

Regione Emilia Romagna  
AZIENDA OSPEDALIERA DI BOLOGNA  
*Policlinico S.Orsola-Malpighi*

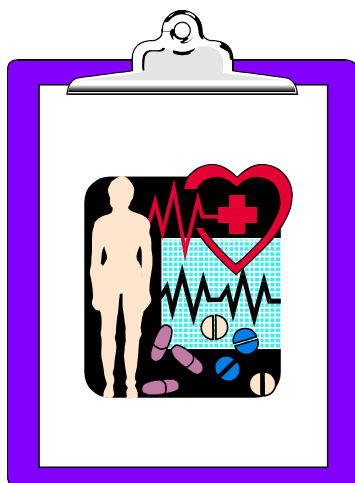
DIREZIONE SERVIZIO INFERMIERISTICO



*Direttore: Opd Patrizia Taddia*

## **LINEE GUIDA**

# **LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA**



**Bologna, Settembre 1999**

**A cura di:**

Opd Paolo Chiari

**Con la collaborazione di:**

CS Anna Bandini  
CS Barbara Zanna

***Ringraziamenti***

Per i preziosi contributi e consigli forniti si ringraziano la Dott.ssa Anna Zucchini, Direttore Sanitario dell'Azienda Ospedaliera di Bologna; l'Opd Patrizia Taddia, Direttore del Servizio Infermieristico aziendale; il Dott. Antonio Santoro, membro del Consiglio dei Sanitari aziendale; il Dott. Maurizio Capelli, dell'Ufficio Qualità aziendale; la CS Chiara Davoli e collaboratori dei reparti PARE; la CS Mara Righi e collaboratori del reparto Ematologia 2° sezione; la CS Luisa Minoccheri e collaboratori del reparto Chirurgia Cavallari; la CS Silvana Pirazzoli e collaboratori del reparto Geriatria Bonavita; la CS Raffaella Raimondi e collaboratori del reparto Pneumologia Cavalli; la CS Maddalena Ruggeri e collaboratori del reparto Urologia Reggiani; l'Opd Ivana Fraulini, la CS Olga Di Todaro e la CS Luisa Scardovi della Direzione del Servizio Infermieristico.

## INDICE

<b>Premessa</b> _____	<b>5</b>
<b>Premessa metodologica</b> _____	<b>7</b>
<b>Introduzione</b> _____	<b>9</b>
<b>I° Parte</b> _____	<b>11</b>
Che cosa è la cartella infermieristica? _____	<b>11</b>
Perché utilizzare la cartella infermieristica? _____	<b>11</b>
Esiste un obbligo legislativo per utilizzare la cartella infermieristica? _____	<b>13</b>
Dove si usa la cartella infermieristica? _____	<b>15</b>
Come si usa la cartella infermieristica? _____	<b>15</b>
L'ACCERTAMENTO INIZIALE _____	<b>15</b>
LA PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA _____	<b>16</b>
L'ATTUAZIONE DELL'ASSISTENZA _____	<b>17</b>
LA VALUTAZIONE _____	<b>18</b>
<b>Bibliografia</b> _____	<b>19</b>
<b>II° Parte</b> _____	<b>21</b>
Criteri per la costruzione della cartella infermieristica _____	<b>21</b>
Schema - Parti della cartella infermieristica _____	<b>22</b>
SCHEDA DI RACCOLTA DATI E IDENTIFICAZIONE DEI PROBLEMI DEL PAZIENTE _____	<b>23</b>
SCHEDA DI PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA _____	<b>23</b>
SCHEDA DI ATTUAZIONE/OSSERVAZIONE O DIARIO INFERMIERISTICO _____	<b>24</b>
SCHEDA DI TERAPIA _____	<b>24</b>
SCHEDE ACCESSORIE QUALI: PARAMETRI VITALI, DIAGNOSTICA, BILANCIO IDRICO, PROTOCOLLI DI TRATTAMENTO, ECC. _____	<b>26</b>
SCHEDA DI DIMISSIONE O TRASFERIMENTO _____	<b>26</b>
SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL PESO DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA _____	<b>27</b>
Esempi di cartelle infermieristiche e schede _____	<b>29</b>
Cartella infermieristica PARE _____	<b>31</b>
Cartella infermieristica Ematologia _____	<b>33</b>
Cartella infermieristica Chirurgia _____	<b>35</b>
Cartella infermieristica Medicina Interna e Geriatria _____	<b>37</b>
Cartella infermieristica Pneumologia _____	<b>39</b>
Cartella infermieristica Urologia _____	<b>41</b>
Scheda terapia _____	<b>43</b>
Scheda di trasferimento in PARE _____	<b>45</b>
Schede bilancio, medicazioni e monitoraggio orario _____	<b>47</b>
Scheda di valutazione del peso dell'assistenza infermieristica _____	<b>49</b>



## Premessa

Queste linee guida rispondono alla necessità di identificare quei principi a cui tutte le cartelle infermieristiche debbono uniformarsi al fine di renderne più facile l'implementazione e l'utilizzo a tutto il personale infermieristico.

Nella stesura di queste linee guida siamo partiti dal presupposto che debba esistere una sola cartella infermieristica per tutto il Policlinico, questo strumento, sebbene unico, deve comunque:

- garantire l'aderenza alla grande variabilità che la casistica clinica presenta ed in particolare alle diverse intensità assistenziali delle persone assistite,
- consentire di non perdere la ricchezza che la realtà possiede e che può essere raccolta solo a fatica in una struttura predefinita.

La cartella infermieristica unica non rappresenta un punto di partenza ma il punto di arrivo di un percorso che oggi può avviarsi e che sarà concluso solo fra alcuni anni grazie al prezioso contributo di tutti .

Si assisterà pertanto alla nascita di una cartella infermieristica del Policlinico S.Orsola Malpighi probabilmente con schede in parte comuni per tutte le realtà ed in parte intercambiabili e selezionabili a seconda delle necessità assistenziali.

Con la volontà di perseguire questo difficile ma importante obiettivo, si auspica che tali linee guida rappresentino non solo una guida ma anche uno stimolo per i professionisti ed un supporto al miglioramento dell'assistenza ai cittadini che quotidianamente si rivolgono a noi per le proprie necessità.

**La Direzione del Servizio Infermieristico**



## Premessa metodologica

I concetti di "**protocollo**", "**standard**" e "**linee guida**" sono utilizzati nel contesto dei documenti del Servizio Infermieristico con i seguenti significati:

- ✎ **Protocollo**: indica, in senso generale, un pre-definito schema di comportamento diagnostico, terapeutico, assistenziale, ecc.. Ci si riferisce ad una sequenza di comportamenti assai ben definiti come avviene all'interno di un programma di ricerca clinica (non a caso si parla di protocollo di ricerca). E' uno strumento piuttosto rigido di esplicitazione delle linee di comportamento ritenute ottimali. Ad esempio il protocollo per la rianimazione di un paziente che ha subito un arresto cardiaco.
- ✎ **Standard**: si fa riferimento a valori soglia (minimi o massimi) di un determinato indicatore o di frequenza di offerta di un certo servizio o, ancora, di performance per un determinato intervento. Ha assunto un valore normativo a cui si associa frequentemente un giudizio esplicito della qualità dell'assistenza. Ad esempio esiste un numero atteso (standard) di cadute dal letto dei pazienti: se lo si supera probabilmente l'assistenza o le norme di sicurezza in quel contesto non sono adeguate.
- ✎ **Linee guida**: sono raccomandazioni di comportamento clinico, prodotte attraverso un processo sistematico allo scopo di assistere il personale sanitario e le persone assistite nel decidere quali siano le modalità di assistenza più appropriate in specifiche circostanze cliniche. Sono strumenti meno rigidi dei protocolli in quanto sono di ausilio alla decisione clinica, che viene comunque lasciata al professionista. Si presentano come una sintesi delle informazioni scientifiche disponibili valutate criticamente secondo principi condivisi dai professionisti.

*Raccomandazioni per la produzione, disseminazione ed implementazione  
di linee-guida di comportamento pratico  
(FISM - Federazione delle Società Medico-Scientifiche Italiane - QA 1996)*





## Introduzione

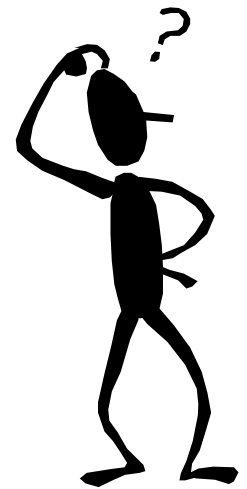
Quando si parla di documentazione infermieristica l'attenzione si rivolge principalmente verso la cartella infermieristica. In realtà il suo significato è più ampio e abbraccia tutto ciò che documenta l'attività infermieristica, sia autonoma che collegata ad altri professionisti della salute, anche se in questo contesto il riferimento alla cartella infermieristica, come parte della documentazione clinica, rimarrà dominante.

Posto che la cartella infermieristica è solo uno strumento per l'assistenza, prima di adottarlo è necessario porci alcune domande:

- è proprio necessario ricorrere a questo strumento?
- perché vogliamo-dobbiamo documentare l'assistenza?
- quale è lo scopo o gli scopi?

Fino ad oggi nei testi infermieristici e nei lavori presentati nei vari congressi si affermava che la cartella era necessaria per trasmettere le informazioni fra gli infermieri e per migliorare la conoscenza del paziente. Entrambi queste motivazioni sono valide, ma non rispondono completamente alle domande precedenti, in quanto molti infermieri sostengono di raggiungere tali obiettivi anche senza utilizzare una cartella infermieristica. Allora, per rispondere alla prima domanda, lo strumento cartella infermieristica è utilizzabile se abbiamo qualcosa di più o di più importante da documentare che la tradizionale "consegna" non consente. Alla seconda domanda possiamo rispondere che non abbiamo elementi per poter dimostrare, nel contesto attuale, cosa facciamo e con che risultati, se non genericamente affermare che assistiamo le persone.

Eccoci quindi alla terza domanda a cui, oltre agli scopi individuabili nelle affermazioni precedenti, dobbiamo fornire alcune risposte più precise: con la cartella vogliamo documentare quali sono i problemi della persona, quali sono gli interventi che abbiamo deciso, quali e quanti ne abbiamo realizzato e che risultati abbiamo conseguito. Queste poche parole evidenziano in modo netto ciò che è contenuto nel profilo professionale dell'infermiere:



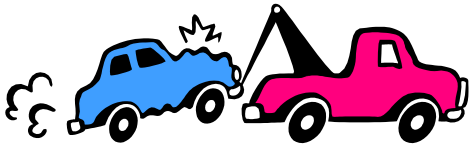
"L'infermiere:

- a) Partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività;
- b) Identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi;
- c) Pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico;
- d) Garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche;
- ..."

