

GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA - CARTELLA CLINICA

- 1.0 OGGETTO E FINALITÀ
- 2.0 SCOPO
- 3.0 CAMPI DI APPLICAZIONE
- 4.0 DEFINIZIONI
- 5.0 MATRICE DELLE RESPONSABILITÀ
- 6.0 STRUTTURA E FORMATO
- 7.0 VALUTAZIONE DI CONFORMITÀ
- 8.0 RIFERIMENTI ALLEGATI

| REV | PAR | PAG | MOTIVO REVISIONE | DATA |
|-----|-----|-----|---------------------|------------|
| 00 | /// | /// | Emissione Documento | 10.04.2013 |

ELABORAZIONE/ VALIDAZIONE/ DISTRIBUZIONE

| REV. | DATA | | FIRME |
|------|------------|---|-------|
| 0 | 10.04.2013 | ELABORATO E APPROVATO: DIRETTORE SANITARIO | |
| 0 | | APPROVATO R.D. Sig.a Mercutello E. | |
| 0 | | APPROVATO R.Q. Rossi S. | |
| 0 | | DISTRIBUZIONE DOCUMENTO | |

1. OGGETTO E FINALITÀ

Definizione dei criteri, delle modalità e delle responsabilità inerenti la corretta tenuta della documentazione sanitaria con particolare riferimento alla *cartella clinica* nelle fasi di *compilazione, consultazione, archiviazione, rilascio/consegna* agli aventi diritto.

2.0 SCOPO

Implementare un'adeguata gestione della documentazione sanitaria, con particolare riferimento alla tenuta della cartella clinica, al fine di garantire la corretta compilazione da parte di tutti coloro che intervengono nel processo assistenziale del/la paziente, l'adeguata conservazione e la pronta disponibilità della cartella per tutti gli operatori, il/la paziente e per quanti, anche se non operatori sanitari, possono avere accesso alla consultazione della stessa. Il lettore della cartella clinica deve essere messo in grado di ripercorrere agevolmente l'intero percorso clinico-assistenziale che ha riguardato il/la paziente nell'episodio di ricovero, in qualsiasi momento dell'iter diagnostico-terapeutico.

3.0 CAMPI DI APPLICAZIONE

Le seguenti indicazioni operative si applicano:

- alle cartelle cliniche in uso presso tutte le Unità Operative che effettuano attività di ricovero dei/delle pazienti e/o prestazioni ambulatoriali;
- alla Direzione Sanitaria che ha compiti di vigilanza e di controllo;
- agli uffici addetti al rilascio, alla consultazione e all'archiviazione della documentazione sanitaria.

4.0 DEFINIZIONI

- **Cartella clinica:** documento che raccoglie le informazioni, attinenti al singolo paziente ed al singolo episodio di ricovero, finalizzate alla formulazione di decisioni cliniche e assistenziali: i dati e le informazioni riportate in tale documentazione hanno, quindi, lo scopo di fornire una base informativa per scelte assistenziali razionali ed efficaci e per garantire la continuità del percorso di cura, documentando il quadro clinico, il processo diagnostico-terapeutico realizzato e i risultati conseguiti.

- **Responsabilità generale:** responsabilità relativa non al singolo accadimento, ma all'intero processo di vigilanza, conservazione e tenuta delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria.
- **Sezioni:** la struttura di ciascuna sezione e la tipologia di informazione riportata per ognuna delle sezioni descritte dipendono dal tipo di ricovero e di patologia trattata nel corso del processo di cura.
- **Identificazione della cartella clinica:** la cartella clinica deve essere identificata da un numero unico per ospedale (codice nosologico); non sono ammesse numerazioni interne assegnate dalle singole Unità Operative alla parte di cartella di propria competenza (rif. Pro 7.5.89)
- **Proposta di ricovero:**
con tale dizione si intende qualsiasi documentazione o certificazione che contiene le motivazioni del ricovero riconosciute valide dall'accettante e che costituisce parte integrante della cartella, vale a dire:
 - referto di visita ambulatoriale (anche effettuata in regime libero-professionale) da cui si evinca l'indicazione al ricovero del/la paziente (per l'effettuazione di un intervento chirurgico, di accertamenti diagnostico-strumentali, ecc);
 - in caso di ricovero programmato la modulistica attestante l'inserimento del/la paziente in lista d'attesa sottoscritta e datata dal medico responsabile (rif. Pro 7.5.89);
- **Processo di cura:** la descrizione in cartella clinica comprende la registrazione fedele di quanto è attuato sul/la paziente, compilando le varie sezioni previste dalla cartella, ad esempio:
 - Procedure diagnostiche
 - Procedure terapeutiche/assistenziali
 - Procedure riabilitative
 - Diario clinico e diario infermieristico (mod. 242 e mod. 162) medico ed infermieristico atto a realizzare la cartella clinica integrata che prevede un diario giornaliero, per facilitare, attraverso compilazione da parte del personale medico e infermieristico, il confronto e la

