

ISSN 1127-8579

Pubblicato dal 11/10/2013

All'indirizzo <http://www.diritto.it/docs/35529-la-documentazione-sanitaria-cartelle-cliniche-schede-sanitarie-cartelle-infermieristiche>

Autore: Quadrelli Marco

La documentazione sanitaria: cartelle cliniche, schede sanitarie, cartelle infermieristiche

MARCO QUADRELLI
(Università Cattolica del Sacro Cuore)

LA DOCUMENTAZIONE SANITARIA: CARTELLE CLINICHE, SCHEDE SANITARIE, CARTELLE INFERMIERISTICHE

INDICE: 1.- Cartella clinica e altra documentazione sanitaria: distinzioni e tipologie; 1.1.- La cartella clinica ospedaliera; 1.2.- La cartella clinica della casa di cura: natura e inquadramento giuridico; 1.3.- Documenti annessi alla cartella clinica; 1.4.- La scheda sanitaria e la cartella clinica del medico libero professionista; 1.5.- La cartella infermieristica; 2.-Le responsabilità; 2.1.-Controlli interni; 3.- Averti diritto.

In questo breve studio si tratterà della documentazione sanitaria nella sua funzione di strumento e di guida per i presidi ospedalieri.

1.- Cartella clinica e altra documentazione sanitaria: distinzioni e tipologie

1.1.- La cartella clinica ospedaliera

La cartella clinica è strumento di lavoro per il personale sanitario operante in una struttura di degenza e costituisce il presupposto indispensabile di qualsiasi prestazione sanitaria che non presenti carattere di mera episodicità, presupposto inteso come verbalizzazione delle notizie riguardanti il soggetto ricoverato al fine della tutela della salute del paziente, annotando e documentando il decorso clinico del degente, ordinate cronologicamente, oltrechè di una corretta valutazione dell'attività da punto di vista economico, scientifico e didattico.

In sintesi, la cartella clinica è una registrazione dei rilievi clinici, degli indirizzi diagnostici e dei dispositivi terapeutici.

La cartella clinica costituisce "*un atto pubblico di fede privilegiata*" il cui contenuto è confutabile solo con la prova contraria (art.2699 c.c. sulla definizione di atto pubblico), la cui validità non è ostacolata dalla natura del rapporto di lavoro del professionista sanitario che la redige, tranne nei casi indicati nel paragrafo successivo.

La sua valenza giuridica¹ di atto pubblico valido sino a querela di falso, in quanto proveniente da pubblico ufficiale o da incaricato di pubblico servizio ne indica la forza, anche in giudizio.

1.2.- La cartella clinica della casa di cura: natura e inquadramento giuridico

La distinzione base è la convenzione o meno con l'Asl. Nel primo caso la natura giuridica della cartella clinica è la stessa della cartella clinica della clinica ospedaliera pubblica, mentre nel caso contrario è un semplice promemoria privato dell'attività diagnostica e terapeutica svolta, e non riveste né carattere di atto pubblico né di certificazione, in quanto gli elementi costitutivi dell'atto pubblico non sono ravvisabili in una cartella clinica redatta ai sensi dell'art.35 D.p.c.m. 27.6.1986², dal medico curante della Casa di cura privata con finalità di semplice promemoria interno³.

Tuttavia le cartelle cliniche delle case di cura private debbono essere annotate come disposto dall'art.24 d.m. Sanità 5.8.1977 e quindi, completa dei dati anagrafici e rilievi clinico-terapeutici per ogni ricoverato, con numerazione progressiva. Devono essere

conservate da parte della Direzione sanitaria e in caso di cessazione dell'attività di cura privata devono essere messe a disposizione dell'Ufficio di igiene.

1.3.- Documenti annessi alla cartella clinica

Fanno parte della cartella clinica:

- Foglio di accettazione/rapporto Pronto Soccorso (RPS);
- Copia dei referti inviati all'Autorità Giudiziaria;
- Copia denuncia di malattia infettiva/notifica infezioni ospedaliere;
- La scheda di dimissione ospedaliera (scheda RAD), istituita con d.m. Sanità 28.12.1991 e disciplinata da d.m. Sanità 26.7.1993⁴;
- La scheda CEDAP;
- La scheda infermieristica;
- La scheda ostetrica;
- I consensi informati⁵ che devono risultare compilati compiutamente. In caso di minore, interdetto o incapace, il consenso agli interventi diagnostici e terapeutici deve essere espresso dal legale rappresentante, tutore;
- Copia del riscontro diagnostico in caso di decesso del paziente;
- La copia della lettera di dimissione al paziente;
- I referti di tutte le indagini di laboratorio e strumentali;
- La diaria;
- Gli esami con i relativi referti effettuati in dimissione protetta ed in preospedalizzazione;
- Eventuali comunicazioni al Tribunale dei Minori;
- La scheda anestesiologicala,
- Eventuali comunicazioni del Giudice di sorveglianza nel caso di pazienti provenienti dagli Istituti Carcerari;
- TSO;
- Consulenza specialistiche effettuate;
- Scheda dell'intervento chirurgico;
- Domanda per lungodegenza;
- Domanda per riabilitazione.

La struttura e l'informazione riportate per ognuno delle sezioni descritte dipendono sia dal tipo di ricovero che di patologia. Le regole di compilazione adottate in ciascun ospedale o reparto variano.

Le cartelle cliniche possono essere informatizzate con i seguenti accorgimenti:

a) una autenticazione informatica;

- b) una adozione di procedure di gestione delle credenziali di autenticazione;
- c) una utilizzazione di un sistema di autorizzazione;
- d) un aggiornamento periodico dell'individuazione dell'ambito del trattamento consentito ai singoli incaricati e addetti alla gestione o alla manutenzione degli strumenti elettronici;
- e) una protezione degli strumenti elettronici e dei dati rispetto a trattamenti illeciti di dati, ad accessi non consentiti e a determinati programmi informatici;
- f) una adozione di procedure per la custodia di copie di sicurezza, il ripristino della disponibilità dei dati e dei sistemi;
- g) una tenuta di un aggiornato documento programmatico di sicurezza;
- h) una adozione di tecniche di cifratura o di codici identificativi per determinati trattamenti di dati idonei a rivelare lo stato di salute o la vita sessuale effettuati da organismi sanitari.

L'adempimento in merito al documento programmatico sulla sicurezza (Dps) interessa coloro (soggetti privati e pubblici) che trattano dati sensibili.

1.4.- La scheda sanitaria e la cartella clinica del medico libero professionista

La scheda sanitaria (può contenere dati analoghi alla cartella clinica o solo i dati essenziali del paziente) è documento che ha valore di strumento tecnico professionale di fondamentale supporto nello svolgimento dell'attività clinica del medico di famiglia e del pediatra, con notevole rilevanza per quanto attiene agli aspetti di tipo certificativi e documentale e il medico convenzionato ne è obbligato. La sua rilevanza non è neppure paragonabile alla scrittura privata, ma alla semplice annotazione, anche se il medico convenzionato⁶ riveste la qualifica di pubblico ufficiale (art.2 l. 833/1978), anche se una pronunzia isolata⁷ ne indica la medesima valenza probatoria dei certificati rilasciati dai medici dipendenti del Ssn⁸, in quanto il medico di medicina generale nello svolgimento delle attività per il servizio sanitario nazionale in base all'art.25 l. 833/1978, verrebbe considerato come "pubblico ufficiale" o quanto meno incaricato di "pubblico servizio" e conseguentemente i suoi atti, secondo alcuni, acquisirebbero le caratteristiche di atti pubblici, in particolare in determinate situazioni.