Un ulteriore elemento di riflessione sull'uso della cartella infermieristica è legata ad una riflessione sulla dotazione di personale infermieristico che fino ad ora è stata definita sulla base di un unico parametro: i posti letto, o meglio la media di occupazione dei posti letto. Oggi non possiamo permettere che sia ancora così e, se vogliamo ridefinire gli organici sulla base dell'aumento delle attività che vengono svolte nelle degenze, delle attività diagnostiche terapeutiche, del concentramento delle attività in un minor numero di giorni di ricovero, ecc., alle attuali esigenze delle persone, abbiamo più che mai la necessità di dimostrare quali sono i livelli di bisogno dei malati (domanda di assistenza) e quali sono i livelli di intervento necessari (risposta assistenziale).

Qualora non fossimo in grado di fornire tutte le prestazioni necessarie, non sta a noi vivere con frustrazione la nostra impotenza, ma sta a chi deve definire i livelli uniformi ed equi di assistenza, dire quali sono le domande a cui possiamo rispondere e quali non possiamo. I nostri organismi politici e tecnici dovranno agire a questo livello collettivo e non possiamo continuare a vivere questo problema a titolo personale con tutto ciò che comporta in termini di frustrazione, stress e burnout.

Il riferimento ai problemi della persona ci porta a fare altre importanti considerazioni: ci vuole un riferimento sulla cui base poter identificare i problemi in modo confrontabile con altri. Un qualunque modello teorico va bene, ma bisogna usarlo con alcune accortezze. Nei corsi di aggiornamento rivolti agli infermieri si è spesso illustrato il modello di riferimento e si è successivamente tentato di definire come realizzare l'assistenza per rispettare il modello teorico. Questo approccio ha creato non pochi problemi in quanto gli infermieri spesso non erano in grado di capire con esattezza quello che dovevano fare nel quotidiano, inoltre ciò era aggravato dal fatto che si affrontava l'assistenza sulla base del processo di assistenza infermieristica usato in modo rigido e più adatto allo studente alle prime armi piuttosto che ad un infermiere esperto. Questo in



modo particolare per l'accertamento e la pianificazione. Ora, l'approccio nuovo che risulta facilmente comprensibile dagli infermieri, parte dalle attività quotidiane, invece di partire dalla teoria, e si rivolge all'analisi delle implicazioni teoriche solo la dove serve. E' un modello che consente di recuperare

l'esperienza ed adottare il metodo del processo di assistenza sulla base di questa esperienza. Non è un'adozione rigida, ma flessibile che tiene conto della possibilità di effettivo utilizzo sulla base delle risorse a disposizione e delle competenze maturate.

## I° Parte

### *Che cosa è la cartella infermieristica?*

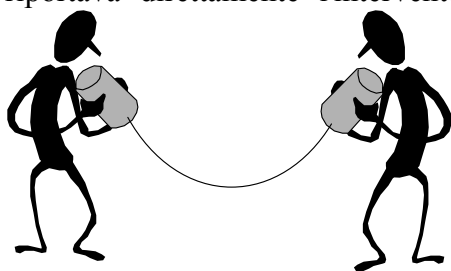
A questo punto possiamo affermare che la cartella non è semplicemente "uno strumento cartaceo" in quanto ciò che la caratterizza non è tanto la sua grafica o la sua composizione, ma l'applicazione dei contenuti mentali che hanno portato l'infermiere a ragionare sui fatti, a porsi un programma, a realizzarlo e a valutarlo. Cioè la cartella infermieristica è lo strumento per rendere visibile, osservabile, misurabile, evidente, ecc. il processo di assistenza infermieristica e l'applicazione del contenuto specifico del profilo professionale dell'infermiere.

La sua struttura consente di individuare le diverse fasi del processo decisionale ed operativo. I termini e le sequenze utilizzate consentono di uniformare il comportamento fra i diversi professionisti. Il suo uso quotidiano e diffuso contribuisce a garantire la continuità assistenziale ed a standardizzare alcuni passaggi fondamentali del percorso assistenziale. La terminologia utilizzata porta ad uniformare certe valutazioni e giudizi costruendo un linguaggio professionale condiviso.

### *Perché utilizzare la cartella infermieristica?*

Ci sono varie motivazioni che portano a rispondere a questa domanda. In primo luogo motivazioni di tipo professionale, secondariamente motivazioni di tipo organizzativo.

Con gli strumenti fino ad ora utilizzati l'attenzione era posta su quanto era stato fatto sul malato, era cioè una documentazione di tipo descrittiva dell'attività esecutoria dell'infermiere, tant'è vero che nella gran parte delle consegne si leggeva: praticato ...; somministrato ...; eseguito ...; ecc., mentre i riferimenti ai problemi o ai bisogni del paziente erano spesso scarsamente descritti. Si riportava direttamente l'intervento realizzato, senza documentarne il perché e, soprattutto, il



percorso decisionale utilizzato per giungere a quelle conclusioni. Inoltre, gran parte della documentazione, faceva esclusivo riferimento alle prescrizioni mediche e non alle peculiarità dell'attività infermieristica. Non essendo riconosciute nei fatti le capacità diagnostiche e decisionali dell'infermiere era evidente che lo strumento potesse essere solo un "rapporto" o una "consegna" come una traduzione scritta di una tradizione fondamentalmente verbale. Oggi

l'evoluzione dell'assistenza, il riconoscimento di una maggiore centralità della persona nel percorso di cura e l'affermazione del nursing come disciplina autonoma fa sì che sempre più l'infermiere sia consapevole del ragionamento diagnostico che lo porta ad identificare i problemi della persona o a formulare le diagnosi infermieristiche, ad ipotizzarne un percorso di risoluzione e, quindi, ad avvertire la necessità di uno strumento nuovo e più completo. La consegna o una semplice scheda non è più adeguata.

L'esperienza infermieristica internazionale ha portato all'introduzione, nell'ambito assistenziale, delle diagnosi infermieristiche come elementi di giudizio critico tarato sui problemi della persona assistita. La diagnosi infermieristica:

- è la dichiarazione di un problema della persona assistita, reale o potenziale, correlato ai motivi che lo determinano o che lo possono determinare;
- è un'espressione scritta con linguaggio conciso;
- è centrata specificatamente sulla persona, e non su un trattamento o sull'attività dell'infermiere;
- è la base per gli interventi autonomi infermieristici;
- è basata sull'insieme dei dati raccolti;
- è un elemento che concorre a riflettere la condizione di salute della persona.

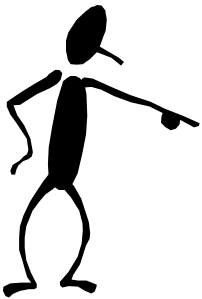
Inoltre:

- non è una diagnosi medica, in quanto non individua una condizione patologica;
- non deve essere espressa con termini riferiti a trattamenti diagnostici o terapeutici, in quanto la sua natura riflette gli specifici effetti dei trattamenti su di una specifica persona;
- non deve essere espressa con termini che si riferiscono a presidi o apparecchiature, in quanto riflette lo stato della persona nei confronti dell'apparecchiatura (rischi, ansia, paura);
- non è un singola etichetta concettuale quale "obesità" o "malnutrizione" o "stipsi";
- non è la definizione di problemi infermieristici riferiti alla persona come, ad esempio, "non coopera";
- non è un obiettivo infermieristico, in quanto questo verrà definito in seguito e sulla base di questa;
- non è un sintomo come, ad esempio, "vomito".

Sempre esaminando la letteratura internazionale, si trovano due diversi approcci all'uso delle diagnosi. Nel primo caso le diagnosi sono espressioni derivata da un ben preciso approccio teorico: ogni teoria infermieristica ha identificato, in forma strutturata o meno, un proprio elenco di possibili diagnosi infermieristiche. Nel secondo caso si è definito un elenco di diagnosi infermieristiche sulla base delle evidenze concrete. Di questo secondo caso è l'elenco delle diagnosi dell'associazione americana NANDA. Questa associazione ha definito un elenco di diagnosi infermieristiche che viene aggiornato ogni due anni sulla base delle evidenze prodotte dagli associati.

La differenza fra i due approcci sta nella possibilità di uso dei due modelli: nel primo caso è necessario condividere la teoria di riferimento, mentre nel secondo caso è sufficiente utilizzare i dati di riferimento per ogni singola diagnosi. In molte realtà si è diffuso l'uso di metodiche che considerano ambedue gli approcci: si utilizzano alcune diagnosi del NANDA, ma in collegamento a specifiche teorie infermieristiche.

In ultima analisi, il ricorso alle liste predefinite di diagnosi infermieristiche consente di concordare, all'interno di una data realtà, quali sono i problemi identificabili sulle persone assistite e strutturare i relativi trattamenti. Anche nel nostro ospedale alcuni reparti hanno sperimentato questo approccio con buoni risultati.



### *Esempi di diagnosi infermieristiche utilizzate in Ematologia 2° sezione.*

**Problema:** Carezza nutrizionale per alterazione dell'integrità del cavo orale e/o del tratto faringeo.

**Obiettivo :** Assicurare un adeguato apporto calorico.

**Indizi o sintomi:** Citopenia, lesioni della mucosa orale, calo ponderale, alterazione degli esami ematici e del bilancio idro-elettrolitico, dolore, rifiuto del cibo.

**Interventi:**

- Educare il paziente ad effettuare gli sciacqui con i colluttori prescritti.
- Pulizia del cavo orale come da protocollo.
- Antidolorifici dietro prescrizione medica.
- Fornire integratori.
- Rassicurare ed informare il paziente.
- Stimolare all'assunzione di liquidi.
- Monitoraggio del peso.

→ N.P.T dietro prescrizione medica (vedi protocollo).

**Verifica:**

→ A breve termine : riduzione del dolore, assunzione di liquidi e di una dieta semiliquida.

→ A medio termine : Stabilità o aumento del peso.

→ scomparsa delle lesioni e ripresa dell'alimentazione.



**Problema :** Rischio emorragico da piastrinopenia

**Obiettivo:** Prevenire e/o controllare le emorragie.

**Indizi:** Piastrinopenia, presenza di petecchie, ematomi, epistassi, gengivorragia, ematuria, sangue nelle feci.

**Interventi :**

→ Informare il paziente affinché possa riconoscere i segni di sanguinamento nei vari distretti.

→ Informare e verificare le misure preventive:

uso del rasoio elettrico;

uso delle spazzolino da denti a setole morbide.

→ Tranquillizzare il paziente.

→ Monitoraggio e cura dell'epistassi (vedi protocollo).

→ Controllo della cute e degli escreti.

→ Monitoraggio ematologico dietro prescrizione medica.

→ Gestione supporto trasfusionale.

→ Evitare i traumi e le manovre invasive.

→ Terapia antiemorragica su prescrizione.

→ Monitoraggio dei parametri vitali.

→ Controllo e rilevazione tempestiva di sintomatologia neurologica.

