



Master in
"PROFESSIONI SANITARIE FORENSI
E GESTIONE DEL RISCHIO
CLINICO"

Anno Accademico 2018/2019

**LA CARTELLA
INFERMIERISTICA, COME
STRUMENTO A GARANZIA
DEL PROCESSO DI NURSING
E LA SUA
CORRETTA COMPILAZIONE**

Candidato: ZIRO MARIANGELA

Relatore: Prof.ssa CHIARA BASILE



UNINT
Università
degli Studi Internazionali di Roma



Indice dei contenuti

INTRODUZIONE.....	5
1. CAPITOLO 1 – L’ EVOLUZIONE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI INFERMIERE.....	6
1.1. IL PROFILO PROFESSIONALE.....	7
1.2. LEGGE 26 FEBBRAIO 1999, N.42 “DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PROFESSIONI SANITARIE”.....	9
1.3. LEGGE 10 AGOSTO 2000, N.251 “DISCIPLINA DELLE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE, TECNICHE, DELLA RIABILITAZIONE, DELLA PREVENZIONE NONCHE’ DELLA PROFESSIONE OSTETRICA”	10
1.4. LEGGE 1 FEBBRAIO 2006, N.43 “DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE, OSTETRICA, RIABILITATIVE, TECNICO-SANITARIE E DELLA PREVENZIONE E DELEGA AL GOVERNO PER L’ ISTITUZIONE DEI RELATIVI ORDINI PROFESSIONALI”.....	11
1.5. CODICE DEONTOLOGICO DELL’ INFERMIERE 2009.....	12
2. CAPITOLO 2 - LA CARTELLA INFERMIERISTICA E LE SUE LEGGI.....	13
2.1. NORMATIVE DI RIFERIMENTO	14
2.2. RESPONSABILITA’	15
3. CAPITOLO 3 - LA CARTELLA INFERMIERISTICA E LA SUA COMPILAZIONE.....	19
3.1. FASI DEL PROCESSO DI NURSING.....	21
3.2. DOCUMENTI CHE COMPONGONO LA CARTELLA INFERMIERISTICA.....	24
3.3. CRITERI PER LA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA..	28

4. CAPITOLO 4 - PROGETTO	32
4.1. MODELLO DI ACCERTAMENTO.....	35
4.2. SCALA DI BRASS	40
4.3. SCALA DI BRADEN	43
4.4. SCHEMA DI CONSEGNA ELABORATO SECONDO IL METODO SBAR	46
4.5. QUESTIONARIO	47
4.6. INFORMATIZZAZIONE E VANTAGGI.....	55
CONCLUSIONI	57
BIBLIOGRAFIA	59
SITOGRAFIA.....	61

INTRODUZIONE

L'abrogazione del Mansionario (DPR 225/74), quindi la relativa sostituzione della denominazione "professione sanitaria ausiliaria" con quella di "professione sanitaria", il D.M.739/94 "PROFILO PROFESSIONALE DELL' INFERMIERE" e il DPR 384 del 1990, che riconosce la cartella infermieristica come "atto pubblico in senso lato", in quanto redatta da un "incaricato di pubblico servizio" prima e poi da un "pubblico ufficiale", sono i punti nevralgici da cui origina e si articola questo lavoro.

La cartella infermieristica è tutela del corretto processo di nursing per il paziente e tutela legale del professionista infermiere.

È lo strumento con cui il professionista infermiere si relaziona durante tutto il suo percorso lavorativo, nella cartella infermieristica il professionista deve puntare per legittimare il passaggio della professione da mera professione tecnica a professione di pensiero.

Il lavoro si pone come obiettivo quello di riuscire, nonostante una legislatura frastagliata e la moltitudine di tipologie di cartella infermieristica, variabili a seconda del contesto lavorativo, a portare alla luce gli aspetti necessari da cui la cartella infermieristica non può e non deve prescindere.

Evidenziati i cardini su cui si deve costruire la cartella infermieristica, propongo un modello di accertamento, primo atto del processo di nursing, da cui si articola la creazione del processo assistenziale, e un modello di passaggio di informazioni, basato sul metodo SBAR, per integrare l'attività di documentazione con l'attività di comunicazione dei dati raccolti, all'interno del gruppo di lavoro.

Segno evidente che il percorso di cura del paziente è un percorso dinamico e complesso, che non può contare sul lavoro del singolo professionista, ma dell'intera equipe.

Ho poi proposto i due modelli, accertamento e comunicazione di consegna tramite il metodo SBAR, ad un gruppo di infermieri, facenti parte del dipartimento medico nel quale presto servizio come infermiera, ho quindi proposto al gruppo un questionario di gradimento, e ho analizzato i risultati.

1. CAPITOLO 1 – L' EVOLUZIONE DELLA PROFESSIONE SANITARIA DI INFERMIERE

L' evoluzione normativa, culturale e professionale ha contribuito alla nascita della nuova figura professionale dell' infermiere, si è passato da un professionista esecutore di attività alla concezione di un professionista pensante, con un proprio campo di autonomia regolamentato da norme, che stabilisce un proprio progetto di cura, definisce e si prende carico dei bisogni assistenziali del paziente, si adopera per il continuo ampliamento delle proprie conoscenze e si specializza con le attività post-base.

1.1. IL PROFILO PROFESSIONALE

Il D.M. del 14 settembre 1994, "Regolamento concernente la figura ed il relativo profilo professionale dell' infermiere", emanato dal Ministero della sanità, rappresenta il momento di rottura con il passato.

Vediamo ora di focalizzarci su alcuni passaggi chiave di questo decreto ministeriale, che meritano di essere evidenziati in relazione allo scopo di questo lavoro.

"L'infermiere è l'operatore sanitario che, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale è responsabile dell'assistenza generale infermieristica."¹

In questo articolo si identifica il professionista infermiere con colui che è in possesso della formazione universitaria abilitante ed è iscritto ad un albo professionale; pertanto vengono delineati i titoli specifici dai quali il professionista infermiere non può prescindere, caratterizzanti questa professione, titolo accademico e iscrizione all'albo specifico, che vanno inquadrati anche nell'ottica di tutela dell'individuo e della collettività.

L'infermiere è il titolare del processo di nursing, cioè dell'assistenza infermieristica all'individuo e alla collettività, concetto che viene ampliato nei successivi commi e articoli.

Inoltre il profilo professionale non si limita ad attribuire all'infermiere la responsabilità dell'assistenza infermieristica, ma amplia il campo d'azione "l'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa"².

L'infermiere promuove la salute in senso ampio, educa la collettività a mantenere stili di vita sani, promuove il miglioramento della qualità di vita che non corrisponde sempre e per ogni singolo individuo con il raggiungimento della completa sanità fisica e mentale, ma si pone in maniera attiva anche rispetto alle cure di tipo palliative.

Nel comma 3 dell'articolo 1, viene rimarcato il ruolo di tutore della salute dell'individuo e della collettività, di pianificazione, gestione e valutazione dell'attività assistenziale infermieristica, di garante delle prescrizioni diagnostico-terapeuti-

¹ D.M. 739/1994, articolo 1 , comma 1

² D.M. 739/1994, articolo1, comma 2

che, di collaborazione con gli altri operatori sociali e sanitari e dell' utilizzo delle figure di supporto per l' espletamento delle sue funzioni, in un' ottica multidisciplinare, dove ogni profilo porta il suo contributo.

Nella pianificazione, gestione e valutazione dell' assistenza infermieristica si pone il ruolo centrale della cartella infermieristica, che via via analizzeremo.

Inoltre l' assistenza infermieristica si applica in situazioni dinamiche di relazione e scambio con altre figure assistenziali e sanitarie, quando il problema di salute non può essere risolto solo con l' applicazione delle diagnosi infermieristiche, l' infermiere collabora con gli altri professionisti alla risoluzione del problema e lui stesso diventa il garante delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, non un mero esecutore, ma ne conosce finalità e tipologie, le applica in maniera critica e consapevole.

Sempre nell' articolo 1 al comma 4, si sottolinea la figura formativa del professionista infermiere rispetto al personale di supporto, e la necessità per l' infermiere di impegnarsi a continuare ad accrescere la propria formazione e di porsi in maniera attiva rispetto alla ricerca.

Non più un ruolo passivo, di esecuzione tecnica, ma un ruolo attivo, capace di formare figure di supporto e in obbligo di formarsi in maniera continua e attiva.

Nel comma 5 del medesimo articolo vi sono specificate le aree di formazione specialistica post base: sanità pubblica; pediatria; salute mentale-psiichiatria; geriatria; area critica.

1.2. LEGGE 26 FEBBRAIO 1999, N.42 "DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PROFESSIONI SANITARIE"

Con questa legge si abroga il termine "ausiliario" accostato fino a quel momento all' infermiere, ciò sancisce il fatto che la professione infermieristica, è una professione sanitaria a tutti gli effetti, non subordinata alle professioni sanitarie che venivano considerate fino a quel momento principali.

Inoltre l' abrogazione più sostanziale, di questa legge, è quella del cosiddetto mansionario, che fino a quel momento aveva limitato il professionista infermiere in un rigido schema di attività consentite e non consentite.

Abolito il mansionario, con l' emanazione di questa legge l' infermiere definisce il campo proprio di attività grazie al CODICE DEONTOLOGICO, al PROFILO PROFESSIONALE (D.M.739/1994), a alla FORMAZIONE.³

³ Legge 26 febbraio 1999, n. 42, n. 50 Gazzetta ufficiale del 2 marzo 1999

1.3. LEGGE 10 AGOSTO 2000, N.251 "DISCIPLINA DELLE PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE, TECNICHE, DELLA RIABILITAZIONE, DELLA PREVENZIONE NONCHE' DELLA PROFESSIONE OSTETRICA"

Di questa legge è bene sottolineare il merito di aver introdotto il concetto di autonomia della professione.

Competenze, formazione e discrezionalità decisionale sono alla base dell'attività infermieristica, l'infermiere pone attenzione alla qualità delle informazioni a sua disposizione, quindi ai canali informativi e agli strumenti che ha a disposizione, con ciò acquisisce forza l'importanza della documentazione infermieristica.

Inoltre questa legge apre alla professione la possibilità di entrare nell'area organizzativo-gestionale, tramite l'attribuzione diretta della gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni.⁴

⁴ Legge 10 agosto 2000, n.251, n.208 Gazzetta ufficiale del 6 settembre 2000

1.4. LEGGE 1 FEBBRAIO 2006, N.43 "DISPOSIZIONI IN MATERIA DI PROFESSIONI SANITARIE INFERMIERISTICHE, OSTETRICA, RIABILITATIVE, TECNICO-SANITARIE E DELLA PREVENZIONE E DELEGA AL GOVERNO PER L' ISTITUZIONE DEI RELATIVI ORDINI PROFESSIONALI"

Questa legge sottolinea l' importanza della formazione continua, sottolineando l' importanza del metodo ECM e l' implementazione delle buone pratiche assistenziali.

Stabilisce inoltre l' obbligo per tutti i professionisti infermieri, sia lavoratori pubblici, che privati, o liberi professionisti di iscrizione all' albo, ciò come già sottolineato è una garanzia per il cittadino stesso, ma è anche conferma della natura intellettuale della professione, non più ausiliaria delle figure professionali principali.

Questo doppio legame tra garanzia per l' utente dell' assistenza infermieristica e il riconoscimento della professione infermieristica, come professione intellettuale, pone l' infermiere a dover rispondere dei danni del proprio operato direttamente all' utente della sua prestazione e non più alle figure professionali principali, che commissionavano le attività infermieristiche.

Questo legame, pone in essere la necessità per il professionista di espletare la sua attività nel migliore dei modi possibili, avvalendosi come già evidenziato degli strumenti propri della professione, per garantire una adeguata assistenza infermieristica, cioè la documentazione infermieristica, nello specifico la cartella infermieristica.⁵

⁵ Legge 1 febbraio 2006, n.43, n. 40 Gazzetta ufficiale 17 febbraio 2006

1.5. CODICE DEONTOLOGICO DELL' INFERMIERE 2009

Nell' ottobre 1999, durante il XII Congresso della Federazione nazionale Collegi IPASVI, viene presentato un nuovo Codice deontologico degli infermiere; dieci anni dopo nel 2009 viene presentata l' attuale versione, nel XV Congresso, un insieme di norme vincolanti, la cui inosservanza diventa sanzionabile.