La scheda sanitaria acquista importanza in caso di esibizione e – pertanto - la mancata compilazione e tenuta della scheda sanitaria costituisce infrazione ed è motivo di contestazione⁹. Infatti il paziente - in qualunque momento - può chiedere al medico l'accesso alla propria scheda sanitaria e averne una copia (non l'originale che rimane al medico curante) e il Codice deontologico (art.25 codice deontologia medica) prescrive il dovere del medico di mettere a disposizione della persona assistita ogni documentazione clinica posseduta.

Le ASL presso le quali il medico svolge la propria attività convenzionata possono verificare l'esistenza della Scheda sanitaria presso il medico di medicina generale, ma non possono consultare i contenuti.

La compilazione della scheda sanitaria è prevista dagli Accordi collettivi nazionali dei medici di medicina generale (art.48 l. 833/1978) e quello del 2005 (art.45 punto 2 lett.b) prevede che *"la tenuta e l'aggiornamento di una scheda sanitaria individuale, su supporto informatico e tenuto conto di quanto previsto dall'art. 59, lett. b, a uso del medico e ad utilità dell'assistito e del SSN, secondo standard nazionali e regionali e modalità definite nell'ambito degli Accordi regionali, nonché l'utilizzazione della Carta nazionale dei Servizi, prevista dal co.9 art. 52 l. 27.12.2002 n° 289 e della tessera del cittadino secondo quanto previsto dall'art. 50 l. 24.11.2003 n°326"*.

Il diario clinico del paziente in assistenza domiciliare non va inviato dal medico di famiglia all'Asl¹⁰, dovendo questi solamente trasmettere i fogli firmati senza l'indicazione delle patologie.

Infatti la scheda sanitaria può essere rilasciata:

- al diretto interessato
- al tutore o a chi esercita la patria potestà in caso di minore o incapace
- a persona fornita di delega
- all'Autorità giudiziaria
- agli enti previdenziali (INAIL, INPS, ecc.)
- al S.S.N.
- agli eredi legittimi con riserva per determinate notizie
- per raccolte epidemiologiche scientifico-statistico purché sia mantenuto l'anonimato

La scheda sanitaria non può essere rilasciata:

- a terzi se non muniti di delega (compresi il coniuge o i parenti stretti)

- al altri medici senza la autorizzazione del paziente
- ai patronati
- ai Ministeri e all'Autorità di PS solo le notizie a seguito di precisi quesiti di ordine sanitario

Se nello studio medico lavora una segretaria con accesso alle schede sanitarie, il medico titolare deve dare l'autorizzazione scritta specificando per quali competenza è autorizzata a consultare la scheda sanitaria ed essa deve essere conservata dal titolare e dalla segretaria e essere disponibile in studio per eventuali controlli e rinnovata tutte le volte che viene cambiata la segretaria e comunque almeno una volta all'anno.

Le schede sanitarie debbono essere custodite in uno schedario dotato di serratura se ai locali accedono persone diverse dal medico titolare e in caso di scheda sanitaria informatizzata deve essere prevista una password per l'accesso al programma contenente i dati sanitari.

In caso di medici in rete deve essere prevista una parola chiave diversa per ogni medico, onde poter avere visione degli eventuali accessi ai dati conservati, predisponendo il documento programmatico per la sicurezza (dps), in quanto si trattano dati sensibili.

La cartella clinica redatta dal medico libero-professionista è un semplice promemoria privato dell'attività diagnostica e terapeutica e non riveste carattere né di atto pubblico e né di certificazione e la conservazione dei dati raccolti necessita di autorizzazione scritta del paziente.

1.5.- La cartella infermieristica

La cartella infermieristica è lo strumento che documenta la pianificazione della assistenza elaborata e attuata dall'infermiere per ogni persona assistita. In molti casi è strutturata secondo i concetti usati per redigere una cartella per obiettivi ed è strutturata nel seguente modo:

- una raccolta di informazioni, che deve comprendere:
 - i dati per una conoscenza generale della persona e dei suoi problemi clinici;
 - gli elementi per conoscere le modalità di manifestazione dei bisogni (biofisiologici, psicologici, socioculturali)

indagando:

- i fattori che abitualmente favoriscono la soddisfazione dei bisogni e, più in particolare, le modalità con le quali la persona solitamente ed autonomamente risponde ai propri bisogni;
 - gli ostacoli alla loro abituale soddisfazione;
 - i mutamenti recenti nella loro soddisfazione e le risorse attivate dalla persona o da altri soggetti per farvi fronte;
 - le conoscenze e i comportamenti necessari per migliorarne la soddisfazione.
- una identificazione dei bisogni
 - una formulazione degli obiettivi (esplicitare il risultato dell'assistenza infermieristica e definire la pianificazione assistenziale);
 - una pianificazione delle azioni dell'infermiere (si documenta la scelta e l'attuazione degli interventi che ritiene possano portare alla risoluzione dei bisogni di assistenza infermieristica identificati);
 - il diario infermieristico in base ai compiti, ovvero la registrazione in ordine cronologico delle osservazioni relative ai cambiamenti intercorsi nelle condizioni della persona e gli eventi non previsti nella pianificazione assistenziale;

- una valutazione dei risultati, per definire il grado di autonomia raggiunto dalla persona nel soddisfacimento dei bisogni, evidenziando se necessario quali interventi infermieristici dovrebbero essere attuati a domicilio.

2.-Le responsabilità

La cartella clinica, la cartella infermieristica, la lettera di dimissione, il verbale operatorio, la scheda sanitaria costituiscono la documentazione sanitaria le cui norme hanno attribuito un valore probatorio per l'accertamento di responsabilità civile, penale, disciplinare e amministrativa rispetto al singolo caso trattato.

Le responsabilità¹¹ in ordine alla cartella clinica seguono una matrice che va dalla semplice collaborazione, alla approvazione e infine alla responsabilità.

Pertanto, in una unità operativa, il responsabile della regolare compilazione delle cartelle cliniche, dei registri nosologici e della loro conservazione, fino alla consegna all'archivio centrale esclusa è il direttore (o primario)¹². Il combinato disposto dei D.p.r. 128/1969, D.p.r. 129/1969 e dell'art. 24 del d.m. Sanità 5/8/77 individuano nel Primario, nel Direttore della clinica universitaria o nel medico operante presso case di cure private, i responsabili della regolare compilazione della cartella, dei registri nosologici e della loro conservazione.

