

Università degli Studi di Padova
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Corso di Laurea in Infermieristica

Tesi di Laurea

**GUIDA ALLA CORRETTA COMPILAZIONE DELLA
CARTELLA INFERMIERISTICA PER ASSICURARE
L' EFFICACE PIANIFICAZIONE DEL PROCESSO
DI ASSISTENZA E LA TUTELA LEGALE
DELL' INFERMIERE**

Relatore: Prof. Lorenzo Tognon Laureando: Marta Magnabosco

Anno accademico 2014/2015

INDICE

ABSTRACT

INTRODUZIONE	Pag. 1
DEFINIZIONE DEL PROBLEMA	Pag. 2
SCOPO DELLO STUDIO	Pag. 3
MATERIALI E METODI.....	Pag. 4
CAPITOLO 1:DEFINIZIONE DI DOCUMENTAZIONE SANITARI ...	Pag. 5
1.1. Cartella Clinica.....	Pag. 5
1.2. Cartella Infermieristica.....	Pag. 5
CAPITOLO 2: DOCUMENTI DELLA CARTELLA	
INFERMIERISTICA	Pag. 6
2.1. Anamnesi infermieristica	Pag. 6
2.2. Scheda della terapia	Pag. 7
2.3. Scheda dei parametri vitali.....	Pag. 7
2.4. Scale di valutazione	Pag. 7
2.5. Diario Infermieristico.....	Pag. 7
CAPITOLO 3: EVOLUZIONE DELL' INFERMIERE E	
DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA IN ITALIA	Pag. 8
3.1. Evoluzione del profilo giuridico dell' infermiere in relazione allo sviluppo	
della sua figura professionale	Pag. 8
<i>3.1.1 Evoluzione professionale dell' infermiere.....</i>	<i>Pag. 8</i>
<i>3.1.2 Evoluzione giuridica dell' infermiere</i>	<i>pag. 9</i>
3.2. Evoluzione della rilevanza giuridica della documentazione infermieristica	
in relazione all' evoluzione giuridica dell' infermiere.....	Pag. 10
3.3. Norme che regolano quali informazioni registrare in Cartella Infermieristica....	
.....	Pag. 10
CAPITOLO 4: PUNTI CARDINE PER LA COMPILAZIONE DELLA	
DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA DOPO LA LEGGE 42 DEL 1999 E	
LA LEGGE 251 DEL 2000.....	Pag. 12
4.1. Codice Penale	Pag. 13

<i>4.1.1. Requisiti della cartella infermieristica</i>	Pag. 13
<i>4.1.2. I principali reati a cui l'infermiere può andare incontro per la mancata o scorretta compilazione della documentazione</i>	Pag. 13
4.2. Codice Deontologico 2009	Pag. 15
<i>4.2.1. Definizioni di Codice Deontologico</i>	Pag. 15
<i>4.2.2. Codice Deontologico per la professione infermieristica</i>	Pag. 16
<i>4.2.3. Il Codice Deontologico in relazione alla documentazione infermieristica</i> ...	Pag. 16
4.4.3. DM 739/1994	Pag. 17
CAPITOLO 5: COME DOCUMENTARE IN CARTELLA INFERMIERISTICA...	Pag. 18
5.1. Modalità e contenuti	Pag. 18
5.2. In particolare nel diario infermieristico cosa deve essere registrato?	Pag. 19
5.3. Principali contestazioni riguardo la compilazione della Cartella Infermieristica e come si possono evitare	Pag. 21
CAPITOLO 6: CONOSCENZE DEGLI INFERMIERI SULLA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA	Pag. 23
6.1. Analisi delle cartelle infermieristiche dell' Azienda Ospedaliera del Policlinico di Modena	Pag. 23
6.2. Indagine conoscitiva all' ULSS di Feltre sulle conoscenze degli infermieri riguardo la compilazione della Cartella Infermieristica	Pag. 23
CONCLUSIONE	Pag. 25
BIBLIOGRAFIA	

ABSTRACT

La compilazione della documentazione infermieristica è un dovere dell' infermiere, sia nei confronti dell' assistito, per garantirne la sicurezza e la continuità assistenziale, sia nei confronti dell' infermiere stesso, per la sua sicurezza e tutela legale.

Questo studio definisce cosa sia una Cartella Infermieristica, quali sono gli elementi che la compongono, non dimenticando il contesto di riferimento in cui questa viene utilizzata.

Analizza le fasi dello sviluppo della professione infermieristica in Italia, portato dalle leggi 42/1999 e 251/2000, le quali hanno delineato il nuovo Professionista Infermiere.

L' infermiere assume un nuovo profilo giuridico, e con esso anche la documentazione infermieristica subisce una profonda mutazione: a livello assistenziale diventa strumento di pianificazione dell' assistenza; a livello giuridico diventa atto pubblico.

Constatando la carenza di norme giuridiche che regolano, in maniera precisa, i requisiti e le modalità della documentazione infermieristica nel contesto sanitario italiano, lo studio individua dei punti di riferimento per la compilazione della documentazione, che guidino l' infermiere in questo compito: il Codice Penale, il Codice Deontologico, il Profilo Professionale dell' infermiere e la formazione.

Questi punti rispecchiano la responsabilità dell' infermiere nella compilazione della documentazione, infatti egli nello svolgere questo compito assume rilevanza nell' ambito penale, etico e professionale.

A partire dal Profilo Professionale, dal Codice Deontologico e dal Codice Penale si possono delineare quali siano le modalità e i contenuti della Cartella Infermieristica.

Nonostante ciò questa non può essere standardizzata, ma in ogni realtà si dovrà creare un modello adatto.

Quindi è importante sensibilizzare i professionisti infermieri rispetto a questa tematica, a partire dalla formazione.

INTRODUZIONE

L' interesse verso l' argomento sviluppato nella mia tesi è nato durante le lezioni di medicina legale. L'insegnante ha spiegato la rilevanza che hanno assunto l' infermiere e la documentazione infermieristica a livello giuridico e i risvolti penali a cui il professionista infermiere si espone assumendosi una responsabilità, oltre che professionale ed etica, anche giuridica, circa la compilazione della documentazione infermieristica.

Mi sono dunque posta questo quesito: esistono norme giuridiche che regolano in maniera precisa la documentazione, essendo questa un atto pubblico oltre che uno strumento di pianificazione dell' assistenza? Esistono delle precise modalità di compilazione?

Ho pensato di sviluppare una tesi bibliografica per ricercare l' esistenza di norme giuridiche rispetto la compilazione della documentazione infermieristica, nel contesto sanitario italiano.

