

Fabrizio Polverini*S.S. Servizio Infermieristico, ASL 10
Piemonte***Paola Di Giulio***Professore Associato SSD: Med 45,
Università degli Studi di Torino***Dario Gregari***Professore Associato SSD: MED/01 -
Statistica Medica, Università degli Studi
di Torino**fabrizio.polverini@unito.it*

Esperienza di validazione dell'indice di complessità assistenziale (ICA) presso un'Azienda Sanitaria Ospedaliera della Regione Liguria

SUMMARY

The number of nurses to be allocated to every unit is a critical aspect: the more common measure is the patients/nurses ratio or the number of hours/patient/die. In order to define these measures it is necessary to understand the nursing care needs of the patients.

The nursing profession, from decades, has produced specific methodologies for calculating workloads, but more recent and complex instruments, that measure the various components that contribute to the workload, have not been formally validated. The objective of this study is to validate a new method based on variables assumed to contribute to the nursing workload and potentially useful for the determination of the resources to be assigned to hospital wards. The data were collected in two wards of the "Galliera Hospital" of Genoa.

In spite of the good agreement of overall scores observed between the two methods (Kappa 0.69), the number and qualification of nurses and nurses aids to be assigned to the wards is not comparable.

The ICA method is easy to use, allows to collect synthetic information, useful for the measurement of nursing workload and defining and planning the nursing care activities, for the determination of the necessary competences to be guaranteed.

RIASSUNTO

La quantità di infermieri da assegnare a ciascuna unità operativa è un aspetto critico: la misura più comune è il rapporto pazienti/infermieri o la quantità di ore/paziente/die. Per definire queste misure è però necessario capire di quanta assistenza hanno bisogno i pazienti.

Da alcuni decenni la professione infermieristica ha prodotto metodologie specifiche per la rilevazione dei carichi di lavoro, tra cui recentemente quelli incentrati sulla complessità assistenziale, in cui si valutano le diverse componenti della complessità assistenziale: questi ultimi non sono stati però formalmente validati. L'obiettivo di questo lavoro è quello di validare uno strumento che tenga conto delle diverse variabili che contribuiscono al carico di lavoro infermieristico, potenzialmente utile per la determinazione delle risorse da assegnare alle varie strutture di degenza. Lo studio è stato realizzato presso due strutture degenziali dell'Azienda "Ospedale Galliera" di Genova.

La relativa esiguità dei dati raccolti e presentati non autorizza deduzioni imprudenti, ma i risultati confermano la validità del metodo e la sua utilità nella misurazione dell'assistenza infermieristica attraverso informazioni analitiche e sintetiche che permettono di ottenere: definizione e pianificazione delle attività; determinazione delle competenze necessarie; integrazione organizzativa; comparazione tra strutture e calcolo dotazione organica.

INTRODUZIONE

Le innovazioni introdotte nei meccanismi di gestione delle Aziende che erogano servizi sanitari, dalle leggi di riordino del Servizio sanitario nazionale e dalla revisione dei principi sottesi al rapporto di lavoro del pubblico impiego, hanno determinato la necessità di approntare nuovi strumenti organizzativi finalizzati alla razionale allocazione delle risorse complessivamente intese, con particolare riguardo a quelle umane. Una delle domande che impegna la ricerca manageriale a livello internazionale è la modalità di definizione del fabbisogno di personale e delle competenze necessarie per l'assistenza dei pazienti. Non è sufficiente definire il numero di unità infermieristiche, il rapporto pazienti/infermieri o la quantità di ore/paziente/die, ma si deve anche stimare di quale assistenza hanno bisogno i pazienti.

Nella definizione dell'organico necessario si deve tener conto anche dell'organizzazione delle attività, delle competenze disponibili, del turnover del personale, delle risorse strumentali e dell'infrastruttura nella quale l'assistenza infermieristica viene erogata e, soprattutto, del bisogno dei pazienti. Non esistono, all'interno delle organizzazioni sanitarie e spesso all'interno dello stesso dipartimento, sistemi di gestione del personale flessibili che consentano di trasferire risorse umane dove esiste un reale bisogno.

Segue dopo IlQuaderno



*i*QUADERNI
de L'INFERMIERE

la DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA:
RIFLESSIONI OPERATIVE E GIURIDICHE

A CURA DI MONICA CASATI E DI RITA MARICCHIO

PREMESSA

di Annalisa Silvestro

Il tema della documentazione assistenziale è un nodo problematico che ha accompagnato gli ultimi decenni della nostra storia professionale: per molto tempo, infatti, la documentazione infermieristica (consegna, scheda, cartella...) è rimasta qualcosa *a latere* della cartella clinica intesa come cartella medica.

Il riconoscimento della professione infermieristica come "professione sanitaria" ha gradualmente legittimato l'idea, più coerente con le norme, di considerare la cartella clinica come una raccolta organica dei dati e delle informazioni che riguardano i rapporti esistenti fra l'assistito e i diversi sanitari che hanno assunto una posizione di garanzia nei suoi confronti. In questa logica è sufficiente ripercorrere la storia

 IPASVI

Insero staccabile
L'Infermiere 1/09

e l'evoluzione della documentazione infermieristica per rilevare come, a volte, l'evoluzione normativa abbia anticipato l'evoluzione dello status giuridico del nostro gruppo professionale.

L'analisi dell'*excursus* normativo evidenzia l'evoluzione professionale degli infermieri e dell'infermieristica: siamo infatti passati dal "quaderno delle consegne" alla cartella infermieristica integrata con quella medica, esplicitando così - ed in parallelo - l'evoluzione del nostro profilo giuridico e del "valore" della nostra documentazione.

Prima della "rivoluzione" attuata dalla legge 42/99 gli infermieri esercitavano una "professione sanitaria ausiliaria"; erano incaricati di pubblico servizio e strutturavano una documentazione considerata come "atto pubblico in senso lato" e quindi utilizzabile come mero elemento facoltativo per la ricostruzione dei fatti in un processo civile.

Oggi molto è cambiato: il pieno riconoscimento della professione infermieristica come professione sanitaria richiama implicitamente al riconoscere che le azioni infermieristiche possono assumere, rispetto a certe procedure o prestazioni, le caratteristiche di attività esercitata da un pubblico ufficiale.

Una moderna lettura degli artt. 357 e 358 del codice penale lascia intendere che tutti i professionisti sanitari sono considerabili sia pubblici ufficiali, sia incaricati di pubblico servizio; quello che connota l'una o l'altra funzione è la specifica attività realizzata in un dato momento e contesto.

Il medico di guardia è un incaricato di pubblico servizio e pertanto, quando compila un certificato, esercita una funzione di pubblico ufficiale. L'infermiere che svolge l'assistenza in una struttura è un incaricato di pubblico servizio; quando compila, ad esempio, una scheda di *triage* riveste la qualifica di pubblico ufficiale.

Con queste premesse è plausibile affermare che sia la documentazione medica (cartella medica), sia la documentazione infermieristica (cartella infermieristica) – entrambe intese come atto pubblico – integrano il documento definito "cartella clinica". La cartella clinica dunque, come tale, non identifica solo la documentazione medica, ma diviene un documento di valore legale che contiene tutta l'evoluzione della situazione clinico-assistenziale di una persona, dal ricovero alla dimissione.

Con questo *Quaderno* si vuole fornire un approccio diverso al problema della cartella infermieristica, pur nella consapevolezza della non completezza giuridica e della non esauriente analisi giuridica di ogni aspetto del problema.

Ma con questo *Quaderno* si vuole soprattutto dare riscontro alle domande più frequenti di tanti colleghi sul tema "cartella infermieristica" per cercare di fornire alcune risposte in materia di documentazione infermieristica e di sensibilizzarli ulteriormente su un tema professionale così rilevante

INDICE

III La documentazione infermieristica	XIV La documentazione infermieristica come atto pubblico: conseguenze giuridiche nell'esercizio professionale	XVI Documentazione sanitaria e libera professione
XI La documentazione infermieristica e il rapporto con gli altri operatori		XVI Bibliografia

AUTORI

Antonella Arreni,
Presidente del Collegio Ipasvi di Novara
Patrizia Di Giacomo,
Presidente del Collegio Ipasvi di Rimini

Michele Fortuna
Presidente del Collegio Ipasvi di Lecce
Francesco La Vecchia
Presidente del Collegio Ipasvi di Trapani

Barbara Mangiacavalli
Segretaria della Federazione nazionale Collegi Ipasvi
Giovanni Valerio,
Consulente della Federazione nazionale Collegi Ipasvi
Annamaria Vita
Presidente del Collegio Ipasvi di Brindisi

la DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

DEFINIZIONE DI DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

> La cartella clinica viene definita come un insieme di documenti nei quali è registrato un complesso di informazioni – anagrafiche, sanitarie, sociali, ambientali – concernenti un determinato paziente. La cartella clinica è redatta allo scopo di rilevare ciò che riguarda il paziente in senso diagnostico-terapeutico, durante l'intero percorso curativo, al fine di predisporre gli opportuni interventi medici e poterne usufruire.

Da sempre la cartella clinica è stata considerata di pertinenza medica, in quanto conteneva prevalentemente la registrazione degli interventi di quel professionista. Oggi la partecipazione attiva e autonoma di altri professionisti sanitari alle cure complessive della persona fa sì che essa debba essere considerata di utilizzo multiprofessionale, prevedendo documentazione delle attività di ciascuna professione all'interno del fascicolo sviluppatosi nella presa in carico; è pertanto opportuno parlare anche di documentazione infermieristica.

In questa logica è inoltre auspicabile che tutta la documentazione sanitaria (ivi compresa quella infermieristica) venga condivisa non solo fra le diverse professionalità presenti nella struttura, ma anche con chi all'interno di essa si occupa di amministrazione e di gestione del rischio clinico.

BOX 1

QUALIFICAZIONE GIURIDICA DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

La cartella clinica è considerata a tutti gli effetti "atto pubblico" ex art. 2699 del codice civile: "*l'atto pubblico è il documento redatto, con le richieste formalità, da notaio o da altro pubblico ufficiale autorizzato ad attribuirgli pubblica fede nel luogo dove l'atto è formato*".

Famosi giuristi identificano due tipologie di atto pubblico:

- atto pubblico in senso lato, ovvero documenti compilati dai Pubblici Ufficiali o dai Pubblici Impiegati incaricati di un Pubblico Servizio nell'esercizio delle loro funzioni o attribuzioni;
- atto pubblico in senso stretto, ossia documento ex art. 2699 del Codice Civile redatto, con le formalità prescritte, dai Pubblici Ufficiali (es. notaio), i quali gli attribuiscono *pubblica fede* (nel senso che nessuno può metterne in discussione il contenuto).

