

L'infermiere e la lettera di dimissione integrata quale strumento emergente: principi teorici, deontologici e normativi

Rafael Boscolo-Berto ¹, Guido Viel ¹, Daniela I. Raduazzo ², Edoardo Giorato ³, Enrico Galiazzo ³, Pietro Giorgio Zampieri ², Massimo Montisci ¹

¹ Dipartimento di Medicina Molecolare, Sezione di Medicina Legale, Università degli Studi di Padova, Padova

² Unità Operativa di Pronto Soccorso, U.L.S.S. 16 Regione Veneto, P.O. Piove di Sacco (PD)

³ Clinica Urologica, Università degli Studi di Padova, Padova

ABSTRACT

All health care professionals work within a system of interdependent roles and functions, cooperating to the common goal of patient's care. Nurses have a fundamental role in this system, their functions including assessing patient's needs, planning outcomes, implementing interventions and treatments, and preventing complications. Nursing has changed consistently over the years, both in terms of daily practice and legislation. This article examines the evolution of nursing in the Italian health care system as a specific profession among other health care professions. The different theories, developed to help nurses direct their activities, are described. Besides, the evaluation of the deontological code is provided, highlighting differences and similarities with the physicians' one. Finally, the role of nurses in compiling the "integrated discharge letter" is examined.

Keywords: Nursing; Integrated discharge letter; Nurses' role; Legislation

Nurses and "integrated discharge letter" as emerging tool: theoretic, deontologic and normative principles
Pratica Medica & Aspetti Legali 2012; 6(3): 79-89

■ LE PROFESSIONI SANITARIE: UN LUNGO PERCORSO EVOLUTIVO

Nell'ambito dell'assistenza sanitaria di più moderna concezione, la sfera delle relazioni professionali e interprofessionali comprende necessariamente tutte le dinamiche insite nella quotidianità del lavoro tra colleghi e con gli operatori appartenenti ad altre professioni.

La panoramica delle professioni sanitarie rappresenta la fotografia di un quadro mutevole nel tempo. A breve cenno storiografico si rammenta che, mentre nel 1881 esistevano in Italia nove occupazioni sanitarie, tra le quali si riconoscevano le principali (medico, veterinario, farmacista, levatrice, infermiere) e le secondarie (dentista, flebotomo, callista, venditore di sanguisughe), secondo un quadro rimasto immutato fino

al 1930 circa, a partire dal secondo dopoguerra il quadro delle professioni sanitarie si ampliò notevolmente.

In particolare, negli ultimi decenni si è assistito alla razionalizzazione del sapere in campo medico-sanitario, con una migliore definizione di figure professionali un tempo meno autonome nella gestione della propria operatività, se non addirittura inesistenti nel panorama. In tempi più recenti, sono state riconosciute e legittimate nuove figure, in parte favorite dal fertile terreno della proliferazione di corsi universitari e para-universitari, facenti base su quanto disposto dal DM 29.03.2001 [1]. Tale dispositivo riconosce infatti numerose figure professionali, che si caratterizzano come illustrato in Tabella I. In questo scenario, si rende senz'altro evidente la crescente importanza delle scienze infermieristiche, con notevole espansione delle competenze, della nicchia operativa e delle figure professionali annoverate.

Professioni sanitarie infermieristiche e professione sanitaria ostetrica	▪ Infermiere ▪ Ostetrica/o ▪ Infermiere pediatrico
Professioni sanitarie riabilitative	▪ Podologo ▪ Fisioterapista ▪ Logopedista ▪ Ortottista – assistente di oftalmologia ▪ Terapista della neuro- e psicomotricità dell'età evolutiva ▪ Tecnico della riabilitazione psichiatrica ▪ Terapista occupazionale ▪ Educatore professionale
Professioni tecnico-sanitarie	▪ Area tecnico-diagnostica: • tecnico audiometrista • tecnico sanitario di laboratorio biomedico • tecnico sanitario di radiologia medica • tecnico di neuro-fisiopatologia ▪ Area tecnico-assistenziale: • tecnico ortopedico • tecnico audioprotesista • tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria/perfusione cardiovascolare • igienista dentale • dietista

Tabella 1. Figure professionali

Risulta chiaro come l'iniziale ruolo dell'infermiere, del tutto subordinato nei confronti del medico, si sia nel tempo evoluto, conquistando aree di responsabilità assoluta nelle scelte da operarsi. L'operato infermieristico trova oggi fondamento nella **collaborazione**, nella **valorizzazione del lavoro d'équipe** e nella **tutela della dignità** propria e dei colleghi.

La missione che vede gli infermieri laureati attivarsi in processi assistenziali di elevata qualità implica necessariamente un importante impegno, volto alla realizzazione di una sanità efficace e attenta ai bisogni dei cittadini. Tale impegno riguarda la professione tutta e riveste particolare importanza alla luce dell'evoluzione infermieristica, in termini di cultura disciplinare, profilo professionale, progresso e innovazione assistenziale.

Il sapere, l'esperienza e la competenza infermieristica sottendono un ruolo attivo dell'intera compagine professionale anche relativamente al monitoraggio dei servizi attivati e delle prestazioni effettuate, alle proposte per il loro miglioramento e ai percorsi di adeguamento del Sistema Sanitario all'evoluzione della domanda di salute.

L'infermiere, in questa logica e con diversi livelli di responsabilità, contribuisce allo sviluppo del Sistema Sanitario, con l'obiettivo di garantire il rispetto dei diritti degli assistiti, l'utilizzo equo e appropriato delle risorse e la valorizzazione del ruolo professionale. Per contro, la complessità

delle organizzazioni sanitarie e delle interazioni tra le professioni, la molteplicità dei processi operativi e le numerose correlazioni tra risorse umane possono produrre disfunzioni organizzative e dis-servizi organizzativo-assistenziali.

Sempre in questa logica, l'infermiere si impegna a tutelare la collettività per quanto attiene il benessere e la sicurezza, contribuendo alla modifica delle condizioni ambientali e strutturali che possono limitare la qualità delle cure e dell'assistenza o il decoro dell'esercizio professionale. Va tuttavia annotato che le considerazioni della presente trattazione saranno prevalentemente riferite alla figura dell'infermiere, ma non si esauriranno con essa, dovendo essere attribuite, con i debiti adattamenti del caso, anche alle altre fattispecie, seppure meno strettamente impegnate a fianco del medico o con una meno sviluppata dimensione evolutivo-teoretica.

