



LA GESTIONE DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

Definizioni e requisiti formali e sostanziali

La responsabilità nella gestione della documentazione

Dott. Giovanni Di Venti

Definizione di documentazione infermieristica

La documentazione infermieristica è la rappresentazione in forma scritta degli atti compiuti dagli infermieri in relazione a una determinata persona, dei rilievi effettuati sulla medesima, delle informazioni raccolte, nonché dei dati di carattere progettuale inerenti la pianificazione dell'intervento assistenziale di competenza infermieristica e delle connesse valutazioni



D. Rodriguez- A. Aprile in Medicina legale per infermieri – Carrocci Faber 2004

Definizione di documentazione infermieristica

La cartella infermieristica è lo strumento mediante cui l'infermiere documenta il processo di assistenza infermieristica, in particolare la pianificazione dell'assistenza e la sua attuazione.

***MANUALE DELLA CARTELLA CLINICA REGIONE LOMBARDIA
Direzione Generale 2°
Edizione 2007***

INTERROGATIVI SULLA CARTELLA INFERMIERISTICA > Rappresenta....

- **Un aspetto evolutivo del tradizionale registro (quaderno) delle consegne ?**
- **Un nuovo strumento di lavoro di una professione le cui funzioni sono cambiate ?**
- **Un elemento caratterizzante l'evoluzione della cartella clinica [non più sinonimo di cartella medica] ?**



NOVITA'

- E' sempre entrata a far parte della cartella clinica tradizionale tutta la documentazione scritta, che, a qualsiasi titolo, era redatta in ospedale in relazione ad un dato soggetto.
- E' sorta la concezione della cartella clinica e della "cartella" infermieristica, logopedica, riabilitativa etc. come realtà separate.
- E' prospettata l'adozione dell'aggettivo "integrata" per completare il concetto di cartella clinica. E' un pleonasma?

ELEMENTI COSTITUTIVI SECONDO LA GIURISPRUDENZA

Dal D.M. 739/94 possono evincersi gli elementi costitutivi della cartella infermieristica, anche quale documentazione, ai fini giuridici, degli atti assistenziali, identificabili nelle sottoelencate parti:

- **la raccolta di dati anamnestici;**
- **la pianificazione degli interventi;**
- **il diario infermieristico;**
- **le schede della terapia, dei parametri vitali e degli esami diagnostici;**
- **la valutazione dell' assistenza prestata all'utente.**

Sentenza T.A.R. Trentino-A. Adige Trento, 14 marzo 2005, n. 75

QUAL È IL VALORE LEGALE DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA



Oggi si ritiene che la documentazione infermieristica, secondo la nuova normativa, può essere definita un atto pubblico, perché fa parte integrante della cartella clinica che da sempre è stata considerata da una parte della dottrina, anche in accordo con numerose pronunce della Corte di cassazione, un atto pubblico di fede privilegiata.

Rodriguez D., Professione ostetrica/o - Aspetti di medicina legale e responsabilità, Eleda
[1] Barbieri G. e Pennini A Le responsabilità dell'infermiere Carocci, Roma

QUAL È IL VALORE LEGALE DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA



La Suprema Corte ha precisato che
*“la disposizione prevista dall’art. 493 c.p.
non dilata l’area degli atti pubblici ma
equipara quelli redatti da pubblici impiegati
incaricati di pubblico servizio (quale
l’Infermiere) agli atti pubblici, estendendo ai
pubblici ufficiali” (fatti previsti negli artt.
476,480 e 487) .*

E SE L'INFERMIERE SI RIFIUTA DI COMPILARE LA CARTELLA INFERMIERISTICA PERCHÉ NON LA RITIENE UTILE ??????

L'omesso rispetto delle relative prescrizioni per la compilazione cartella è causa di:

- * responsabilità disciplinare,
- * violazione dell'obbligo di diligente adempimento artt. 1218 c.c. (responsabilità del debitore) e art. 1176 c.c. (diligenza nell'adempimento).
- * Art. 328 del C.P. Omissione d'atti d'ufficio (*"Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio , che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni....omissis..."*)

Requisiti da rispettare

accuratezza

veridicità

chiarezza

pertinenza

completezza

rintracciabilità

Come deve essere scritto ciò che si pone in essere !!!!!!!

- * la leggibilità delle informazioni è la prima condizione, necessaria anche se non sufficiente, per la loro comprensibilità**
- * i dati personali devono essere estratti e comunicati all'interessato in forma intelligibile ed il principio viene ulteriormente specificato nel D.P.R. 501/1998,**

Cosa bisogna scrivere !!!!!!!!!!!!!