QUALIFICAZIONE GIURIDICA DELL'INFERMIERE

Anni addietro l'infermiere era qualificato come mero Incaricato di Pubblico Servizio ex art.358 del Codice Penale e la documentazione infermieristica, oltre ad assumere un limitato valore legale, era considerata dalla dottrina giuridica come *atto pubblico in senso lato* e, pertanto, come elemento facoltativo per la ricostruzione dei fatti.

Con il pieno riconoscimento della professione infermieristica come *professione sanitaria*, tutti i professionisti sanitari sono sia Pubblici Ufficiali, sia incaricati di pubblico servizio: ciò che connota l'una o l'altra funzione è la specifica attività realizzata in un dato momento e contesto. Il medico di guardia è un Incaricato di Pubblico Servizio; quando compila un certificato esercita una funzione di Pubblico Ufficiale. L'infermiere in servizio è un incaricato di Pubblico Servizio; quando compila una scheda di triage riveste la qualifica di Pubblico Ufficiale. Secondo quanto disposto dal Codice Penale (art. 358 c.p.) si definiscono Incaricati di Pubblico Servizio "*coloro i quali, a qualunque titolo,*

segue

prestano un Pubblico Servizio”, il quale “*deve intendersi un’attività disciplinata nelle stesse forme della pubblica funzione, ma caratterizzata dalla mancanza dei poteri tipici di quest’ultima, e con esclusione dello svolgimento di semplici mansioni di ordine e della prestazione di opera meramente materiale*”.

Il Pubblico Ufficiale (art. 357 CP, integrato da Cass. 8987/88) è colui che “*permanentemente o temporaneamente, gratuitamente o con retribuzione, volontariamente o non, esercita una pubblica funzione, intesa questa in senso oggettivo o funzionale e non soggettivo. Ne consegue che tale deve considerarsi il sanitario che presta la sua opera professionale in favore di coloro che possono fruire dell’assistenza pubbli-*

ca, in quanto svolge un’attività che oltre ad essere connotata intrinsecamente da un evidente interesse pubblico, qual è quello della tutela alla salute, è a lui attribuita, dall’ordinamento dello Stato con la conseguente efficacia di impegnare, attraverso le sue indicazioni, l’ente mutualistico all’erogazione di determinate prestazioni”.

Ne consegue che medici e infermieri sono anche Pubblici Ufficiali e la loro documentazione è qualificabile come Atto Pubblico.

Compilare la cartella infermieristica significa esercitare una funzione notarile che attesta quanto svolto nell’esercizio dell’attività sanitaria, con una valenza probatoria privilegiata rispetto ad altri mezzi di accertamento della verità.

Il riconoscimento della professione infermieristica come professione sanitaria, introdotto dalla legge 42/99, ha completamente modificato la qualificazione giuridica della documentazione infermieristica, conferendole pari dignità rispetto a quella medica; insieme a quest’ultima costituisce oggi la raccolta organica di tutti i dati e le informazioni riguardanti l’assistito. Il punto nodale si focalizza non tanto sulla categoria professionale che effettua la rilevazione, ma sul contenuto della stessa e sul valore giuridico probatorio ad essa riconosciuto; pertanto si deve parlare di documentazione sanitaria di cui fa parte a pieno titolo anche la documentazione o la cartella infermieristica.

La documentazione può includere registrazioni cartacee o computerizzate, può essere standardizzata, composta da fogli singoli di registrazione o da schede con un’enorme variabilità degli strumenti utilizzati.

BOX 2

CARTELLA INFERMIERISTICA: EVOLUZIONE LEGISLATIVA

DPR 225/74

“...registrazione su apposito diario delle prescrizioni mediche, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio” (art.1, punto b)

“...tenuta e compilazione dei registri e dei moduli di uso corrente” (art.1, punto e)

DPR 384/90

“...deve attuarsi un modello di assistenza infermieristica che (...) consenta (...) anche attraverso l’adozione di una cartella di assistenza infermieristica un progressivo miglioramento dell’assistenza al cittadino” (art. 57, lett. d)

Nomenclatore tariffario minimo nazionale:

voce 003T “...elaborazione e gestione del dossier di assistenza”

DM 739/94

“...l’infermiere: a) partecipa alla 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”

DPR 37/97

“...devono essere predisposte con gli operatori delle linee-guida che indichino il processo assistenziale con il quale devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità”

DM 24/07/1996

Tabella b, Standard formativo pratico e di tirocinio: “...lo studente, alla fine del terzo anno di corso deve: (...) essere in grado di (...) pianificare, fornire, valutare l’assistenza infermieristica rivolta a persone sane e malate, sia in ospedale che nella comunità; (...) ana-

lizzare i risultati di ricerche svolte individuandone le possibilità applicabili; ricercare e sistematizzare dati nelle realtà operative”

Codice deontologico 1999

“L’infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l’efficace gestione degli strumenti informativi” (art. 4.7)

Legge 42/99

“2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con DPR 14 marzo 1974, n.225 (...) .Il campo proprio di attività e responsabilità delle professioni sanitarie (...) è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi ordini professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post-base, nonché degli specifici Codici deontologici” (art.1, comma 2)

Legge 251/2000

“Gli operatori delle professioni sanitarie dell’area delle scienze infermieristiche (...) svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione, alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva, (...) utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell’assistenza” (art.1)

Codice deontologico 2009

“L’infermiere riconosce il valore dell’informazione integrata multi-professionale e si adopera affinché l’assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita” (art 23, capo IV)

“L’infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi all’assistito. Nella raccolta, la gestione e nel passaggio di dati, si limita a ciò che è attinente all’assistenza” (art. 26, capo IV)

“L’infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di un’efficace gestione degli strumenti informativi” (art. 27, capo IV)

**PERCHÉ
DOCUMENTARE**

Documentare significa porre le basi per comprendere al meglio i bisogni assistenziali della persona, anche e soprattutto per consentire a tutti gli operatori di realizzare in modo completo le attività di competenza, assumendo le decisioni più opportune per l'assistito: in tal modo si realizza una concreta attuazione del suo diritto a ricevere cure pertinenti e appropriate.

Allo stesso tempo, documentare significa raccogliere una serie di informazioni che ai vari livelli di responsabilità sono indispensabili per attuare una corretta gestione e organizzazione dell'assistenza (infermiere, infermiere coordinatore, infermiere dirigente).

Registrare significa certificare quanto fatto, consentire la valutazione dell'operato, sia ai fini dell'organizzazione interna, sia ai fini del miglioramento della qualità dell'assistenza. Il registrare permette anche di assicurare il mantenimento dello standard assistenziale nell'avvicinarsi degli operatori e nei momenti di dimissione/trasferimento della persona assistita, oltre a garantire la trasmissione e lo sviluppo delle conoscenze.

La documentazione serve all'infermiere per *“documentare fatti inerenti all'attività da lui svolta e alla regolarità delle operazioni amministrative alle quali egli è addetto”* (Cassazione, V Sez., 25 settembre 1980); il fatto viene ricostruito *“dalla cartella clinica, sebbene gravemente lacunosa, dal libro delle consegne del personale (infermieristico), più puntuale e ampiamente attendibile secondo il parere dello stesso consulente tecnico”* (Pretura di Firenze, sentenza 893/1994).

**LE INFORMAZIONI
DA RILEVARE E
INDICARE NELLA
DOCUMENTAZIONE**

Non tutte le informazioni sono soggette a registrazione; sono le finalità istituzionali e professionali a determinare quali informazioni documentare e come documentarle (Casati M, 2005).

Pur essendo il contenuto della documentazione infermieristica espressione delle funzioni indicate nel profilo professionale (Dm 739/94), la relativa documentazione varierà in funzione dei contesti in cui l'attività infermieristica andrà ad esprimersi ed a concretizzarsi (in regime di degenza ospedaliera, libero professionale, domiciliare, day hospital ecc.).

La documentazione infermieristica diviene così da semplice archivio di informazioni consegnato alle decisioni di altre professioni a strumento del *problem solving* scientifico applicato all'assistenza infermieristica. Può identificarsi con la registrazione del processo diagnostico dell'infermiere, in quanto corretta e completa identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica da soddisfare e della correlata pianificazione e valutazione degli interventi (Motta P, 1998).

Ma diviene anche 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 della connesse valutazioni (Rodriguez D, Aprile A, 2004), attività implicita nell'erogazione dell'assistenza infermieristica.

La documentazione sanitaria, affinché possa ritenersi completa, dovrà necessariamente contenere, oltre alla documentazione medica, anche la documentazione infermieristica, con l'integrazione, ove il caso, di quelle degli altri professionisti, soggiacendo automaticamente a tutte le indicazioni giurisprudenziali fino ad ora richieste per la cartella clinica in generale.

**LE NORME CHE
DISCIPLINANO LA
MATERIA**

Nelle norme non sono presenti prescrizioni di struttura specifiche. La giurisprudenza amministrativa al riguardo ha precisato che *“in mancanza di una puntuale determinazione normativa inerente i dati assistenziali e sanitari da riportarsi nella predetta, il contenuto della cartella deve ricavarsi dall'attività infermieristica, così come oggi la intende il quadro normativo dopo le innovazioni apportate con le riforme all'esercizio professionale operate dalle leggi 42/1999 e 251/2000”*.

“Al riguardo dalla suddetta normativa e dallo stesso Dm 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 (...)” (Tar del Trentino-Alto Adige, sentenza 75 del 14 marzo 2005).

**GLI ELEMENTI
FONDAMENTALI DA
DOCUMENTARE**

Fondamentali da documentare in cartella sono la descrizione della presa in carico, dall'inizio alla sua conclusione; l'attuazione del processo di assistenza (Tabella 1), che comprende, tra l'altro, le reazioni della persona assistita e delle persone per lei significative; la rilevazione dei rischi e degli eventi indesiderati; la descrizione della situazione al termine della presa in carico (Casati M, 2005).

