

La Cartella Infermieristica (aggiornamento 97)

- Cos'è: → Strumento che ti consente di realizzare il piano di assistenza (metodo scientifico di lavoro utilizzato dal personale infermieristico per risolvere i problemi legati all'assistenza).
- Documento personale che, consentendo di raccogliere tutte le informazioni dell'utente, diviene supporto alla realizzazione del piano di assistenza
- Strumento operativo progettato e gestito dall' IP.
Raccoglie tutte le informazioni utili riguardanti ogni paziente/utente in modo individualizzato; rappresenta un supporto alla realizzazione del Piano di Assistenza, garantendo la continuità delle prestazioni

Obiettivi - finalità

1. documentazione sistemica e scritta dei dati, completezza delle informazioni
2. continuità dell'assistenza
3. pianificazione scritta dell'assistenza
4. valutazione della qualità dell'assistenza
5. applicazione di un modello concettuale
6. unicità e personalizzazione dell'assistenza inf.ca
7. responsabilità professionale dell'IP
8. integrazione dell'equipe assistenziale
9. conservazione della storia del paziente/utente
10. migliore relazione infermiere-paziente

Deve essere - semplice da usare - di facile compilazione e consultazione - precisa - chiara - concisa - riservata - veritiera - completa - tempestiva - contestuale

- E' composta da:
- **Accettazione** → raccolta dati → scale di valutazione
 - **Pianificazione dell'assistenza** (possibile predefinire alcuni problemi)
 - **Diario inf.co** → data → ora → attività → firma
 - **Schede varie** (terapia, medicazioni, esami ematici e strumentali, parametri vitali)
 - **Valutazione**
 - **Dimissione**

Regole:

1. Usare inchiostro e non la matita
2. Scrivere nome e cognome del paziente (pz.)
3. Descrivere appena possibile e con precisione il problema identificato per evitare di tralasciare informazioni ed avere un aggiornamento quotidiano
4. Scrivere tutto ciò che viene fatto al pz. e le sue reazioni
5. Correggere gli errori tracciando una linea sopra l'errore, la cancellazione o la copertura con l'inchiostro non è accettabile
6. Le voci devono essere espresse in modo conciso
7. La data va segnata sulla prima riga ed aggiornata
8. L'ora va segnata ogni qualvolta si deve riportare una voce riferita ad un nuovo momento cronologico
9. La registrazione riferisce dei fatti e non l'interpretazione dell'Infermiere Professionale (I.P.). Se il pz. riferisce sintomi e sensazioni, questi vanno riportati fra virgolette per significare che si tratta di parole del pz.
10. L'IP deve registrare le proprie osservazioni
11. Il rifiuto da parte del pz. di medicazioni o farmaci, va riportato mettendone in evidenza i motivi
12. Utilizzare solo simboli ed abbreviazioni concordati con tutti i membri dell'equipe (eventualmente inserire una legenda nella Cartella Infermieristica)
13. Scrivere in modo leggibile
14. Usare termini tecnici corretti e non usare espressioni dialettali
15. Evitare di scrivere per un'altra persona
16. Registrare solo quello che è stato personalmente fatto ed osservato
17. Non aggiungere informazioni dimenticate utilizzando spazi ristretti

Alcune considerazioni.....

- La Cartella Infermieristica (C.I.) non dovrà mai diventare il fondamentale o addirittura l'unico, strumento di reciproca informazione
- Le informazioni medico-infermieristiche non dovrebbero sovrapporsi a vicenda, occorrerà consultare i rispettivi documenti. Occorre evitare che il medico annoti sulla cartella C.I. soprattutto per evitare che riduca progressivamente le indicazioni sulla Cartella Clinica (C.C.) principale
- Le indicazioni da riportare riguardano:
 - * dati obiettivi
 - * modalità dell'assistenza
 - * atti diagnostici e terapeutici
 - * somministrazione di medicinali
 - * somministrazione di diete
 - * raccolta, conservazione ed invio in laboratorio del materiale per le ricerche diagnostiche
 - * prescrizioni mediche, richieste ordinarie ed urgenti
 - * pianificazione degli interventi
- La C.I. deve essere considerata parte integrante della C.C., perché contribuisce a rendere completa la documentazione del soggetto, per tanto conservata, per comodità, in modo diversificato, ma assemblata per l'archivio
- Il primario è responsabile della composizione unitaria della C.C. la caposala dell'archiviazione (→ riportabile alla C.I.?)
- Pareri discordi sul fatto che anche la C.I. venga fotocopiata insieme alla C.C., quando questa viene richiesta dall'interessato
- Il segreto professionale e d'ufficio riguarda la stesura, la conservazione ed il rilascio
- La C.I. non può possedere la stessa efficacia provatoria della C.C. perché redatta da incaricato di pubblico servizio, come l'I.P., e non da pubblico ufficiale come il medico; essa deve essere considerata **atto pubblico**
- Possibili due reati:
 1. Falso materiale → art.476 CP
 2. Falso ideologico → art.479 CP

Riferimenti legislativi

⇒ Legge n.795 del 15 novembre 1967, che recepisce l'Accordo Europeo di Strasburgo del 25 settembre 1967

⇒ D.P.R. n.225 del 14 marzo 1974, mansionario

⇒D.P.R. n. 348 del 28 novembre 1990