Constatando la carente copertura normativa in quest' ambito, ho delineato quali sono i punti cardine che guidano l' infermiere nella compilazione della documentazione.

Durante il tirocinio quando proponevo questo argomento agli infermieri si dimostravano molto interessati, evidentemente quello della documentazione infermieristica è un ambito della professione ancora problematico.

E' cresciuto quindi sempre di più il mio interesse nei confronti di questa tematica.

DEFINIZIONE DEL PROBLEMA

Nel contesto sanitario italiano non esistono norme giuridiche che delineano in modo preciso le informazioni che vanno registrate in Cartella Infermieristica. L' infermiere però con l' evoluzione della sua figura giuridica ha acquisito sempre maggior responsabilità rispetto a questa competenza. Questa non è più un' attività facoltativa ma bensì è un obbligo professionale dell' infermiere, il quale è incaricato di pubblico servizio e pubblico ufficiale nello svolgimento di questa attività. L' infermiere può quindi dover rispondere davanti ad un tribunale di quanto registrato in cartella, pur non essendoci una vera e propria normativa inerente i dati assistenziali da riportarvi.

La giurisprudenza amministrativa ha precisato che il contenuto della cartella deve ricavarsi dall' attività infermieristica così come oggi la intende il quadro normativo, dopo le modifiche apportate dalle leggi 42/1999 e 251/2000.

La tesi vuole rispondere a questo quesito: cosa e come l' infermiere deve registrare in cartella infermieristica, in quanto strumento di pianificazione dell' assistenza e in quanto atto pubblico? Se non ci sono norme giuridiche che regolano la compilazione della cartella infermieristica, quali sono i punti cardine che delineano le responsabilità dell' infermiere rispetto a questa competenza?

SCOPO DELLO STUDIO

In base all'assenza di norme giuridiche che regolano in maniera precisa la documentazione infermieristica , la tesi ha lo scopo di:

- fornire all' infermiere una idea più chiara di ciò che la cartella, in quanto strumento per pianificare l' assistenza e in quanto atto pubblico, deve contenere ;
- spiegare come devono essere registrati i dati e le informazioni;
- dare all'infermiere le conoscenze per un adeguata compilazione della Cartella Infermieristica, individuando i punti cardine che delimitano le sue competenze in quanto professionista che agisce in modo autonomo e responsabile nel campo proprio di attività;
- sensibilizzare i professionisti infermieri al tema della documentazione infermieristica per la maggior sicurezza del paziente e la tutela legale dell' infermiere.

MATERIALI E METODI

Per sviluppare questa tesi ho utilizzato protocolli e linee guida di aziende sanitarie, linee guida IPASVI, articoli dell' IPASVI, Codice Penale, Profilo Professionale dell' infermiere, Codice Deontologico dell' infermiere, legge 42/1999, legge 251/2000, gazzetta ufficiale del ministero della salute, tesi di laurea in scienze infermieristiche, convegni, articoli CEREF (centro ricerca e formazione).

CAPITOLO 1: DEFINIZIONE DI DOCUMENTAZIONE SANITARIA

1.1. Cartella Clinica

La Cartella Clinica è una raccolta organica di documenti sanitari nei quali sono registrate informazioni anagrafiche, sanitarie, sociali e ambientali di un dato paziente, contiene tutto il suo percorso diagnostico terapeutico di un unico episodio di ricovero dall' ingresso alla dimissione.

La Cartella Clinica è sempre stata considerata di pertinenza medica, in quanto riguardava prevalentemente gli interventi di competenza medica. Oggi invece viene considerata di utilizzo multi-professionale, in quanto molti professionisti collaborano in modo autonomo all' assistenza della persona, vengono perciò documentati all' interno di essa gli interventi messi in atto da ciascuna figura. Si può parlare di cartella clinica integrata, nella quale rientra la documentazione infermieristica. (Collegio IPASVI, 2009)

1.2. Cartella Infermieristica

La Cartella Infermieristica dunque entra a far parte della Cartella Clinica, essa è la rappresentazione in forma scritta degli atti compiuti dagli infermieri in relazione ad una determinata persona, dei rilievi effettuati sulla stessa, delle informazioni raccolte, dei dati di carattere progettuale inerenti la pianificazione dell' intervento assistenziale.

Secondo la definizione del centro Evidence Based Nursing (EBN) è lo strumento per rendere visibile, misurabile, osservabile il processo di assistenza infermieristica.

Permette di personalizzare l' assistenza e pianificarla, integrare l'equipe e promuovere la continuità assistenziale.

È attraverso la Cartella Infermieristica che il professionista Infermiere identifica e valuta il bisogno di assistenza dell'utente, questo gli consente di formulare una diagnosi infermieristica. L' autonomia professionale, ha reso di fondamentale importanza la Cartella Infermieristica. Attraverso l'identificazione dei problemi assistenziali della persona, essa permette la programmazione di un percorso di assistenza mirato; l'utilizzo di tale strumento consente la consapevolizzazione del ragionamento diagnostico, attraverso il quale l' infermiere opera le opportune scelte assistenziali. Allo stesso tempo è la normativa a sancire per gli Infermieri l'obbligo di compilare la documentazione relativa all'assistenza prestata.(CasatiM.Ed.,2009)

CAPITOLO 2: DOCUMENTI DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

La documentazione infermieristica è composta dalla raccolta dei dati anamnestici, dalle diagnosi infermieristiche, dalla pianificazione degli interventi, dal diario infermieristico, dalle schede della terapia, le schede dei parametri vitali, le schede degli esami diagnostici, la valutazione dell'assistenza prestata all'utente.

Non esiste però un modello unico di Cartella Infermieristica, ma ogni equipe dovrà progettarne una adatta al contesto specifico. (Collegio IPASVI, 2009)

Documenti che compongono la cartella infermieristica:

2.1. Anamnesi infermieristica

Dati anagrafici

Diagnosi/motivo del ricovero

Patologie concomitanti/ croniche

Anamnesi farmacologica

Tipologia del ricovero

Data ingresso e dimissione

Valutazione del paziente all'ingresso e alla dimissione con apposite scale di valutazione

2.2. Scheda della terapia

Parte della cartella infermieristica nella quale vengono scritte le prescrizioni mediche relative ai farmaci da somministrare. Serve per la gestione della somministrazione.

