

Laurea in
INFERMIERISTICA

Corso di infermieristica preventiva e di comunità

LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

A cura di:
Vincenzo Corrado

Di cosa parleremo

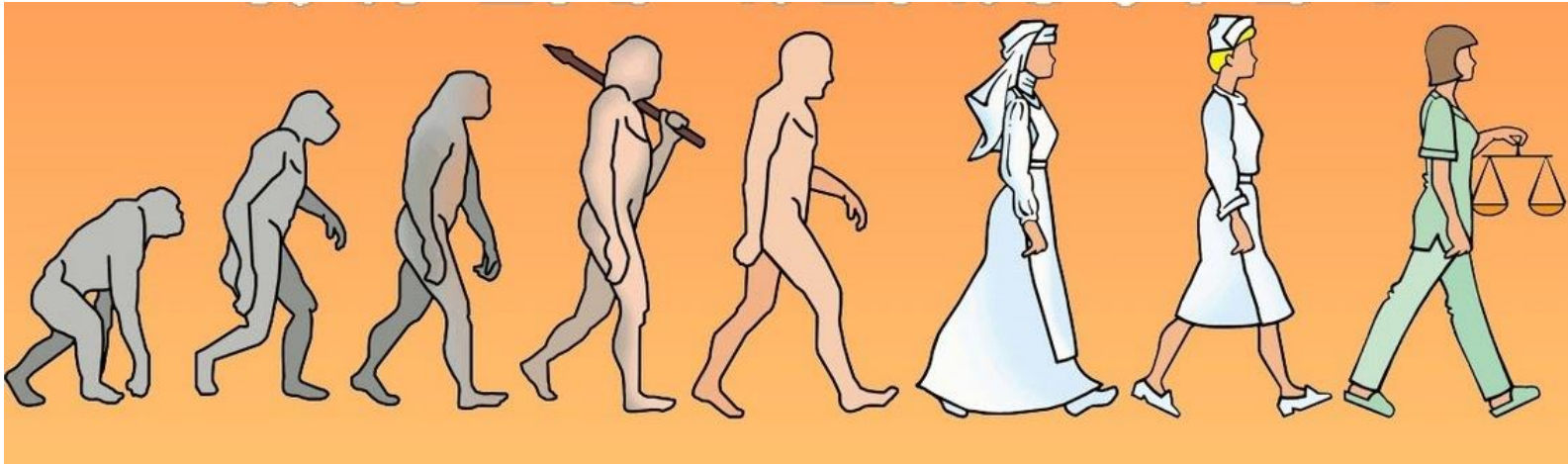
- Il significato di essere professionista: **la Responsabilità.**
- Il significato della **documentazione infermieristica.**
- La **responsabilità** associata alla **documentazione infermieristica**
- *E soprattutto perché conviene all'infermiere compilare la documentazione infermieristica*

La professione che cambia, la responsabilità che cresce

- la documentazione infermieristica oggi si inserisce in un quadro legislativo della professione radicalmente modificato rispetto al passato

