



La documentazione: sintesi dei profili di responsabilità

F. PALLADINO

Ospedale casa sollievo della sofferenza-ufficio accettazione ricoveri-spedalità-Direzione Sanitaria

Laurea in giurisprudenza - Laurea in Scienze Infermieristiche

Master in management per le funzioni di coordinamento

Abstract

La cartella clinica come quella infermieristica, sono ritenuti ormai strumenti imprescindibili e univoci ai fini assistenziali e redatti dalla integrazione multidisciplinare dei vari professionisti che vi concorrono. Trattandosi di atto pubblico, la documentazione oltre alla finalità assistenziale che ricopre è anche uno strumento medico-legale dove, in un'ottica di prevenzione degli eventi avversi nonché delle varie forme di responsabilità, risulta fondamentale la consapevolezza da parte dell'infermiere dell'importanza della corretta compilazione in virtù della deontologia professionale e degli istituti giuridici che disciplinano tale attività.

L'intento di tale pubblicazione, è quello di offrire una panoramica non certo esaustiva ma chiara su alcune discipline legislative in materia di responsabilità, con riguardo alla documentazione sanitaria e non solo, ma anche di stimolare la sensibilità del professionista ad una maggiore consapevolezza sul tema della responsabilità professionale che, negli ultimi anni, ha assunto un'importanza crescente nell'ambito sanitario parallelamente al notevole incremento dei contenziosi.

Abstract

The medical records such as nursing, are now considered essential and univocal tools for welfare purposes and written by the multidisciplinary integration of the various professionals who compete. Being a public document, the documentation in addition to the purpose of care that covers is also a medical-legal instrument where, with a view to preventing adverse events and the various forms of responsibility, it is essential the awareness of the nurse of the importance of the correct compilation in virtue of the professional deontology and of the juridical institutes that regulate this activity.

The intent of this publication is to offer an overview that is certainly not exhaustive but clear on some legislative disciplines regarding liability with regard to health documentation and not only, but also to stimulate the sensitivity of the professional to a greater awareness on the issue of professional responsibility which, over the last few years, has assumed an increasing importance in the health trade in parallel with the considerable increase in disputes.

Introduzione

La prima e rudimentale forma di documentazione clinica fu ideata e realizzata da Ippocrate nel 500 a.c. e, il pregio di tale invenzione consisteva proprio nella descrizione del decorso della malattia con l'utilizzo di espressioni abbreviate e definizioni standardizzate. Col passare dei secoli ovviamente la documentazione ha subito trasformazioni evolvendosi parallelamente, grazie allo stesso avvenire delle professioni sanitarie dove, nel 1992 vennero delineate le connotazioni dal Ministero della Sanità definendola "*Lo strumento informativo individuale integrato (cartella clinica e infermieristica) finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero*" (1). Dalla definizione di cartella clinica rilasciata nel 1992 a oggi, sono seguiti numerosi cambiamenti legati essenzialmente all'impalcatura normativa e deontologica del tutto evoluta, ampliata e inequivocabile. Grazie al D.P.R. 384, 28 novembre 1990 è avvenuto il formale riconoscimento della cartella infermieristica e, per anni, i due strumenti, così come i professionisti dell'assistenza, sono stati considerati da un'anacronistica *forma mentis* come due binari. Come sancito dall'art. 32 della Costituzione, oramai non risulta più possibile, ne tantomeno tollerabile, tale differenziazione. Nonostante fossero due realtà distinte e separate è ora indispensabile considerarle come un'unica realtà **integrata** avente un'unica finalità: "La Tutela della Salute della Persona".

Di fatti, la documentazione clinica integrata, di seguito indicata solo come documentazione, rientra da *corpus normativo* nella fattispecie degli atti pubblici, e ciò in ragione del fatto che essa è "Esplicazione del potere certificativo della natura pubblica dell'attività sanitaria cui si riferisce" (2). Trattandosi pertanto di atto pubblico (3), secondo il combinato disposto

artt. 2699-2700 c.c. la documentazione, è uno scritto dovuto ad una persona che in esso si palesa, contenente esposizioni di fatti e dichiarazioni di volontà (4), ed è un atto pubblico di fede privilegiata contrastabile solo a querela di falso.