■ IL FONDAMENTO TEORICO: L'EVOLUZIONE DEL NURSING

La figura dell'infermiere poggia su presupposti culturali che si sono evoluti nel tempo, conferendo spessore e dignità autonoma a una figura professionale multiforme e in veloce sviluppo ed espansione.

Consideriamo ora brevemente l'evoluzione della teoria del *nursing* come presupposto culturale all'acquisizione di un profilo di autonomia organizzativa, funzionale e operativa.

Come anticipato nella sezione introduttiva, analizzeremo i presupposti teorici che sottendono la visione **autonoma**, ancorché **integrata**, che gli infermieri attribuiscono al proprio essere professionisti, in questo focalizzandoci sulla figura maggiormente diffusa in ambito sanitario, avente più stretto rapporto con quella del Medico, da cui in passato molto è dipesa e dalla quale negli ultimi anni tende a smarcarsi.

Tale disamina, all'apparenza dispersiva e poco mirata alla definizione del significato della lettera di dimissione integrata, vuole invece approfondire quali siano le basi culturali che sostengono la pretesa integrazione delle informazioni extra-mediche di origine infermieristica nella consolidata formulazione classica della lettera di dimissione. Quest'ultima rappresenta l'atto ultimo e conclusivo dell'interazione medico-paziente, *endpoint* di un percorso intellettuale-cognitivo e pratico-operativo che riconosce nel suo essere l'espressione compiuta della professionalità del medico, sino a pochi lustri orsono l'unico artefice della guarigione e/o del mantenimento dello stato di salute del cittadino. Taluni potrebbero infatti concepire erro-

neamente la lettera di dimissione Integrata quale pericolosa ingerenza nell'attività medica delle figure ad essa probabilmente e totalmente subordinate per ragioni storiche e passate concezioni medico-centriche, qualora addirittura espressamente etichettate quali ancillari o ausiliarie.

L'infermiere è, per definizione, il professionista della sanità responsabile dell'assistenza infermieristica ovvero del *nursing*, ove per *nursing* si intende una **disciplina focalizzata nell'assistere gli individui, le famiglie e le comunità per ottenere, recuperare e mantenere salute e funzionalità fisiologiche ottimali**.

Nel corso degli anni si sono succedute numerose visioni teoretiche alla base della pratica infermieristica, talune dichiaratamente in antitesi alla concezione che s'intendeva avesse il medico e la comunità, tal altre più orientate nell'assecondare una diversa, più intima e peculiare spinta verso un percorso evolutivo, che si voleva distinguere da quello più o meno tecnicista del medico, maggiormente improntato su una visione più prettamente umanistica ed assistenziale (intesa come atto dell'assistere), dell'essere presente (dal latino *ad stare*).

La figura dell'Infermiere nel tempo si è evoluta in maniera decisa e forte, passando dal ruolo di mero spettatore dell'agire medico a quello di protagonista con una propria specificità, che dall'agire medico si distingue (di qui l'abbandono del termine "para medico") delineando la propria sfera di esclusiva competenza e autonomia decisionale.

L'EVOLUZIONE DELLA TEORIA DEL NURSING

Di seguito è presentata una breve sinossi delle principali teoriche e teorie formulate nel tempo, che rendono conto delle diverse componenti e delle ragioni implicate in questo processo evolutivo [2,3].

- **Peplau:** le fasi della relazione infermiere-paziente prevedono:
 - l'orientamento, cioè la fase di definizione del problema;
 - l'identificazione, ossia la selezione dell'appropriata assistenza professionale;
 - l'utilizzazione, ovvero l'uso dell'assistenza professionale per le alternative atte a risolvere il problema;
 - la risoluzione o conclusione del rapporto professionale.
- **Henderson:** la relazione infermiere-paziente è dinamica e cambia col modificarsi delle necessità del paziente nella sua tensione verso l'autonomia personale: l'infermiere può sostituirsi al paziente, può aiutarlo, o può semplicemente essere il suo partner nell'elaborazione di un progetto assistenziale. La stesura di tale progetto deve, dunque, coinvolgere

appena possibile il paziente e la sua famiglia e deve integrarsi con il progetto terapeutico del medico e degli altri operatori sanitari.

- **Hall:** il *nursing* verte principalmente su tre concetti:
 - *care*, ossia l'assistenza infermieristica volta a rispondere ai bisogni primari della persona, nel cui svolgimento l'infermiere professionista è completamente indipendente dagli altri operatori sanitari;
 - *core*, cioè il lavoro psicologico che l'infermiere, in sinergia con altri specialisti, svolge con la collaborazione attiva del paziente;
 - *cure*, ovvero l'attività di cura che l'infermiere svolge in collaborazione con il medico (somministrazione di terapia e consimili).
- **Abdellah:** tributaria alla teoria infermieristica della Henderson, dimostrandosi tuttavia più sensibile agli aspetti psicosociali che influenzano la salute delle persone.
- **Levine:** la teoria della Levine si adatta bene all'assistenza di pazienti ospedalizzati, ma può essere applicata con efficacia all'assistenza domiciliare con pianificazione degli interventi, promovendo una visione olistica dell'insieme-uomo.
- **Rogers:** il *nursing* è una scienza umanitaria finalizzata a mantenere e favorire la salute, prevenire la malattia, assistere e riabilitare malati e disabili. In quest'ottica, l'infermiere professionista non ha compiti di dipendenza o subalternità culturale, ma coopera con i professionisti delle altre discipline sanitarie.
- **Roy:** il processo di *nursing* prevede una raccolta accurata dell'anamnesi del paziente, cui segue la formulazione di una diagnosi infermieristica, l'elaborazione di un piano di intervento con la definizione precisa degli obiettivi a breve e lungo termine e dei risultati attesi, l'attuazione degli interventi e la valutazione dell'efficacia dell'assistenza.

Una visione integrata delle teorie esposte, e in particolare lo spunto teorico offerto dalla Roy, si è concretizzata nei dettami del NANDA – *North American Nursing Diagnosis Association*.

Si parla quindi di **diagnosi infermieristica**, mirata non già al riconoscimento della patologia organica (di competenza medica), bensì delle problematiche attive in campo infermieristico che richiedano un **intervento coordinato**, basato su abilità, capacità e perizia che per ambito possono definirsi esclusive della professione infermieristica.

