

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI BARI

FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA

CORSO DI LAUREA IN INFERMIERISTICA

-SEDE DI LECCE-

Primo anno Secondo semestre A.A. 2013-2014

CORSO INTEGRATO DI:

SCIENZE UMANE

INSEGNAMENTO MODULO

SCIENZE INFERMIERISTICHE GENERALI E CLINICHE

DOCENTE: DOTT. BIAGIO RISO

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

- ◎ DOCUMENTAZIONE DELLE INFORMAZIONI
- ◎ PROCEDURA DI RICOVERO, TRASFERIMENTO, DIMISSIONE, DIMISSIONE PIANIFICATA

DOCUMENTARE L'ASSISTENZA

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,
UNIFORME,
RAPPRESENTATIVO
E
APPROPRIATO**

**La *documentazione infermieristica* rientra nel
tema più generale della comunicazione**

**Una cattiva comunicazione tra gli attori del progetto
assistenziale di cura può essere causa di errori,
perché l'informazione non viene trasmessa e/o non è
disponibile: disporre di informazioni corrette e
tempestive sul paziente e sui suoi trattamenti riduce
il rischio di errori.**

DOCUMENTARE

La radice etimologica è latina: *documentu(m)*
deriva da *docere* che significa: insegnare,
dimostrare, lasciare traccia, testimoniare.

Gli infermieri

*non sempre possiedono elementi concreti
per poter **documentare** e quindi
dimostrare ciò che fanno e con che
risultati.*

*Spesso siamo solo in grado di affermare
genericamente
“che assistiamo le persone”.*

Perché Documentare

- • Facilitare la continuità assistenziale
- • Approfondire le conoscenze disciplinari
- • Sviluppare la ricerca professionale
- • Dimostrare la qualità delle prestazioni erogate
- • Determinare, a livello gestionale, i carichi di lavoro

(CASATI M., La documentazione infermieristica, McGraw-Hill, Milano, 2004)

DEFINIZIONE 1

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.

DEFINIZIONE 2

La cartella infermieristica

È lo strumento con cui l'infermiere documenta il processo di assistenza infermieristica in particolare la pianificazione dell'assistenza e l'attuazione.

La cartella infermieristica è lo strumento per rendere visibile, osservabile, misurabile, evidente il processo di assistenza infermieristica e l'applicazione del contenuto specifico del profilo professionale dell'infermiere.

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

DEFINIZIONE 3

“La documentazione infermieristica che entra a far parte della cartella clinica (ovvero, la cartella infermieristica) è la rappresentazione in forma scritta degli atti compiuti dagli infermieri in relazione ad 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.”

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

**LA CARTELLA INFERMIERISTICA :
ELEMENTI COSTITUTIVI**

- 1. ACCETTAZIONE (RICOVERO) (UNICA)**
- 2. ANAMNESI INFERMIERISTICA**
- 3. PIANO INFERMIERISTICO O D' ASSISTENZA**
- 4. DIARIO INFERMIERISTICO**
- 5. SCHEDA DELLA TERAPIA (UNICA)**
- 6. SCHEDA PER I MONITORAGGIO DEI PARAMETRI VITALI**
- 7. SCHEDA DEGLI ESAMI DIAGNOSTICI (UNICA)**
- 8. SCHEDE ACCESSORIE(diete personalizzate,bilancio
idrico,protocolli di trattamenti, etc.)**
- 9. SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO) (UNICA)**

RICOVERO DEL PAZIENTE - ACCETTAZIONE

MODALITA' DI RICOVERO IN OSPEDALE:

RICOVERO PROGRAMMATO

RICOVERO D'URGENZA

RICOVERO PER TRASFERIMENTO

RICOVERO IN DAY HOSPITAL

RICOVERO IN DAY SURGERY (ONE DAY SURGERY – WEEK
SURGERY)

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

RICOVERO DEL PAZIENTE - ACCETTAZIONE

MODALITA' DI RICOVERO IN OSPEDALE:

RICOVERO IN DAY HOSPITAL

è il cosiddetto “ospedale di giorno”; consiste in uno o più ricoveri di una giornata ciascuno con rientro serale a domicilio, in relazione al piano diagnostico terapeutico più adatto ai problemi di salute della persona.