Con particolare riferimento all'atto pubblico, risulta necessario anche far luce sull'inquadramento giuridico dei professionisti sanitari dove, secondo le connotazioni delineate dall'art. 357 c.p., si individuano i pubblici ufficiali in coloro i quali esercitano una pubblica funzione legislativa, giudiziaria o amministrativa disciplinata da norme di diritto pubblico e da atti autoritativi, caratterizzata dallo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi e certificativi. Differentemente, gli incaricati di pubblico servizio, (infermieri, tecnici, ostetriche, ecc...) individuati attraverso l'art. 358 c.p., svolgono le medesime funzioni senza le peculiarità dei poteri autoritativi e certificativi che contraddistinguono i primi. Nello specifico, fino al 1999, la cartella o documentazione infermieristica, essendo redatta da incaricato di pubblico servizio, aveva il riconoscimento di atto pubblico in senso lato e non poteva avere la stessa efficacia probatoria della cartella clinica (intesa come cartella medica), in quanto documento non preconstituito a garanzia della pubblica fede e soprattutto non redatto da pubblico ufficiale autorizzato dalla speciale funzione certificatrice (6). Questo concetto è stato riconsiderato alla luce della L.42/1999, messa in correlazione ad una sentenza della Corte di Cassazione (7). La stessa Suprema Corte afferma infatti che la connotazione giuridica di un professionista sanitario è da intendersi in senso funzionale, ovvero in relazione al contesto in cui opera e all'attività da lui svolta, ma non semplicemente in relazione al ruolo professionale ricoperto. Di conseguenza anche l'infermiere può essere alternativamente pubblico ufficiale (durante la redazione o compilazione della documentazione sanitaria) o incaricato di pubblico servizio, facendo cadere qualsiasi dottrinale distinzione fra le documentazioni redatte da i vari professionisti sanitari (8).

Oltre al D. Lgs. 196/2003, al regolamento UE679/2016 e agli istituti normativi che prevedono al momento della creazione del fascicolo sanitario l'inserimento di tutta la documentazione prodotta in circostanza di ricovero, la compilazione della documentazione è disciplinata dai relativi codici deontologici che ne dettano le regole di condotta ed anche da altri importanti riferimenti normativi. La Norma ISO9001:2015, ad esempio, specifica i requisiti necessari per realizzare un sistema di gestione della qualità utile a migliorare l'organizzazione di una azienda produttrice di beni e servizi, ponendola nelle condizioni di dimostrare all'utente la propria capacità di produrre in modo conforme quanto dichiarato.

Il professionista sanitario, rientrando nella disciplina delle professioni intellettuali, in virtù degli istituti normativi che lo vedono coinvolto nella molteplicità di processi relativi alla propria professione (nonché alla documentazione sanitaria), è un professionista che lavora a stretto contatto con rischi di varia natura, dove, secondo gli artt. 2 e 32 della Costituzione e a un'importante sentenza della Corte di Cassazione (9), viene stabilito che gli operatori

sanitari sono tutti portatori “ex lege” di una posizione di garanzia con l’obbligo della solidarietà. In linea generale, l’attribuzione di tale posizione determina un maggior onore di consapevolezza per il titolare, spesso accompagnato da un ampliamento della nozione di prevedibilità degli eventi avversi, in quanto correlata al fatto che l’assuntore della posizione di garanzia è tenuto a conoscere i propri doveri di impedimento dell’evento dannoso evitando di commettere reati di natura penale (10). Restando nel tema, possiamo ben comprendere che ogni professionista ha il dovere di **controllare** il proprio contesto eliminando ogni fonte di rischio e **proteggere** il “bene salute” da ogni forma di pericolo che ne possa minacciare l’integrità, in quanto la posizione di riferimento poggia il suo costrutto anche sull’art. 40 c.p. co. 2 in base al quale “non impedire un evento che si ha l’obbligo giuridico di impedire equivale a cagionarlo”.