L' infermiere diventa il professionista sanitario responsabile dell' assistenza infermieristica, che assiste l' individuo e la collettività attraverso l' atto infermieristico, inteso come saperi e responsabilità, proprio del profilo professionale dell' infermiere in tutte le diverse situazioni assistenziali.

Ruolo centrale assume il rapporto infermiere-persona/assistito, alla base vi è un patto assistenziale di cui entrambi sono i diretti protagonisti senza mediazione alcuna di altre figure professionali.

La relazione di cura si realizza attraverso "interventi specifici, autonomi e complementari di natura intellettuale, tecnico-scientifica, gestionale, relazionale ed educativa. I termini utilizzati per definire gli interventi assistenziali contengono le chiavi interpretative della natura dell' atto infermieristico che ricerca e persegue, nelle diverse fasi del percorso assistenziale, appropriatezza e pertinenza nell' interesse primario della persona/assistito."⁶⁷

⁶ Annalisa Silvestro, Commentario al codice deontologico dell' infermiere 2009, 2009, McGraw-Hill

⁷ Codice deontologico dell' infermiere, 2009

2. CAPITOLO 2 - LA CARTELLA INFERMIERISTICA E LE SUE LEGGI

Poste in essere le basi legislative, analizzate nel precedente capitolo, su cui origina la nuova figura dell' infermiere, quali abrogazione del mansionario, riconoscimento come professione intellettuale, autonomia, competenze specifiche del profilo, e percorso di studi universitario, si vuole porre ora l' attenzione sulla documentazione sanitaria e nello specifico alla cartella infermieristica, che alla luce della nuova complessità della figura professionale, non può più essere considerata solo una semplice annotazione delle azioni svolte, ma è lo strumento fondamentale dal quale origina il processo di nursing.

“Tutto questo prende ancora maggiore forza se consideriamo che la professione infermieristica rientra nel novero di quelle che sono definite come professioni intellettuali, e dato che: l' opera intellettuale consiste nell' applicazione concreta di cognizioni tecniche e scientifiche nell' oggetto della prestazione, se ne deduce che la componente intellettuale della prestazione è preponderante rispetto a quella tecnica la quale pur mantenendo la sua fondamentale importanza rappresenta “solo” l' atto conclusivo di un processo precedentemente iniziato”.⁸

In realtà la documentazione infermieristica e nello specifico la cartella infermieristica, non è uno strumento omogeneo in tutti i contesti lavorativi a livello nazionale, poiché risente molto del contesto lavorativo nel quale viene calato, e quindi oltre le differenze specifiche che tengono conto delle peculiarità dei contesti lavorativi, ad esempio differenze di tipologie di dati da rilevare tra contesti di tipo medico-internistico e di tipo chirurgico, ci sono differenze che evidenziano contesti dove la cartella infermieristica appare in linea con le normative e rispecchia una buona pratica infermieristica ed altri dove rimane un semplice strumento di annotazione, non consono a garantire la corretta presa in carico del paziente.

Inoltre non ci sono normative chiare e definite che ne regolano i requisiti, la cartella a seconda del contesto lavorativo può essere cartacea od informatizzata.

⁸ Stefano Bugnoli, La responsabilità dell' infermiere e le sue competenze una guida per l' agire responsabile, 2014, Maggioli Editore

2.1. NORMATIVE DI RIFERIMENTO

Fino al 1999, la cartella infermieristica viene considerata atto pubblico in senso lato, redatta dall' infermiere che si qualifica come incaricato di pubblico servizio. Ciò significa minore autorevolezza rispetto alla cartella medica, poiché non redatta come quest' ultima da un pubblico ufficiale, cioè il medico.

Con la legge 42/1999, l' infermiere diviene professionista sanitario, non più ausiliario, indi per cui, diviene alternativamente pubblico ufficiale o incaricato di pubblico servizio a seconda delle attività svolte, pertanto non esiste più la differenza giuridica tra cartella medica e cartella infermieristica.

Ciò acquista maggiore significato nelle realtà dove esiste la cartella sanitaria integrata, stesso strumento utilizzato da più professionisti, dove è impensabile pensare che lo stesso documento assuma significati diversi in base al professionista che lo utilizza.

Pertanto la cartella infermieristica è un atto pubblico, e in quanto tale è governato dalla disposizioni di conservazione, compilazione e segreto degli atti pubblici, ciò implica che colui che la compila, il professionista infermiere, diventi imputabile dei reati connessi.

Anche il Codice deontologico del 2009 rinforza il concetto importante di una sistematicità dell' assistenza infermieristica, l' articolo 27, recita: "l' infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi".⁹

Questo è possibile con un' adeguata pianificazione dell' assistenza, che non può prescindere dalla compilazione chiara ed efficace della documentazione dedicata, nonostante non vengano stabilite modalità e forme.

⁹ Codice deontologico 2009, art. 27

2.2. RESPONSABILITA'

La responsabilità connessa alla documentazione infermieristica, si articola sostanzialmente in responsabilità giuridica e responsabilità professionale.

Quella giuridica consiste nel rispondere del proprio operato, inteso come l'obbligo di rendere tracciabile la propria attività a garanzia dell'assistito e della propria professione.

Quella di tipo professionale, si concretizza nell'obbligo di agire in maniera responsabile, consapevoli che le attività svolte si concretizzano nel processo assistenziale, composto da attività tecniche ed intellettuali e correttamente documentato.¹⁰

Detto ciò andiamo ad analizzare nello specifico gli articoli del codice penale coinvolti:

- ARTICOLO 476 CODICE PENALE, FALSITA' MATERIALE COMMESSA DAL PUBBLICO UFFICIALE IN ATTI PUBBLICI: il pubblico ufficiale, che, nell'esercizio delle sue funzioni, forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni. Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querela di falso, la reclusione è da tre a dieci anni.¹¹
- ARTICOLO 479 CODICE PENALE, FALSITA' IDEOLOGICA COMMESSA DAL PUBBLICO UFFICIALE IN ATTI PUBBLICI: il pubblico ufficiale, che ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, soggiace alle pene stabilite nell'art. 476.¹²
- ARTICOLO 481 CODICE PENALE, FALSITA' IDEOLOGICA IN CERTIFICATI COMMESSA DA PERSONE ESERCENTI UN SERVIZIO DI PUBBLICA NECESSITA': chiunque, nell'esercizio di una professione sanitaria o forense, o

¹⁰ Avv. Roberto Ricciardi, La responsabilità professionale dell'infermiere, Prex, 2012

¹¹ Articolo 476 Codice penale (R.D. 19 ottobre 1930, n. 1398)

¹² Articolo 479 Codice penale (R.D. 19 ottobre 1930, n. 1398)

di un altro servizio di pubblica necessità, attesta falsamente, in un certificato, fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, è punito con la reclusione fino a un anno o con la multa da cinquantuno euro a cinquecentosedici euro. Tali pene si applicano congiuntamente se il fatto è commesso a scopo di lucro.¹³

- **ARTICOLO 493 CODICE PENALE, FALSITA' COMMESSE DA PUBBLICI IMPIEGATI INCARICATI DI UN SERVIZIO PUBBLICO:** le disposizioni degli articoli precedenti sulle falsità commesse da pubblici ufficiali si applicano altresì agli impiegati dello Stato, o di un altro ente pubblico, incaricati di un pubblico servizio, relativamente agli atti che essi redigono nell'esercizio delle loro attribuzioni.¹⁴
- **ARTICOLO 326 CODICE PENALE, RIVELAZIONE ED UTILIZZAZIONE DEI SEGRETI DI UFFICIO:** il pubblico ufficiale o la persona incaricata di un pubblico servizio, che, violando i doveri inerenti alle funzioni o al servizio, o comunque abusando della sua qualità, rivela notizie di ufficio, le quali debbano rimanere segrete, o ne agevola in qualsiasi modo la conoscenza, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni. Se l'agevolazione è soltanto colposa, si applica la reclusione fino a un anno. Il pubblico ufficiale o la persona incaricata di un pubblico servizio, che, per procurare a sé o ad altri un indebito profitto patrimoniale, si avvale illegittimamente di notizie di ufficio, le quali debbano rimanere segrete, è punito con la reclusione da due a cinque anni. Se il fatto è commesso al fine di procurare a sé o ad altri un ingiusto profitto non patrimoniale o di cagionare ad altri un danno ingiusto, si applica la pena della reclusione fino a due anni.¹⁵
- **ARTICOLO 622 CODICE PENALE, RIVELAZIONE DI SEGRETO PROFESSIONALE:** il pubblico ufficiale o la persona incaricata di un pubblico servizio, che, violando i doveri inerenti alle funzioni o al servizio, o comunque abusando della sua qualità, rivela notizie di ufficio, le quali debbano rimanere segrete, o ne agevola in qualsiasi modo la conoscenza, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni. Se l'agevolazione è soltanto colposa, si applica la reclusione

¹³ Articolo 481 Codice penale (R.D. 19 ottobre 1930, n. 1398)

¹⁴ Articolo 493 Codice penale (R.D. 19 ottobre 1930, n. 1398)

¹⁵ Articolo 326 Codice penale (R.D. 19 ottobre 1930, n. 1398)

fino a un anno. Il pubblico ufficiale o la persona incaricata di un pubblico servizio, che, per procurare a sé o ad altri un indebito profitto patrimoniale, si avvale illegittimamente di notizie di ufficio, le quali debbano rimanere segrete, è punito con la reclusione da due a cinque anni. Se il fatto è commesso al fine di procurare a sé o ad altri un ingiusto profitto non patrimoniale o di cagionare ad altri un danno ingiusto, si applica la pena della reclusione fino a due anni.¹⁶

- **ARTICOLO 328 CODICE PENALE, RIFIUTO DI ATTI DI UFFICIO. OMISSIONE:** il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni. Fuori dei casi previsti dal primo comma, il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo, è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa fino a milletrentadue euro. Tale richiesta deve essere redatta in forma scritta ed il termine di trenta giorni decorre dalla ricezione della richiesta stessa.¹⁷

Vediamo ora di spiegare le precedenti leggi in maniera semplice e finalizzata alla compilazione valida della cartella infermieristica.¹⁸

Il falso ideologico si configura quando si riporta in cartella qualcosa di non vero: annotare valori, valutazioni, situazioni non effettivamente rilevate.

Rientrano nel falso materiale, le alterazioni di quanto già scritto, e quindi non la correzione tracciabile di quanto scritto, ma la sostituzione di quel dato, o valutazione, o evento con altro.¹⁹

Da ciò consegue che le annotazioni in cartella infermieristica devono essere precise e complete, non devono essere trascurati dati o eventi essenziali, vi deve essere una annotazione chiara in calligrafia leggibile e che rispetti la cronologia degli eventi verificatisi.

¹⁶ Articolo 622 Codice penale (R.D. 19 ottobre 1930 n.1398)

¹⁷ Articolo 328 Codice penale (R.D. 19 ottobre 1930 n. 1398)

¹⁸ Rodriguez Daniela, Aprile Anna, Medicina legale per Infermieri, Carocci, 2004

¹⁹ PAPI L. Ed., Elementi di medicina legale per infermieri, Pisa University Press, 2009

Inoltre quanto scritto, annotato e registrato, rientra nel vincolo di rispetto della privacy, e di conseguenza ne è regolamentata la conservazione e il rilascio.

Nello specifico la segretezza dei dati è vincolata da D.lgs. 30 giugno 2003, n. 196, " Codice in materia di protezione dei dati personali", integrato con le modifiche introdotte dal D.lgs 101/2018 che tiene conto delle normative europee introdotte con 2016/679-GDPR.

Nella cartella infermieristica e più in generale nella documentazione sanitaria, vengono registrati ed annotati principalmente i cosiddetti dati sensibili, che indicano informazioni circa lo stato di salute della persona, con il D.lgs. sopra citato, vengono regolamentate la raccolta, la registrazione, la conservazione, l' utilizzo, la comunicazione e la diffusione dei dati.