Il Capo sala e i medici sono responsabili della compilazione e tenuta delle cartelle cliniche fino alla loro consegna all'archivio centrale¹³. Gli infermieri hanno responsabilità solo in ordine alla compilazione della cartella. Il Capo sala pone un registro sul quale annota le cartelle cliniche consegnate all'archivio centrale con data e firma del ricevente.

L'ufficio archivio e il direttore sanitario che ne è preposto è responsabile della tenuta dell'archivio centrale¹⁴ e del rilascio delle copie. Il D.p.r. 1409/1963 all'art. 30 prevede che le cartelle cliniche siano conservate per almeno 40 anni in un archivio corrente e successivamente in una sezione separata di archivio istituita dalla struttura sanitaria. La successiva circolare del ministero Sanità 19.12.1986 n°61¹⁵ conferma quanto riportato nel D.p.r. 1409/1963.

Il Direttore sanitario assieme al direttore assicurazione qualità rivede la procedura e quest'ultimo ne predispose i modelli di concerto con i direttori delle unità operative.

I criteri di redazione¹⁶ sono la chiarezza, la puntualità e la diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica. Deve contenere i dati obiettivi relativi alle condizioni patologiche del paziente e al suo decorso clinico, le attività diagnostiche-terapeutiche praticate, con intelligibilità della grafia e presenza di accorgimenti particolari in caso di correzione di errori materiali¹⁷. In caso di correzioni¹⁸ da eseguire è necessario circoscrivere l'errore con due parentesi, numerarlo e riportare a piè di pagina il numero con la dicitura "Leggasi :" e scrivere la correzione apportata, quindi apporre firma, data e timbro¹⁹.

Il venir meno di tale requisito configura il delitto di "falso ideologico in atto pubblico" punito dall'art. 479 c.p.

Quando è alterata l'essenza materiale della cartella clinica, essendo in presenza di una divergenza tra autore apparente e autore reale del documento, oppure quando si apportano modifiche successive alla stesura definitiva, si configura il delitto di "falsità materiale" ex art.476 c.p.²⁰.

Altra ipotesi di reato legato alla compilazione delle cartelle cliniche è in ordine all'omissione di atti di ufficio di cui all'art.328 c.p..

In ambito civilistico una regolare compilazione della cartella clinica da cui sia derivato un danno ingiusto si sostanzia nell'obbligo di risarcimento ai sensi dell'art.2043

c.c.(risarcimento per fatto illecito). La responsabilità civile riguarda chiunque abbia contribuito alla compilazione della cartella clinica.

L'efficacia probatoria²¹ (art 2700 c.c.) della cartella clinica fa sì che il giudice deve ritenere vere le circostanze attestante nell'atto pubblico (cartella clinica) dal pubblico ufficiale e non può basare la propria decisione su una versione dei fatti in contrasto con quella documentata dell'atto predetto, valendo sino a querela di falso.

La l. 22/12/75 n°685 all'art. 95 prevede che il paziente si può avvalere della facoltà di mantenere l'anonimato. In tale evenienza andranno riportati nella parte anagrafica della cartella clinica solo le iniziali del cognome e nome, l'anno di nascita e la provincia di residenza. Le generalità complete, derivate da un valido documento di identità, andranno rilevate a cura del sanitario, trascritte ed inserite in una busta sulla quale, dopo la chiusura, verrà apposto il numero nosologico della cartella. La busta chiusa verrà consegnata al Direttore Sanitario.

Il diritto all'anonimato è previsto dall'art. 29 l. 162/1990 e dall'art. 120 D.p.r. 309/90. La possibilità di conservare l'anonimato è concesso alle puerpere ai sensi del R.d. 24/12/34 n°2316 artt.17 e 18.

2.1.-Controlli interni

Il sistema di controlli interni coinvolge inizialmente il Primario, il cui compito è quello di verificare la corretta compilazione e tenuta della cartella clinica sotto ogni profilo, in seconda battuta la Direzione Sanitaria che effettua un controllo nella completezza del contenuto minimo standard della cartella e delle informazioni essenziali (diagnosi, codici nosologi, firme dei medici) nonché dei requisiti di compilazione, nel terzo passaggio necessita la controfirma del Direttore Sanitario e infine contempla la firma del Dirigente.

Qualora una cartella clinica (o qualsiasi altra documentazione sanitaria: radiografie, elettrocardiogrammi, ecc.) sia smarrita²² prima della consegna alla Direzione Sanitaria è fatto obbligo al Dirigente medico dell'U.O. di effettuare la denuncia di smarrimento presso gli Organi di Polizia e consegnare copia della denuncia alla Direzione Sanitaria. In caso di smarrimento dopo il conferimento all'archivio centrale, è compito del Direttore Sanitario effettuare la denuncia ai competenti Organi di Polizia. E' compito del Direttore Sanitario di presidio ospedaliero vigilare sull'archivio centrale della documentazione sanitaria e curare il rilascio, agli aventi diritto, in base ai criteri stabiliti dall'amministrazione, della copia delle cartelle cliniche e di ogni altra certificazione sanitaria riguardante i pazienti assistiti in ospedale.

3.- Aventi diritto

Il Direttore Sanitario (art.5 D.P.R.128/69) è titolare della custodia della cartella clinica ed è pure investito della responsabilità di disciplinare l'accesso agli aventi diritto, in base ai criteri stabiliti dalle singole amministrazioni, potendo rilasciare copia della cartella clinica e di ogni altra certificazione sanitaria riguardante i malati assistiti in ospedale, previo pagamento dei diritti di copia e imposta di bollo per le copie conformi. Gli aventi diritto cui è riservato il rilascio del materiale sanitario sono individuabili, nel paziente²³, nella persona fornita di delega²⁴, nel tutore o nell'esercente la patria potestà (in caso di soggetti interdetti)²⁵, nei soggetti appartenenti al servizio pubblico²⁶, nel medico curante, negli enti previdenziali²⁷ e nell'autorità giudiziaria²⁸. In caso di persone decedute²⁹ il diritto all'accesso alla cartella clinica è garantito previa l'identificazione nei modi di legge dell'avvento diritto.

Il personale medico dell'ospedale, per fini statistici, epidemiologici e scientifici può chiedere

copia della cartella clinica nel rispetto della riservatezza e dell'anonimato dell'interessato³⁰. Infine per tutelare la salute e l'incolumità psicofisica di una persona si possono legittimamente acquisire presso cliniche e ospedali, i dati sanitari di un parente, anche se questi non presti il suo consenso o si rifiuti di darlo³¹.

Può essere rilasciata anche altra documentazione, quale:

- Certificato di degenza con o senza diagnosi;
- Certificato di prestazioni ambulatorio con o senza diagnosi;
- Copia conforme del cartellino di Pronto Soccorso.

Quanto alla lettera di dimissione ospedaliera, contenente la diagnosi di dimissione e l'elenco di tutte le più importanti attività cliniche effettuate durante il ricovero nonché un resoconto di tutte le operazioni effettuate e copia della lettera di dimissione va allegata alla cartella clinica del paziente.

Quando alla dimissione fa seguito la prescrizione di farmaci e/o di approfondimento diagnostici, il medico che effettua la dimissione ha l'obbligo di utilizzare il ricettario regionale secondo quanto previsto dall'art. 36 D.p.r. 484/1996 e l'art.15 D.p.r. 500/ 1996.