La condotta, quindi, che viola un comando o un divieto imposto dalla legge assume particolare rilevanza penale, sostanziandosi in un’**azione** od **omissione**. La prima si configura in ogni comportamento attivo ed operoso generando i c.d. reati commissivi, mentre l’**omissione** si configura in comportamenti passivi o inattivi, che si evidenziano nella mancanza di azione o reazione sfociando successivamente nei reati omissivi. Tale condotta omissiva è strettamente legata all’evento per il tramite del nesso di causalità, la quale è stata oggetto di diverse elaborazioni dottrinali, dove la più nota è la c.d. **teoria della “conditio sine qua non” (o della equivalenza delle cause)**, secondo cui è causa dell’evento ogni singola condizione senza il quale l’evento non si sarebbe verificato, suddividendosi poi in due importanti categorie: reati omissivi propri ed impropri. Si avrà **reato omissivo proprio** quando il colpevole omette di compiere l’azione prescritta dalla norma di comando, e viene punito senza che alla sua condotta consegua un evento naturalistico. Per esemplificare, si pensi al reato di omissione di referto (art. 365 c.p. – peraltro documento da riportare obbligatoriamente nella documentazione se previsto) o dell’omissione di soccorso (art. 593 c.p.). Invece, se dalla mancata realizzazione di un’azione che poteva essere legittimamente attesa dal soggetto-garante deriva un evento penalmente rilevante, si parla di **reato omissivo improprio**, anche detto reato commissivo mediante omissione.

Nel quadro generale della gestione del paziente e in un’ottica di un approccio multidisciplinare, la documentazione rappresenta una fonte di informazione importantissima per qualunque tipo di analisi interna ed esterna, contribuendo notevolmente al c.d. *handover* e integrando, in maniera formale e sostanziale, il passaggio o il trasferimento di consegne verbali e di informazioni cliniche da un setting operativo all’altro. Ciò implica per il professionista sanitario non solo un mero trasferimento delle stesse, ma anche e soprattutto, in termini di *accountability*, la piena responsabilità della totale presa in carico del paziente e della corretta tenuta e compilazione della documentazione. Pertanto, nel trasferimento del paziente e della documentazione, il setting operativo subentrante (per esempio il blocco

operatorio che riceve il paziente dal reparto di degenza), si assumerà l'intera responsabilità riferita al paziente e alla documentazione, integrandovi tutti gli scritti prodotti durante il percorso assistenziale stabilito (referto operatorio, check list, scheda anestesiologicala, scheda per il conteggio delle garze, e tutto ciò che riguarda la tracciabilità di lavaggio e sterilizzazione dello strumentario e presidi con i relativi codici di lotto generati ad hoc) in quanto prodotti in circostanza di ricovero e a certificazione di quanto dichiarato. In altri termini, appare ragionevole la strutturazione della documentazione, ossequiando criteri ben delineati riferiti ai **requisiti sostanziali** (chiarezza, veridicità, rintracciabilità, accuratezza, pertinenza, completezza) e ai **requisiti formali** (intelligibilità della grafia, descrizione epicrisi, precisazione anamnesi, modalità acquisizione consenso, disposizione cronologica rilievi, correzione adeguata di errori materiali), favorendo una più approfondita presa di coscienza da parte degli operatori in ordine alle tematiche correlate alla sicurezza dei processi, ponendo particolare riferimento ai reati legati alla condotta, alla comunicazione verbale, al lavoro in team e alla leadership (11).

Nel lavoro di equipe come in un blocco operatorio inoltre, fra i tanti criteri di carattere generale cui si può ricorrere, il più importante è il **principio di affidamento**: ogni componente del gruppo impegnato in un intervento chirurgico dovrebbe poter confidare nelle capacità e competenze dei collaboratori di adempiere ai compiti affidati, in quanto la suddivisione di questi ultimi nell'equipe operatoria non è codificata per legge ma è riconosciuta nella prassi; fermo restando il principio di responsabilità penale (12), la posizione di garante di ogni componente e il potere di controllo di chi, come il primo chirurgo operatore, in quel dato momento assume la qualifica di responsabile (13). Al termine della procedura chirurgica, dovrà essere altresì allegata tutta la documentazione necessaria comprovando che la stessa procedura sia stata eseguita a regola d'arte ed evitando di incorrere in responsabilità di tipo penalistico e medico-legale, in quanto, essendo la documentazione un atto pubblico, una sua scorretta o mancata compilazione potrebbe configurare reati di falsità materiale (quando il compilatore è persona diversa da quella a cui competeva, nel caso della cartella contraffatta, o quando contiene modifiche successive alla sua stesura definitiva nel caso della cartella alterata) (14), falsità ideologica (15), o rifiuto di atti d'ufficio (16). Nei reati di **falso**, è sufficiente la sola coscienza e volontà dell'alterazione del vero, indipendentemente dallo scopo che l'agente si sia proposto e anche se sia incorso nella falsità per negligenza o imperizia, cagionato da una prassi per rimediare ad un precedente errore (17)(18). Affrontando più da vicino le tematiche relative alla gestione della documentazione nel blocco operatorio, fermo restando le identiche responsabilità per tutti gli altri settori, come disciplinato dal D.P.R. 128 del 27.03.1969, gli infermieri hanno sì la responsabilità relativa alla corretta compilazione della documentazione, ma i coordinatori/capiscala hanno la diretta responsabilità della corretta tenuta della stessa, e dell'archiviazione dei registri operatori presso il proprio

