

MODALITÀ' OPERATIVE PER L'UTILIZZO DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

**Il seguente protocollo è stato stilato in accordo
con quello in uso presso l' ASST Grande
Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**

Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto

Indice

- 1. Finalità della cartella infermieristica**
- 2. Cartella clinica e cartella infermieristica**
- 3. Struttura della cartella infermieristica**
- 4. Cartella infermieristica - area degenza**
 - a. La raccolta dati riguardanti la persona assistita
 - b. Frontespizio
 - c. Raccolta dati sui bisogni di assistenza infermieristica
 - d. Altre valutazioni
 - e. La pianificazione assistenziale
 - f. I moduli della cartella infermieristica
- 5. Cartella infermieristica - area degenza pediatrica**
 - a. La raccolta dati riguardanti la persona assistita
 - b. Frontespizio
 - c. raccolta dati sui bisogni di assistenza infermieristica
 - d. Altre valutazioni
 - e. I moduli della cartella infermieristica specifici del settore pediatrico
- 6. Cartella infermieristica - day hospital**
 - a. La raccolta dati riguardanti la persona assistita
 - b. Frontespizio
 - c. raccolta dati sui bisogni di assistenza infermieristica
 - d. Altre valutazioni
 - e. I moduli della cartella infermieristica
- 7. Cartella infermieristica - day surgery**
 - a. Alcune specifiche riguardanti i bisogni di assistenza infermieristica:
 - b. Percorso assistenziale integrato
 - c. Altre valutazioni
 - d. I moduli della cartella infermieristica
- 8. Cartella infermieristica - area critica**
 - a. La raccolta dati riguardanti la persona assistita
 - b. raccolta dati sui bisogni di assistenza infermieristica
 - c. La pianificazione assistenziale
 - d. I moduli della cartella infermieristica
 - e. Lettera di dimissione infermieristica informatizzata - Trasferimento interno
- 9. Bibliografia**

Direttore U.O.C. Cardiochirurgia
Dott. Pasquale Fratto

1. FINALITÀ DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

La Cartella Infermieristica, raccogliendo le informazioni attinenti alle singole persone assistite, supporta l'infermiere nella presa di decisioni per la soddisfazione dei bisogni di assistenza infermieristica. Nell'ambito dell'A.O. Bianchi Melacrino Morelli è stata predisposta seguendo il Modello delle Prestazioni Infermieristiche.

Nel dettaglio le finalità della Cartella Infermieristica sono:

- favorire la continuità e la personalizzazione dell'assistenza infermieristica e, conseguentemente, la qualità della medesima, sostenere l'integrazione fra professionisti,
- rappresentare una risorsa per la ricerca sull'assistenza infermieristica, per l'analisi della complessità assistenziale,
- consentire la tracciabilità delle attività svolte (responsabilità delle diverse azioni, cronologia delle stesse, modalità della loro esecuzione) anche a supporto della descrizione dei fatti nelle controversie legali.

Trattandosi di documentazione pubblica di fede privilegiata, consente l'esercizio di diritti nonché la tutela di legittimi interessi:

- della persona assistita,
- dell'Azienda che eroga l'assistenza,
- degli operatori che agiscono in suo nome (Manuale della Cartella Clinica, Regione Lombardia, 2° edizione, 2007).

Per consentire il raggiungimento delle finalità sopra esposte si è ritenuto necessario modulare l'elaborazione della Cartella Infermieristica considerando le peculiarità assistenziali dei pazienti ricoverati nei diversi settori: degenze di base e specialistiche, area critica, neonatologica e pediatrica, psichiatrica extraospedaliera, day surgery, day hospital.

Il presente documento si completa pertanto con le istruzioni operative specifiche per ogni variazione predisposta (allegati).

2. CARTELLA CLINICA E CARTELLA INFERMIERISTICA

La Cartella Infermieristica costituisce un elemento essenziale della documentazione sanitaria e pertanto quanto è stato stabilito con il Manuale della Cartella Clinica, predisposto A.O. Bianchi Melacrino Morelli, è da considerarsi pienamente attinente anche alla documentazione infermieristica. Nel dettaglio si fa riferimento alla trattazione dei seguenti aspetti:

- responsabilità
- requisiti generali di compilazione
- compilazione
- archiviazione e conservazione
- fotoriproduzione
- tutela della riservatezza.

Nell'ambito delle attività di miglioramento, la Direzione Infermieristica assicura la valutazione del contenuto e la completezza della documentazione utilizzando strumenti appropriati.

3. STRUTTURA DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

Nel Manuale della Cartella Clinica, redatto dalla Regione Lombardia, viene raccomandato di articolare la Cartella Infermieristica in sezioni distinte. Le sezioni individuate consentono la realizzazione, da parte del personale infermieristico, delle diverse fasi del processo di assistenza infermieristica:

- a. la raccolta delle informazioni riguardanti la persona assistita
- b. l'identificazione dei suoi bisogni di assistenza infermieristica con i possibili obiettivi riguardanti le condizioni attese e la prevenzione di rischi
- c. la pianificazione delle azioni infermieristiche corredata dal diario infermieristico

Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto

Le finalità delle azioni infermieristiche, identificate nel Modello concettuale delle Prestazioni Infermieristiche, sono le seguenti:

- > **indirizzare:** proporre alla persona e/o ad un familiare, se necessario e/o possibile, informazioni appropriate per soddisfare in autonomia il bisogno di assistenza infermieristica
- > **guidare:** favorire acquisizione di abilità pratiche da parte della persona e/o un suo familiare, se necessario e/o possibile
- > **sostenere:** creare condizioni (ambientali e/o con risorse disponibili) adeguate per soddisfare in autonomia il bisogno di assistenza infermieristica
- > **compensare:** parziale sostituzione nel soddisfacimento del bisogno di assistenza infermieristica
- > **sostituire:** completa sostituzione.

d. la valutazione dei risultati conseguiti.