Di qui la conseguente presa d'atto: l'accostamento di specifiche competenze professionali che si distinguono dalle corrispettive competenze mediche, ma che avendo per oggetto e fine ultimo il medesimo bene-salute dell'individuo, non possono essere da queste disgiunte, bensì integrate in maniera organica e coordinata, in ossequio a uno spirito

di collaborazione già anticipato ed auspicato dalle teorizzazioni di Rogers, Levine, Hall e Henderson. La trasposizione documentale degli atti che naturalmente scaturiscono da questo operare sincrono, si riflette nella cartella clinica, la cui **dimensione multidisciplinare** può essere meglio esplicitata con la locuzione “cartella clinica integrata”.

portamentali che gli appartenenti a una categoria professionale stabiliscono in merito all'esercizio della professione stessa. Il Codice Deontologico è l'espressione concreta di questo aspetto e, lungi dal rappresentare un elemento statico, occorre in successivi adeguamenti alla realtà mutevole e all'introduzione di nuove conoscenze nei confronti delle quali, e delle cui applicazioni, delle regole di comportamento debbono essere indicate.

■ IL FONDAMENTO DEONTOLOGICO: EVOLUZIONE DEI CODICI

La deontologia professionale rappresenta «la dottrina dei doveri, specialmente di quelli relativi a una data condizione sociale o professione», e più estesamente si intende l'insieme delle regole com-

IL CODICE DEONTOLOGICO MEDICO

Il Codice Deontologico medico esprime indirizzi di comportamento che possono risultare di interesse alla presente trattazione.

Si riporta a tal proposito anche un riferimento all'evoluzione temporale dei principi formulati dal Codice, confrontando la penultima versione (in vigore dall'ottobre 1998 al dicembre 2006) con la corrente versione, vigente dal dicembre

C.D. medico versione 1998-2006 [4]	C.D. medico versione 2006-oggi [5]
Art. 6. Limiti dell'attività professionale. In nessun caso il medico deve abusare del suo status professionale	Art. 7. Limiti dell'attività professionale. In nessun caso il medico deve abusare del suo status professionale .
Art. 18. Competenza professionale. Il medico deve garantire impegno e competenza professionale , non assumendo obblighi che non sia in condizione di soddisfare. [...] Il medico che si trovi di fronte a situazioni cliniche, alle quali non sia in grado di provvedere efficacemente, deve indicare al paziente le specifiche competenze necessarie al caso in esame	Art. 23. Continuità delle cure. Il medico deve garantire al cittadino la continuità delle cure . [...] Il medico che si trovi di fronte a situazioni cliniche alle quali non sia in grado di provvedere efficacemente, deve indicare al paziente le specifiche competenze necessarie al caso in esame
Art. 21. Documentazione clinica. Il medico deve, nell'interesse esclusivo della persona assistita, mettere la documentazione clinica in suo possesso a disposizione della stessa, o dei suoi legali rappresentanti, o di medici e istituzioni da essa indicati per iscritto	Art. 25. Documentazione clinica. Il medico deve, nell'interesse esclusivo della persona assistita, mettere la documentazione clinica in suo possesso a disposizione della stessa o dei suoi legali rappresentanti o di medici e istituzioni da essa indicati per iscritto
Art. 22. Certificazione. Il medico non può rifiutarsi di rilasciare direttamente al cittadino certificati relativi al suo stato di salute. Il medico, nel redigere certificazioni, deve valutare e attestare soltanto dati clinici che abbia direttamente constatato	Art. 24. Certificazione. Il medico è tenuto a rilasciare al cittadino certificazioni relative al suo stato di salute che attestino dati clinici direttamente constatati e/o oggettivamente documentati
Art. 30. Informazioni al cittadino. Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate; il medico nell'informarlo dovrà tenere conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta. Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione	Art. 33. Informazione al cittadino. Il medico deve fornire al paziente la più idonea informazione sulla diagnosi, sulla prognosi, sulle prospettive e le eventuali alternative diagnostico-terapeutiche e sulle prevedibili conseguenze delle scelte operate. Il medico dovrà comunicare con il soggetto tenendo conto delle sue capacità di comprensione, al fine di promuoverne la massima partecipazione alle scelte decisionali e l'adesione alle proposte diagnostico-terapeutiche. Ogni ulteriore richiesta di informazione da parte del paziente deve essere soddisfatta. Il medico deve, altresì, soddisfare le richieste di informazione del cittadino in tema di prevenzione
Art. 68. Rapporto con le altre professioni sanitarie. Nell'interesse del cittadino il medico deve intrattenere buoni rapporti di collaborazione con le altre professioni sanitarie rispettandone le competenze professionali	Art. 66. Rapporto con altre professioni sanitarie. Il medico deve garantire la più ampia collaborazione e favorire la comunicazione tra tutti gli operatori coinvolti nel processo assistenziale, nel rispetto delle peculiari competenze professionali

Tabella II. Confronto tra Il Codice Deontologico 1998-2006 e quello in uso dal 2006 ad oggi. In grassetto sono riportati i punti salienti rimarcati dal legislatore; in grassetto corsivo i punti ampliati/modificati/introdotti ex novo

2006 [4,5]. L'analisi comparata, sinotticamente riportata in Tabella II, evidenzia una netta maturazione del Professionista sanitario quale figura paritaria.

In particolare, l'iniziale "esortazione" al medico di generica interazione con gli altri professionisti sanitari (art. 68 Codice Deontologico in vigore sino al 2006: «affinché mantenga dei buoni rapporti con le altre professioni sanitarie») è esitata, nella revisione attuale del codice, in una indicazione di carattere perentorio alla «più ampia collaborazione con tutti gli operatori», nel rispetto delle «peculiari competenze» di ciascuno (art. 66) [4].

Sussiste quindi obbligo deontologico per il medico di interagire e collaborare con gli operatori sanitari e, nello specifico della presente trattazione, con la figura dell'infermiere, in un'ottica non già, come un tempo, di subordinazione di quest'ultimo al medico, bensì di parità ed eguaglianza nel rispetto delle peculiari competenze di ciascuno.