**Verifica:** La verifica è costante fino al recupero delle piastrine.

La diffusione delle diagnosi infermieristiche ha portato, in particolare nei paesi anglosassoni, alla diffusione di sistemi per l'analisi dei problemi funzionali delle persone assistite e all'affermazione del nursing come disciplina in grado di aiutare le persone a recuperare il maggior livello possibile di autonomia nelle attività quotidiane. Inoltre, si sono affermati nuovi metodi per la valutazione del peso dell'assistenza infermieristica, taranti non più sulla numerosità delle prestazioni o mansioni infermieristiche, ma sui livelli di dipendenza dei pazienti.

*Esiste un obbligo legislativo per utilizzare la cartella infermieristica?*

Con la Legge n. 42 del 26/2/99 si sono definiti due importanti elementi della vita professionale dell'infermiere:

- la sostituzione della definizione "professione sanitaria ausiliaria" con la definizione "professione sanitaria". Ciò non comporta la semplice eliminazione del termine "ausiliaria", ma l'affermazione che la professione infermieristica non ha valore in quanto ausilio ad una altra professione sanitaria ma in quanto detentrica di uno specifico ruolo per la salute delle persona e della collettività ... come indicato nel profilo professionale;
- l'abolizione del DPR 225/74 conosciuto come il "Mansionario".

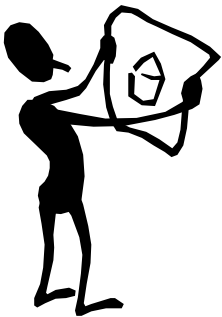


Nella legge non si fa nessun riferimento al fatto che l'infermiere debba utilizzare la cartella infermieristica, ma si evince dal concetto stesso di professione sanitaria l'obbligo professionale.

etico e deontologico, di documentare i bisogni della persona a cui si è fornita l'assistenza e la quantità e qualità di questa assistenza fornita. Se il termine ausiliario evidenziava che l'infermiere operava "di ausilio" ad un altro professionista, nella documentazione di quest'ultimo si poteva trovare il riferimento alle attività "esecutorie" dell'infermiere. Ora che l'infermiere ha raggiunto il pieno riconoscimento della propria autonomia ed opera con responsabilità per la salute del paziente, si manifesta la necessità di documentare questa attività e, come già affermato, i bisogni del paziente, i suoi problemi, gli interventi infermieristici, ed i risultati conseguiti.

In generale sugli aspetti giuridici della documentazione infermieristica si può affermare che la cartella, come il registro dei rapporti-consegne, o le schede di consegna personalizzate, fanno parte della documentazione sanitaria. Ma mentre per la cartella clinica, componente anch'essa della documentazione sanitaria, è riconosciuta come Atto pubblico in senso stretto in quanto documento di un Pubblico Ufficiale (art. 2699 e art.2700 del Codice Civile), la cartella infermieristica è atto pubblico in senso lato (la sua adozione è riconosciuta nel D.P.R. 384 del 1990) perché redatto da un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni e "serve a documentare fatti inerenti l'attività da lui svolta ed alla regolarità delle operazioni amministrative a cui è addetto" (D.P.R.225/74).

Per quanto concerne la regolare compilazione, il segreto e la conservazione, sono applicabili le normative dedicate alla cartella clinica, fino a quando non verrà legiferato in modo differente vista l'applicazione del D.M. 739/94 (profilo professionale dell'infermiere).



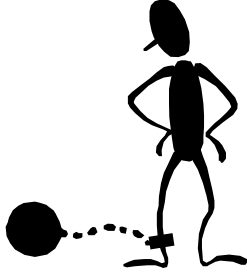
La cartella clinica e quella infermieristica, anche se con valori di riferimento diversi, non sono nella realtà separate, in quanto perseguono un fine comune: la tutela della salute della persona ricoverata. Pertanto, anche se durante il ricovero i luoghi e le modalità di conservazione e accesso alla consultazione possono essere differenti, e opportuno, al momento della dimissione, unificare le due cartelle per la conservazione archivistica al fine di testimoniare il coordinamento dell'approccio diagnostico-terapeutico ed assistenziale al paziente ricoverato. A tal fine nella compilazione della cartella infermieristica devono essere rispettati i requisiti essenziali di veridicità, completezza, precisione, chiarezza e tempestività nel riportare per iscritto le annotazioni.

Le regole da rispettare nella compilazione della documentazione sono le seguenti:

- utilizzare inchiostro indelebile;
- sulla intestazione devono comparire i dati anagrafici del paziente ed eventualmente il numero nosologico o di identificazione a lui assegnato;
- descrivere in tempi brevi e con precisione i problemi identificati, per non tralasciare informazioni utili, e aggiornarli quotidianamente;
- riportare tutto ciò che viene attuato sul paziente e le sue reazioni;
- correggere gli errori tracciando una linea sulle parole sbagliate in modo che restino leggibili, evitando cancellature totali, l'uso di scolorine o di bianchetti. La parola che sostituisce quella eliminata va scritta di seguito;
- indicare chiaramente la data e l'ora dell'accertamento;
- l'utilizzo di simboli o abbreviazioni è concesso se concordato da tutta l'équipe e riportato in una leggenda all'interno della cartella stessa;
- la grafia deve essere comprensibile;
- precisare la fonte delle informazioni raccolte circa il paziente, se rilevate da persone diverse dall'interessato (parenti, accompagnatori, ecc.);
- usare un linguaggio e una terminologia corretta (senza espressioni dialettali);
- il non consenso del paziente all'esecuzione di medicazioni, o l'assunzione di farmaci, ecc. devono essere debitamente segnalati, riportando anche le motivazioni da questi addotte;

- nella registrazione di dati interpretativi (quali sintomi riferiti dal paziente) è sempre bene specificarli tra virgolette e segnalare che si tratta di parole del paziente o l'eventuale fonte che le riferisce.

La tutela del segreto, in relazione al contenuto della cartella clinica tradizionale, è normata dagli articoli 326 e 622 del C.P. (il primo punisce la rivelazione del segreto d'ufficio, il secondo la rivelazione del segreto professionale). Sebbene non ci siano riferimenti giurisprudenziali in materia di cartella infermieristica tali regole vi possono essere estese.



La normativa attuale affida la responsabilità delle singole verbalizzazioni a coloro che le hanno effettuate, affida invece la responsabilità di vigilanza sulla regolare compilazione e conservazione della documentazione sanitaria, fino alla consegna all'archivio centrale, al primario (D.P.R. 128/69 art. 7). E' altresì vero che le Amministrazioni Ospedaliere possono emanare disposizioni a proposito della compilazione di documenti sanitari, che regolano specifiche competenze, in particolare del primario medico e del capo sala, e gli ambiti di rispettiva responsabilità.

### *Dove si usa la cartella infermieristica?*

La cartella infermieristica è utilizzabile ovunque ci sia necessità di applicare il processo di assistenza infermieristica, ma, più concretamente, serve là dove il paziente viene gestito in modo continuativo ed approfondito. E' quindi sempre utilizzabile durante una fase di degenza, anche se breve, perché le attività di valutazione dei problemi del paziente e gli interventi conseguenti sono comunque presenti.

Molto probabilmente risulta meno indicato il suo utilizzo in un ambulatorio, dove il contatto con l'utente è rapido od occasionale. In questo contesto, se l'attività professionale è presente, si deve documentare ciò che viene fatto sulla base del bisogno del paziente e, quindi, anche se non articolata come in una cartella infermieristica la documentazione deve essere realizzata.

In sintesi la cartella infermieristica è da utilizzare là dove c'è continuità dell'assistenza e applicazione del processo infermieristico.

### *Come si usa la cartella infermieristica?*

#### L'ACCERTAMENTO INIZIALE

L'accertamento è la fase del processo di assistenza infermieristica che consente di raccogliere le informazioni, per individuare i problemi delle persone e le relative motivazioni che vi sono alla base; mira quindi ad individuare quale è la situazione attuale delle persone.

L'accertamento iniziale si apre con la raccolta degli elementi utili per identificare in modo sicuro il paziente ed inquadrare velocemente la sua situazione: dati anagrafici, motivi del ricovero, diagnosi d'entrata, ecc.; spesso questi dati sono già disponibili su altre documentazioni come il modulo A/D o la cartella clinica. Oltre ai dati anagrafici è vantaggioso raccogliere informazioni utili per comunicare con i familiari o i parenti o comunque con altre persone significative per il paziente (sono particolarmente utili i numeri telefonici a cui rivolgersi in caso di bisogno o di necessità urgenti).

E' evidente che in situazioni di emergenza i dati da rilevare immediatamente sono quelli per accertare le condizioni cliniche del paziente ed ogni altro dato deve essere procrastinato nel tempo.

Indipendentemente dalle modalità grafiche o di impaginazione della cartella infermieristica la seconda parte dell'accertamento è costituita dalla valutazione dei bisogni e dei problemi che il paziente presenta all'atto dell'accesso nella struttura. Le modalità utilizzate sono le più svariate e diversificate, sia in merito alla forma che al contenuto. La forma può essere totalmente standardizzata con voci già codificate che vanno solo evidenziate con un segno grafico, oppure può essere totalmente aperta e l'infermiere deve scrivere tutte le informazioni che raccoglie dal paziente; più spesso la forma è intermedia e sono previste una serie di voci standardizzate ed altre libere per consentire di registrare tutto ciò che non è previsto nella parte standardizzata. I contenuti sono fortemente influenzati dalla tipologia di reparto o struttura in cui si opera. In genere, i contenuti della specialità di riferimento sono anche quelli più strutturati in quanto più ricca e particolareggiata è l'esperienza degli operatori che individuano gli elementi da accertare all'ingresso del paziente.



La valutazione dei problemi del paziente è spesso accompagnata anche dalla raccolta di informazioni di tipo medico-chirurgico, come l'assunzione di specifiche terapie da parte del paziente, la presenza di allergie a farmaci o altre sostanze, l'uso di protesi ed altri ausili o presidi medico-chirurgici.

Nella raccolta dei dati sul paziente porre particolare attenzione alla modalità di raccolta delle informazioni, tenendo presente che queste vanno raccolte in modo del tutto riservato non solo per rispetto delle più elementari norme sulla privacy, ma per la necessità di mantenere il segreto professionale.

Il momento di effettuazione dell'accertamento coincide con quello del ricovero del paziente e comunque non oltre le prime 24 ore.

Successivamente la raccolta dei dati si sviluppa nell'accertamento continuo che mira a valutare periodicamente o costantemente il miglioramento/peggioramento del paziente o il presentarsi di situazioni nuove.

Le cartelle infermieristiche che prevedono un accertamento iniziale del paziente sono diffuse da molto tempo e quindi questa parte del processo di assistenza infermieristica è la più diffusa nei reparti.

