

LA CARTELLA INFERMIERISTICA

Strumento per rendere visibile,
osservabile, misurabile ed
evidente il processo di assistenza
infermieristica.

La **CARTELLA INFERMIERISTICA** è
uno strumento che certifica e
organizza con logica ed efficacia
tutte le informazioni e le attività
assistenziali della persona,
raccolte e/o eseguite
dall'infermiere, favorendone la
responsabilizzazione.

Raccoglie informazioni per la
Programmazione dell'assistenza
Considerando l'aspetto
Preventivo- curativo- educativo
E relazionale

Dopo un passato prossimo
disseminato da striminzite e
sgrammaticate


«consegne infermieristiche»,
gli anni 90 hanno visto una
proliferazione esponenziale
di cartelle infermieristiche.

Aspetti normativi della cartella infermieristica:

- DPR 225/74 « registrazione su apposito diario delle prescrizioni mediche, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio» « tenuta e compilazione dei registri e dei moduli di uso corrente»
- 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»

- DM 739/94 « l'infermiere: partecipa alla 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; garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche»
- 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.

Queste leggi testimoniano il passaggio da un'infermieristica tecnica ad una di tipo intellettuale.

A thick black L-shaped frame is positioned around the text. It starts at the top left, goes right, then down, then right again, forming a large 'L' shape that frames the text on the left and bottom sides.

LA CARTELLA
INFERMIERISTICA È NATA
DALLA NECESSITÀ DI
PERSONALIZZARE
L'ASSISTENZA
INFERMIERISTICA AL
PAZIENTE

TALE SCELTA METODOLOGICA CONSENTE :

- Di individuare le diverse fasi del processo decisionale.
- Di uniformare il comportamento dei diversi professionisti impegnati nel processo assistenziale.
- Di standardizzare i passaggi fondamentali del processo assistenziale.
- Di costruire, pertanto, un linguaggio professionale condiviso.

FINALITÀ DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

- Documentazione dei problemi della persona.
- Documentazione degli interventi programmati.
- Documentazione dei risultati raggiunti.

QUANDO SCRIVERE I DATI:

Compatibilmente ai carichi di lavoro, è auspicabile che i dati vengano scritti in tempo reale, all'entrata del paziente in reparto, o comunque quando l'infermiere ha informazioni sufficienti per poter disporre di una base di dati.

LA CARTELLA INFERMIERISTICA IN USO IN
OSPEDALE È FRUTTO DELLA
COLLABORAZIONE TRA INFERMIERI,
COORDINATORI DEL PERSONALE DEL
COMPARTO E SERVIZIO DI ASSISTENZA
INFERMIERISTICA CHE,
SPERIMENTANDOLA, HANNO APPORTATO
DELLE MODIFICHE AL DOCUMENTO
INIZIALE, CREANDONE UNO UNICO PER
TUTTE LE UNITA' OPERATIVE.

LA CARTELLA INFERMIERISTICA

Attuale è uno strumento maturo, che risponde pienamente ai criteri di efficacia ed efficienza richiesti dalle aziende sanitarie.

Il gruppo di lavoro deve rispettare i seguenti punti:

SCEGLIERE UN MODELLO TEORICO DI RIFERIMENTO:

Irrinunciabile, ai fini di una formulazione corretta dei contenuti la scelta di una fra le tante teorie dell'assistenza infermieristica ad esempio «Modelli funzionali della salute» di Gordon.

PREDILIGERE I DATI RILEVANTI:

Limitare le informazioni della
«raccolta dati» a quelle che
veramente possono influire
sul processo assistenziale.

EVITARE RIPETIZIONI O COMPLICAZIONI INUTILI:

Oltre a cognome e nome dell'utente e data di nascita, è bene non moltiplicare sulle varie schede la richiesta di evidenti doppioni.

La semplicità è un prerequisito per l'affidabilità.

Una struttura semplice è sempre preferibile.

NON SUPERARE LA SINGOLA PAGINA\SCHERMATA:

Vale soprattutto per le schede aggiuntive, avere tutto il contenuto di una scheda a portata di sguardo su un solo foglio, è un incentivo al sorriso.

IMPOSTARE LA PAGINA CON SINTESI ED ARMONIA:

È fondamentale una strutturazione armonica, ordinata e il più possibile condensata.

Ogni singola pagina deve dare l'impressione all'osservatore di avere «tutto sotto controllo» con uno sguardo.