blocco, o la propria unità operativa, per la documentazione nel caso di degenza. Inoltre hanno la diretta responsabilità dell'operato dei propri collaboratori fino a quando, accertata la regolare tenuta e compilazione da parte del direttore di unità a seguito di dimissione del paziente (19), questi, ne dispone il successivo e definitivo trasferimento presso l'archivio centrale nosocomiale dove la totale responsabilità ricadrà in capo al direttore sanitario (20). Ai fini dell'applicazione di buone pratiche, la redazione/compilazione della documentazione, dove concorrono tutti i professionisti sanitari in base alle proprie funzioni e ruoli (21), dovrà essere scrupolosa e priva di correzioni e completamenti tardivi, nonché contenere tutti gli elementi per una piena valutazione dell'attività svolta durante l'orario di lavoro. Non bisognerà aggiungere annotazioni o informazioni al margine, non cancellare o modificare parole e, soprattutto, dati personali e sensibili in essa riportati. Occorrerà porre attenzione nell'annotare tutte le prestazioni diagnostico-assistenziali in modo consequenziale, apponendovi data e firma a garanzia della riconducibilità dell'atto compiuto, e con una grafia facilmente comprensibile (22). Occorre inoltre scrivere effettivamente l'atto compiuto, specie in caso di "deviazione dai protocolli", utilizzare simboli, acronimi e abbreviazioni di uso comune e codificati dall'azienda; evitando di riportare attività compiute da altri colleghi o scrivere per gli stessi; riportare ogni fatto o evento del paziente, le sue reazioni, segni, sintomi e sensazioni. Tutto ciò che viene rilevato personalmente e senza interpretazioni, dovrà essere riportato fra "virgolette" per significare che si tratta di parole del paziente stesso, e sottoscrivere il tutto. Il rifiuto di farmaci o medicinali da parte del paziente, va riportato mettendone in evidenza i motivi (23). È fondamentale correggere eventuali errori di trascrizione tracciando una semplice linea, consentendo la successiva lettura di quanto cancellato ed evitando l'utilizzo di qualunque tipo di correttore (bianchetto) o copertura con inchiostro, riportare fedelmente data e ora consentendo una ricostruzione cronologica degli eventi e sottoscrivere il tutto (24). Gaetano Salvemini, sosteneva che: *"La chiarezza nello scrivere e nel parlare è specchio dell'integrità morale"*. Tant'è vero che, una documentazione compilata o redatta con accuratezza e con terminologia appropriata e conforme ai più consolidati dettati professionali, si conforma al dovere di diligenza di ogni professionista sanitario, precisando inoltre che, l'essenzialità nelle descrizioni non attiene al principio *"Meno si scrive, meno ci si compromette, meglio è"*. In quanto la giurisprudenza ha comprovato che una documentazione sanitaria lacunosa e imprecisa costituisce di per sé un inadempimento di una obbligazione, ove non si dia traccia che il processo di cura sia stato riportato in modo chiaro e intellegibile, le conseguenze, in caso di contenzioso, favoriranno nella fase istruttoria la tesi sostenuta dal paziente (25). A sostegno, secondo la giurisprudenza, nei contenziosi per responsabilità professionale, la carente compilazione o il mancato inserimento nella documentazione di fatti, circostanze o certificati, oltre a configurare a carico del professionista il reato di "omissione di atti d'ufficio" (26), configura altresì una "presunzione di colpa". Si

pensi ad esempio, ad una sentenza del tribunale di Monza (27), dove gli infermieri del blocco operatorio furono ritenuti responsabili per aver omesso nella documentazione la scheda relativa al conteggio delle garze utilizzate per l'intervento chirurgico e tale omissione rappresentò per l'organo giudicante una condotta negligente e imperita, e un'attività "mai espletata". **Ciò che non risulta scritto, non risulta fatto.**

Nella valutazione della corretta prestazione sanitaria, restando sempre in tema di responsabilità, il professionista sanitario è tenuto alla compilazione della documentazione, maggiormente per due ordini di ragioni indicate dal codice civile (28), secondo cui, in virtù di una obbligazione contrattuale, il professionista sanitario è tenuto alla compilazione della documentazione, la cui violazione, oltre a determinare un inadempimento (29), costituisce un difetto del dovere di diligenza (30).