La conclusione dell'accertamento iniziale porta alla identificazione dei problemi della persona assistita che guideranno la successiva fase di pianificazione assistenziale. In talune realtà, che hanno deciso di operare sulla base di modelli teorici espliciti, si utilizzano le diagnosi infermieristiche che consentono una maggiore oggettivazione dei problemi infermieristici delle persone assistite e l'adozione di protocolli assistenziali condivisi a livello nazionale o internazionale.

## LA PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA

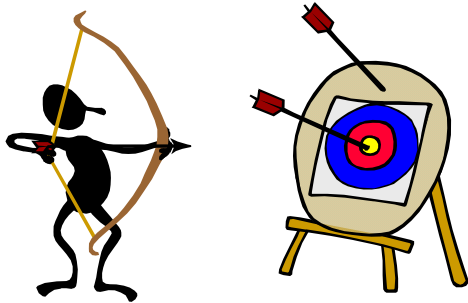
La pianificazione è la parte del processo di assistenza infermieristica meno usata nella pratica quotidiana o, meglio, è la parte che viene maggiormente utilizzata in forma mentale piuttosto che scritta.

Il suo significato è legato alla necessità di definire le modalità di risposta ai bisogni di assistenza specifici di ogni paziente o di ogni tipologia di pazienti. Consente l'integrazione delle modalità assistenziali nel tempo (tra più turni) e fra più professionisti. La forma di pianificazione più



utilizzata è sicuramente quella delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche, che sono sostanzialmente una forma di pianificazione realizzata dal medico per consentire l'esecuzione di prestazioni da altri professionisti come gli infermieri o i terapisti della riabilitazione o altri ancora.

E' una fase continua che tiene conto delle osservazioni e variazioni quotidiane del paziente. A tal



fine si tenga conto che la pianificazione dovrebbe essere realizzata in accordo con il paziente. Questo aspetto, come il ricorso alla pianificazione stessa, è oggi carente, ma dovrà essere sempre di più considerato nel futuro con l'evoluzione delle richieste da parte del cittadino ai servizi sanitari; il consenso informato verrà sempre più esteso a tutte le professioni sanitarie e non solo al medico.

La scarsità di ricorso alla pianificazioni scritte dell'assistenza è spesso dovuta alla difficoltà di formulare obiettivi precisi per il paziente e strutturare percorsi idonei a perseguire quegli obiettivi. In altre parole l'assistenza in molti reparti è fornita in modo indifferenziato fra un paziente e l'altro e ciò rende superflua la pianificazione che è basata sul concetto di personalizzazione della risposta assistenziale. Una via di mezzo che introduce la pianificazione anche nelle unità a forte standardizzazione dell'assistenza, come ad esempio le specialità mediche o chirurgiche, è rappresentata dalla definizione di un piano standard per le principali tipologie di patologie trattate o interventi realizzati, che consente le variazioni personalizzate a seconda delle caratteristiche del paziente.

Nelle unità operative, che operano con ridotta standardizzazione e necessitano di elevata personalizzazione dell'assistenza, si vanno diffondendo due modalità: da una parte l'uso di pianificazioni realizzate sulla base degli specifici problemi individuati sul paziente con la descrizione dell'obiettivo e dei progressi/regressi del paziente nel tempo; dall'altra il ricorso a liste di problemi o diagnosi infermieristiche realizzate sulla base delle esperienze maturate dal reparto stesso.

Sulle modalità di compilazione si trovano esempi in cui la pianificazione è una specifica parte della cartella infermieristica e in cui vengono indicati i problemi e gli obiettivi da raggiungere, altre in cui la pianificazione è integrata con l'attuazione in un unico schema grafico. In quest'ultimo caso la pianificazione assume una impostazione di prescrizione delle prestazioni da realizzare sul paziente a cui si risponde contestualmente nello stesso spazio grafico.

Le matrici con più giorni ed a progressione longitudinale sono risultate molto utili per gestire situazioni a bassa e media intensità assistenziale, mentre le strutture fortemente orientate a mettere in risalto ogni specifico giorno di presa in carico sono risultate molto utili per gestire le situazioni fortemente intensive.

## L'ATTUAZIONE DELL'ASSISTENZA

L'attuazione dell'assistenza richiede uno specifico spazio nell'ambito della cartella infermieristica per due motivi principali: occorre documentare la realizzazione degli interventi assistenziali ma occorre anche trascrivere la valutazione dei problemi del paziente e le relative modificazioni. Inoltre, nella fase di attuazione, si documenta anche la realizzazione di trattamenti diagnostico ed in particolare terapeutici, a tal fine è vantaggioso e di maggior sicurezza utilizzare una scheda unica sia per documentare la prescrizione che la realizzazione degli interventi terapeutici.

Questa parte del processo di assistenza infermieristica è quella storicamente più utilizzata sia in forma libera (Consegne e Rapporti) che in forma strutturata (Scheda infermieristica).

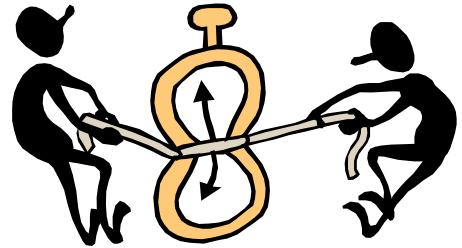
L'attuazione è una fase tipicamente continua anche se spesso la compilazione della documentazione viene concentrata alla fine del turno di lavoro utilizzando promemoria, foglietti, quaderni, schede, ecc.. La compilazione in tempo reale, sebbene vantaggiosa per la riduzione del tempo impiegato,

trova difficoltà ad essere applicata con una organizzazione del lavoro basata sui "compiti" o "giri". L'introduzione di organizzazioni assistenziali con arricchimento in senso verticale del lavoro (per "settori" o per équipe), la responsabilizzazione sull'assistenza in toto al paziente piuttosto che su una serie di compiti, permettono una gestione più rapida della tenuta della documentazione con anche un maggior livello di dettaglio.

A seconda delle esigenze diagnostico-terapeutiche dei reparti sono spesso utilizzate una serie di schede tecniche per gestire in modo uniforme una stessa tipologia di interventi o osservazioni,

come ad esempio:

- scheda terapia;
- scheda esami diagnostici;
- scheda parametri vitali;
- scheda paziente diabetico;
- scheda bilancio idrico;
- scheda dietetica;
- scheda medicazioni;
- scheda drenaggi.



## LA VALUTAZIONE

Nella documentazione la parte più trascurata è la valutazione. Ciò è dovuto in gran parte alla mancanza della pianificazione che impedisce la valutazione del raggiungimento degli obiettivi.

Spesso sono registrate le modificazioni del paziente rispetto all'ingresso all'interno del diario giornaliero, ma difficilmente si procede ad una valutazione sistematica all'atto della dimissione.

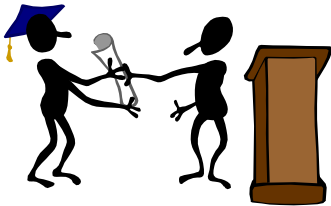
La fase di valutazione comprende due aspetti:

- la valutazione continua, che viene di fatto realizzata nella parte della documentazione relativa all'attuazione dell'assistenza indipendentemente dall'uso di consegne o scheda o diari strutturati;
- la valutazione finale, che viene formulata in un'apposita scheda o in altre parti della documentazione.

In merito alla valutazione finale si è recentemente diffuso in molti reparti l'uso di schede di trasferimento e dimissione che contengono molti elementi di valutazione sui bisogni dei pazienti e sulla continuazione di trattamenti.

Gli esempi sono però spesso focalizzati sugli aspetti tecnici (ad esempio la presenza del catetere vescicale e la necessità di effettuare medicazioni con la tal sostanza), più che sulla valutazione complessiva del paziente e il suo grado di preparazione ad affrontare positivamente il reinserimento

a domicilio o alla gestione degli aspetti sanitari non ancora definitivamente conclusi. In ultima analisi si evidenzia poca attenzione agli aspetti informativi, educativi e di programmazione della dimissione che dovrebbero, invece, essere fortemente sviluppati nella situazione attuale in cui le degenze sono particolarmente contratte.



## Bibliografia

- Agnelli I., Canossa M., Chiari P., Corazza P., Dall'Ovo R., Pongolini A.M. "La teoria infermieristica delle attività di vita". Verona: Nettuno, 1994.
- Atti del Convegno "Modelli teorici per la pratica professionale infermieristica: pratica e management". S.E.I.R.S. Bologna: Settembre/Ottobre 1995.
- Benner P., Tanner C., Chesla C. "From beginner to expert: gaining a differentiated clinical world in critical care nursing". *Advances in Nursing Science*. Vol. 14, n. 3, March 1992.
- Carle J, Saulnier B., Lambert P., Tilquin C. "PRN80: la mesure du niveau des soins infirmiers requis". EROS Université de Montreal 1981.
- Carnevali D.L., Thomas M.D. "Diagnostic Reasoning and Treatment Decision Making in Nursing". Philadelphia: Lippincott, 1993.
- Chinn P.L., Kramer M.K. "Theory and nursing a systematic approach". S. Louis: Mosby Year Book (3° Ed), 1991
- Delaney C., Moorhead S. "The Nursing Minimum Data Set, standardized language, and health care quality." *Journal of Nursing Care Quality* 10:1, October 1995.
- Di Giulio P. "Il processo di nursing nei suoi aspetti più critici". *L'infermiere*. Anno XXXVII, n. 4, Luglio-Agosto 1993.
- Di Giulio P., Sansoni J. "Per le diagnosi infermieristiche è già tempo di un linguaggio comune". *L'infermiere* N°1, Gennaio-Febrero 1994.
- Dimonte V. "Costi dell'assistenza infermieristica e DRG: punto della situazione". *INfermiere INformazione* 1995.2.
- Fraser M. "Using conceptual nursing in practice". London: Harper & Row, 1990.
- Fumagalli E., Lamboglia E., Magon G., P.C. Motta. "La cartella infermieristica informatizzata". Torino: Ed. Medico Scientifiche, 1998.
- Jacobs A.M., dela Cruz F.A. "Measuring Clinical Judgement in Home Health Nursing" in Waltz C.F., Strickland O.L. "Measurement of nursing outcomes. Vol. 3. Measuring clinical skills and professional development in education and practice". New York: Springer, 1990.
- Orem D.F. "Nursing: concepts of practice". New York: Graw-Hill (3° Ed.), 1975.
- Pontello G. "DRGs e assistenza infermieristica: influenze sul management infermieristico". *Professioni infermieristiche* 1997.50.3.
- Roper N., Logan W.W., Tierney A.J. "The elements of Nursing". Edinburgh: Churchill Livingstone (3° Ed.), 1990.
- Roper N., Logan W.W., Tierney A.J. "Using a model for Nursing". Edinburgh: Churchill Livingstone, 1983.
- Sanford A.J. "La mente dell'uomo". Bologna: Il Mulino, 1992.
- Sorensen K.C., Luckmann J. "Nursing di base: principi psicofisiologici". Milano: Ambrosiana, 1981.



