

Il Record Keeping nello svolgimento dell'attività infermieristica nel Regno Unito

Paolo Lantieri - Docente di inglese scientifico

Il *record keeping*, funzione del redigere, amministrare e custodire cartelle cliniche, rappresenta uno degli aspetti cruciali inerenti gli obblighi professionali a cui sono sottoposti gli infermieri nello svolgimento della loro attività, tanto da rischiare la radiazione dal *register*, 'albo professionale', in caso di inadempimento grave. Il *record keeping* prevede l'attenta osservanza di requisiti di legge, la cui violazione può determinare la perdita di una causa giudiziaria sulla base di principi di *case law*, 'insieme di regole enunciate in decisioni giudiziarie'¹. Il *Data Protection Act* del 1998, alla sezione 68, articolo 1, comma a, definisce un *health record*, 'cartella clinica', un «*electronic or paper information recorded about a person for the purpose of managing their healthcare*», 'raccolta di dati in formato elettronico o cartaceo riguardo un paziente con lo scopo di trattarne lo stato di salute'. A tal proposito, si evince la molteplicità di dati custoditi in un *health record* riguardanti informazioni a carattere non solo infermieristico, ma anche strettamente clinico, in quanto possono esserci specifici riferimenti a *clinical record* precedenti, anamnesi, ecografie, diagnosi, cartelle ambulatoriali, ricette farmaceutiche e, più in generale, a tutta quella documentazione medico-sanitaria atta a costituire l'aspetto sostanziale di un *health record*. Lo scopo principale della custodia e gestione dei *record* è quello di avere un resoconto aggiornato riguardo le cure e i trattamenti medici prestati al paziente. Ciò consente un attento monitoraggio degli sviluppi clinici relativi a una specifica *clinical history*, 'anamnesi', raccolta a scopo diagnostico di tutte le notizie riguardanti i precedenti fisiologici e patologici, personali ed ereditari di un paziente. L'uso di *medical record* consente di dare continuità alle cure prestate al paziente facilitando il trattamento clinico-chirurgico e l'assistenza infermieristica adeguata.

I *record* hanno non solo la già citata rilevanza clinica, ma anche quella legale. Costituiscono infatti la prova formale e sostanziale di legame tra infermiere e paziente. Pertanto, necessitano di essere compilati in modo dettagliato per indicare sia le modalità

¹ Cfr. Francesco de Franchis, *Dizionario giuridico*, Giuffrè, 1996, vol. 1, p. 431.

d'intervento infermieristico praticate, sia le generalità dell'infermiere di turno in quanto *standard of proof*, 'tipo di prova', che può essere addotta in un procedimento giudiziario incidendo positivamente o negativamente in termini di *evidence of judicial trial*, insieme di mezzi, strumenti atti a dimostrare una circostanza ritenuta presunta, sottoposta a indagine in sede processuale per accertarne la veridicità.

Poiché il rapporto tra infermiere e paziente è principalmente individuale, i *record* compilati durante o subito dopo la visita di un paziente costituiscono la prova fondamentale di cui si può avvalere un infermiere per dimostrare la giusta applicazione delle linee guida dell'NMC, acronimo di *Nursing and Midwifery Council*, 'Associazione dei Ginecologi e degli Infermieri'.

Il *Data Protection Act* del 1998 definisce un *health record* in modo abbastanza ampio. Nelle *litigation*, 'controversie legali', tale definizione assume caratteri più ampi. Il porre in essere una causa giudiziaria implica l'uso di qualsiasi prova documentaria sia da parte del *plaintiff*², 'attore in giudizio', ai sensi della s. 225 del *Judicature Act* 1925, che del *defendant*, convenuto, parte citata in giudizio in un procedimento civile. Ciascun documento che attesti aspetti sanitari di un paziente può essere addotto come prova in un tribunale o in un *regulatory body*, organo con funzioni di controllo e supervisione di un particolare settore, medico-infermieristico in questo contesto. Non esistono restrizioni all'accesso a tali documenti, e i tribunali inglesi si attengono, nella produzione di questi, alle *Rules of the Supreme Court - Order 24*. È importante, quindi, che gli infermieri non considerino la compilazione degli *health record* come una semplice procedura meccanica, in quanto ciò che è scritto all'interno di essi determina o meno eventuali attribuzioni di responsabilità per negligenza o altra forma di illecito. Pertanto, il contenuto di un *clinical record* non è mai legalmente neutro. Esso può conseguentemente sostenere o penalizzare una linea di difesa durante un procedimento giudiziario.