Tabella 1

DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA - PROCESSO DI ASSISTENZA E STRUMENTI

Fasi del processo di assistenza	Principali strumenti e attività	Elementi /contenuto (da registrare)
Raccolta dati	<ul style="list-style-type: none"> • Scheda di accertamento • Scale di valutazione 	<ul style="list-style-type: none"> • Di natura disciplinare • Modello concettuale di riferimento Dati generali relativi all'identificazione della persona, alla modalità di presa in carico e alla patologia
Identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica	<ul style="list-style-type: none"> • Schede piano standard • Piano individualizzato • Schede per problemi 	Bisogni di assistenza infermieristica, diagnosi infermieristica/problemi collaborativi
Definizione degli obiettivi e pianificazione		<ul style="list-style-type: none"> • Obiettivo (soggetto, azione, condizione, tempo) • Prescrizione infermieristica (verbo, azione, frequenza)
Attuazione/registrazione	<ul style="list-style-type: none"> • Diario infermieristico (in forma libera /strutturata) • Schede tecniche/accessorie per gestire in modo uniforme una stessa tipologia di interventi od osservazioni • Schede per le procedure terapeutiche e diagnostiche • Protocolli e procedure 	<ul style="list-style-type: none"> • Effettiva realizzazione degli interventi assistenziali, valutazione in progress dei problemi del paziente e relative modificazioni • Effettuazione di trattamenti diagnostici e terapeutici Ogni registrazione va firmata, indicando la data e l'ora, la firma è siglabile
Valutazione	<ul style="list-style-type: none"> • Scheda di dimissione/trasferimento 	<ul style="list-style-type: none"> • Risultati ottenuti riferiti all'obiettivo o agli obiettivi prefissati/scostamenti La valutazione continua si riporta nell'attuazione (diario infermieristico)

I REQUISITI FORMALI E SOSTANZIALI DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

Nel definire quali siano i requisiti della documentazione infermieristica occorre muovere da una prospettiva dettata dalla responsabilità professionale: la correttezza giuridica si identifica infatti con la correttezza professionale, pertanto è richiesto il rispetto di requisiti formali e sostanziali la cui violazione fa presumere un percorso di cure inadeguato (con conseguente inversione dell'onere della prova).

I requisiti sostanziali sono:

- **La veridicità.** È il più significativo e indica l'effettiva corrispondenza fra il dato registrato e il fatto, tra quanto osservato, percepito, pianificato eseguito e quanto scritto.
- **La completezza e la precisione.** I dati riportati devono essere il più possibile capaci di descrivere quello che è accaduto, dandone una visione completa, per cui non si deve trascurare o omettere elementi che possano essere essenziali. Quanto effettuato, obiettivamente raccolto, valutato e pianificato deve essere riportato per iscritto nel modo più aderente e conforme possibile a quanto accaduto. I dati obiettivi possono essere corredati dalle opportune valutazioni. Ogni singola annotazione deve essere firmata in modo da rendere possibile l'attribuzione di ogni attività ai singoli professionisti.
- **La chiarezza e la comprensibilità.** La registrazione (grafia e comprensione del testo) deve essere chiaramente leggibile da parte di chiunque senza possibili interpretazioni.
- **La tempestività.** La registrazione di ogni annotazione deve essere effettuata contestualmente al verificarsi dell'evento. Anche in casi eccezionali (urgenze e/o emergenze) i fatti devono essere registrati il prima possibile: *“La cartella è un atto pubblico che esplica la funzione di diario dell'intervento medico e dei relativi fatti clinici rilevanti, sicché i fatti devono essere annotati conformemente al loro verificarsi”* (Cassazione 22694/2005).

I requisiti sostanziali si declinano nel contenuto della cartella, quali elementi che certificano come vera la registrazione di quanto avvenuto, valutato, realizzato. Nella Tabella 2 sono descritti gli elementi di correttezza che esprimono la presenza dei requisiti sostanziali e gli strumenti utilizzabili.

Tabella 2

ELEMENTI DI CORRETTEZZA E STRUMENTI

Modalità/contenuti	Strumenti
Registrazione in progressione cronologica del processo assistenziale, delle annotazioni e considerazioni	Cartella, schede documentali, diarie
<ul style="list-style-type: none"> ■ Dati completi, non solo di tipo anagrafico ma anche anamnestico • rilevazione di dati obiettivi in relazione alle condizioni di salute attuali; • informazioni relative alle condizioni psico-sociali della persona; • rilevazione dei dati sul livello di autonomia 	Schede di accertamento scale di valutazione
<ul style="list-style-type: none"> ■ Identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica, di problemi/alterazioni rilevati, di situazioni di rischio ■ Definizione delle finalità dell'assistenza infermieristica, degli obiettivi per la persona assistita e pianificazione dell'assistenza; ■ Valutazione dei possibili rischi futuri 	Piano di assistenza standard/individualizzato Scheda per problemi/per singoli bisogni (es. scheda eliminazione, alimentazione, mobilizzazione) Scheda medicazioni, protocollo dolore post operatorio
<ul style="list-style-type: none"> ■ Registrazione interventi tecnici, informativi e educativi • sostituzione nel soddisfacimento dei bisogni della persona • monitoraggio clinico • effettuazione delle procedure con finalità diagnostiche e terapeutiche • informazione/educazione sanitaria/educazione terapeutica • mantenimento delle abilità residue • potenziamento delle capacità di adattamento alla condizione clinica, alla prognosi e agli esiti • coinvolgimento delle persone di riferimento ■ Monitoraggio delle condizioni cliniche/adattamento della persona all'ambiente ospedaliero, territoriale, sociale ■ Valutazione periodica del grado di raggiungimento degli obiettivi ■ Rilevazione dei rischi e delle misure per garantire la sicurezza della persona ■ Gestione problematiche particolari (presidi, medicazioni, dolore, etc.) ■ Prescrizioni infermieristiche di attribuzione di attività agli OSS 	Scheda per singoli bisogni/problemi (scheda eliminazione, alimentazione, mobilizzazione) Scheda rilevazione parametri Scheda medicazioni, protocollo dolore post operatorio o per la gestione di problematiche particolari Diario clinico Protocolli e procedure adottate in allegato Prevedere appositi spazi (o schede dedicate) per le registrazioni da parte degli operatori di supporto circa lo svolgimento delle prescrizioni infermieristiche Spazi per ulteriori note
<ul style="list-style-type: none"> ■ Segnalazione di eventuali trasferimenti per esigenze diagnostiche e/o terapeutiche e le modalità di svolgimento registrazione esiti finali assistenza 	Scheda di dimissione/trasferimento infermieristica integrata alla scheda medica Scheda rilevazione parametri/diario clinico Schede utilizzate per rilevazione problemi

Nei contenziosi per responsabilità professionale la carente compilazione della cartella o di certificati annessi può determinare una “*presunzione di colpa*” a carico dell’infermiere (Cassazione 11316/2003), in quanto nel caso in cui dalla cartella non sia possibile trarre utili elementi di valutazione della condotta del sanitario, il giudice può fare ricorso a presunzioni logiche come fonti di prova. Il mancato inserimento nella cartella infermieristica di determinate circostanze o fatti di una certa rilevanza può configurarsi come una “*omissione di atti di ufficio*” (ex art. 328 c.p.).

Una corretta registrazione formale consente al magistrato di apprezzare non solo il rispetto degli elementi sostanziali richiesti, ma anche la professionalità espressa dall’infermiere.

Nella Tabella 3 sono descritti gli elementi di correttezza rispetto ai requisiti formali e alcuni suggerimenti rispetto ai problemi più frequenti o di maggiore rilevanza giuridica.

Tabella 3

REQUISITI FORMALI: CORRETTEZZA DELLA COMPILAZIONE

Requisiti	Suggerimenti
I fatti indicati devono rispondere al vero	<ul style="list-style-type: none"> • Non inserire opinioni personali • Riportare i fatti, se si riferiscono osservazioni del paziente esplicitare che sono del paziente (es. Il paziente riferisce “ho dolore”) • Meglio inserire eventuale dissenso del paziente alle cure o non collaborazione o altre frasi rilevanti tra virgolette • In caso di segnalazione di incidenti o eventi avversi inserire l'accaduto e gli esiti per l'assistito (es. “il paziente è caduto alle ore 18.00, è stato chiamato il medico di guardia, è stato posizionato ghiaccio in sede...”), senza inserire giustificazioni • Scrivere quanto messo in atto, riportando anche, se necessario e possibile, le reazioni della persona • Scrivere solo quello che si è messo in atto personalmente • Non sostituirsi ad altri, rispetto degli ambiti di competenza • Se si è in disaccordo con un' indicazione clinica, rileggere bene tutta la documentazione e eventualmente registrare il proprio dissenso e l' eventuale rationale, senza commenti o giustificazioni
Contestualità	<p>Riportare sempre data e ora dell'accertamento, delle annotazioni e rilevazioni</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se costretti a posticipare le annotazioni, evidenziare l'orario dei diversi momenti • Scrivere le prestazioni via via che si eseguono, senza rimandare a un momento successivo
Deve essere completa e corretta In termini di ordine logico e cronologico	<ul style="list-style-type: none"> • Scrivere nome e cognome di chi procede alle annotazioni • Indicare il luogo in cui si svolgono determinati accertamenti • Riportare non solo i sintomi evidenti, anche ciò che il paziente non presenta • precisare la fonte delle informazioni raccolte • Allegare protocolli e procedure utilizzati • Se si riportano decisioni mediche, indicare il nome del medico
Accorgimenti e cautele in caso di correzione di errori materiali	<p>Le cancellature non sono ammesse ma:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Correggere l'errore tracciando una linea sopra in modo che sia leggibile - Non usare correttori o cancellature che impediscono di leggere il contenuto sottostante - Scrivere la correzione di seguito - Non scrivere fuori riga - Le correzioni effettuate in momenti successivi devono riportare chiaramente a cosa si riferiscono e perché sono effettuate, con data, ora e firma di chi annota - Non aggiungere annotazioni dimenticate utilizzando spazi bianchi ristretti - Non lasciare spazi vuoti
La cartella deve essere chiara e leggibile. Scrivere in maniera chiara: grafia, testo e terminologia	<ul style="list-style-type: none"> - Scrittura e firma devono essere sempre leggibili (sigle depositate) - Scrivere sempre a penna con inchiostro indelebile e in modo leggibile - Usare solo simboli e abbreviazioni codificati e allegare la legenda - Utilizzare solo termini tecnici corretti scientifici e in lingua italiana - Non utilizzare espressioni generalizzate - Non usare parole ambigue (es. molto, poco, grande, probabile) - Trasformare le affermazioni in negativo (no dolore) in positivo (assenza di dolore) - Evitare annotazioni ridondanti, scrivere in modo sintetico e completo

IL CASO:
LA FUNZIONE
DI TUTELA DELLA
DOCUMENTAZIONE
NELLA PRATICA
QUOTIDIANA

La signora XY di anni 73 arriva in urgenza al Pronto Soccorso alle ore 00.23 del 2 agosto, ricoverata con diagnosi di cirrosi epatica scompensata HCV+.

Dalla mattina presenta astenia, più intensa difficoltà a mantenere l'equilibrio camminando; la paziente è vigile, collaborante, parzialmente orientata, rallentata. Da tempo disturbo dell'equilibrio ed astenia, soprattutto la mattina; richiesta Tac cerebrale, visita neurologica. All'anamnesi recente, riferita dalla stessa paziente: disequilibrio con necessità di appoggio, stato confusionale la mattina riferito dai figli.