Devono essere annotati i fatti “avvenuti in presenza dell’infermiere o da lui compiuti”. L’espressione “avvenuti in sua presenza (da qui anche le omissioni) chiarisce che l’infermiere è obbligato a riportare quanto avvenuto o non avvenuto.

***Nella responsabilità contrattuale
l'onere della prova si inverte.***

Al danneggiato spetta solo l'onere di dimostrare di avere subito un danno.

Al convenuto (professionista sanitario) spetta l'onere di provare di aver agito secondo le regole del contratto e che la mancata guarigione del paziente è dipesa da cause a lui non imputabili (art. 1218 cc: “il debitore che non esegue esattamente la prestazione dovuta è tenuto al risarcimento del danno, se non prova che l'inadempimento o il ritardo è stato determinato da impossibilità della prestazione derivante da causa a lui non imputabile”).

Il Sanitario deve **dimostrare** di avere bene agito.
Cosa deve dimostrare?

**Che vi erano elementi oggettivi che indicavano
quel determinato
comportamento e intervento assistenziale**

**che la procedura utilizzata risponde ad una pratica
consolidata dell'assistenza infermieristica**

**che è stata eseguita in modo
tecnicamente corretto**

Come si può dimostrare?

- **Compilando** la cartella infermieristica (atto di fede privilegiato, valido fino a prova contraria);
- **documentando** tutti gli interventi eseguiti;



SCRIVERE E DOCUMENTARE

Quali sono i principali reati collegati alla documentazione infermieristica ?????

I reati che disciplinano le falsità documentali in cui può incorrere l'infermiere nella compilazione della cartella infermieristica sono gli stessi reati nei quali può incorrere il medico quali il falso materiale in atto pubblico e il falso ideologico in atto pubblico, previsti dagli articoli 476 e 479 del codice penale.

Falso materiale

L'art. 476, infatti, sancisce che *“il pubblico ufficiale (in questo caso, l'incaricato di un pubblico servizio) che, nell'esercizio delle sue funzioni forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero è punito con la reclusione da uno a sei anni.*

Falso ideologico

L'art. 479 c.p., invece, punisce il pubblico ufficiale (e l'incaricato di un pubblico servizio) che, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, **attesta falsamente** :

1. **che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza,**
2. **attesta dichiarazioni a lui non rese,**
3. **omette o altera dichiarazioni da lui ricevute,**
4. **attesta falsamente fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità.**

622 C.P. Rivelazione di segreto professionale.

Chiunque, avendo notizia, per ragione del proprio stato o ufficio, o della propria professione o arte, di un segreto, lo rivela, senza giusta causa, ovvero lo impiega a proprio o altrui profitto, **è punito, se dal fatto può derivare nocumento, con la reclusione fino a un anno o con la multa da trenta euro a cinquecentosedici euro.**

La pena è aggravata se il fatto è commesso da amministratori, direttori generali, sindaci o liquidatori o se è commesso da chi svolge la revisione contabile della società. Il delitto è punibile a querela della persona offesa.

326 C.P. Rivelazione ed utilizzazione di segreti di ufficio

- Il **pubblico ufficiale** o la persona incaricata di un pubblico servizio, che, violando i doveri inerenti alle funzioni o al servizio, o comunque **abusando della sua qualità, rivela notizie di ufficio**, le quali debbano rimanere **segrete**, o ne **agevola** in qualsiasi modo la **conoscenza**, è punito con la reclusione da sei mesi a tre anni.
- Se l'agevolazione è soltanto colposa, la reclusione è fino a un anno.
 - Il pubblico ufficiale o la persona incaricata di un pubblico servizio, che, per procurare a sé o ad altri un indebito profitto patrimoniale, **si avvale illegittimamente di notizie di ufficio**, le quali debbano rimanere segrete, è punito con la reclusione da due a cinque anni. Se il fatto è commesso al fine di procurare a sé o ad altri un ingiusto profitto non patrimoniale o di cagionare ad altri un danno ingiusto, si applica la pena della reclusione fino a due anni.

E' possibile per il paziente consultare la cartella clinica durante il ricovero?

Il paziente ha diritto di accedere in ogni momento alla documentazione sanitaria che lo riguarda.

Tuttavia, occorre rammentare che se da un lato è riconosciuto come fondamentale il diritto del malato alla verità sul proprio stato di salute, dall'altro si pone l'esigenza di adattare tale informazione al singolo paziente (capacità di comprensione e diritto alla scelta di non essere informato).