La costituzione grafica pur restando estremamente variabile a seconda dell'unità operativa dove viene utilizzata, deve contenere:

- Nome del paziente
- Specialità farmaceutica
- Dosaggio e via di somministrazione
- Orario e via di somministrazione
- Prescrizione e firma del medico
- Somministrazione e firma dell'infermiere
- Data di inizio e sospensione della terapia

- Allergie
- Farmaci al bisogno

2.3. Scheda dei parametri vitali

Scheda nella quale vengono riportati i parametri vitali del paziente, la rilevazione può essere svolta per periodi definiti su prescrizione medica, o può aver luogo per tutta la durata del ricovero, oppure possono essere rilevati dall' infermiere qualora lo ritenga necessario.

La griglia di rilevazione deve contenere:

- Data e ora
- Frequenza con cui sono effettuate le rilevazioni
- Sigla di chi esegue la rilevazione

2.4. Scale di valutazione

Sono strumenti per individuare in modo oggettivo, preciso i bisogni del paziente ai quali far fronte. L' analisi delle condizioni del paziente attraverso indici precisi e definiti permette di intervenire utilizzando procedure predefinite da un protocollo; inoltre la rivalutazione fatta più volte durante la degenza da un' idea all' infermiere sull' andamento delle condizioni di salute del paziente.

2.5. Diario Infermieristico

La scheda o diaria infermieristica, facente parte della cartella infermieristica, è il documento nel quale l' infermiere registra, durante il proprio turno di lavoro, i dati rispetto a variazioni dello stato di salute del paziente, e i relativi interventi assistenziali messi in atto direttamente dall' infermiere o su prescrizione medica.

Cosa deve contenere il diario infermieristico:

- Cognome e nome del paziente
- Numero del foglio
- Data
- Indicazioni sul turno di servizio
- Rilievi e osservazioni
- Firma dell' infermiere

CAPITOLO 3: EVOLUZIONE DELL' INFERMIERE E DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA IN ITALIA

3.1. Evoluzione del profilo giuridico dell' infermiere in relazione allo sviluppo della sua figura professionale

3.1.1. L'evoluzione professionale dell'infermiere

La figura dell' infermiere in Italia, nel corso della storia, ha fatto notevoli passi in avanti. Prima del 1999 l' infermiere secondo l' articolo 99 del “testo unico delle professioni sanitarie”, pubblicato nel 1934, rientrava nelle professioni ausiliarie, ovvero, non godeva di autonomia, ma agiva secondo il Mansionario, istituito nel 1974 con il DPR 225, il quale consisteva in un elenco di compiti, di cui aveva competenza l' infermiere, e oltre i quali non poteva spingersi.

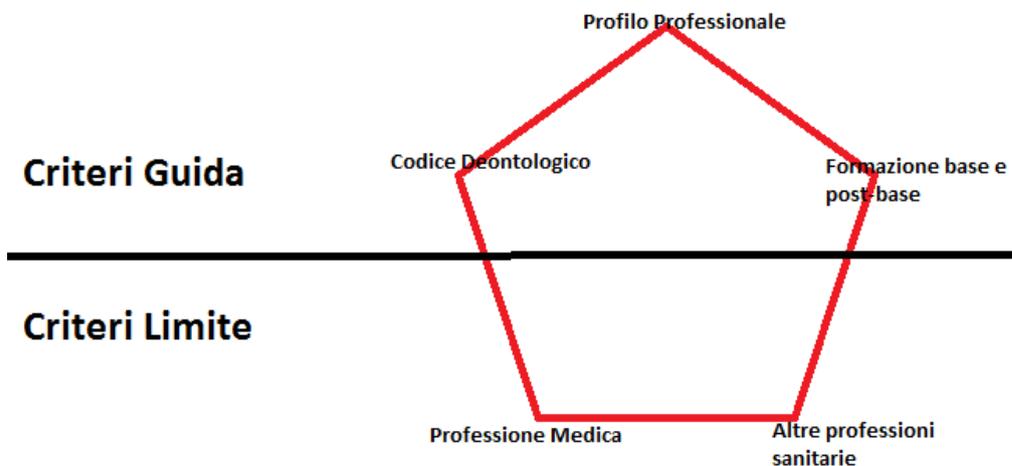
La legge 42 del 1999 porta tre importanti cambiamenti per lo sviluppo della professione:

- viene tolto l' aggettivo “ausiliario”
- viene abolito il Mansionario
- viene definito un “campo proprio di attività” dell' infermiere. (Papi L. Ed., 2009)

L' infermiere oggi esercita la sua attività in autonomia professionale (legge 251 del 2000) agendo secondo il suo Codice Deontologico, il suo Profilo Professionale (istituito con il decreto ministeriale 739 del 1994) e l' ordinamento didattico del suo corso di laurea, fatte salve le competenze di ognuno, nel rispetto reciproco e nella massima collaborazione. (Legge 42/1999)

Nel vuoto di competenze che avrebbe lasciato il solo Profilo Professionale si specifica quindi un pentagono che delimita l'ambiente di competenze dell' infermiere:

- Tre criteri guida → Profilo Professionale, Codice Deontologico, formazione base e post-base
- Due criteri limite → professione del medico e delle altre professioni.



3.1.2. L'evoluzione giuridica dell'infermiere

L'infermiere in passato era considerato, dall'ex articolo 358 del Codice Penale, incaricato di pubblico servizio; con il pieno riconoscimento della professione infermieristica come professione sanitaria, tutti i professionisti sanitari, secondo una moderna lettura dell'articolo 357, 358 del Codice Penale, sono sia pubblici ufficiali sia incaricati di pubblico servizio.

Agli effetti della legge penale articolo 358 “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 questa ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale”. (Garoffoli R., 2014)

Agli effetti della legge penale articolo 357, “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”.(Garoffoli R., 2014)

Quello che connota l'una o l'altra funzione è la specifica attività realizzata in un dato momento e contesto dall'infermiere.

L' infermiere dunque quando è in servizio è incaricato di pubblico servizio, quando invece svolge alcune funzioni, procedure o prestazioni, come la compilazione di una scheda di triage, è un pubblico ufficiale.

Ciò gli conferisce maggiori responsabilità professionali a livello giuridico. (Papi L. Ed., 2009)

3.2. Evoluzione della rilevanza giuridica della documentazione infermieristica in relazione all' evoluzione giuridica dell' infermiere

Anche la documentazione infermieristica, con l' evoluzione della figura infermieristica, ha assunto sempre maggior rilevanza a livello giuridico.

Si è passati dal quaderno delle consegne alla cartella infermieristica integrata con quella medica, esplicitando così l' evoluzione del profilo giuridico dell' infermiere e del valore della documentazione infermieristica.

Prima della legge 42 del 1999, la documentazione infermieristica era considerata “atto pubblico in senso lato”, utilizzabile come mero elemento facoltativo per la ricostruzione dei fatti in un processo.