comunicazione tra i due ruoli, realizzando in concerto un approccio multidisciplinare alle problematiche del/la paziente)

- RegISTRAZIONI dell'operatore socio-sanitario.
- Foglio unico di terapia farmacologia e prescrizione nutrizionale. (mod. 158).
- Rilevazioni dei parametri vitali (mod. 192). E' possibile effettuare una sintesi da riportare in cartella delle rilevazioni eseguite in automatico (esempio monitoraggi continui senza eventi significativi da segnalare per lunghi periodi di tempo).

NB: i tracciati cardiografici devono invece essere completi, ovvero corrispondenti all'intero periodo di registrazione ed inseriti come tali in cartella clinica. (mod.159)

- Referti di tutte le procedure eseguite e referti delle consulenze effettuate
- Documentazione/cartella anestesiologicala
- Cartella trasfusionale
- Schede relative alla sorveglianza clinica del/la paziente contenuto/a
- Acquisizione del consenso/dissenso informato ai trattamenti diagnostico-terapeutici e relativa modulistica (esplicitare in cartella l'avvenuta comunicazione al/la paziente dei rischi legati al rifiuto dei trattamenti proposti con sottoscrizione autografa dell'interessato/a o del suo legale rappresentante).
- Informative e dichiarazioni di volontà del/la paziente ricoverato/a(ad esempio: autorizzazione al trattamento dei dati sensibili, autorizzazione all'informazione di terzi relativamente alle proprie condizioni cliniche, ecc..
- Copia denuncia malattia infettiva/notifica infezioni ospedaliere.
- Eventuali comunicazioni al Tribunale per i minori/Giudice Tutelare.
- Copia di eventuali denunce di reato inviate all'Autorità Giudiziaria
- Documentazione relativa a TSO.
- Scheda di valutazione geriatrica, esplorazioni funzionali.
- Diagnosi di dimissione a seconda della struttura adottata, può essere previsto un campo dedicato alla diagnosi di dimissione localizzato non

necessariamente nella sezione conclusiva della cartella, bensì ad esempio sul frontespizio).

- Dimissione volontaria del/la paziente contro il parere dei sanitari (esplicitare in cartella l'avvenuta comunicazione all'interessato/a dei rischi legati all'abbandono del luogo di cura con sottoscrizione autografa del/la paziente o del suo legale rappresentante).
- **Identificazione dell'operatore:** firma leggibile e/o firma e timbro, sigla depositata, firma digitale.
- **Autore della registrazione:** il professionista sanitario intervenuto con finalità clinico - assistenziali nel corso dell'episodio di ricovero (medici, infermieri, specializzandi sotto la supervisione del personale medico strutturato, fisioterapisti, ecc...)
- **Accesso alla visione/rilascio di copie di cartelle cliniche:**
il rilascio della copia conforme della cartella clinica è gestito come da proc. 7.5.89.
- Previa richiesta scritta e verifica del loro status comprovata da idonea documentazione, ovvero dichiarazione sostitutiva resa ai sensi del DPR 445/2000, hanno diritto al rilascio i seguenti soggetti:
 - L'interessato, purché non incapace per minore età o interdizione;
 - La persona munita di delega dell'interessato;
 - I genitori, anche disgiuntamente, del minorenne;
 - Il tutore, il curatore o l'amministratore di sostegno (ex art. 404 codice civile);
 - Gli eredi legittimi o testamentari dell'interessato deceduto, nonché il curatore dell'eredità;
 - I soggetti che debbono tutelare, in conformità alla disciplina sull'accesso ai documenti amministrativi, una situazione giuridicamente rilevante di rango pari a quella dell'interessato, ovvero consistente in un diritto della personalità o in altro diritto o libertà fondamentale o inviolabile;
 - I soggetti appartenenti al servizio Sanitario Nazionale per motivi strettamente riconducibili alla loro attività istituzionale;