La scelta di consegnare direttamente al paziente la cartella clinica, dunque, va valutata anche in relazione alle condizioni psico-fisiche dello stesso



Legge 8 febbraio 2001, n. 12
**"Norme per agevolare l'impiego dei farmaci analgesici
oppiacei nella terapia del dolore"**

pubblicata nella *Gazzetta Ufficiale* n. 41 del 19 febbraio 2001

2-ter. Il registro di carico e scarico deve essere conforme al modello di cui al comma 2 ed è vidimato dal direttore sanitario, o da un suo delegato, che provvede alla sua distribuzione. Il registro di carico e scarico è conservato, in ciascuna unità operativa, dal responsabile dell'assistenza infermieristica per due anni dalla data dell'ultima registrazione.



MINISTERO DELLA SANITA' DECRETO 3 agosto 2001
Approvazione del registro di carico e scarico delle sostanze
stupefacenti e psicotrope per le unita' operative
Gazzetta Ufficiale n. 204 del 03-09-2001

PRESCRIZIONI D'USO

1. Indicare: il nome della specialità medicinale o del prodotto generico o della preparazione galenica, la forma farmaceutica (compresse, fiale, soluzione orale ecc.), il dosaggio e l'unita' di misura adottata per la movimentazione (ml, mg o unità di forma farmaceutica).
2. Indicare il numero progressivo della registrazione.
3. Indicare il giorno, mese ed anno della registrazione.
4. Indicare il numero del buono di approvvigionamento o di restituzione del farmaco. La movimentazione di farmaci tra diverse unità operative dello stesso presidio, deve essere specificata nelle note.

5. Indicare la quantita' di farmaco ricevuta in carico

6. Indicare il nome e il cognome o il numero della cartella clinica o altro sistema di identificazione del paziente.

Indicare l'unita' operativa, in caso cessione a quest'ultima. Indicare la farmacia, in caso di reso.

7. Indicare la quantita' di farmaco somministrata o consegnata o ceduta o resa



8. Indicare la quantità di farmaco giacente presso l'unità operativa dopo ogni movimentazione.

9. Firma di chi esegue la movimentazione.

10. Indicare, oltre ai casi già evidenziati, specifiche annotazioni atte a fornire maggiore chiarezza in casi particolari.



Triage di Pronto Soccorso Ospedaliero

- Obblighi di registrazione: attività di triage deve essere attentamente documentata.
- La scheda infermieristica di triage è senza dubbio un atto pubblico e come tale soggetta alle norme penalistiche sulla falsità documentale (art 476 c.p.)



Organi di stampa

***“Morì un viareggino, oggi decide il GIP di Pisa
tratto dal Tirreno del 02 novembre 2004”***

“[...]La parte civile, rappresentata dalla moglie e la figlia del paziente, hanno chiesto la prosecuzione delle indagini preliminari. sostenendo che il loro parente non doveva essere sottoposto a quel tipo di operazione.[...]”

L'avvocato F. L. di Livorno, ritiene quindi necessari ulteriori indagini, come l'acquisizione delle cassette video relative alla coronarografia una settimana prima dell'intervento e quella della stessa angioplastica, nonché l'acquisizione della **cartella infermieristica del paziente.”**

La cartella clinica deve essere leggibile

La leggibilità delle informazioni è la prima condizione per la loro piena comprensione.

L'Autorità Garante accogliendo il ricorso di un paziente ha ordinato all'azienda ospedaliera di rilasciare, entro un termine stabilito, una Trascrizione dattiloscritta o comunque comprensibile delle informazioni contenute nella cartella clinica e di comunicarle all'interessato, come prescrive la legge, tramite il medico di fiducia o designato dalla Asl.

All'Azienda sono state inoltre imputate le spese del procedimento, stabilite in 250 euro, che dovranno essere versate direttamente a favore del ricorrente.

Tribunale di Monza Sentenza del 04-11-2005

Omissis ... "nella cartella clinica non viene riportato il conteggio delle garze operatorie". Anzi detto documento "non reca alcuna indicazione al riguardo: il che equivale ad affermare, al contrario, che le garze non vennero contate".



PROCESSO DI ASSISTENZA **INFERMIERISTICA**

Una deliberata attività intellettuale

Per mezzo della quale si arriva

all'attività infermieristica

In maniera scientifica e sistematica



PROCESSO DI ASSISTENZA **INFERMIERISTICA**

• **DELIBERATO: MEDITATO E
INTENZIONALE**

• **INTELLETTUALE:
RAZIONALE, CONCETTUALE**



PROCESSO DI ASSISTENZA **INFERMIERISTICA**

- **ATTIVITA'**: STATO O CONDIZIONE DI AGIRE, CAMBIARE, COMPORTARSI E INIZIARE
- **MANIERA SCIENTIFICA E SISTEMATICA**: CHE FA RIFERIMENTO AL PROBLEM SOLVING



