

Linee Guida per la progettazione e la stesura della Cartella Infermieristica

M. Camani¹, P.L. Deriu², G. Giambone³, R. Tardito⁴, M. Segni⁵, S. Romano⁶

Riassunto

Il dettagliato lavoro dei colleghi rappresenta un tentativo di intraprendere la strada del reale superamento degli attuali schemi che purtroppo vedono ancorata “la professione” al lavoro per compiti. Lo studio multicentrico effettuato sull’argomento cartella infermieristica accelera decisamente i tempi della realizzazione di questo storico passaggio. I colleghi appartenenti ai distretti della Liguria e del Piemonte sottolineano ulteriormente lo spessore e l’impegno del lavoro svolto; l’accuratezza della metodologia applicata consente una gradevole lettura.

L’infermiera Professionale è una professionista che risponde ai bisogni di assistenza manifesti e latenti dell’uomo; per assolvere tali compiti usa diversi strumenti, sicuramente tra essi quello che maggiormente contribuisce allo svolgimento della *missione* è la Cartella Infermieristica.

Questo strumento, formalmente riconosciuto⁷, è di estrema utilità per la verifica della qualità delle prestazioni infermieristiche erogate.

Con la Pubblicazione sulla Gazzetta Ufficiale del Profilo Professionale dell’Infermiere, D.M. 739/94, la professione trova sempre più riconosciuto il proprio ambito specifico; nella gestione di tale ambito la C. I. diventa sempre più indispensabile, per “traghetare” l’infermiere da un ambito di azione tecnica a quello di registrazione del pensiero, che si esplica attraverso l’individuazione di problemi di pertinenza infermieristica e la progettazione del piano di assistenza e la misurazione dei risultati.

¹I.P.A.F.D. Azienda U.S.L. 22 Acqui T. (AL), Responsabile del Servizio Infermieristico distrettuale. Coordinatore del gruppo.

²I.I.D., C.S.S.A. Azienda Ospedaliera S. Biagio Alessandria

³I.P.A.F.D., Ortopedia, Azienda U.S.L. Casale Monferrato

⁴I.P.A.F.D. Medicina Day Hospital, Azienda U.S.L. 22 Novi Ligure.

⁵I.P.A.F.D. Chirurgia, Azienda U.S.L. 22 Ovada.

⁶I.I.D., C.S.S.A. Ospedale Martini di Valenza (AL).

⁷Cfr art. 69 del D.P.R. 384/90



Premessa

Il Gruppo di lavoro che si è formato su un progetto specifico di individuare le linee guida alle quali attenersi nella progettazione e nella stesura della cartella Infermieristica.

Il primo passo è stato quello di definire Cosa si intendeva per Cartella Infermieristica, la definizione del gruppo è: *“Strumento operativo progettato e gestito dall’Infermiere. Raccoglie informazioni utili riguardanti ogni paziente/cliente in maniera individualizzata ed è indispensabile per l’elaborazione di un piano di assistenza che tenga del contesto sociale, culturale e assistenziale in cui si sviluppa, garantendo la continuità delle prestazioni”*.

La Cartella Infermieristica agevola/consente:

- unicità e personalizzazione dell’Assistenza infermieristica
- integrazione tra i membri dell’équipe assistenziali
- completezza delle informazioni riferite alla persona
- raccolta omogenea e sistematica dei dati necessari all’Assistenza
- pianificazione scritta dell’assistenza da erogare
- la valutazione degli interventi assistenziali, attraverso indicatori di salute
- conservazione della “storia” del paziente
- documentazione scritta utile per la realizzazione di ricerche infermieristiche
- documentazione, a fini giuridici, degli atti assistenziali

Acquisito che non esiste una cartella Infermieristica unica e funzionale per ogni realtà lavorativa e che deve necessariamente essere costruita dall’équipe infermieristica dello specifico contesto, nasce l’esigenza di avere indicazioni comuni rispetto alla sua progettazione ed alla sua stesura.

Obiettivi

L’esperienza che viene riportata trova la sua origine in una domanda che si è posto un gruppo di professionisti: “ Esistono delle linee guida che possono aiutare gli infermieri, nello specifico della realtà piemontese, nella costruzione della cartella Infermieristica?”

Questo interrogativo ha suscitato molto interesse “coagulando” altri professionisti ed ha stimolato un gruppo di lavoro rappresentativo di tutte le realtà ospedaliere della provincia di Alessandria (Alessandria, Acqui terme, Casale Monferrato, Novi Ligure, Ovada, Tortona e Valenza) ad elaborare un documento che verrà presentato di seguito.

Gli obiettivi che il gruppo si era dato erano:

1. revisionare la bibliografia presente in materia di C.I.
2. uniformare un quadro concettuale di riferimento dal quale far discendere i criteri per la stesura dello strumento
3. uniformare l’approccio alla stesura di questo strumento e di stabilire criteri comuni e pragmatici per la sua progettazione
4. estendere e diffondere ad altri infermieri questo contributo



Materiali e metodi

Il gruppo ha individuato un suo coordinatore, inoltre per ogni realtà è stato individuato un responsabile che aveva il compito di essere il punto di riferimento per le convocazioni del gruppo.

I metodi utilizzati per la realizzazione del progetto sono stati:

- riunioni periodiche con cadenza mensile
- analisi della bibliografia riferita sia ad una rivisitazione delle teoriche del Nursing, che a documentazione specifica riguardante gli aspetti costitutivi della cartella (raccolta dati, diario infermieristico, diagnosi infermieristica, ecc. ...)
- sintesi delle conoscenze ritenute indispensabili rispetto agli obiettivi
- analisi di cartelle infermieristiche già in uso presso altri ospedali
- progettazione di linee guida
- testaggio delle linee guida in un unità operativa allo scopo di valutarne:
 - ◊ la comprensione
 - ◊ la completezza
 - ◊ la praticità
 - ◊ l'utilità
- presentazione dei risultati in una giornata di studio aperta a tutti i professionisti della provincia.