- Gli organi della Autorità Giudiziaria, Ufficiale di P.G., difensore Civico, difensori di parte che agiscono ai sensi dell'art. 391 quater del Codice di procedura penale;
- L'INAIL, secondo le vigenti disposizioni

5.0 MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

5.1 Direttore Sanitario e/o suo delegato

- responsabilità generale sull'archiviazione e sulla conservazione delle cartelle dopo la loro chiusura presso l'archivio
- vigilanza di tipo generale sul rispetto della integrità e completezza della documentazione clinica, attraverso l'uso di specifiche procedure nelle quali si sostanzia l'attività di vigilanza
- dichiarazione di conformità delle copie della documentazione clinica conseguente agli aventi diritto

5.2 Direttore di stabilimento e/o altri delegati (poliambulatori)

- responsabilità generale sull'archiviazione e sulla conservazione delle cartelle dopo la loro chiusura presso l'archivio (rif. Pro 7.5.89)
- vigilanza di tipo generale sul rispetto della integrità e completezza della documentazione clinica, attraverso l'uso di specifiche procedure nelle quali si evidenzia l'attività di vigilanza.
- dichiarazione di conformità delle copie della documentazione clinica
Consequente, agli aventi diritto

5.3 Responsabile di U.O.

- vigilanza sul rispetto della integrità e completezza della documentazione clinica con verifica alla chiusura della medesima
- responsabilità di supervisione della tenuta della cartella clinica tramite idonei strumenti (audit, verifiche periodiche e/o a campione)
- responsabilità della corretta conservazione in reparto della cartella Clinica.

5.4 Medico/Infermieri

Responsabilità della corretta e completa compilazione relativa agli atti compiuti personalmente sul/la paziente e della registrazione degli eventi osservati durante il proprio turno.

5.5 Coordinatore Infermieristico

-Corresponsabilità, unitamente al Responsabile di unità Operativa della corretta conservazione in reparto della cartella clinica.

-responsabile di supervisione e vigilanza della corretta compilazione della parte infermieristica della cartella clinica integrata.

5.6 Archiviazione della Cartella Clinica

L'archiviazione della cartella clinica è di competenza:

- dell'Unità Operativa di dimissione del/la paziente(fino alla permanenza della cartella in reparto)
- dell'archivio centralizzato(dal momento dell'arrivo della cartella clinica in archivio) o di eventuali ditte appaltatrici con servizio equivalente.

6. STRUTTURA E FORMATO

STRUTTURA

6.1 APERTURA DI RICOVERO

a) Dati Amministrativi

- identificazione cartella clinica
- identificazione paziente assistito/a
- dati amministrativi di apertura del ricovero

b) Inquadramento Assistito

- proposta di ricovero
- diagnosi di ammissione/assessment infermieristico (mod. 201)
- anamnesi (quando risultano elementi di rilievo, come allergie note a farmaci o altro,vanno indicate in un riquadro di immediata evidenza, sul frontespizio della cartella) (mod.
- esame obiettivo (mod. 610) ; esame obiettivo neurologico (mod. 241)
- ipotesi diagnostiche e pianificazione del processo diagnostico

- impostazione terapeutica (mod. 158) e assistenziale
- Referti esami effettuati in regime di pre-ricovero ed eventuali valutazioni pre-operatorie.

6.2 PROCESSO DI CURA

-deve contenere tutta la documentazione relativa all'iter diagnostico, terapeutico e assistenziale: ogni informazione riguardante le procedure effettuate sul/la paziente devono essere presenti nella cartella clinica. Eventuali copie di tale documentazione possono essere conservate laddove la procedura è stata generata.

-la cartella clinica integrata comprende un diario clinico medico e infermieristico. Le annotazioni dovranno riportare altresì la sintetica esplicitazione delle motivazioni delle scelte diagnostiche e terapeutiche effettuate;

-il foglio unico di terapia è il documento che attesta l'attività clinica (medica ed infermieristica) di "gestione" della terapia farmacologia destinata ai pazienti ricoverati. e' il documento da cui risultano le annotazioni "prescrittive" del medico (prescrizione,sospensione e variazione della terapia) e quelle "somministrative" del personale infermieristico (somministrazione avvenuta/non avvenuta);

- i referti di diagnostica per immagini devono essere presenti in cartella clinica, mentre l'iconografia può essere visibile su supporto informatico.