La raccolta deve avvenire nel modo più corretto possibile verificando correttezza e completezza dei dati; la registrazione deve avvenire su strumenti adeguati quali cartelle cliniche, infermieristiche, data base ecc, i dati devono essere conservati in luoghi sicuri fino al momento del trasferimento della cartella all' archivio centrale, ad esempio deve essere impedito l' accesso a chi non ne ha il diritto, i dati possono essere utilizzati solamente da chi è legittimato ad usarli, possono essere comunicati solo a soggetti determinati e solo secondo legge.²⁰

L' interessato può richiedere la conferma dell' esistenza o meno di dati personali che lo riguardano e può richiederne la rettifica se non corrispondenti al vero.

A prescindere dalla legislatura il professionista sanitario rispetta il segreto professionale e custodisce i dati dei pazienti, "per intima convinzione come espressione concreta del rapporto di fiducia con l' assistito", come recita l' articolo 28 del Codice deontologico dell' infermiere del 2009.

Ribadito nell' articolo 26 del medesimo codice: "l' infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi all' assistito. Nella raccolta, nella gestione e nel passaggio dei dati, si limita a ciò che è attinente all' assistenza".

Le copie autentiche rilasciate, devono contenere tutto quanto è stato documentato nel periodo di riferimento, e devono essere rilasciate all' interessato o al soggetto che ne ha diritto per legge, autorità giudiziaria, eredi, persone designate dal diretto interessato attraverso delega scritta. Non può essere vietato e reso difficoltoso l' accesso ai dati al paziente avente diritto.

²⁰ Mauro Martini Cristiano Pelati, La gestione del rischio clinico, McGraw Hill, 2011

3. CAPITOLO 3 - LA CARTELLA INFERMIERISTICA E LA SUA COMPILAZIONE

Come abbiamo analizzato nel 2 capitolo la non corretta tenuta e registrazione dei dati e quindi della cartella infermieristica, può sfociare nella violazione di norme specifiche, questo implica anche una creazione di un piano assistenziale carente o non adeguato al paziente, sottovalutando possibili rischi o complicanze, che se correttamente evidenziate possono essere prevenute, come evidenziato nel capitolo 1, il processo di assistenza è a carico dell' infermiere, figura di tipo intellettuale, riconosciuta per legge.

Pertanto in questo capitolo, nucleo di questo lavoro, andremo ad analizzare e fissare i cardini formali e tecnici che deve avere la cartella infermieristica.

Dati parziali o non corretti, possono portare alla creazioni di non adeguati percorsi di cura.

Informazioni sbagliate o parziali, trasmesse al collega possono creare gravi conseguenze per il paziente.

La cartella infermieristica deve rappresentare il contesto nel quale viene applicata, deve essere strumento del gruppo di lavoro e deve essere utilizzata da questo in maniera attiva, poiché una cartella infermieristica compilata correttamente permette anche l' emergere del reale carico di lavoro del contesto e fornisce uno strumento di misura di crescita del gruppo di lavoro.²¹

Il lavoro vuole essere uno spunto di riflessione e un cardine da cui partire, da calare e fare proprio a prescindere dal contesto lavorativo che necessita di esigenze specifiche, a prescindere dalla tipologia di supporti informatici o cartacei e a prescindere se la documentazione è integrata rispetto ad un lavoro di equipe.

"Riguardo alla compilazione, essa deve essere puntuale, contestuale all' effettuazione delle attività di trattamento sanitario diagnostico e/o terapeutico, da descrivere nell' ordine cronologico e corrispondente al reale accadimento degli eventi e alla loro successione, come in una sequenza fotografica.

Dal canto medico-legale e giuridico, dovendo l' atto pubblico costituire prova - sino a querela di falso- di quanto in esso contenuto e descritto, è indispensabile che esso sia costituito da una registrazione veritiera dei fatti accaduti, in maniera

²¹ Dott.ssa E.Ferrante Dott. Paolo Nazzareno, Convegno "Documentazione infermieristica: quali responsabilità?", 10-11 novembre 2009 Ferrara

non opinabile e il più obiettiva possibile, proprio allo scopo di fornire un' adeguata rappresentazione degli eventi.

Emerge chiaramente, tuttavia, come una compilazione idonea rispetto alla fruibilità clinica dei dati rispecchi perfettamente anche le esigenze dell' ambito medico-legale e giuridico: ecco perché è opportuno insegnare -fin dall' inizio del percorso formativo- ai futuri professionisti della salute come, quando e perché redigere una cartella clinica di qualità e perché, da parte loro, è così fondamentale impararlo, pure per la buona pratica clinica, oltre che per un' adeguata difesa in caso di contenzioso, giudiziale ed extragiudiziale".²²

L' importanza della cartella infermieristica e della sua compilazione, trova ancora delle resistenze nell' applicazione da parte del professionista perché viene ancora considerata come una perdita di tempo, un' azione lunga che sottrae tempo all' assistenza vera e propria del paziente.

Ma questo è da considerarsi, per tutto ciò detto fino ad ora, completamente diverso dalla realtà dei fatti, la cartella è la dimostrazione scritta di quell' assistenza al paziente di cui tanto il professionista si preoccupa con giusta causa.

È parte integrante della presa in carico del paziente, è il nucleo fondamentale da cui origina l' assistenza, non è qualcosa di altro, non si può prescindere da questa.²³

La soluzione è invece quella appunto di sintetizzare le caratteristiche di una completa cartella infermieristica, proprio per evitare strumenti obsoleti e non funzionali.

²² Mauro Martini Cristiano Pelati, La gestione del rischio clinico, 2011, McGraw Hill

²³ Monica Casati Rita Maricchio, La documentazione infermieristica: riflessioni operative e giuridiche (I quaderni de l' infermiere), Ipasvi, 24 febbraio 2009

3.1. FASI DEL PROCESSO DI NURSING

L' accertamento è la prima fase del processo di nursing, si basa sulla raccolta dei dati per identificare i problemi di salute del paziente reali o potenziali.

I dati vengono raccolti attraverso l' intervista al paziente o ai parenti/caregiver, attraverso l' osservazione e esame fisico, attraverso la revisione della documentazione sanitaria precedente.

Questa fase è la fase cruciale, dalla quale originerà tutto il piano assistenziale e la presa in carico del paziente.

Da questa fase il professionista fotografa le reali condizioni del paziente, e le sue risorse, elabora i suoi bisogni di salute reali e quelli che potrebbero verificarsi.

Le attività che costituiscono questa fase sono quindi la raccolta, la validazione e l' organizzazione dei dati stessi.

I dati raccolti possono essere soggettivi, riguardano pensieri, convinzioni, stati d' animo del paziente, e dati oggettivi, rilevazioni effettuate dall' infermiere o che scaturiscono dalla documentazione e storia clinica precedente.

I dati devono essere precisi e validi. Ciò garantisce una fotografia dello stato di salute del paziente che rispecchia la realtà dei fatti, da questo si può creare un processo assistenziale che va a soddisfare i reali bisogni di cura del paziente.

È utile comparare i dati soggettivi ed oggettivi per integrare le informazioni ricevute con quelle osservate e misurate, assicurarsi di raccogliere informazioni coerenti, riconoscere ed evidenziare eventuali fattori che possono interferire con la veridicità delle informazioni riferite dal paziente (ad esempio stato di ansia, disturbi di personalità, situazioni in cui il paziente non vuole far emergere dati reali per la presenza durante il colloquio di persone altre che non intende informare).

Questa fase di raccolta dei dati, deve essere supportata e guidata con la presenza nella cartella infermieristica di:

- Dati anagrafici
- Diagnosi di ricovero
- Patologie concomitanti/croniche
- Anamnesi farmacologica
- Tipologia del ricovero
- Data ingresso e dimissione

-
- Valutazione del paziente all' ingresso e alla dimissione con apposite scale (la scelta di scale di valutazione è consigliabile venga definita in base alla specificità del reparto, ad esempio Scala di Braden in geriatria, Guss Test in neurologia ecc.)

La raccolta dei dati da parte dell' infermiere è continua per tutto il periodo di degenza del paziente, non termina mai, è un' attività costante volta ad incrementare la conoscenza dei bisogni di salute del paziente.

Inoltre la letteratura è concorde nel definire gli 11 Modelli funzionali di Gordon, come riferimento per analizzare complessivamente e con accuratezza ogni aspetto della salute psicofisica del paziente.

Gli 11 modelli sono:

- Modello di percezione della salute e gestione della salute
- Modello nutrizionale-metabolico
- Modello di eliminazione
- Modello di attività-esercizio fisico
- Modello di riposo-sonno
- Modello cognitivo-percettivo
- Modello di percezione di sé
- Modello di ruolo-relazione
- Modello di sessualità-riproduzione
- Modello di adattamento-tolleranza
- Modello di valori-convinzioni

Pertanto ispirandosi a questa schematizzazione dei bisogni di salute psico-fisici, si può schematizzare un accertamento infermieristico che va ad definire i punti chiave, da cui partire per creare il piano di assistenza del paziente.

Con i questi dati, il professionista elabora il piano di assistenza, nello specifico individua le diagnosi infermieristiche e i problemi collaborativi, pianifica gli interventi, e gli attua.

Questo momento di pianificazione, attuazione e verifica dei risultati del percorso assistenziale, si trova nello specifico nel diario infermieristico, da ciò si evince che è obsoleto pensarlo, come in passato accadeva, come una annotazione di eventi.

La pianificazione dell' assistenza deve essere scritta, poiché solo un documento scritto ha valore legale, aiuta a stabilire gli standard assistenziali di una determinata situazione, la sua stesura consente di stabilire i carichi di lavoro, è un indice

di risultato, consente di uniformare il lavoro del gruppo di professionisti in un' unica direzione.

Le scale di valutazione, sono strumenti oggettivi per valutare i bisogni primari del paziente, ma anche forniscono un' andamento dei risultati ottenuti applicando il piano assistenziale, possono essere fatte più volte durante il periodo di degenza e comunque confrontate quelle dell' inizio e della fine della stessa permettono di definire miglioramenti o peggioramenti oggettivi del paziente.²⁴

²⁴ Perricone Marianna, Lami Nadia, La cartella infermieristica: strumento per il processo di assistenza. Analisi delle cartelle infermieristiche dell' azienda ospedaliera universitaria policlinico di Modena, 2012/2013

3.2. DOCUMENTI CHE COMPONGONO LA CARTELLA INFERMIERISTICA

Secondo le "Linee Guida per la progettazione e la stesura della cartella infermieristica"²⁵, gli elementi della cartella infermieristica sono:

- Raccolta dati e identificazione diagnosi infermieristica
- Piano infermieristico
- Diario infermieristico
- Scheda terapia scheda dei parametri vitali
- La scheda degli esami diagnostici
- La scheda di collegamento
- Le schede accessorie (es. diete personalizzate, bilancio idrico, protocolli di trattamenti, etc.)

Il diario infermieristico è dove vengono registrati, durante l'arco della giornata, i dati oggettivi e soggettivi dello stato del paziente trattati dal paziente e interventi conseguenti a prescrizioni mediche.

Deve contenere nome e cognome del paziente, numero del foglio, data, indicazioni sul turno di servizio, osservazioni e rilievi e sigla o firma dell'infermiere che annota le rilevazioni.

Per quanto riguarda le annotazioni di rilevazioni ed osservazioni nella Linea Guida citata prima, a seguito della revisione della letteratura, vengono schematizzate delle pratiche domande a cui l'infermiere deve attenersi, per scrivere le annotazioni:

- Ci sono state variazioni di tipo fisico nel paziente, rispetto all'inizio del turno?
- Ci sono state variazioni dal punto di vista psico-sociale nel paziente, rispetto all'inizio del turno o ai giorni precedenti? (si devono considerare il comportamento, l'adattamento al ricovero, il rapporto con la famiglia, il mutamento della percezione del proprio stato di salute)

²⁵ M. Camani, P. L. Deriu, G. Giambone, R. Tardito, M. Segni, S. Romano, Linee Guida per la progettazione e la stesura della Cartella Infermieristica, Rivista dell'ANIN - Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze

-
- Sono stati osservati dei bisogni non soddisfatti? Si sono disposte azioni specifiche per loro risoluzione? Si è valutato il risultato?
 - Sono stati osservati dei problemi assistenziali per cui è stato necessario riformulare o formulare il piano di assistenza?