Note:

1L'addebito di "non aver tenuto conto" delle risultanze della cartella clinica equivale a non aver adeguatamente valutato tali risultanze; poiché dette doglianze attengono non già alla sfera "percettiva" del giudice ma a quella "ideologica deliberativa" (in quanto, contestando all'organo decidente di "non aver tenuto conto" di una serie di elementi e risultanze, la parte adduce a motivo di revocazione un preteso vizio di ragionamento, sindacabile in un eventuale giudizio di appello) non si configura la fattispecie tipica che la legge prevede ai fini revocatori. Corte dei Conti, sez. IV, 18/4/94, n. 83120.

2art.35 D.p.c.m. 27.6.1986 (cartelle cliniche): In ogni casa di cura privata è prescritta, per ogni ricoverato, la compilazione della cartella clinica da cui risultino le generalità complete, la diagnosi di entrata, l'anamnesi familiare e personale, l'esame obiettivo, gli esami di laboratorio e specialistici, la diagnosi, la terapia, gli esiti e i postumi. Le cartelle cliniche, firmate dal medico responsabile di raggruppamento dovranno portare un numero progressivo ed essere conservate a cura della direzione sanitaria. Fatta salva la legislazione vigente in materia di segreto professionale, le cartelle cliniche ed i registri di sala operatoria devono essere esibiti, a richiesta, agli organi formalmente incaricati della vigilanza. In caso di cessazione dell'attività della casa di cura le cartelle cliniche dovranno essere depositate presso il servizio medico-legale della U.S.L. territorialmente competente.

3Tuttavia l'attività libero-professionale svolta dal medico all'interno di una Casa di cura privata è inquadrabile come un servizio di pubblica necessità. Onde la falsità ideologica della cartella clinica redatta, non è punibile per falsità ideologica in certificati commessa da persone esercenti un servizio di pubblica necessità (art.481 c.p.).

- 4la scheda RAD è "parte integrante della cartella clinica, della quale assume la medesima rilevanza giuridica, la cui corretta compilazione obbliga la responsabilità del medico."

5 Cass. sez.III, 14.3.2006 n°5444. La correttezza o meno del trattamento non assume alcun rilievo ai fini della sussistenza dell'illecito per violazione del consenso informato, in quanto è del tutto indifferente al fine della configurazione della condotta omissiva dannosa e della ingiustizia del fatto, la quale sussiste per la semplice ragione che il paziente, a causa del deficit della informazione, non è stato messo in condizioni di assentire al trattamento sanitario con una volontà consapevole delle sue implicazioni, con la conseguenza che, quindi, tale trattamento non può dirsi avvenuto previa prestazione di un valido consenso.

[6](#)Il medico che presta la sua opera libero-professionale per una casa di cura convenzionata, in virtù di un rapporto di natura privatistica, è pubblico ufficiale in quanto partecipa delle pubbliche funzioni che la USL svolge per il tramite della struttura privata mediante la convenzione. Egli agisce così per la pubblica amministrazione, concorrendo a formare ed a manifestarne la volontà in materia di pubblica assistenza sanitaria, nonché esercitando in sua vece poteri autoritativi, oltre a poteri certificativi con riferimento alla compilazione della cartella clinica, di ricette, di impegnative di cura e di ricoveri ed attestazioni di malattie rilevanti nei rapporti di lavoro pubblici e privati, nonché nello "status" assistenziale o previdenziale del paziente. Cassazione penale, sez. un., 27 maggio 1992 Delogu Cass. pen. 1992, 2718.- Cassazione penale, sez. un., 27 marzo 1992 Delogu e altri.

[7](#)TAR Lazio sez. I, 801/2002.

[8](#)un eventuale falso si configurerebbe come falso in atto pubblico (artt. 476 e 479 c.p.).

[9](#)accordo collettivo nazionale per la disciplina dei rapporti con i medici di medicina generale ai sensi dell'art. 8 D.Lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni (2001-2005). art. 30 (responsabilità convenzionali e violazioni. collegio arbitrale).

sanzioni: a) richiamo verbale; b) richiamo con diffida per il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo verbale.

7. Le violazioni di maggiore gravità danno luogo alle seguenti sanzioni: a) riduzione del trattamento economico in misura non inferiore al 10% e non superiore al 20% per la durata massima di cinque mesi per infrazioni gravi compreso il reiterarsi di infrazioni che hanno comportato il richiamo con diffida; b) sospensione del rapporto per durata non inferiore a 1 mese per recidiva di infrazioni che hanno comportato la riduzione del trattamento economico; c) revoca del rapporto per infrazioni particolarmente gravi e/o finalizzate all'acquisizione di vantaggi personali, compresa quella di cui all'art. 30 co.2 e per recidiva di infrazioni che hanno comportato la sospensione del rapporto.

[10](#)Garante privacy [newsletter 14-20.4.2003 n°167](#).

[11](#)Corte Conti, sez. II, 14.3.1991 n°146 La mera sottoscrizione di una cartella clinica da parte di un medico, capo reparto di ospedale militare, non integra a carico dello stesso un'ipotesi di responsabilità per il danno all'erario conseguente ad un'erronea terapia medica se il sanitario è assente al momento dell'intervento (nella specie, il medico si trovava in congedo ordinario).

[12](#)art.7 D.p.r. 128/1969.

Va affermata la responsabilità di un primario ospedaliero per il danno derivato all'ente in conseguenza di una degenza non sorretta da valida giustificazione terapeutica, comprovata da carenza di informazioni trascritte sulla cartella clinica e da frequenti permessi d'uscita dall'ospedale rilasciati al paziente. C.Conti reg. Trentino Alto Adige, sez. giurisd., 10 luglio 2000, n. 289.

[13](#)art.1 lett.b D.p.r. 14.3.1974 n°225.

[14](#)Art.5 D.p.r. 14.3.1974 n°225.

[15](#)Tribunale di Bari, sentenza n. 2207/06 - Giudice unico Angarano. Non può ravvisarsi la responsabilità dell'ente ospedaliero nel caso in cui, su richiesta del paziente, venga rilasciata una copia della cartella clinica non conforme alle disposizioni delle circolari ministeriali in materia, per incompletezza del documento, mancanza dei nominativi di alcuni dei medici che hanno preso parte all'intervento chirurgico, mancanza del numero progressivo della cartella e assemblaggio occasionale dei fogli. Le circolari ministeriali sono atti interni della Pubblica Amministrazione che vincolano gli uffici dipendenti a un certo comportamento, nello svolgimento dell'attività ma non possono far sorgere il diritto soggettivo a favore del paziente alla compilazione della cartella clinica In modo conforme alle direttive.

16Sussiste la responsabilità solidale della Usl e dei medici da essa dipendenti per i danni da questi cagionati al paziente nell'esecuzione dell'attività terapeutica. Sussiste, inoltre, la responsabilità diretta della Usl per i danni conseguenti all'erronea compilazione della cartella clinica da parte dei sanitari. Trib. di Terni 3/10/1998.