PROCESSO DI ASSISTENZA E PROBLEM SOLVING

**IL PROCESSO ASSISTENZIALE E' UN
METODO DI IDENTIFICAZIONE DEI
PROBLEMI. DERIVA DAL METODO
SCIENTIFICO, MA NON E' PRIVO DI
INFLUENZE VALORIALI.**

(Gordon, 1994)

PROCESSO DI ASSISTENZA E PROBLEM SOLVING

SI ATTUA ATTRAVERSO L'APPLICAZIONE
DI UN PROCESSO CHE INIZIA DALLA :

IDENTIFICAZIONE
DEI PROBLEMI

VALUTAZIONE DEGLI
INTERVENTI
PIANIFICATI

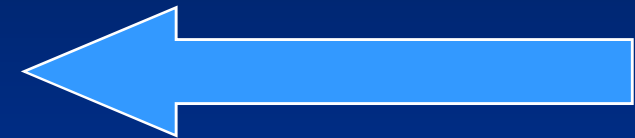
FASI DEL PROCESSO ASSISTENZIALE

1. ACCERTAMENTO
2. PIANIFICAZIONE
 - * DEFINIZIONE DIAGNOSI
 - * IDENTIFICAZIONE OBIETTIVI
 - * SCELTA INTERVENTI
3. ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI
4. VALUTAZIONE



FASI DEL PROCESSO ASSISTENZIALE

1. ACCERTAMENTO



2. PIANIFICAZIONE

* DEFINIZIONE DIAGNOSI

* IDENTIFICAZIONE OBIETTIVI

* SCELTA INTERVENTI

3. ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI

4. VALUTAZIONE

ACCERTAMENTO

- RACCOLTA SISTEMATICA DI DATI OGGETTIVI E SOGGETTIVI
- CONSENTE DI RACCOGLIERE INFORMAZIONI, PER INDIVIDUARE I PROBLEMI DELLE PERSONE E LE RELATIVE MOTIVAZIONI CHE VI SONO ALLA BASE
 - RACCOLTA DATI
 - ANALISI DATI



STRATEGIE PER LA RACCOLTA DATI

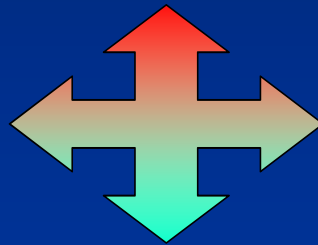
1. FONTE DEI DATI
2. COLLABORAZIONE DELLA PERSONA
3. TECNICHE DI RACCOLTA DATI



***QUALI ABILITA' METTE IN GIOCO
L'INFERMIERE PER ESEGUIRE
L'ACCERTAMENTO***

OSSERVAZIONE

INTERVISTA



ESAME FISICO

INTUIZIONE

INTUIZIONE

**USO DELL'INTROSPEZIONE,
DELL'ISTINTO E DELL'ESPERIENZA
CLINICA PER ESPRIMERE UN
GIUDIZIO CLINICO SUL PAZIENTE**



STRUMENTI VALIDATI E RICONOSCIUTI **DALLA COMUNITA' SCIENTIFICA**

SCALE DI RILEVAZIONE,
ORGANIZZAZIONE E ANALISI DEI DATI

- **SCALA DI BRADEN O NORTON**
 - **SCALA DI CONLEY**
 - **SCALA DI BARTHEL**
 - **SCALA DI GLASGOW**



ORGANIZZAZIONE DEI DATI E LORO ANALISI

**UTILIZZO DI MODELLI CONCETTUALI
DI RIFERIMENTO O TEORIE
INFERMIERISTICHE CHE SERVONO
DA GUIDA**

- MODELLI, SCHEMI, CONCETTI E LINGUAGGIO COMUNE**
- CONDIVISO E CONDIVISIBILE**
- FONDATO SU BASI SCIENTIFICHE**



ATTIVITA' DI VITA

- Le attività di vita sono tutte quelle azioni ed operazioni che ogni persona compie per interagire con l'ambiente biologico, psicologico e sociale.