6.3 CHIUSURA DI RICOVERO

- diagnosi di dimissione e lettera di dimissione provvisoria (da confermare o da modificare alla chiusura della cartella clinica)

-SDO

-eventuale verbale di riscontro diagnostico.

6.4 CHIUSURA DELLA CARTELLA

-diagnosi e lettera di dimissione definitiva da riformulare o da mantenere sovrapponibile a quella provvisoria sulla base di tutti gli accertamenti effettuati e dei relativi referti eventualmente pervenuti dopo la dimissione del paziente. Anche qualora i referti risultassero non

significativi("negativi") occorrerà in ogni caso darwe evidenza in cartella della presa visione degli esiti e della comunicazione della loro negatività al paziente, specificatamente le modalità(es: il giorno (x) all'ora(y) si è data comunicazione al paziente, tramite colloquio telefonico o con altra modalità, della negatività degli esiti degli accertamenti in corso). In caso di esiti "positivi2 occorrerà provvedere ad una tempestiva presa in carico del paziente con conseguente attivazione dei percorsi necessari ad una sua rivalutazione e con la consegna di una lettera di dimissione modificata secondo il nuovo quadro clinico.

-check list di chiusura della cartella clinica (quale strumento di autovalutazione per la verifica della completezza della cartella).

-campo dedicato alla firma del direttore/Responsabile dell'Unità Operativa (o di suo delegato) che dimette il paziente, attestante la verifica della completezza della cartella clinica.

- viene stabilito un arco temporale ragionevolmente congruo, entro il quale effettuare tassativamente la chiusura delle cartelle cliniche, un periodo **non superiore a trenta giorni**. La documentazione sanitaria dovrà ovviamente comprendere tutti i referti degli accertamenti richiesti durante il ricovero.

6.5 FORMATO

I fogli che costituiscono le diverse componenti presenti all'interno della cartella clinica cartacea(anche costituenti la stampa di quella informatizzata) devono essere numerati ed intestati con:

-il codice della cartella clinica e i dati/codice identificativi del/la paziente
-il titolo del documento a cui si fa riferimento (anamnesi, esame obiettivo, foglio unico di terapia, diario clinico medico e infermieristico, documentazione infermieristica, referti di consulenza specialistica, lettera di dimissione, ecc)

-Unità Operativa di ricovero.

Requisiti di contenuto

I documenti e le informazioni contenute nella cartella clinica devono rispondere ai seguenti requisiti:

Rintracciabilità

- si intende la possibilità di risalire a tutte le attività, agli esecutori, ai materiali e ai documenti che costituiscono le componenti dell'episodio di ricovero, dall'ammissione alla dimissione della persona assistita. Nella documentazione sanitaria, per ogni singola registrazione, devono essere identificabili:
 - il momento dell'accadimento con data e ora
 - l'autore della registrazione (firma leggibile e/o firma e timbro, sigla depositata e/o numero di matricola), come da disposizioni aziendali (cfr. Definizioni - Identificazione dell'operatore).

Pertinenza

- si intende la correlazione delle informazioni riportate in cartella rispetto alle esigenze informative definite.

Chiarezza

- la chiarezza riguarda l'intelligibilità della grafia (cartella cartacea) e l'esposizione:
 - Il testo deve essere chiaramente leggibile e comprensibile da parte di tutti coloro che utilizzano la cartella clinica: medici, altri professionisti sanitari, il/la paziente, ovvero gli aventi diritto alla consultazione.
 - L'esposizione deve essere il più possibile semplice e diretta e non dare adito a diverse interpretazioni (inequivocabilità).
 - L'**uso di sigle** deve essere limitato agli acronimi scientifici universalmente riconosciuti e subordinato all'elaborazione di un glossario, validato a livello aziendale, di cui sia fornita evidenza attraverso una legenda in chiaro da inserire in cartella clinica (si raccomanda l'inserimento della legenda in cartella allo scopo di favorire, nella fase iniziale di implementazione, l'apprendimento degli operatori).
 - È raccomandato l'uso di **inchiostro di colore blu scuro o nero** che appare meglio leggibile nelle copie fotostatiche.