IL CODICE DEONTOLOGICO INFERMIERISTICO

Nel febbraio 1999, in seguito alla promulgazione della legge n. 42 [6], fu abrogato il mansionario infermieristico, indicando nel Codice Deontologico uno degli elementi che, con il profilo e gli ordinamenti didattici, definisce il campo proprio di attività dell'infermiere. Il Codice Deontologico era in realtà già stato formulato in anni precedenti (1977) e mai modificato sino ad allora [7].

Esso conteneva, con particolare riferimento all'attuale trattazione, sommarie indicazioni relative alla collaborazione tra figure professionali diverse, secondo i dettami dell'articolo 6: «L'infermiere, nella sua autonoma responsabilità e nel rispetto delle diverse competenze, collabora attivamente con i medici e con gli altri operatori sociosanitari per la migliore tutela della salute dei cittadini, sia nella programmazione e nel funzionamento delle strutture, sia nella gestione democratica dei servizi».

C.D. infermieristico versione 1999-2009 [9]	C.D. infermieristico versione 2009-oggi [10]
Art. 2.2. L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale dell'individuo e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura e riabilitazione	Art. 6. L'infermiere riconosce la salute come bene fondamentale della persona e interesse della collettività e si impegna a tutelarla con attività di prevenzione, cura, riabilitazione e palliazione
Art. 4.5. L'infermiere, nell'aiutare e sostenere la persona nelle scelte terapeutiche, garantisce le informazioni relative al piano di assistenza ed adegua il livello di comunicazione alla capacità del paziente di comprendere	Art. 21. L'infermiere, rispettando le indicazioni espresse dall'assistito, ne favorisce i rapporti con la comunità e le persone per lui significative, coinvolgendole nel piano di assistenza . Tiene conto della dimensione interculturale e dei bisogni assistenziali ad essa correlati
Art. 4.7. L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi	Art. 27. L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi
	Art. 1. L'infermiere è il professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica
	Art. 2. L'assistenza infermieristica è servizio alla persona, alla famiglia e alla collettività. Si realizza attraverso interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa
	Art. 14. L'infermiere riconosce che l' interazione fra professionisti e l' integrazione interprofessionale sono modalità fondamentali per far fronte ai bisogni dell'assistito
	Art. 19. L'infermiere promuove stili di vita sani, la diffusione del valore della cultura della salute e della tutela ambientale, anche attraverso l'informazione e l'educazione. A tal fine attiva e sostiene la rete di rapporti tra servizi e operatori
	Art. 23. L'infermiere riconosce il valore dell' informazione integrata multiprofessionale e si adopera affinché l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita
	Art. 41. L'infermiere collabora con i colleghi e gli altri operatori di cui riconosce e valorizza lo specifico apporto all'interno dell'équipe

Tabella III. Confronto tra il Codice Deontologico infermieristico nella versione 1999-2009 e nella versione in vigore dal 2009 ad oggi

Nel 1996 ha fatto seguito una dichiarazione di intenti qualificata come "Patto infermiere-cittadino", nella quale la sostanza dell'intervento veniva traslata e concretizzata in proposizioni offerte al cittadino quale parte passiva della relazione [8]. Nell'ottobre del 1999 è stato presentato il Codice Deontologico degli infermieri italiani [9], rinnovato nel febbraio del 2009 e frutto di un grande e corale impegno di una intera compagine professionale [10]. La Tabella III confronta i principali concetti qui descritti.

Si assiste a un'evoluzione del profilo professionale: l'infermiere non è più operatore sanitario semplicemente dotato di un diploma abilitante, ma professionista sanitario responsabile dell'assistenza infermieristica, che si delinea con nettezza come **rapporto duale** "infermiere-assistito", inclusivo di due soggetti autonomi nella relazione e reciprocamente responsabili del patto assistenziale, senza mediazioni da parte di altre professionalità e che acquisisce una sua specificità all'interno dei percorsi terapeutici e clinico-assistenziali.

Viene inoltre particolarmente sottolineato il valore dell'**informazione integrata multi-professionale**, la **collaborazione reciproca** con la valorizzazione del proprio apporto professionale nell'ambito dell'équipe, sostenendo la rete di rapporti tra servizi e operatori e favorendone l'integrazione interprofessionale.

■ IL FONDAMENTO GIURIDICO E LA LEGITTIMAZIONE NORMATIVA

L'integrazione tra le diverse professionalità (medici, infermieri e altri professionisti sanitari partecipanti al procedimento assistenziale) rappresenta il logico corollario dell'attuale panorama legislativo. È noto che l'infermiere sia diventato un protagonista del processo assistenziale, essendo stati da tempo aboliti tutti i riferimenti legislativi a una subalternità di tale figura rispetto a quella del medico.

Nel DM n. 739 del 14.9.94 si afferma che l'infermiere è «il responsabile dell'assistenza generale infermieristica» e che, in tale veste, «pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico» [11].

L'attribuzione di tale funzione e l'**autonomia** nella stessa rispetto agli altri operatori sanitari risulta ribadita dalla legge 42 del 1999, la quale, affermando che nessuna professione sanitaria è di ausilio a un'altra professione, dichiara implicitamente che ogni professione sanitaria è autonoma, ivi compresa quella infermieristica [6]. Sarà successivamente la Legge 10.8.2000 n. 251 che manifesta

esplicitamente il principio dell'autonomia nell'esercizio delle professioni sanitarie, assegnando allo Stato e alle Regioni il compito di promuovere «nell'esercizio delle proprie funzioni legislative, di indirizzo, di programmazione e amministrazione, la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo delle professioni infermieristico-ostetriche» [12].

Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica vengono definiti dalla legge quali figure dotate di "**autonomia professionale**" nelle proprie attività dirette «**alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva**», in questo ribadendo l'accezione positiva e costruttiva del termine svincolandosi da un significato di più pronta ancorché parziale e viziata percezione, ovvero la rimozione di una qualsivoglia forma di subordinazione (*sub ordinare*, stabilire un ordine di dipendenza da inferiore a superiore) e/o di mediazione del proprio agire in dipendenza all'altrui volontà. Il sottrarsi a questa possibile interpretazione aderente a una accezione negativa del termine autonomia deve invece favorire il proprio complemento positivo, ovvero lo spirito di partecipazione, condivisione e integrazione fra professionisti che mantengano sempre come fine ultimo e condiviso la tutela della persona e del suo stato di salute, per quanto definito dall'OMS nel corso degli anni, sino all'ultima definizione licenziata nel 1986 («uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale [...] la salute è pertanto vista come risorsa della vita quotidiana»).