RICOVERO IN DAY SURGERY (ONE DAY SURGERY – WEEK SURGERY)

è un Day Hospital, ma in questo caso il piano terapeutico è di tipo chirurgico e si attua nell'arco di una sola giornata (con eventuale pernottamento - ODS) tra il lunedì e il venerdì o con permanenza nel fine settimana (WS)

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

RICOVERO DEL PAZIENTE - ACCETTAZIONE

MODALITA' DI RICOVERO IN OSPEDALE:

RICOVERO PROGRAMMATO - ORDINARIO

quando viene disposto dal medico specialista successivamente a visita in cui ha rilevato la necessità di attuare un piano diagnostico terapeutico in regime di degenza (es. Day Hospital Pneumologico)

PRE-RICOVERO

Talvolta il ricovero programmato è preceduto da una pre-ospedalizzazione che consiste nella fase che precede il ricovero per intervento chirurgico programmato (IN GENERE DAY SURGERY) e serve ad effettuare indagini, visite ed esami necessari all'intervento.

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

RICOVERO DEL PAZIENTE - ACCETTAZIONE

MODALITA' DI RICOVERO IN OSPEDALE:

RICOVERO PER TRASFERIMENTO

È il ricovero tra UU.OO. (Unità Operative) o proveniente da altri Presidi Ospedalieri o Case di Cura.
Può essere programmato o in urgenza.

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

RICOVERO DEL PAZIENTE - ACCETTAZIONE

MODALITA' DI RICOVERO IN OSPEDALE:

RICOVERO D'URGENZA

se il paziente giunge attraverso il Pronto Soccorso attraverso il sistema 118 o anche direttamente; in questo caso il ricovero viene deciso dal Medico del Dipartimento di Emergenza e Accettazione.

La risposta alla urgenza/emergenza sanitaria viene assicurata tramite l'erogazione di prestazioni urgenti quali interventi diagnostico - terapeutici di urgenza e di primo accertamento diagnostico, clinici, strumentali e di laboratorio. Possono essere erogati inoltre, gli interventi di emergenza ed urgenza medica e chirurgica, con approccio globale ed interdisciplinare con la possibilità di sosta temporanea (ASTANTERIA) che non necessita di ricovero presso le UU.OO. .

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

RICOVERO DEL PAZIENTE - ACCETTAZIONE

MODALITA' DI RICOVERO IN OSPEDALE:

RICOVERO D'URGENZA

I punti di Pronto Soccorso sono aperti 24 su 24, tutti i giorni e l'accesso alle prestazioni è diretto ed è regolato dal metodo Triage che, con l'attribuzione di un codice colore, permette di assegnare con criteri di priorità i casi sulla base della reale urgenza clinica.

In ogni caso attraverso il Pronto Soccorso di solito inizia il percorso di ricovero dell'utente/paziente, dove si comincia a raccogliere le informazioni necessarie ed a formulare la cartella clinica

CONTENUTI DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

LA CARTELLA DEL TRIAGE

DEFINIZIONE DI TRIAGE :

UN PROCESSO DI SELEZIONE, OPERATO DA PERSONALE INFERMIERISTICO SPECIFICAMENTE ADDESTRATO, AVENTE LO SCOPO DI MODULARE L'ACCESSO IN SALA VISITA. QUANDO LE RICHIESTE SIANO PIU' DI UNA CONTEMPORANEAMENTE, ATTRAVERSO L'UTILIZZAZIONE DI UNA SCALA DI PRIORITA' ARTICOLATA IN CODICI DI COLORE DIVERSO IN BASE ALLA GRAVITA' DELLE PATOLOGIE MANIFESTATE DAL PAZIENTE