La Cartella Infermieristica dell' A.O. Bianchi Melacrino Morelli, utilizzata nelle diverse aree assistenziali, mantiene l'impostazione stabilita, considerando le specificità e i diversi livelli d'intensità dell'assistenza infermieristica erogata. Segue il paziente durante le fasi del ricovero, comprendendo anche quelle di breve durata nei servizi diagnostici o in sala operatoria, per consentire lo scambio di informazioni sul paziente e la documentazione dell'assistenza infermieristica prestata.

La sua compilazione è affidata esclusivamente al personale infermieristico. **4.**

CARTELLA INFERMIERISTICA - AREA DEGENZA

La cartella è da compilarsi in ogni sua parte, secondo le indicazioni di seguito riportate.

Nel caso in cui alcuni dati non siano pertinenti per la persona o non siano rilevabili, occorrerà sbarrare la riga riservata alla voce corrispondente o non contrassegnare la casella che la precede.

Tutti i moduli devono riportare:

1. l'identificazione del paziente (cognome, nome e SDO)
2. l'identificazione della struttura
3. l'identificazione dell'infermiere che compila il modulo
4. la data e l'ora di compilazione.

a. Raccolta dati riguardanti la persona assistita

Al momento dell'ingresso è prevista una raccolta di dati iniziale, utile per l'identificazione sicura del paziente, per focalizzare la sua situazione familiare, la provenienza dal domicilio o da altra struttura, il motivo del ricovero, alcuni aspetti particolari (allergie e i mezzi invasivi presenti).

Attraverso questa prima rilevazione si potrà in particolare procedere all'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica e delle motivazioni che li determinano. Lo scopo è quello di stabilire la condizione della persona al momento del ricovero, relativamente al suo grado di autonomia nel soddisfare questi bisogni, per orientare la pianificazione assistenziale e la dimissione.

La raccolta dei dati è impostata seguendo un percorso definito:

- a) le modalità con le quali la persona abitualmente risponde ai propri bisogni, le possibili limitazioni o rischi;

Direttore U.O.C. Cardiologia
Dott. Pasquale Fratto

- b) i mutamenti recenti nella loro soddisfazione e le risorse attivate dalla persona o da altri soggetti per farvi fronte,

Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto

c) le conoscenze, le abilità e i comportamenti necessari per migliorarne la soddisfazione durante il ricovero e presso il domicilio.

Le fonti per raccogliere le informazioni utili sono: la persona stessa, la sua famiglia, le persone significative e la documentazione personale del paziente.

La prima raccolta dei dati della persona assistita è da effettuarsi entro le prime 24 ore dal momento del ricovero oppure entro tempi più brevi come indicato dalle condizioni del paziente. Possono costituire un'eccezione i casi in cui, ad esempio, sia prescritto un breve "allettamento terapeutico" (es. 12/24 ore) o un intervento chirurgico urgente in quanto la condizione della persona varierà completamente in un breve intervallo di tempo. In queste circostanze sono raccolti i dati essenziali per iniziare l'assistenza e nel diario infermieristico saranno descritte, in modo più dettagliato, le condizioni della persona.

La stessa modalità è utilizzabile per le rivalutazioni infermieristiche durante tutta la degenza, per comprendere se i bisogni permangono o si modificano, gli obiettivi sono raggiunti o meno e se, conseguentemente, le azioni infermieristiche continuano ad essere appropriate. La rivalutazione è normalmente prevista per ogni turno e documentata nel diario in caso di evidenti modificazioni.

Per facilitare l'utilizzo della modulistica si illustrano, di seguito, alcune specifiche :

b. Frontespizio

Persona referente = è la persona di fiducia scelta dall'assistito che, in caso di necessità, sarà contattata. Specificare cognome, nome e grado di parentela o rapporto.

Struttura protetta = alcuni esempi sono i Centri di accoglienza, le Comunità protette, le Residenze Sanitarie Assistenziali, Centri riabilitativi.

Motivo del ricovero = scrivere il motivo (segni/sintomi) per cui la persona si è recata in Pronto Soccorso/Struttura, come descritto dall'assistito o dalle persone di riferimento. Esempio: febbre, difficoltà respiratoria, diarrea, calo ponderale.

Il motivo clinico del ricovero può essere indicato nel caso in cui sia necessario per la pianificazione assistenziale riportando esclusivamente quanto indicato sul verbale di ricovero e/o di Pronto Soccorso.

Data di dimissione = riportare la data della dimissione o quella del decesso.

Patologie concomitanti riferite = patologie croniche ed interventi chirurgici recenti riferiti dal paziente o dalle persone di riferimento.

Mezzi invasivi presenti = da indicare unicamente quelli presenti al momento del ricovero.

c. Raccolta dati sui bisogni di assistenza infermieristica

Occorre contrassegnare la voce "B.A.I. aperto" se il bisogno è presente. In questo caso si prevede la pianificazione di azioni infermieristiche e quindi l'utilizzo del modulo corrispondente.

B.A.I. di mantenere la funzione cardio-circolatoria

Edema, flebite, ematoma - specificare la sede.