17La imperfetta compilazione della cartella clinica (la cui corretta compilazione e tenuta compete al sanitario) non può pregiudicare il paziente, nel caso in cui non si possono trarre utili elementi di valutazione della condotta del medico. Se il documento clinico è incompleto possono essere ammesse presunzioni logiche come fonti di prova. Cassazione Civile, sezione III, 21 luglio 2003, n. 11316.

18Cass. penale, sez. V, 13989/2004. La documentazione clinica, in virtù della sua funzione pubblica, non appartiene a colui che la redige. E' quindi vietato alterare il significato della cartella, anche se il documento rimane nella disponibilità materiale del medico. Nell'ipotesi di una annotazione errata, è quindi lecito solo ripetere successivamente l'annotazione corretta, senza modificare le precedenti scritte.

19C. Conti reg. Veneto, sez. giur., 22/1/97, n. 36/E. In caso di intervento sanitario con esito infausto, il medico può essere dichiarato esente da responsabilità solo quando abbia agito attenendosi alle regole della scienza e l'evento si sia verificato per cause a lui non imputabili, o quando vi sia stato un errore professionale sempreché questo non sia a sua volta determinato da negligenza, imprudenza o imperizia; sussiste, pertanto, la responsabilità di un ostetrico il quale, a seguito di mancata o non esauriente compilazione della cartella clinica, non ha tenuto conto dei suggerimenti del medico curante della partoriente che indicava l'opportunità del taglio cesareo, trattandosi di parto distocico, e che ha dimostrato imperizia e imprudenza nella fase espulsiva del feto, non facendo ricorso alla manovra di Jacquenier e optando invece per una traumatizzante manovra di disimpegno delle spalle, provocando alla neonata la frattura dell'omero destro e lo strappo del plesso bronchiale sinistro con successiva grave invalidità permanente.

20Ai fini del delitto previsto dall'art. 479 c.p., la cartella clinica rientra nella categoria degli atti pubblici, ove sia redatta dal medico di un ospedale pubblico, essendo caratterizzata dalla produttività di effetti costitutivi, traslativi, modificativi o estintivi rispetto a situazioni giuridiche soggettive di rilevanza pubblicistica, nonché dalla documentazione di attività compiute dal pubblico ufficiale che redige l'atto. Né esso perde tale qualifica se manchi della sottoscrizione, salvo che non esista la possibilità di identificarne l'autore e sempre che la legge con richieda ad substantiam la sottoscrizione stessa, poiché tale requisito concerne l'integrità formale dell'atto e non già la sua esistenza giuridica e la sua validità. Cassazione penale, sez. V, 17 dicembre 1992.

La cartella clinica redatta dal medico di un pubblico ospedale non può ritenersi, per ciò solo ed "in toto", atto pubblico munito di fede privilegiata, dovendo tale particolare efficacia probatoria intendersi limitata alla sua provenienza dal pubblico ufficiale ed ai fatti che il pubblico ufficiale attesta essere avvenuti in sua presenza o essere stati da lui compiuti. Cassazione penale, sez. V, 24 ottobre 1980.

Deve essere considerato atto pubblico, in quanto esplicazione di potere certificativo e partecipe della natura pubblica dell'attività sanitaria cui si riferisce, non solo la cartella clinica tenuta da una struttura pubblica, ma anche - in virtù della delega di pubbliche funzioni conferita al soggetto privato dal servizio sanitario nazionale - quella tenuta da una casa di cura convenzionata con detto servizio. (Fattispecie in tema di falsità ideologica commessa da medici in una cartella clinica tenuta da una casa di cura convenzionata). Cassazione penale, sez. un., 11 luglio 1992.

La cartella clinica acquista il carattere di definitività in relazione ad ogni singola annotazione ed esce dalla sfera di disponibilità del suo autore nel momento stesso in cui la singola

annotazione viene registrata. Ogni annotazione assume pertanto autonomo valore documentale e spiega efficacia nel traffico giuridico non appena viene trascritta, con la conseguenza che una successiva alterazione da parte del compilatore costituisce falsità punibile, ancorché il documento sia ancora nella sua materiale disponibilità in attesa della trasmissione alla direzione sanitaria per la definitiva custodia. Cassazione penale, sez. V, 1 dicembre 1987.

La cartella clinica adempie la funzione di diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti per cui gli eventi devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi. Pertanto la cartella clinica acquista il carattere di definitività in relazione ad ogni singola annotazione ed esce dalla disponibilità del suo autore nel momento stesso in cui la singola annotazione viene registrata. Ne consegue che (all'infuori della correzione di meri errori materiali) le modifiche e le aggiunte integrano un falso punibile, anche se il soggetto abbia agito per ristabilire la verità, perché violano le garanzie di certezza accordate agli atti pubblici. Cassazione penale, sez. V, 20 gennaio 1987.

La cartella clinica redatta da un medico di un ospedale pubblico è caratterizzata dalla produttività di effetti incidenti su situazioni giuridiche soggettive di rilevanza pubblicistica, nonché dalla documentazione di attività compiute dal pubblico ufficiale che ne assume la paternità: trattasi di atto pubblico che esplica la funzione di diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti, sicché i fatti devono esservi annotati contestualmente al loro verificarsi. Ne deriva che tutte le modifiche, le aggiunte, le alterazioni e le cancellazioni integrano falsità in atto pubblico, punibili in quanto tali; nè rileva l'intento che muove l'agente, atteso che le fattispecie delineate in materia dal vigente codice sono connotate dal dolo generico e non dal dolo specifico. Cass. Pen. sez. V 26/11/97 n. 1098.

La cartella clinica, della cui regolare compilazione è responsabile il primario, adempie la funzione di diario del decorso della malattia e di altri fatti clinici rilevanti, attesa la sua funzione di diario, i fatti devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi. Ne consegue che l'annotazione postuma di un fatto clinico rilevante integra il reato di falso materiale in atto pubblico di cui all'art. 476 c.p. Cassazione penale, sez. V, 21 aprile 1983.

Ha natura di atto pubblico (**Falso in atto pubblico**) la cartella clinica redatta dal medico dipendente di una clinica convenzionata con il ministero della sanità. Cassazione penale, sez. V, 21 gennaio 1981.

Il falso materiale e il falso ideologico sono ravvisabili anche quando la falsificazione, ad opera di un pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio, avviene a mezzo di supporto informatico.

Il reato è previsto dall'**articolo 491/bis del Codice penale**: falsità in documenti informatici. Cassazione, 14 marzo/12 maggio 2003.

E' falso ideologico non aver annotato nella cartella clinica il prelievo "andato male" in una amniocentesi.

I medici che effettuano l'amniocentesi (l'intervento acquista indubbia valenza alla luce delle conseguenze che ne possono derivare) hanno l'obbligo di annotare nella cartella clinica tutti i prelievi di liquido amniotico effettuati, compresi quelli ematici anche se giudicati inutili ai fini dell'indagine genetica.