Oggi la documentazione infermieristica come quella medica è considerata, ai fini giuridici, un “atto pubblico”, fa fede fino a querela di falso, è un documento di valore legale fondamentale per la ricostruzione dei fatti.

La corretta tenuta della documentazione da parte dell' infermiere è un dovere etico, professionale e giuridico. (Collegio IPASVI, 2009) (Codice Civile art 2699)

3.3. Norme che regolano quali informazioni registrare in Cartella Infermieristica

“In mancanza di una puntuale determinazione normativa inerente i dati assistenziali e sanitari da riportarsi nella predetta, il contenuto della cartella deve ricavarsi dall' attività infermieristica, così come oggi la intende il quadro normativo, dopo le innovazioni apportate con le riforme dell' esercizio professionale operate dalle leggi 42/1999 e 251/2000” ha precisato la giurisprudenza amministrativa. Dunque in quanto la cartella infermieristica funge da strumento di organizzazione del lavoro, dovranno rientrarvi: le attività e gli interventi svolti dagli infermieri dalla presa in carico; l' attuazione del processo assistenziale; la rilevazione dei rischi e degli eventi indesiderati; la valutazione dell' assistenza (Collegio IPASVI, 2009).

Non esiste una norma che fornisca delle indicazioni precise sul cosa l' infermiere deve documentare all' interno della cartella infermieristica, sorta come insieme di appunti per ricordare e trasmettere dei messaggi ad altri sanitari, oggi riveste un notevole ruolo documentativo, anche se pecca di carenza legislativa. (Bugnoli S., 2010)

Non tutte le informazioni sono soggette a registrazione; sono le finalità istituzionali e professionali a determinare quali informazioni documentare e come documentarle .

Pur essendo il contenuto della documentazione infermieristica espressione delle funzioni indicate nel Profilo Professionale dell' infermiere (Dm 739/94), la relativa documentazione varierà in funzione dei contesti in cui l'attività infermieristica andrà ad esprimersi ed a concretizzarsi.

CAPITOLO 4: PUNTI CARDINE PER LA COMPILAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA DOPO LA LEGGE 42 DEL 1999 E LA LEGGE 251 DEL 2000

Non essendoci delle norme giuridiche che regolano in maniera precisa la compilazione della documentazione infermieristica, lo studio individua alcuni punti cardine a cui l' infermiere si affida per compilarla, che delineano la sua responsabilità nella compilazione e i requisiti della documentazione.

Questi sono gli stessi principi che regolano anche l'agire professionale dell' infermiere, dopo il cambiamento della professione infermieristica portato dalla legge 42 del 1999 e la legge 251 del 2000.

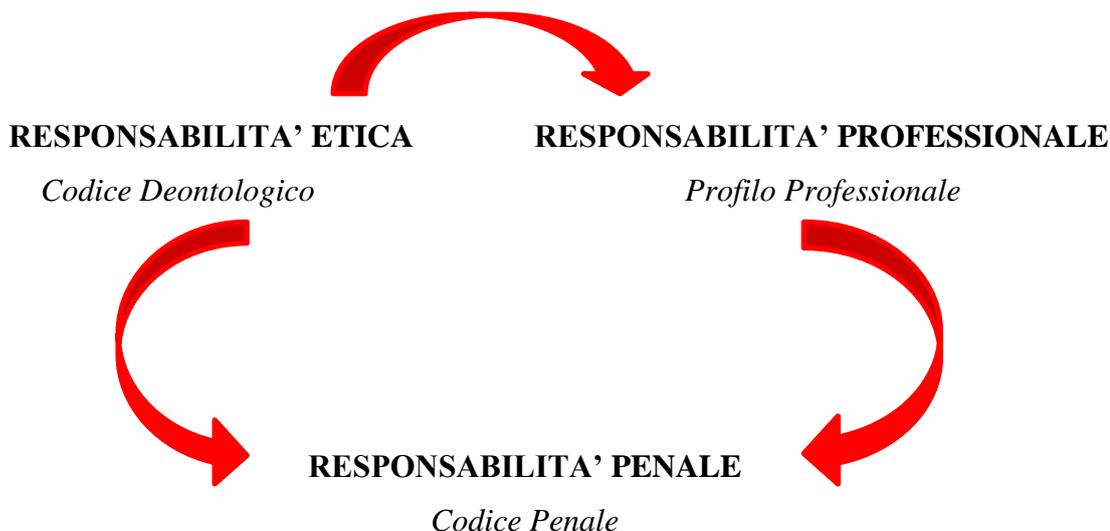
Con l' abrogazione del Mansionario e dell' aggettivo "ausiliaria" si è individuato un professionista responsabile dell' assistenza, l' infermiere oggi ha la consapevolezza che deve necessariamente confrontarsi con una visione della responsabilità professionale più ampia.

Nel definire quali siano i requisiti della documentazione infermieristica occorre muovere da una prospettiva dettata dalla responsabilità professionale: la correttezza giuridica si identifica infatti con la correttezza professionale.

Dunque quali sono i principi su cui l' infermiere basa la compilazione della documentazione infermieristica?

- il Codice Penale che stabilisce la responsabilità giuridica dell' infermiere, la sua funzione a livello giuridico e ciò che deve evitare per non incorrere in un reato;
- il Codice Deontologico che determina la responsabilità etica e deontologica che ha l' infermiere nella registrazione del processo di assistenza;
- il Profilo Professionale e la formazione che determinano invece la responsabilità professionale che ha l' operatore di registrare quanto avvenuto durante il suo turno di lavoro.

COMPILAZIONE CARTELLA INFERMIERISTICA



4.1. Codice Penale

L' infermiere ha un dovere di tipo giuridico, che è l' obbligo di rendere tracciabile la propria attività, in termini di ricostruzione del percorso assistenziale e in termini di garanzia di correttezza di azione nei confronti dell' assistito e della professione. (Bugnoli S., 2010)

La cartella infermieristica è un atto pubblico, in quanto tale deve avere alcuni requisiti.