## II° Parte

### *Criteria per la costruzione della cartella infermieristica*

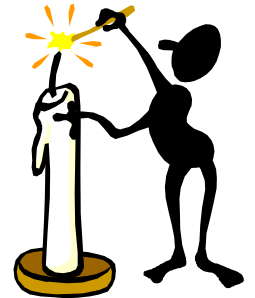
Tutte le volte in cui si decide di iniziare un nuovo percorso, soprattutto se faticoso, lo si fa perché ci sono delle forti motivazioni. In questo caso le motivazioni possono essere di tipo diverso:

- motivazioni professionali, quali la presa di coscienza professionale legata a una visione di un diverso approccio lavorativo finalizzato all'uomo, un maggior coinvolgimento del personale e quindi una maggiore soddisfazione lavorativa;
- motivazioni organizzative, quali la continuità dell'assistenza (pianificazione), l'abolizione del lavoro per compiti e la creazione di una assistenza personalizzata, la valutazione della qualità dell'assistenza erogata, la presenza di documentazione sistematica e continuamente aggiornata;
- motivazioni scientifiche, quale la raccolta di dati per effettuare ricerche (analisi retrospettiva dei dati);
- motivazioni medico-legali, documentare il lavoro svolto dai professionisti dell'assistenza in modo obiettivo (sottostà a tutte le regole della documentazione sanitaria).

L'introduzione della cartella infermieristica come strumento di assistenza individualizzata, comporta inevitabili cambiamenti delle abitudini quotidiane di lavoro; per tale motivo non è possibile identificare "percorsi modello" ed è per questo che ogni gruppo di professionisti, all'interno della propria realtà, deve intraprendere un percorso adatto al proprio contesto, alle esigenze specifiche del tipo di paziente che assiste, alle risorse umane e strutturali che sono presenti.

Il suo utilizzo permette di promuovere:

- ◆ la definizione di obiettivi comuni per l'équipe, attraverso i quali si può ottenere una migliore coesione tra le persone che compongono il gruppo;
- ◆ un dialogo ed un ascolto costante della persona assistita;
- ◆ una migliore integrazione con il personale medico e le altre figure sanitarie specializzate che sono coinvolte nella cura dei pazienti;
- ◆ una differente organizzazione dell'assistenza infermieristica con la conseguente continuità delle cure prestate sulle 24 ore e la loro visione totale;
- ◆ le attività di ricerca infermieristica e di favorire una maggiore integrazione del personale in formazione.



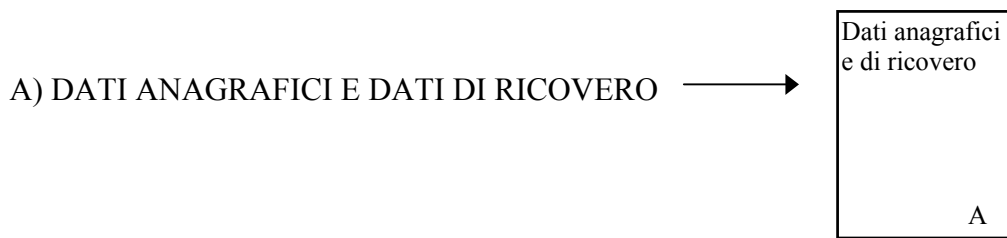
Partendo dal concetto che la cartella è uno strumento di supporto al processo assistenziale, nella sua strutturazione vanno tenuti in considerazione due requisiti principali:

1. deve fare riferimento a modelli teorici espliciti e condivisi;
2. deve comprendere tutte le fasi del processo: a) accertamento, b) pianificazione dell'assistenza, c) attuazione degli interventi, d) valutazione.

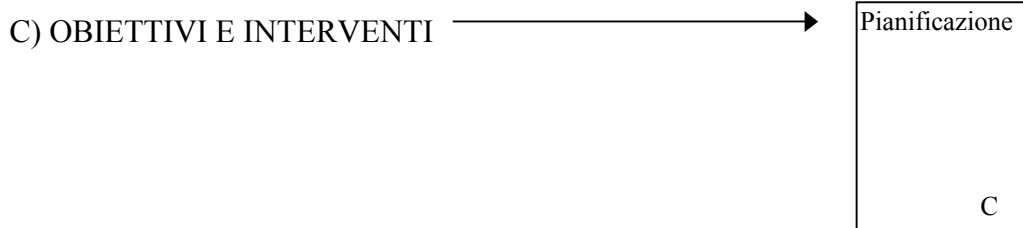
Nella realizzazione operativa si tende a privilegiare una struttura a schede che possono essere cambiate a seconda delle unità operative e delle tipologie dei pazienti.

Schema - Parti della cartella infermieristica

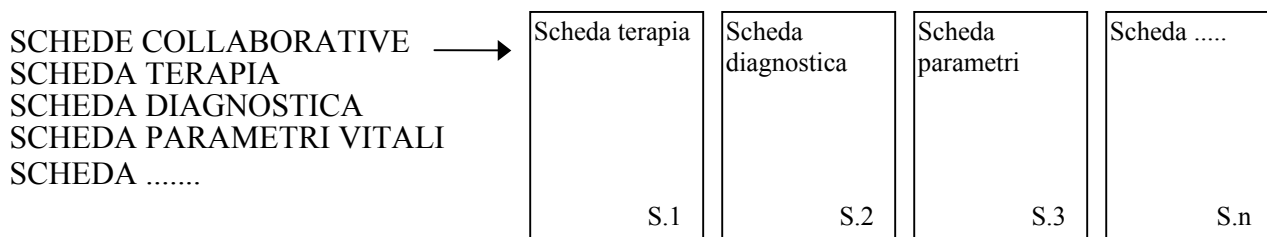
**ACCERTAMENTO: Scheda di raccolta dati e identificazione dei problemi del paziente**



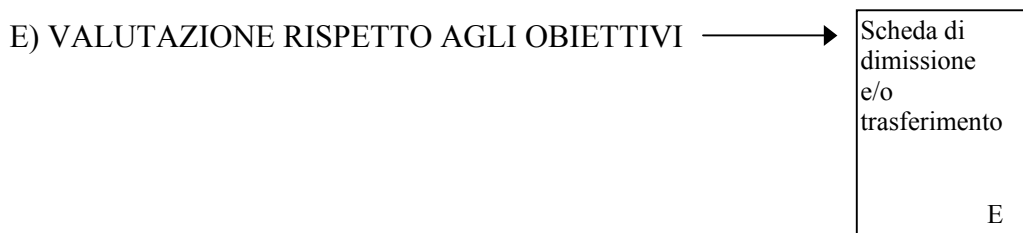
**PIANIFICAZIONE: Scheda di pianificazione dell'assistenza**



**ATTUAZIONE: Scheda di attuazione/osservazione o diario infermieristico e schede accessorie**



**VALUTAZIONE: Scheda di dimissione e/o trasferimento**



## SCHEDA DI RACCOLTA DATI E IDENTIFICAZIONE DEI PROBLEMI DEL PAZIENTE

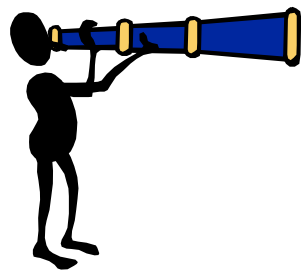
Nella scheda utilizzata per l'anamnesi infermieristica, è essenziale che compaiono i seguenti dati:

- identificativi del paziente;
- di persone significative da contattare in caso di bisogno;
- sulla tipologia del ricovero, ivi comprese le date di movimento;
- per la valutazione dell'autonomia del paziente nel soddisfare i bisogni di base o nello svolgimento delle attività di vita, ivi compresi i parametri vitali.
- altri dati rispondenti alle esigenze delle unità operative come scale o strumenti di misura per la valutazione di specifici bisogni o rischi per il paziente. Ad esempio, scala di Exton-Smith per la valutazione del rischio di lesioni da decubito o scala Pain-meter per la misurazione del dolore.

A seconda degli altri strumenti documentali presenti ed utilizzati nell'unità operativa possono essere raccolte altre tipologie di dati quali:

- diagnosi e/o motivo del ricovero;
- patologie pregresse;
- anamnesi farmacologica;
- altri elementi diagnostico-terapeutici ritenuti utili.

Graficamente la scheda di raccolta dati e identificazione dei problemi del paziente può essere realizzata utilizzando domande chiuse o domande aperte. Nel primo caso la valutazione è dettagliata e guidata, ma di converso è poco flessibile e può risultare impersonale nelle situazioni limite. Nel secondo caso richiede un maggior impegno nella compilazione e più tempo a disposizione, ma permette di raccogliere molti elementi di personalizzazione. Spesso si ricorre a raccolte di dati in modo misto, cioè una parte viene effettuata con domande chiuse ed una parte con domande aperte; ciò permette di strutturare una scheda con moduli uguali per tutte le unità operative della stessa area ed alcuni differenziati per settori specialistici.



Questa scheda può concludersi con una sezione in cui vengono formulati i problemi del paziente, sia di tipo infermieristico che collaborativo, o le diagnosi infermieristiche. In molti casi la formulazione dei problemi o delle diagnosi viene rinviata direttamente alla scheda di pianificazione per evitare inutili trascrizioni.

## SCHEDA DI PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA

Secondo lo schema scolastico la pianificazione dovrebbe comprendere l'elenco dei problemi o delle diagnosi infermieristiche reali e potenziali, la loro priorità, gli obiettivi da raggiungere con le scadenze relative, gli interventi infermieristici previsti. Nelle realtà operative si utilizzano fondamentalmente due impostazioni che rispondono a esigenze diverse. La prima si basa su di un piano **standardizzato** che descrive i problemi/diagnosi infermieristiche correlate ad una patologia o ad una tipologia di trattamento e fornisce la serie di interventi/misure necessarie ed eventualmente i risultati attesi per ogni area d'intervento o giornata di degenza. La seconda ricorre ad uno strumento di tipo **personalizzato** in cui si elabora un piano assistenziale ad hoc per ogni paziente sulla base degli specifici problemi/diagnosi infermieristiche individuate. In tal caso per ogni tipologia di problema/diagnosi si può ricorrere a protocolli o linee guida di riferimento. Si vanno diffondendo anche schede che consentono il ricorso ad una pianificazione standardizzata, per i problemi

maggiormente ricorrenti, ed una parte libera in cui pianificare la risoluzione dei problemi specifici di quel dato paziente.