Lesioni da pressioni = la stadiazione delle eventuali lesioni da pressione sono valutate in base al sistema di classificazione in uso in Azienda: *National Pressure Ulcer Advisory Panel*. **Necessità di informazione / di aiuto** = indicare se la persona necessita di informazioni o aiuto per acquisire abilità riguardanti aspetti non ricompresi nella raccolta pre-definita (fabbisogno educativo in relazione ai bisogni di assistenza infermieristica).

E' una voce comune a tutti i B.A.I.

B.A.I. della respirazione

Tosse produttiva = scrivere le caratteristiche dell'escreato.

Tracheostomia = indicare il tipo di cannula e specificare, ad esempio, se temporanea o permanente.

Fumo = indicare il numero di sigarette/giorno, segnalare da quanto tempo è fumatore. **Abitudini e/o informazioni riferite** = indicare, per esempio, se ex fumatore e da quanto tempo.

Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto

B.A.I. dell'alimentazione ed idratazione

Dieta - specificare l'eventuale regime dietetico riferito.

B.A.I. del riposo e sonno

Abitudini riferite = uso di farmaci, posizioni assunte per il riposo/sonno ecc. B.A.I.

dell'interazione nella comunicazione

Disturbi del linguaggio = specificare il tipo di disturbo (es. difficoltà ad esprimersi, ad articolare le parole, disturbo della comprensione, afasia).

d. Altre valutazioni

Valutazione del dolore all'ingresso = La valutazione del dolore è effettuata all'Ingresso, con la scala numerica e/o verbale, per consentire la pianificazione delle rivalutazioni, se le condizioni del paziente e i trattamenti prescritti le renderanno necessarie.

Valutazione rischio lesioni da pressione = si utilizza la scala di Braden. E' una valutazione da effettuare se i bisogni relativi al movimento e/o alla funzione cardiocircolatoria (presenza lesioni da pressioni) è/sono stato/i aperto/i.

Valutazione rischio cadute = si utilizza la scala STRATIFY. Questa valutazione si effettua a tutte le persone ricoverate.

e. La pianificazione assistenziale

La pianificazione assistenziale è prevista entro le 24 ore dal momento dell'ingresso del paziente. I moduli sono comunque articolati in modo da rendere la pianificazione una fase continua a cui riferire le osservazioni e le possibili variazioni quotidiane delle condizioni del paziente.

Le schede sono specifiche per ogni bisogno di assistenza infermieristica e consentono di evidenziare la data in cui il bisogno è stato identificato, la definizione della finalità e dell'obiettivo esplicitando il risultato dell'assistenza infermieristica, la scelta delle azioni infermieristiche rendendo partecipe il paziente, qualora sia possibile.

In questa prospettiva anche se la persona ricoverata presentasse una condizione di completa autonomia (es.: in attesa di intervento chirurgico o ricovero per accertamenti), potranno essere considerate azioni di indirizzo e guida con lo scopo di aiutarla nell'affrontare il ricovero in tutte le sue diverse fasi (es: indicazioni su esercizi respiratori post-intervento, sulla dieta).

Per documentare la pianificazione delle azioni infermieristiche, i moduli sono stati così impostati:

a. nella prima colonna di sinistra sono riportate, dall'alto verso il basso, le **Finalità** da **Indirizzare/Guidare a Sostituire** e gli **Obiettivi**.

Poiché alcune azioni comprese nella finalità **Indirizzare**, sono trasversali a più bisogni sono state raggruppate su una scheda unica, denominata PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE PER AZIONI DI INDIRIZZO TRASVERSALI A TUTTI I B.A.I.

b. nelle colonne successive sono pre-definite alcune azioni e vi è la possibilità di indicarne altre negli spazi disponibili (segue tabella). Nel dettaglio:

- scelta delle azioni infermieristiche in relazione alla finalità prescelta, apponendo la data nella casella stessa e la sigla dell'infermiere (1),
- nel caso in cui si modifica il B.A.I. e si rende necessario l'individuazione di una nuova finalità e azione infermieristica:
 - > si elimina barrando la parola "Chiuso" e perciò resta "Modificato" (2)
 - > si appone la data e la sigla
 - > sullo stesso modulo, con la stessa data, dovrà essere scelta quindi una nuova finalità e/o azione infermieristica (3).

Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto

- nel caso in cui il B.A.I. non sia più presente:
 - > si elimina barrando la parola "Modificato" e resterà perciò documentato "Chiuso" (4)
 - > si appone la data e la sigla.
- nel caso in cui il B.A.I. sia ancora presente alla dimissione:
 - > sul modulo non si apporrà alcuna modifica se le azioni pianificate sono confermate (1 - 2).

Alla dimissione, si completerà il modulo documentando l'autonomia o le azioni che risultano ancora necessarie e che quindi saranno segnalate anche sulla lettera di dimissione infermieristica informatizzata. In caso di trasferimento la pianificazione resta valida fino alla nuova rivalutazione infermieristica, effettuata nella struttura che continuerà l'assistenza alla persona.

f. I moduli della cartella infermieristica

Diario infermieristico

Il diario infermieristico deve essere redatto in ordine cronologico (data e ora dell'annotazione) e debitamente firmato dall'infermiere.