Tutte le professioni sanitarie e intellettuali sono caratterizzate dalla necessità di garantire la prestazione dovuta attraverso una obbligazione di "mezzi o comportamenti" pattuiti, riferiti alla diligenza qualificata e commisurata alla natura dell'attività esercitata. Il professionista sanitario non è obbligato a garantire la guarigione del paziente, bensì ad un comportamento professionalmente adeguato, rivolto sì alla guarigione o, in linea generale, al miglioramento delle sue condizioni di salute. Infine, con riferimento al lavoro d'equipe e alle sue forme di responsabilità, fermo restando la posizione di garanzia di ogni professionista e in riferimento "al principio di affidamento", resta beninteso che qualsiasi prestazione svolta in circostanza e in tempi che non consentono un controllo effettivo da parte di altri professionisti, di cui si possa o meno trovar riscontro nella documentazione, qualora emerga un danno irreparabile che abbia compromesso l'integrità del paziente, il lavoro d'equipe non sarà causa di responsabilità poiché il controllo risulta impossibile (31), pertanto, l'organo giudicante procederà nel configurare la responsabilità attraverso l'accertamento del "nesso causale" rispetto all'evento verificatosi con riguardo alla condotta e al ruolo di ciascun professionista (32).

Concludendo, possiamo rilevare che all'interno della maggior parte dei professionisti sanitari del nostro panorama sanitario, vige una sorta di conflitto interiore: il desiderio di non volersi assumere la responsabilità. Tale percezione è spesso associata a una quasi totale mancanza di coscienza di sé e di consapevolezza. Purtroppo, non è ancora matura la consapevolezza del proprio ruolo, che consentirebbe di uscire dalla gabbia mentale dei condizionamenti. Molti professionisti preferiscono che qualcun'altro dia loro le risposte e le soluzioni giuste, cercando inoltre, qualcuno su cui scaricare la responsabilità. Ormai, al giorno d'oggi, non è più ammissibile accreditarsi un'elevata professionalità senza responsabilità.

Francesco PALLADINO

Bibliografia

1. Definizione Ministero della Salute, 1992
2. Cfr., Cass. Pen., 27.05.1992, in Cass. Pen., 1409 ss, secondo la quale al fine di qualificare la cartella come un atto pubblico è sufficiente la circostanza secondo la quale la tenuta e la conservazione del documento sono disciplinate da norme di diritto pubblico; Cass. Pen., sez.V, 26.11.1997, n.1098, in Cass. Pen., 1999, 153 ss; Cass. Pen., sez. V 23.03.2004 n. 13989, cit. all'insegnamento pressoché costante della Suprema Corte in merito alla natura pubblica della cartella clinica, si sono tuttavia contrapposte alcune voci della dottrina medico-legale(cfr., fra gli altri, MERUSI-BARGAGNA, la cartella clinica, Milano, Giuffrè, 1978; De Pietro-D'Ancora, la cartella clinica, problemi procedurali ed aspetti medico-legali, Napoli, mediserve, 1985; MAGLIONA-IORIO, la regolare compilazione della cartella clinica, in Minerva Medico Legale, 1994, 114 ss; BUZZI-SCLAVI, la cartella clinica: atto pubblico, scrittura privata o tertium genus?, in Riv. It. Medico. legale, 1997, 1164 ss) le quali hanno preferito porre l'accento sulla natura meramente certificata della cartella. L'obiezione al riconoscimento della qualifica di atto pubblico muove in particolare dalla considerazione che a tutt'oggi manca una normativa che delinea il procedimento formativo della cartella e gli ulteriori requisiti di forma e di sostanza di cui all'art. 2699 c.c.. per una attenta ricostruzione del dibattito in seno alla dottrina circa la natura giuridica della cartella clinica, v., Zambrano, op. cit.
3. artt. 2600 e 2700 c.c.;
4. F. Antolisei, Manuale di Diritto Penale, Parte Speciale – volume 2°, edizioni Giuffrè Milano, 1986
5. Cassazione sentenza n. 6209 del 31 marzo 2016.
6. Luca Benci, Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing, McGraw-Hill, 2005, 13, 218;
7. Cassazione, sentenza 8987/1988: “ il pubblico ufficiale è colui che [...] esercita una pubblica funzione, intesa questa in senso oggettivo o funzionale e non soggettivo. Ne consegue che tale deve considerarsi il sanitario che presta la sua opera professionale a favore di coloro che possono fruire dell'assistenza pubblica, in quanto svolge un'attività che oltre ad essere connotata intrinsecamente da un evidente interesse pubblico, quale è quello della tutela della salute a egli attribuita dall'ordinamento dello Stato”.
8. Stefano Brugnoli, la responsabilità dell'infermiere e le sue competenze, 2^a ed. Maggioli Editore, pag. 148, 2014;
9. Cassazione sentenza n° 9739/2005
10. Giuseppe Pavich, la colpa penale, Giuffrè editore, pag. 218, 2013
11. Gustavo Barresi, il rischio clinico nelle aziende ospedaliere, strumenti di analisi e profili di gestione, franco angeli edizioni, pag. 50, 2013;