I risultati

Il gruppo ha identificato questi elementi costitutivi della cartella infermieristica:

1. La raccolta dati ed identificazione dei problemi/diagnosi infermieristica
2. Il piano infermieristico
3. Il diario infermieristico
4. La scheda della terapia
5. La scheda dei parametri vitali
6. La scheda degli esami diagnostici
7. La scheda di collegamento
8. Le schede accessorie (es. diete personalizzate, bilancio idrico, protocolli di trattamenti, etc.)

Definizione

“E' la prima fase del processo di nursing che mira a raccogliere i dati necessari relativi al paziente. La raccolta dei dati richiede osservazione attenta, ragionamento e conoscenze teoriche, allo scopo di raccogliere e classificare informazioni relative al paziente verificandole, organizzandole, e presentando una sintesi dei risultati. L'infermiere raccoglie informazioni da numerose fonti (paziente, familiari, cartella medica e l'osservazione N.d.A.) ed in seguito le analizza. E' la fase più critica del processo di nursing, dalla quale dipendono tutte le altre fasi” SMITH S. e DONNA D. (1990)

Yura e Walsh (1992) aggiungono nella loro definizione “La raccolta dati consiste nell'esame della situazione di una persona sulla base di dati raccolti, per valutare lo stato di benessere individuale, diagnosticare i problemi principali dell'utente, determinare i problemi potenziali ed identificare i punti di forza del malato. .



Inizia con la registrazione dell'anamnesi infermieristica, l'esame obiettivo e termina con la verifica dello stato di benessere o di malattia e l'identificazione delle diagnosi infermieristiche reali o potenziali."

Bizier (1992) aggiunge alle precedenti definizioni fornite: "L'infermiere continuerà a raccogliere delle informazioni per tutto il periodo di degenza del paziente, poiché la pianificazione deve essere continuamente aggiornata.la raccolta dei dati non finisce mai..... Il modello assistenziale guida la raccolta iniziale dei dati.....I dati possono essere classificati in due categorie: dati soggettivi, quelli di cui l'individuo ci mette al corrente, e i dati oggettivi, cioè quelli desunti dall'osservatore."

Anamnesi infermieristica

Gli elementi essenziali che devono essere presenti in questa scheda sono⁸:

- Dati anagrafici
- Diagnosi o motivo del ricovero
- Patologie croniche
- Anamnesi farmacologica
- Tipologia del ricovero
- Data di ingresso e dimissione
- Valutazione del paziente all'ingresso ed alla dimissione attraverso una Scala di valutazione accreditata in letteratura⁹.

A questi possono essere aggiunti altri dati complementari, in base alle esigenze specifiche delle UU.OO. dove saranno applicate.

Il Gruppo ha studiato la letteratura concernente la raccolta dei dati, giungendo alla conclusione che l'unica metodologia che consente di poter applicare i diversi modelli concettuali di riferimento (Henderson, Peplau, Orem, Adams, Roy etc.) sia quella dei "Modelli funzionali" della Gordon.

Modelli funzionali della Gordon

Cos'è un modello funzionale della salute?

In parole semplici un modello funzionale è cosa legittimamente noi operatori ed il paziente possiamo, ragionevolmente, aspettarci in termini di benessere in considerazione di numerosi fattori: età, patologie preesistenti, condizioni familiari, condizioni psico-sociali etc. Ogni modello prende origine dall'interazione persona-ambiente: è rappresentato dall'integrazione biopsicosociale. Nessun modello può essere compreso senza conoscere gli altri modelli funzionali.

⁸N.B. Deve essere identificabile l'Unità Operativa che eroga l'assistenza.

⁹Vedi apposito capitolo



Gli 11 Modelli funzionali di M. Gordon

1. Modello di percezione della salute e gestione della salute.
2. Modello nutrizionale-metabolico
3. Modello di eliminazione
4. Modello di attività-esercizio fisico
5. Modello di riposo-sonno
6. Modello cognitivo-percettivo
7. Modello di percezione di sé
8. Modello di ruolo-relazione
9. Modello di sessualità-riproduzione
10. Modello di adattamento-tolleranza
11. Modello di valori-convinzioni

I modelli disfunzionali della salute (descritti dalle diagnosi infermieristiche) sono legati a malattie o possono portare a malattie. Giudicare nel singolo caso se un modello è un'operazione che si compie confrontando i dati raccolti con uno o più dei seguenti fattori:

1. Informazioni di base sulla persona.
2. Norme relative al gruppo di età
3. Norme culturali, sociali o di altro tipo

Un particolare modello deve essere valutato nel contesto degli altri modelli e del suo contributo alla funzionalità ottimale complessiva di quel particolare utente.

Se l'anamnesi è stata raccolta in modo corretto ed esaustivo si arriva alla "Diagnosi Infermieristica", che la Gordon definisce:

"E' una situazione principalmente risolta dai metodi di assistenza degli infermieri, e per le quali gli infermieri stessi si assumono le responsabilità dei risultati. In quanto tali le D.I. si distinguono dai "problemi collaborativi" (P.C.), situazioni che l'infermiere affronta sulla base di una diagnosi medica."

(Si rimanda per ulteriori informazioni alla bibliografia citata dell'autrice)

Scale e indici di valutazione

Le scale e gli indici di valutazione del grado di dipendenza sono strumenti per individuare in modo oggettivo, preciso ed omogeneo i bisogni del paziente ai quali è necessario far fronte a livello primario, a livello della vita di relazione e a livello specifico sanitario.