E' necessario	Motivazioni ed esempi
Nella prima registrazione, all'inizio del ricovero, indicare data e ora d'arrivo in reparto, il motivo del ricovero, il comportamento della persona e la valutazione assistenziale con B.A.I. aperti per i quali sono pianificate azioni infermieristiche.	
Durante il ricovero segnalare gli eventi imprevisti con descrizione degli stessi e l'eventuale modifica della pianificazione assistenziale.	Esempi: caduta accidentale, aumento della pressione arteriosa, ecc.
Segnalare parametri vitali solo nel caso in cui si riferiscano ad eventi non previsti.	I parametri rilevati sono, di norma, documentati sulla scheda "Grafico" o nella scheda "Osservazione infermieristica".
Limitare la trascrizione delle richieste e l'esecuzione di esami diagnostici e della richiesta di visita specialistica Si fa eccezione per gli esami che richiedono una specifica preparazione e assistenza successiva.	Sul portale si può verificare l'avvenuta richiesta (esami ematochimici), mentre per esami strumentali e le visite specialistiche rimangono in cartella clinica le richieste con ricevute dell'invio fax.
Fare riferimento a procedure e/o linee guida, quando utilizzati.	Si evita di ripetere la registrazione delle azioni infermieristiche contenute in linee guida e procedure aziendali.
Al termine di ogni turno segnalare sul Diario per documentare l'attività assistenziale pianificata e quindi svolta: <i>Seguita pianificazione per i BAI presenti o Modificata la pianificazione per i BAI</i> (indicarli con le relative motivazioni) o ancora <i>Mantenuta condizione di autonomia, in attesa di concludere iter diagnostico.</i> Nel caso in cui non siano state eseguite le attività, previste dalla pianificazione, segnalarne la motivazione.	La comunicazione e lo scambio di informazioni riguardano lo stato di salute della persona in relazione alla presenza dei BAI, il resoconto delle azioni infermieristiche prestate in base alla pianificazione, la risposta del paziente all'assistenza prestata. Esempio: non eseguite attività previste per il BAI dell'igiene personale perché il malato si trovava in Radiologia.
Evitare descrizioni generiche che non possono essere confrontate e verificate oggettivamente.	Esempio: condizioni stazionarie, invariate e simili.

Scheda mezzi invasivi

In questa scheda sono documentate le tipologie di mezzi invasivi, le date di posizionamento e rimozione, la date delle medicazioni.

Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto

Grafico - Osservazione infermieristica

Per la documentazione dei parametri sono disponibili due moduli. Il modulo identificato come "Grafico" consente di disegnare il grafico della temperatura e di documentare i parametri per 3 e/o 4 rilevazione nell'arco delle 24 ore. Il modulo identificato come "Osservazione infermieristica" può essere scelto nei casi in cui si renda necessaria una frequenza maggiore delle rilevazioni dei parametri (es: fase postoperatoria).

Diario Dietetico

L'utilizzo è indicato per pazienti in regime dietetico che necessitano di un controllo sulla qualità e quantità di alimenti introdotti. La scheda raccoglie i dati relativi alla reale assunzione di alimenti facendo riferimento alle porzioni fornite a colazione, pranzo e cena, specificando il quantitativo e la tipologia degli alimenti assunti. Esempio: 1 bicchiere = 200 ml, 1 porzione = 1 piatto di pasta, riso, pastina, carne, pesce ecc.

Lettera di dimissione infermieristica informatizzata - Trasferimento interno La *Lettera di dimissione infermieristica* ha l'obiettivo di consentire alla Struttura extraospedaliera o ai Servizi domiciliari di continuare l'assistenza fin dai primi momenti. In questo documento l'infermiere specifica il livello di autonomia della persona o il permanere di bisogni di assistenza infermieristica. In quest'ultimo caso sono indicate le azioni infermieristiche effettuate durante il ricovero, la presenza di lesioni da pressione o ferite con le relative medicazioni, la presenza di mezzi invasivi. Se opportuno e/o possibile anche i familiari sono coinvolti e pertanto saranno documentate le informazioni fornite e l'eventuale addestramento condotto per garantire un'adeguata assistenza dopo la dimissione.

Infatti, nei casi in cui è possibile, la pianificazione della dimissione comincia già all'inizio della degenza e, se indicato, vengono fatti partecipi i familiari del paziente.

Nel caso di trasferimento della persona assistita da una Struttura ad un'altra della stessa Azienda Ospedaliera, senza modifiche del regime di degenza e della tipologia del ricovero, non viene effettuata la chiusura della Cartella Infermieristica. La condizione del paziente è documentata sul modulo *Foglio di trasferimento*

5. CARTELLA INFERMIERISTICA - AREA DEGENZA PEDIATRICA

La cartella è da compilarsi in ogni sua parte, secondo le indicazioni di seguito riportate.

Nel caso in cui alcuni dati non siano pertinenti per la persona o non siano rilevabili, occorrerà sbarrare la riga riservata alla voce corrispondente o non contrassegnare la casella che la precede.

Tutti i moduli devono riportare:

1. l'identificazione del paziente (cognome, nome, SDO)
2. l'identificazione della struttura
3. l'identificazione dell'infermiere che compila il modulo
4. la data e l'ora di compilazione.