L'ETIMOLOGIA DEL TERMINE TRIAGE DERIVA DAL FRANCESE TRIER = SELEZIONARE , SCEGLIERE

CONTENUTI DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

LA CARTELLA DEL TRIAGE

ROSSO

SOGGETTI IN IMMINENTE PERICOLO DI VITA

GIALLO

SOGGETTI IN POTENZIALE PERICOLO DI VITA

VERDE

**SOGGETTI CHE NECESSITANO DI PRESTAZIONI
DIFFERIBILI**

BIANCO

**SOGGETTI CHE NON NECESSITANO DI PRESTAZIONI
D'URGENZA EFFETTUABILI ANCHE DAL MEDICO DI BASE –
(PROBLEMA DI PRESTAZIONE INAPPROPRIATA)**

CONTENUTI DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

LA CARTELLA DEL TRIAGE

in questo documento vengono descritte le modalità di compilazione e conservazione della documentazione sanitaria prodotta dall'attività del P.S. - la compilazione come pure tutte le procedure diagnostiche e' di competenza del :

- medico di P.S.
- **infermiere**
- consulente autorizzato (medico specialista)

la conservazione durante la fase di accertamento e' di competenza **dell'infermiere** di triage abbinato al medico di P.S.

CONTENUTI DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

LA CARTELLA DEL TRIAGE

questo documento si compone , in genere, di una parte informatizzata e di un supporto cartaceo

la parte informatizzata si articola in diverse schermate :

1. anagrafica del paziente
2. triage infermieristico
3. registrazione dei parametri vitali
4. consultazione della lista d' attesa dei pazienti del P.S.
5. spazio dedicato alla visita di P.S.
6. spazio dedicato ai certificati (inail,referto di p.s. ecc)
7. precedenti accessi al P.S.

CONTENUTI DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

LA CARTELLA DEL TRIAGE

la parte cartacea e' rappresentata da :

1. referti degli esami di laboratorio e strumentali
2. referti delle consulenze specialistiche
3. Scheda di ricovero (eventualmente)
4. relazione di dimissione
5. Referto di P.S. - scheda di dimissione ospedaliera (sdo)

CONTENUTI DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

IL REFERTO DEL PRONTO SOCCORSO :DEFINIZIONE

il referto di pronto soccorso e' un atto pubblico che fa piena prova del fatto che il paziente abbia dichiarato al medico di turno le circostanze riportate nel certificato stesso.

in nessun caso serve a provare la veridicità e l'esattezza delle dichiarazioni stesse

LA VERIDICITA' DEL CONTENUTO DELLE DICHIARAZIONI,
PERTANTO, PUO' ESSERE CONTRASTATA ED ACCERTATA CON
TUTTI I MEZZI DI PROVA CONSENTITI DALLA LEGGE

CONTENUTI DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

ACCOGLIMENTO - IN REPARTO

«**Accoglimento** - Atto che porta ad accettare, ospitare, ricevere presso di sé una persona. Si dimostra accogliente colui che è affidabile e cordiale nei rapporti umani, che offre comodità»

(Devoto Oli, *Dizionario della lingua italiana*, 1991)

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

PATTO INFERMIERE CITTADINO

IO INFERMIERE MI IMPEGNO NEI TUOI CONFRONTI A:

PRESENTARMI al nostro primo incontro,
spiegarti chi sono e cosa posso fare per te

SAPERE chi sei, riconoscerti,
chiamarti per nome e cognome

FARMI RICONOSCERE attraverso la divisa
e il cartellino di riconoscimento

DARTI RISPOSTE chiare e comprensibili o
indirizzarti alle persone e agli organi competenti

FORNIRTI INFORMAZIONI utili a
rendere più agevole il tuo contatto
con l'insieme dei servizi sanitari

GARANTIRTI le migliori condizioni igieniche
e ambientali

FAVORIRTI nel mantenere le tue
relazioni sociali e familiari

RISPETTARE il tuo tempo e le tue abitudini

AUTARTI ad affrontare in modo
equilibrato e dignitoso la tua giornata
supportandoti nei gesti quotidiani di mangiare,
lavarsi, muoversi, dormire, quando non sei
in grado di farlo da solo