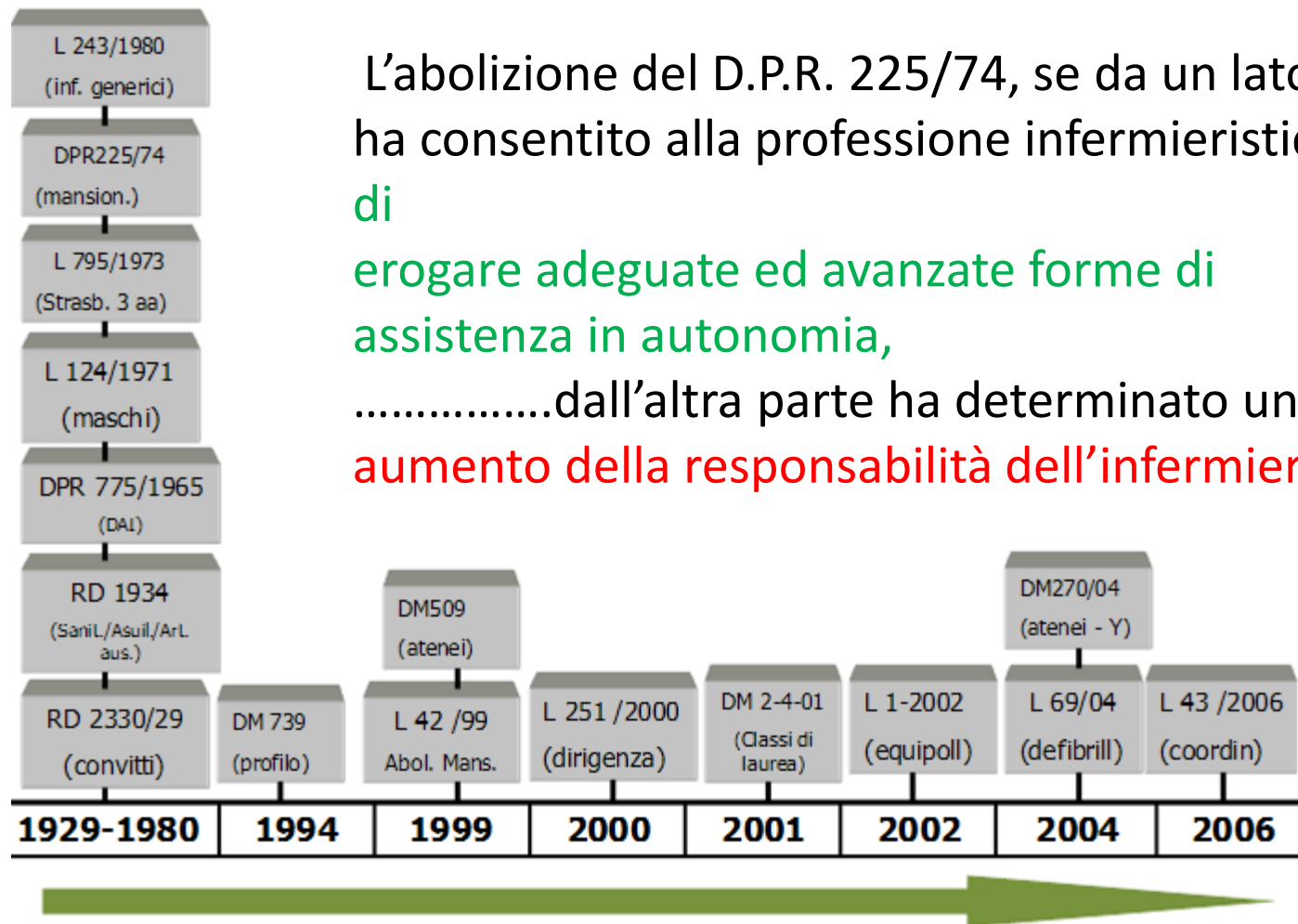


La professione che cambia, la responsabilità che cresce



- L'abrogazione del “mansionario” e dell’aggettivo “ausiliaria” in relazione alla professione infermieristica ha legalmente individuato un professionista sanitario responsabile dell’assistenza

Il percorso legislativo per la professione infermieristica



Chi ci dice cosa può fare oggi un infermiere

- *Il campo delle competenze infermieristiche* oggi è definito da :
- tre criteri guida
 - il profilo della professione infermieristica (D.M. 739/94),
 - il corso di studi universitario e la formazione post base
 - il codice deontologico
- due criteri limite
 - le competenze previste per i medici
 - le competenze previste per gli altri professionisti sanitari forniti di laurea

D.M. 14 settembre 1994

Profilo professionale dell'Infermiere

- Art.1
 - L'infermiere è l'operatore sanitario ... responsabile dell'assistenza generale infermieristica
- Art. 2
 - L'assistenza infermieristica preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa è di natura tecnica, relazionale, educativa.
 - Le principali funzioni sono la prevenzione delle malattie, l'assistenza dei malati e dei disabili di tutte le età e l'educazione sanitaria
- Art.3
 - L'infermiere:
 - partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività
 - identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi
 - pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico

E dal punto di vista giuridico cos'è un Infermiere ?

- Prima del 1999 egli era un “incaricato di pubblico servizio” e la documentazione prodotta aveva un limitato effetto legale: era considerata atto pubblico in senso lato.
- Con le ultime norme, su tutte la 42/99, **TUTTI i Professionisti Sanitari**, in base a ciò che svolgono, e relativamente alla specifica attività realizzata in quel contesto preciso possono essere considerati **Pubblici Ufficiali**

Per capirci con un esempio:

- L'Infermiere in servizio è un incaricato di pubblico servizio.
- Mentre compila una scheda di triage è un pubblico ufficiale.
- E anche mentre compila documentazione che a vario titolo comporta una valenza probatoria.

“RESPONSABILITÀ”

- OTTICA NEGATIVA

- ESSERE CHIAMATI A RENDERE CONTO DEL PROPRIO OPERATO: COLPEVOLEZZA
- VALUTAZIONE DA PARTE DI UN GIUDICANTE EX POST

- OTTICA POSITIVA

- COSCIENZA DEGLI OBBLIGHI CONNESSI CON LO SVOLGIMENTO DI UN INCARICO
- IMPEGNO DELL'OPERATORE SANITARIO EX ANTE



RESPONSABILITÀ PROFESSIONALE

- In ragione della norma violata ci può essere:
 - responsabilità penale
 - responsabilità civile
 - responsabilità disciplinare

Cos'è una cartella clinica

- È a ogni effetto un “atto pubblico”.
- Art 2699 cod 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”

Che cosa è la cartella infermieristica?