Le raccomandazioni che seguono integrano, per gli aspetti pediatrici, la sezione precedente.

a. Raccolta dati riguardanti la persona assistita

Al momento dell'ingresso è prevista una raccolta di dati iniziale, utile per l'identificazione sicura del paziente, per focalizzare la sua situazione familiare, la provenienza dal domicilio o da altra struttura, il motivo del ricovero, alcuni aspetti particolari (allergie e i mezzi invasivi presenti). Per facilitare l'utilizzo della modulistica si illustrano, di seguito, alcune specifiche:

b. Frontespizio

Situazione familiare = segnalare se l'assistito vive in casa e con chi, se ha fratelli o sorelle, se è stata attivata l'assistenza domiciliare, se vive in comunità o se non possiede una fissa dimora. **Intervento chirurgico** = segnare eventuale intervento chirurgico programmato con data se precedentemente fissata oppure segnalare "in attesa di intervento chirurgico di....."

Mezzi invasivi presenti = da indicare unicamente quelli presenti al momento del ricovero. I mezzi invasivi introdotti successivamente alla data del ricovero vanno registrati nel modulo corrispondente

*Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto*

c. Raccolta dati sui bisogni di assistenza infermieristica

Occorre contrassegnare la voce "B.A.I. aperto" se il bisogno è presente. In questo caso si prevede la pianificazione di azioni infermieristiche e quindi l'utilizzo del modulo corrispondente.

B.A.I. relativo all'ambiente sicuro

Procedura per la difesa dei soggetti vulnerabili

Questa voce riguarda i processi e le azioni che vengono presi in considerazione nella procedura aziendale specifica. Si rivolgono in particolare alla difesa da possibili maltrattamenti o violenze, da negligenze, da negazioni di prestazioni ed aiuto in caso di emergenza intraospedaliera.

d. Altre valutazioni

Valutazione rischio cadute = si utilizza la scala STRATIFY. Questa valutazione si effettua a tutte le persone ricoverate. Da valutare sempre, in particolare, con i neonati e segnalare nelle note se il/i genitore/i rifiuta/no il posizionamento di mezzi di protezione (es: culla con spondine).

Valutazione del dolore all'ingresso = La valutazione del dolore è effettuata sempre all'ingresso per consentire la pianificazione delle rivalutazioni se le condizioni del paziente e i trattamenti prescritti le renderanno necessarie. Se presente, specificare da quanto tempo e la sede, segnalare se il paziente assume farmaci a domicilio, segnalare l'intensità del dolore attraverso l'appropriata scala.

Scala numerica/verbale = viene utilizzata con bambini al di sopra di 7 anni o con competenza verbale e comprensione concettuale adeguata all'età.

Espressioni facciali = Il bambino è chiamato a valutare il suo dolore scegliendo il disegno che rappresenta il livello della propria esperienza dolorosa. Viene usata nei bambini al sotto dei 7 anni di vita.

e. i moduli della cartella infermieristica specifici del settore pediatrico

Diario Dietetico Pediatrico Integrato

Il modulo deve essere compilato dal medico di guardia all'ingresso e modificato con relativa data ogniqualvolta sia necessaria una variazione sulla prescrizione della dieta o del monitoraggio scariche/diuresi o altro.

L'infermiere appone contestualmente la propria firma per presa visione della prescrizione. Diario Alimentare del

Lattante

Viene compilato solo se richiesto dal medico un monitoraggio dell'alimentazione mediante allattamento al seno o mediante biberon.

Nelle note segnalare eventuali vomiti e/o rigurgiti e caratteristiche. **6. CARTELLA**

INFERMIERISTICA - DAY HOSPITAL

La cartella è da compilarsi nelle diverse parti in cui è articolata e tutti i moduli devono riportare:

1. l'identificazione del paziente (cognome, nome, SDO)
2. l'identificazione della struttura
3. l'identificazione dell'infermiere che compila il modulo
4. la data di compilazione.

a. Raccolta dati riguardanti la persona assistita

Al momento dell'ingresso è prevista una raccolta di dati iniziale, utile per l'identificazione sicura del paziente, per focalizzare la sua situazione familiare, la provenienza dal domicilio o da altra struttura, il motivo del ricovero, alcuni aspetti particolari (allergie e i mezzi invasivi presenti).

Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto

Attraverso questa prima rilevazione si potrà in particolare procedere all'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica e delle motivazioni che li determinano. Lo scopo è quello di stabilire la condizione della persona al momento del ricovero, relativamente al suo grado di autonomia nel soddisfare questi bisogni, per orientare la pianificazione assistenziale e la dimissione.

La raccolta dei dati è impostata seguendo un percorso definito:

- a) le modalità con le quali la persona abitualmente risponde ai propri bisogni, le possibili limitazioni o rischi;
- b) i mutamenti recenti nella loro soddisfazione e le risorse attivate dalla persona o da altri soggetti per farvi fronte,
- c) le conoscenze e i comportamenti necessari per migliorare la soddisfazione.

Le fonti per raccogliere le informazioni utili sono: la persona stessa, la sua famiglia, le persone significative che la possano accompagnare e la documentazione sanitaria.

La prima raccolta dei dati della persona assistita è da effettuarsi durante il primo accesso al DH. In queste circostanze sono raccolti i dati essenziali per iniziare l'assistenza e nel diario infermieristico saranno dettagliate eventuali particolarità.

La stessa modalità è utilizzabile per le rivalutazioni infermieristiche durante gli accessi successivi, per comprendere se le azioni infermieristiche pianificate continuano ad essere appropriate.

La rivalutazione è normalmente prevista, per ogni accesso, all'inizio delle attività assistenziali e documentata nel diario in caso di evidenti modificazioni.