L'analisi delle condizioni del paziente attraverso variabili ben definite fornisce indicazioni precise, confrontabili ed omogenee che permettono l'utilizzo di procedure predefinite da un protocollo. Queste valutazioni, fatte più volte durante la degenza, o almeno al momento del ricovero e della dimissione, possono dare chiare indicazioni anche sull'andamento dello stato generale del paziente, permettendo di qualificare i miglioramenti o i peggioramenti dello stato di salute; possono essere impiegate per la trasmissione di informazioni ben interpretabili, nel caso di trasferimenti e adeguatamente informatizzate permettono di conoscere in tempo reale l'esistenza e la dimensione di un fenomeno, di



valutare l'efficacia dei protocolli, di esprimere giudizi sui carichi di lavoro, sulla qualità e le caratteristiche generali di una struttura assistenziale.

In particolare le scale e gli indici di valutazione e di rischio (ad es. **Norton, Braden, Gosnell**... per la valutazione del rischio di insorgenza di P. da D.) rappresentano un utile mezzo per impiegare le risorse in maniera soddisfacente e con il minor spreco possibile. Accenniamo rapidamente ad alcune scale di valutazione del grado di dipendenza, particolarmente utili e validate per la popolazione anziana.

A.D.L. - Basic Activities of Daily Living : prende in considerazione le capacità funzionali elementari ed indica il grado di limitazione di un individuo nelle seguenti variabili: abbigliamento, toilette, spostamenti, continenza, capacità di alimentarsi, cura della persona. Altamente specifico per la popolazione anziana istituzionalizzata.

I.A.D.L. - Instrumental Activities of Daily living : scopo dello strumento è valutare le capacità funzionali della persona anziana in attività comuni quali preparare i pasti, riordinare la casa, lavare, usare il telefono, fare la spesa, prendere le medicine, gestire il denaro.

N.U.D.S. - North Western Universities Disability Scale : serve per valutare la prevalenza e l'incidenza dell'incapacità funzionale e della dipendenza delle persone anziane. Le variabili considerate comprendono sia aspetti delle attività di base che quelle di tipo intermedio (deambulazione, vestirsi, igiene, assunzione di cibo e comportamento a tavola, parola).

SCALA CHRICHTON : si basa sul rilievo di 10 voci (mobilità, memoria, orientamento, comunicazione, collaborazione, irrequietezza, abbigliamento, alimentazione, lavarsi, incontinenza), per ciascuna delle quali viene individuato un livello funzionale (dal normale al totalmente anormale), con diversi gradi di compromissione a cui corrisponde l'identificazione di un punteggio (nulla o lieve < 20, moderata tra 20 e 30, grave >30).

G.B.S. - Gottfries Steen Scale : misura il grado e il tipo di deficit in pazienti dementi. Comprende 4 sfere: funzioni motorie, funzioni intellettive, funzioni emotive, sintomi vari di comune riscontro nella demenza.

INDICE DI BARTHEL : valuta alcune capacità funzionali di base, il controllo sfinterico e l'autonomia di movimento.

INDICE PROGNOSTICO GLOBALE DI FLUGELMAN : riassume in 7 items i principali parametri funzionali (mobilità, stato mentale, controllo sfinterico, alimentazione), medici (condizioni generali, ulcere da decubito) e sociali (situazione familiare).

INDICE DI KARNOFSKY : è un indice percentuale descrittivo di 10 possibili diverse condizioni generali del soggetto: da "abile nell'espletare le proprie attività" (100% in salute) a "in preda ad eventi morbosi rapidamente progressivi" (10% in salute). Non è adatto se usato da solo per un'accurata valutazione funzionale.



G.E.F.I. - Global Evaluation Functional Index: è utile per individuare il fabbisogno di assistenza. Si compone di 15 voci che esprimono da un lato parametri medico-biologici, dall'altro parametri socio-ambientali. Lo score totale può variare da 0 (autosufficienza) a 1000 (massima dipendenza). E' uno strumento di agevole impiego.

B.I.N.A. - Breve Indice di Non Autosufficienza : è uno strumento di rapida rilevazione creato da una commissione di esperti della Regione Emilia Romagna.

V.A.O.R. - Valutazione dell'Anziano ospite di Residenza : versione italiana del **R.A.I. (Resident Assesment Instrument)**, ad opera della Cattedra di Gerontologia e Geriatria dell'Università Cattolica di Roma. E' una scheda di valutazione multidimensionale orientato ad esplorare, attraverso una serie di domande di base, le 18 aree determinanti la quasi totalità dei problemi degli ospiti di residenze sanitarie assistenziali. Non ha le caratteristiche proprie di una scala, perché non prevede la definizione di un punteggio, ma permette comunque l'elaborazione di un piano di assistenza infermieristica individuale, tale da favorire il raggiungimento del massimo livello possibile di funzione fisica, mentale e psicosociale dell'ospite. Può essere utilizzato correttamente solo da personale adeguatamente formato.



Il piano infermieristico

Definizione

Il gruppo concorda con la definizione fornita da Yura e Walsh (1988) " il piano di assistenza è lo strumento più efficace per assicurare la soluzione dei problemi dell'utente e la soddisfazione dei bisogni. Il piano di assistenza infermieristica comprende dati specifici su un determinato utente . Questi dati sono organizzati in maniera sistematica e sintetica per favorire la definizione degli obiettivi infermieristici e di salute. Il piano di assistenza rappresenta chiaramente il problema dell'utente: contiene tutte le informazioni utili, le diagnosi infermieristiche effettive e potenziali, e le loro priorità i problemi e le complicazioni da prevenire, i risultati attesi dagli interventi infermieristici prescritti."