- 3 agosto, la paziente è vigile, orientata, collaborante, migliorata nel complesso, riferisce ancora senso di insicurezza quando cammina.
- 4 agosto, visita neurologica "lieve atassia statica e dinamica; tono dell'umore depresso. Conclusioni: lieve piramidismo dx e atassia di ndd (origine neurovascolare ?) Tac encefalo e eventuale controllo."
- 9 agosto, *"in data odierna la paziente, mentre si recava da sola, senza aver avvertito il personale infermieristico, nel bagno posto in camera, cadeva accidentalmente riportando un trauma contusivo lombosacrale con successivi riscontri di frattura amielinica da schiacciamento di D12 alla Rx del rachide eseguito dopo la valutazione medica prontamente eseguita."*
- 20 agosto, dimissione: cirrosi epatica hcv corr., encefalopatia vascolare cronica; frattura da schiacciamento di D12, infezione urinaria.

Ripetuti ricoveri successivi per progressiva ingravescenza del quadro epatometabolico; perdita progressiva dell'autonomia personale residua: paziente costantemente costretta a letto. Exitus il 1 gennaio dell'anno successivo.

È stata sporta denuncia da parte dei parenti.

Il fatto viene ricostruito in sede giuridica dalla seguente documentazione: referto di Pronto Soccorso, scheda di dimissione, cartella clinica contenente anamnesi, diario clinico, scheda rilevazione parametri, indagini di laboratorio e strumentali, relazione sui fatti redatta dal direttore dell'UO e relazione di ricovero redatta dalla Direzione sanitaria, relazione medico-legale di parte, certificati medici successivi alla dimissione.

Tabella 4

COSA È STATO FATTO, COSA SI SAREBBE DOVUTO FARE

Cosa è stato fatto	Cosa si sarebbe dovuto fare
Dalla valutazione della documentazione (scheda rilevazioni parametri, diario infermieristico) si rileva che:	Dalla documentazione si evidenzia:
<p>All'ingresso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non è stato posto in essere alcun accertamento infermieristico e/o valutazione del rischio di caduta, anche se la paziente presenta già all'ingresso alcuni dei fattori di rischio per caduta in ospedale descritti in letteratura, in relazione alle caratteristiche della persona, deambulazione instabile, deficit cognitivi, stato confusionale, disorientamento - [i] Scarsa coordinazione nei movimenti; per l'età, per la patologia presentata, per la sintomatologia presente sia nell'anamnesi che durante la degenza, può considerarsi a rischio per caduta in qualunque attività che implichi il movimento, quale camminare, alzarsi dal letto, andare in bagno - Non sono stati identificati bisogni di assistenza infermieristica 	<ul style="list-style-type: none"> - Accertamento infermieristico in particolare su attività di vita: eliminazione, mobilità e capacità motoria, equilibrio, utilizzo di scale: ADL, Conley - Valutazione/identificazione rischio di caduta (Registered Nurses' Association of Ontario, Dossier Ecce-InFad Prevenzione della cadute nell' anziano) - Identificazione eventuali alterazioni nella soddisfazione dei bisogni: diminuzione autonomia nel soddisfacimento bisogno di muoversi e di eliminazione - Identificazione bisogni soddisfatti autonomamente - Risposte della persona alla patologia /situazione clinica/ospedalizzazione
<p>All'ingresso e durante la degenza fino al giorno 9 agosto:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non sono stati progettati e registrati interventi di sorveglianza vs condizioni della paziente, né interventi di tipo preventivo finalizzati a diminuire o evitare il rischio di caduta, almeno per quelle attività dove era facilmente prevedibile, anche in assenza di una valutazione sistematica, quali alzarsi dal letto e andare in bagno, né interventi di tipo compensatorio/di sostituzione/di accompagnamento e/o supervisione, né di tipo educativo - Nessuna informazione né segnalazione sulla necessità di sorveglianza, di una presenza fissa accanto alla paziente o per alcune attività 	<p>Registrazione di:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pianificazione di interventi di sorveglianza - Pianificazione e attuazione di interventi informativi quali informare la paziente di non alzarsi da sola per andare in bagno, ma avvisare l'infermiere - Valutazione con i familiari e la paziente della eventuale necessità di una presenza fissa e della decisione assunta - Pianificazione e attuazione di interventi programmati periodici di accompagnamento al bagno - Pianificazione e attuazione o indicazioni per l'OSS di interventi di aiuto nella deambulazione
Evento caduta	<p>Registrazione dell'evento, nel caso riferire come si è trovata la signora e come riferisce l'evento</p> <p>Registrazione dei provvedimenti presi</p> <p>Segnalazione dell'evento</p>

La registrazione corretta di tutti fatti accaduti avrebbe consentito all'infermiere di dimostrare al meglio le sue ragioni, di conseguenza di semplificare la difesa del suo operato nelle sedi giudiziarie. Nel caso in esame, sebbene l'infermiere e il team infermieristico abbiano messo in atto tutto quanto necessario, avranno estrema difficoltà a dimostrarlo.

la DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA e il RAPPORTO CON GLI ALTRI OPERATORI

Le recenti modifiche normative hanno determinato il riconoscimento di una modalità di approccio assistenziale al paziente non più di tipo gerarchico ma di équipe.

L'atto sanitario si può configurare come la risultante di un insieme di azioni concorrenti a un fine unitario, rappresentando ciascuna di esse quasi la tessera di un mosaico non sempre dotata, peraltro, di piena autonomia e di specifica individualità di esecuzione.

Per attività di équipe in medicina si intende attività che comportano una contestuale prestazione diagnostico o terapeutica da parte di un gruppo di sanitari che svolgono insieme, ma con compiti differenziati, un determinato trattamento diagnostico o terapeutico (Fiori A, 1999).

Nell'ordinamento giuridico italiano vige il principio dell'"affidamento" in base al quale, di norma un soggetto può confidare nel comportamento lecito di altri soggetti. Secondo il principio dell'affidamento ciascun componente dell'équipe può fare affidamento sul fatto che ognuno degli altri eseguirà in modo diligente i propri compiti, di conseguenza ciascuno risponde dell'inosservanza delle *leges artis* del proprio specifico settore professionale, senza che esista un dovere di prevedere eventuali difetti di diligenza altrui: questo principio evita di far risalire al capo équipe per difetto di sorveglianza, le conseguenze di errori commessi da altri. Ciò vale solo nell'ambito delle prestazioni autonome che essi sono abilitati a compiere.

Nessun dovere od onere di sorveglianza o controllo dei colleghi incombe sui componenti dell'équipe: a meno che "controllare" sia proprio l'intervento che costituisce l'oggetto dell'apporto del singolo. In questo caso l'unico membro dell'équipe al quale incomberà un dovere di controllo sarà colui al quale tali compiti sono stati espressamente assegnati.

L'obbligo di controllo e di sorveglianza, e quindi di intervento, insorge quando lo stesso collegamento funzionale e ambientale, che contrassegna l'attività d'équipe, consenta al soggetto partecipante di constatare circostanze fattuali e concreti che facciano prefigurare contegni scorretti e inadeguati o di accorgersi di veri e propri errori di condotta o omissioni in cui un membro dell'équipe sia incorso.

Tale affidamento deve essere reciproco tra superiore e sottoposti. Infatti, qualora l'operatore subordinato ritenga che una data prestazione a lui richiesta sia inopportuna o foriera di eventuali danni al paziente, deve farlo espressamente presente al superiore e, nel caso, rifiutarsi di effettuarla (art. 51 c.p.). Quindi non basta affermare che l'ordine proviene da un superiore per poter essere esenti da responsabilità. *"L'attività di somministrazione di farmaci deve essere eseguita dall'infermiere non in modo meccanicistico, ma in modo collaborativo con il medico. In caso di dubbi sul dosaggio prescritto l'infermiere si deve attivare non per sindacare l'efficacia terapeutica del farmaco prescritto, bensì per richiamarne l'attenzione e richiederne la rinnovazione in forma scritta"* (Cass. Pen. IV 1878).

Un obbligo di controllo e di sorveglianza compete, poi, per definizione, al soggetto che, per la particolare sua posizione giuridica di supremazia gerarchica, è chiamato proprio a dirigere e coordinare le prestazioni dei collaboratori. Il capo dell'équipe normalmente ha l'obbligo di prevedere ed evitare i comportamenti illeciti degli altri membri dell'équipe.

Anche nel caso in cui il dirigente sanitario predisponga, in via preventiva, protocolli, procedure o linee guida, è dovere del sottoposto segnalare al proprio superiore – dandone precisa motivazione – inesattezze o inopportunità che egli abbia eventualmente riscontrato nella stesura o nelle modalità applicative di tali direttive. Attenersi supinamente agli indirizzi impartiti dal superiore, non solo contrasta con la qua-

lifica e la professionalità dell'infermiere ma lo esporrebbe ad un'eccezione anche da parte del magistrato. Sul punto, occorre ricordare quanto disposto dal Dpr 3 del 1957.

In particolare l'articolo 13 (Comportamento in servizio) prevede: *“Nei rapporti con i superiori e con i colleghi l'impiegato deve ispirarsi al principio di un'assidua e solerte collaborazione; deve essere di guida e di esempio ai dipendenti, in modo da assicurare il più efficace rendimento del servizio”*.

Il successivo articolo 16 (Dovere verso il superiore) dispone: *“L'impiegato deve eseguire gli ordini che gli siano impartiti dal superiore gerarchico relativamente alle proprie funzioni”*.

Quando, nell'esercizio delle sue funzioni, l'impiegato rilevi difficoltà derivanti dalle disposizioni impartite dai superiori per l'organizzazione, deve riferirne per via gerarchica, formulando le proposte a suo avviso opportune per rimuovere la difficoltà. Parimenti per via gerarchica deve essere inoltrata ogni altra istanza dell'impiegato.

Come si è detto, una comunicazione che il coordinatore infermieristico inoltra per via gerarchica è il rapporto su comportamenti inadeguati di un collaboratore.

Infine, l'articolo 17 (*Limiti al dovere verso il superiore*) definisce nei termini seguenti i limiti al dovere verso il superiore: *“L'impiegato, al quale, dal proprio superiore, sia impartito un ordine che egli ritenga palesemente illegittimo, deve farne rimostranza allo stesso superiore, dichiarandone le ragioni. Se l'ordine è rinnovato per iscritto, l'impiegato ha il dovere di darvi esecuzione. L'impiegato non deve comunque eseguire un ordine del superiore quando l'atto sia vietato dalla legge penale”*.

Di tutto ciò deve essere lasciata analitica testimonianza nella documentazione infermieristica, prestando cura che il tutto sia suffragato da motivazioni ed evidenze scientifiche che diano ragione del dichiarato/realizzato rifiuto.

GLI OPERATORI DI
SUPPORTO E LA
DOCUMENTAZIONE
INFERMIERISTICA

Anche gli operatori di supporto svolgono la propria attività nell'ambito del pubblico servizio e, in quanto tali, potrebbero essere ricondotti nell'ambito delle c.d. pubbliche funzioni ai sensi dell'articolo 358 del Codice Penale.