Per facilitare l'utilizzo della modulistica si illustrano, di seguito, alcune specifiche :

b. frontespizio

Persona referente = è la persona di fiducia scelta dall'assistito o che lo accompagna che, in caso di necessità, sarà contattata. Specificare cognome, nome e grado di parentela o rapporto e numero di telefono

Struttura protetta = per esempio i Centri di accoglienza, le Comunità protette, le Residenze Sanitarie Assistenziali, Centri riabilitativi. E' opportuno specificare il numero di telefono. **Patologie riferite** = patologie croniche ed interventi chirurgici recenti riferiti dal paziente o dalle persone di riferimento.

Mezzi invasivi presenti = da indicare unicamente quelli presenti al momento del ricovero.

c. raccolta dati sui bisogni di assistenza infermieristica

Occorre contrassegnare la voce "B.A.I. aperto" se il bisogno è presente. In questo caso si prevedrà la pianificazione di azioni infermieristiche.

B.A.I. della respirazione

Fumo = indicare il numero di sigarette/giorno, segnalare da quanto tempo è fumatore. **Tracheostomia** = indicare il tipo di cannula e specificare, ad esempio, se temporanea o permanente.

Tosse produttiva = scrivere le caratteristiche dell'escreato.

Necessità di informazione / di aiuto = indicare se la persona o la persona referente necessita di informazioni o aiuto per aspetti non ricompresi nella raccolta pre-definita. E' una voce comune a tutti i B.A.I.

B.A.I. di mantenere la funzione cardio-circolatoria **Ferite /**

Lesioni = specificare la sede.

B.A.I. di movimento

Ausili = specificare, per esempio, l'uso di stampelle, carrozzina. B.A.I.

dell'interazione nella comunicazione

Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto

Disturbi uditivi/di espressione = specificare il tipo di disturbo. B.A.I.

dell'alimentazione ed idratazione

Dieta / Restrizione = specificare l'eventuale regime dietetico riferito.

d. Altre valutazioni

Valutazione del dolore = a seconda della risposta della persona, si proseguirà o meno con la restante raccolta dei dati inerenti la valutazione del dolore. Quest'ultima sarà mantenuta anche negli accessi successivi, documentandone la rilevazione sull'apposito modulo.

e. i moduli della cartella infermieristica

Pianificazione assistenziale e Diario infermieristico

Il modulo si compone di una parte iniziale che riassume i bisogni di assistenza infermieristica aperti al primo accesso e le finalità delle azioni da contrassegnare.

Nella parte riservata al Diario infermieristico saranno dettagliate le azioni infermieristiche necessarie, pianificate nel primo accesso.

Nella parte seguente del Diario è possibile evidenziare la presenza di ulteriori bisogni di assistenza infermieristica negli accessi successivi e la modifica della pianificazione.

Registrazioni parametri e prestazioni diagnostico/terapeutiche

In questa scheda sono documentati, durante il decorso, l'andamento dei parametri e l'effettuazione di prestazioni prescritte.

Diario infermieristico

Il diario infermieristico deve essere redatto in ordine cronologico (data e ora dell'annotazione) e debitamente firmato dall'infermiere.

E' necessario	Motivazioni ed esempi
Nella prima registrazione indicare data e ora d'arrivo in reparto, il motivo del ricovero, la presenza di B.A.I. aperti per i quali sono pianificate azioni infermieristiche.	
Durante il ricovero, segnalare gli eventi imprevisti con descrizione degli stessi e l'eventuale modifica della pianificazione assistenziale.	Esempi: caduta accidentale, aumento della pressione arteriosa, variazioni della glicemia capillare ecc.
Segnalare parametri vitali solo nel caso in cui si riferiscano ad eventi non previsti.	I parametri rilevati sono, di norma, documentati sulla scheda "Grafico" o nella scheda "Osservazione infermieristica".
Limitare la trascrizione delle richieste e l'esecuzione di esami diagnostici e visite specialistiche. Si fa eccezione per quanto attiene alla necessità di preparazione ed assistenza successiva ad uno specifico esame.	Sul portale si può verificare l'avvenuta richiesta (esami ematochimici), mentre per esami strumentali e le visite specialistiche rimangono in cartella clinica le richieste con ricevute dell'invio fax.
Fare riferimento a procedure e/o linee guida, quando utilizzati.	Si evita di ripetere la registrazione delle azioni infermieristiche contenute in linee guida e procedure aziendali.
Evitare descrizioni generiche ed approssimative che non possono essere confrontate e verificate oggettivamente.	Esempio: condizioni stazionarie, invariate e simili.

Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto

La cartella è da compilarsi in ogni sua parte per quanto di competenza.

Nel caso in cui alcuni dati non siano pertinenti per la persona o non siano rilevabili, occorrerà sbarrare il riquadro riservato alla voce corrispondente o non contrassegnare la casella che la precede.

Tutti i moduli devono riportare :

- 1.l'identificazione del paziente (cognome, nome, SDO)
- 2.l'identificazione della struttura
- 3.l'identificazione dell'infermiere che compila il modulo
- 4.la data e l'ora di compilazione.

a. Alcune specifiche riguardanti i bisogni di assistenza infermieristica:

Interazione nella comunicazione

Disturbi sensoriali = specificare il tipo di disturbo (es.: difficoltà ad esprimersi, disturbo della comprensione, afasia, sordità).

Movimento = specificare la tipologia dell'ausilio utilizzato al momento dell'arrivo in Day Surgery o previsto in dimissione. Di norma è già stato richiesto durante il contatto telefonico in cui la persona è stata informata anche della data dell'intervento. Respirazione

Tosse = scrivere le caratteristiche (es.: secca, stizzosa, produttiva) *Fumo* = segnalare se fumatore (SI / NO).