INDIVIDUARE i tuoi bisogni di assistenza,
condividerli con te, proporti
le possibili soluzioni,
operare insieme per risolvere i problemi

INSEGNARTI quali sono i comportamenti più
adeguati per ottimizzare il tuo stato di salute
nel rispetto delle tue scelte e stile di vita

GARANTIRTI competenza,
abilità e umanità nello svolgimento delle
prestazioni assistenziali

RISPETTARE la tua dignità, le tue
insicurezze e garantirti la riservatezza

ASCOLTARTI con attenzione
e disponibilità quando hai bisogno

STARTI VICINO quando soffri,
quando hai paura, quando la medicina
e la tecnica non bastano

PROMUOVERE e partecipare ad iniziative atte a
migliorare le risposte assistenziali
infermieristiche all'interno dell'organizzazione

SEGNALARE agli organi e figure competenti le
situazioni che ti possono causare danni e disagi

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

CONTENUTI DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA



MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

CONTENUTI DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

PIANO DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA

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)

Cosa Documentare

- Le fasi del processo di assistenza infermieristica
- Gli interventi effettuati in seguito a prescrizione medica
- Comunicazioni con gli altri erogatori di assistenza
- Le reazioni della persona al trattamento

Cosa Documentare

- I risultati inaspettati o avversi nelle condizioni della persona assistita o nell'assistenza
- Gli eventuali incidenti
- Le occasioni nelle quali la persona assistita lascia il reparto o vi rientra e con quali modalità

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

CONTENUTI DELLA CARTELLA CLINICO-INFERMIERISTICA

LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)

la scheda di dimissione ospedaliera (sdo) e' lo strumento di raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso dagli istituti di ricovero pubblici e privati in tutto il territorio nazionale

la funzione della SDO e' quella di raccogliere, nel totale rispetto delle norme sulla privacy, informazioni necessarie alla conoscenza delle attività ospedaliere, utili sia agli addetti ai lavori , sia ai cittadini.

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

CONTENUTI DELLA CARTELLA CLINICO-INFERMIERISTICA

LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO) ASPETTI NORMATIVI

la sdo e' stata istituita con D.M. il 28.12.1991.
Il successivo decreto del 26.07.93 ne ha precisato analiticamente i contenuti e le modalita' di trasmissione delle informazioni raccolte. dal 01.01.1995 , la sdo ha sostituito il vecchio modello istat /d 10

classificazione delle patologie secondo il sistema icd-9-cm (who)

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

CONTENUTI DELLA CARTELLA CLINICO-INFERMIERISTICA

LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO) ASPETTI NORMATIVI

la sdo deve essere raccolta sia in caso di ricovero ordinario che di ricovero in day hospital. non si applica nell'attività ambulatoriale ne' nelle strutture socio – assistenziali salvo diverse disposizioni regionali

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

CONTENUTI DELLA CARTELLA CLINICO-INFERMIERISTICA

LA SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA (SDO)

la SDO e' compilata dai medici che hanno avuto in cura il paziente ricoverato le informazioni raccolte e codificate sono trasmesse alle regioni e, da queste , al ministero della salute

L'INFERMIERE

Non ha l'obbligo di compilare una SDO infermieristica ma il codice deontologico indica un obbligo informativo che non deve essere disatteso

**CONTENUTI DELLA CARTELLA CLINICO-
INFERMIERISTICA**

Codice Deontologico dell'Infermiere, articolo 27

“L’infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.”