Un *medical record* deve essere sufficientemente dettagliato per porre in essere il giusto grado di professionalità dell'infermiere all'atto delle prestazioni delle cure al degente. Un *evidence-based care plan*, piano d'intervento infermieristico che illustri in modo chiaro e dettagliato le procedure seguite, e *regular progress reports*, annotazioni sistematiche delle condizioni cliniche del paziente, costituiscono l'elemento centrale di una corretta procedura. Come linea di principio, più gli *health record* sono dettagliati e ricchi di dati, maggiore è il loro peso in termini di *evidence* nell'ambito di un procedimento giudiziario. Anche nelle ipotesi di divergenze di opinioni tra i membri dell'équipe medica deve esserci

² Cfr. Francesco de Franchis, *Dizionario giuridico*, Giuffrè, 1996, vol. 1, p. 1141.

menzione nel *record* con riferimento sia ai termini precisi di tale divergenza, sia all'eventuale decisione presa successivamente.

È fondamentale, secondo le linee guida dell'NHS - acronimo di *National Health Service*, corrispondente all'acronimo italiano SSN, 'Servizio Sanitario Nazionale' - che i *record*, le istruzioni, le prescrizioni o i riferimenti a trattamenti clinici siano scritti in modo leggibile e indelebile. I *record* rappresentano lo strumento chiave di comunicazione tra gli infermieri, dando continuità agli interventi medico-infermieristici. I *medical record*, pertanto, devono essere redatti in modo chiaro, usando inchiostro nero su fogli di colore bianco o, se colorati, utilizzando un colore che risalti in modo tale da mettere in evidenza il contenuto del *record* stesso. La qualità della carta deve essere tale da consentire al testo di essere fotocopiato più volte senza deteriorarsi. Anche la grafia dell'infermiere ha una certa rilevanza sul piano giuridico, in quanto la non leggibilità delle *entries*, 'annotazioni' apposte, potrebbe generare l'impossibilità a un successivo infermiere di procedere col piano terapeutico prestabilito. In tale circostanza, l'infermiere che ha precedentemente inserito dati nell'*health record* in modo non leggibile potrebbe essere passibile di accusa penale, nello specifico di *negligence*, mancato esercizio della diligenza in una determinata circostanza, per non aver ottemperato al principio di *duty of care*, dovere di diligenza nei confronti del paziente. Il principio di leggibilità si estende alla persona che ha inserito i dati nel *record*. Identificare le persone, i testimoni coinvolti in una causa giudiziaria è fondamentale per formulare una linea di difesa di successo. Oltre alla firma, il nome in corsivo o stampatello maiuscolo e il grado professionale della persona che scrive dovrebbero essere annotati almeno una volta nel corso della stesura del *clinical record*. È auspicabile depositare presso l'Ufficio Risorse Umane o il GP, acronimo di *General Practitioner*, 'medico di base', una lista coi relativi indirizzi degli infermieri che hanno redatto tutto o parte del *record*, pur lavorando per conto di una *agency*, organizzazione, in modo tale da poter convocare l'infermiere testimone di una causa, se necessario, anche dopo l'interruzione del rapporto di lavoro.

Per quanto concerne la modalità di scrittura impiegata nella stesura di un *health record*, gli infermieri devono evitare l'uso di espressioni gergali, commenti criptici o espressioni non utilizzate all'interno della comunità scientifica come *observations fine*, 'parametri nella norma', anche se queste potrebbero essere usate istintivamente in situazioni lavorative di forte stress. Devono essere evitate anche le abbreviazioni, limitatamente a quelle d'uso corrente all'interno della struttura ospedaliera in cui si lavora e ritenute ampiamente note a

chi presta servizio all'interno dello stesso staff. Un ampio uso di acronimi ed espressioni gergali potrebbe generare, tendenzialmente, situazioni di interpretazione erronea. Un acronimo nel campo medico-infermieristico, nello specifico, può assumere una determinata accezione in base alla sfera dell'area sanitaria; è il caso di POP, acronimo di *Plaster of Paris*, 'gesso di Parigi' nel reparto ortopedia, e di *Posterior Occipital Position*, 'posizione occipitale posteriore' in ostetricia.