Infatti, data la funzione della cartella clinica (peraltro nella fattispecie con natura di atto pubblico) di diario clinico degli interventi del medico e dei relativi fatti clinici rilevanti, tutti gli eventi devono essere annotati contestualmente e conformemente al loro verificarsi. Cassazione n. 22694/2005.

In tema di falsità materiale, l'espressione "esercizio delle sue funzioni", cui il legislatore fa ricorso per sanzionare più severamente il falso commesso dal pubblico ufficiale, deve riferirsi all'ambito di competenza funzionale dello stesso. A ciò consegue che, se nell'agente

non è mai venuta meno tale qualifica, l'alterazione che costui abbia compiuto di un atto pubblico viene correttamente ricondotta sotto la previsione dell'art. 476 c.p. e non sotto quella della falsità materiale commessa da privato. (Fattispecie relativa ad un medico, dipendente ospedaliero, condannato, nella fase di merito, per avere alterato una cartella clinica, precedentemente da lui redatta in modo corretto. La difesa dell'imputato ricorrente aveva sostenuto che l'esercizio delle funzioni era cessato con la originaria compilazione della cartella e che, quindi, la successiva alterazione poteva, al più, ricondursi alla fattispecie incriminatrice di cui all'art. 482 c.p. La S.C., nell'enunciare il principio sopra riportato, ha rigettato il ricorso).Cass. pen. Sez. V 11/1/2000 n. 4679.

La sostituzione della cartella clinica originaria con altra, fatta depositare presso la struttura e destinata a fungere da originale, in sostituzione di quella già assoggettata a cancellazioni ed addizioni, integra un fatto di falso documentale, facendo apparire formato un unico atto rappresentativo di una diversa realtà. L'intento di ristabilire la verità affettuale, non rileva ai fini della configurabilità del falso in atto pubblico, salvo l'ipotesi della correzione di errori materiali. Cass. pen. Sez. V 24/1/1983 n. 9423, 6/2/1986 n. 4818, 20/1/1987 n. 3632, 14/12/2004 n. 48086.

Il potere di disposizione riconosciuto al primario sulla cartella clinica, in base all'articolo 7 del DPR 27 marzo 1969 numero 128 (è responsabile della corretta compilazione delle cartelle cliniche, dei registri ospedalieri e della loro conservazione, fino alla consegna all'archivio centrale), è testualmente funzionale, appunto, ad assolvere l'obbligo della conservazione della documentazione medica fino alla consegna all'archivio centrale. Di conseguenza è evidente da un lato che la cartella fino alla consegna non può che restare conservata nell'ente ospedaliero e dall'altro lato che questo potere del primario non può mai risolversi nel nascondere l'atto, in modo da renderlo indisponibile. Un siffatto comportamento sfocia nel reato di falso ([articolo 476 C.P.](#)) per soppressione in atto pubblico ([articolo 490 C.P.](#)), riscontrato a carico di un primario al quale era stato contestato di aver sottratto e nascosto nella propria abitazione la cartella clinica relativa al ricovero di una paziente, tra l'altro ancora presente nella struttura sanitaria. Cassazione penale sez.V., 14 dicembre 2004, n° 48086.

21In tema di prova documentale, la circostanza che un atto sia formato con il concorso di persone che, successivamente, sia chiamata a rendere dichiarazioni nel processo (come imputati, testimoni o in altra veste) non esclude la natura di documento dell'atto medesimo e non produce effetti sulla sua utilizzabilità in giudizio, salvo l'obbligo per il giudice di verificarne l'attendibilità con particolare rigore, qualora i contenuti del documento possono essere stati falsati in vista delle possibili conseguenze. (In applicazione di tale principio, la Corte ha disatteso l'eccezione di inutilizzabilità di annotazioni, contenute nella cartella clinica, redatta da persona sottoposta ad indagini in procedimento connesso).Cass. pen. sez. IV 9/3/2001 n. 28132.

L'affermazione in sentenza d'una verità sperimentale, collegata alle risultanze probatorie del processo, lungi dall'essere scienza privata del giudice, costituisce apprezzamento delle prove e dunque tipica espressione del libero convincimento che si porge come ripudio degli schemi inquisitori. (Nella specie i giudici di merito, dopo aver premesso che "gli edemi si manifestano progressivamente nel tempo", avevano verificato l'anzidetta premessa con specifico riferimento ad alcune circostanze del processo, come i referti medici e la cartella clinica). Cass. penale, sez. I, 12 giugno 1979.

La possibilità, pur rigorosamente prospettata sotto il profilo scientifico, che la morte della persona ricoverata presso una struttura sanitaria possa essere intervenuta per altre, ipotetiche cause patologiche, diverse da quelle diagnosticate ed inadeguatamente trattate, che non sia stato tuttavia possibile accertare neppure dopo il decesso in ragione della

difettosa tenuta della cartella clinica o della mancanza di adeguati riscontri diagnostici (anche autoptici), non vale ad escludere la sussistenza di nesso eziologico tra la colposa condotta dei medici in relazione alla patologia accertata e la morte, ove risulti provata la idoneità di tale condotta a provocarla. Cass. civ., sez.III, 13/9/2000 n. 12103 – Cod. civ. art. 2236.

Quando la corretta esecuzione di un intervento chirurgico richiede il compimento di una determinata operazione, e questa non risulti dalla cartella clinica, sussiste una presunzione "juris tantum" di omissione a carico del medico, il quale avrà l'onere, se vuole andare esente da responsabilità di provare di avere effettivamente compiuto l'operazione non annotata nella cartella clinica. Tribunale Roma, 28 gennaio 2002.

Sussiste il dolo dell'assicurato (valore probatorio del contenuto della cartella clinica per il contratto di assicurazione) ai sensi dell'art. 1892 c.c., allorché questi, sottoposto ad un intervento chirurgico (di quadruplici by-pass aortocoronarico) integrante il rischio dedotto nel contratto di assicurazione privata contro le malattie, abbia dichiarato nella cartella clinica di ricovero una pregressa infermità (di arteriopatia obliterante agli arti inferiori), taciuta, invece, nel questionario medico al contratto; quest'ultimo, peraltro, predisposto in modo sufficientemente specifico da mettere in condizione l'assicurato di valutare l'intento perseguito dall'assicuratore. Corte appello Roma, 16 febbraio 1995.

Le attestazioni contenute in una cartella clinica sono riferibili ad una certificazione amministrativa per quanto attiene alle attività espletate nel corso di una terapia o di un intervento, mentre le valutazioni, le diagnosi o comunque le manifestazioni di scienza o di opinione in essa contenute non hanno alcun valore probatorio privilegiato rispetto ad altri elementi di prova; in ogni caso, le attestazioni della cartella clinica, ancorché riguardante fatti avvenuti alla presenza di un pubblico ufficiale o da lui stesso compiuti (e non la valutazione dei suddetti fatti) non costituisce prova piena a favore di chi le ha redatte, in base al principio secondo il quale nessuno può preconstituire prova a favore di se stesso. Cass. civ. sez.III, 27/9/99 n. 10695. (C.C. artt. [2699](#) - [2700](#) - c.p.c. artt. [115](#) - [116](#)).