La dimissione ... conclude un periodo di assistenza, diagnosi e cura per aprirne uno successivo in cui la persona, se necessario, viene presa in carico da altri servizi e/o operatori

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

CONTENUTI DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

Requisiti sostanziali

- Precisione** l'informazione deve essere corretta
- Brevità** le informazioni devono essere precise, chiare ma essenziali.
- Completezza** deve contenere informazioni complete
- Tempestività** ritardare la registrazione delle informazioni è dannoso in quanto dei particolari possono essere omessi perché dimenticati.
- Organizzazione** le informazioni devono essere trascritte in modo logico e in ordine cronologico.
- Riservatezza** le informazioni che riguardano il paziente non devono essere comunicate a persone non autorizzate.
- Obiettività** le osservazioni sul paziente devono essere obiettive, competenti e neutrali.

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, mobilitazione) 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, mobilitazione) 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

Linee guida per una Corretta registrazione

1. Quando registrare

- ☐ **Data e ora**
- ☐ **Subito dopo aver raccolto il dato o eseguito una prestazione o si è osservata la risposta dell'assistito ad un trattamento**
- ☐ **non documentare gli interventi prima di averli portati a termine**
- ☐ **Documentare in ordine cronologico**

Linee guida per una Corretta registrazione

2. Cosa registrare

- ☐ **Di norma non registrare azioni effettuate da altri**
- ☐ **riportare il dato oggettivo e se non possibile il dato soggettivo va registrato riportando l'affermazione della persona tra virgolette**
- ☐ **non usare termini vaghi (benino, bene, buono..)**
- ☐ **Non usare termini negativi, pregiudizievoli (non collaborante..)**

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

Linee guida per una Corretta registrazione

3. Come registrare

- ☐ Penna ad inchiostro
- ☐ In modo leggibile
- ☐ Usare simboli, abbreviazioni solo se concordate
- ☐ Firmare le annotazioni
- ☐ Non lasciare spazi vuoti (es. scheda raccolta dati strutturata ; piuttosto utilizzare sigle: non raccolto, da verificare, non pertinente...)
- ☐ Correggere eventuali errori tracciando una riga sulla nota sbagliata (non cancellare)

Lo sbianchettamento

- Comporta la “falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atto pubblico” (art 476)
- Reclusione da tre a dieci anni.

Linee guida per una Corretta registrazione

3. Come registrare

Non usare la cartella infermieristica

- ...per risolvere questioni sospese con pazienti/parenti.*
- Usare altre vie, ma NON la documentazione: inoltre, le frasi pronunciate dal paziente per respingere un trattamento o la terapia vanno indicate **“fra virgolette”** e possibilmente controfirmate se il pz. accetta.

* si rischia la denuncia anche a distanza di tempo, quando la cartella stessa è ritirata per questioni medico-burocratiche

Linee guida per una Corretta registrazione

3. Come registrare

- **Non riportare commenti e giudizi sull'operato di colleghi e altri professionisti.**
- **Non è lo strumento per soddisfare questioni personali o di malessere interno al team.**
- **NE' TALE STRUMENTO POTREBBE FARLO**

Linee guida per una Corretta registrazione

Gli operatori di supporto e la cartella infermieristica

- La loro attività è LIMITATA alla esecuzione delle prescrizioni infermieristiche.
- **Attenzione: le loro attività POSSONO essere dagli stessi registrate sulla cartella/scheda, ma su queste annotazioni l'Infermiere dovrà effettuare azioni di vigilanza e controllo, e soprattutto armarsi di molta pazienza ed "educare" il personale di supporto alla adeguata compilazione.**

Valore Legale della cartella infermieristica

*Oggi si ritiene che la documentazione infermieristica, alla luce delle ridefinizioni professionali e giuridiche avvenute in seno alla professione infermieristica, **può essere definita un atto pubblico**, giacché 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**.*

[1] Barbieri G. e Pennini A Le responsabilità dell'infermiere Carocci, Roma , 2008 -- Rodriguez D., Professione ostetrica/o - Aspetti di medicina legale e responsabilità, Eleda Edizioni, Milano, (2001) p. 111

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 (sono tali solo quelli formati nell’esercizio di una pubblica funzione) ma equipara quelli redatti da pubblici impiegati incaricati di pubblico servizio agli atti pubblici