La scheda di terapia è la parte dove vi sono scritte le prescrizioni mediche dei farmaci da somministrare. La prescrizione del farmaco del suo dosaggio, della via di somministrazione e della posologia è di pertinenza medica, è compito invece dell' infermiere quello di garantire la corretta somministrazione e di verificare gli effetti sul paziente.

Non esiste una tipologia di scheda prestabilita, ma assume forma diverse a seconda dei contesti lavorativi e della esigenze specifiche; può essere inserita nella cartella infermieristica, o presentarsi come foglio aggiuntivo.

In linea di massima deve però contenere le seguenti voci:

- Nome e cognome del paziente, obbligatoria se la scheda risulta staccata dalla cartella infermieristica.
- Nome del farmaco e sua forma, sarebbe utile che venisse specificato nome commerciale e principio attivo.
- Dosaggio e via di somministrazione, oltre il dosaggio andrebbe specificato anche la forma farmaceutica per i farmaci ad esempio che hanno varianti a rilascio prolungato.
- Orari della somministrazione.
- Firma del medico che ha prescritto il farmaco, deve essere garantito un apposito spazio che consenta al medico di apporre la propria firma o sigla.
- Firma dell' infermiere che ha somministrato il farmaco, deve essere garantito un apposito spazio che consenta all' infermiere di apporre la propria firma o sigla.
- Data di inizio e di sospensione della somministrazione.
- Allergie, utile segnalare allergie a farmaci e reazioni avverse ai farmaci anche nella scheda terapia, oltre che nella parte anamnestica, proprio perché risultano più immediate da visualizzare ad esempio in regime di urgenza, quando il medico prescrive un farmaco in estemporanea da somministrare al paziente per far fronte ad una sintomatologia acuta.

-
- Farmaci al bisogno, deve essere considerato lo spazio per garantire al medico oltre di scrivere la prescrizione del farmaco in maniera completa (nome farmaco, principio attivo, dosaggio, forma farmaceutica, vie di somministrazione), anche il dosaggio massimo consentito, e la circostanza accurata in cui viene consentita la somministrazione.

La compilazione della scheda di terapia deve essere dettagliata, precisa e scritta con calligrafia leggibile.

La scheda degli esami diagnostici contiene segnati gli esami ai quali deve essere sottoposto il paziente e la data di esecuzione dell' esame. Deve contenere :

- L' esame prescritto
- Data prescrizione
- Sigla o firma chi richiede l' esame e/o di chi riceve la richiesta
- Il consenso o meno del paziente all' esecuzione dell' esame
- Data di esecuzione
- Sigla di chi ha effettuato l' esame o inviato il paziente
- Motivazioni di un eventuale sospensione dell' esame, o variazione della data di esecuzione

La scheda per il monitoraggio dei parametri vitali, è la scheda dove vengono annotati i parametri vitali rilevati su prescrizione medica o a discrezione dell' infermiere. Deve essere garantita la possibilità di annotare i parametri vitali differenziali per orari diversi.

In genere è costituito da una griglia, dove vi sono riportati frequenza respiratoria, frequenza cardiaca, pressione arteriosa, saturazione ossigeno, temperatura corporea, peso, glicemia e altri dati a seconda della tipologia di reparto (dolore, quantità diuresi, quantità liquidi drenati, alvo, etc.)

Devono essere definite la frequenza con cui si effettua la rilevazione, la firma o sigla di chi compie la rilevazione, devono essere chiaramente espresse le scale di misurazione utilizzate e deve essere immediatamente chiaro il parametro alterato.

La scheda di collegamento è una scheda che deve essere predisposta quanto il paziente necessita del proseguimento di cure infermieristiche a domicilio. È composta:

- Indicazione della sede del ricovero
- Dati anagrafici del paziente
- Data di ricovero e di dimissione
- Descrizione sintetica dei problemi assistenziali del paziente soggetti ed oggettivi, cioè dichiarati dal paziente e riscontati dall' infermiere
- Obiettivi perseguiti e valutazione finale
- Proposta di come continuare il trattamento in corso
- Eventuali protocolli assistenziali utilizzati fino a quel momento
- Firma dell' infermiere che compila la scheda

La scheda deve avere duplice copia, una da conservare in cartella infermieristica, una da consegnare al paziente e/o caregiver.

3.3. CRITERI PER LA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

PRECISIONE

Le informazioni devono essere riportate in maniera corretta, devono essere distinti e specificati quali sono i dati soggettivi e quali quelli oggettivi, i primi riguardano ciò che riferisce il paziente o altri soggetti, i secondi ciò che viene rilevato dall' infermiere e che può essere misurabile (un esempio di dato soggettivo può essere *il paziente riferisce dispnea*, un esempio di dato oggettivo è *paziente dispnoico Spo2= 88% in aria ambiente*).

Le osservazioni sullo stato del paziente devono essere documentate per iscritto, devono essere complete ed esatte, mai scrivere opinioni personali.

È importante scrivere le omissioni di cura e motivarle (ad esempio *non somministrata terapia ore 8.00 poiché il paziente rifiuta di assumere la terapia orale*).

È importante documentare gli eventi significativi della degenza, come esami diagnostici che richiedono preparazioni specifiche, trasferimenti, variazioni di terapia per improvvise variazioni dello stato di salute del paziente.

Se si utilizzano abbreviazioni e simboli, occorre che siano comprensibili e di uso codificato attraverso la creazione di un' apposita leggenda.

Non bisogna mai utilizzare diminutivi e soprannomi.

Ogni parte della cartella infermieristica deve contenere nome e cognome del paziente, a cui è intestata, e alla dimissione deve essere evidente il raggiungimento o meno degli obiettivi. Scrivere solo quello che si è messo in atto personalmente, non sostituirsi ad altri, rispetto ad ambiti di competenza. In caso di segnalazione di incidenti, scrivere quanto accaduto e gli esiti per l' assistito, senza scrivere giustificazioni. Se si è in disaccordo con un' indicazione clinica eventualmente registrare il proprio dissenso senza commenti e giustificazioni.

CONCISIONE

L' esposizione deve essere sintetica, parole e dettagli trascurabili, devono essere omessi. La finalità è dare informazioni chiare e di rapida fruizione. Usare solo termini tecnici scientifici e in lingua italiana. Non è necessario riportare attività che si eseguono di routine (ad esempio somministrazione di terapia ad orario,

esami ematici, radiografie, vanno invece registrate somministrazioni di terapia al bisogno, esami ematici e radiologici, eseguiti in urgenza a seguito di comparsa di sintomatologia acuta..)

SCORREVOLEZZA E CORRETEZZA

La mancata o ritardata rilevazione dei dati può compromettere lo stato di salute del paziente, anche in maniera irreversibile. Una raccolta dei dati chiara e completa favorisce la progettazione corretta di un piano assistenziale realistico. Le cancellature sono possibili, ma non bisogna coprire totalmente quanto cancellato, e la correzione va scritta di seguito. Non usare correttori o cancellature che impediscono di leggere il contenuto sottostante. Le correzioni in momenti successivi devono riportare chiaramente a cosa si riferiscono e perché son state effettuate. Non scrivere fuori riga. Non aggiungere annotazioni dimenticate utilizzando spazi bianchi ristretti. Non lasciare spazi vuoti. Non usare espressioni generalizzate. Non usare parole ambigue (ad esempio molto, poco, grande..). Trasformare le annotazioni in negativo in positivo (ad esempio no dolore in assenza di dolore).

ORGANIZZAZIONE DEI DATI

I dati devono essere riportati in maniera cronologica, logica ed obiettiva. Indicare il luogo dove si svolgono determinati accertamenti. Riportare non solo i sintomi evidenti, ma anche ciò che il paziente non presenta. Precisare la fonte della informazioni raccolte. Se si riportano indicazioni mediche, precisare il nome del medico. Allegare protocolli e procedure utilizzate. Evidenziare l' orario dei diversi momenti, se costretti a posticipare le annotazioni. Sarebbe utile scrivere le annotazioni via via che si eseguono.

SISTEMATICITA'

La compilazione sistematica della cartella permette di ricostruire in maniera rapida e precisa la storia del paziente. Ad esempio annotare l' ora in cui si è verificato un evento, per circoscriverlo temporalmente.

RISERVATEZZA

L' infermiere è obbligato per legge e per convinzione ideologica a non trasmettere a persone non autorizzate i dati sensibili del paziente, che devono essere protetti e conservati.

LEGGIBILITA'

Bisogna utilizzare una calligrafia leggibile in modo da rendere immediatamente fruibili i dati, anche la firma o sigla (le sigle devono essere depositate), deve essere leggibile, scrivere sempre con una penna con inchiostro indelebile.

"l' inadeguatezza della documentazione a dimostrare l' attività diagnostico-terapeutica praticata e la consapevole adesione del paziente alle cure si configura come la causa più frequente della scarsa difendibilità dell' operato dei professionisti coinvolti in procedimenti giudiziari, oltre che delle strutture sanitarie chiamate a risarcire i danni provocati, in ambito sia giudiziale, sia extragiudiziale. L' analisi retrospettiva mostra frequentemente come, all' origine dell' impossibilità difensiva, non vi sia una prestazione sanitaria erogata inadeguatamente, bensì una prestazione sanitaria non correttamente documentata."²⁶

Una prestazione sanitaria adeguatamente documentata, è alla base della capacità di dimostrare che il percorso di cura messo in atto è appropriato alla persona, ma garantisce anche, alla presenza del verificarsi di un errore, attraverso la ricostruzione del processo di cura, che quell' errore non fosse prevedibile o evitabile, e che comunque l' assistenza applicata è stata eseguita nel miglior modo possibile, con diligenza, prudenza e perizia e secondo le migliori evidenze scientifiche.

Omettere la registrazione dei fatti accaduti, è controproducente per il paziente, e per il professionista, in caso di contenziosi medico legali, e coniugare il reato di omissione di atti d' ufficio, articolo 328 c.p..

Una visione multidisciplinare della presa in carico del paziente, e quindi l' adozione su piano nazionale, della cartella integrata, sarebbe utile proprio in visione di questa ottica tutelante del paziente e del professionista, in caso di contenzioso medico-legale: un diario clinico, in un' unica pagina, possibilmente divisa a metà in cui annotare la parte medica e di fianco quella infermieristica, permetterebbe

²⁶ Mauro Martini Cristiano Pelati, La gestione del rischio clinico, 2011, McGraw Hill

di avere sempre sottomano una situazione chiara e completa del percorso di cura del paziente e un riscontro diretto e costante di quanto annotato in diario, ciò eviterebbe situazioni di discrepanza tra quanto annotato in diario medico e diario infermieristico.

Lo stesso vale per il foglio di terapia, che dovrebbe essere unico, e contenere la prescrizione del medico, con le caratteristiche sopra descritte e la somministrazione dell' infermiere con le caratteristiche sopra citate, in maniera da consentire un corretto operato anche sul piano medico-legale.

Inoltre la cartella infermieristica, è garanzia per il professionista e per il paziente anche il relazione all' elevato turnover del personale, magari in numero inferiore o costretto a spostarsi di reparto per coprire i turni, che si ritrova a gestire pazienti che non conosce in maniera approfondita, e che un supporto scritto in maniera dettagliata e precisa del percorso di cura, può risultare fondamentale nella presa in carico del paziente, e per evitare errori non giustificabili con non sapevo, non ne ero a conoscenza, non conosco il paziente.²⁷

²⁷ Ipasvi Catania, Universo infermieristico, anno XVI n°2, Luglio/Settembre 2010

4. CAPITOLO 4 - PROGETTO

Avendo delineato dei criteri, tratti dalla letteratura, sulla corretta articolazione e scrittura della cartella infermieristica, propongo ora un modello di accertamento infermieristico, rispondente ai canoni sopra descritti, pertanto utile alla corretta elaborazione del piano assistenziale e della presa in carico del paziente.