Frequenza respiratoria = rilevare nel caso in cui le condizioni della persona o le sue patologie concomitanti lo rendano necessario (es.: paziente, in O2 terapia)

Saturimetria = rilevare nel caso in cui le condizioni della persona o le sue patologie concomitanti lo rendano necessario (es.: paziente grande obeso).

b. Percorso assistenziale integrato

La prima **raccolta dei dati** effettuata dall'infermiere è rivolta a conoscere la condizione della persona, il suo grado di autonomia, l'appropriatezza della preparazione pre-operatoria.

La prima raccolta dati è da effettuarsi entro un'ora dall'accettazione.

La stessa modalità, utilizzando il modulo Day Surgery - Valutazione infermieristica, è impiegata per la rivalutazione nell'immediato post-operatorio/post-procedura diagnostica e in quelle successive, qualora necessarie. In corrispondenza delle diverse voci si indicheranno i dati rilevati o la loro presenza/assenza con SI/NO.

Per facilitare l'utilizzo della modulistica si illustrano, di seguito, alcune specifiche.

Nel frontespizio si prevede la compilazione delle diverse voci con la seguente modalità:

- il contrassegno sulla casella Indica la risposta positiva (es. accompagnatore presente, comprende la lingua italiana);
- la mancanza di tale contrassegno indica la risposta negativa (es. digiuno non rispettato).
- sono possibili ulteriori specifiche nella colonna NOTE.

Nel caso in cui si rilevi, in particolare, l'assenza del modulo del consenso informato o non risulti debitamente compilato, l'informazione sarà documentata sul frontespizio e tempestivamente comunicata al medico prima dell'effettuazione dell'intervento.

Valutazione infermieristica

Attraverso questa scheda è possibile continuare la rilevazione di dati riguardanti il decorso del paziente quindi la presenza o meno di bisogni assistenziali e la documentazione delle azioni infermieristiche effettuate, secondo protocolli in uso.

c. Altre valutazioni

*Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto*

Valutazione dolore = si utilizza la scala numerica. Questa valutazione si effettua a tutte le persone ricoverate nel post- operatorio.

Valutazione rischio cadute = si utilizza la scala STRATIFY. Questa valutazione si effettua a tutte le persone ricoverate.

d. i moduli della cartella infermieristica

Diario clinico-assistenziale

Questo modulo deve essere redatto in ordine cronologico (data e ora dell'annotazione) e debitamente firmato dall'infermiere che effettua l'annotazione.

Sono documentate le modifiche impreviste delle condizioni della persona e i provvedimenti assistenziali e terapeutici adottati.

Sono inoltre registrate le azioni infermieristiche, prevalentemente con finalità di compensazione, che sono effettuate, unitamente alle prescrizioni terapeutiche.

Dimissione infermieristica

Nella parte conclusiva del modulo "Percorso assistenziale integrato", in corrispondenza della voce NOTE possono essere indicate le eventuali azioni di indirizzo e guida necessarie per la corretta soddisfazione dei bisogni di assistenza infermieristica al domicilio. Alcuni esempi :

- movimentazione (es.: ausili per la deambulazione)
- cura della medicazione, drenaggi addominali.

Se opportuno e/o possibile anche i familiari sono coinvolti e pertanto saranno documentate le informazioni fornite e l'eventuale addestramento condotto per garantire un'adeguata assistenza dopo la dimissione.

*Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto*

8. CARTELLA INFERMIERISTICA - AREA CRITICA

La cartella è da compilarsi in ogni sua parte, secondo le indicazioni di seguito riportate.

Nel caso in cui alcuni dati non siano pertinenti per la persona o non siano rilevabili, occorrerà sbarrare la riga riservata alla voce corrispondente o non contrassegnare la casella che la precede.

Tutti i moduli devono riportare:

- 1.l'identificazione del paziente (cognome, nome, SDO)
- 2.l'identificazione della struttura
- 3.l'identificazione dell'infermiere che compila il modulo
- 4.la data e l'ora di compilazione.

Le raccomandazioni che seguono integrano quanto già riportato per l'area degenza.

L'unica eccezione riguarda la documentazione della persona ricoverata per l'**osservazione legale** in quanto è limitata a tre moduli (Diario infermieristico, Bilancio idrico, Scheda registrazione parametri e azioni pianificate).

a. Raccolta dati riguardanti la persona assistita

La sezione della Cartella dedicata alla raccolta dati all'ingresso, è necessaria, al momento del ricovero nelle strutture di area critica, per valutare i bisogni di assistenza della persona e il suo livello di autonomia nel soddisfarli orientando la pianificazione.

E' da effettuarsi entro tempi brevi come indicato dalle condizioni cliniche della persona stessa.

Nel caso in cui il paziente provenga da un'altra struttura aziendale, la prima raccolta dati è già stata effettuata e pertanto si provvede a descrivere le condizioni generali del paziente, comprendendo la valutazione del dolore, nel foglio del Diario Infermieristico, utilizzando la stessa impostazione.

Le rivalutazioni per comprendere se i bisogni permangono o si modificano, se gli obiettivi sono raggiunti o meno e se, conseguentemente, le azioni infermieristiche continuano ad essere appropriate sono effettuate ogni turno, all'inizio delle attività assistenziali quindi documentate nel modulo riservato alla registrazione dei parametri e nel Diario in caso di modificazioni.