Il piano può essere di due tipi: standard e individualizzato.

I piani standard descrivono i bisogni o i problemi correlati ad una diagnosi specifica; essi forniscono inoltre un elenco di misure o interventi infermieristici ed i risultati attesi per ogni intervento. HOLLOWAY N.M. (1993)

I piani individuali vengono elaborati per ogni singolo paziente, dagli infermieri che hanno raccolto i dati ed evidenziato uno o più problemi, legati ai bisogni individuali.

Esiste un terzo tipo di piani, proposti da Holloway N.M., che potremmo definire **semi-standard**, in quanto propongono una base di piano strutturata in base alla bibliografia esistente ma lascia libertà nella definizione degli obiettivi durante il ricovero, nella valutazione dei risultati, negli indicatori di dimissione e i tempi delle prestazioni.

Perché pianificare l'assistenza?

La risposta più semplice è stata che tutti i professionisti progettano, pianificano e valutano il loro intervento.

A questo motivo concettuale si possono aggiungere questi altri che derivano dalla nostra esperienza e dalla letteratura:

- perché solo un documento scritto può avere valore legale
- perché può aiutare a stabilire gli standard assistenziali relativi ad una determinata situazione
- perché la sua stesura consente di giustificare i carichi di lavoro e i livelli di fabbisogno di personale e di convalidare l'adeguatezza dell'assistenza fornita
- perché è una cornice all'interno della quale programmare e comunicare un'assistenza adeguata
- perché è la parte che consente di differenziare la "scheda infermieristica" dalla "cartella"
- perché è l'unico mezzo di raccordo tra la teoria e la prassi nella vita di reparto
- perché senza una buona pianificazione verificabile in qualunque momento non può esistere una buona valutazione, momento essenziale per il salto di qualità della professione.
- perché è indispensabile determinare, reperire ed enunciare le risorse che interverranno durante l'attuazione del progetto.



- perché è indispensabile definire “chi” fa “che cosa” e “ quando”.
- perché una buona anamnesi e la formulazione di un’ipotesi di diagnosi infermieristica è pressoché inutile se non convoglia in una parte operativa di risoluzione dei problemi.
- perché i piani assistenziali, vengono normalmente progettati ed attuati dagli infermieri nella routine, ma manca quasi sempre la loro codifica nella cartella.
- perché con questo strumento tutta l’équipe tende allo stesso obiettivo.
- perché è indispensabile stabilire le priorità in considerazione delle risorse che si possiedono.

Per quali pazienti dobbiamo formulare il piano di nursing?

Si è discusso sulla necessità di utilizzare Scale riconosciute internazionalmente (Svizzera, Goddard, Norton, QUALY, ADL, IADL etc.), oppure di escludere coloro che si ricoveravano per accertamenti; al termine si è stabilito che chiunque si ricoveri in un’Unità di degenza potrebbe potenzialmente avere un problema e quindi nessuno può a priori venire escluso.

Il fatto che l’infermiere, che ha eseguito la raccolta dati, non abbia rilevato disfunzioni tali da giustificare la strutturazione di un piano, non esclude che un altro operatore possa individuare l’insorgere del problema e pianificarne la risoluzione.

Gli elementi costitutivi, validati dalla letteratura, del piano infermieristico sono : problema (o diagnosi infermieristica), bisogno interessato, cause, obiettivi, risorse e vincoli, interventi, verifica e valutazione.

Occorre a questo punto fornire per chiarezza alcune definizioni accreditate in letteratura.

Bisogni

“Si intendono le componenti fisiologiche, ambientali e socio-psicologiche, necessarie all’organismo per la sopravvivenza e la salute fisica e mentale.” (K.C. Sorensen, J. Luckman)

Problema

“E’ la discrepanza che esiste tra ciò che è, e cosa dovrebbe essere. Nasce quando il bisogno non viene soddisfatto in qualsiasi modo”. (K.C. Sorensen, J. Luckman)

I termini che descrivono il problema sono:

- alterazione
- diminuzione
- incapacità
- modificazione

I criteri che soddisfano una buona formulazione del problema sono:

- ♣ brevità
- ♣ precisione,
- ♣ basato sulla raccolta dei dati,
- ♣ orientato all’individuo,
- ♣ utilità per la risoluzione stessa del problema.



Causa

“E’ l’agente o situazione che ha determinato la discrepanza tra l’osservato e l’atteso.”(R. Zanotti)

Si utilizzano per esporle le espressioni: “perché”, “dovuto a..”, “associato a..” Le cause di solito sono correlate in varia misura : alla mancanza di forza, di conoscenza o di volontà (FCV)

Obiettivo

Per obiettivo intendiamo quale è lo scarto tra l’osservato e l’atteso che vogliamo ridurre o eliminare, o meglio indica il livello accettabile di indipendenza che l’individuo dovrà raggiungere, e possibilmente anche identificare il mantenimento del livello di indipendenza.

Il verbo utilizzato deve descrivere con precisione l’azione compiuta dal soggetto, in termini di indipendenza che deve essere acquisita. Il verbo sarà di solito al futuro o al presente congiuntivo.

Le caratteristiche dell’obiettivo sono: pertinenza, logicità, precisione, realizzabilità, osservabilità, misurabilità

Risorse

Tutte le persone, i presidi, gli strumenti e il tempo utilizzati per la risoluzione del problema.

Vincoli

Tutte le cause dovute alla patologia, alla situazione ambientale, alla carenza di risorse che determinano una limitazione o un impedimento al soddisfacimento del bisogno.