Redigere un *medical record* con inchiostro indelebile è necessario per due ragioni:

- 1) Il documento cartaceo deve conservarsi nel tempo. Le cause giudiziarie, spesso, vengono iniziate anche dopo anni rispetto al periodo in cui è occorso l'incidente, e possono trascorrere dai tre ai sei anni e oltre prima della sentenza del giudice.
- 2) La credibilità è il principio fondamentale a cui ci si attiene quando si presenta il contenuto di un *clinical record* come prova documentaria. Pertanto, è importante evitare l'uso di matite o un sistema computerizzato che non annoti l'ora dell'inserimento dei dati, e comunque è auspicabile utilizzare quei metodi che non consentano l'alterazione di dati precedentemente inseriti senza lasciarne traccia. Alterare i dati di un *record* rappresenta un reato grave che può portare al *dismissal*, 'licenziamento', o *removal*, 'radiazione' dell'infermiere dal *register*.

Il *medical record*, secondo quanto previsto dal già citato *Data Protection Act* del 1998, deve essere redatto in modo tale da essere letto e compreso anche dai pazienti che, in quanto tali, non afferiscono né alla sfera infermieristica né a quella medica di professione. Legalmente, il diritto di accesso agli *health record*, in formato cartaceo o computerizzato, è garantito a tutte le persone viventi, senza restrizioni di periodo di riferimento, ma con *limited statutory rights of access*, 'limitati diritti di accesso', alle cartelle di pazienti deceduti secondo quanto stabilito nelle *provisions*, 'disposizioni normative', dell'*Access to Health Records Act* del 1990, legge che regola l'accesso alle cartelle cliniche, e più nello specifico nel caso in cui ci sia un *claim for damages*, richiesta di risarcimento dei danni o richiesta di indennizzo³.

Il *Data Protection Act* garantisce al paziente il diritto di richiedere una copia del *medical record* riguardo il ricovero ospedaliero o le prestazioni mediche ambulatoriali, con l'apposizione di eventuali correzioni al testo nel caso in cui il paziente stesso riscontrasse inesattezze nei contenuti. Le correzioni devono essere apposte in appendice. Qualora il paziente non fosse soddisfatto di tali emendamenti, potrebbe rivolgersi a un tribunale per ottenere quanto auspicato. Il *Data Protection Act* indica chiaramente che le correzioni

³ Cfr. Francesco de Franchis, *Dizionario giuridico*, Giuffrè, 1996, vol. 1, p. 472.

devono espressamente riportare il motivo dell'alterazione del dato per poter consentire all'infermiere citato in giudizio di difendersi dall'accusa di *tampering with the record*, 'alterazione di dati di un *clinical record*'.

L'eccezione riguardo al diritto di accesso agli *health record* si riferisce a tutte quelle informazioni che, secondo il giudizio dell'*health professional*, 'operatore sanitario', potrebbero causare *serious harm*, 'danno grave', al paziente o a un'altra persona, pur garantendo all'infermiere il diritto-dovere di annotare dati che possano essere successivamente ritenuti addirittura "scolvongenti" dal paziente che ha pagato una *fee*, 'tassa', per accedere alle informazioni contenute nel *record* personale. Anche i genitori di figli minorenni possono, congiuntamente o disgiuntamente in caso di separazione legale, chiedere la copia del *clinical record* del minore in questione, purché ne abbiano la *guardianship*, 'patria potestà'.

Per concludere, si ribadisce la fondamentale importanza del mantenimento del *duty of care* e, allo stesso tempo, del *duty of confidence*, dovere dell'infermiere, ma anche dei medici e di tutti gli operatori sanitari, di non divulgare dati medici sensibili del paziente nei confronti di terzi, sia nello svolgimento della mansione infermieristica in senso stretto, sia nell'attenta e oculata gestione del *medical record* del paziente.

Glossario

Access to Health Records Act: legge del 1990 che regola l'accesso alle cartelle cliniche.

Agency: organizzazione, ma in altri contesti può assumere l'accezione di ente governativo, istituzione.