In molte realtà, ai fini della pianificazione, si sono utilizzate e sono in uso agende, schede di reparto, quaderni, biglietti, cartelloni e le più svariate soluzioni grafiche per registrare gli esami ematico urinari previsti o le richieste di esami diagnostici o altri eventi che coinvolgono i pazienti per consentirne una gestione razionale. Tutti questi strumenti sono orientati al mantenimento di una impostazione meccanicistica, basata sulla rigida suddivisione dei compiti e delle mansioni nel reparto, piuttosto che ad una organizzazione di tipo professionale; dovrebbero essere lentamente superati per permettere

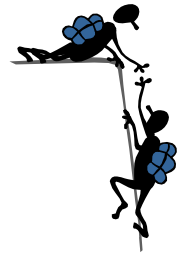
l'adozione di metodologie assistenziali basate sulla gestione unitaria del paziente e sulla adozione della cartella infermieristica come strumento integrato che consente questa gestione responsabilizzata.

#### SCHEDA DI ATTUAZIONE/OSSERVAZIONE O DIARIO INFERMIERISTICO

La scheda di attuazione/osservazione o diario infermieristico è la parte della cartella infermieristica dove viene riportato tutto ciò che è stato realizzato ed è accaduto al paziente nell'arco della giornata o del singolo turno di servizio. Graficamente i diari giornalieri sono tutti simili in quanto totalmente aperti e senza alcuna strutturazione.

Si sono sperimentate anche soluzioni che integravano la pianificazione con la attuazione degli interventi, sia infermieristici che diagnostico terapeutici, per consentire una rapida documentazione di tutto quanto realizzato sul paziente ed una visione d'insieme dell'assistenza da realizzare e realizzata per più giorni. Una tale soluzione è vantaggiosa quando si opera in un contesto più standardizzato e che richiede poche personalizzazioni.

Questa scheda è fondamentale anche per riportare gli elementi di valutazione continua del paziente, come nuovi quadri clinici, nuovi problemi, modificazioni delle condizioni fisiche o psichiche, variazioni dei parametri vitali, ecc.



#### SCHEDA DI TERAPIA

La normativa vigente assegna la prescrizione terapeutica alla competenza del medico, mentre all'infermiere è assegnata la somministrazione dei farmaci prescritti: "garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche (DM sanità 14 settembre 1994 n.. 739).

La prescrizione terapeutica è completa quando indica:

- il tipo di farmaco;
- il dosaggio;
- i tempi e la via di somministrazione;
- la forma farmaceutica;
- la firma del medico;
- la data.

Qualora la prescrizione risulti incompleta o illeggibile è fonte di responsabilità per il medico.

L'eventuale danno derivante dall'errore di trascrizione della prescrizione medica, da parte dell'infermiere, è fonte di responsabilità per l'infermiere stesso, ed è pertanto opportuno evitare le



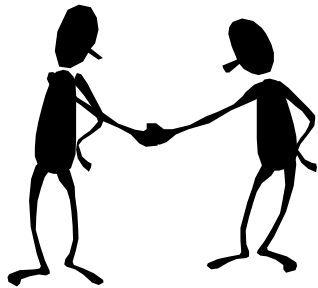
trascrizioni. L'errore, come atto di negligenza, può dar luogo a procedimenti disciplinari, civili e penali.

La gestione del farmaco è invece assegnata alla responsabilità dell'infermiere, così come il giudizio relativo al **se** somministrarlo, in relazione ai sintomi presentati dal paziente, ad esempio, all'atto della somministrazione di un farmaco come la digitale, se il paziente presenta bradicardia l'infermiere è tenuto a comunicare la variazione clinica al medico prima di dare corso alla somministrazione stessa.

Caratteristica particolare assume, invece, la prescrizione terapeutica indicata con il termine "**al bisogno**" in cui viene affidato all'infermiere il giudizio relativo oltre che al **se** anche al **quando** somministrare il farmaco. Si introduce così il concetto di responsabilità nella correttezza della valutazione del bisogno del paziente. Tale tipologia di prescrizione premette la necessità di definire il concetto di "bisogno" nell'ambito della prescrizione stessa; cioè il quando effettuare la somministrazione e gli eventuali limiti della somministrazione stessa. La completezza della prescrizione deve essere tale da consentire all'infermiere una valutazione certa del ricorso dello stato di bisogno. Ad esempio, somministrare l'antipiretico se la temperatura supera il valore di 38,5°C. oppure somministrare l'antidolorifico alla comparsa del dolore ma non ripetere prima di quattro ore.

Ovviamente, come nel caso della somministrazione ordinaria, anche per la prescrizione terapeutica al bisogno, la comparsa di segni e sintomi non previsti nella prescrizione stessa devono essere riferiti al medico.

Indipendentemente dall'organizzazione assistenziale presente nella struttura, occorre, in collaborazione con l'équipe medica, individuare una procedura di prescrizione, somministrazione e valutazione della terapia in una unica scheda che consenta sia la registrazione della prescrizione che della somministrazione.



La scheda di terapia diventa quindi quella parte della documentazione clinica che assume le seguenti funzioni:

- prescrizione terapeutica da parte del medico;
- somministrazione del farmaco da parte dell'infermiere;
- verifica degli effetti.

All'atto della dimissione o del trasferimento la scheda va unita alla restante documentazione clinica.

Graficamente la scheda della terapia deve prevedere spazi per:

- la prescrizione completa della terapia, ivi compresa la data di sospensione;
- la documentazione della somministrazione, oppure le cause della mancata somministrazione.

Premesso che la somministrazione terapeutica deve essere documentata dall'infermiere che l'ha effettuata, a seconda del modello assistenziale e organizzativo della struttura, si può ricorrere a due modalità grafiche:

- la prima è basata sulla apposizione della firma (anche in forma di sigla) al termine della somministrazione per ogni paziente;
- la seconda si fonda sulla firma della avvenuta somministrazione terapeutica per i pazienti affidati.

Nella prima ipotesi si fa riferimento alle strutture ove si opera per compiti o "giri", nella seconda si prendono in considerazione le strutture ove si opera per "settori" o "per piccole équipe" con assegnazione responsabile di un certo numero di pazienti ad ogni infermiere.

Un ulteriore elemento grafico da considerare è la documentazione di alcuni parametri del paziente che consentano una immediata valutazione clinica degli effetti della terapia somministrata. Questo aspetto è fortemente influenzato dalla tipologia di reparto interessato in quanto i parametri cambiano in relazione alla disciplina clinica coinvolta.

SCHEDE ACCESSORIE QUALI: PARAMETRI VITALI, DIAGNOSTICA, BILANCIO IDRICO, PROTOCOLLI DI TRATTAMENTO, ECC.

Nelle cartelle infermieristiche a schede possono essere inserite una vasta gamma di altre schede tecniche che consentono di rispondere in modo rapido e puntuale a specifiche necessità delle diverse unità operative. Non sono necessarie tutte ed in tutte le tipologie di reparto. Non è conveniente disperdere le informazioni in una moltitudine di schede se non ne esiste la effettiva necessità perché il fenomeno da gestire è complesso e ricorrente.

Fra le più diffuse schede si segnala:

- Scheda parametri vitali: consente di riportare in modo unitario tutti i principali parametri vitali rilevati in sequenze temporali ravvicinate. Oltre alla data e agli orari di rilevazione, le voci prevalentemente riportate sono: frequenza cardiaca (FC), frequenza respiratoria (FR), temperatura (T°), pressione arteriosa (PA), quantità delle urine prodotte, pressione venosa centrale (PVC). Vengono utilizzate dove la monitorizzazione dei parametri è un dato diffuso e costante.
- Scheda diagnostica: consente di mantenere una visione unitaria degli esami ematico urinati, batteriologici e diagnostici in genere richiesti ed eseguiti dal paziente.
- Scheda di bilancio idrico: riporta in modo dettagliato i quantitativi di liquidi in entrata ed in uscita dal paziente per consentire il monitoraggio rapido e preciso del bilancio idrico del paziente.
- Scheda per la gestione del paziente diabetico: consente di riportare in modo unitario la programmazione e l'attuazione diagnostica, terapeutica e dietetica del paziente. I risultati dei test ematici ed urinari, le quantità di insulina, la dieta somministrata, ecc.
- Scheda cateteri/drenaggi e medicazioni: consente di gestire in modo unitario i diversi cateteri e drenaggi che il paziente può avere, come: sondino naso gastrico, catetere vescicale, catetere venoso centrale e/o periferico, catetere epidurale, drenaggio ferita, ecc.; permette di monitorare le date di applicazione e sostituzione e le relative medicazioni. Nel caso della gestione di ferite complesse è utile per descrivere l'evoluzione del processo di guarigione e dei relativi trattamenti.
- Schede di trattamento: consente di introdurre direttamente in cartella infermieristica specifici protocolli assistenziali a cui l'infermiere deve attenersi nel corso dei diversi giorni. Ad esempio: protocollo per la gestione del paziente immobilizzato al letto (piano posturale) oppure protocollo di gestione del post operatorio del trapianto epatico, ecc.

#### SCHEDE DI DIMISSIONE O TRASFERIMENTO

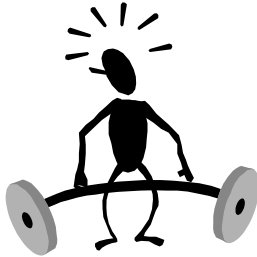


La scheda di trasferimento è una scheda che viene utilizzata per trasmettere i dati relativi al periodo di presa in carico del paziente da parte di una unità operativa ad un'altra unità operativa o ad una unità territoriale ed esista la necessità di una prosecuzione del trattamento infermieristico. La scheda di dimissione deve invece consentire la valutazione finale dei problemi del paziente. Nel primo caso, oltre ai dati anagrafici del paziente, deve contenere in modo sintetico tutte le notizie rilevanti rispetto al tempo del ricovero, agli obiettivi prefissati e al loro totale o parziale raggiungimento, le proposte di prosecuzione dei trattamenti. Nel secondo caso ci si sofferma in particolare sulla valutazione sintetica degli obiettivi prefissati e del loro totale o parziale

raggiungimento. Anche in questo caso la scheda può essere strutturata con una serie di voci codificate oppure libera.

#### SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL PESO DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

La scheda di valutazione del peso dell'assistenza infermieristica viene utilizzata per determinare il fabbisogno di assistenza infermieristica del paziente. Può essere compilata al momento dell'accesso nella struttura della persona assistita, oppure in altri momenti prefissati della presa in carico, così come alla dimissione. La rilevazione all'accesso consente di programmare le risorse necessarie per assistere il paziente; quella ripetuta in diversi momenti del ricovero consente di comparare l'assistenza erogata a quello specifico paziente nel tempo; la rilevazione alla dimissione determina la fotografia di come è stato il ricovero della persona assistita dal punto di vista di alcuni elementi dell'assistenza, più o meno numerosi a seconda dei metodi, e consente di comparare i diversi pazienti fra di loro.

