



LINEE GUIDA SULLA **DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA**

INTRODUZIONE

L'esigenza di avere nella nostra struttura una cartella infermieristica nasce dalla constatazione della difficoltà di rintracciare inequivocabilmente il percorso assistenziale in termini di azioni svolte e di responsabilità.

La constatazione avviene nel momento in cui iniziamo ad applicare un sistema di Qualità, in base alle norme ISO 9001, che ci richiede una costante tracciabilità dei processi. A questo punto iniziamo, nel 2008, a sperimentare, dopo svariate riunioni con i coordinatori dei reparti di degenza, una documentazione infermieristica, cercando di sensibilizzare, gradualmente, tutto il personale, ad una cultura dell'"evidenza".

A giugno 2009 arriviamo ad ufficializzare una cartella infermieristica per tutti i reparti, che rappresenta il punto di inizio di un percorso di Qualità, già in atto nella struttura dal 2007.

Questa cartella rappresenta pertanto uno strumento di lavoro che attraverso le varie schede, in parte comuni per tutte le realtà ed in parte specifiche per la singola struttura, permette di raccogliere informazioni utili, pianificare le attività assistenziali, formalizzarle e valutare i risultati raggiunti.

E' lo strumento che permette di rendere visibile, osservabile e misurabile il processo assistenziale.

OBBLIGO LEGISLATIVO

Con la legge 42/99 si è sostituita per l'infermiere, la definizione "professione sanitaria ausiliaria" con la definizione "professione sanitaria" e ciò rappresenta l'affermazione che l'infermiere non è una professione di ausilio a qualche altra professione, ma è rappresentativa di un ruolo specifico.

Il professionista sanitario ha l'obbligo professionale, etico e deontologico di documentare l'assistenza fornita in termini di qualità e di quantità.

Il D.M. 739/94 "profilo professionale dell'infermiere" afferma che *"l'infermiere è responsabile dell'assistenza generale infermieristica"* e che *"l'assistenza infermieristica è preventiva, curativa, riabilitativa, di natura tecnica, relazionale ed educativa"*.

L'infermiere ha responsabilità specifica nell'identificare i bisogni di assistenza della persona e della collettività e nel formulare i relativi bisogni assistenziali (art. 1 D.M. 739/94).

E' responsabile di scelte e interventi di comprovata efficacia e abilità tecnica e relazionale e di valutare i risultati delle proprie attività.

Per questo è indispensabile l'adozione della cartella infermieristica.

L'uso della cartella infermieristica, riconosciuto dal DPR 384/90, rappresenta un atto pubblico in senso lato, perché redatto da un incaricato di pubblico servizio nell'esercizio delle sue funzioni per documentare fatti inerenti all'attività svolta.

L'art. 27 del nuovo codice deontologico dell'infermiere (C.D. 2009) afferma che *"l'infermiere garantisce la continuità assistenziale realizzando una efficace gestione degli strumenti informativi."*

Per quanto riguarda la compilazione, il segreto e la conservazione sono applicabili le stesse normative che riguardano la cartella clinica.

La tutela del segreto è normata dagli articoli 326 e 622 del C.P.

STRUTTURAZIONE

La cartella infermieristica comprende:

- ❖ **una parte, comune a tutti i reparti**, composta da quattro fogli non scorporabili, così suddivisi

foglio 1. dati anagrafici-diagnosi all'ingresso-allergie-note particolari e persone contattabili

foglio 2. Routine e valutazione all'ingresso di accessi, alvo, diuresi respiro, dolori, lesioni da decubito e altro

foglio 3. valutazione dell'autonomia

foglio 4. scheda di dimissione con valutazione degli obiettivi assistenziali

❖ **una seconda parte composta da un numero variabile di schede**

operative, alcune diverse, altre comuni per le singole realtà assistenziali

- scheda "obiettivi assistenziali"
- scheda "unica di terapia"
- scheda "rilevazione dei parametri"
- scheda "attività di nursing riabilitativo"
- scheda "indagini effettuate" (videat, rx, ...)
- scheda "attività infermieristiche effettuate" (posizionamento cap., igiene personale, alimentazione...)
- "scheda medicazioni"
- "scheda controllo alimentazione"
- "Diario assistenziale"
- altre

Ogni realtà potrà decidere quante e quali schede adottare personalizzando la propria cartella.

Le schede consentono di rispondere, in modo rapido e puntuale, a specifiche necessità delle diverse unità operative

Durante la degenza del paziente ogni sua singola scheda può essere raccolta in raccoglitori comuni o cartelline a seconda delle modalità lavorative del reparto e utilizzate proprio dove servono: carrello terapia, carrello visita

Ogni scheda deve riportare il logo della Casa di Cura, nome e cognome del paziente e il numero o codice identificativo (numero di letto e stanza), deve essere titolata, esempio "scheda registrazione bilancio idrico" e nel caso di utilizzo di fogli della stessa scheda essi vanno numerati in progressione.

"scheda unica di terapia"

Comprende, frontalmente, il foglio di prescrizione della terapia, utilizzato dal medico e, nel fronte-retro, il foglio di avvenuta somministrazione, utilizzato dall'infermiere. E' una scheda, pertanto, unica ma con duplice valenza.