**LA CARTELLA INFERMIERISTICA DEVE
ESSERE COMPRENSIBILE,
COMPLETA, FIRMATA IN OGNI
INTERVENTO, DEVE CONTENERE
DATI E INTERVENTI SCRITTI IN
ORDINE CRONOLOGICO, CON
ABBREVIAZIONI O SIGLE
CONCORDATE E CONOSCIUTE.**

REGOLE GENERALI PER LA COMPILAZIONE

Le annotazioni infermieristiche devono essere leggibili, chiare e precise, complete, pertinenti e firmate

CONVIENE :

- Annotare le osservazioni e le cure in modo cronologico, nel più breve tempo possibile; queste devono essere firmate o siglate da chi le ha effettuate.
- Evitare i termini imprecisi e le note peggiorative, ironiche
- Identificare sempre la data e l'ora in cui le osservazioni sono state fatte.

- Ogni operatore deve compilare la cartella infermieristica per sé e mai per conto di altri, assumendosi la responsabilità delle proprie registrazioni.
- Sensazioni e sintomi non vanno interpretati, ma trascritti fra «virgolette», per indicare che sono le parole riferite dall'utente. Non vanno mai confuse con l'osservazione dell'infermiere.
- Il comportamento inatteso di un utente, come il rifiuto di assumere un farmaco o di effettuare un esame diagnostico, va annotato sul Diario infermieristico, evidenziando le motivazioni.

La compilazione della Cartella
Infermieristica deve rispettare alcuni criteri
importanti quali:

LEGGIBILITA'

il testo deve essere chiaramente leggibile
e comprensibile da tutti coloro che
utilizzano la cartella infermieristica; la
calligrafia deve essere leggibile.

COMPLETEZZA:

Le voci contenute nei diversi modelli debbono essere tutte compilate

La grafica della T.C. deve essere registrata tutti i giorni

Le specifiche alvo, grado di autonomia, coscienza, cure igieniche, alimentazione debbono essere rilevate almeno una volta a settimana per singola voce

La specifica dieta deve avere almeno una rilevazione durante l'intero ricovero

RINTRACCIABILITA'

In tutti i modelli dove è previsto, deve essere apposta al termine della stesura la firma

VERIDICITA'

Tutti i dati devono essere annotati in cartella con inchiostro indelebile contestualmente al loro verificarsi o nell'immediata successione degli stessi. Non devono essere rilevate abrasioni, correzioni, adattamenti o completamente tardivi. Per errori commessi all'atto della stesura è consentito tracciare una riga con inchiostro indelebile in modo che lo scritto sottostante risulti comunque leggibile. Per errori e/o omissioni rilevati in epoca successiva è necessario porre una annotazione che ne dia esplicitamente atto, accompagnata da data di stesura e firma dell'estensore.

PERTINENZA

Tutte le informazioni registrate sulla cartella infermieristica debbono essere di rilievo clinico-infermieristico.

Al fine di garantire la **LEGGIBILITA'** complessiva della cartella infermieristica, il testo deve essere chiaramente leggibile e comprensibile da tutti coloro che la utilizzano; per questo motivo possono essere utilizzate solo le abbreviazioni e le sigle riconosciute di uso corrente in Istituto.

PERCHÉ UTILIZZARE LA CARTELLA INFERMIERISTICA?

L'evoluzione dell'assistenza, il riconoscimento di una maggiore centralità della persona nel percorso di cura e l'affermazione del nursing come disciplina autonoma fa sì che sempre più l'infermiere sia consapevole del ragionamento diagnostico che lo porta ad identificare i problemi della persona o a formulare le diagnosi infermieristiche, ad ipotizzarne un percorso di risoluzione e, quindi, ad avvertire la necessità di uno strumento nuovo e più completo.

STRUTTURA GENERALE

Prevede la suddivisione strutturale in due «macro-aree».

La prima è una base, contenente quattro moduli la cui presenza è necessaria in tutte le sedi operative:

- Modulo Dati anagrafici;
- Modulo Anamnesi infermieristica;
- Modulo Piano di assistenza;
- Modulo Diario infermieristico.

LA SECONDA MACRO-AREA È COMPOSTA DA UN NUMERO VARIABILE DI SCHEDE:

Scheda di registrazione delle
prescrizioni mediche;
Scheda di registrazione della terapia
in corso;
Scheda di registrazione dei parametri
vitali.

MODULO DATI ANAGRAFICI:

È il nostro «contenitore» ed è posto generalmente sulla copertina della cartella. Vanno trascritte le diagnosi mediche verificate, eventuali condizioni invalidanti, intolleranze o allergie data la loro importanza è sempre preferibile porle in «prima pagina».