12. articolo 27 Costituzione;
13. Luca Cozzolino, sala operatoria: assistenza infermieristica, nuova Cultura editore, pag. 226, 2014;
14. art. 476 c.p.- falso materiale: Il pubblico ufficiale, che, nell'esercizio delle sue funzioni, forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni. Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querela di falso la reclusione è da tre a dieci anni;
15. art. 479 c.p. – falso ideologico: 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'art. 476;
16. art 328 c.p. – rifiuto di 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. Fuori dei casi previsti dal primo comma, il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo, è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa fino a milletrentadue euro. Tale richiesta deve essere redatta in forma scritta ed il termine di trenta giorni decorre dalla ricezione della richiesta stessa;
17. Cassazione sentenza n° 22694 del 16.06.2006
18. Jutta Maria Birhoff, Nozioni di medicina Legale. Uno strumento per le professioni sanitarie e giuridiche, franco Angeli editore, pag. 191, 2011;
19. D.P.R. 128 del 27.03.1969 art. 7;
20. D.P.R. 128 del 27.03.1969 art. 5;
21. Cassazione sentenza n° 6209 del 31.03.2016 – “ciò che non è scritto, risulta non fatto”;
22. Giurisprudenza costante, Cassazione penale sez. V, 8 febbraio 1990 – si precisa inoltre che, “all'infuori 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”;
23. Cassazione Sentenza n° 8875/1998 – “la mancata segnalazione in cartella clinica di manifestazioni cliniche rilevanti, di trattamenti medicamentosi e di atti operativi, è indice di comportamento assistenziale costantemente negligente e imperito”;
24. Cassazione sentenza n° 9423/1983 – “i fatti devono essere annotati contestualmente”; Cassazione sentenza n° 227/1990 – “l'annotazione postuma di un fatto clinico rilevante, viola l'obbligo di contestualità della compilazione”;

25. AA. VV., la responsabilità professionale dell'infermiere e le sua tutela assicurativa, Maggioli editore, pag. 104, 2014;
26. art 328 c.p. – rifiuto di atti d'ufficio; Cassazione sentenza n° 11316/2003: “ nei contenziosi per responsabilità professionale, la carente compilazione della documentazione può determinare una presunzione di colpa a carico del professionista sanitario;
27. Sentenza Tribunale di Monza del 04.11.2005: nella documentazione non viene riportato il conteggio delle garze operatorie. Tale documento, non reca alcuna indicazione al riguardo il che equivale ad affermare che tale operazione non è stata mai eseguita;
28. art. 1218 c.c.: “il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile;
29. Roberto Cataldi, responsabilità del medico e della struttura sanitaria dopo la riforma, Maggioli Editore, 2013, pag. 92;
30. art. 1176 c.c.: “nell'adempire l'obbligazione, il debitore deve usare la diligenza del buon padre di famiglia. Nell'adempimento delle obbligazioni inerenti all'esercizio di un'attività professionale, la diligenza deve valutarsi con riguardo all'attività esercitata;
31. Massimo Franzoni, dalla colpa grave alla responsabilità professionale, Giappichelli editore, 2011, pag. 68-69;
32. Cassazione sentenza n° 7346/2014: “In tutti i casi in cui alle cure del paziente concorrono più sanitari con propri interventi e funzioni e si rilevi l'impossibilità di configurare una responsabilità d'equipe, l'accertamento del nesso causale rispetto all'evento verificatosi deve essere compiuto con particolare riguardo alla condotta ed al ruolo di ciascuno”.