L'odontoiatra incaricato della predisposizione ed applicazione di protesi viola gravemente i doveri inerenti alla propria attività professionale - ed è pertanto tenuto a risarcire il danno biologico e patrimoniale cagionato al paziente - nel caso di errata progettazione delle protesi, di prematura protesizzazione definitiva e di omessa annotazione sulla cartella clinica dei dati relativi allo stato parodontale del paziente. Pretura Modena, 9 luglio 1993.

Non rispondono del reato di cui all'art. 19, comma 5 legge n. 194 del 1978, i medici del servizio ostetrico-ginecologico di un ente ospedaliero, i quali abbiano effettuato interruzioni di gravidanza su donne minorenni, dopo il novantesimo giorno dall'inizio della gestazione, certificando direttamente nella cartella clinica la sussistenza dei processi patologici previsti all'art. 6, lett. b), della stessa legge. Tribunale Milano, 22 giugno 1993.

In materia pensionistica di guerra non può ritenersi dipendente da fatto bellico una frattura alla colonna vertebrale riportata da civile in mancanza di qualsivoglia documentazione sanitaria attestante ricoveri in strutture mediche pubbliche o private coevi alla dichiarata epoca dell'evento, dovendosi, piuttosto, detta lesione ricollegare ad una caduta accidentale per le scale come risulta dall'anamnesi familiare e personale riportata nella cartella clinica dell'ospedale .civile. di Caserta e da certificato medico di parte. Corte dei Conti, sez. V, 11 /12/93, n. 66977.

In materia pensionistica di guerra non può ritenersi tempestivamente constatata una infermità ove vi sia incertezza sull'esatta individuazione della infermità stessa in mancanza di elementi probatori concordanti (nella specie la domanda pensionistica, il certificato del medico di parte, il foglio notizie e la cartella clinica). Corte dei Conti, sez. V, 1 luglio 1991, n. 65338.

Nel giudizio pensionistico di guerra, è ammissibile il ricorso per revocazione che trovi il proprio fondamento nel rinvenimento, successivo alla decisione giurisdizionale, di cartella clinica attestante il ricovero ospedaliero durante il servizio di guerra, documento di cui non risulta che il ricorrente fosse precedentemente a conoscenza ancorché si fosse attivato presso i competenti organi medico-sanitari per il reperimento di tutta la documentazione di rilievo. Corte dei Conti, sez. IV, 15 febbraio 1991, n. 70983.

Qualunque evento non sia stato annotato nella cartella clinica, non viene preso in considerazione anche se la circostanza potrebbe discolorare il medico. Nella fattispecie, l'evento lesivo patito dal neonato viene imputato alla imperizia professionale del ginecologo, il quale non ha provveduto alla intubazione del bambino. I giudici hanno sottolineato che, dall'esame del certificato di assistenza al parto e della cartella clinica, peraltro compilati in modo carente, non risultava si fossero presentate situazioni tali da impedire l'intubazione del neonato, provvedimento che avrebbe evitato il grave danno al bambino. La Corte ha ritenuto "presuntivamente" che, non essendo annotata né nella cartella clinica né nel certificato di assistenza al parto, alcuna circostanza che spiegasse la mancata intubazione, doveva ritenersi per "provato" che nulla di ciò si fosse verificato e, pertanto, la grave e irreversibile patologia causata al bambino doveva ritenersi in modo "certo" all'errore professionale del medico presente al parto, sbaglio "desumibile per presunzione" dalla carente compilazione del certificato di assistenza al parto e della cartella clinica. Cassazione sezione 3 civile, 27 luglio 2003, n. 11316.

Le attestazioni contenute in una cartella clinica sono riferibili ad una certificazione amministrativa per quanto attiene alle attività espletate nel corso di una terapia o di un intervento, mentre le valutazioni, le diagnosi o comunque manifestazioni di scienza o opinione in essa contenute non hanno valore probatorio privilegiato rispetto ad altri elementi di prova; in ogni caso, le attestazioni della cartella clinica, ancorché riguardante fatti avvenuti in presenza di un pubblico ufficiale o da lui stesso compiuti (e non la valutazione dei suddetti fatti) non costituisce prova piena a favore di chi le ha redatte, in base al principio secondo il quale nessuno può precostituire prova a favore di se stesso. Cassazione 27 settembre 1999 n.10695.

In tema di responsabilità professionale del medico-chirurgo, compete al medico, tutte le volte che il caso affidatogli non sia di particolare complessità, provare che l'insuccesso del suo intervento è stato incolpevole e non al paziente dimostrane la colpa. Cassazione sezione 3 21 luglio 2003 n. 11316 (in precedenza: Cassazione sez.III civ. 18 sett.1980).

22Laddove il danno lamentato da una paziente sia stato unicamente ricondotto all'impossibilità di ricostruire e valutare l'idoneità delle cure ad essa prestate dall'Ente Ospedaliero a causa dello smarrimento della cartella clinica, detto danno non sussiste ove, dalla documentazione prodotta nella causa da entrambe le parti, sia agevole la ricostruzione del percorso diagnostico-terapeutico dal momento del ricovero fino al momento dell'intervento.

Sussiste invece una responsabilità contrattuale dell'ente ospedaliero per inadempimento al dovere di custodia, in carenza di prove che tale inadempimento è stato incolpevole. Tribunale di Genova sezione II, sentenza del 13 dicembre 2006.

23Al fine di garantire il principio della trasparenza dell'attività sanitaria, il paziente ricoverato o altra persona dallo stesso espressamente autorizzata per iscritto può prendere visione della cartella clinica e della documentazione nella stessa contenuta in circostanza di ricovero.

24La cartella clinica può essere rilasciata all'interessato, munito di documento di riconoscimento o al delegato munito di documento di riconoscimento proprio, delega firmata e di documento di riconoscimento del delegante. I reperti istologici o biotipici

riferiti ed esami eseguiti in regime di ricovero sono rilasciati dietro specifica richiesta. Al momento del rilascio l'avente diritto dovrà sottoscrivere l'impegno a restituire il materiale ritirato. I vetrini devono essere restituiti anche se rotti; la mancata restituzione costituisce reato. Potranno essere rilasciati in accordo con il Direttore o Primario dall'Istituto o Reparto interessato anche parte dei vetrini e dei reperti tali da non incidere sulla significatività delle serie riguardanti casi clinici.

I reparti consegnati all'interessato dovranno recare un timbro dell'Azienda o sigla di riconoscimento apposta dalla Direzione Sanitaria, onde impedire eventuali sostituzioni colpose o dolose.

E' fatto obbligo ai pazienti che effettuano l'esame istologico ambulatoriale il ritiro entro una data prestabilita, esonerando l'amministrazione da qualsiasi responsabilità in caso di mancato ritiro. Al fine di conservare presso l'ospedale la documentazione necessaria a conferma degli atti medici eseguiti durante i ricoveri, verranno rilasciate le copie delle radiografie in originale, dietro richiesta dell'interessato e pagamento di quanto appositamente stabilito dall'Amministrazione con apposito atto deliberativo.