Veridicità

- ai fini di una compilazione che rispetti tale criterio occorrerebbe attenersi alle seguenti indicazioni:
 - Tutti i dati e gli eventi devono essere annotati in cartella clinica contestualmente al loro verificarsi o nell'immediata successione degli stessi (attualità e tempestività delle annotazioni). Ogni registrazione va effettuata non appena sia possibile, finita l'attività assistenziale sul/la paziente e non sono ammessi completamente tardivi o postumi. È consentita la compilazione di una

sezione in tempi successivi rispetto alla rilevazione del parametro e/o all'acquisizione dell'informazione esclusivamente nelle situazioni di urgenza o necessità che non abbiano consentito all'operatore un'annotazione contestuale. In tal caso l'autore della registrazione dovrà annotare chiaramente la data e l'ora dell'indagine ovvero dell'informazione acquisita e la data e l'ora in cui ha provveduto all'annotazione di quanto indagato/rilevato.

- La cartella clinica non deve presentare abrasioni, adattamenti o sbianchettature: per errori commessi all'atto della stesura, il testo deve essere corretto con una riga o incasellato in modo che risulti visibile; deve quindi essere riportato il testo corretto con l'indicazione della data della correzione e della firma (leggibile, possibilmente accompagnata dal timbro) di chi appone la correzione. Per errori od omissioni rilevati in epoca successiva è necessario porre un'annotazione che ne dia esplicitamente atto, accompagnata dalla data, dall'ora e dalla firma (leggibile, possibilmente accompagnata dal timbro) dell'operatore che ha effettuato la rilevazione e la correzione. Nel caso di cartella clinica informatizzata non deve essere possibile effettuare cancellazioni senza che ne rimanga traccia (data, ora, autore, contenuti), gli errori vanno annullati e le correzioni devono restare visibili.
- Specificare i dati identificativi del soggetto che rappresenta la fonte delle informazioni riportate, se diverso dal/la paziente (per esempio: parente, accompagnatore, ecc.) se si ritiene che tali informazioni possano essere utili alla realizzazione del processo di cura (*pertinenza*)
- Limitarsi all'esposizione di fatti obiettivi, di atti eseguiti e/o di informazioni attinenti il processo di cura e al percorso assistenziale del/della paziente (*pertinenza*).
- Allegare i referti evitando la trascrizione dei risultati degli esami (in particolare non trascrivere mai valori numerici, non ricopiare farmaci, dosaggi degli stessi, ecc.).

Completezza

- riguarda l'esauritivo inserimento in cartella di tutti gli elementi/moduli che la compongono:
 - La chiusura della cartella deve essere effettuata nel più breve tempo possibile compatibilmente con il tempo necessario per acquisire i referti di tutti gli esami effettuati nel corso del ricovero, ma non ancora pervenuti al momento della dimissione e per la compilazione della SDO. Nel caso di referti di accertamenti pervenuti successivamente alla dimissione del/la paziente è necessario che gli stessi siano visionati dal medico dell'U.O. responsabile del caso dandone tempestiva comunicazione all'interessato/a (cfr. "STRUTTURA E FORMATO – *Chiusura della cartella*) provvedendo altresì ad inserirli in cartella prima della chiusura della stessa.
 - Nel caso in cui nelle varie sezioni da compilare non sia evidenziata nessuna valutazione, ma sia riportata l'abbreviazione "n.d.r." (da codificarsi

univocamente come nulla da rilevare), è da intendersi come “parametro o informazione indagati, ma nulla di significativo da rilevare”.

- Lo spazio/sezione della cartella clinica lasciato in bianco è da intendersi come “parametro o informazione non indagati”.
- Alla conclusione dell’episodio di ricovero il Direttore/Responsabile dell’U.O. che dimette il/la paziente (o un suo delegato), prima di consegnare la cartella clinica per la relativa archiviazione, deve quindi esaminarla e firmarla, attestandone la regolare compilazione e completezza.
- A tale fine, si raccomanda che la chiusura della cartella clinica preveda una fase di verifica e di autovalutazione circa la corretta compilazione e completezza della stessa, nell’espletare la quale il Direttore/Responsabile dell’U.O. (o un suo delegato) che dimette il/la paziente può essere facilitato dall’utilizzo di una check list di riferimento.
- Nel caso, in esito a tale verifica, emerga l’evidenza di sezioni non compilate o inadeguatamente compilate, di referti o di altra documentazione mancante ovvero di qualsivoglia altra *non conformità* rispetto ai parametri previsti dalla check list, sarà compito del Direttore/Responsabile dell’U.O. provvedere ai necessari correttivi, nel rispetto dei criteri di rintracciabilità, chiarezza, veridicità e completezza.