Il modello definisce cosa dovrebbe avere un completo accertamento infermieristico, per l'elaborazione di una presa in carico che rispetti i reali bisogni di salute del paziente, è uno spunto di riflessione e di confronto con i modelli di accertamento in uso.

Ho ipotizzato, in questo modello, l'uso della scala di Brass e della scala di Braden.

La scala di Brass è uno strumento utilizzato per identificare i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile, è valido per pazienti di età superiore ai 65 anni. I dati vengono raccolti compilando la scala, intervistando i parenti o chi assiste il malato. L'indice di BRASS indaga 10 dimensioni (di cui si è detto sopra): età, situazione di vita, supporto sociale, stato funzionale, stato cognitivo, modello comportamentale, deficit sensoriali, ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso, problemi clinici attivi, numero di farmaci assunti. Sono identificate 3 classi di rischio: basso (0-10) medio (11-19) alto (20-40). Consente appunto di identificare coloro che sono a rischio di ospedalizzazione prolungata e di dimissione difficile: in particolare i pazienti che avranno bisogno dell'attivazione di servizi (o risorse assistenziali anche familiari) per l'assistenza extraospedaliera, ma anche per pianificare interventi educativi da attuare durante il ricovero e programmi assistenziali domiciliari.

Ho pensato a questa scala proprio perché potrebbe essere un valido aiuto per l'infermiere per segnalare a monte percorsi assistenziali difficoltosi che potrebbero sfociare in ricoveri lunghi e reiterati, a causa di coping inefficace, e nella necessità di attivare i servizi territoriali, proprio per il grande impatto economico che hanno.

La scala di Braden è una scala di valutazione del rischio di insorgenza di lesioni da pressione che tiene conto di 6 fattori: percezione sensoriale (capacità di rispondere al disagio dettato dalla compressione); umidità della cute (sudorazione,

umidità legata ad eventuale incontinenza urinaria e/o fecale); attività motoria (livello di attività fisica); mobilità (capacità di controllo/modifica della posizione del corpo); nutrizione (è fondamentale un adeguato apporto di calorie, proteine, vitamine e minerali per contrastare l'insorgere di nuove lesioni); frizione e scivolamento (la forza d'attrito che si crea con la superficie solida e/o con la biancheria può accelerare l'insorgenza di LdP).

Ad ogni fattore viene attribuito un punteggio da 1 a 4, tranne per il fattore frizione e scivolamento a cui viene attribuito un valore da 1 a 3. Più è basso il punteggio più il paziente risulterà a rischio di sviluppare lesioni da pressione, viene considerato a rischio un paziente con un punteggio uguale o inferiore a 16.

Le altre scale di valutazione, specifiche che indagano determinati aspetti, non sono state inserite, perché sono strumenti, la cui efficacia è validata dalla letteratura, e che hanno applicazione in campi specifici, ed essendo il mio un esempio modello di accertamento, non sviluppato per un contesto lavorativo particolare e specifico, non mi consentiva di fare una scelta in una direzione precisa.

Oltre al modello di accertamento propongo uno schema da adottare per il passaggio di consegna, la consegna è il trasferimento di responsabilità e di presa in carico del paziente, da un professionista all'altro.

Questo perché accanto alla buona documentazione infermieristica, ci deve essere una corretta comunicazione dei dati raccolti, informazioni sul paziente e sul suo percorso di cura comunicate in maniera parziale o inesatta, creano un danno per il paziente stesso a volte irreversibile, malessere organizzativo del personale e danni in termini di costi.

Nell'ultimo periodo questa problematica ha spinto operatori e ricercatori, nell'analisi di attività di consegna, dei problemi che possono insorgere e delle relative cause. E si è visto come l'uso di strumenti di standardizzazione possono fornire un' aiuto.

Tra i metodi standardizzati di comunicazione, vi è il metodo SBAR, introdotto in origine per il passaggio di comando nei sottomarini nucleari, è quello più diffuso oggi, perché semplice e immediato.²⁸

È un metodo centrato sui problemi, si presta alla comunicazione faccia a faccia, telefonica e scritta. Questa mappa concettuale mentale favorisce un passaggio

²⁸ Poletti Piera CEREF Centro Ricerca e Formazione, Handover: il passaggio delle consegne chiave della sicurezza, 2012

rapido e conciso, ma efficace di consegne e contribuisce ad evitare possibili errori, dimenticanze, esiti avversi e malpractice.

Si tratta quindi di un metodo strutturato per la trasmissione delle informazioni cliniche che richiedono un'immediata attenzione e decisione.

La caratteristica di questo metodo, oltre alla sua versatilità e semplicità, è quella di contribuire alla formazione di un modello mentale condiviso tra gli operatori che favorisca la comunicazione efficace e garantisca la sicurezza del paziente.

Sviluppando l'acronimo SBAR, si definiscono i contenuti di questo metodo:

S=SITUAZIONE, situazione clinica attuale del paziente, sintomatologia che presenta.

B= BACKGROUND, diagnosi già note, allergie, motivo del ricovero, comorbidità, storia clinica e socio-familiare.

A=ACCERTAMENTO, parametri vitali e le anomalie riscontrate, esporre i trattamenti già effettuati e le preoccupazioni con dati oggettivi a supporto.

R= RACCOMANDAZIONI, individuare i rischi attuali e potenziali e raccomandarsi su cosa presidiare. Formulare suggerimenti chiarendo tempi e modalità di attuazione.

Di seguito, il modello di accertamento e un schema di consegne scritto, ispirato al metodo SBAR.

4.1. MODELLO DI ACCERTAMENTO

DATA _____ ORA DI ARRIVO _____

COGNOME _____ NOME _____

DATA DI NASCITA _____ ETA' _____ STATO CIVILE _____

INDIRIZZO _____

PROVENIENZA DA:

- pronto soccorso
- trasferimento da altra U.O. (specificare) _____
- ricovero programmato

MODO DI ARRIVO:

- deambulante
- in sedia
- barella

FIRMATO CONSENSO AL TRATTAMENTO DATI, SECONDO D.LGS. 196/2003 IN-
TEGRATO DAL D.LGS. 101/2018: NO SI

IL PAZIENTE AUTORIZZA DIFFUSIONE DI INFORMAZIONI SULLO STATO DI SA-
LUTE A TERZI:

- NO
- SI (specificare a chi) _____

VALUTAZIONE PREVENTIVA DEL PAZIENTE PER DIMISSIONE PROTETTA: (VEDI
SCHEDE DI BRASS):

- NO
- SI

DIAGNOSI DI RICOVERO: _____

PATOLOGIE CONCOMITANTI: _____

TERAPIA FARMACOLOGICA IN ATTO: _____

ALLERGIE:

Non note

Farmaci: _____

Sostanze/alimenti: _____

SISTEMA RESPIRATORIO/CIRCOLATORIO

RESPIRO:

eupnoico

dispnoico (specificare) _____

Saturazione _____ % in aria ambiente o con O₂ l/min _____

TOSSE NO SI → descrizione _____

POLSO: _____ puls/min ritmico aritmico

PAO: dx _____ sx _____ mmHg

T.C. _____

SISTEMA TEGUMENTARIO

Presenza di lesioni/arrossamenti: NO SI

Sede e descrizione _____

Posizionato materasso antidecubito previa valutazione scala di Braden : NO SI

Edemi NO SI

Sede _____

MODELLO DI ATTIVITA'/ESERCIZIO:

Equilibrio e deambulazione:

Stabile

Instabile

Precedenti cadute (negli ultimi tre mesi): NO SI

Vertigini e/o capogiri(negli ultimi tre mesi): NO SI

Compromissione della marcia:

Non valutabile

NO

SI

Pratica attività fisica con regolarità: NO SI

Alimentazione: autonomo non autonomo

Igiene/abbigliamento: autonomo non autonomo
Andare in bagno: autonomo non autonomo
Spostamenti/mobilità: autonomo non autonomo
Incontinenza intestinale: autonomo non autonomo
Incontinenza urinaria: autonomo non autonomo
Preparazione del cibo: autonomo non autonomo
Responsabilità nell' uso dei medicinali: autonomo non autonomo
Capacità nel gestire il denaro: autonomo non autonomo
Fare acquisti: autonomo non autonomo
Utilizzo dei mezzi di trasporto: autonomo non autonomo

MODELLO NUTRIZIONALE/METABOLICO

PESO: kg _____ PROTESI DENTALI: NO SI

ALIMENTAZIONE:

- normale
- dieta (specificare) _____

DEGLUTIZIONE:

- normale
- difficoltosa → solidi e/o liquidi
- N.P.T.
- S.N.G.
- P.E.G.

DIABETICO: NO SI

MODELLO DI ELIMINAZIONE:

ABITUDINI INTESTINALI:

- nella norma
- incontinente
- stipsi
- diarrea
- ultima evacuazione _____

STOMIA : NO SI DX SX

APPARATO URINARIO:

- continente

-
- incontinente
 - ematuria
 - ritenzione

UROSTOMIA: NO SI DX SX

Portatore di catetere vescicale posizionato il _____

MODELLO DI SONNO/RIPOSO:

- nella norma
- insonnia
- uso abituale di farmaci (specificare) _____

SISTEMA COGNITIVO:

Orientato spazio/tempo: NO SI

Capacità di comunicare: appropriata non appropriata

Capacità di comprendere: appropriata non appropriata

Lingua straniera parlata: (specificare) _____

Capacità di interazione: appropriata non appropriata

Dolore: NO SI → Sede e descrizione _____

N.R.S (indicare valore numerico dolore in una scala da 0, assenza di dolore a 10, massimo dolore percepito) _____

MODELLO DI PERCEZIONE DI SE':

Ansia riguardo al ricovero: NO SI

Si occupa in autonomia della sua salute: NO SI

Presente caregiver: NO SI

MODELLO DI SESSUALITA'/RIPRODUZIONE:

- funzionale
- disfunzionale (specificare) _____

MODELLO DI ADATTAMENTO/TOLLERANZA:

Eventi o perdite importanti nell' ultimo anno: NO SI

Presente rete di supporto: NO SI

MODELLO DI VALORI/CONVINZIONI:

Credenze personali che influenzano la presa in carico: NO SI(specificare)_____

MODELLO DI RUOLO/RELAZIONE:

PROFESSIONE:

- pensionato
- occupato
- disoccupato

TITOLO DI STUDIO:_____

MODELLO DI PERCEZIONE E GESTIONE DELLA SALUTE:

PERSONE DA CONTATTARE_____ TEL_____

PRESENZA FAMILIARE CONTINUATA: NO SI (consegnare autorizzazione)

PERSONE DI SUPPORTO:

- Coniuge
- figli
- badante
- altro:(specificare)_____

Assistenza domiciliare integrata: NO SI

firma dell'infermiere: _____

Luogo e data:___/___/

4.2. SCALA DI BRASS

ETA'	INGRESSO	DIMISSIONE
0=55 anni o meno		
1=56-64 anni		
2=65-79 anni		
3=80 anni e più		
CONDIZIONI DI VITA E SUPPORTO SOCIALE		
0=vive con il coniuge		
1=vive in famiglia		
2=vive da solo con il sostegno della famiglia		
3=vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti		
4=vive da solo senza alcun sostegno		
5=assistenza domiciliare/residenziale		
STATO FUNZIONALE (OGNI OPZIONE VIENE VALUTATA)		
0=autonomo (indipendente per le ADL e IADL)		
Dipendente in:		
1=alimentazione/nutrizione		
1=igiene/abbigliamento		
1=andare in bagno		
1=spostamenti/mobilità		
1=incontinenza intestinale		
1=incontinenza urinaria		
1=preparazione del cibo		
1=responsabilità nell' uso dei medicinali		
1=capacità nel gestire il denaro		

1=fare acquisti		
1=utilizzo dei mezzi di trasporto		
STATO COGNITIVO		
0=orientato		
1=disorientato in alcune sfere* qualche volta		
2=disorientato in alcune sfere* sempre		
3=disorientato in tutte le sfere* qualche volta		
4=disorientato in tutte le sfere* sempre		
5=comatoso		
MODELLO COMPORTAMENTALE		
0=appropriato		
1=wandering		
1=agitato		
1=confuso		
1=altro		
MOBILITA'		
0=deambula		
1=deambula con aiuto di ausilio		
2=deambula con assistenza		
3=non deambula		
DEFICIT SENSORIALI		
0=nessuno		
1=deficit visivi		
2=deficit uditivi		
RICOVERI PREGRESSI/ ACCESSI AL P.S.		
0=nessuno negli ultimi tre mesi		

1=uno negli ultimi tre mesi		
2=due negli ultimi tre mesi		
3=più di due negli ultimi tre mesi		
NUMERO PROBLEMI CLINICI ATTIVI		
0=tre problemi clinici		
1=da tre a cinque problemi clinici		
2=più di cinque problemi clinici		
NUMERO DI FARMACI ASSUNTI		
0=meno di tre farmaci		
1=da tre a cinque farmaci		
2=più di cinque farmaci		
PUNTEGGIO TOTALE:		

*SFERE: spazio, tempo, luogo e sè

PUNTEGGIO:

- 0-10: RISCHIO BASSO, soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione. Non richiedono particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione. La disabilità è molto limitata.
- 11-19: RISCHIO MEDIO, soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione, ma senza rischio di istituzionalizzazione.
- MAGGIORE O UGUALE A 20: RISCHIO ALTO, soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che risiedono una continuità assistenziale in strutture riabilitative o istituzionali.