Quando il trattamento concerne dati idonei a rivelare lo stato di salute o la vita sessuale, il trattamento è consentito (art. 60 del d.lgs. n. 196/2003) se la situazione giuridicamente rilevante che si intende tutelare con la richiesta di accesso ai documenti amministrativi è di rango almeno pari ai diritti dell'interessato, ovvero consiste in un diritto della personalità o in un altro diritto o libertà fondamentale e inviolabile. Il fine dello scioglimento del vincolo matrimoniale costituisce una situazione giuridica di rango almeno pari alla tutela del diritto alla riservatezza dei dati sensibili relativi alla salute, in quanto involgente un significativo diritto della personalità. Consiglio di Stato sez. V - sentenza 14 novembre 2006 numero 6681.

25La cartella clinica può essere rilasciata in copia, dietro specifica richiesta, al paziente minore emancipato che presenta idonea certificazione (art. 390 c.c.). La cartella clinica od altra documentazione sanitaria del minore adottato può essere rilasciata in copia solo ai genitori adottanti che abbiano perfezionato l'atto di adozione, dietro presentazione di regolare documento di idoneità e di documento che certifichi l'adozione; solo in caso di impossibilità dichiarata dagli adottanti, la cartella clinica del minore può essere rilasciata ai parenti adottivi più prossimi del minore. Nel caso in cui nella cartella clinica od in altra documentazione sanitaria risultasse la paternità o la maternità originaria questa, a garanzia del segreto d'ufficio, non potrà essere portata a conoscenza di nessuno salvo autorizzazione espressa dall'autorità giudiziaria. L'interdetto per grave infermità (art. 414 c.c.) è rappresentato dal tutore il quale, producendo la certificazione idonea ad attestare il proprio stato, è legittimamente autorizzato a ricevere copia di cartella clinica. Analogamente l'inabilitato per infermità di mente (art. 415 c.c.) alcoolismo, tossicodipendenze, sordomutismo o cecità è assistito dal curatore il quale, producendo la certificazione idonea ad attestare il proprio stato, è legittimamente autorizzato a ricevere copia di cartella clinica. Il funzionario nel momento del rilascio potrà riconoscere lo stato di interdizione o di inabilitazione dalla copia integrale dell'atto di nascita, o dalla copia della sentenza, da cui risulteranno i motivi e l'indicazione del tutore o del curatore.

La cartella clinica può essere rilasciata a terzi previo il consenso dell'interessato o previa autorizzazione della competente autorità amministrativa o giudiziaria per finalità legittime previste dall'ordinamento giuridico (Cassazione penale, sez. III, sentenza 30150/2002).

Il figlio naturale ha diritto alla esibizione della cartella clinica relativa alla propria nascita, utile ai fini della prova nell'instaurando giudizio per la dichiarazione giudiziale di maternità naturale e pertanto, ricorrendo il timore della distruzione del documento, può esserne disposto il sequestro. Tribunale Roma, 7 giugno 1980.

Nei confronti del soggetto che, rispetto alla conoscenza ed alla disponibilità di un determinato documento amministrativo, vanta un vero e proprio diritto soggettivo non assume alcuna influenza la questione dell'efficacia del diritto di accesso subordinatamente all'adozione dei decreti previsti dall'art. 24 l. 7 agosto 1990 n. 241, venendo piuttosto in considerazione la norma di diritto sostanziale che, a prescindere dalla legge n. 241 cit., fonda il diritto in questione e risulta assistita, sul piano dei rimedi giustiziali, dal procedimento contemplato nell'art. 25 comma 5 legge n. 241 cit. (Nella specie, è stato riconosciuto il diritto di coerede di persona defunta in ospedale ad ottenere dalla direzione sanitaria copia della cartella clinica, con contestuale accoglimento del ricorso giurisdizionale volto ad ottenere, ai sensi dell'art. 25 comma 5 legge n. 241 cit., l'esibizione del documento in questione). T.A.R. Piemonte, sez. II, 19 marzo 1992, n. 65.

[26](#) L'autorità sanitaria nella persona del Ministero della Sanità, Assessore Regionale, Sindaco può ottenere senza alcun aggravio di spesa e per provati motivi di tutela della salute pubblica, copia di cartella clinica. Nella richiesta, su carta intestata, dovrà risultare il motivo e la dizione specifica "a tutela della salute pubblica". Può essere richiesta copia della cartella clinica anche da altro ospedale.

[27](#) Gli enti previdenziali ottengono la cartella clinica di pazienti in vita o defunti solo qualora la causa dell'infortunio o della malattia sia di ordine professionale. La richiesta verrà effettuata su carta intestata.

[28](#) A seguito di esplicito ordine scritto su carta intestata da parte dell'autorità giudiziaria dovrà essere rilasciata copia autenticata della cartella clinica od altra documentazione clinica ai sensi dell'art. 256 c.p.p., i funzionari e gli addetti dell'amministrazione sono tenuti a consegnare anche la documentazione in originale se così è ordinato, "salvo che dichiarino per iscritto che si tratti di segreto inerenti al loro ufficio o professione". In quest'ultimo caso l'autorità giudiziaria, se ritiene di non potere procedere senza l'acquisizione della documentazione clinica, potrà ai sensi dell'art. 256 co.2 c.p.p., ordinare il sequestro.

[29](#) Copia della cartella clinica di un defunto può essere richiesta dai legittimari della stesso (ex. art. 536 c.c.) e precisamente: il coniuge, i figli legittimi, i figli naturali, in mancanza dei predetti gli ascendenti legittimi, nonché, dagli eredi testamentari. Al momento del rilascio il richiedente dovrà presentare una autocertificazione attestante la qualità di legittimo erede, la relazione di parentale esistente con il defunto nonché l'indicazione dei dati anagrafici del paziente, della data di entrata, dimissione o decesso e l'indicazione precisa della clinica/reparto in cui il paziente è stato ricoverato. Quando le persone indicate nel comma precedente siano più e vi è dissenso, decide l'autorità giudiziaria.

[30](#) Il personale sanitario interessato a esaminare la documentazione clinica per motivi di ricerca e di studio potrà essere autorizzato alla consultazione del Direttore Sanitario dietro specifica richiesta. Nel caso in cui la documentazione non sia stata trasferita presso l'archivio centrale l'autorizzazione dovrà essere richiesta al Primario responsabile del reparto; la consultazione dovrà avvenire in locali idonei, tranne casi eccezionali non potrà mai essere rilasciata copia di documentazione clinica (che comunque non dovrà riportare gli elementi identificativi del paziente) conformemente all'art. 10 del Codice Deontologico: *"Il medico deve tutelare la riservatezza dei dati personali e della documentazione in suo possesso riguardante le persone anche se affidata a codici o sistemi informatici...Nelle pubblicazioni scientifiche di dati clinici o di osservazioni relative a singole persone, il medico deve assicurare la non identificabilità delle stesse. Analogamente il medico non deve diffondere, attraverso la stampa o altri mezzi di informazioni, notizie che possono consentire la identificazione del soggetto cui si riferiscono"*.

[31](#) Garamte Privacy, Autorizzazione 2/1998.