7.0 VERIFICHE

Al fine di una valutazione più efficace dell’effettiva applicazione delle suddette indicazioni operative si prevede:

- di effettuare verifiche periodiche (trimestralmente) presso le Unità Operative, riguardanti la corretta tenuta e la conservazione delle cartelle cliniche;
- di prevedere, per ogni unità operativa, un controllo su un campione significativo di cartelle (non inferiore al 5%);
- di prevedere periodicamente un audit di Ufficio di Direzione Sanitaria (UDS) nel quale mostrare, disaggregati per singola Unità Operativa, i risultati di tale indagine, definire gli obiettivi e gli eventuali correttivi per il trimestre successivo ;
- di subordinare la verifica dei Direttori/Responsabili di U.O. anche alle attività relative alla corretta compilazione e tenuta delle cartelle cliniche e della documentazione sanitaria.

Per le verifiche si rimanda alle griglie contenute nella delibera Giunta Emilia Romagna 1706/2009.

8.0 RIFERIMENTI ALLEGATI

- DPCM 27.06.1986 (Atto di indirizzo e coordinamento dell'attività amministrativa delle regioni in materia di requisiti delle case di cura private);
- Circolare del Ministero della Sanità n. 61 del 19.12.1986 (Periodo di conservazione della documentazione sanitaria presso le istituzioni sanitarie pubbliche e private di ricovero e cura);
- Legge 241 del 07.08.1990 e successive modificazioni e integrazioni (Nuove norme in materia di procedimento amministrativo e di diritto di accesso ai documenti amministrativi);
- D.M. 28.12.1991 (Istituzione della Scheda di dimissione ospedaliera);
- D.M. 26.07.1993 (Disciplina del flusso informativo sui dimessi degli istituti di ricovero pubblici e privati);
- DPCM 19.05.1995 (Prima individuazione dei settori di erogazione dei servizi pubblici ai fini dell'emanazione degli schemi generali di riferimento di "Carte dei Servizi pubblici");
- Circolare del Ministero della Sanità 14.03.1996 (Registro operatorio);
- Legge 675 del 31.12.1996 (Tutela delle persone e di altri soggetti rispetto al trattamento dei dati personali);
- D.M. 14.02.1997 (Determinazione delle modalità affinché i documenti radiologici e di medicina nucleare e i resoconti esistenti siano resi tempestivamente disponibili per successive esigenze mediche);
- Legge 449/1997 (Finanziaria 1998)
- Legge 448/1998 (Finanziaria 1999)
- D. Leg.vo 29.10.1999 n. 490 (T.U. delle disposizioni legislative in materia di beni culturali e ambientali, a norma dell'art. 1 della L. 8/10/97 n. 352);
- D.M. 27.10.2000 n. 380 (Regolamento recante norme concernenti l'aggiornamento della disciplina del flusso informativo sui dimessi dagli istituti di ricovero pubblici e privati);
- DPR 28.12.2000 n. 445 (T.U. delle disposizioni legislative e regolamentari in materia di documentazione amministrativa);
- D. Leg.vo 30.06.2003 n. 196 (Codice in materia di protezione dei dati personali);
- Codice Civile e Penale.
- D.Lgs n.82 del 7/03/05 (Codice dell'amministrazione digitale) e D.Lgs n.159 del 4/04/06 (Disposizioni integrative e correttive al decreto n. 82 del 7/03/05)
- Il Codice deontologico dell'infermiere 1999
- Il nuovo codice deontologico dell'infermiere (*in fase di revisione* - prima revisione 12/02/2008)
- Il Codice di Deontologia Medica 2006
- Legge Regionale 34 del 14/12/2007
- Art. 1176, 2699, 2700 Codice Civile
- Art. 326, 328, 357, 361, 476, 477, 479, 480, Codice Penale.
- Art. 331 Codice di Procedura Penale

Riferimenti bibliografici

- Introna F., "L'epidemiologia del contenzioso per responsabilità medica in Italia e all'Estero", Riv. It. Med. Leg. XVIII, 71, 1996.
- Bona M., "<Danno evidenziale> e prova del nesso di causa nella R.C. medica", Riv. It. Med. Leg. XXVIII, 2006.
- Fiori A., "Medicina Legale della responsabilità medica". Giuffrè Editore, Milano 1999
- Evasio Pasini, Pierfranco Ravizza. Management e Qualità " La cartella clinica come documento del sistema qualità: un esempio pratico"