[1] Cass. Pen. Sez. V 11 luglio 1983 n. 6436

[1] M.M. Milano, E. Valleris, M. Iorio - “La cartella infermieristica - aspetti giuridici e deontologici” in Riv. Minerva Medico Legale 2/2001 p. 81. “La Cassazione ha precisato che rientrano nella tutela dell’art. 476 C. p. anche gli atti meramente interni, cioè quegli atti formati dal pubblico ufficiale nell’esercizio delle sue funzioni al fine di documentare fatti inerenti all’attività da lui svolta ed alla regolarità delle azioni amministrative alle quali egli è addetto” Cassazione penale sez. V, 25 settembre 1980, in Giur. it ; 1982, II, 72 - Cass. Penale, sez. V, 6 ottobre 1977 in Giur. it. 1979, II, 279.

Riferimenti Legislativi x l'infermiere

- • D.M. n. 739, 14 Settembre 1994, art.1 comma 3
- • Codice deontologico dell'infermiere, Federazione Nazionale Collegio IPASVI, 2009 art. 27 (cont. Ass.)
- • L. 42 , 26 Febbraio 1999, Disposizioni in materia di professioni sanitarie

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

.....dallo stesso 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.

D.M. n. 739/94, art. 1, comma 3

“L’infermiere identifica i bisogni di assistenza infermieristica(...), formula i relativi obiettivi, pianifica, gestisce e valuta l’intervento assistenziale infermieristico; garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche (...); si avvale, ove necessario, dell’opera del personale di supporto”

Codice Deontologico dell'Infermiere, articolo 27

“L’infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi.”

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

**E se l'infermiere si rifiuta di compilare la cartella infermieristica perché la ritiene inutile e ridondante
??????**

l'omesso rispetto delle relative prescrizioni per la compilazione cartella:

responsabilità disciplinare, violazione dell'obbligo di diligente adempimento artt. 1218 c.c. (responsabilità del debitore) e 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...

**Se non è documentato non è stato fatto
Documentare quanto più è possibile**

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

CONTENUTI DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

LA CONSEGNA - RAPPORTO

La comunicazione orale è usata per trasmettere il processo di assistenza infermieristica ad altro personale sanitario, fra infermieri ed erogatori primari di assistenza consiste in una concisa sintesi delle attuali condizioni dell'assistito e dei recenti Cambiamenti comunque annotati sulla cartella.

E' un modo per assicurare la continuità dell' assistenza alla persona da un turno all'altro in modo tempestivo e puntuale specie in un contesto di area critica o emergenza

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

CONTENUTI DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

LA CONSEGNA - RAPPORTO

Può interessare non solo le notizie relative al nostro reparto ma anche provenire per via telefonica da altre UU.OO. (consulenze) o servizi, come il Laboratorio Analisi o Radiologia. Le informazioni che vengono scambiate possono essere cruciali per l'assistenza alla persona ed eventualmente riferite al medico o al coordinatore.

Es. rilevazione degli enzimi cardiaci alterati che devono essere comunicati all'istante senza aspettare il supporto cartaceo.

La trasmissione telefonica dei rapporti può avvenire anche con il medico reperibile. A Questo punto bisogna essere precisi nelle indicazioni per non avere una valutazione errata da parte del medico. Trascrivere subito il rapporto come avvenuto e possibilmente avere un collega come testimone

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

CONTENUTI DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

LA CONSEGNA - RAPPORTO

I giri infermieristici

sono un'altra modalità di fornire informazioni vicino al letto del paziente per prendere visione diretta delle sue condizioni, valutare eventuali drenaggi, cateteri, ferite.

Il giro infermieristico è comunque una modalità auspicabile di trasmissione delle informazioni, è anche un modo di far conoscere al paziente che d'ora in poi è cambiato il riferimento infermieristico.