Intervento

Verifica l’assistenza messa in atto dall’infermiere per la risoluzione del problema del

Indicatore di risultato continua delle varie fasi del percorso in modo da adattare il piano alla

Valutazione delle idee all’individuo che il sistema d’assistenza parte del paziente. vengono

Le priorità di intervento assistenziale. Il (Zanotti 1991) e (Zanotti 1991) e (Zanotti 1991), medio

La piramide di Maslow è il punto di riferimento per stabilire quale è la “prima priorità”, se non è in grado

attuazione, delegazione) e alla pianificazione di un altro intervento per il paziente.

risolvere un problema che interagisca su più bisogni. Un ultimo criterio è quello di utilizzare la Piramide di Maslow, partendo dai bisogni che stanno alla base (bere, mangiare dormire, eliminare) fino ad arrivare al quinto stadio (Attuazione di sé: diventare qualcuno, diventare se stessi).

Altro passaggio è quello di stabilire la *performance* del nostro processo, attraverso la valutazione del raggiungimento o meno degli obiettivi posti all’inizio.

Il piano d’assistenza è la parte essenziale per caratterizzare la C.I. rispetto alla scheda; è il metodo con cui erogare correttamente e in modo personalizzato l’assistenza.

Il piano infermieristico rappresenta un quadro di riferimento generale più che un modello: suggerisce alcune ipotesi da testare più che uno schema da seguire rigidamente. E’



fondamentale nella progettazione e nella pianificazione del piano l'esperienza e le conoscenze dell'infermiere che si manifestano attraverso l'intuizione della scelta della migliore prestazione in un determinato contesto.

Si ritiene che sia indispensabile la codifica del piano d'assistenza per i motivi esposti in precedenza.



Il diario infermieristico

Definizione

Per “diario infermieristico” si intende una scheda facente parte della cartella infermieristica, all’interno della quale vengono presentati, durante l’arco della giornata, i dati soggettivi ed oggettivi rispetto a variazioni dello stato del paziente, che possono essere trattati direttamente dall’infermiere o interventi derivanti da prescrizioni mediche.

Deve contenere almeno le seguenti parti

1. cognome e nome del paziente
2. numero del foglio
3. data
4. indicazione sul turno di servizio
5. diario - osservazione e rilievi
6. sigla (precodificata) o firma del/la I.P.

Per la compilazione del punto 5 l’infermiere deve rispondere alle seguenti domande:

- a) Dal punto di vista fisico ci sono state variazioni rispetto alla valutazione di inizio turno?
- b) Dal punto di vista psico-sociale ci sono state variazioni rispetto alla valutazione di inizio turno o dei giorni precedenti considerando i seguenti criteri:
 - * comportamento
 - * adattamento al ricovero
 - * rapporto con la famiglia
 - * mutamento della percezione del proprio stato di salute?
- c) Sono stati osservati dei bisogni non soddisfatti? si è risposto con azioni specifiche per la loro risoluzione? Si è valutato il risultato?
- d) Sono stati osservati dei problemi assistenziali per cui è stato necessario formulare o riformulare un piano di assistenza?

Esempio di schema di diario infermieristico

SEDE DEL RICOVERO.....			
Paziente			N°
DATA	TURNO	DIARIO - OSSERVAZIONI O RILIEVI	SIGLA I.P.



Scheda della terapia

Definizione

Per scheda della terapia si intende quella parte della Cartella Infermieristica, nella quale vengono scritte le prescrizioni mediche relative ai farmaci da somministrare.

La funzione fondamentale di tale scheda riguarda la gestione della somministrazione, intesa come prescrizione da parte del medico, distribuzione e somministrazione del farmaco e successiva verifica degli effetti da parte dell'infermiere.

La strutturazione della scheda della terapia risulta essere in funzione delle voci da riportare e delle esigenze del reparto, essendo infatti la terapia una pratica estremamente diversificata, sia per tipologia (per es. os, im, ev, ecc.) ma anche in termini quantitativi e di distribuzione nel tempo.

La collocazione nella cartella infermieristica della scheda della terapia può risultare inoltre diversificata per la sua forma, può esserne parte integrante o presentarsi come foglio aggiuntivo.

La costituzione grafica, pur restando estremamente libera in termini di spazi e disposizioni, deve contenere le seguenti voci:

- **Nome del paziente:** indicazione variabile se la scheda fa parte integrante della cartella infermieristica e risulta "tipograficamente attaccata" oppure obbligatoria se in forma di appendice "staccabile".

- **Specialità farmaceutiche e loro forma:** lo spazio predisposto per tale voce può comprendere sia il nome commerciale, che il nome del principio attivo, e meglio se entrambi (utile in caso di principi attivi uguali e nome commerciale differente).

- **Dosaggio e via di somministrazione:** il dosaggio deve essere indicato in special modo per quei principi attivi che pur avendo stesso nome commerciale sono in commercio a dosaggi differenti (per es. forma "mite" e forma "forte", oppure i mgr quando sono presenti più dosaggi).

La via di somministrazione va' inoltre specificata per eventuali alternative di somministrazione.

- **Orari e tipologia di somministrazione**

- **Prescrizione e firma del medico:** deve essere appositamente predisposto uno spazio per la firma (iniziali e/o sigla) del medico che ha effettuato la prescrizione.

- **Somministrazione e firma dell'infermiere:** la parte centrale della scheda della terapia deve contenere appositi spazi, consigliabile ad es. a cellette, in cui l'Infermiere Professionale firma accanto all'ora ed il farmaco somministrato.

A questo proposito si ritiene utile l'impiego di inchiostri indelebili di colori diversi, ad es. blu per le somministrazioni ordinarie, rosso per quelle estemporanee e verde per quelle al bisogno.

Tale impiego di colori dovrebbe inoltre corrispondere alla parte della prescrizione (vedi punto precedente).