Case law or judge-made law: diritto dei precedenti.

Claim for damages: richiesta di risarcimento dei danni o richiesta di indennizzo.

Clinical history: sinonimo di *medical history* e *personal history*, quale anamnesi, raccolta a scopo diagnostico di tutte le notizie riguardanti i precedenti fisiologici e patologici, personali ed ereditari di un paziente.

Data Protection Act: legge del 1998 che disciplina la tutela dei dati sensibili.

Defendant: convenuto, parte citata in giudizio in un procedimento civile.

Dismissal: licenziamento.

Duty of confidence: dovere dell'infermiere, ma anche dei medici e di tutti gli operatori

sanitari, di non divulgare dati medici sensibili del paziente a terzi.

Electronic or paper information recorded about a person for the purpose of managing their healthcare: raccolta di dati in formato elettronico o cartaceo riguardo un paziente con lo scopo di trattarne lo stato di salute.

Evidence-based care plan: piano d'intervento medico-infermieristico che illustra in modo chiaro e dettagliato le procedure seguite.

Evidence of judicial trial: insieme di mezzi, strumenti impiegati per dimostrare una circostanza ritenuta presunta, sottoposta a indagine in sede processuale per accertarne la veridicità.

Fee: in questo contesto assume il significato di tassa, ma può assumere anche le accezioni di commissione, provvigione.

Guardianship: patria potestà.

Health professional: operatore sanitario.

Health record: cartella clinica. Sono sinonimi di *health record* le espressioni *clinical record*, *medical record* o semplicemente *record*.

Limited statutory rights of access: limitati diritti di accesso.

Litigation: più frequentemente controversia legale, ma può assumere anche l'accezione di giudizio, processo.

NHS: acronimo di *National Health Service*, corrispondente all'italiano SSN, Servizio Sanitario Nazionale.

NMC: acronimo di *Nursing and Midwifery Council*, 'Associazione dei Ginecologi e degli Infermieri'.

Plaintiff: attore in giudizio, ai sensi della s. 225 del *Judicature Act 1925*.

Provision: disposizione normativa.

Record keeping: funzione del redigere, amministrare e custodire cartelle cliniche all'interno di una struttura ospedaliera secondo le linee guida dell'NHS.

Register: albo professionale a cui devono iscriversi gli infermieri per esercitare la loro professione nel Regno Unito, dopo aver superato lo *state board examination*, 'esame di Stato per l'iscrizione all'albo', e ricevere la qualifica di *registered nurse*, 'infermiere professionale'.

Regular progress report: annotazioni sistematiche delle condizioni cliniche del paziente.

Regulatory body: organo con funzioni di controllo e supervisione di un particolare settore, medico-infermieristico in questo contesto.

Removal: destituzione, rimozione, abolizione o trasferimento in genere. Nel contesto del nostro articolo assume l'accezione di radiazione dall'albo professionale degli infermieri, detto *register*.

Rules of the Supreme Court - Order 24: regolamenti promananti dall'ordine n. 24 della corte suprema. Il termine *supreme court* indica nell'ordinamento inglese la *Supreme Court of Judicature*.

Serious harm: danno grave.

Standard of proof: tipo di prova.

Tampering with the record: alterazione di dati di un *clinical record*.

Bibliografia

AA. VV., Dizionario enciclopedico di scienze mediche e biologiche e di biotecnologie, Zanichelli, 2008.

De Franchis, F., Dizionario giuridico, Giuffrè, 1996.

Earl, M., *Data Protection in the NHS*, NHS, 2002.

Edwards, S., *Nursing Ethics: a Principle Based Approach*, Palgrave, 1996.

Eysenbach, G., "Recent Advances: Consumer Health Informatics", 320 *BMJ* 1713, 2000.

Gifis, S. H., *Law Dictionary*, Barron's, 2003.

Gilhooly, M., McGhee, "Medical Records: Practicalities and Principles of Patient Possession", *Med Ethics* n. 138, 1991.

Kennedy, I., Grubb, A., *Principles of Medical Law*, Oxford University Press, 1998.

Nursing and Midwifery Council (NMC), *Record Keeping Guidance*, NMC, 2007.

Sitografia

www.acronymfinder.com