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

CONTENUTI DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

DIMISSIONI – CONTINUITA' ASSISTENZIALE

La dimissione di un paziente (dall'ospedale al territorio, a domicilio o in altre strutture, ma anche il passaggio da un reparto all'altro) è un momento critico nel percorso di qualunque paziente perché si modificano i regimi di cura, cambiano i contesti e gli operatori sanitari, l'intensità e la tipologia di interventi. E' un momento critico sia per il paziente sia per chi lo accoglie.

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

CONTENUTI DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

DIMISSIONI – CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Per convenzione si riconducono le dimissioni a 4 diversi tipi:

La dimissione precoce

avviene quando la durata della degenza è inferiore rispetto alle attese per quel DRG (Diagnosis Related Group). Esiste una degenza media definita per ogni DRG e un valore soglia per le giornate di ricovero (detto *trim point*).

RISCHIO DI RICOVERO RIPETUTO

DRG: sistema di diagnosi, omogenee per assorbimento di risorse. Contrassegnate da un codice di classificazione (538). Danno origine al Rimborso Delle prestazioni sanitarie, vengono formulate sulla SDO

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

CONTENUTI DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

DIMISSIONI – CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Dimissione del fine settimana o in giornate atipiche

Avviene dal venerdì alla domenica o in giornate festive

Può creare problemi ai pazienti e ai loro familiari soprattutto nell'approvvigionamento di farmaci e presidi e nell'attivazione del medico di medicina generale o dei servizi di assistenza domiciliare programmata

Dimissione ritardata

Si ha una dimissione ritardata quando la durata della degenza supera le giornate attese per quel DRG.

Motivi che prolungano la degenza possono essere sociali (il paziente non ha un domicilio adeguato ad accoglierlo), legati alla difficoltà di attivazione di supporti e servizi e quindi alla mancanza di organizzazione o alle difficoltà di comunicazione tra ospedale e territorio.

Un ritardo nella dimissione può essere utile alla famiglia ma è un indicatore di scarsa efficienza ospedaliera perché, oltre ad aumentare i costi, aumenta anche i rischi per il paziente di contrarre infezioni in ospedale e, in particolare negli anziani.

DIMISSIONI – CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Dimissione difficile

Si verifica quando c'è una disabilità permanente o temporanea per un evento acuto (per esempio un ictus o la frattura del femore in un anziano).

Più l'evento è imprevedibile, più è difficile pianificare. Per esempio, non è facile trovare subito un posto letto in una RSA o in un centro di riabilitazione; come anche attivare un'assistenza domiciliare integrata o avere subito a disposizione un letto antidecubito o ancora, trovare persone disponibili a rimanere a casa ad assistere la persona (dalla badante, che va addestrata, al familiare che deve riorganizzarsi sul lavoro).

CONTENUTI DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

DIMISSIONI – CONTINUITA' ASSISTENZIALE

La dimissione pianificata

La dimissione pianificata prevede 4 fasi:

1. valutare il paziente e i suoi bisogni;
2. stendere un piano personalizzato di dimissione coinvolgendo il paziente e i familiari;
3. valutare i problemi e attivare gli interventi non appena si stabilizzano le condizioni cliniche;
4. attivare un follow up telefonico, domiciliare od ospedaliero.

Valutando i pazienti si possono identificare quelli a rischio di dimissione difficile già dalla fase di accettazione o al più tardi in terza giornata

DIMISSIONI – CONTINUITA' ASSISTENZIALE

La dimissione pianificata - valutazione

Una valutazione accurata del paziente include l'analisi delle sue abilità funzionali, del sistema di supporto sociale, dello stato mentale e della situazione clinico-assistenziale. Uno degli strumenti più citati per identificare i pazienti a rischio di dimissione difficile è il BRASS index (Blaylock Risk Assessment Screening and Score), che individua i pazienti a rischio di ospedalizzazione prolungata o di dimissione difficile.