4.1.1. Requisiti della cartella infermieristica

- Tracciabilità: possibilità di risalire a tutte le attività, agli esecutori, ai materiali e ai documenti che costituiscono le componenti del ricovero, dall' ammissione alla dimissione della persona assistita. Nella documentazione sanitaria per ogni singolo atto, devono essere identificabili il momento dell' accadimento con data e ora; gli autori con denominazione, firma leggibile (nome e cognome riconoscibili). Se viene fatto riferimento a protocolli diagnostici o terapeutici, questi devono essere richiamati e referenziati.
- Chiarezza: il testo deve essere chiaramente leggibile e comprensibile da coloro che utilizzano la cartella , quali medici e altri professionisti sanitari.
- Accuratezza: ogni struttura di ricovero deve definire con apposito regolamento procedure atte a garantire l' accuratezza dei dati prodotti e delle loro eventuali trascrizioni.
- Veridicità: tutti i dati e gli eventi vanno annotati in cartella contestualmente al loro verificarsi o nell' immediata successione degli stessi. Non sono consentite cancellazioni o

correzioni coprenti. Per errori commessi durante la stesura, si può tracciare una riga con inchiostro indelebile sulla scritta in modo che questa risulti comunque leggibile. Chi effettua le correzioni dovrebbe datarle e firmarle.

- **Pertinenza:** le informazioni riportate devono essere correlate con le esigenze informative definite sia dalle funzioni attribuite alla cartella clinica, sia dalle condizioni cliniche della persona assistita.

- **Completezza:** ogni cartella identifica in modo univoco un ricovero; viene aperta al momento dell'accettazione della persona assistita e chiusa, alla data di dimissione della stessa. Va allegato un elenco di tutti i moduli e allegati presenti. (Ferrante E. Ed., 2009)

La responsabilità penale deriva dalla commissione di un reato, ovvero di un fatto illecito al quale la legge penale associa una pena. L' infermiere se non compila in modo adeguato la documentazione può andare incontro ad alcuni reati, la carente compilazione della cartella infermieristica può determinare una presunzione di colpa a carico dell' infermiere.

Definire la Cartella Infermieristica come atto pubblico di fede privilegiata comporta una serie di conseguenze sul piano giuridico di non lieve portata.

La documentazione sanitaria acquista carattere di definitività ogni qualvolta l' infermiere appone le proprie annotazioni in riferimento. Ogni registrazione quindi ha uno specifico e autonomo valore documentale dal momento in cui viene riportata nel documento. (Collegio IPASVI, 2009)

4.1.2. I principali reati a cui l' infermiere può andare incontro per la mancata o scorretta compilazione della documentazione

- **Falso materiale:** articolo 476 del Codice Penale-Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici.

“I. 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.

II. 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”.(Garoffoli R. ,2014)Il reato di falso materiale in atto pubblico costituisce una falsità nell' essenza della documentazione e non nella sostanza, consiste nella cancellazione di errori con cancellature che impediscono la visione di quanto visto in precedenza, in quanto si perdono importanti informazioni che possono essere intese come un occultamento di prove in fase di processo. (Collegio IPASVI, 2009)

- Falso ideologico: articolo 479 del Codice Penale-Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici.

“Il pubblico ufficiale, che, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, soggiace alle pene stabilite nell'articolo 476”. (Garoffoli R., 2014)

Il falso ideologico è una falsificazione nella sostanza del documento ovvero nei dati riscontrabili e riferibili dall'assistito. Se l'infermiere altera volontariamente il documento, il falso che realizza risulta pensato, voluto e pertanto punito a titolo di “dolo”, indipendentemente dal fatto che l'alterazione venga effettuata con lo scopo di rimediare ad una precedente scorrettezza o imprecisione. (Collegio PASVI, 2009)

- Omissione d'atti d'ufficio: “ Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni.” Articolo 328 codice penale.(Garoffoli R., 2014)

- Rivelazione di segreto professionale: ”Chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, è punito, se dal fatto può derivare documento, con la reclusione fino a un anno o con la multa da euro 30 a euro 516” articolo 622 Codice Penale. (Garoffoli R., 2014)

4.2. Codice Deontologico 2009

4.2.1. Definizione di Codice Deontologico

Il Codice Deontologico contiene le esigenze etiche di una professione; costituisce il suo elemento di identità, lo strumento attraverso il quale un professionista si presenta alla società, contestualmente lo strumento che orienta e guida il professionista nelle scelte di comportamento, nel fornire i criteri per affrontare i dilemmi etici e deontologici, nel dare pregnanza etica alle azioni professionali.

4.2.2. Codice Deontologico per la professione infermieristica

La professione infermieristica nel 2009 ridefinisce il proprio Codice Deontologico. Questa esigenza rispecchia lo sviluppo della professione, avvenuto nell' arco di un decennio, durante il quale gli infermieri hanno acquisito una netta identità professionale, rappresentando oggi i professionisti responsabili dell' assistenza infermieristica.

Il nuovo Codice Deontologico definisce il sistema etico che guida l' agire professionale dell' infermiere. Egli agisce con autonomia e responsabilità, entro una cornice valoriale in cui il rispetto dei diritti fondamentali dell' uomo e dei principi etici della professione sono condizione essenziale per l' assistenza. L' infermiere si impegna a tutelare la salute attraverso attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione.

4.2.3. Il Codice Deontologico in riferimento alla documentazione infermieristica

- "L' infermiere riconosce il valore dell' informazione multi-professionale e si adopera affinché l' assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita" articolo 23;

- "L' infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi all' assistenza" articolo 26;

- "L' infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di efficace gestione degli strumenti informativi" articolo 27. (Collegio IPASVI, 2009)

La compilazione della documentazione infermieristica diventa per l' infermiere anche un dovere deontologico, dal momento che gli articoli 23 ,26 e 27 esplicano che l' infermiere deve tutelare i dati e le informazioni relativi all' assistito, garantendo il segreto professionale. Si impegna inoltre a fornire tutte le informazioni all' assistito e garantisce la continuità assistenziale con l' utilizzo di strumenti informativi, ovvero utilizzando in modo adeguato la documentazione ai fini di programmare un piano di assistenza.

La responsabilità dell' infermiere rispetto alla documentazione è prima di tutto un valore etico della professione, oltre che una tutela legale rispetto ai reati a cui può andare incontro se non rispetta alcuni requisiti nella compilazione.

La responsabilità dell' infermiere è in primo luogo qualcosa che deve essere visto in senso positivo come voglia di essere attivo, e agire da professionista. Chiunque si assuma delle

responsabilità ha un maggior rischio di commettere degli errori, si assume quindi la responsabilità di rispondere del proprio operato e delle conseguenze che questo può avere.

4.3. DM 739/1994

L'infermiere come operatore sanitario deve rispondere alla sua responsabilità professionale, responsabilità che deriva dall'obbligo di agire in modo responsabile nei confronti degli assistiti (Garoffoli R., 2014), e che è dettata anche dal Profilo Professionale il quale designa un professionista intellettuale, competente, autonomo e responsabile.