La loro attività, però, è limitata all'esecuzione delle prescrizioni infermieristiche.

Ne consegue che la loro riconduzione nella qualifica di incaricati di pubblico servizio trova ostacolo nella nozione fornita dalla stessa norma penale: che esclude *“lo svolgimento di semplici mansioni di ordine”* e la *“prestazione di opera meramente materiale”*.

Sul punto occorre registrare la necessità di definire con esattezza l'ambito in cui si dovrà esprimere il rapporto fra i diversi operatori sanitari (medici, infermieri e operatori di supporto). Ciò nonostante, si può riconoscere all'OSS la possibilità di registrare nella documentazione, limitatamente all'esecuzione di quanto contenuto nella prescrizione infermieristica. Ma tali registrazioni non avranno la stessa rilevanza giuridica per legge attribuita a quelle effettuate dagli altri professionisti sanitari (in quanto non riconducibili nell'ambito delle “pubbliche funzioni”; ex artt.357 e 358 c.p.. Soprattutto, non esime l'infermiere dalle conseguenti responsabilità di vigilanza e controllo su quanto eseguito).

Ne consegue la necessità di prevedere nella documentazione infermieristica appositi spazi (es. schede dedicate, definite “fogli unici di assistenza”, analogamente ai “fogli unici di terapia”) affinché gli operatori di supporto possano registrare i loro adempimenti alle prescrizioni infermieristiche.

COMPORTEMENTO
IN PARTICOLARI
SITUAZIONI RIFERITE
NEL CORSO
DELL'ATTIVITÀ
LAVORATIVA

Come accennato, la documentazione infermieristica fornisce prova di ciò che accade avanti il pubblico ufficiale. In tal senso, se le affermazioni sono mere insinuazioni sull'operato dei colleghi, irrilevanti al fine di descrivere la situazione in cui versa il paziente, non è opportuno che vengano annotate in cartella. Nel caso in cui, invece, si ritenga opportuno dare menzione delle affermazioni e dei giudizi soggettivi a cui si è assistito, è opportuno utilizzare sempre le virgolette e segnalare (senza aggiungere alcun commento) da chi proviene l'affermazione (ad esempio, la moglie) ed il contenuto dell'affermazione stessa (*“durante la notte si alza mille volte per andare in bagno”*).

USO DELLA
CARTELLA
INFERMIERISTICA
RISPETTO AD ALTRE
FIGURE

È opportuno distinguere i casi in cui vi siano conflitti fra diverse figure professionali e quelli in cui non vi sia accordo sulle scelte sanitarie operate.

Nel primo caso, se vi sono situazioni conflittuali, occorre ricordare che la cartella infermieristica non è uno strumento per sindacare l'operato dei colleghi, ma un atto pubblico; in quanto tale, deve essere trattato con estremo rispetto ed attenzione: occorre eventualmente percorrere le vie istituzionali per far valere i propri diritti e per risolvere questo tipo di conflittualità.

Se non vi è accordo sulle scelte operate o su una conclusione clinica altrui, prima di prendere una po-

sizione rileggere con attenzione la cartella, revisionando la documentazione e le procedure indicate. Se permane il dissenso occorre registrare la propria opinione e il rationale della decisione senza commenti o giudizi. Si tenga presente che nel caso in cui l'infermiere dissenta da una decisione di un collega o di altri, valgono le considerazioni precedentemente svolte con riferimento al Dpr 3 del 1957 e all'art 51 c.p. Qualora si verifichi un danno o un incidente, è opportuno evitare di inserire in cartella delle annotazioni giustificative, piuttosto si deve registrare quanto accaduto e i provvedimenti presi, oltre a segnalare l'evento stesso.

BOX 3

LE PRINCIPALI CONTESTAZIONI E COME SI POSSONO EVITARE

Questi sono in genere le principali contestazioni avanzate nei confronti della cartella infermieristica

Scarsa leggibilità: se è difficile leggere i fatti descritti, anche la difesa dell'infermiere diviene difficile (se non impossibile). Le registrazioni devono essere sintetiche, complete e perfettamente leggibili.

Uso improprio di abbreviazioni: occorre eliminare ciò che può creare dubbi di interpretazione dello scritto, a meno che ci sia una legenda delle abbreviazioni depositate e condivise con tutti.

Uso di acronimi: occorre eliminarli. Anche in tal caso, possono essere utilizzati solo acronimi indiscutibilmente noti a tutti i sanitari.

Uso di espressioni troppo generiche o ambigue: creano problemi interpretativi. Bisogna scrivere in modo chiaro e preciso cosa accade, facendo attenzione all'attualità anamnestica. Non usare parole ambigue: talvolta, spesso, grande, probabile ecc.

Uso di espressioni positive o negative: quando si verifica un decorso clinico atipico, non basta limitarsi a scrivere esclusivamente i sintomi evidenti – ciò che il paziente ha – ma anche quelli non presenti, ovvero ciò che il paziente non ha.

Usare un linguaggio chiaro: evitare gli eccessi o i difetti di informazione: per es. l'espressione "dolore al ginocchio – non in posizione seduta" può essere interpretato sia nel senso che il dolore non compare in posizione seduta, sia come affermazione che il paziente non deve stare seduto. Evitare espressioni poco chiare ("mezzo pieno" è differente da "mezzo vuoto"; ad es. "l'edema si è ridotto" porta a decisioni diverse rispetto all'espressione "persiste ancora edema anche se ridotto").

Mancata registrazione: un'omissione determina sempre nel magistrato il dubbio che sia volontaria ed intenzionale o che sia espressione di un comportamento negligente.

Non aspettare a scrivere: i fatti debbono essere annotati contestualmente al loro verificarsi, in modo consequenziale. Ciascuna annotazione ha di per sé solo un valore documentale completo e definitivo. Se si alterano successivamente tali descrizioni si commette falsità, anche se la cartella è ancora in mano all'infermiere. Si veda quanto espresso dalla Cassazione (22694/2005): "La cartella è un atto pubblico che esplica la funzione di diario dell'intervento medico e dei relativi fatti clinici rilevanti, sicché i fatti devono essere annotati conformemente al loro verificarsi".

Le annotazioni successive: i fatti (quanto meno quelli più importanti) devono essere riportati immediatamente seguendo un ordine cronologico: "gli spazi e i tempi vuoti" sono sempre difficilmente giustificabili. Occorre registrare il più velocemente possibile – mai oltre le 24 ore – gli ordini impartiti telefonicamente, o comunque verbalmente

Le correzioni improprie: Se si appone una correzione, questa deve essere sempre chiaramente visibile: in questo modo si evita che il magistrato possa pensare di essere di fronte ad una falsificazione successiva del documento. La cartella infermieristica è un documento permanente, per cui ogni registrazione non deve essere cancellata. Evitare, se possibile, le correzioni; nel caso, tracciare una linea sulle parole e sulle frasi da correggere, consentendone la leggibilità, annotare la data e firmare la correzione.

Le opinioni personali: non serve a indicare i contrasti esistenti con i pazienti o i loro parenti. Meglio annotare l'eventuale dissenso, il rifiuto alle cure o la mancata collaborazione, o altre frasi rilevanti senza alcun aggiungere alcun commento e mettendole "tra virgolette". Se si devono fare reclami o evidenziare conflitti esistenti; occorre utilizzare le vie istituzionali e non la documentazione infermieristica. Si pensi al caso in cui una cartella con commenti e giudizi venga fotocopiata: il paziente, il parente o altri possono sporgere denuncia nei confronti dell'infermiere.

Le insinuazioni: non è opportuno, né utile inserire in cartella insinuazioni sull'operato dei colleghi. Se è veramente necessario riferire giudizi soggettivi, occorre utilizzare sempre le virgolette e segnalare – senza aggiungere giudizi – chi ha fatto l'affermazione: ad es. il padre racconta che il figlio ha avuto "una paralisi dovuta a danno subito durante il parto".

Quando si scrive a macchina/computer: se possibile scrivere a macchina/computer (evitando un eccesso di colori e formati) ed usando dei caratteri ed un corpo adeguato (se possibile usare grafici). Spaziare adeguatamente le righe tra di loro e non comporre periodi troppo lunghi o troppo corti, evitando gli elenchi e, possibilmente, i richiami (stelle, frecce ecc.). Usare i numeri in colonne separate e non mescolare numeri e testo.

la DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA COME *atto* PUBBLICO: CONSEGUENZE GIURIDICHE NELL'ESERCIZIO PROFESSIONALE

Come si è detto, la principale funzione della documentazione sanitaria è quella di assicurare la trasmissione di tutte le informazioni relative all'attività realizzata in favore del paziente: in modo particolare, deve riferirsi ad ogni singolo episodio di ricovero, come strumento indispensabile per la corretta gestione dell'assistenza infermieristica alla persona.

Quanto ai reati prospettabili nel caso di mancata o scorretta compilazione della documentazione sanitaria, occorre ricordare che l'infermiere è oggi qualificato come "pubblico ufficiale". Ne consegue che compilare la cartella infermieristica significa esercitare una funzione analoga a quella notarile: attestare quanto svolto nell'esercizio dell'attività sanitaria con una valenza probatoria privilegiata rispetto ad altri mezzi di accertamento della verità.

In tal senso, verrà qualificata come atto pubblico ai sensi dell'art. 2699 del codice civile e ad essa si accompagna l'efficacia di cui all'art. 2700 codice civile.

I reati applicabili in caso di scorretta compilazione della cartella infermieristica

Si possono ipotizzare le seguenti fattispecie di reato:

- omissione di atti di ufficio (box 4, art. 328 c.p.)
- falso ideologico in atto pubblico (box 4, art. 479 c.p.)
- falso materiale in atto pubblico (box 4, art. 476 c.p.).

BOX 4

OMISSIONE DI ATTI DI UFFICIO, FALSI IDEOLOGICI E MATERIALI IN ATTI PUBBLICI

SE NON SI COMPILA – Art. 328. Rifiuto di atti d'ufficio. Omissione – Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni. Fuori dei casi previsti dal primo comma, il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo, è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa fino a euro 1.032. Tale richiesta deve essere redatta in forma scritta ed il termine di trenta giorni decorre dalla ricezione della richiesta stessa.

SE SI DICE IL FALSO – Art. 479. Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici - Il pubblico ufficiale che, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto alla sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, soggiace alle pene stabilite nell'articolo 476.

SE SI ALTERA, CANCELLA, "SBIANCHETTA" ECC. – Art. 476. Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici - Il pubblico ufficiale, che, nell'esercizio delle sue funzioni, forma, in tutto o in parte, un atto falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni.

Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querela di falso, la reclusione è da tre a dieci anni.

segue

VALE ANCHE PER LA CARTELLA INFORMATIZZATA – Art. 491-bis. Documenti informatici - Se alcuna delle falsità previste dal presente capo riguarda un documento informatico pubblico o privato avente efficacia probatoria, si applicano le disposizioni del capo stesso con-

cernenti rispettivamente gli atti pubblici e le scritture private. [A tal fine per documento informatico si intende qualunque supporto informatico contenente dati o informazioni aventi efficacia probatoria o programmi specificamente destinati ad elaborarli].

IL “FALSO MATERIALE” E LA SUA RILEVANZA NELLA COSIDETTA “DEFINITIVITÀ” DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

Per meglio comprendere la ragione per cui si applicano i reati qui indicati, è utile ricordare che la documentazione sanitaria acquista carattere di “definitività”, (Cassazione penale, sez. V, 1 dicembre 1987) ogni qualvolta l’infermiere appone le proprie annotazioni in riferimento all’assistenza erogata. Questo significa che ogni registrazione ha uno specifico e autonomo valore documentale che, per così dire, “ferma il tempo” nel momento in cui la singola situazione (valutazione dei rischi, pianificazione assistenziale, rilevazione di parametri, rilevazione di segni e sintomi) viene riportata nel documento.

Da questa premessa fatta deriva che la **successiva alterazione materiale, cancellazione o correzione** posta in essere per **modificare fatti accaduti** – da parte di chi ha redatto la cartella – costituisce una falsità punibile secondo la legge penale (vedi box 4 art. 476 c.p. Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici).

Il reato di **falso materiale in atto pubblico** costituisce una falsità nell’essenza della documentazione e non nella sostanza, dove l’infermiere corregge gli errori attraverso cancellature che **impediscono la visione di quanto scritto in precedenza**.

Il rischio può consistere nella perdita di importanti informazioni che possono essere intese, da parte di un eventuale giudice in fase processuale, come un occultamento di prove, dove pertanto diventa problematico dimostrare di aver agito diligentemente di fronte ad eventuali accuse di *malpractice* infermieristica. La semplice annotazione di un valore pressorio, che ha determinato una prescrizione terapeutica, non può essere successivamente alterato o modificato poiché, in caso di malessere della persona assistita diventa difficoltoso comprendere dove inizia e dove finisce “la buona fede” di chi ha rilevato e registrato e di seguito **modificato** il dato.

Anche l’irregolare compilazione, rispetto alla reale situazione riscontrabile, è punibile ai sensi del codice penale qualora sia realizzata con dolo. Se determinata da incuria o disattenzione nella formulazione delle valutazioni assistenziali rende comunque estremamente difficile porre adeguati strumenti in difesa di un sanitario evidentemente negligente (vedi box 4 art. 479 c.p. Falsità ideologica commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici).

IL SIGNIFICATO DI “FALSO IDEOLOGICO”

La falsità ideologica si differenzia dal falso materiale in quanto risulta essere una falsificazione nella sostanza del documento ovvero nei dati riscontrabili e riferibili all’assistito.

Ad esempio è falso ideologico **non annotare volontariamente** in cartella che un esame strumentale non è stato eseguito a causa della inadeguata preparazione del paziente.

La falsità ideologica è considerata una scorrettezza sostanziale nella compilazione della documentazione.

Se l’infermiere altera volontariamente il documento, il falso che realizza risulta pensato, voluto e pertanto punito a titolo di “dolo”, indipendentemente dal fatto che l’alterazione venga effettuata con lo scopo di rimediare ad una precedente scorrettezza o imprecisione.

INCOMPLETA COMPILAZIONE DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA OVVERO OMISSIONE DI FATTI

La documentazione scritta rappresenta ancora un problema aperto per la professione infermieristica, come del resto per le altre professioni sanitarie.

L’omissione volontaria nella compilazione della cartella configura il reato di omissione d’atti d’ufficio (box 4, art. 328 c.p.).

Chiaramente, essendo il reato di omissione di atti di ufficio un delitto, per la sua integrazione si richiede la sussistenza del “dolo” (la volontà di omettere): in altre parole, il magistrato dovrà provare che l’infermiere sapeva di dover registrare e deliberatamente ha deciso di omettere le attività di sua spettanza.

Nel caso in cui, invece, tale omissione sia il frutto di un comportamento negligente, superficiale – in poche parole, colposo – anche se l’infermiere ha agito in buona fede questo comportamento, oltre che

criticabile dal punto di vista deontologico, non può essere considerato un atteggiamento professionale ed induce nel magistrato la convinzione di avere a che fare con un infermiere sciatto e scarsamente professionale. Tutte le valutazioni che andranno ad incidere pesantemente nella definizione di strategie di difesa di quell'infermiere. Pensiamo, ad esempio, ai casi di valutazione dei rischi relativi alle cadute oppure al rischio di sviluppare una lesione da pressione o ancora al rischio di procurare una flebite da posizionamento di catetere venoso periferico e molto altro ancora.

**COSA
SUCCEDERÀ SE SI
DIVULGA IL
CONTENUTO DI
UNA CARTELLA
INFERMIERISTICA?**

In questi casi si possono applicare i reati previsti per la violazione del segreto d'ufficio e del segreto professionale, quest'ultimo censurabile anche da parte del proprio Collegio.

Anche nel caso in cui, per qualsiasi motivo, vi sia la circolazione all'interno dell'Ospedale della documentazione infermieristica, vanno prese le dovute cautele onde prevenire un'illegitima divulgazione dei dati in essa contenuti.

DOCUMENTAZIONE SANITARIA E LIBERA PROFESSIONE

Ogni professionista, quando riceve un incarico da un paziente/utente alla prima visita, deve redigere un contratto scritto che tuteli sia il paziente che il professionista circa eventuali ricorsi che potrebbero verificarsi. Un contratto può essere anche verbale, ma in caso di sinistro e di eventuale ricorso dell'utente la mancata stesura di uno scritto può mettere in dubbio l'esistenza della prestazione e la data certa, di fronte a terzi. È necessario dotarsi di una cartella infermieristica e di un diario sanitario su cui si annotano le prestazioni effettuate (in ordine cronologico), nonché lo stato di salute dell'utente.

Finalità perseguite – Anche nella libera professione la documentazione infermieristica risponde all'esigenza di garantire la continuità assistenziale, anche di fronte alla necessità che lo stesso assistito sia seguito da operatori diversi; inoltre contribuisce a migliorare la qualità dell'assistenza e a tutelare legalmente il professionista che ha così modo di documentare il proprio operato.

Le regole applicabili – Sul punto, le regole generali su espresse valgono anche nel caso in cui l'attività infermieristica venga esercitata in regime libero professionale. Oltre a quanto sin qui indicato, l'assistenza erogata è anche l'adempimento ad un obbligo contrattualmente assunto dall'infermiere nei confronti del proprio paziente-cliente: considerando che le contestazioni tra cliente e professionista possono verificarsi con più frequenza e devo-

no essere affrontate dal solo professionista, è ancora più evidente l'affermazione secondo cui solo una documentazione puntuale e precisa potrà consentire di dimostrare esattamente (e in momenti anche successivi) di aver eseguito un determinato intervento, in quella data e a quell'ora e in favore di quel assistito.

Come conservare la documentazione – È opportuno conservare tutta la documentazione relativa al proprio cliente presso lo studio del professionista o presso la sede dello studio associato, oppure presso la sede del servizio di assistenza domiciliare o altro. Al momento della visita, è opportuno registrare di volta in volta le proprie attività nel momento in cui vengono realizzate, se possibile portando con sé la documentazione quando ci si reca al domicilio dell'assistito. L'accesso alla documentazione sarà consentito solo per motivi legati all'attività professionale.

Per quanto tempo – Mentre la conservazione della documentazione infermieristica ospedaliera e delle case di cura è a tempo illimitato, nessuna norma prevede che il libero-professionista debba conservare (e per quanto tempo) la scheda dei propri pazienti e la documentazione allegata; si tenga presente che i termini di prescrizione per l'azione civile derivante da responsabilità contrattuale sono di 10 anni (dal giorno in cui il contratto è stato stipulato) mentre la responsabilità civile conseguente al fatto illecito si prescrive in 5 anni dal giorno in cui emerge il fatto.

Va tenuto presente che per conservare dati sensibili il libero professionista deve richiedere l'autorizzazione al paziente.

BIBLIOGRAFIA

Casati M., *La documentazione infermieristica*, 2 ed, Milano 2005.

Fiori A., *Medicina legale e della responsabilità medica*, 2 voll, Giuffrè Editore, Milano 1999.

Motta P., *Gli strumenti della valutazione economica e della tariffazione del-*

le prestazioni infermieristiche, in Aa. Vv., *Dolore e assistenza infermieristica*, Atti del III Congresso nazionale, Cernobbio 1998.

Registered Nurses' Association of Ontario, Op. cit. in *Dossier Ecce-InFad*, Prevenzione delle cadute nell'anziano, 2008.

Rodriguez D., Aprile A., *Medicina legale per infermieri*, Carocci Faber, Roma 2004

Segue da pag.26

La stima del numero di infermieri necessari è una delle variabili da tenere in considerazione, ma sicuramente non l'unica. Queste criticità rappresentano alcuni dei motivi che hanno portato la professione infermieristica a sviluppare metodologie di analisi basate sulla domanda di assistenza infermieristica, quindi un diverso approccio alla definizione del carico di lavoro.

I sistemi di classificazione dei pazienti si sono sviluppati principalmente negli Stati Uniti e in Canada, successivamente anche in altri Stati europei. Le prime metodologie si fondavano sull'offerta di assistenza, mentre le successive si basano sulla domanda di assistenza, prevedendo pertanto una classificazione dei pazienti in base al bisogno di assistenza, alla complessità, al carico di lavoro. Tuttavia, sebbene da diversi anni la comunità professionale affronti questo argomento, i metodi di classificazione scientificamente validati sono solo quelli di prima generazione, sviluppati tra gli anni Cinquanta e Settanta (Metodo New York, Metodo Goddar, Metodo Svizzero ecc.), mentre, per le metodologie più recenti, non esistono studi che ne attestino la validità, l'affidabilità e la capacità di individuare il bisogno di assistenza infermieristica.

Uno dei metodi proposti in Italia è quello della complessità assistenziale, che pone l'attenzione sul paziente e sulle variabili cliniche che incidono sulla complessità. La centralità del paziente emerge come un elemento fondamentale e innovativo: non vengono considerate le variabili organizzative e di contesto.