- **Data di inizio e sospensione della somministrazione:** anche in tal caso può risultare utile l'impiego di inchiostri di colori diversi in quanto una sospensione estemporanea per il verificarsi di un effetto collaterale o indesiderato potrebbe essere evidenziata con un colore, ad es. rosso.



- **Allergie**: utile nella scheda della terapia uno spazio recante le eventuali allergie farmacologiche o collegate a farmaci, oltreché presente nella parte anamnestica, in quanto deve essere pratico e “chiaro” di indicare prima della somministrazione.

- **Farmaci al bisogno**: in questa voce dovrebbe essere riportato, oltreché il farmaco al bisogno (specificando accuratamente in quale circostanza l’infermiere potrà decidere di somministrare il farmaco), il suo dosaggio, la via di somministrazione, il dosaggio massimo consentito e la firma del medico che ha effettuato la prescrizione, meglio se in colore diverso (per es. verde).

La compilazione deve essere: dettagliata, precisa, e scritta in maniera leggibile e distinguibile per fasce d’orario.

E’ consigliabile monitorare gli eventi critici, per la valutazione della validità della scheda della terapia.

Definizione

Per scheda degli esami diagnostici si intenda quella parte della Cartella Infermieristica che contiene segnalati gli esami (precodificati o meno) ai quali deve essere sottoposto il paziente, con la data di richiesta e di esecuzione.

Gli elementi costitutivi di tale scheda sono:

- l’esame prescritto
- data prescrizione
- sigla di chi richiede e/o di chi riceve la richiesta
- l’assenso o meno del paziente per l’esecuzione dell’esame (la presenza dell’assenso scritto in caso di esame con m.d.c.)
- data di esecuzione
- sigla di chi ha effettuato l’esame o inviato il paziente.
- motivazione di un eventuale sospensione, non esecuzione dell’esame o variazione della data di esecuzione.



Scheda per il monitoraggio dei parametri vitali

Definizione

Per scheda di monitoraggio dei parametri vitali si intende una scheda nella quale vengono scritti, di solito, con cadenza preordinata i parametri del paziente che vengono decisi dai medici, la rilevazione può essere svolta per periodi definiti su prescrizione medica o può aver luogo per tutta la durata del ricovero, oppure possono essere rilevate autonomamente dall'infermiere qualora ritenga che ve ne sia la necessità

Elementi costitutivi

La strutturazione è in funzione delle voci riportate.

- griglia di rilevazione di:
 1. frequenza respiratoria
 2. frequenza cardiaca
 3. temperatura
 4. pressione arteriosa
 5. peso
 6. glicemie e/o glicosurie
 7. altro (definibile in base alla tipologia del reparto).

Occorre che siano definite con precisione:

- data e ora di rilievo
- frequenza con cui si effettua la rilevazione
- sigla di chi effettua la rilevazione
- scala di computo del bilancio idrico.

Devono essere chiaramente espresse le scale che vengono utilizzate e immediatamente identificabili le alterazioni di questi parametri. (Es. Colori diversi per lo stato patologico)



Scheda di collegamento

Definizione

E' una scheda che verrà utilizzata per trasmettere i dati e le notizie rilevanti inerenti al periodo di presa in carico del paziente /cliente, deve essere predisposta quando esiste la necessità di una prosecuzione del trattamento infermieristico o di assistenza domiciliare.

Elementi costitutivi

La scheda di collegamento è composta dalle seguenti parti:

- Indicazione per esteso della sede di ricovero
- Dati anagrafici essenziali
- Data del ricovero e della dimissione
- Descrizione sintetica dei problemi soggettivi e rilevanti, per il proseguo della assistenza, denunciati dal paziente/cliente
- Descrizione sintetica dei problemi oggettivamente riscontrati.
- Obiettivi perseguiti e valutazione finale.
- Proposta di come continuare i/il trattamenti/o in corso.
- In allegato, eventuali protocolli assistenziali utilizzati fino a quel momento.
- Firma dell'infermiere che compila la scheda.

La stesura della scheda di collegamento deve essere effettuata in duplice copia: una copia deve essere conservata in cartella inf. mentre la seconda copia verrà consegnata - - previo colloquio esplicativo - al paziente oppure ad una persona di sua fiducia che si farà carico di consegnarla a chi prenderà in carico il caso.



Criteria per la compilazione

Precisione:

Le informazioni devono essere riportate in maniera corretta, in particolar modo devono essere distinte i dati oggettivi da quelli soggettivi.

Per oggettive si intendono le informazioni cliniche osservabili e misurabili, per soggettive gli stati percepiti dal paziente, dall'infermiera o da altri membri che non possono, oggettivamente, essere valutate e misurate.

Le osservazioni sullo stato del paziente devono essere documentate per iscritto e essere complete ed esatte (non bisogna mai scrivere le opinioni).

E' indispensabile scrivere sempre le omissioni di procedure che fanno parte del protocollo di cura o i momenti significativi della degenza; per esempio: se un paziente rifiuta una medicazione o una terapia, la preparazione per test diagnostici, l'ammissione, il trasferimento, la dimissione ed il trattamento iniziato per improvvisi cambi delle condizioni del paziente.

Le abbreviazioni e i simboli occorre che siano comprensibili e condivisi (creare una legenda). Non bisogna mai utilizzare soprannomi e diminutivi.

Ogni parte della cartella infermieristica deve essere contrassegnata da nome e cognome del paziente e compilata in ogni sua sezione.

Al momento della dimissione deve essere evidente il raggiungimento o meno degli obiettivi assistenziali.

Concisione:

L'esposizione deve essere sintetica, in quanto una nota breve e significativa è più leggibile che una lunga e irrilevante. Omettere parole non necessarie e dettagli trascurabili. (Per esempio non scrivere la parola paziente perché è sottinteso che la cartella appartenga al paziente.)