Alcuni specifiche relative ai dati raccolta nella fase di accoglimento:

Persona referente: indicare la persona a cui è possibile fornire notizie sullo stato di salute del paziente; generalmente è un'indicazione espressa dal paziente stesso, se cosciente. *Motivo del ricovero:* specificare il motivo indicato sul Verbale di accettazione.

b. Raccolta dati sui bisogni di assistenza infermieristica:

B.A.I. dell'interazione nella comunicazione

Disturbi del linguaggio / difficoltà nella comprensione = specificare il tipo di disturbo (es. afasia, ipoacusia) o la difficoltà di comprensione qualora la persona non comprenda e/o parli la lingua italiana. B.A.I. della respirazione

Può essere segnalato, negli spazi disponibili, l'eventuale utilizzo di ausili specifici per favorire l'esecuzione di esercizi respiratori.

B.A.I. dell'alimentazione ed idratazione

Restrizioni: segnalare particolari restrizioni (es. sodio, proteine) anche per abitudini personali o scelte culturali.

B.A.I. dell'eliminazione urinaria ed intestinale

Le eventuali alterazioni (es poliuria, anuria, feci acoliche) possono essere indicate negli spazi disponibili.

B.A.I. dell'ambiente sicuro

La possibile necessità di dispositivi utili ad evitare lesioni o danni, ad esempio durante gli spostamenti, determina l'apertura di questo bisogno.

c. La pianificazione assistenziale

La compilazione di queste schede è prevista entro le 12 ore dal momento dell'ingresso del paziente.

Le schede sono articolate in modo da rendere la pianificazione una fase continua per poter documentare le variazioni delle condizioni del paziente.

Nel dettaglio le schede sono state così impostate:

- a. nella colonna di sinistra sono riportate data, ora e sigla dell'infermiere che effettua la prima rilevazione e quindi quelle successive nei casi in cui si verificano evoluzioni dei bisogni assistenziali;
- b. nella seconda colonna, dall'alto verso il basso, gli obiettivi e le finalità, da *indirizzo/guida a sostituire*;
- c. nella terza colonna le azioni infermieristiche e l'ultima è quella dedicata a documentare esclusivamente la chiusura dei bisogni di assistenza infermieristica precedentemente aperti.

d. I moduli della cartella infermieristica

Alcune specifiche relative ai moduli in uso:

Lettera di dimissione infermieristica informatizzata - Trasferimento interno

Nel caso del trasferimento della persona assistita in una struttura aziendale, la condizione del paziente è documentata sull'apposito modulo *Foglio di trasferimento*.

La Lettera di dimissione infermieristica: informatizzata non riguarda tutti i pazienti ricoverati nell'area critica; ha l'obiettivo di fornire informazioni appropriate ai familiari e/o ai sanitari qualora sia necessario continuare, al domicilio, alcune attività assistenziali. Al momento della dimissione, nella Lettera di dimissione infermieristica, è specificato infatti il livello di autonomia della persona o il permanere di bisogni di assistenza infermieristica. In quest'ultimo caso, per mantenere la continuità assistenziale, sono indicate le azioni infermieristiche effettuate durante il ricovero, la presenza di lesioni da pressione o ferite con le relative medicazioni, la presenza di mezzi invasivi.

Se opportuno e/o possibile anche i familiari sono coinvolti e pertanto saranno documentate le informazioni fornite e l'eventuale addestramento condotto per garantire un'adeguata assistenza dopo la dimissione.

8. BIBLIOGRAFIA

- A. Casati M.(2005), *La documentazione infermieristica*. Milano: McGraw-Hill. Chiari P., Santullo A. (2001). *L'infermiere case manager*. Milano: McGraw-Hill.
- B. Chiari P. (a cura di) (1999). *Linee guida - La documentazione infermieristica*. Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi di Bologna.
- C. Corsi M., Piacenti F.(2004). La qualità della documentazione infermieristica nelle strutture sanitarie. *Professioni Infermieristiche*, 57 (1), 5-14.
- D. Currell R, Urquhart C (2003), *Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes*, The Cochrane Database of Systematic Reviews.
- E. Del Vecchio S, Gasparrini V, Lelli S, Martelloni M, Punton G, Ricci M (2006). La cartella clinica e la cartella infermieristica. Torino: Ed.Medico Scientifiche.
- F. Langowski C. (2005). *The times they are a changing: effects of online nursing documentation systems*. *Quality Management in Health Care*. 14(2): 121-125.
- G. Marena C, Riva A. (2000). *Linee guida per la gestione della cartella clinica*. IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia. Edizioni Torchio De' Ricci.
- H. Marrelli T.M. (2000). *Nursing Documentation Handbook*. Mosby
- I. NICE (National Institute of Clinical Excellence), Commission for Health Improvement, Royal College of Nursing, University of Leicester (2002). *Principles for Best Practice in Clinical Audit*. Radcliffe Medical Press Ltd.
- J. Santullo A.(1999). *L'infermiere e le innovazioni in sanità*. Milano: McGraw.Hill.
- K. SIGN (Scottish Intercollegiate Guideline Network) (2004). *SIGN 50: A guideline developers' handbook*. <http://www.sign.ac.uk>.
- L. Shorten A., Fallca M.C., Crooker P.A. (2002). *Developing Information literacy: a key to evidence-based nursing*. *International Nursing Review*, 48, 86-92.
- M. The Joanna Briggs Institute (2004). *The effect of documentation on quality of care in residential aged care facilities*, Systematic Review Protocol.