In questo contesto va quindi rilevato che la cartella clinica e la lettera di dimissione rappresentano la **documentazione ufficiale delle attività svolte** dagli operatori sanitari nell'ambito del procedimento assistenziale, essendo detti documenti "atti pubblici", in quanto redatti da pubblici ufficiali o incaricati di un pubblico servizio (medici, infermieri, ecc.) nell'esercizio delle loro funzioni di interesse pubblico.

Tuttavia, al momento non si riscontrano riferimenti normativi delle riserve di competenza riguardo alla compilazione della documentazione sopracitata, conseguendone che anche all'infermiere è consentito documentare la propria attività a qualsiasi livello del procedimento assistenziale, nel rispetto delle competenze attribuite alle altre professionalità.

Nella lettera di dimissione integrata l'infermiere dovrebbe pertanto **riassumere il piano assistenziale effettuato e proporre soluzioni operative inerenti il post-operatorio**, anche «in collaborazione con i medici di medicina generale ed altri operatori sul territorio» (art. 1 D.M. n. 69/97) [13]. Si delinea quindi una figura di link fra diverse strutture assistenziali, domiciliari o di lungodegenza, secondo i principi di **garanzia della continuità assistenziale**, di "**uguaglianza, globalità e territorialità**", istituiti in *primis* dalla Legge 833/78

(legge istitutiva del SSN) e richiamati dal più recente Decreto Bindi 229/99 [14,15].

Inoltre, essendo la sottoscrizione della lettera di dimissione da parte del medico e dell'infermiere una sottoscrizione condivisa (*cum dividere*, dividere con), essa varrà per le annotazioni di competenza rispettiva, precludendo quindi un potenziale quesito di merito relativo al problema dell'**esercizio abusivo** dell'altrui professione.

Tale potenziale "invasione di campo" è ambivalente, potendo teoricamente gravare sull'infermiere nei confronti del medico, nonché viceversa, poiché specularmente anche il medico è obbligato a rispettare le funzioni dell'infermiere, giacché a quest'ultimo solo, pur in una logica di équipe, spetta la pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico, in forza della legislazione sin qui prodotta (D.M. n. 739 del 14.9.94, L. 26.2.1999 n. 42, L. 10.8.2000 n.251) [6,11,12].

■ NATURA E FORMA DELLA CARTELLA E LETTERA DI DIMISSIONE INTEGRATA

Essendo la lettera di dimissione parte della più ampia cartella clinica, per analogia la lettera di dimissione integrata rientra nell'ambito della cartella clinica integrata, sebbene questo punto possa e debba essere oggetto di una ulteriore riflessione.

LA CARTELLA CLINICA INTEGRATA QUALE ESPRESSIONE DELLA BUONA INTEGRAZIONE

Per quanto detto in precedenza, la locuzione "cartella clinica integrata" potrebbe apparire pleonastica, esprimendo cioè una tautologia concettuale. Invero, la cartella clinica è uno strumento essenziale per gestire e documentare un processo assistenziale complesso, quale quello relativo a un ricovero ospedaliero. Essa è stata protagonista di una notevole evoluzione concettuale nel corso del tempo, passando dalla semplice registrazione di pochi dati essenziali inerenti il paziente e la sua malattia, alla raccolta di sempre più numerosi documenti sanitari e informazioni che, nella loro articolazione organica e logica, devono soddisfare numerose necessità, non solo di carattere meramente clinico-diagnostico-terapeutico.

Basti pensare alla cartella clinica come strumento per la verifica della qualità delle prestazioni, ovvero dell'appropriatezza di indicazione definita in base a linee guida, protocolli interni e standard di comportamento, a garanzia di uniformità degli in-

terventi, verifica degli esiti ed eventuale programmazione finalizzata al miglioramento. La registrazione in cartella clinica di tutte le azioni, i processi, gli avvenimenti relativi a un ricovero è fondamentale per assicurare **trasparenza** e **chiarezza** nell'erogazione di prestazioni corrette, appropriate e tempestive da parte di tutti gli operatori sanitari coinvolti nel percorso clinico-assistenziale.

L'integrazione delle diverse competenze professionali che partecipano al processo di cura, indispensabile in un percorso che vede coinvolte l'autonomia e la responsabilità di diversi Professionisti sanitari e che ha come strumento fondamentale la cartella clinica integrata, rappresenta uno strumento formativo molto efficace, in quanto consente uno sviluppo culturale di tutti gli attori interessati, con conseguente significativo miglioramento di efficienza ed efficacia delle cure.

In quest'ottica, la cartella clinica si configura quale **entità documentale polivalente**, che raccoglie i contributi individuali apportati dai singoli professionisti facenti parte delle varie équipe coinvolte nel processo di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del paziente/cittadino.

Non si può tuttavia negare che, nel tempo, si sia radicata la percezione che la cartella clinica fosse concettualmente una realtà identitaria coincidente con la cartella medica, in questo escludendo l'apporto del personale sanitario in precedenza definito quale ausiliario della professione medica. Questa tara, frutto della passata concezione "medicocentrica" dell'assistenza sanitaria, aveva ragione d'essere in tempi passati, ma rappresenta attualmente una **distorsione inaccettabile**.

Difatti, la definizione "cartella clinica integrata" rinforza concettualmente la **comunione di intenti** e l'**unitarietà dell'agire** del personale sanitario coinvolto direttamente nella gestione del malato, con un profilo di azione consistente e mirato al mantenimento dello stato di salute, al suo recupero e miglioramento in caso di malattia, attraverso il processo di formulazione della diagnosi e terapia, ciascuno per le proprie specifiche competenze.

Da queste premesse deriva la necessità e l'utilità di utilizzare un **unico documento** integrante l'operato di tutti gli operatori sanitari medici, infermieri e tecnici, e che faciliti il coinvolgimento del paziente in tutti i processi decisionali di diagnosi e cura che lo riguardano.