4.3. SCALA DI BRADEN

Percezione sensoriale

(Abilità a rispondere in modo corretto alla sensazione di disagio correlata alla pressione)

- 4=Non limitata.

Risponde agli ordini verbali. Non ha deficit sensoriale che limiti la capacità di sentire ed esprimere il dolore o il disagio.

- 3=Leggermente limitata.

Risponde agli ordini verbali ma non può comunicare sempre il suo disagio o il bisogno di cambiare posizione.

- 2=Molto limitata.

Risponde solo a stimoli dolorosi. Non può comunicare il proprio disagio se non gemendo o agitandosi.

- 1=Completamente limitata.

Non vi è risposta (non geme, non si contrae o afferra) allo stimolo doloroso, a causa del diminuito livello.

Umidità

(Grado di esposizione della pelle all'umidità)

- 4=Raramente bagnato.

La pelle è abitualmente asciutta. Le lenzuola sono cambiate ad intervalli di routine.

- 3=Occasionalmente bagnato.

La pelle è occasionalmente umida, richiede un cambio di lenzuola extra 1 volta al giorno.

- 2=Spesso bagnato.

Pelle sovente ma non sempre umida. Le lenzuola devono essere cambiate almeno 1 volta per turno.

- 1=Costantemente bagnato.

La pelle è mantenuta costantemente umida dalla traspirazione, dall'urina, ecc. Ogni volta che il paziente si muove o si gira lo si trova sempre bagnato.

Attività

(Grado di attività fisica)

- 4=Cammina frequentemente.

Cammina al di fuori della camera almeno 2 volte al giorno e dentro la camera 1 volta ogni due ore (al di fuori delle ore di riposo).

- 3=Cammina occasionalmente.

Cammina occasionalmente durante il giorno ma per brevi distanze con o senza aiuto. Trascorre la maggior parte di ogni turno a letto o sulla sedia.

- 2=In poltrona.

Capacità di camminare severamente limitata o inesistente. Non mantiene la posizione eretta e/o deve essere assistito nello spostamento sulla sedia a rotelle.

- 1=Allettato.

Costretto a letto.

Mobilità

(Capacità di cambiare e di controllare le posizioni del corpo)

- 4=Limitazioni assenti.

Si sposta frequentemente e senza assistenza.

- 3=Parzialmente limitata.

Cambia frequentemente la posizione con minimi spostamenti del corpo.

- 2=Molto limitata.

Cambia occasionalmente posizione del corpo o delle estremità, ma è incapace di fare frequenti o significativi cambiamenti di posizione senza aiuto.

- 1=Completamente immobile.

Non può fare alcun cambiamento di posizione senza assistenza.

Nutrizione

(Assunzione usuale di cibo)

- 4=Eccellente.

Mangia la maggior parte del cibo, non rifiuta mai il pasto, talvolta mangia tra i pasti. Non necessita di integratori.

- 3=Adeguata.

Mangia più della metà dei pasti, 4 porzioni o più di proteine al giorno. Usualmente assume integratori. O Si alimenta artificialmente con NPT o NE, assumendo il quantitativo nutrizionale necessario.

- 2=Probabilmente inadeguata.

Raramente mangia un pasto completo, generalmente mangia la metà dei cibi offerti. Le proteine assunte includono 3 porzioni di carne o latticini al giorno, occa-

sionalmente integratori alimentari. O Riceve meno quantità ottimale di dieta liquida o enterale (con SNG).

- 1=Molto povera.

Non mangia mai un pasto completo. Raramente mangia più di 1/3 di qualsiasi cibo offerto. 2 o meno porzioni di proteine al giorno. Assume pochi liquidi e nessun integratore. O è a digiuno o è mantenuto con fleboclisi o beve bevande per più di 5 giorni.

Frizionamento e scivolamento

- 3=Senza problemi apparenti.

Si sposta nel letto e sulla sedia in modo autonomo ed ha sufficiente forza muscolare per sollevarsi completamente durante i movimenti.

- 2=Problema potenziale.

Si muove poco e necessita di assistenza minima. Durante lo spostamento la cute fa attrito con le lenzuola o con il piano della poltrona, occasionalmente può slittare.

- 1=Problema.

Richiede da una moderata a una massima assistenza nei movimenti. Frequentemente scivola nel letto o nella poltrona. Frequentemente richiede riposizionamenti con la massima assistenza. Sono presenti spasticità, contratture, agitazione, che causano costantemente attrito contro il piano del letto o della poltrona.

PUNTEGGIO:

- Punteggio 6 = alto rischio;
- Punteggio 23 = basso rischio;
- Punteggio 16 = situazione di rischio.

4.4. SCHEMA DI CONSEGNA ELABORATO SECONDO IL METODO SBAR

<p>NOME, COGNOME,N° LETTO,PROVIENE DA,SITUAZIONE SOCIALE</p>	
<p>DIAGNOSI, STORIA CLINICA, ALLERGIE,TIPO DIETA,STATO COGNITIVO, GRADO DIPENDENZA, RISCHIO CADUTA, DECUBITI, FOLEY, STO- MIE, ALTRI PRESIDI, ADI</p>	
<p>DIAGNOSI INFERM., PV ALTERATI DA MONITORARE, DOLORE, VARIAZIONI CLINICO ASSISTENZIALI DO- CUMENTAZIONE DEL TURNO</p>	
<p>MANDATO ATTIVITA' E VALUTAZIONE PER IL TURNO SUCCESSIVO</p>	

4.5. QUESTIONARIO

Presento il questionario di gradimento al project work, ideato da me e sottoposto ai miei colleghi infermieri, e i relativi risultati.

Il gruppo di infermieri a cui ho sottoposto il questionario è composto da 13 infermieri professionali, che prestano servizio presso il reparto di Medicina per acuti e 15 infermieri del reparto di Cardiologia, facenti parte del dipartimento medico dell'ospedale civile di Adria, ULSS 5 POLESANA.

Il questionario è stato consegnato, allegando copia del modello di accertamento creato revisionando la letteratura, e copia del modello di consegna ideato secondo il metodo SBAR.

Il questionario è stato compilato in forma libera ed anonima.

È stato distribuito il 22/07/2019, e raccolto il giorno 29/07/2019.

Sono stati consegnati 28 questionari e raccolti 28 questionari compilati.

Di seguito allego il questionario:

**QUESTIONARIO DI GRADIMENTO AL PROJECT WORK
MASTER IN PROFESSIONI SANITARIE FORENSI E GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO
UNINT
ANNO ACCADEMICO 2018/2019
STUDENTE: ZIRO MARIANGELA
RELATORE: PROF.SSA CHIARA BASILE
TITOLO DEL PROJECT WORK: LA CARTELLA INFERMIERISTICA, COME
STRUMENTO A GARANZIA DEL PROCESSO DI NURSING E LA SUA CORRETTA COMPILAZIONE**

Compili il questionario in forma libera e anonima dopo aver preso visione del modello di accertamento e del modello di comunicazione di consegna secondo il metodo SBAR.

Anni di servizio:

- Da 1 a 5 anni
- Dai 5 ai 10 anni
- Più di 10 anni

1. IL MODELLO DI ACCERTAMENTO PROPOSTO, E' UTILE AD EVIDENZIARE I REALI BISOGNI DI SALUTE DAL PAZIENTE?

- SI
- NO

2. IL MODELLO DI ACCERTAMENTO PROPOSTO, E' DIFFERENTE DAL MODELLO IN USO NELLA TUA U.O.?

- SI
- NO

3. SAREBBE UTILE INTEGRARE IL MODELLO DI ACCERTAMENTO IN USO NELL' U.O. CON QUELLO PROPOSTO?

- SI
- NO

4. DALLA TUA ESPERIENZA, E' SUCCESSO CHE ACCERTAMENTI INCOMPLETI O INESATTI ABBIANO CREATO CONSEGUENZE NELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE O MALUMORI NELL' EQUIPE?

- SI
- NO

5. IL MODELLO DI COMUNICAZIONE DI CONSEGNA SECONDO IL METODO SBAR, E' UTILE A CREARE UN PASSAGGIO EFFICACE DI CONSEGNA?

- SI
- NO

6. NELLA TUA U.O. VIENE UTILIZZATO IL METODO SBAR PER IL PASSAGGIO DI CONSEGNA O ALTRI METODI CODIFICATI?

- SI
- NO

7. DALLA TUA ESPERIENZA, E' SUCCESSO CHE PASSAGGI DI CONSEGNE INCOMPLETI O INESATTI ABBIANO CREATO CONSEGUENZE NELLA PRESA IN CARICO DEL PAZIENTE O MALUMORI NELL' EQUIPE?

-
- SI
 - NO

8. RITIENI DI AVERE UNA FORMAZIONE ADEGUATA SULLA CORRETTA COMPILAZIONE E TENUTA DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA, A TUTELA LEGALE DEL TUO OPERATO?

- SI
- NO

9. NELLA TUA ESPERIENZA, HAI MAI DOVUTO RENDERE CONTO GIURIDICAMENTE O DISCIPLINARMENTE DI QUANTO AVEVI DOCUMENTATO?

- SI
- NO

10. SAREBBERO UTILI CORSI DI AGGIORNAMENTO SU QUESTE TEMATICHE?

- SI
- NO

RISULTATI

La metà del gruppo destinatario presta servizio da più di 10 anni (14 su 28), 4 su 28 prestano servizio da 1 a 5 anni e 10 su 28 prestano servizio da 5 a 10 anni.

La prima domanda vede l'intero gruppo 28 infermieri su 28 unanimi nel riconoscere l'utilità del modello di accertamento proposto, come efficace nell'evidenziare i reali bisogni di salute del paziente.

Nella seconda domanda 25 infermieri su 28, riferiscono che c'è differenza tra il modello proposto e quello in un uso nella propria unità operativa.

28 su 28 destinatari concordano che sarebbe utile integrare il modello di accertamento in uso con quello proposto.

La quarta domanda va a chiedere nello specifico, se accertamenti risultati inesatti o incompleti, nella loro esperienza, abbiano creato conseguenze per il paziente o malumori nell'equipe, 26 su 28 riferiscono di sì.

26 su 28 infermieri credono che il metodo SBAR sia utile per creare un passaggio di consegna efficace, alla domanda cinque.

Alla domanda 6, 28 su 28 infermieri hanno risposto che nella loro unità operativa non viene utilizzato il metodo SBAR.

28 su 28 infermieri riferiscono che passaggi di consegna inesatti o incompleti, nella loro esperienza hanno creato conseguenze per il paziente e malumori nell'equipe, domanda 7.

Domanda 8, 23 su 28 infermieri riferiscono di avere una formazione adeguata sulla corretta compilazione e tenuta della cartella infermieristica, a tutela legale del loro operato.

Domanda 9, 24 su 28 destinatari riferiscono di non aver mai dovuto rendere conto giuridicamente o disciplinarmente di quanto avevano documentato.