Su questa metodologia si sviluppano in Italia due sistemi:

1. quello detto della Complessità Assistenziale (CA), proposto dalla Federazione dei Collegi Ispasvi, che analizza la situazione assistenziale della persona attraverso 3 linee:

- salute/malattia (valuta l'instabilità clinica che può essere bassa o alta);
- comprensione/scelta (valuta la capacità di comprendere e di scegliere per sé; può essere bassa o alta);

- azione autonoma (valuta il livello di autonomia nel rispondere ai propri bisogni);

2. quello dell'Indice di Complessità Assistenziale (ICA), che analizza solo la variabile autonomia/dipendenza, ma che si pone non solo come metodo per la raccolta dati, ma come un sistema integrato di supporto organizzativo, in grado di favorire l'applicazione dei modelli professionali assistenziali e di garantire un adeguato processo decisionale dell'infermiere. La raccolta dei dati è finalizzata alla misura delle intensità delle cure, assicurando altresì la definizione e la pianificazione delle attività e il fabbisogno di competenze richieste all'operatore. L'ICA assume dei parametri che si identificano con le undici prestazioni infermieristiche indicate dal modello delle prestazioni e ne misura la complessità, in relazione all'espressione del continuum autonomia/dipendenza e in base alle finalità assistenziali che l'infermiere realizza rispetto al soddisfacimento dei bisogni d'assistenza. Vengono raccolti dati per misurare l'intensità delle cure, per poter definire e pianificare le attività e il fabbisogno di competenze richieste all'operatore. La scheda di rilevazione è composta da 11 item, ognuno dei quali riporta una scala con un massimo di 5 valori, che contribuiscono alla classificazione dei pazienti secondo 5 categorie chiamate classi di gravità.

Il modello proposto dalla Federazione dei Collegi è in fase di sperimentazione, mentre il modello ICA è stato sperimentato, ma non ancora formalmente validato. L'obiettivo di questo lavoro è proporre una prima validazione del modello ICA, valutando anche le sue implicazioni sul carico di lavoro.

MATERIALI E METODI

Disegno dello studio

Nello studio sono state affrontate due fasi del percorso di validazione:

1. Validità apparente o credibilità, ossia l'impressione per gli utilizzatori che l'indicatore fornisca dati rilevanti, capaci di de-

scrivere il fenomeno in questione: sottoponendo la scheda di rilevazione ICA a 20 infermieri di due strutture di degenza, neurochirurgia e chirurgia vascolare.

Gli infermieri hanno utilizzato l'ICA per valutare il carico di lavoro e hanno espresso anche una valutazione empirica rispondendo alla domanda: siete concordi con la valutazione del carico di lavoro espresso dalla scheda di rilevazione? Se no, quali sono gli aspetti che a vostro avviso incidono maggiormente sul carico di lavoro?

- Validità convergente, ossia misurando un certo costrutto mi aspetto che il test che sto utilizzando corredi altamente con altro test che misura lo stesso costrutto. Il livello di dipendenza misurato dall'ICA è stato confrontato con quello ottenuto con il Metodo Svizzero, di Exchaquet e Zublin. Tale strumento risale al 1980, è basato sulla considerazione che il livello di dipendenza dei pazienti è il parametro essenziale per la definizione dei bisogni di cure infermieristiche e per la determinazione del personale necessario al funzionamento delle strutture degenziali. La griglia di rilevazione è composta da 34 item, ognuno dei quali suddiviso su una scala con massimo 3 valori. Il punteggio riportato per ogni variabile consente di classificare i pazienti in 3 categorie (indipendente, parzialmente dipendente e totalmente dipendente). Anche se datato, questo metodo è stato scelto perché conosciuto e già utilizzato in diverse realtà italiane (Toscana, Trentino) negli anni passati.

Le rilevazioni sono state eseguite da coppie di infermieri che avevano lavorato nello stesso turno: a fine turno gli infermieri valutavano in modo indipendente i pazienti, senza comunicarsi le valutazioni. Ciascuno ha utilizzato per una settimana un metodo, nella successiva l'altro.

Campione

Lo studio è stato svolto in un'Azienda della Regione Liguria: l'Ente Ospedaliero "Ospedali Galliera" di Genova. I pazienti reclutati dovevano essere in carico alle strutture degenziali da più di 24 ore.

I dati sono stati raccolti per quindici giorni da 20 infermieri turnisti sulle 24 ore, tutti con anzianità nel servizio superiore all'anno. La scelta dei turnisti è basata sul fatto che osservano i pazienti e le attività dell'unità operativa in momenti diversi, pertanto hanno un quadro completo delle condizioni dei pazienti e dell'organizzazione del lavoro. Tutti gli infermieri dei servizi coinvolti hanno partecipato ad una giornata di formazione sui due metodi di rilevazione; è stato eseguito un periodo di prova di cinque giorni per verificare eventuali problemi. Le rilevazioni sono iniziate il giorno 2 maggio e sono terminate il giorno 16 maggio c.a.

I due sistemi sono stati confrontati in base alle classi di suddivisione dei pazienti. Dato che il Metodo Svizzero divide i pazienti in 3 classi e l'ICA in 5, nella lettura dei dati le classi 2 e 3 dell'ICA sono state considerate equivalenti alla classe 2 dello Svizzero e le classi 4 e 5 dell'ICA alla 3 dello Svizzero.

Analisi statistica

L'analisi descrittiva è stata effettuata utilizzando la mediana (I-III quartile) e le percentuali grezze, in base alla tipologia della variabile analizzata.

Lo studio dell'eterogeneità nelle risposte all'ICA in base alle caratteristiche dei pazienti o degli operatori è stato effettuato con un modello di regressione logistica ad odds proporzionali. Le assunzioni alla base del modello sono state verificate visualmente tramite vari grafici dei residui. Il modello è stato stimato mediante il metodo robusto di White²³ per tenere conto della ripetizione delle misure su un singolo paziente. L'indice kappa è stato calcolato per misurare il livello di accordo tra le scale ICA e svizzera. Tutte le analisi sono state fatte in R-matrix.

RISULTATI

Come riportato nella tabella 1 sono stati valutati 90 pazienti (51 uomini e 39 donne) con un'età media di 70 anni (74 nella Chirurgia Vascolare e 58 nella Neurochirurgia), per un totale di 450 rilevazioni (in media 4 per paziente). Tutti i pazienti sono stati valutati almeno due volte. Nell'unità operativa di Neurochirurgia i

pazienti hanno un turnover più elevato ed un'età media inferiore.

Nella tabella 2 sono riportate le percentuali di osservazioni suddivise per classi di dipendenza, sia per il Metodo Svizzero che per l'ICA. Come si può osservare, solo per 3 pazienti c'è una leggera discordanza tra le due metodologie. Questo sembrerebbe dovuto sia ad un errore di stima, sia ad uno stato border-line (a cavallo tra due classi) nella dipendenza dei pazienti. Dall'analisi delle caratteristiche individuali dei pazienti o degli infermieri sui punteggi dell'ICA, non emergono correlazioni significative tra le rilevazioni con le due metodologie per variabili quali: unità operativa, anzianità di servizio, anzianità dei pazienti e giorno di rilevazione. Questo è confermato anche dall'analisi effettuata attraverso un modello di regressione logistica (21), secondo cui sui livelli di sintesi

delle scale non esistono fattori statisticamente significativi, tranne che per l'unità operativa di degenza.

L'accordo tra i due metodi è molto buono (Kappa 0.69, $p < 0.001$), indicando una concordanza delle classificazioni di dipendenza, emergenti dall'applicazione dei due strumenti.

È risultato buono anche l'accordo tra valutazione del carico di lavoro del sistema e valutazione fatta dagli infermieri (accordo del 100% tra i punteggi di scala e percezione dell'operatore).

Gli infermieri hanno segnalato che l'ICA è semplice da compilare, soprattutto rispetto alla scheda del Metodo Svizzero, e consente una più immediata trasposizione delle informazioni raccolte nella pratica assistenziale.

Il principale problema sta nel sistema uti-

Tabella 1 - Descrizione del campione. I dati riferiti alle variabili continue sono espressi in mediana (I-III quartile)

Infermieri	C.Vasc. % (n)	NCH % (n)	Totale % (n)
	N° 10	N° 10	N° 20
Uomini	30% (3)	40% (4)	35% (7)
Donne	70% (7)	60% (6)	65% (13)
Età	32 (29-4)	36 (24-35)	35 (I-III)
Anzianità Professionale	3,5 (2- 5)	5,5 (2-7)	4,5 (2-7)
Pazienti	N° 34	N° 56	N° 90
Uomini	N° 24	N° 27	N° 51
Donne	N° 10	N° 29	N° 39
Età	74 (70-80)	58 (41-72)	70 (48-75)

Tabella 2 - % di osservazioni suddivise per Classi Svizzero e ICA

ICA	Svizzero 1 Indipendente	Svizzero 2 Semi dipendente	Svizzero 3 Dipendente	Totali N.
Complessità assente	35,00%	0,02%	0,00%	190
Complessità lieve	3,20%	11,60%	0,00%	75
Complessità moderata	0,10%	13,10%	0,00%	82
Complessità grave	0,00%	1,00%	12,80%	69
Complessità critica	0,00%	0,00%	15,80%	81
Totali N.	199	147	151	497

Figura 1 - Scheda di rilevazione dell'intensità del livello di dipendenza infermieristica

STRUTTURA: _____

SIG. _____

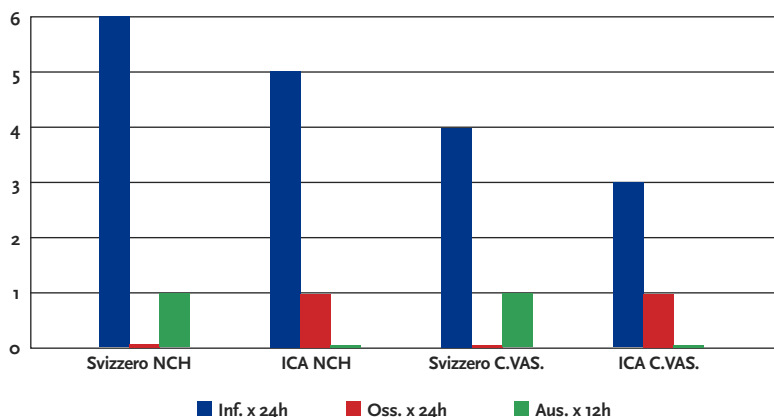
Data rilevazione ___/___/___

N° Letto _____ Matr. _____ Ora _____

Descrizione	Data:				
1 Assicurare la respirazione	1	2	3	4	5
2 Assicurare l'alimentazione e l'idratazione	1	2	3	4	5
3 Assicurare l'eliminazione intestinale/urinaria	1	2	3	4	5
4 Assicurare l'igiene	1	2	3	4	5
5 Assicurare il movimento	1	2	3	4	5
6 Assicurare il riposo e il sonno	1	2	3		
7 Assicurare la funzione cardio-circolatoria	1	2	3	4	5
8 Assicurare un ambiente sicuro		2			5
9 Assicurare l'interazione nella comunicazione	1	2	3	4	5
10 Eseguire le procedure terapeutiche		2	3		5
11 Eseguire le procedure diagnostiche		2			5
VALORI SINTETICI					

Firma
Inf. _____

Grafico 1 - Distribuzione delle risorse umane



lizzato per l'allocazione delle risorse umane. Pur concordando sulle risorse umane da assegnare alle unità operative, come risulta nel grafico 1, i due metodi danno indicazioni diverse sulla distribuzione delle professionalità. Si deve comunque considerare che il Metodo Svizzero non prevedeva operatori di supporto, quali OSS o OTA, ma solo personale ausiliario con compiti domestico/alberghieri, corrispondente ad 1 ora per paziente, mentre con l'ICA si definiscono le competenze professionali necessarie, differenziate a seconda della classe di gravità dei pazienti.