Indice di BRASS	
Punteggio Da 0 a 40	Classi di rischio
0-10 rischio basso	soggetti a basso rischio di problemi dopo la dimissione: non richiedono un particolare impegno per l'organizzazione della loro dimissione; la disabilità è molto limitata
11-20 rischio medio	soggetti a medio rischio di problemi legati a situazioni cliniche complesse che richiedono una pianificazione della dimissione
21-40 alto rischio	soggetti ad alto rischio perché hanno problemi rilevanti e che richiedono una continuità di cure in istituzioni

MODALITÀ DI TRASMISSIONE DEI DATI, DOCUMENTAZIONE E RAPPORTI, CONTINUITÀ DELLE CURE

DIMISSIONI – CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Indice di BRASS

Età (una sola opzione) 0 = 55 anni o meno 1 = 56 – 64 anni 2 = 65 – 79 anni 3 = 80 anni e più Condizioni di vita e supporto sociale (una sola opzione) 0 = Vive col coniuge 1 = Vive con la famiglia 2 = Vive da solo con il sostegno della familiare 3 = Vive da solo con il sostegno di amici/conoscenti 4 = Vive solo senza alcun sostegno 5 = Assistenza domiciliare/residenziale Stato funzionale (ogni opzione valutata) 0 = Autonomo (indipendente in ADL e IADL) Dipendente in: 1 = Alimentazione/nutrizione 1 = Igiene/abbigliamento 1 = Andare in bagno 1 = Spostamenti/mobilità 1 = Incontinenza intestinale 1 = Incontinenza urinaria 1 = Preparazione del cibo 1 = Responsabilità nell'uso di medicinali 1 = Capacità di gestire il denaro 1 = Fare acquisti 1 = Utilizzo di mezzi di trasporto	Stato cognitivo (una sola opzione) 0 = Orientato 1 = Disorientato in alcune sfere* qualche volta 2 = Disorientato in alcune sfere* sempre 3 = Disorientato in tutte le sfere* qualche volta 4 = Disorientato in tutte le sfere* sempre 5 = Comatoso <i>*sfere: spazio, tempo, luogo e sé</i> Modello comportamentale (ogni opzione osservata) 0 = Appropriato 1 = Wandering 1 = Agitato 1 = Confuso 1 = Altro Mobilità (una sola opzione) 0 = Deambula 1 = Deambula con aiuto di ausili 2 = Deambula con assistenza 3 = Non deambula Deficit sensoriali (una sola opzione) 0 = Nessuno 1 = Deficit visivi o uditivi 2 = Deficit visivi e uditivi	Numero di ricoveri pregressi/accessi al pronto soccorso (una sola opzione) 0 = Nessuno negli ultimi 3 mesi 1 = Uno negli ultimi 3 mesi 2 = Due negli ultimi 3 mesi 3 = Più di due negli ultimi 3 mesi Numero di problemi clinici attivi (una sola opzione) 0 = Tre problemi clinici 1 = Da tre a cinque problemi clinici 2 = Più di cinque problemi clinici Numero di farmaci assunti (una sola opzione) 0 = Meno di tre farmaci 1 = Da tre a cinque farmaci 2 = Più di cinque farmaci
punteggio totale _____		

DIMISSIONI – CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Vantaggi della dimissione protetta o pianificata

- ✓ **Aumentata aderenza alla terapia (compliance)**
- ✓ **Aumentata soddisfazione degli utenti e dei familiari**
- ✓ **Aumentata soddisfazione degli operatori**
- ✓ **Riduzione della durata di degenza**
- ✓ **Ridotta possibilità di riospedalizzazione a breve termine**
- ✓ **Riduzione delle complicanze post-ricovero**

Le dimissioni pianificate stimolano il lavoro in équipe e contribuiscono a potenziare la visibilità, l'integrazione e l'efficacia della comunicazione tra i servizi territoriali e ospedalieri

DIMISSIONI – CONTINUITA' ASSISTENZIALE

***garantire la continuità delle cure è il modo
appropriato, coordinato, integrato e coerente
con cui i servizi di assistenza socio-sanitaria
devono rispondere ai bisogni della persona
rispetto al contesto in cui si trova***