- E' lo strumento per rendere visibile, osservabile, misurabile ed evidente il processo di assistenza infermieristica e l'applicazione del contenuto specifico del profilo professionale dell'infermiere



Definizione di documentazione infermieristica

- 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 a una determinata persona, dei rilievi effettuati sulla medesima, delle informazioni raccolte, nonché dei dati di carattere progettuale inerenti la pianificazione dell'intervento assistenziale di competenza infermieristica e delle connesse valutazioni.

D. Rodriguez- A. Aprile in Medicina legale per infermieri – Carrocci FaberFaber 2004 p. 111 e segg.

Definizione di documentazione infermieristica

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

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

Elementi costitutivi secondo la giurisprudenza

- 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.

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

Il valore legale della documentazione 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**.



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

I REQUISITI FORMALI E SOSTANZIALI DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA



accuratezza

veridicità

chiarezza

pertinenza

completezza

rintracciabilità

I REQUISITI FORMALI E SOSTANZIALI DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

- **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.

I REQUISITI FORMALI E SOSTANZIALI DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

- **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 FORMALI E SOSTANZIALI DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

- **Tracciabilità**
 - Possibilità di risalire a tutte le attività, agli esecutori, ai materiali e ai documenti che costituiscono le componenti del ricovero, dall'ammissione alla dimissione della persona assistita. Nella documentazione sanitaria per ogni singolo atto, devono essere identificabili:
 - il momento dell'accadimento con data e ora;
 - gli autori con denominazione, firma leggibile (nome e cognome riconoscibili).
 - Se viene fatto riferimento a protocolli diagnostici o terapeutici, questi devono essere richiamati e referenziati.

I REQUISITI FORMALI E SOSTANZIALI DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

- **Pertinenza**
 - Le informazioni riportate devono essere **correlate con le esigenze informative** definite sia dalle funzioni attribuite alla cartella clinica, sia dalle condizioni cliniche della persona assistita.

Suggerimenti

- I fatti indicati devono rispondere al vero:
 - 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

Suggerimenti

- 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

Suggerimenti

- Contestualità:
 - Riportare sempre data e ora dell'accertamento, delle annotazioni e rilevazioni
 - 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

Suggerimenti

- Deve essere completa e corretta In termini di ordine logico e cronologico:
 - 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:

- Le cancellature non sono ammesse ma:
 - 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
- 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 consenso informato

- Il consenso informato costituisce l'atto primario del processo di cura poiché la Costituzione (Art. 32) impone l'assenso del paziente a qualsivoglia intervento diagnostico e terapeutico
- in assenza di tale atto, ogni azione sanitaria, benché eseguita in modo ineccepibile, è illegittima ed espone il sanitario alle sanzioni di legge (risarcimento del danno in sede civile e alle conseguenze penali)

Il consenso informato

- è **valido** solo **quando ottenuto da persona capace di intendere e di volere, maggiorenne ed adeguatamente informata** sulle caratteristiche della cura e dei rischi insiti ad essa.
- Affinché il consenso sia effettivamente consapevole, è pertanto necessario che il medico o, più in generale il sanitario, informi il paziente attraverso **spiegazioni** a lui **comprensibili** ed adeguando il proprio linguaggio al livello culturale dell'ammalato

- Nel caso di minori o di persone non capaci di intendere e di volere, il consenso deve essere espresso dai legali rappresentanti (genitori o tutori; tuttavia, laddove possibile, i pazienti devono essere comunque informati e si deve tener conto dei loro desideri).
- Le condizioni in cui **non ricorre l'obbligo** del consenso sono solo quelle in cui l'intervento, qualunque possa esserne l'esito, sia necessario ed urgente per la sopravvivenza del paziente e questi non sia in grado di esprimere una volontà cosciente. in senso favorevole o contrario (**consenso presunto**) o quando il paziente abbia esplicitamente espresso la volontà, debitamente documentata, di non essere informato

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 comporta:
 - **responsabilità disciplinare**, violazione dell'obbligo di diligente adempimento artt. 1218 c.c. (responsabilità del debitore) e 1176 c.c. (diligenza nell'adempimento).
 - **Responsabilità penale**, 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...

- Nel nostro ordinamento è vero solo ciò che si riesce a provare. Attestare per iscritto ciò che è stato fatto mette al riparo l'infermiere che nel futuro può essere chiamato a rispondere in sede giudiziale o disciplinare.
- Ciò che non risulta agli atti può non essere stato fatto...

CONCLUSIONI

- Documentare rende esplicito ciò che si fa, lo rende certo; tutto ciò che è stato documentato ha valore legale: se è stato documentato significa che è stato eseguito
- Documentare consente una valutazione dell'operato
- Documentare assicura il mantenimento di un **elevato standard assistenziale** anche nell'avvicinarsi degli operatori e nei momenti decisionali
- Documentare rende possibile la **raccolta di dati** e carichi di lavoro
- Documentare il proprio operato fa parte dei **requisiti di ogni professione**
- Documentare l'assistenza infermieristica non è solo una disposizione aziendale ma anche un obbligo di legge