L'infermiere è "...responsabile dell'assistenza generale infermieristica". (art. 1, comma 1).
"L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa. Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria". (art. 1, comma 2) (DM 739/94)

"L'infermiere partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico". (art. 1, comma 3, lettere a-b-c) (DM 739/94)

Il Profilo Professionale dell'infermiere dunque afferma che l'infermiere deve partecipare all'identificazione dei bisogni di salute, identificare i bisogni di assistenza infermieristica e formulare i connessi obiettivi assistenziali, pianificare, gestire e valutare gli interventi da attuare.

La corretta applicazione della cartella infermieristica, permette, attraverso l'elaborazione scritta, di esaltare le fasi di diagnosi, programmazione e valutazione del processo assistenziale. Essa diventa parte integrante del processo di assistenza e non si limita alla registrazione delle attività effettuate. (Bugnoli S., 2010)

L'infermiere ha una piena coscienza del proprio ruolo professionale, che deve portare a rendere il proprio operato come attività tecniche e intellettuale, strettamente connesse tra di loro, che si concretizzano nel processo assistenziale e che hanno come legante una adeguata componente documentale. (Bugnoli S., 2010)

CAPITOLO 5: COME DOCUMENTARE IN CARTELLA INFERMIERISTICA

Non essendoci delle norme che regolano in maniera precisa la compilazione della documentazione infermieristica, dopo la legge 42 del 1999, l' infermiere basa questa competenza sui tre pilastri, precedentemente illustrati, che delineano anche le sue responsabilità; ovvero il Codice Deontologico che corrisponde alla responsabilità etica dell' infermiere, il Profilo Professionale, che stabilisce la responsabilità professionale dell' infermiere, e il Codice Penale che norma la responsabilità giuridica e penale dell' infermiere e a quali risvolti negativi la condotta negligente, imprudente o inesperta del professionista possono portare.

La cartella infermieristica deve dunque rispecchiare tutto il processo di assistenza dall' accertamento alla valutazione, si può ritenere lo specchio dell' assistenza infermieristica; qualsiasi cosa viene fatta viene registrata, dall' accertamento iniziale della presa in carico, alla rivalutazione dei bisogni assistenziali durante la degenza , fino alla valutazione finale del processo assistenziale infermieristico.

Seppur non esista un modello unico di cartella infermieristica ,in base a quanto detto possiamo avere un riferimento delle modalità e dei contenuti della cartella infermieristica, ricavato dai quaderni dell' IPASVI:

5.1. Modalità e Contenuti

I Quaderni dell' IPASVI affermano che la cartella infermieristica debba contenere:

- Registrazione in progressione cronologica del processo assistenziale, delle annotazioni e considerazioni.

(strumenti: cartella, schede documentali, diarie)

- Dati completi, non solo di tipo anagrafico ma anche anamnestico

- rilevazione di dati obiettivi in relazione alle condizioni di salute attuali;
- informazioni relative alle condizioni psico-sociali della persona;
- rilevazione dei dati sul livello di autonomia

(strumenti: schede di accertamento, scale di valutazione)

- Identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica, di problemi/alterazioni rilevati, di situazioni di rischio

- Definizione delle finalità dell'assistenza infermieristica, degli obiettivi per la persona assistita e pianificazione dell'assistenza;
 - Valutazione dei possibili rischi futuri
 - Registrazione interventi tecnici, informativi e educativi
 - sostituzione nel soddisfacimento dei bisogni della persona
 - monitoraggio clinico
 - effettuazione delle procedure con finalità diagnostiche e terapeutiche
 - informazione/educazione sanitaria/educazione terapeutica
 - mantenimento delle abilità residue
 - potenziamento delle capacità di adattamento alla condizione clinica, alla prognosi e agli esiti
 - coinvolgimento delle persone di riferimento
 - Monitoraggio delle condizioni cliniche e dell' adattamento della persona all'ambiente ospedaliero, territoriale, sociale
 - Valutazione periodica del grado di raggiungimento degli obiettivi
 - Rilevazione dei rischi e delle misure per garantire la sicurezza della persona
 - Gestione problematiche particolari (presidi, medicazioni, dolore, etc.)
 - Prescrizioni infermieristiche di attribuzione di attività agli OSS
- (Strumenti: Scheda per singoli bisogni/problemi , scheda rilevazione parametri, scheda medicazioni, protocollo dolore post operatorio o per la gestione di problematiche particolari, diario clinico, protocolli e procedure adottate in allegato, prevedere appositi spazi o schede dedicate per le registrazioni da parte degli operatori di supporto circa lo svolgimento delle prescrizioni infermieristiche Spazi per ulteriori note)
- Segnalazione di eventuali trasferimenti per esigenze diagnostiche e/o terapeutiche e le modalità di svolgimento registrazione esiti finali assistenza
- (Strumenti: scheda di dimissione/trasferimento infermieristica integrata alla scheda medica, scheda rilevazione parametri/diario clinico, schede utilizzate per rilevazione problemi.

5.2. In particolare nel Diario Infermieristico cosa deve essere registrato?

L' infermiere nella compilazione della documentazione è guidato dai punti che sono stati precedentemente discussi, che sanciscono gli ambiti di responsabilità nella compilazione.

Nonostante questi punti cardine ogni infermiere è individuo a se stante e in quanto tale registra le note assistenziali anche basandosi su delle priorità che possono rivelarsi soggettive, in quanto si riferiscono al proprio ragionamento clinico. E' per questo che è importante che l'operatore sanitario abbia un'idea precisa di cosa sia importante registrare e di cosa può rivelarsi superfluo; in quanto il processo di documentazione è utile che sia sintetico e rapido ma che non tralasci allo stesso tempo nessun elemento fondamentale per la continuità assistenziale e per la tutela legale dell'infermiere. Questo a riguardo, soprattutto, del diario infermieristico, dove il professionista riporta rilievi ed osservazioni inerenti il proprio turno di lavoro, i dati oggettivi e soggettivi rispetto a variazioni dello stato di salute del paziente, e i relativi interventi assistenziali messi in atto direttamente dall'infermiere o su prescrizione medica.

Dunque cosa di preciso l'infermiere deve registrare in questo documento, nel quale non ci sono voci da completare come per esempio nella scheda dei parametri vitali, o nelle scale di valutazione?

Cosa scrivere all'interno del Diario: Tutto ciò che è monitoraggio del paziente trova generalmente collocazione all'interno della parte strutturata della documentazione infermieristica in uso.