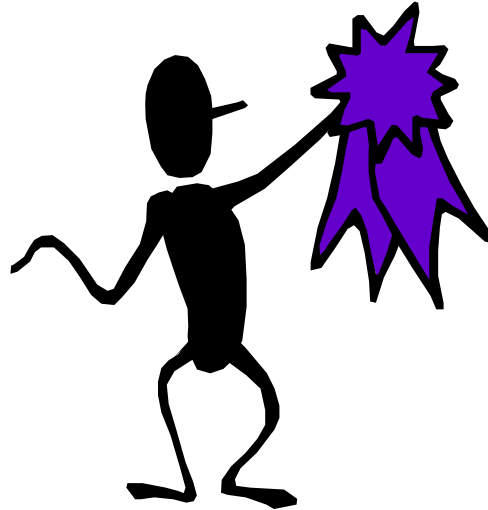


I metodi per determinare il peso dell'assistenza infermieristica variano moltissimo per numero di variabili assistenziali che prendono in considerazione: il metodo PRN canadese determina il peso assistenziale sulla base di 249 item; il metodo NMDS belga utilizza solo 27 item. Sono stati sperimentati ed adottati numerosi altri metodi che permettono di ottenere il peso reale del paziente, in termini di tempo assistenziale impiegato o stimato sulla base di alcuni livelli assistenziali. In genere i livelli considerati sono solo tre: paziente totalmente dipendente, paziente parzialmente dipendente, paziente autonomo. Attualmente si stanno sperimentando anche metodi che associano il peso dell'assistenza infermieristica alle diagnosi infermieristiche per poterlo correlare ai DRG's.



### *Esempi di cartelle infermieristiche e schede*

- ❑ Cartella infermieristica PARE (cartella a forte personalizzazione)
- ❑ Cartella infermieristica Ematologia (cartella a forte personalizzazione)
- ❑ Cartella infermieristica Chirurgia (cartella in parte standardizzata ed in parte personalizzata)
- ❑ Cartella infermieristica Medicina Interna e Geriatria (cartella in parte standardizzata ed in parte personalizzata)
- ❑ Cartella infermieristica Pneumologia (cartella a forte standardizzazione)
- ❑ Cartella infermieristica Urologia (cartella a forte standardizzazione)
- ❑ Scheda terapia
- ❑ Scheda di trasferimento in PARE
- ❑ Scheda bilancio
- ❑ Scheda cateteri
- ❑ Scheda medicazioni
- ❑ Scheda monitoraggio orario
- ❑ Schede di valutazione del peso dell'assistenza infermieristica





## **Cartella infermieristica PARE**

### **Presentazione a cura dei reparti PARE**

La cartella infermieristica dei reparti PARE è basata sul principio della elevata personalizzazione dell'assistenza, in quanto il paziente post acuto necessita di un piano di assistenza costruito sulle base delle sue reali capacità di recupero. Anche a parità di condizione patologica la variabilità individuale è tale per cui non è possibile utilizzare procedure standardizzate, se non come riferimento ideale per affrontare ogni singolo problema (linee guida).

L'accertamento iniziale mira ad identificare i principali problemi sociali e patologici della persona, e ad approfondire l'analisi dello svolgimento delle sua attività di vita per identificare i bisogni assistenziali. Quest'ultima analisi è integrata dalla valutazione di Exton Smith per misurare il rischio di lesioni da decubito.

La seconda parte della cartella infermieristica prevede:

- una scheda per monitorare i trattamenti forniti dalle diverse professionalità coinvolte (consente di mantenere sempre aggiornata la situazione assistenziale);
- una scheda per definire il piano assistenziale (evidenzia i problemi infermieristici e collaborativi attivi ed i corrispondenti obiettivi da raggiungere).

Oltre ad altri strumenti, per documentare le prestazioni effettuate, è importante sottolineare il ricorso alla valutazione quotidiana e finale. La prima descrittiva ed in relazione ai singoli obiettivi, la seconda, anche se estremamente sintetica, necessaria per individuare l'esito del ricovero relativamente a tre indicatori: mobilitazione, alimentazione e rischio di decubito; quest'ultimo correlato dal corrispondente valore di Exton Smith.

La guida all'uso e alla compilazione della cartella infermieristica è consultabile presso le tre articolazioni del settore PARE: PARE Semeraro, PARE Cucinotta e PARE Cipriani ff.





## **Cartella infermieristica Ematologia**

### Presentazione a cura della **Ematologia 2° Sezione**

La cartella infermieristica è presente dal 1993 ed è stata oggetto di numerose revisioni nel corso degli anni. La metodologia utilizzata si ispira al modello di Virginia Henderson, per quanto riguarda gli aspetti umani da monitorare, ed alla classificazione delle diagnosi NANDA, per la strutturazione dei problemi assistenziali (diagnosi infermieristiche) di competenza infermieristica. La struttura rigida dei modelli di riferimento ha creato alcune difficoltà nella pratica quotidiana. Alcuni problemi, infatti, si prestano poco ad una classificazione precisa e gli infermieri non sempre dispongono del tempo necessario alla redazione completa e dettagliata richiesta. Questa considerazione ci ha indotto, come gruppo infermieristico, a riflettere e revisionare periodicamente la documentazione in modo da renderla maggiormente flessibile ed organizzata. Questo spiega anche la revisione in corso, che si propone di strutturare in modo più completo i fogli utilizzati e di organizzare in formato di scheda, il monitoraggio dei problemi specifici del paziente oncoematologico.

La cartella attualmente in uso è composta da 5 schede base, da 5 schede aggiuntive e da una scheda di trasferimento.

Le schede base prevedono:

1. dati all'ingresso;
2. anamnesi infermieristica;
3. osservazioni infermieristiche e raccolta quotidiana dei dati;
4. piano di assistenza;
5. schema terapia e programmazione degli esami.

Le schede aggiuntive riguardano:

- a) CVC;
- b) cavo orale;
- c) bilancio idrico;
- d) parametri respiratori;
- e) monitoraggio emocolture.

Le modalità per la compilazione della cartella sono contenute nella specifica guida, a disposizione presso il reparto di Ematologia 2° sezione. Sempre in reparto è disponibile per consultazione anche la Guida alle diagnosi infermieristiche.



## **Cartella infermieristica Chirurgia**

Presentazione a cura della **Divisione Chirurgia Generale Cavallari**

La cartella infermieristica chirurgica è stata impostata nell'ambito di un corso di aggiornamento che ha coinvolto tutte le chirurgie generali e ORL del Policlinico. La prima parte, formata dal frontespizio e dalla scheda di accertamento iniziale, è comune a tutte le chirurgie, mentre la seconda parte, costituita dalla scheda di pianificazione e attuazione, è stata realizzata sulla base delle necessità specifiche di ogni reparto.

Quest'ultima scheda integra due parti:

- la prima che individua tutti gli interventi e le rilevazioni standardizzabili per il paziente chirurgico;
- la seconda, definita diario giornaliero, in cui riportare tutte le osservazioni non standardizzabili.

La griglia standardizzata permette di gestire tre giornate di ricovero consecutive, ciascuna suddivisa nei tre turni principali. In questo modo sono osservabili anche graficamente una serie di dati e di interventi a progressione longitudinale. Alcune indicazioni sono schematizzate come sigle predefinite per velocizzare la compilazione della scheda stessa.

In fase di progettazione lo strumento è stato pensato per essere compilato in tempo reale al letto del malato, ed evitare le trascrizioni sia dei rilievi effettuati che delle prescrizioni. Nella fase attuale, la cartella è in sperimentazione per verificare le migliori modalità per la sua compilazione e tenuta.



## **Cartella infermieristica Medicina Interna e Geriatria**

Presentazione a cura della **Divisione di Geriatria Bonavita**

Il percorso di costruzione del nostro fascicolo infermieristico è stato avviato nel 1996 con la conclusione di un corso di aggiornamento su "Teorie e metodi per l'assistenza al malato geriatrico" indirizzato alla diffusione delle conoscenze sui vari modelli concettuali per l'assistenza infermieristica con particolare riferimento alla Teoria delle Attività di Vita.

In quella occasione, dopo molte riflessioni, si è fortificata la consapevolezza della necessità di descrivere e documentare in modo organizzato, oggettivo e completo il bisogno di assistenza degli utenti e il grado di risposta che noi potevamo fornire. Il personale infermieristico, raggruppato nell'ambito del progetto *Amaltea*, ha elaborato il fascicolo infermieristico e lo ha sperimentato su alcuni pazienti nei vari reparti. Dopo non poche resistenze e difficoltà iniziali l'uso del fascicolo si è consolidato in alcune realtà ed è tutt'oggi in uso condiviso e riconosciuto come valido strumento informativo nei Reparti dell'area Medico Geriatra del Malpighi.

Le caratteristiche peculiari del fascicolo infermieristico (fascicolo in quanto parte infermieristica della documentazione clinica della persona assistita) sono:

- l'utilizzazione di un accertamento standardizzato che ingloba la scheda di valutazione di Exton-Smith per il calcolo del rischio di lesioni da immobilità;
- il ricorso ad una struttura a progressione giornaliera longitudinale che consente la programmazione e la documentazione delle prestazioni assistenziali con uno sviluppo simile alle prescrizioni terapeutiche nelle grafiche;
- l'uso di una scheda finale per determinare il rapporto fra il fabbisogno di assistenza e la risposta assistenziale fornita.

Il documento: "Progetto *Amaltea* - Guida alla compilazione del fascicolo infermieristico - Reparti di Geriatria e Medicina Generale" è consultabile presso il reparto stesso o presso la Direzione del Servizio Infermieristico - Settore sviluppo professionale.



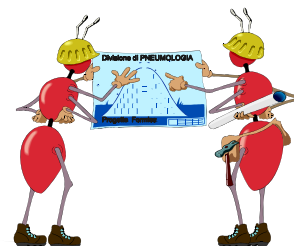
## Cartella infermieristica Pneumologia

Presentazione a cura della **Divisione di Pneumologia Cavalli**

### *Progetto Formica*

La nascita del “*Progetto Formica*” è da inserirsi in un percorso di riorganizzazione delle attività infermieristiche nella Divisione di Pneumologia Cavalli. Ciò ha comportato una precisa analisi organizzativa della situazione esistente, tesa ad utilizzare in modo efficace, e coordinato le risorse disponibili al fine di soddisfare i bisogni dell’utente, che ha interessato sia:

- la struttura organizzativa interna, con la redistribuzione delle funzioni, dei compiti e delle mansioni correlate alle specifiche responsabilità. Una valutazione delle risorse disponibili e redistribuzione degli spazi;
- le caratteristiche delle prestazioni, valutando quindi la tipologia delle attività;
- il processo di lavoro, che ha portato ad una standardizzazione e ad una maggiore programmabilità degli eventi.



Questo percorso, tuttora in corso, ha portato alla costruzione di un piano delle attività, un regolamento di autogestione interno, diversi protocolli e procedure e alla realizzazione di nuova modulistica per migliorare il passaggio delle informazioni, sia di tipo terapeutiche che di tipo assistenziale.