• **COMUNICAZIONE**

• **ALIMENTAZIONE**

• **IGIENE PERSONALE**

• **ELIMINAZIONE**

• **MOBILIZZAZIONE**

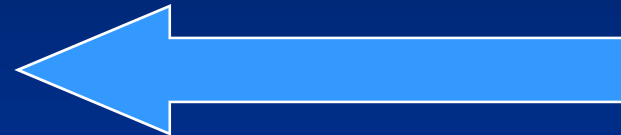
• **RESPIRAZIONE**

• **RIPOSO E SONNO**

• **CONT. LO TEMPER.**

FASI DEL PROCESSO ASSISTENZIALE

1. ACCERTAMENTO
2. **PIANIFICAZIONE**
 - * DEFINIZIONE DIAGNOSI
 - * IDENTIFICAZIONE OBIETTIVI
 - * SCELTA INTERVENTI
3. ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI
4. VALUTAZIONE



Documentare la
PIANIFICAZIONE INFERMIERISTICA

OGGI

**E' LA PARTE DEL PROCESSO DI
ASSISTENZA MENO DOCUMENTATA
NELLA PRATICA QUOTIDIANA, PUR
ESSENDO AMPIAMENTE UTILIZZATA IN
FORMA VERBALE**

DOMANI

**UN DOCUMENTO SCRITTO, COMPLETO,
RINTRACCIABILE, CONFRONTABILE,
UNIVOCO, RAPPRESENTATIVO E
APPROPRIATO**

PIANIFICAZIONE INFERMIERISTICA ANCORA DUBBI?

Si ricorda che:

L'attuale legislazione (dal 1994) impone una metodologia di **lavoro per obiettivi** e riconosce all'infermiere la **piena responsabilità e autonomia** nella gestione dei problemi assistenziali e della corretta esecuzione delle prescrizioni **diagnostico-terapeutiche**



PIANIFICAZIONE **INFERMIERISTICA**

- Si può definire come la descrizione di ciò che deve essere previsto ed attuato per assistere la persona; deve comprendere le finalità e gli obiettivi assistenziali da raggiungere, le priorità ed i mezzi per risolvere i problemi reali o potenziali e porre le basi per la valutazione.



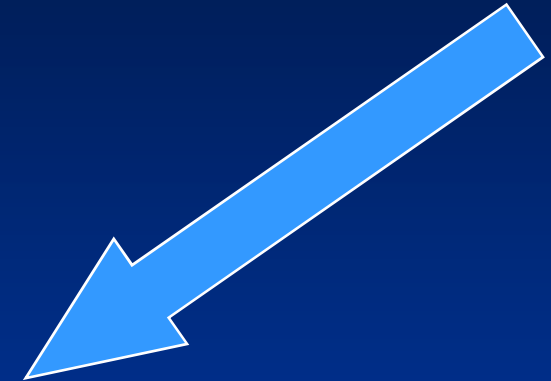
PIANIFICAZIONE INFERMIERISTICA DESCRIZIONE

- MODELLO CONCETTUALE DI RIFERIMENTO
- LINGUAGGIO CONDIVISO
- SCHEMA DI RIFERIMENTO



FASI DEL PROCESSO ASSISTENZIALE

1. ACCERTAMENTO
2. PIANIFICAZIONE
 - * DEFINIZIONE DIAGNOSI
 - * IDENTIFICAZIONE OBIETTIVI
 - * SCELTA INTERVENTI
3. ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI
4. VALUTAZIONE



PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

E' tutto ciò che deve essere fatto per assistere la persona

- L'identificazione dei problemi assistenziali
- Le finalità da raggiungere
- I mezzi e i metodi per risolvere i problemi reali/potenziati
- Diagnosi infermieristica
- Gli obiettivi che la persona deve raggiungere
- Attuazione degli interventi

Valutazione



PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

E' tutto ciò che si deve fare per assistere la persona

- L'identificazione delle complicanze potenziali legate ai trattamenti prescritti dal medico e al quadro clinico

- Prevenire l'insorgere delle complicanze, monitorare l'eventuale insorgenza

- I mezzi e i metodi per ridurre al minimo le complicanze

- Problema collaborativo**

- Gli obiettivi che l'infermiere deve perseguire

- Attuazione degli interventi

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

E' tutto ciò che deve essere fatto per assistere la persona

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. Costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a conseguire gli esiti di cui l'infermiere è responsabile



PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

E' tutto ciò che deve essere fatto per assistere la persona

Problema collaborativo

Descrive le complicanze potenziali o reali, che possono derivare da uno stato patologico o da un trattamento o da uno studio diagnostico, in cui gli infermieri intervengono in collaborazione con altre professioni



DIAGNOSI INFERMIERISTICA

MEDICA

- Descrive la patologia di organi specifici
- Raccoglie informazioni sui segni e sintomi del processo di malattia
- Offre modalità di comunicare richieste di trattamento della patologia

INFERMIERISTICA

- Descrive una risposta umana, reale o potenziale ad un problema di salute
- Descrive la risposta del paziente al processo di malattia, e lo stadio di sviluppo
- Offre modalità di comunicare trattamenti o interventi infermieristici

Le diagnosi infermieristiche **non sono:**

- ★ Diagnosi mediche (es. diabete mellito)
- ★ Stati patologici (es. ridotta ossigenazione cerebrale)
- ★ Trattamenti o strumenti (es. iperalimentazione, SNG)
- ★ Effetti collaterali di farmaci
- ★ Indagini diagnostiche (es. cateterismo cardiaco)
- ★ Situazioni (es. gravidanza, processo del morire)
- ★ Segni (es. pianto, livello di emoglobina)
- ★ Obiettivi (es. provvederà da solo alla cura
della colonstomia)



Come si scrivono le diagnosi infermieristiche?