MODULO ANAMNESI INFERMIERISTICA:

Luogo dove si raccolgono i
dati ritenuti utili
all'identificazione dei bisogni
e delle abilità residue.

MODULO PIANO DI ASSISTENZA:

Contiene la formulazione scritta dell'intero processo di assistenza infermieristica, quindi gli scopi e gli obiettivi delle prestazioni erogate all'utente.

MODULO DIARIO INFERMIERISTICO:

Sostituisce concretamente la classica «consegna» scritta. Sul Diario infermieristico andranno indicate le variazioni più significative delle condizioni dell'utente, i dati oggettivi e soggettivi, e tutte le eventuali problematiche assistenziali che possono influire sul piano di assistenza.

SCHEDA:

Ogni tipo di scheda deve riportare in alto il proprio nome, ad esempio «Scheda registrazione bilancio idrico».

SCHEDA REGISTRAZIONE PRESCRIZIONI MEDICHE:

Può essere molto simile ad un diario, con delle semplici righe dove indicare: data, ora, prescrizione medica, sigla del medico, spazio per indicare l'avvenuta esecuzione.

SCHEDA REGISTRAZIONE PARAMETRI VITALI:

Può avere una struttura tabellare,
e un'intestazione con data, ora,
polso, temperatura, pressione
arteriosa, respiro, peso e
quant'altro possa interessare il
reparto o servizio che la utilizza.

SCHEDA REGISTRAZIONE TERAPIA:

Tali schede devono riportare il nome del farmaco e il dosaggio, la quantità da somministrare, l'orario, la data della prima somministrazione e la data della sospensione.

Durante il ricovero sarà cura del Coordinatore dell'U.O. monitorare costantemente l' idonea compilazione ed il giusto utilizzo della cartella infermieristica

Al termine della degenza la cartella infermieristica sarà inviata in archivio insieme alla cartella clinica. Il Coordinatore dell' U.O. prima dell'invio provvederà alla ratifica tramite firma della sua completezza e della corrispondenza alle regole generali di compilazione.

SUL PIANO GIURIDICO
LA CARTELLA PUÒ ESSERE
PRESENTATA COME UNA PROVA

L'ASSENZA DI ANNOTAZIONI PUÒ
LASCIARE SUPPORRE CHE "SE
NULLA È STATO SEGNALATO, NULLA
È STATO FATTO".

PER QUANTO RIGUARDA **IL SEGRETO**
PROFESSIONALE L'ARTICOLO 326 DEL CODICE
PENALE AFFERMA: "RIVELAZIONE E
UTILIZZAZIONE DI SEGRETI DI UFFICIO.

IL PUBBLICO UFFICIALE O LA PERSONA
INCARICATA DI UN PUBBLICO SERVIZIO, CHE,
VIOLANDO I DOVERI INERENTI ALLE FUNZIONI
O AL SERVIZIO, O COMUNQUE ABUSANDO
DELLA SUA QUALITÀ, RIVELA NOTIZIE
D'UFFICIO, LE QUALI DEBBANO RIMANERE
SEGRETE, O NE AGEVOLA IN QUALSIASI MODO
LA CONOSCENZA, È PUNITO CON LA
RECLUSIONE DA SEI MESI A TRE ANNI.

ESEMPIO DI DIAGNOSI E CARTELLA CLINICA INFERMIERISTICA ...

- Specialità: ematologia.
- Problema: carenza nutrizionale per alterazione del cavo orale e/o del tratto faringeo .
- Obbiettivo: assicurare un adeguato apporto calorico.
- Indizi o sintomi: citopenia, lesioni della mucosa orale, calo ponderale, alterazione degli esami ematici e del bilancio idrico ed elettrolitico, dolore, rifiuto del cibo.

INTERVENTI :

- Educare il paziente ad effettuare gli sciacqui con i collutori prescritti.
- Pulizia del cavo orale come da protocollo.
- Antidolorifici dietro prescrizione medica.
- Fornire gli integratori .
- Rassicurare ed informare il paziente .
- Stimolare l'assunzione di liquidi.
- Monitoraggio del peso corporeo .

VERIFICHE ...

- A breve termine: riduzione del dolore, assunzione di liquidi e di una dieta semiliquida.
- A medio termine: stabilizzazione o aumento del peso corporeo.
- A lungo termine: scomparsa delle lesioni e ripresa dell'alimentazione.