Scorrevolezza e correttezza:

La mancata o ritardata segnalazione di dati rilevanti può danneggiare la salute del paziente. La raccolta dei dati effettuata in maniera chiara e completa favorisce la progettazione corretta del piano assistenziale e l'individuazione di obiettivi realistici.

Organizzazione dei dati:

Le informazioni devono essere riportate in maniera cronologica, logica ed obiettiva.

Sistematicità

La cartella deve essere compilata in maniera continuativa e sistematica ogni qualvolta occorra segnalare un avvenimento pertinente al paziente in modo da poter, in ogni occasione, ricostruire la sua storia.

Riservatezza:

Le informazioni sul paziente non devono essere date a persone non autorizzate.

L'infermiera è legalmente ed eticamente obbligata a non divulgare le informazioni concernenti il paziente e la sua malattia. Solo i membri dello staff medico-infermieristico possono accedere alla cartella infermieristica.



Leggibilità

Utilizzare una calligrafia leggibile (stampatello) in modo che i dati si leggano con facilità ed in maniera univoca.

(Convenzionalmente si può stabilire di utilizzare colori differenti di inchiostro a seconda del turno: ad esempio, l'inchiostro nero o blu per i turni diurni ed il rosso per la notte)



Discussione e conclusioni

Il gruppo di ricerca, che ha elaborato questo studio, è consapevole che questo non può che essere un contributo per coloro che intendono progettare e gestire il cambiamento da un tipo di carteggio tradizionale ad uno strumento unificato e personalizzato.

Si è inoltre consapevoli che questo non è un punto di arrivo ma di partenza per stimolare il dibattito su un argomento del quale molto si parla, ma in maniera molto disomogenea ed a volte impropria, cercando di attribuire proprietà alla Cartella che non possiede e non riconoscono altre che sono proprie di questo strumento che andrebbero utilizzate e valorizzate maggiormente.

Il gruppo riconosce che la Cartella Infermieristica è in parte contraddittoria rispetto alla visione olistica che caratterizza il pensiero della professione infermieristica ed è consapevole che la Cartella Integrata (medica ed infermieristica) è lo strumento a cui tendere, altresì in molte realtà è un passo obbligato in quanto non tutti sono pronti, ed occorre procedere con gradualità

Al termine di questo lavoro, è parere comune, che nel processo di cambiamento della professione, un posto essenziale sarà coperto dal modo con cui saremo in grado di gestire il sistema informativo non solo nei confronti della nostra professione ma anche nei confronti di quella medica, come riusciremo a codificare il nostro pensiero e la scientificità ci saranno i nostri scritti; in considerazione del lungo cammino che occorre intraprendere irto di resistenze a vari livelli, non ultime quelle interne alla nostra stessa professione.



Bibliografia

1. AA.VV., *“Uso della cartella infermieristica e distribuzione della risorse umane: dai problemi ai progetti.”*, atti della giornata di studio tenutasi nel giugno 1993 all’Ospedale Mauriziano di Torino, elaborate dalle diplomande I.P.A.F.D.
2. AA.VV. *”I sistemi di documentazione nel quadro del processo dell’Assistenza Infermieristica”*, Rapporto dell’Ufficio Regionale per l’Europa dell’OMS- 1985, Edizione italiana a cura del collegio IPASVI di Torino-Asti
3. AA.VV., Atti della giornata di studio *“I farmaci nell’uso clinico”* del 30 settembre 1993”, CESPI editore, Torino 1993
4. Anderson M.A. Duke L. e Haslam W.B. *“Impiego sistematico della diagnosi infermieristica e suoi riflessi sul grado di soddisfazione dell’infermiera”* (trad. a cura di Flora Cotone), Professioni Infermieristiche 1990, 43,3: 14 - 16
5. Bassetti O., *“Integrazione nell’assistenza infermieristica”*, Edizioni M.B.,
6. Bassetti O., *“La sfida educativa nella professione”*, Edizioni M.B. Milano 1987
7. Bassetti O., *“Relazione infermieristica e lavoro di equipe”*, Rosini editrice, Firenze 1992
8. Bernardi M.G., D’Alonzo M., Trebo P., *“Un’esperienza di pianificazione dell’assistenza infermieristica secondo il modello concettuale di Virginia Henderson”*, Professioni Infermieristiche, 1994; 47: 33 - 37
9. Bizier N., *“Dal pensiero al gesto”*, Edizioni Sorbona, Milano 1992
10. Brusaglia G., Franci A., *“Indicatori di dipendenza delle persone anziane”*, Collana CEREF, Edizioni SUMMA, Padova, 1990.
11. Calamandrei C., *“L’infermiere con funzioni di coordinamento”*, ediz. a cura della regione Toscana, Firenze, 1986
12. Camussone P.F., *“Il sistema informativo: finalità ruolo e metodologia di realizzazione”*, Etaslibri, Milano 1976
13. Cavaliere B., *“L’impiego del metodo di “Istruzione programmata” per l’insegnamento del “Modello delle prestazioni infermieristiche”*, Professioni infermieristiche, 1994,47: 37-47
14. Coraglia S., Garena. G., *“Professioni infermieristiche e lavoro organizzato”*, Ediz. Nis, Roma 1991
15. Doninelli M., *“l’introduzione di un nuovo fascicolo infermieristico in ospedale”*, Relazione presentata al convegno regionale Aniarti Lombardia, Milano, Giugno 1992
16. Editoriale, *“A proposito di cartella infermieristica”*, Rivista dell’Infermiere, 1991,10,1:6-10
17. Gargano A. e Milo A., *“Responsabilità infermieristiche in relazione alla somministrazione dei farmaci”*, Infermiere Informazione, Torino 1993, 9
18. Gattai A., *“Cartella Clinica”*, Organizzazione editoriale medico farmaceutica, Milano 1992
19. Grenier R., Drapeau J. E Desautels J., *“Norme e criteri di qualità dell’assistenza infermieristica”*, edizioni Sorbona 1992
20. Gordon M., *“Manuale delle diagnosi infermieristiche”*, EdiSES, 1992
21. Gordon M., *“Nursing Diagnosis: process and application”*, McGraw-Hill Book Company, New York, 1986