Deve prevedere spazi per la prescrizione completa con nome commerciale e/o principio attivo del farmaco, dosaggio, forma farmaceutica, posologia, via e modalità

di somministrazione, indicazioni temporali, data e firma del proscrittore con eventuali note, data e firma di sospensione.

Deve prevedere spazi per apporre data e firma dell'avvenuta somministrazione, da parte dell'infermiere, per ogni paziente.

Tale scheda è suddivisa in altrettante schede di terapia, a seconda della tipologia di terapia prescritta (es. *scheda terapia orale; scheda terapia intramuscolo...*), in modo da permettere la tenuta delle stesse su specifici carrelli in caso di somministrazione separata.

La scheda unica di terapia consente di evitare **errori** da trascrizione, identificare che prescrive e chi somministra, e prevede annotazioni per evitare eventi avversi da farmaci.

Il rischio clinico e l'errore in medicina

L'errore può causare un evento avverso, cioè un evento indesiderabile che comporta un danno al paziente, correlato al processo assistenziale. L'evento avverso, derivato da errore, è definito prevenibile.

L'errore può essere *attivo*, ben identificabile, spesso riconducibile ad un'azione sbagliata dell'operatore o ad un incidente, oppure *latente*, dovuto, per lo più ad insufficienze organizzative e gestionali del sistema.

La somministrazione di un farmaco sbagliato è un errore attivo, commesso da un operatore, facilmente identificabile come un comportamento sbagliato che causa danno, ma è necessario ripercorrere tutte le fasi del processo lavorativo, per individuare le circostanze che lo hanno reso possibile. Nel caso di errore da somministrazione farmacologica, potrebbero essere identificati, come insufficienze latenti nel sistema: un sistema manuale di trascrizione delle prescrizioni terapeutiche, un sistema di conservazione di farmaci che rende possibile lo scambio di fiale, un insufficiente addestramento del personale. Alcuni errori sono stati già riconosciuti come riconducibili alle caratteristiche delle confezioni dei farmaci (es nomi facilmente confondibili, dosaggi e vie di somministrazione equivocabili).

Al fine di prevenire danni al paziente è opportuno che ogni organizzazione adotti misure di tutela per ridurre la probabilità di errore.

Una soluzione efficace nel ridurre e prevenire costantemente l'errore umano, senza bisogno di tecnologie avanzate, è l'introduzione del *foglio unico di terapia*.

"Diario assistenziale"

Sostituisce la classica "consegna" scritta, dove l'infermiere, a fine turno, sintetizzava su un grosso registro, le condizioni dei pazienti, gli interventi effettuati e qualsiasi altro evento degno di nota.

Un Diario infermieristico cartaceo può essere a semplici righe, composto da fogli numerati, su cui si segnalano osservazioni sul paziente in sequenza temporale con firma dell'operatore compilatore.

Andranno indicate le variazioni significative del paziente, i dati oggettivi e soggettivi e tutte le eventuali note assistenziali che possono influire sul piano assistenziale.

Evitare di scrivere cose inutili, tipiche della vecchia consegna, tipo "pomeriggio tranquillo"

REGOLE DI COMPILAZIONE

- Utilizzare inchiostro indelebile. Non usare correttori o matita. Non apporre correzioni ripassando con la penna, ma tirare una riga sopra la parte sbagliata, in modo che risulti leggibile, riscrivendo la nuova versione.
- Registrare i dati in modo chiaro e leggibile evitando calligrafie impegnative e poco interpretabili
- Sull'intestazione devono comparire i dati anagrafici del paziente ed eventualmente un numero e/o codice identificativo
- Ogni foglio deve recare nome e cognome del paziente e numero progressivo
- Non tralasciare informazioni utili, annotare con accuratezza sintomi e sensazioni dell'utente e azioni intraprese con eventuali risultati
- Non interpretare sintomi e sensazioni del paziente ma riportarli tra virgolette così come vengono riferiti e non confonderli con le osservazioni dell'infermiere
- Annotare sul diario ogni comportamento inatteso come il rifiuto ad assumere un farmaco o a sottoporsi ad una indagine, con le motivazioni

- Se si decide di utilizzare abbreviazioni, simboli, acronimi è necessario avere una legenda degli stessi facilmente consultabile e le annotazioni devono essere comprensibili a tutti
- Usare sempre termini tecnici, corretti e verificati

La cartella clinica e quella infermieristica perseguono lo stesso fine che è quello di tutelare la salute della persona ricoverata, pertanto al momento della dimissione le due cartelle vanno unificate, rendendo così possibile documentare l'unificazione degli approcci assistenziali e diagnostico-terapeutici.

Bibliografia:

- Ministero della Salute-Dipartimento Qualità – *"Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico"*
- Da Wikipedia: *"La cartella infermieristica"*
- Linee guida Direzione Sanitaria Azienda USL 6 Palermo: *"Documentazione infermieristica"*
- Linee guida Direzione Servizio Infermieristico Azienda Ospedaliera Bologna: *"La documentazione infermieristica"*