- Le enunciazioni diagnostiche sono costituite da una, due o tre parti:
 - ◆ una parte (*diagnosi a sindrome o di benessere*): titolo diagnostico
 - ◆ due parti (*diagnosi possibili o di rischio*): titolo diagnostico + fattori che contribuiscono a modificare lo stato di salute
 - ◆ tre parti (*diagnosi reali*): titolo diagnostico + fattori contribuenti + segni e sintomi



Come si scrivono le diagnosi infermieristiche?

Enunciazione in una parte:

D.I. di benessere

Potenziale

miglioramento del ruolo genitoriale

Potenziale

miglioramento della nutrizione

• **Enunciazione in una parte:**

D.I. a sindrome

Sindrome da

immobilizzazione

Sindrome del trauma

da stupro



Come si scrivono le diagnosi infermieristiche?

Enunciazione in due parti:

D.I. di rischio

Rischio di infezione, correlato a posizionamento di CVC, secondario a immunodeficienza

Enunciazione in due parti:

D.I. possibile

Possibile disturbo dell'immagine corporea, correlato a comportamenti di isolamento in fase post chirurgica riferiti dal parente



Come si scrivono le diagnosi infermieristiche?

- Enunciazione in due parti

D.I. *reali* quando si registrano a parte segni e sintomi

Compromissione dell'integrità cutanea correlata a immobilità prolungata secondaria a frattura pelvica

- Enunciazione in tre parti

D.I. *reali*

Compromissione dell'integrità cutanea, correlata a immobilità prolungata secondaria frattura pelvica, che si manifesta con lesione sacrale di 2 cm

COME SI SCRIVONO LE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE?

Elementi delle enunciazioni in tre parti:
FORMATO P.E.S

PROBLEMA = titolo diagnostico

correlato a

EZIOLOGIA = fattori contribuenti

che si manifesta con

SINTOMO = segni e sintomi



DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

Un set base, che vuole essere un riferimento comune, il punto di partenza per la futura costruzione della pianificazione.

I contenuti sono strettamente collegati a quelli delle schede di accertamento che trovano ispirazione nelle “attività di vita.”



DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

- Stato emotivo
- Dolore
- Deficit di conoscenze
- Mobilizzazione
- Prevenzione e trattamento LDD
- Assistenza di base (igiene, movimento, riposo..)
- Alimentazione
- Eliminazione urinaria - intestinale
- Respirazione
- Prevenzione rischio infettivo
- Gestione procedure diagnostico/terapeutiche

DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

**LA DOCUMENTAZIONE SARA' COSTITUITA
DALLE SEGUENTI SCHEDE:**

- ◆ **S. delle diagnosi infermieristiche**
- ◆ **S. delle diagnosi infermieristiche comuni
agli adulti**
- ◆ **S. delle diagnosi infermieristiche comuni
pediatriche**
- ◆ **S. delle diagnosi infermieristiche specifiche**
- ◆ **S. per il diario giornaliero strutturato**
- ◆ **S. per il diario giornaliero libero**



PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

Diagnosi

Infermieristica



Infermiere

Prescrittore

Problema

Collaborativo



Infermiere

Collaboratore

FASI DEL PROCESSO ASSISTENZIALE

1. ACCERTAMENTO
2. PIANIFICAZIONE
 - * DEFINIZIONE DIAGNOSI
 - * **IDENTIFICAZIONE OBIETTIVI**
 - * SCELTA INTERVENTI
3. ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI
4. VALUTAZIONE



IDENTIFICAZIONE DEGLI OBIETTIVI

- **Gli obiettivi si definiscono dopo la formulazione della diagnosi infermieristica**
- **Sono la meta da raggiungere in termini di risultati previsti per la persona**
- **Non devono essere espressi in termini di azioni infermieristiche e neppure in maniera vaga**
- **Deve essere una descrizione precisa dei comportamenti che la persona dovrà compiere e o dei risultati che dovrà raggiungere**



OBIETTIVI

* Affermazioni specifiche, misurabili, realistiche

* Devono contenere:

✓ **soggetto (CHI?)**

✓ **verbo (QUALE AZIONE?)**

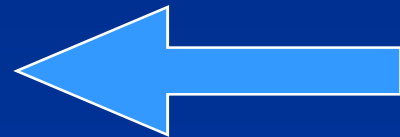
✓ **Condizione (IN QUALI
CIRCOSTANZE)**

✓ **Criterio (QUANTO BENE?)**

✓ **Tempo specifico (QUANDO?)**

FASI DEL PROCESSO ASSISTENZIALE

1. ACCERTAMENTO
2. PIANIFICAZIONE
 - * DEFINIZIONE DIAGNOSI
 - * IDENTIFICAZIONE OBIETTIVI
 - * **SCELTA INTERVENTI**
3. ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI
4. VALUTAZIONE



SCELTA DEGLI INTERVENTI

**Risponde alla necessità di definire gli interventi
assistenziali da attuare**



Per interventi si intende ogni trattamento di assistenza
diretta che l'infermiere compie a beneficio della
persona, hanno origine



Dagli obiettivi

**Che derivano dalla
formulazione della**

Diagnosi infermieristica

**Dai trattamenti prescritti
dal medico e relativa
gestione delle
complicanze**

Problemi collaborativi



FASI DEL PROCESSO ASSISTENZIALE

1. ACCERTAMENTO
2. PIANIFICAZIONE
 - * DEFINIZIONE DIAGNOSI
 - * IDENTIFICAZIONE OBIETTIVI
 - * SCELTA INTERVENTI
- 3. ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI**
4. VALUTAZIONE



ATTUAZIONE INTERVENTI INFERMIERISTICI

RELATIVI ALLE DIAGNOSI INFERMIERISTICHE

- ~ Esecuzione di accertamenti infermieristici per identificare nuovi problemi o determinare lo stato di quelli esistenti
- ~ Educazione dell'utente per la gestione della malattia
- ~ Consulto con altri professionisti
- ~ Esecuzione di azioni specifiche volte a rimuovere o ridurre problemi di salute
- ~ Esecuzione di attività per l'utente o di aiuto all'utente

RELATIVI AI PROBLEMI COLLABORATIVI

- ~ Monitoraggio di instabilità
- ~ Consultazione del medico per l'indicazione di interventi appropriati
- ~ Esecuzione di azioni specifiche per la gestione e la riduzione della gravità dell'evento
- ~ Spiegazione dei problemi e giustificazione degli interventi

COME SI DOCUMENTA LA PIANIFICAZIONE E L'ATTUAZIONE?

Dedicando uno spazio specifico nella cartella infermieristica, dove gli interventi di assistenza infermieristica prescritti, sono

esplicitati

e la loro attuazione è **registrata**

e sono esplicitate eventuali modificazioni alla pianificazione



REGISTRAZIONE DELLA PIANIFICAZIONE E ATTUAZIONE

La registrazione degli interventi consente agli
Infermieri di:

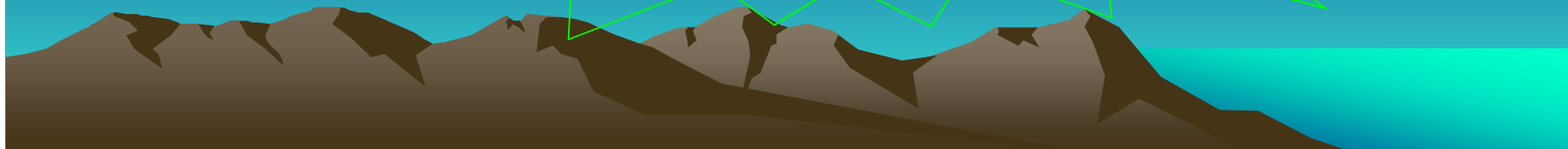
- **Condividere la gestione dell'assistenza generale infermieristica della persona**
- **Garantire la continuità assistenziale**
- **Modificare la pianificazione in funzione della valutazione dello stato di salute della persona**



REGISTRAZIONE DELLA PIANIFICAZIONE E ATTUAZIONE

FORMA LIBERA

FORMA STRUTTURATA



FASI DEL PROCESSO ASSISTENZIALE

1. ACCERTAMENTO
2. PIANIFICAZIONE
 - * DEFINIZIONE DIAGNOSI
 - * IDENTIFICAZIONE OBIETTIVI
 - * SCELTA INTERVENTI
3. ATTUAZIONE DEGLI INTERVENTI
4. VALUTAZIONE



VALUTAZIONE FINALE

La valutazione finale esplicita il risultato dell'intero processo assistenziale

L'obiettivo può essere:

- **Completamente raggiunto**
- **Parzialmente raggiunto**
- **Non raggiunto**



VALUTAZIONE FINALE

- **VERIFICA DEI RISULTATI DEL
PROCESSO DI ASSISTENZA**

FEEDBACK FINALE

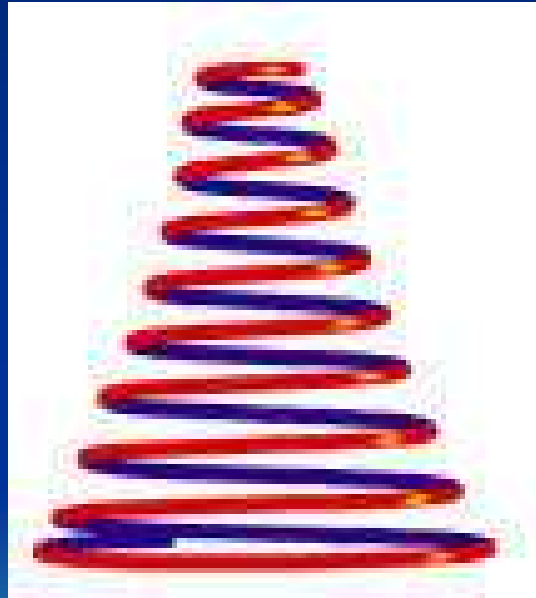
- **VALUTAZIONE DELLE FASI**

FEEDBACK CONTINUO



IL PROCESSO DI ASSISTENZA
INFERMIERISTICA E LA
PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

**PROCESSO DI
ASSISTENZA**



VALUTAZIONE

DIMISSIONE

ACCOGLIMENTO

Prescrizione secondo protocollo.

- Una prassi molto in uso in questi ultimi anni è la **prescrizione secondo protocollo**. Il protocollo a cui fare riferimento è un protocollo terapeutico che viene approntato sempre più frequentemente soprattutto per quanto riguarda la terapia infusiva.

Può essere sufficiente una prescrizione in cartella clinica del tipo “terapia secondo il protocollo n. 1”?

- La risposta può essere affermativa a una condizione: il protocollo deve essere inserito all'interno della cartella clinica, diventandone così parte integrante e deve essere sottoscritto dal medico richiedente.
- È doveroso ricordare che anche il protocollo deve essere costituito con tutti gli elementi di una prescrizione di terapia con particolare riguardo alla quantità di farmaci e/o di liquidi da somministrare, al tempo di somministrazione, alla via ecc.

Infermiere e mezzi di contenzione

- Mezzi di contenzione sono terapia: devono in quanto tali essere prescritti dal medico in cartella clinica
- Non devono avere una finalità punitiva, custodialistica, carceraria, assumere caratteri inumani
- Devono essere proporzionati rispetto al fine terapeutico ed avvenire come disposto dall'art 1 della legge 180: "nel rispetto della dignità della persona"
- La prescrizione medica da annotare in cartella clinica deve essere dettagliata

Sull'uso dei mezzi di contenzione: "opportuno annotare dettagliatamente ogni particolare in cartella tra cui le circostanze che portano all'uso della contenzione sia cliniche sia organizzative" (presenza di più malati, carenza di infermieri, impedimenti transitori a trattare i pazienti in altro modo)

Il provvedimento di contenzione dovrà avere una durata determinata e saranno necessari controlli sull'andamento della contenzione e sul suo effetto sul paziente

Prescrizioni condizionate

- Sono quelle caratterizzate da condizioni quali, “**al bisogno, se occorre, etc...**”, esse possono essere divise sulla base del riconoscimento del segno o del sintomo.
- Nel primo caso essendo il segno oggettivo il problema non si pone, riconosciuto e misurato il segno si procede alla somministrazione se sussistono le condizioni.

Sono quindi da considerare accettabili dizioni del tipo:

- “*somministrare una fiala dell'antipiretico x se la temperatura corporea supera la temperatura tot*”;
- “*somministrare una fiala del diuretico x se la pressione arteriosa supera i valori tot*”
e similari.

Prescrizioni condizionate

- Nel secondo caso invece essendo il sintomo soggettivo, **perciò non quantificabile**, si rende necessaria da parte dell'infermiere la formulazione di una diagnosi che rende la prassi illegittima. **Il sintomo è infatti riferito dal paziente e non è quindi rilevabile oggettivamente dall'infermiere.**
- Esempio tipico riscontrato nella prassi: ***“somministrare 1 fiala di morfina all'insorgere del dolore”***.
- Compete in questo caso all'infermiere fare diagnosi di dolore, con tutto ciò che comporta in caso di errore. **L'infermiere che accetta di somministrare in presenza di questa prassi si sottopone alle stesse responsabilità del medico sui possibili errori di diagnosi e di terapia”**.

***Grazie per
l'attenzione***