All'interno del Diario deve essere riportato ciò che l'infermiere reputa importante trasmettere al collega che subentra nella presa in carico del paziente (informazioni ritenute importanti, aspetti critici o potenzialmente critici, tutto ciò che esula dal monitoraggio)

Non è necessario riportare in diario operazioni e attività che si eseguono di routine, quali ad esempio: somministrazioni di terapie ad orario, esami ematici o radiografie. Vanno riportati invece: farmaci somministrati "al bisogno", radiografie o esami eseguiti al di fuori della routine, ad esempio come accertamenti di cadute o malesseri. Evitare di scrivere cose assolutamente inutili, tipiche della vecchia "consegna". Se l'utente passa il pomeriggio a leggersi un libro, non serve che l'infermiere scriva sul diario: "Pomeriggio tranquillo".

L'infermiere può aiutarsi rispondendo alle seguenti domande:

- a. dal punto di vista fisico ci sono state variazioni rispetto alla valutazione di inizio turno?
- b. dal punto di vista psico-sociali ci sono state variazioni rispetto alle valutazioni di inizio turno e dei giorni precedenti considerando i seguenti criteri:
comportamento, adattamento al ricovero, rapporto con la famiglia, percezione del proprio stato di salute

c. si sono rilevati bisogni non soddisfatti, si è intervenuti con azioni specifiche per soddisfarli? Sono stati valutati i risultati?

d. sono stati rilevati dei problemi assistenziali per i quali è stato necessario riformulare un piano di assistenza? (Camini M. Ed. Rivista ANIN)

5.3. Principali contestazioni riguardo la compilazione della cartella infermieristica e come si possono evitare

Questi sono in genere le principali contestazioni avanzate nei confronti della cartella infermieristica ricavate da “I Quaderni de l’ infermiere” dell’ IPASVI:

- Scarsa leggibilità: se è difficile leggere i fatti descritti, anche la difesa dell’infermiere diviene difficile (se non impossibile). Le registrazioni devono essere sintetiche, complete e perfettamente leggibili.
- Uso improprio di abbreviazioni: occorre eliminare ciò che può creare dubbi di interpretazione dello scritto, a meno che ci sia una legenda delle abbreviazioni depositate e condivise con tutti.
- Uso di acronimi: occorre eliminarli. Anche in tal caso, possono essere utilizzati solo acronimi indiscutibilmente noti a tutti i sanitari.
- Uso di espressioni troppo generiche o ambigue: creano problemi interpretativi. Bisogna scrivere in modo chiaro e preciso cosa accade, facendo attenzione all’attualità anamnestica.
- Non usare parole ambigue: talvolta, spesso, grande, probabile ecc.
- Uso di espressioni positive o negative: quando si verifica un decorso clinico atipico, non basta limitarsi a scrivere esclusivamente i sintomi evidenti –ciò che il paziente ha –ma anche quelli non presenti, ovvero ciò che il paziente non ha.
- Usare un linguaggio chiaro: evitare gli eccessi o i difetti di informazione: per es. l’espressione "dolore al ginocchio – non in posizione seduta" può essere interpretato sia nel senso che il dolore non compare in posizione seduta, sia come affermazione che il paziente non deve stare seduto. Evitare espressioni poco chiare (“mezzo pieno” è differente da “mezzo vuoto”); ad es. “l’edema si è ridotto” porta a decisioni diverse rispetto all’espressione “persiste ancora edema anche se ridotto”).
- Mancata registrazione: un’omissione determina sempre nel magistrato il dubbio che sia volontaria ed intenzionale o che sia espressione di un comportamento negligente.

- Non aspettare a scrivere: i fatti debbono essere annotati contestualmente al loro verificarsi, in modo consequenziale. Ciascuna annotazione ha di per sé solo un valore documentale completo e definitivo. Se si alterano successivamente tali descrizioni si commette falsità, anche se la cartella è ancora in mano all'infermiere. Si veda quanto espresso dalla Cassazione (22694/2005): “La cartella è un atto pubblico che esplica la funzione di diario dell'intervento medico e dei relativi fatti clinici rilevanti, sicché i fatti devono essere annotati conformemente al loro verificarsi”.

- Le annotazioni successive: i fatti (quanto meno quelli più importanti) devono essere riportati immediatamente seguendo un ordine cronologico: “gli spazi e i tempi vuoti” sono sempre difficilmente giustificabili.

Occorre registrare il più velocemente possibile – non oltre il turno di lavoro – gli ordini ricevuti telefonicamente. Se si appone una correzione, questa deve essere sempre chiaramente visibile, in questo modo si evita che il magistrato possa pensare di essere di fronte ad una falsificazione successiva del documento. La cartella infermieristica è un documento permanente, per cui ogni registrazione non deve essere cancellata. Evitare, se possibile, le correzioni; nel caso, tracciare una linea sulle parole e sulle frasi da correggere, consentendone la leggibilità, annotare la data e firmare la correzione.

- Le opinioni personali: non serve indicare i contrasti esistenti con i pazienti o i loro parenti. Meglio annotare l'eventuale dissenso, il rifiuto alle cure o la mancata collaborazione, o altre frasi rilevanti senza aggiungere alcun commento e mettendole “tra virgolette”. Se si devono fare reclami o evidenziare conflitti esistenti; occorre utilizzare le vie istituzionali e non la documentazione infermieristica. Si pensi al caso in cui una cartella con commenti e giudizi venga fotocopiata: il paziente, il parente o altri possono sporgere denuncia nei confronti dell'infermiere.

- Le insinuazioni: non devono essere assolutamente inserite insinuazioni in cartella infermieristica sull'operato dei colleghi.

- Quando si scrive a computer: spaziare adeguatamente le righe tra di loro e non comporre periodi troppo lunghi o troppo corti, evitando gli elenchi e, possibilmente, i richiami (stelle, frecce ecc.). Usare i numeri in colonne ed usando dei caratteri ed un corpo adeguato.(collegio IPASVI, 2009)

CAPITOLO 6: CONOSCENZE DEGLI INFERMIERI SULLA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

Le conoscenze per la compilazione della documentazione infermieristica sono alla base di una adeguata cartella , e di un adeguato processo assistenziale che garantisca la sicurezza per il paziente, la continuità assistenziale e la tutela legale dell' infermiere.

Ma quali sono le conoscenze degli infermieri a riguardo? Hanno conoscenze sufficienti per un adeguata compilazione?

6.1. Analisi delle cartelle infermieristiche dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena

Sono state analizzate 1000 cartelle infermieristiche dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico di Modena.