22. Gruppo di Ricerca Infermieristico di Monza, "Valutazione della qualità delle registrazioni infermieristiche: confronto tra reparti che utilizzano la cartella, la scheda infermieristica e la consegna tradizionale", Rivista dell'Infermiere, 10 (1): 20-25, 1991
23. Hammond J.M.D., Hiram Milton Johnson, R.N., Robin Varas, R.N. and Gillon Ward C., M.D., "A qualitative comparison of paper flowsheets vs a computer-based clinical information system", Chest 1991; 99:155-57
24. Holloway M.N., "Piani di assistenza in Medicina e Chirurgia", ed. Sorbona, Milano 1994
25. Yura H. - Walsh M.B., "Il processo di Nursing", Ediz. Sorbona, Milano 1992
26. Yung W.H. Dr Departments of Microbiology and Surgery University of Hong Kong, Hong Kong, "The use of routine wound swabs and Kardex review for surveillance of surgical wound infections", Journal of Infection 1991; 23, 161-167
27. Kim M.J., Farland G.K., McLane A.M., "Diagnosi infermieristiche e piani di assistenza", edizioni Sorbona, Milano 1991
28. "La démarche pédagogique pour l'apprentissage et l'enseignement des diagnostic infirmiers", N° 15 Série Soins Infirmiers. Ministère de la santé et de l'action Humanitaire, Direction des Hopitaux, Paris, 1993. (Traduzione di Forno D. per la pubblicazione a cura del Collegio IPASVI di Torino.)
29. La Greca G., "Lo specifico infermieristico", CESPI editore, Torino 1993
30. Lirutti M. Et al., La scheda per la "Consegna personalizzata": presentazione di un'esperienza", Professioni infermieristiche 1993, 46, 2:6-18
31. Lolli A., "La responsabilità professionale per un'assistenza infermieristica di qualità", Professioni Infermieristiche 1993, 46,4: 16-18
32. Manzoni E., "Diagnosi infermieristiche e cultura professionale italiana", Professioni infermieristiche, 1994, 47, 1:21-25
33. Marriner A., "I teorici dell'infermieristica e le loro teorie", Casa editrice Ambrosiana, Milano 1989
34. Marsaglia C., "Progetto Valutazione di qualità della Cartella Infermieristica", Sezione regionale della VRQ di Torino, 1992
35. Ministère de la santé et de l'action humanitaire, Direction des Hospitaux " La démarche pédagogique pour l'apprentissage et l'enseignement des diagnostic infirmiers", N° 15 Série Soins Infirmiers., Paris, 1993 (traduzione a cura di Davide Forno, Collegio IPASVI di Torino)
36. Montésinos A., "Organizzare un'assistenza di qualità nei reparti ospedalieri", Edizioni Vita e pensiero, Milano 1993
37. Moretto C., "Un progetto di formazione permanente per l'introduzione della cartella infermieristica in una realtà specifica", Professioni Infermieristiche 1992, 45,4: 8-17
38. Orem D.E., "Nursing: concetti di pratica professionale", ed. Summa, Padova 1992
39. Pini M. Alinovi A., "La Cartella clinica orientata sui problemi", Piccin editore, Padova 1983
40. Riccelli I., Gatta N., "Valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica", Edizioni Rosini, Firenze 1990
41. SAGO ed AA.VV., "Un'esperienza di ricerca sulla documentazione infermieristica", Atti convegno 9 maggio 1992, Ferrara
42. Sedda M. et al., "Utilizzazione della Cartella Infermieristica diabetologica nello studio della correlazione tra compenso metabolico e condizioni socio-familiari", Il Diabete e l'infermiere, 1, 213-219, Padova 1993



43. Sisti P. e Nebuloni G., *“Gli errori in terapia: un indice di qualità dell’assistenza”*, Riv. Inf. 6.3: 156-162, 1987
44. Smith S. e Duel D., *“L’assistenza infermieristica principi e tecniche”*, ed. Sorbona, Milano 1990
45. Spada P., *“Linee guida per la strutturazione della cartella infermieristica”*, Relazione presentata e pubblicata negli atti del 2° Convegno Regionale Aniarti- Lombardia, Milano, 6 giugno 1992
46. *“Terminologia dell’assistenza infermieristica”*, (glossario provvisorio), N° 3 Serie Assistenza Infermieristica (Le dossier de soins_ n° 3 Série soins infirmiers), Traduzione e pubblicazione a cura del Collegio IPASVI di Torino 1986.
47. The EuroQol Group, *“EuroQol - a new facility for the measurement of health-related quality of life”*, Health Policy, 16 (1990) 199-208
48. United Kingdom Central Council of Nursing, Midwifery and Health Visiting, *“La somministrazione dei farmaci”*, Infermiere Informazione, Torino 1991, 1
49. Vailland D. E Coll., *“La Cartella Infermieristica”*, trad. A cura del Collegio IPASVI di Torino
50. Vita A.M., Ortelli S., Fiamminghi M., *“Il Modello delle prestazioni infermieristiche”*, SUDI, Milano 1993
51. Zanotti R., Poletti P., Vian F., *“Introduzione alla metodologia del processo di Nursing”*, Editrice Summa, Padova 1991