Il risultato sopra descritto si è ottenuto tramite l’adozione di un atteggiamento rivolto a coinvolgere e a dare responsabilità a tutto il personale della Divisione. Sono state condotte diverse riunioni infermieristiche e OTA, mirate all’evidenziazione dei problemi principali e alla formazione di gruppi di lavoro che analizzavano e formulavano interventi concreti di miglioramento. E’ stato svolto un corso di formazione interna, interdisciplinare, organizzato e condotto dal Direttore e dalla Caposala che ha visto la partecipazione attiva di alcuni medici e infermieri del reparto stesso. In questo contesto di cambiamento è nata la necessità di analizzare anche la modalità e lo strumento utilizzato per la trasmissione dei dati relativi all’assistenza infermieristica.

I problemi più evidenti che sono emersi dall’analisi erano fondamentalmente due:

- ripetere ad ogni consegna alcuni dati sempre uguali come, ad esempio, la percentuale di O<sub>2</sub> da somministrare, il numero delle ventilazioni da eseguire, i valori impostati sui ventilatori meccanici, ecc. che comportavano un notevole impiego di tempo;
- la perdita di informazioni utili all’assistenza e la poca immediatezza nella ricerca dei dati.

Non sentendoci pronti ad adottare una cartella infermieristica basata sulla capacità di formulare diagnosi infermieristiche, abbiamo cercato uno strumento che considerasse i bisogni dell’utente e la formulazione di una pianificazione assistenziale mirata al soddisfacimento del bisogno considerato. Ci siamo così ispirati ad un progetto già sviluppato in Azienda: il progetto *Amaltea*, in quanto ci dava la possibilità di applicare il processo del *nursing* non più in modo abitudinario, ma in maniera più professionale e scientifico. Questo strumento ci è sembrato potesse costituire una fase intermedia per il passaggio dal vecchio sistema di consegna/rapporto alla cartella infermieristica. Inoltre, lo strumento era già stato sperimentato da altri colleghi e convalidato dalla Direzione Infermieristica.

Il nome del progetto “*Progetto Formica*” è nato dalla considerazione che anche noi, come le formiche, a piccoli passi, ma instancabilmente, avremmo costruito il nostro “formicaio” con la consapevolezza che ciò è realizzabile solo con l’apporto di tutti gli operatori. Infatti, sul retro

dell'opuscolo informativo distribuito a ciascun operatore, sta la seguente frase: *“una formica da sola morirebbe di fame; alcune formiche assieme, forse, riuscirebbero a sopravvivere; tutte le formiche del formicaio che lavorano assieme con un unico obiettivo, vivono sicuramente meglio e più serene”*.

La Divisione di pneumologia è strutturata in tre sezioni: degenza, semintensiva e terapia intensiva. E' evidente che le necessità assistenziali dei degenti che sono ricoverate nei vari settori variano per tipologia e per criticità. Non potevamo quindi utilizzare una modulistica uguale per le tre sezioni. Abbiamo quindi creato uno strumento con alcune parti comuni ed alcune differenziate per le diverse sezioni:

- la scheda di accettazione con l'accertamento iniziale, dove raccogliere i dati anagrafici, le modalità di ammissione/dimissione, i parametri vitali e le informazioni utili per l'accertamento clinico/assistenziale al momento dell'ingresso. Questa scheda è uguale per le tre sezioni;
- la scheda di pianificazione assistenziale che è specifica per sezione di terapia intensiva e unica per la degenza e la semintensiva.

Naturalmente, oltre a tenere conto dei bisogni assistenziali di base, si è dato ampio risalto alla parte che riguarda la sfera respiratoria, per la specificità del nostro reparto. La scheda è quindi divisa in diverse parti che riguardano: la respirazione, la mobilizzazione, l'igiene personale, l'alimentazione, l'eliminazione, il sonno, le medicazioni ed i drenaggi, la terapia, l'ossigeno terapia, l'aerosol terapia, la ventilazione meccanica non invasiva per la degenza e semintensiva e la ventilazione meccanica invasiva e il polmone d'acciaio per la terapia intensiva, le registrazioni saturimetriche ed, infine, la parte riguardante la diagnostica e le consulenze.

L'utilizzo della scheda è molto semplice, infatti, in base all'osservazione e al colloquio avuto con l'utente si formula la pianificazione assistenziale, ipotizzando anche quante volte il bisogno rilevato deve essere soddisfatto. Ogni volta che si esegue un'attività prevista nella pianificazione si segna con una "X"; questo, oltre che ad essere un importante fonte d'informazione, è anche una verifica dell'assistenza pianificata, o la dimostrazione che determinate attività non si riescono ad attuare per la carenza di organico o per la mal distribuzione degli atti infermieristici. Le osservazioni che esulano dalle attività previste nella scheda come, ad esempio, tutto ciò che riguarda la sfera psicologica o le urgenze vengono segnalate nella colonna del diario giornaliero; dove, ad ogni turno, l'infermiere responsabile appone la firma. Una scheda così composta, permette anche di rilevare visivamente in maniera rapida se vi è stato un miglioramento o un peggioramento delle condizioni dell'utente.

La documentazione collegata al "*Progetto Formica*" è consultabile presso il reparto stesso o presso la Direzione del Servizio Infermieristico - Settore sviluppo professionale.



## **Cartella infermieristica Urologia**

### **Presentazione a cura della Divisione di Urologia Reggiani**

La cartella impostata per l'ex reparto di urologia Reggiani seguiva due orientamenti: il primo, per la gestione del malato endoscopico, basato sull'elevata standardizzazione poiché prevede un processo rapido ed intensivo (simile ad un trattamento di Day Surgery); il secondo, per la gestione del malato da sottoporre ad intervento chirurgico, basato sull'alta personalizzazione poiché la risposta all'intervento è mediata dalla variabilità del singolo paziente. Ma, ambedue gli orientamenti, rispondono a standard di procedura medica ed infermieristica intesi come riferimento ideale. Infatti, ogni standard costituisce un prezioso riferimento a cui tendere ma, nella realtà, il percorso assistenziale del paziente deve tenere conto delle caratteristiche del singolo soggetto senza prescindere dalla valutazione critica che il professionista deve effettuare.

Questo strumento consente una elevatissima integrazione ed interdipendenza funzionale fra il medico e l'infermiere ed, eventualmente, anche con altre professionalità coinvolte, in quanto è basato sulla chiara identificazione degli ambiti di competenza. L'integrazione richiesta da una buona assistenza è massima là dove c'è reale e riconosciuta differenziazione dei ruoli e delle competenze.

In un processo dove la personalizzazione dell'assistenza tende a promuovere il raggiungimento del massimo grado di autonomia possibile del paziente, la discrezionalità infermieristica nell'effettuare qualunque trattamento diventa una prescrizione terapeutica, sia che si debba mobilizzare il malato per il pasto, od aiutarlo ad eseguire la doccia pre operatoria, sia che si debba somministrare dei farmaci: entrambe queste attività concorrono a recuperare le condizioni di autonomia funzionale del paziente.

La cartella infermieristica urologica è in fase di preparazione su supporto informatico per essere introdotta nel dipartimento urologico entro la fine dell'anno. I materiali già predisposti sono consultabili presso le Capo Sala del dipartimento urologico o presso la Direzione del Servizio Infermieristico - Settore sviluppo professionale.



### **Scheda terapia**

Le schede presentate sono in uso presso i seguenti reparti di degenza ORL e di Geriatria Sarti. E' allegata anche una ipotesi di scheda che integra la prescrizione con la somministrazione e la rilevazione di alcuni parametri clinici influenzati dalla terapia.



### **Scheda di trasferimento in PARE**

La scheda di trasferimento in PARE è in uso in tutti i reparti che intendono inviare pazienti al reparto PARE. Il suo uso è raccomandato per il trasferimento da e per qualunque tipo di reparto.



**Schede bilancio, medicazioni e monitoraggio orario**

Le schede allegate sono solo esempi costruiti sulla base di numerose schede in uso in vari reparti. La raccomandazione è quella di addivenire ad un unico modello su base dipartimentale e dei livelli di intensità di cura presenti.





### **Scheda di valutazione del peso dell'assistenza infermieristica**

Le schede allegate sono esempi che partono da tre presupposti diversi: valutazione dell'assistenza fornita durante il ricovero; valutazione sintetica della necessità assistenziale in un determinato giorno o turno; valutazione analitica delle prestazioni assistenziali programmate per un paziente.

- La prima è basata sulla valutazione di alcune prestazioni infermieristiche selezionate (sulla base della loro rispondenza alla tipologia di paziente considerato) e pesate che vengono rilevate sia in relazione al fabbisogno del paziente che dell'effettiva risposta assistenziale fornita. Il rapporto fra le due entità consente di ricavare un indicatore (Indice Amaltea) che mostra quanto si è stati in grado di rispondere alle necessità di assistenza del paziente alla dimissione di questi. Il suo utilizzo è diffuso nell'area geriatrica, in particolare presso la Geriatria Bonavita.
- La seconda è basata sulla identificazione di una matrice che mette in relazione 5 livelli assistenziali con 10 aree di attività. Ogni casella individua uno o più interventi, in molti casi correlati al bisogno del paziente. Il peso assegnato ad ogni casella consente di poter calcolare l'impegno complessivo previsto per trattare quel paziente in un determinato giorno o turno. La scheda è in sperimentazione nel reparto di Medicina Fisica su alcune tipologie di pazienti.
- La terza è la scheda utilizzata dal metodo canadese PRN (Project de Recherche en Nursing). Questo sistema parte dalla classificazione di oltre 200 azioni o gruppi di azioni infermieristiche raggruppate in 8 categorie e presuppone un'attenta pianificazione dell'assistenza, oltreché l'informatizzazione del sistema per renderlo quotidianamente gestibile.

In tutti i metodi sperimentati, in ambito infermieristico internazionale, risulta difficile collegare il dato assistenziale con quello del DRG, in quanto basati su logiche diverse: infatti il dato assistenziale è basato sull'impegno assistenziale giornaliero, che può cambiare da paziente a paziente con stessa situazione patologica; mentre il DRG è basato sull'impegno complessivo necessario per trattare un paziente con una determinata patologia o raggruppamento di patologie omogenee per risorse consumate. I metodi che correlano le diagnosi infermieristiche al DRG non risultano ancora attendibili ed in genere si preferisce fare riferimento a liste di diagnosi infermieristiche con valutazione quotidiana o periodica. A titolo esemplificativo, si allega la traduzione di una scheda per la valutazione delle diagnosi infermieristiche utilizzata per un paziente con BPCO in reparto post acuti.

Ulteriori approfondimenti sono disponibili presso la Direzione del Servizio Infermieristico - Settore sviluppo professionale.