DISCUSSIONE

I primi risultati sembrano confermare la validità del metodo e la sua utilità nella misurazione della complessità assistenziale. Parti originali del lavoro sono state quelle della validazione da parte del gruppo professionale e del confronto dei risultati con una metodologia già validata e da tempo utilizzata in Italia, come il Modello Svizzero.

È possibile che la modalità utilizzata per confrontare i due sistemi (3 e 5 classi di dipendenza) abbia in un certo senso appiattito le differenze. La classe 1 di entrambi i sistemi raggruppa i pazienti indipendenti. L'ICA, con le sue 5 classi, consente di declinare meglio i diversi livelli, anche se in realtà, quando il carico di lavoro deve tradursi in personale da assegnare alle unità operative, il fatto di avere 3 o 5 classi non incide sulla traduzione del carico di lavoro in numero di unità, ma sulla qualifica del personale. Infatti, con la metodologia dell'ICA si ha l'attribuzione sia di infermieri che di operatori di supporto (OSS) in proporzione alla complessità assistenziale dei pazienti, che tiene conto non solo del numero ma anche della professionalità degli infermieri. Pazienti complessi, in effetti, richiedono un'attenta lettura e interpretazione dei bisogni. Inoltre, gli stessi infermieri hanno esplicitato una facilità di compilazione della scheda dell'ICA rispetto a quella del Modello Svizzero e indicato come, attraverso una semplice somma, si pesi immediatamente la complessità assistenziale del sin-

golo paziente e di tutta l'unità operativa. Questo sarebbe maggiormente semplificato dall'utilizzo di strumenti informatici, i quali consentirebbero di creare report in tempo reale con la mappatura di tutte le unità operative demenziali.

Proprio su questo aspetto l'ICA può fornire un valido contributo nella gestione del personale, soprattutto se le rilevazioni vengono informatizzate. Il limite di una gestione flessibile del personale è la scarsa cultura alla flessibilità organizzativa, da parte degli infermieri, che vivono gli spostamenti compensatori con frustrazione.

In un contesto lavorativo dove la priorità è l'equità distributiva, ovvero capire come distribuire le poche risorse, non tanto averne di più, l'utilizzo dell'ICA consente di ottenere informazioni legate alla qualità delle prestazioni infermieristiche, allo scopo di giungere alla definizione e pianificazione delle attività, misurare la complessità, determinare le competenze e comparare le strutture osservate.

CONCLUSIONI

Lo studio, per la relativa esiguità dei dati raccolti e presentati, non autorizza deduzioni imprudenti, ma è un primo passo per la validazione dell'ICA; altri studi consentirebbero di completare il percorso di validazione, analizzandone altre componenti.

L'applicazione di strumenti di classificazione potrebbe consentire di:

- differenziare l'assistenza fornita, concentrando l'attenzione degli infermieri sui pazienti che presentano una maggiore complessità assistenziale, al fine di ottimizzare le risorse (uguaglianza versus equità);
- orientare le cure infermieristiche sui pazienti che hanno bisogno di risposte/prestazioni sanitarie infermieristiche e attribuire al personale di supporto le attività assistenziali non sanitarie.

La facilità di uso dell'ICA ne rende più agevole un'applicazione quotidiana e quindi una veloce determinazione dell'eventuale scarto tra personale presente e personale necessario.

In particolare, la gestione del personale in-

Figura 2 – Scheda di rilevamento Metodo Svizzero

	Categorie			Categorie			Categorie			Categorie		
interventi	3	2	1	3	2	1	3	2	1	3	2	1
Seggioli di 20 anni												
Abitanti senza auto												
Abitanti con auto												
Abitanti dipendenti												
Spedimenti con auto												
Poltrona con sedia												
Alunni												
Spazio sottotetto												
Spazio con auto												
Spazio edifici dipendenti												
Edifici: sussidiati												
Edifici con auto												
Inquinanti												
Dipendenti												
Argomenti appalti												
Argomenti affitti												
Direzione												
Servizi ai clienti												
Procedura												
Strada (tra edifici)												
Documentazione speciale												
Materiali												
TPVPA - servizi ai clienti												
TPVPA - materiali ai clienti												
Estrazione a fondo												
Edifici complessi												
Tecnologie d'ufficio												
Costruzioni												
Piani speciali												
Molte macchine speciali												
Molte macchine complesse												
Caratteristiche speciali di prodotti												
Prodotti speciali												
Strutture												
Totale												
Categoria 1												
Categoria 2												
Categoria 3												

fermieristico e di supporto è fortemente influenzata dalle fluttuazioni dell'attività assistenziale, in quanto in una stessa unità operativa il carico di lavoro può essere molto alto in alcuni momenti e molto basso in altri. Sono questi due estremi a costituire un problema quotidiano di gestione del personale e a rendere complessa l'organizzazione del lavoro nelle unità di cura. Proprio su questo

aspetto l'ICA può fornire un valido contributo nella gestione del personale, soprattutto se le rilevazioni vengono informatizzate. Il limite di una gestione flessibile del personale è la scarsa cultura alla flessibilità organizzativa, da parte degli infermieri, che vivono gli spostamenti compensatori con frustrazione.

In un contesto lavorativo dove la priorità è

l'equità distributiva, ovvero capire come distribuire le poche risorse, non tanto averne di più, l'utilizzo dell'ICA consente di ottenere informazioni legate alla qualità delle prestazioni infermieristiche, allo scopo di giungere alla definizione e pianificazione delle attività, misurare la complessità, determinare le competenze e comparare le strutture osservate.

BIBLIOGRAFIA

1. AAVV. *La misurazione del carico di lavoro nell'assistenza infermieristica*. Riv Inf 1996; 15:2. B.
2. Allegrini E, Maimeri P, Ferrari C, Pomari C, Corso M, Guerra N, O, Marognoli O. *Sistemi di classificazione dei pazienti*. Assist Inferm Ric 2006; 25:1.
3. Cantarelli M, Pontello G. *Principi amministrativi applicati alla professione*. I Quaderni de L'Infermiere. Milano: Edizione Masson, 1991.
4. Cantarelli M. *Il modello delle prestazioni infermieristiche*. 2° edizione. Milano: Masson, 2003.
5. Cavagliere B, Snaidero D. *Metodologia per la rilevazione della complessità assistenziale infermieristica: calcolo dell'Indice di Complessità Assistenziale*. Management Infermieristico 1999.
6. Cavaliere B. *Metodologia per la rilevazione della complessità assistenziale infermieristica. Calcolo dell'Indice di Complessità Assistenziale (ICA)*. In Santullo A. *L'infermiere e le innovazioni in sanità*. Milano. McGraw-Hill, 2004; 318-328.
7. Cavaliere B, Susmel M. *La qualità dell'assistenza Infermieristica: uno strumento di rilevazione e elaborazione dell'Indice di Complessità Assistenziale (ICA)*. Nursing Oggi 2001; 2:20-25.
8. Exchaquet NF, Zublini L. *Guida per il calcolo della dotazione di personale infermieristico nelle unità di cura degli ospedali generali*. Firenze. Edizioni Regione Toscana, 1975.
9. Fagerström L, Bergbom Engberg I. *Measuring the unmeasurable: a caring science perspective on patient classification*. J Nurs Manag 1998; 6:165-72.
10. Fumagalli E. *La cartella infermieristica informatizzata: Uno strumento per la pianificazione dell'assistenza infermieristica e la misurazione del carico di lavoro*. Torino: C.G. Edizioni Medico Scientifiche 1998; 44.
11. Giovannetti P. *Understanding patient classification systems*. J Nurs Adm 1979; 9(2):4-9.
12. Guerra A, Cavaliere B. *Applicazione della metodologia dell'indice di complessità assistenziale (ICA) presso l'ospedale "Pasquicucci"*. Management Infermieristico 2003; 1:4-11.
13. Lombardo S, Lelli F. *Metodologie di analisi del lavoro infermieristico e relativi criteri organizzativi*. In: Atti seminario di aggiornamento Collegi IPASVI SAGO. Bologna, 1988.
14. Moiset C, Vanzetta M, Vallicella F. *Misurare l'assistenza. Un modello di sistema informativo della performance infermieristica*. Firenze: McGraw-Hill, 2003.
15. Palese A, Lorenzi K, Costaperaria G, Bresadola V. *Gli indicatori che influenzano la complessità assistenziale dei pazienti chirurgici. Il punto di vista degli infermieri*. Assist Inferm Ric 2004; 23: 212-20.
16. Pettinà G, Seghieri G, Monfardini M, Cirillo L. *Il rilevamento dell'indice di complessità assistenziale per la definizione di elevata intensità di cura in Medicina Interna*. Giornale Italiano di Medicina Interna. Torino 2005; 4:64-68.
17. Pitacco G. *Un modello di analisi della complessità assistenziale*. Quaderni dell'Infermiere 2003; 8-9 IPASVI – Roma.
18. Rainio AK. *Assessment of nursing management and utilisation of nursing resources with the RAFAELA patient classification system - case study from the general ward of one central hospital*. J Clinical Nurs 2005; 14:674-84. Anderson B, Hannah KJ. *A Canadian nursing minimum data set: a major priority*. Can J Nurs Adm 1993; 6(2):7-13.
19. Ross Ihaka and Robert Gentleman, R. *A language for data analysis and graphics*. Journal of Computational and Graphical Statistics, 5(3):299-314, 1996.
20. Seago JA. *A comparison of two patient classification instruments in an acute care hospital*. J Nurs Adm 2002; 32: 243-9.
21. Silvestro A et al. *La complessità e l'Assistenza Infermieristica: significati e modalità di analisi per la composizione dell'equipe assistenziale*. www.aniarti.it/oldsite/atti2003.
22. Silvestro A. *Il Ccnl: alcune riflessioni professionali*. I Quaderni de L'infermiere, Supplemento de L'infermiere, Roma, Italtromo Esis Publishing, 2004; 3.
23. Silvestro A. *Indicatori e standard attraverso il modello della Complessità Assistenziale*. I Quaderni de L'infermiere, supplemento dell'Infermiere. Roma, Italtromo Esis Publishing, 2004.
24. Zeger SL, Liang KY. *An overview of methods for the analysis of longitudinal data*. Statistics in Medicine. 1992; 11:1825-1839.