Ritorniamo quindi al concetto-base della cartella clinica, strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche relative a un paziente e a un singolo episodio di ricovero, secondo i dettami del Ministero della Sanità (Linee guida Ministero della salute 17.06.1992) [16]: «Strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative a un paziente e a un singolo episodio di ricovero. Ciascuna cartella clinica ospedaliera deve rappresentare l'intero episodio di **ricovero** del paziente nell'isti-

tuto di cura: essa, conseguentemente, coincide con la storia della **degenza** del paziente all'interno dell'ospedale. La cartella clinica ospedaliera ha così inizio al momento dell'accettazione del paziente in ospedale, ha termine al momento della dimissione del paziente dall'ospedale e segue il paziente nel suo percorso all'interno della struttura ospedaliera»

Le funzioni fondamentali della cartella clinica quale strumento di documentazione delle informazioni relative all'intero processo clinico-assistenziale del ricovero di un paziente sono [17]:

- costituire una base informativa per scelte assistenziali appropriate e per documentare il quadro clinico, il processo diagnostico-assistenziale e i risultati ottenuti;
- consentire la ricostruzione degli eventi, in termini di cronologia e modalità di esecuzione delle diverse attività svolte;
- facilitare l'integrazione di competenze professionali diverse nel processo diagnostico-terapeutico-assistenziale;
- costituire una fonte informativa per la ricerca scientifica ed epidemiologica, la valutazione delle attività di cura erogate, le esigenze gestionali e amministrative, la formazione degli operatori;
- permettere l'esercizio dei diritti e la tutela degli interessi della persona assistita, dell'Azienda erogante l'assistenza e degli operatori che la forniscono praticamente.

Nello specifico, la cartella clinica costituisce una **raccolta organica e funzionale** di dati attinenti a un ricovero, e precisamente:

- identificazione della struttura di ricovero;
- generalità della persona assistita;
- tipologia del ricovero;
- anamnesi;
- esame obiettivo;
- processi diagnostico, terapeutico e assistenziale;
- verbale operatorio;
- diario di degenza;
- documentazione dei professionisti sanitari non medici;
- lettera di dimissione;
- eventuale documentazione di continuità assistenziale;
- scheda di dimissione ospedaliera.

Per quanto riguarda la documentazione dei professionisti sanitari non medici, alcune figure professionali hanno acquisito un carattere esclusivo nel tempo, ossia le figure di ostetrica, fisioterapista e infermiere.

L'**ostetrica** ha il compito, in via obbligatoria, di compilare la "**scheda parto**", certificando la piani-

ficazione dell'assistenza elaborata ed attuata dal personale ostetrico per ogni persona assistita, durante tutto il suo percorso.

Analogamente, il **fisioterapista** compila la "**scheda riabilitativa**", certificando l'assistenza riabilitativa affidata alla figura professionale del terapeuta della riabilitazione; nel medesimo modulo vengono riportate le annotazioni del terapeuta della riabilitazione relative all'andamento complessivo del programma.

Infine, l'**infermiere** compila la "**scheda infermieristica**", nonché il **diario clinico**, certificando il percorso assistenziale infermieristico sussistito.

■ LA CARTELLA CLINICA INTEGRATA: PRESUPPOSTO ALLA LETTERA DI DIMISSIONE INTEGRATA

Si giunge quindi al punto di interesse di questa disamina: **quale sia il ruolo, il significato e la legittimazione della lettera di dimissione integrata**, altrimenti detta "relazione di dimissione integrata".

Per quanto sopra esposto, la lettera di dimissione si configura quale componente formale e sostanziale della cartella clinica. Essendo quest'ultima il frutto dell'**integrazione** derivante dagli atti documentali prodotti dalle figure professionali coinvolte nel processo assistenziale, viene da sé che anche la lettera di dimissione, quale atto **conclusivo e riassuntivo** del ricovero ospedaliero, che ha previsto la compartecipazione di diverse entità professionali nel perseguimento del fine salute, debba riflettere questi contributi (qualora significativi) e debba a ragione riportare prescrizioni specifiche per specifiche competenze.

In quest'ottica complementare, la lettera di dimissione integrata rappresenta la **naturale evoluzione della cartella clinica integrata**.

Tuttavia, va annotato che la cartella clinica integrata da tempo è presente almeno come bozza di lavoro più o meno sviluppata e applicata, ma solo in pochi contesti, e stenta a decollare con convinzione. Ciò si traduce, nelle realtà più arretrate, in una semplice convivenza dei documenti di natura infermieristica e medica entro lo stesso faldone: vedasi la presenza all'interno della cartella sia del diario medico che del diario infermieristico, contemporanei e tra essi impermeabili, nonché di specifica modulistica infermieristica sullo stato dei bisogni e la programmazione dell'assistenza quale entità indipendente dagli aspetti più squisitamente medici, mentre solo più raramente si rileva un diario clinico unico

che raccolga le osservazioni/rilievi di entrambe le figure sanitarie, a dispetto della sola “scheda termografica” condivisa. Diverso il discorso per la lettera di dimissione integrata, della quale ancora non si osserva la capillare diffusione che appare invece auspicabile.

La necessità di creare una relazione infermieristica di dimissione/trasferimento nasce dall'analisi della realtà attuale: i pazienti che necessitano di cure e assistenza post-dimissione sono spesso indirizzati verso strutture di lungodegenza, oppure affidati ai servizi di assistenza territoriali (case di riposo, servizio infermieristico domiciliare ed equivalenti). Questi pazienti presentano la necessità di un alto contributo assistenziale infermieristico attualmente in genere disatteso, poiché il passaggio di dati relativi alle attività di cura svolte sono frequentemente lasciate alla soggettività del singolo, nel colloquio con il soggetto o i familiari, più raramente frutto dell'orientamento di équipe, e comunque in genere attraverso una forma di comunicazione prevalentemente orale, in ossequio ad abitudini e convenzioni interne, che di conseguenza risultano **diverse e disomogenee** tra i vari Presidi Ospedalieri e frequentemente anche tra distinte Unità Operative della medesima struttura. In conseguenza, le strutture che accolgono i pazienti si trovano a doversi adattare a passaggi di informazioni diverse o, peggio ancora, all'assenza di informazioni. Questo ha da sempre provocato, e provoca tuttora, **lacune nella continuità assistenziale** e momenti importanti vengono persi per questo mancato *feedback* fra struttura ospedaliera, struttura di lungodegenza e territorio.

