza del contenuto minimo essenziale iniziale. Egli osserva, in particolare, che **"in the field of medicine it has never been clearly determined the minimum, effective initial data base to be"**, cioè, traducendo letteralmente, **in medicina non è mai stato chiaramente determinato quale dovesse essere il contenuto di dati essenziale e significativo**. Sempre secondo Weed, questa carenza porta alla redazione di cartelle cliniche che

rientrano in un ampio spettro che va dalla "elaborazione compulsiva alla compilazione raffazzonata, abbozzata, fatta a caso".

Così lo studioso statunitense sottolinea il rilievo nella cartella di una modalità di raccolta dei dati **iniziali** "che dovrebbe essere fatta nella maniera più significativa e **completa** possibile"¹⁵.

Tuttavia, anche nel contesto di questa completezza iniziale, lo stesso Autore individua alcuni limiti nella raccolta dei dati; egli dice come **"the only limitations should be the discomfort, danger and expense to the patient"**: questa frase rappresenta il primo riferimento ad una autolimitazione nella raccolta dei dati, precisando come la ricerca dei dati debba essere limitata unicamente dal disagio, fastidio, disturbo, dal pericolo per la salute e dalla spesa per il paziente¹⁵.

È facile intuire che i concetti di disagio, disturbo e fastidio si legano alla dignità e alla riservatezza del paziente. Weed parlava nel 1968 di principi e concetti che in Italia sono presi in considerazione in modo attento solo dall'applicazione della legge 675 del 1996; tuttavia Weed, pur intuendo che la raccolta dei dati non potesse essere infinita e svincolata dall'interesse di salute nonché dal rispetto del paziente, non fornì elementi concreti per indirizzare in modo efficace ma essenziale, l'anamnesi, l'esame obiettivo, la ricerca laboratoristica e strumentale.

Come è stato detto in precedenza, potrebbe sorgere il conflitto tra la necessità di tutelare la riservatezza del paziente e, al tempo stesso, la sua salute: questa situazione di stallo trova nell'adozione della CCOP una possibile soluzione.

La CCOP, infatti, grazie alla sua filosofia ispiratrice, ha, quale elemento

peculiare, l'impostazione di un percorso diagnostico e terapeutico mirato ai problemi individuati. Il dato acquisito in questa maniera trova facile collocazione con il rispettivo problema e, quindi, si delinea facilmente il suo carattere di pertinenza e di non eccessività; qualora si acquisisse un dato non relativo ad un problema, si renderebbe evidente la sua ridondanza venendo a mancare un luogo della cartella ove collocarlo.

La CCOP è il tipo di cartella che meglio si presta ad una valutazione di pertinenza del dato; essa viene fornita dalla considerazione del valore che l'informazione acquisisce, in funzione dell'apporto che fornisce all'**inquadramento clinico**: questo è dovuto alla migliore definizione nella CCOP dei problemi e quindi delle reali esigenze a cui il professionista sanitario deve far fronte. Una buona interpretazione della CCOP consente di operare una selezione alla "fonte", perché permette di ricercare solo quelle informazioni o reperti utili alla migliore definizione del problema: l'indagine, quindi, deve essere posta in relazione alle domande che i problemi del paziente sollevano. Qualora si giunga ad una raccolta non preventivata, ma frutto delle inevitabili "derivate" che l'anamnesi e l'esame obiettivo possono avere, la registrazione di tali dati deve essere valutata sulla base della loro effettiva capacità di aggiungere elementi significativi in relazione alla definizione diagnostica e terapeutica dei problemi.

A precisazione del concetto di **inquadramento clinico**, sopra adottato, si indica che questa locuzione ha un ambito di interesse non strettamente sanitario, essendovi comprese pienamente anche le informazioni di natura sociale. Lo stesso Weed affermava che, fra i problemi, dovessero essere inseriti

anche quelli attinenti alle dinamiche relazionali del paziente, qualora essi fossero responsabili o espressioni dello stato di malattia o comunque di ostacolo al suo benessere. In altri termini, si individua la necessità di registrare anche dati non "a prima vista" sanitari ma al tempo stesso funzionali alla migliore assistenza al paziente, finalizzata al pieno benessere psicofisico e sociale.

In definitiva è il professionista sanitario, sulla base della propria valutazione, a definire gli ambiti di ricerca dei dati e il grado di estensione degli stessi, tenendo sempre presente la finalità ultima della tutela della salute. È chiaro, quindi, che informazioni o reperti obiettivi venuti alla luce nel corso dell'indagine, potrebbero, in una cartella con tale impostazione, non essere registrati perché non necessari o superflui. Come precisato inizialmente, queste osservazioni valgono per la cartella clinica intesa in tutte le sue accezioni, chiunque sia il professionista che la redige. In particolare sono valide per la cartella infermieristica: tale documento infatti deve essere, specificamente mirato al reale bisogno del paziente, evitando quindi la ricerca e la registrazione di dati che esulino dalle effettive problematiche dell'assistenza.

È interessante osservare come il problema della pertinenza dei dati raccolti sia, in ambito infermieristico, molto avvertito, tanto da essere inserito in un articolo, il 4.6, del codice deontologico dell'infermiere del 1999: **"L'infermiere assicura e tutela la riservatezza delle informazioni relative alla persona. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio dei dati, si limita a ciò che è pertinente all'assistenza"**. Tale esigenza di aderenza, in termini di registrazione, ai problemi del paziente, deve entrare a far parte delle finalità della stessa car-

tella infermieristica: essa, infatti, rappresenta uno strumento volto a documentare la pianificazione assistenziale, cioè procedere, attraverso una raccolta dei dati corretta e completa, alla identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica e alla definizione dei problemi presenti, promuovendo gli interventi necessari.

Si ravvisa, nella modalità di redazione di una cartella del tipo orientato per problemi, la possibilità, proprio per le sue caratteristiche, di fornire maggiori garanzie nel raggiungimento degli obiettivi che la cartella infermieristica persegue.

Sono state individuati altri modelli di documentazione infermieristica (note narrative progressive, **sistema *problem-intervention-evaluation***, formato ***focus charting***, registrazioni per eccezioni) utilizzati dagli infermieri nordamericani¹⁸: si ritiene, tuttavia, che il modello orientato per problemi permetta, nonostante i limiti da alcuni

sollevati, una migliore accettazione e rispondenza alla sfida dell'integrazione delle esigenze di salute e di riservatezza dell'utente¹⁹.

Si ritiene quindi, con la cartella del tipo orientato per problemi, di fornire uno strumento di riconoscimento dei fattori estranei all'orizzonte di cura, che forniscono dati di scarso o nessun rilievo per la tematica determinante l'assistenza, dati comunque appresi dal sanitario, i quali non meriterebbero memorizzazione²⁰.

L'esigenza del professionista di tutelare la salute del paziente, unitamente alla emergente consapevolezza di garantire la riservatezza dei dati è condizione che vede nella adozione di una cartella orientata per problemi una soluzione possibile, in grado, in virtù delle sue intrinseche caratteristiche, di fornire elementi utili a selezionare il dato sanitario **completo, non eccedente, pertinente**, e al tempo stesso, **imprescindibile** per la salute del paziente.

18. Egglund E.T., Heinemann D.S., *Nursing documentation. Charting, Recording and Reporting*, J.B. Lippincott Co., Philadelphia, 1994.

19. Casati M., *La documentazione infermieristica*, McGraw-Hill, Milano, 1999, p. 135.

20. Negrini G., *Pertinenza dei dati in documenti sanitari*, OdV, 2, 2002, sito internet <http://www.odv.bo.it/202-2/saggio-01.php>