Alla domanda 10, 27 su 28 infermieri riferiscono che sarebbero utili corsi di aggiornamento su questa tematica.

DOMANDA	SI	NO
1 DOMANDA	28	0
2 DOMANDA	25	3
3 DOMANDA	28	0
4 DOMANDA	26	2
5 DOMANDA	26	2
6 DOMANDA	28	0
7 DOMANDA	28	0
8 DOMANDA	23	5
9 DOMANDA	4	24
10 DOMANDA	27	1

Tutto il gruppo ritiene necessario integrare l' accertamento proposto con l' accertamento in uso, anche se 3 professionisti non riconoscono differenze tra l' accertamento proposto e quello in uso (VEDI GRAFICO N.2).

Vorrei porre l' attenzione sulla differenza di risposte tra le domande numero 4 e numero 7, 2 professionisti ritengono, dalla loro esperienza, che un' accertamento incompleto o inesatto non ha avuto conseguenze sul lavoro dell' equipe o sul paziente, mentre tutto il gruppo sostiene che consegne incomplete o inesatte ab-

biano avuto conseguenze per il paziente e per il gruppo di lavoro (VEDI GRAFICO N.3).

Appare come per 2 professionisti su 28, che l' accertamento non abbia lo stesso peso e valore del passaggio di consegna tra professionisti e che siano due fasi indipendenti e non conseguenti.

Ciò, risulta dal lavoro svolto, esattamente non veritiero, poiché l' accertamento è la prima fase del processo di nursing, e il passaggio di consegna tiene conto della prima fase di accertamento; il mandato per il turno successivo, origina dalla prima valutazione del paziente all' ingresso nell' unità operativa.

Al momento non è in uso il metodo SBAR o altro metodo codificato nel dipartimento medico, ma la direzione infermieristica dell' USLL 5 POLESANA sta lavorando in questa direzione, per introdurlo e metterlo in uso in tutte le realtà operative.

Più della maggioranza del gruppo ritiene di avere formazione adeguata sulla corretta compilazione della cartella, questo dato è meritevole di attenzione, poiché sottolinea che in questo gruppo di lavoro, è indubbia la complessità e l' importanza della corretta tenuta e gestione della documentazione infermieristica.

Dato confermato dal fatto che più della maggioranza del gruppo di destinatari del questionario, ritiene utili corsi di aggiornamento e approfondimento di questa tematica (VEDI GRAFICO N.4).

4 professionisti su 28 hanno dovuto rendere conto della loro attività di documentazione, giuridicamente o disciplinarmente.

Ora appare evidente che per 4 professionisti, si è aperta una situazione di dover rendere conto del proprio operato, la domanda non è volutamente specifica nel chiedere se la loro difesa ha trovato riscontro nella documentazione prodotta da loro, proprio perché la realtà che voglio far emergere, è che i contenziosi in ambito sanitario che vedono coinvolti gli infermieri sono molto più frequenti di quanto ci si possa pensare.

Da qui l' importanza concreta della buona pratica della documentazione infermieristica a tutela del professionista e comunque del paziente stesso.

Pertanto il lavoro da me svolto, è stato utile ad evidenziare come ancora il processo di nursing non sia tradotto integralmente e totalmente per tutti i professionisti nella buona documentazione e comunicazione dei problemi assistenziali del paziente, il professionista, ormai al passo con i tempi e in continua evoluzione,

non basta che abbia una buona capacità tecnica ma deve necessariamente sviluppare capacità di comunicazione e trascrizione dell' assistenza fornita agli utenti.

Ma il cambiamento di direzione è comunque percepito dai professionisti, che accetterebbero di buon grado corsi di formazione e di aggiornamento, e dalle aziende che si muovono in questa direzione, creando strumenti da far utilizzare ai loro professionisti.

Andamento del questionario in grafico:

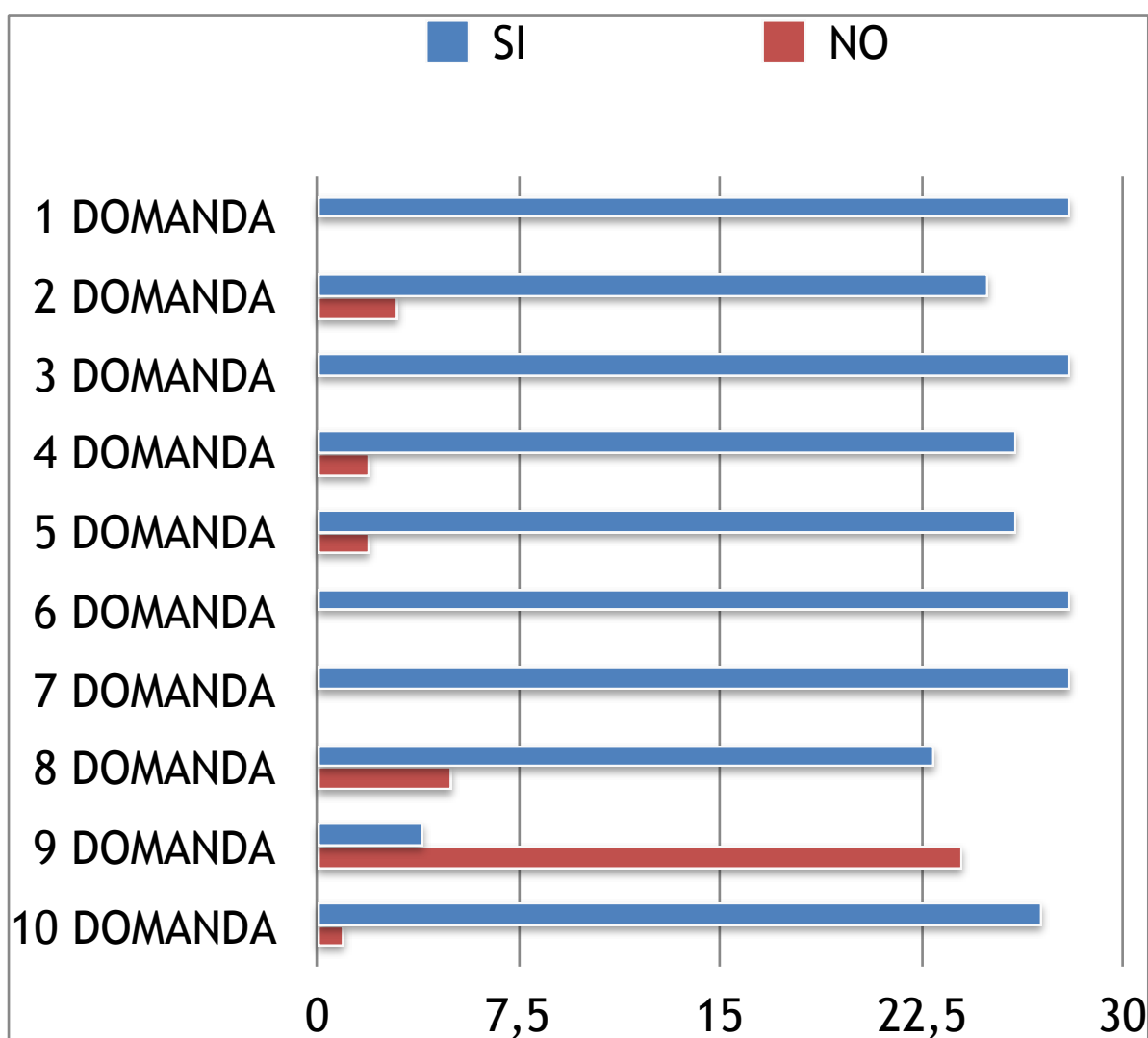


GRAFICO N.2:

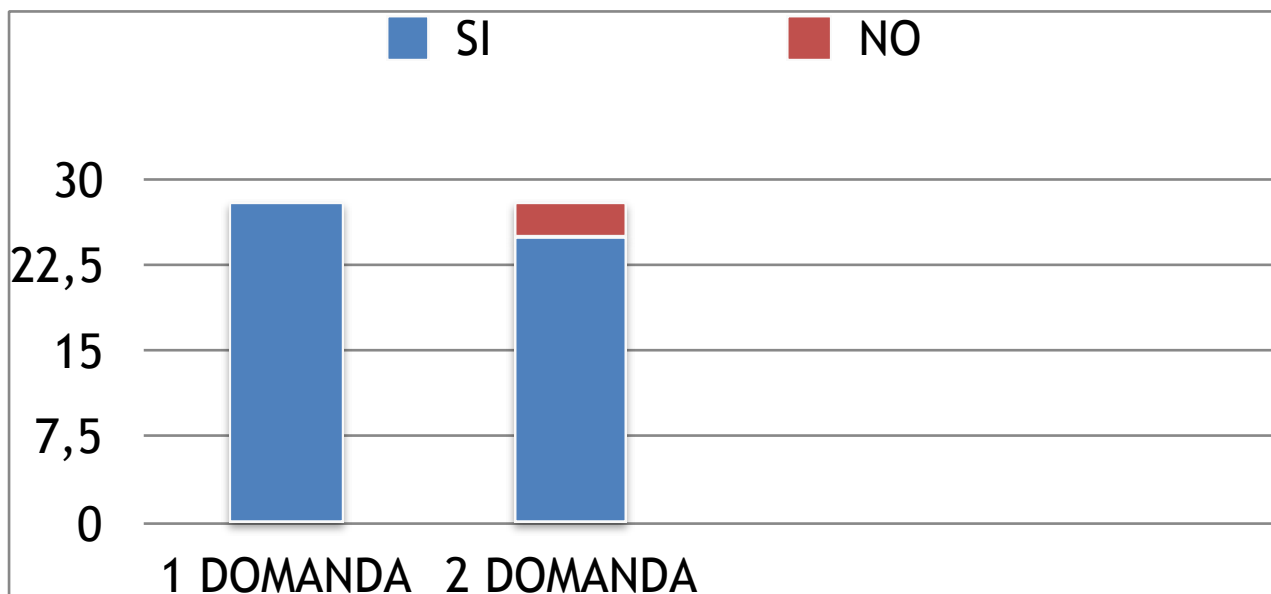


GRAFICO N. 3:

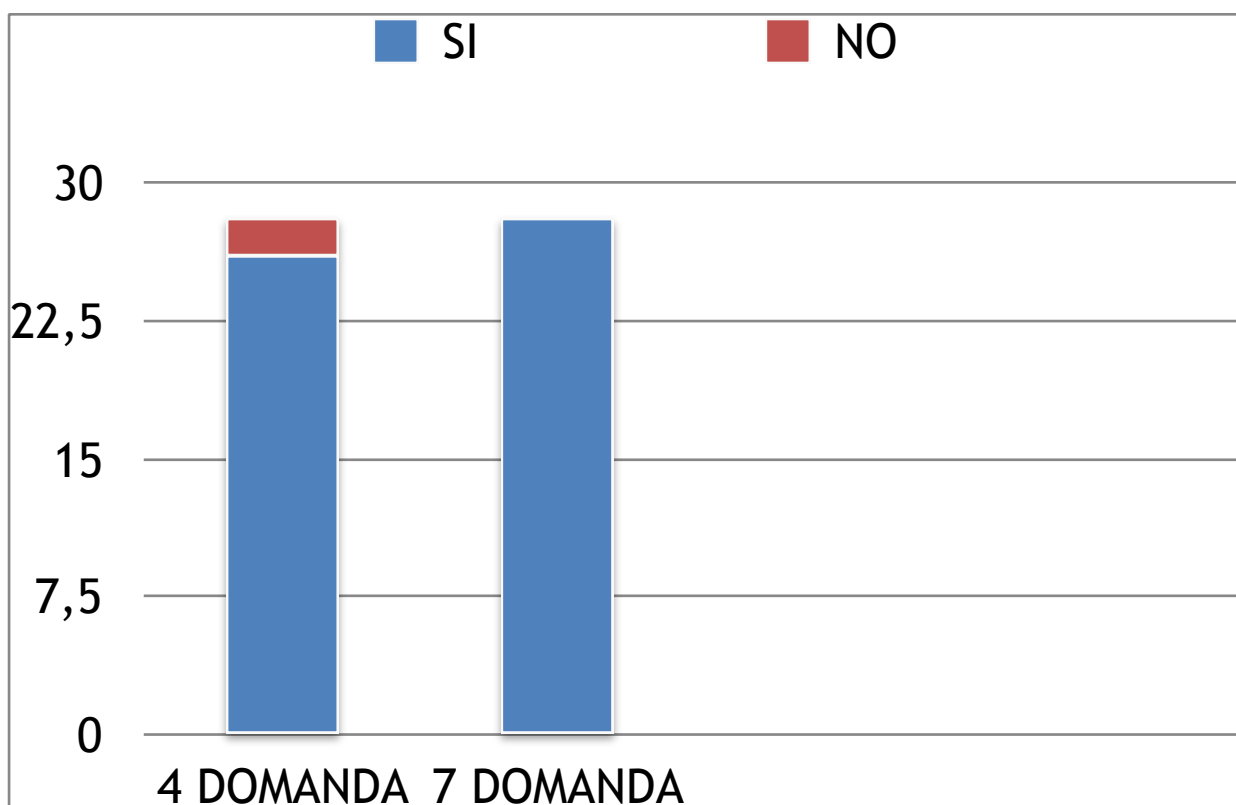
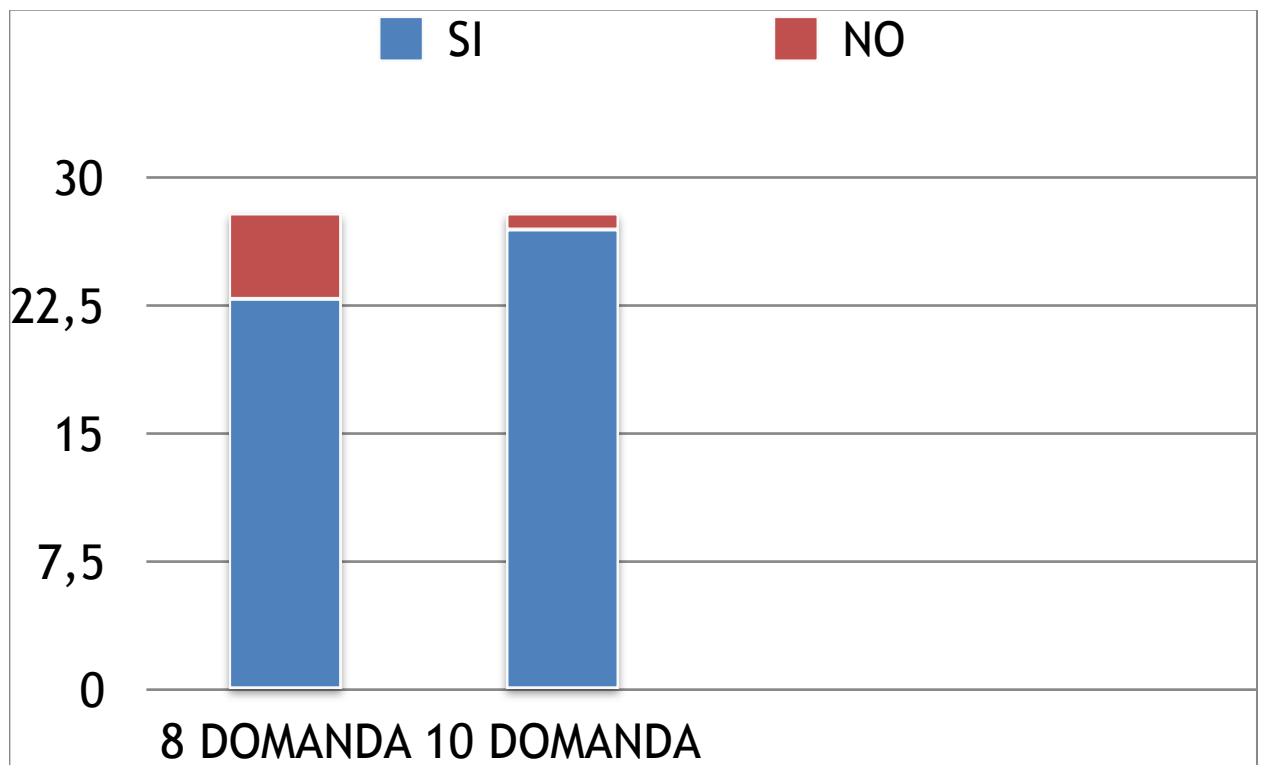


GRAFICO N.4:



4.6. INFORMATIZZAZIONE E VANTAGGI

Ho evidenziato, durante questo lavoro, come il percorso di cura del paziente, è gestito da diverse figure professionali che collaborano tra di loro, e si supportano a vicenda, per garantire il risultato migliore raggiungibile, con il percorso di cura adottato.

Per garantire la corretta presa in carico del paziente, l'infermiere collabora, supporta ed è supportato dalle altre figure sanitarie.

Di pari passo con l'evoluzione della figura dell'infermiere, la gestione della salute del paziente, e quindi il verificarsi dei risultati attesi, è divenuto un lavoro di equipe multidisciplinare, che tiene conto della totalità dei bisogni di salute della persona.

Fondamentale è l'utilizzo di supporti di lavoro che riescano a favorire la collaborazione tra le figure. Assodata l'importanza della corretta gestione e tenuta della cartella infermieristica, sarebbe utile calarla in sistemi di tipo integrato, quali la cartella clinica, che integra la cartella infermieristica a quella medica.

L'utilizzo di un unico strumento di lavoro, garantisce come già evidenziato, maggiore continuità di cura, ed evita fenomeni di malpractice.

Inoltre molte strutture sanitarie hanno messo a punto un'informatizzazione degli strumenti di lavoro, questo perché si sta sviluppando sempre di più maggiore attenzione alla qualità delle cure erogate.

La cartella clinica elettronica rappresenta l'evoluzione della cartella clinica cartacea, ed è lo strumento per la gestione dei dati della storia clinica di un paziente.

Le funzioni principali della cartella informatizzata sono: supportare la predisposizione del piano diagnostico-terapeutico assistenziale; documentare l'appropriatezza delle cure erogate rispetto agli standard; integrare l'operato dei professionisti sanitari coinvolti, nel percorso di cure; costituire una fonte dati per studi scientifici e ricerche cliniche, attività di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari, valutazione delle attività assistenziali ed esigenze amministrativo-legali; supportare la protezione legale degli interessi del paziente, dei professionisti che vi operano e dell'azienda sanitaria: tutte le attività svolte devono essere

tracciabili e permettere di risalire ai responsabili, alla cronologia e alle modalità di esecuzione.²⁹

²⁹ www.nursetimes.org

CONCLUSIONI

Questo lavoro vuole essere di spunto e di riflessione per il professionista sanitario infermiere, a prendere consapevolezza maggiore del suo ruolo e degli strumenti propri della sua professione.

Non è più plausibile rimanere ancorati al passato, alle vecchie abitudini di documentare il processo assistenziale con il minimo necessario, con frasi del tipo "pomeriggio tranquillo", e di ritenere la cartella infermieristica un insieme di procedure burocratiche inutili.

La cartella infermieristica è una tutela medico-legale per il paziente e per il professionista, è una tutela per un'assistenza sanitaria adeguata e migliore possibile per il paziente stesso, è uno strumento di comunicazione tra professionisti, è un indice di qualità del processo clinico- assistenziale, e una prova tangibile del reale carico di lavoro e di sviluppo del lavoro del professionista.

È auspicabile un'adozione su piano nazionale di strumenti standard, in modo da uniformare il lavoro dei professionisti, inoltre l'adozione di una cartella integrata permetterebbe l'applicazione della visione lista del paziente, ormai sempre più diffusa, inoltre l'informatizzazione della cartella, permetterebbe anche un maggiore controllo dei risultati attesi e gestione efficace delle risorse.

Dalla mia ricerca nasce un modello di accertamento infermieristico, che risponde di tutte le caratteristiche necessarie che lo rendono completo per un'adeguata presa in carico del paziente, capace di far emergere tutti i suoi bisogni di salute reali e potenziali e la situazione al momento di ricovero, questo pone le basi per la creazione di un piano assistenziale, che è adeguato ai reali bisogni del paziente.

Inoltre ho creato anche un schema esemplificativo, da tenere in considerazione al momento della consegna, basato sul metodo SBAR, poiché ad un'adeguata documentazione infermieristica, deve necessariamente seguire un'adeguata comunicazione dei dati raccolti, per poter portare avanti il processo di cura e la presa in carico, da tutta l'equipe di professionisti e per tutto il tempo di degenza del paziente.

Ho proposto i due modelli sviluppati ad un gruppo scelto tra gli infermieri del dipartimento medico dell'USSL 5 POLESANA, e proposto un questionario di gradimento, dal quale è risultato come per i professionisti coinvolti, se pur in minima

parte, il processo di nursing non sia totalmente tradotto nella buona pratica di documentazione infermieristica, ma comunque appare evidente la presa di coscienza dei professionisti, della necessità di imparare a documentare in maniera critica e completa la presa in carico del paziente, come strumento di tutela legale del loro operato e del paziente.

BIBLIOGRAFIA

1. Decreto ministeriale 14 settembre 1994, n. 739 Gazzetta Ufficiale 9 gennaio 1995, n. 6
2. Legge 26 febbraio 1999, n. 42, n. 50 Gazzetta ufficiale del 2 marzo 1999
3. Legge 10 agosto 2000, n.251, n.208 Gazzetta ufficiale del 6 settembre 2000
4. Legge 1 febbraio 2006, n.43, n. 40 Gazzetta ufficiale 17 febbraio 2006
5. Annalisa Silvestro, Commentario al codice deontologico dell' infermiere 2009, McGraw Hill, 2009
6. Codice deontologico dell' infermiere, 2009
7. Stefano Bugnoli, La responsabilità dell' infermiere e le sue competenze una guida per l' agire responsabile, Maggioli editore, 2014
8. Avv. Roberto Ricciardi, La responsabilità professionale dell' infermiere, Prex, 2012
9. Articolo 476 Codice Penale (R.D. 19 ottobre 1930 n. 1398)
10. Articolo 479 Codice Penale (R.D. 19 ottobre 1930 n. 1398)
11. Articolo 481 Codice Penale (R.D. 19 ottobre 1930 n. 1398)
12. Articolo 493 Codice Penale (R.D. 19 ottobre 1930 n. 1398)
13. Articolo 326 Codice Penale (R.D. 19 ottobre 1930 n. 1398)
14. Articolo 622 Codice Penale (R.D. 19 ottobre 1930 n. 1398)
15. Articolo 328 Codice Penale (R.D. 19 ottobre 1930 n. 1398)
16. Rodriguez Daniela, Aprile Anna, Medicina legale per Infermieri, Carocci, 2004
17. PAPI L. Ed., Elementi di medicina legale per infermieri, Pisa University Press, 2009
18. Mauro Martini Cristiano Pelati, La gestione del rischio clinico, McGraw Hill, 2011
19. Dott.ssa E.Ferrante Dott. Paolo Nazzareno, Convegno "Documentazione infermieristica: quali responsabilità?", 10-11 novembre 2009 Ferrara
20. Monica Casati Rita Maricchio, La documentazione infermieristica: riflessioni operative e giuridiche (I quaderni de l' infermiere), Ipasvi, 24 febbraio 200

-
21. Perricone Marianna, Lami Nadia, La cartella infermieristica: strumento per il processo di assistenza. Analisi delle cartelle infermieristiche dell'azienda ospedaliera universitaria policlinico di Modena, 2012/2013
 22. M. Camani, P. L. Deriu, G. Giambone, R. Tardito, M. Segni, S. Romano, Linee Guida per la progettazione e la stesura della Cartella Infermieristica, Rivista dell' ANIN - Associazione Nazionale Infermieri Neuroscienze
 23. Ipasvi Catania, Universo infermieristico, anno XVI n°2, Luglio/Settembre 2010
 24. Poletti Piera CEREF Centro Ricerca e Formazione, Handover: il passaggio delle consegne chiave della sicurezza, 2012

SITOGRAFIA

www.nurse24.it

www.fnopi.it

www.nursetimes.org