Il problema è pertanto reale e attuale, e l'introduzione estensiva della lettera di dimissione integrata consentirebbe di raggiungere i seguenti obiettivi:

- semplificare il percorso assistenziale dell'utente;
- fornire continuità assistenziale in merito ai trasferimenti di pazienti con dimissione “problematica”;
- facilitare la presa in carico da parte delle strutture;
- evidenziare gli interventi attuati o in corso sui bisogni alterati;
- avere uno strumento uniforme e unico a livello dipartimentale, facile da consultare e semplice da compilare sia in forma cartacea che elettronica.

Deriverebbero inoltre plurimi vantaggi per i soggetti coinvolti nel processo:

- **per l'utenza:** garanzia della continuità assistenziale per gli utenti affidati a strutture di Lungodegenza o territoriali;
- **per gli operatori:** semplificazione della presa in carico del caso e continuità degli interventi intrapresi durante il ricovero;

- **per l'organizzazione:** ottimizzazione dei percorsi assistenziali e affidabilità dei trattamenti.

I REQUISITI DELLA LETTERA DI DIMISSIONE INTEGRATA

Alla luce dei commenti dinanzi esplicitati, di seguito riportiamo la proposta dei requisiti, in termini di merito e forma, cui dovrebbe rispondere la lettera di dimissione integrata.

Rimane assodato che dovrebbe esservi una sezione di pertinenza **medica** (la classica lettera di dimissione per come è stata sinora classicamente intesa) e una di pertinenza **infermieristica**, ove l'Infermiere possa/debba indicare secondo il medesimo percorso logico-deduttivo della sezione medica, le problematiche riscontrate di propria pertinenza, le proprie diagnosi e i trattamenti proposti a riguardo.

Questa sezione, a nostro parere, non dovrebbe essere posta su modulistica specifica e distinta, ma **integrata** (ancorché chiaramente distinguibile) nel corpo della consueta lettera di dimissione, pertanto riportando la **medesima data di formulazione** e indicando (come per il medico) il **nome** e la **firma dell'infermiere** responsabile per i dati e le informazioni riportate di sua pertinenza.

Su questo punto corre l'obbligo di una riflessione pragmatica. Stante che l'infermiere di reparto espleta il proprio ruolo come professionista che generalmente assume su di sé la gestione di tutti i ricoverati presenti nella propria Unità Operativa, e che solo in alcune realtà l'organizzazione del lavoro prevede una attribuzione dei singoli membri dell'équipe a sub-settori di degenza, come potrà essere individuato un professionista in luogo di un altro affinché si assuma la responsabilità del piano terapeutico infermieristico da inserirsi nella lettera di dimissione integrata, anche e soprattutto per conto dell'intero gruppo di lavoro che, avvicinandosi, ha garantito la continuità assistenziale in quel specifico sub-settore di degenza? La risposta probabilmente è contenuta nelle seguenti considerazioni. L'evoluzione della figura infermieristica ha aperto la strada allo sviluppo di figure subordinate quali quelle degli operatori sanitari addetti all'assistenza (OTA) e degli operatori sociosanitari (OSS). L'infermiere per contro ha da un lato assunto la dimensione del coordinatore dell'attività assistenziale propria delle figure a lui riferentesi, e dall'altro ha sviluppato maggiormente la dimensione operativa in équipe tra colleghi Infermieri e tra infermieri e medici, nella quale ogni elemento è in verità parte di un progetto a base pluralista tesa al medesimo obiettivo [18]. Nulla vieta quindi che sia l'infermiere presente all'atto della dimissione di uno specifico paziente a firmare la lettera integrata per il merito della parte infermie-

ristica, esattamente come accade per i medici, ove il dimettente riporta un progetto terapeutico frutto della discussione collegiale sul caso clinico, discussione giunta a conclusioni che egli condivide nell'essenza, poiché la sottoscrive all'atto della dimissione. In questa ottica, il garante primo della coordinazione fruttifera e del corretto articolarsi del lavoro d'équipe infermieristica non può che essere il dirigente infermieristico (c.d. coordinatore di Unità Operativa) responsabile per l'assistenza infermieristica nella Unità Operativa che egli stesso dirige, con tutti i diritti e i doveri che ne scaturiscono in conseguenza. Tuttavia, non devono esserci fraintendimenti: l'organizzazione dei compiti deve prevedere una distinzione degli ambiti di competenza, e in questo schema l'individuo-professionista si muove essendone valorizzato e al contempo responsabilizzato entro il lavoro di équipe, che pertanto non va inteso quale appiannamento dei ruoli nel quale "tutti decidono affinché nessuno decida", ma come uniformazione dei comportamenti e armonizzazione del *modus operandi*, acciocché scaturisca la medesima risposta in presenza di una analoga domanda.

Ciò detto, ritorniamo brevemente ai requisiti cui accennavamo. Essendo la lettera di dimissione integrata parte costituente la stessa cartella clinica integrata, di necessità dovrà conformarsi a quanto già stabilito per quest'ultima, ossia ai requisiti di seguito esposti:

- **rintracciabilità:** possibilità di poter risalire ad attività, prescrittori, esecutori, materiali e documenti relativi al ricovero. Devono essere identificabili la data e gli autori (firma leggibile, codice individuale). Per atti che configurino responsabilità multiple, ognuno degli operatori deve apporre la propria firma, e quando si fa riferimento a protocolli diagnostici o terapeutici, questi vanno documentati. In riferimento alla firma, corre l'obbligo di precisare che essa è intesa in senso lato (dal latino *firmare*, rendere fermo un atto con la sottoscrizione del proprio nome), ovvero comprensivo sia della classica firma posta con inchiostro su carta, sia della futuristica e viepiù diffusa firma digitale su documenti elettronici, uno strumento già oggetto dell'attenzione positiva del legislatore [19];
- **chiarezza:** contenuto chiaramente leggibile e comprensibile, tale da evitare interpretazioni equivocate. L'uso di sigle è sconsigliato, ammesso solo previa legenda interpretativa. È raccomandato l'uso di inchiostro di colore nero o blu (vedi sopra);
- **accuratezza:** la garanzia dell'accuratezza dei dati prodotti e delle loro eventuali trascrizioni deve essere assicurata;
- **veridicità:** i dati e gli eventi riportati devono essere veridici e corrispondenti ai dati oggettivi e agli eventi effettivi relativi al paziente,

rilevati secondo scienza e coscienza dal personale medico e infermieristico. Per errori commessi nell'atto della stesura, si provvede a tracciare una riga con inchiostro indelebile sulla scritta, in modo che la stessa risulti comunque leggibile; per errori od omissioni rilevati in epoca successiva, è necessaria una annotazione correttiva che li espliciti, con data e firma dell'estensore. In particolare, ove ancora fosse in uso la compilazione manoscritta, non dovrà essere usato il correttore o la cancellazione con gomma. In questo l'elettronica corre in nostro soccorso. Infatti, la firma elettronica consente chiaramente ed univocamente di stabilire i tempi, modi, i luoghi ed i protagonisti della correzione informatica di un documento elettronico (si pensi ad esempio alla penna digitale, strumento gradualmente diffondentesi, facilitando il riconoscimento/interpretazione della *consecutio* temporale e fenomenica degli eventi, in particolare nelle valutazioni medico-legali *ex post* con finalità di giustizia) [20];