Dall'analisi risulta che gli infermieri hanno qualche difficoltà a documentare. L'anagrafica e l'accertamento sono per la maggior parte parzialmente compilati, determinando una conoscenza incompleta della persona all' ingresso in unità operativa. Si può notare poi come gli infermieri abbiano la tendenza a documentare ciò che è stato fatto piuttosto che documentare ciò che si ha intenzione di fare; dai dati emerge che la diaria è compilata con maggior frequenza rispetto alla pianificazione. Tuttavia, è anche grazie alla pianificazione che l'infermiere di oggi non è più mero esecutore, ma è autonomo e responsabile nelle sue scelte assistenziali. (Perricone M. Ed., 2012/2013)

6.2. Indagine conoscitiva all' ULSS di Feltre sulle conoscenze degli infermieri riguardo la compilazione della cartella infermieristica

Indagine conoscitiva eseguito presso l' ULSS di Feltre nelle unità operative di chirurgia , geriatria.

Gli infermieri hanno compilato un questionario riguardo le loro conoscenze rispetto la compilazione della cartella infermieristica; dai questionari è emerso che uno dei problemi dell' inadeguata o incompleta compilazione della cartella è la mancanza di formazione del professionista. (Visentin A. Ed., 2012/2013)

Per rispondere a questa situazione, in cui l'ambito della compilazione della documentazione è una dimensione alla quale il professionista sanitario si avvicina con

difficoltà, dopo l' acquisizione di maggiori responsabilità giuridiche e professionali, è necessario incentivare l' utilizzo dell' intero processo di assistenza in forma scritta e dunque l' utilizzo efficace della cartella infermieristica. Questo è importante anche, in caso di controversie legali, in quanto il professionista sanitario avendo le opportune conoscenze può tutelarsi e tutelare l' assistito.

CONCLUSIONE

La normativa in materia di documentazione non offre una chiara definizione dei requisiti della cartella infermieristica.

Nonostante siano stati individuati dei punti di riferimento che ne delineano i contenuti e le modalità, c'è disomogeneità nella compilazione fra diversi operatori. La non uniformità è complicata anche dal fatto che la documentazione infermieristica rappresenta uno strumento di pianificazione dell'assistenza, oltre che di resoconto di quanto praticato e rilevato.

A partire da questo presupposto, una certa flessibilità nella modalità di compilazione facilita l'adeguamento della cartella al contesto di riferimento e stimola la ricerca di nuovi modelli, finalizzati a facilitare il passaggio di informazioni e garantire i requisiti essenziali della documentazione sanitaria, e la continuità assistenziale. (Bugnoli S., 2010)

Fondamentale per lo sviluppo di un modello di documentazione che assicuri tali risultati, è la condivisione con tutti i membri dell'equipe di un modello adatto alla propria realtà. Primo passo per garantire la continuità della cura e la sicurezza, sia del paziente che del professionista sanitario, è la sensibilizzazione e formazione di tutti gli operatori nei confronti della documentazione sanitaria, che deve essere parte integrante e punto di partenza del processo di assistenza. (Poletti P. CEREF, 2012)

A questo proposito è utile promuovere un'adeguata formazione agli operatori infermieristici sulla documentazione infermieristica. Considerata la non specifica e sufficiente copertura normativa sulla materia è utile promuovere un confronto all'interno del Collegio infermieri che favorisca la crescita rispetto a questo ambito della professione. Questa tesi non pretende di essere esaustiva sul tema della documentazione infermieristica, o di standardizzare il processo di documentazione, ma piuttosto vuole dare uno spunto di riflessione riguardo questa tematica e dei punti fermi circa la compilazione della cartella infermieristica agli operatori sanitari, al fine di porre l'accento sull'importanza di documentare e pianificare l'assistenza erogata agli utenti, per garantire la qualità delle cure e la correttezza legale della documentazione infermieristica.

BIBLIOGRAFIA E SITOGRAFIA

BUGNOLI STEFANO - La responsabilità dell' infermiere e le sue competenze - 2010

COLLEGIO INFERMIERI IPASVI – codice deontologico dell' infermiere – 2009

Articolo 23 Codice deontologico dell' infermiere 2009

Articolo 26 Codice deontologico dell' infermiere 2009

Articolo 27 Codice deontologico dell' infermiere 2009

COLLEGIO INFERMIERI IPASVI CATANIA – Documentazione infermieristica come strumento d' eccellenza - 2009

COLLEGIO INFERMIERI IPASVI – Quaderni de l' Infermiere numero 24 – febbraio 2009

CODICE CIVILE - Articolo 2699

CAMANI M., DERIU P.C., GIAMBONE G., TARDITO R., SEGNI M., ROMANO S. – Linee guida per la progettazione e la stesura della cartella infermieristica - rivista ANIN Assistenza Nazionale Infermieri Neuroscienze

CASATI MONICA E MARICCHIO RITA – La documentazione infermieristica: riflessioni operative e giuridiche, 2009

FERRANTE E. NAZZARENO P. – Documentazione infermieristica: quali responsabilità? – convegno 10/11 novembre 2009 FE

GAROFFOLI ROBERTO – Codice Penale – 2014

Articolo 328 Codice Penale

Articolo 357 Codice Penale

Articolo 358 Codice Penale

Articolo 476 Codice Penale

Articolo 479 Codice Penale

Articolo 622 Codice Penale

LEGGE 251/2000

LEGGE 42/1999

PAPI L. Ed.- Elementi di medicina legale per infermieri – Pisa University Press, 2009

POLETTI PIERA CEREF Centro Ricerca e Formazione – Handover: il passaggio delle consegne chiave della sicurezza - 2012

PERRICONE MARIANNA LAMI NADIA - La cartella infermieristica: strumento per il processo di assistenza. Analisi delle cartelle infermieristiche dell' azienda ospedaliera universitaria policlinico di Modena – 2012/2013

PROFILO PROFESSIONALE DELL' INFERMIERE – DECRETO MINISTERIALE 739/1994

Articolo 1 comma 1 DPR 739/94

Articolo comma 2 DPR 739/94

Articolo comma 3 DPR 739/94

RICCIARDI ROBERTO – La responsabilità professionale dell' infermiere

RODRIGUEZ DANIELE, APRILE ANNA – Medicina legale per Infermieri - 2004

VISENTIN ANNA MATTEO SPONGA - Le conoscenze degli infermieri relative alla compilazione della cartella infermieristica: indagine conoscitiva - 2013/2014

<http://www.ipasvi.it/>

<http://www.brocardi.it/codice-penale/libro-secondo/titolo-ii/capo-ii/art358.html>

<http://www.brocardi.it/codice-penale/libro-secondo/titolo-ii/capo-ii/art357.html>

<http://www.assimedici.it/esperti/Prof%20Marco%20Perelli%20Ercolini/Cartella%20clinica.pdf>