- **pertinenza:** tutte le informazioni riportate devono essere correlate con le esigenze informative proprie delle funzioni della lettera di dimissione e delle condizioni cliniche della persona assistita;
- **completezza:** ogni lettera si riferisce in modo univoco a un ricovero e viene chiusa al momento della dimissione. Contiene tutti i riferimenti relativi all'intero processo clinico, diagnostico, terapeutico e assistenziale. Un elenco di tutti i moduli e allegati presenti potrebbe documentare la completezza della lettera stessa.

■ CONCLUSIONI

La professione infermieristica si è evoluta in maniera significativa nel corso degli ultimi decenni, anche e soprattutto in Italia. Questo processo ha implicato fattivamente da un lato l'approfondimento della base culturale su cui poggia l'esercizio pratico della professione stessa, e dall'altro l'espansione delle competenze attribuite unitamente alla rivendicazione della propria autonomia organizzativo-gestionale e decisionale-operativa, coerentemente allo spessore che il ruolo dell'infermiere va acquisendo nelle strutture sia pubbliche sia private.

Questa maturazione graduale ma decisa ha cercato espressione e piena applicazione anche nell'ambito della prescrizione dei propri rimedi e/o presidi terapeutico-riabilitativi, inscrivendosi in un'area di circoscritta autonomia preclusa alle altre figure

professionali, e in particolare a quella del medico, dalla quale l'infermiere moderno, pur nell'ottica di una concreta collaborazione e interazione dinamica, tende, può e deve smarcarsi per quanto attiene alla sfera della propria, peculiare, attività professionale.

L'espressione di questa autonomia, nell'ambito della cura del paziente, trova spazio anche nella prosecuzione dell'attività promotrice, conservatrice e restauratrice che si continua alla domiciliazione del malato e pertanto, con i predetti presupposti e con questa finalità, il naturale compimento dell'azione infermieristica si realizza con/nella lettera di dimissione integrata.

Tuttavia, l'integrazione delle competenze e lo spirito collaborativo devono mantenersi vivi ed essere quotidianamente nutriti dallo scopo condiviso a tutte le professioni sanitarie, ponendo al centro del comune agire il malato e la tutela della persona sul piano sociale e della salute.

■ DISCLOSURE

Gli Autori dichiarano di non avere conflitti di interesse di natura finanziaria in merito ai temi trattati nel presente articolo.

■ BIBLIOGRAFIA

1. Definizione delle figure professionali di cui all'art. 6, comma 3, del Dlgs 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, da includere nelle fattispecie previste dagli articoli 1,2,3 e 4 della legge 10 agosto 2000, n. 251 (articolo 6, comma 1, legge 251/2000). Decreto Ministeriale 29 marzo 2001
2. George JB. Nursing Theories - The base for Professional Nursing Practice. Appleton & Lange, 1990
3. Marriner A. Nursing Theorist and Their Work. Mosby Company, 1986
4. Codice di Deontologia Medica. In vigore dal 2/3 ottobre 1998 al 15 dicembre 2006
5. Codice di Deontologia Medica. Licenziato dalla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli odontoiatri il 16 dicembre 2006
6. Disposizioni in materia di professioni sanitarie. Legge 26 febbraio 1999, n. 42
7. Codice Deontologico dell'Infermiere. Approvato dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI il 25 giugno 1977
8. Patto Infermiere-Cittadino. Licenziato dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI nel maggio 2006
9. Codice Deontologico dell'Infermiere. Licenziato dalla Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI nel febbraio 1999
10. Codice Deontologico degli Infermieri Italiani. Approvato dal Comitato centrale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI con deliberazione n. 1/09 del 10.01.2009 e dal Consiglio nazionale della Federazione Nazionale Collegi IPASVI nella seduta svolta in Roma in data 17.01.09
11. Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere. Decreto Ministeriale n. 739 del 14 settembre 1994
12. Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica. Legge n. 251 del 10 agosto 2000
13. Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale dell'assistente sanitario. Decreto Ministeriale n. 69 del 17 gennaio 1997
14. Istituzione del servizio sanitario nazionale. Legge n. 833 del 23 dicembre 1978
15. Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge n. 419 del 30 novembre 1998. Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999
16. La compilazione, la codifica e la gestione della scheda di dimissione ospedaliera istituita ex dm 28.12.1991. Ministero della Salute. Linee di guida 17 giugno 1992
17. Buzzi F, Sclavi C. La cartella clinica: atto pubblico, scrittura privata o tertium genus. *Riv It Med Leg* 1997; 19: 1161
18. Occorsio V. Dalla Relazione clinica alla Cartella Clinica. In: Occorsio V (a cura di). Cartella clinica e responsabilità medica (Capitolo 2). Milano: Giuffrè Editore, 2011; pp. 15-68
19. Codice dell'Amministrazione Digitale. Decreto legislativo n. 235/2010
20. Siculo N, Brugnaro L, Rigon LA, et al. La Cartella Infermieristica: storia e rapporti con la cartella Clinica. In: Bucci O (a cura di). La Cartella Clinica. Profili strumentali, gestionali, giuridici ed archivistici. Rimini: Maggioli, 1999; p. 59

CORRESPONDING AUTHOR

Dott. Rafael Boscolo-Berto
Dipartimento di Medicina Molecolare, Sezione di Medicina Legale. Università degli Studi di Padova
Via Falloppio 50, 35121 Padova, Italia
rafael.boscoloberto@unipd.it