Master in
MANAGEMENT E FUNZIONI DI COORDINAMENTO DELLE PROFESSIONI SANITARIE

Anno Accademico 2013-2014

LA CARTELLA INFERMIERISTICA

Candidato: Dott. Mario Granatiero

Relatore: Prof. Bruno Primicerio

INDICE

INTRODUZIONE

I. EVOLUZIONE E RILEVANZA DELLA DOCUMENTAZIONE 1

1.1 Evoluzione dell'esercizio professionale della responsabilità della professione infermieristica 1

1.2 Riferimenti legislativi sulla documentazione infermieristica 3

1.3 Rilevanza legale 6

1.4 Implicazioni giuridiche nell'utilizzo della cartella infermieristica 7

II. LA CARTELLA INFERMIERISTICA 8

2.1 Che cos' è la cartella infermieristica 8

2.2 Perché utilizzare la cartella infermieristica 9

2.3 Dove utilizzare la cartella infermieristica 10

2.4 Requisiti della cartella infermieristica 11

2.5 Vantaggi dell'adozione della cartella infermieristica 12

2.6 Cartella infermieristica informatizzata 12

2.7 Responsabilità nella tenuta custodia e archiviazione della cartella infermieristica 14

III IL PROCESSO ASSISTENZIALE INFERMIERISCO 15

3.1 Principali modelli teorici di riferimento 15

3.1.1 L'elaborazione teorica di Virginia Henderson 16

3.1.2 I modelli funzionali di Marjory Gordon 19

3.1.3 Il modello delle prestazioni infermieristiche di Marisa Cantarelli 20

3.2 I modelli organizzativi dell'assistenza infermieristica 23

3.2.1 Team nursing 23

3.2.2 Primary nursing 25

3.2.3 Functional nursing 26

3.2.4 Case Management nursing 28

3.3 Il processo assistenziale infermieristico 31

3.4 Progetto cartella infermieristica chirurgia generale 33

CONCLUSIONI

ALLEGATI

BIBLIOGRAFIA

INTRODUZIONE

La cartella infermieristica rappresenta il fulcro del processo assistenziale, con la quale l'infermiere ha la possibilità di dimostrare la qualità delle prestazioni erogate e di determinare a livello gestionale i propri carichi di lavoro.
La qualità è un obiettivo che dovrebbe sempre guidare il nostro modo di lavorare. Nel contesto sanitario la qualità indica la capacità di fornire le migliori risposte in base alle risorse disponibili e al livello delle conoscenze nel rispetto delle regole etiche. In passato, il termine "qualità" era sconosciuto nell'ambito sanitario; la situazione è cambiata con l'approvazione dei decreti legislativi 502/92 e 517/93 che hanno introdotto i concetti di efficacia, efficienza e qualità. Inoltre esistono vincoli normativi e di carattere deontologico i quali impongono che le attività infermieristiche siano dimostrabili e documentabili.
La Legge n. 42/99 ha consentito il pieno riconoscimento dell'autonomia professionale grazie all'abrogazione del vecchio "mansionario" e di nuovo status della professione, definita non più ausiliaria ma caratterizzata da un proprio Profilo Professionale, che si impegna ad assumere la responsabilità dell'assistenza infermieristica generale del paziente.
Il lavoro nasce dall'esigenza di motivare l'uso della cartella infermieristica in seguito all'esperienza lavorativa di questi anni in quanto strumento operativo efficace, progettato secondo una visione olistica della persona e parte integrante della documentazione clinica.
Inoltre gli obiettivi del lavoro sono di definire gli aspetti centrali dell'assistenza rivolta alla persona, garantendo una maggiore qualità dei trattamenti sanitari.
Il project work è suddiviso in tre capitoli: il primo capitolo illustra l'evoluzione della professione infermieristica e della sua documentazione, nel secondo vengono enunciate le caratteristiche principali della cartella infermieristica, nel terzo, si espongono le fasi del processo assistenziale e il progetto di cartella infermieristica proposto nel reparto di chirurgia generale.

CAPITOLO I

1.1 EVOLUZIONE DELL'ESERCIZIO PROFESSIONALE DELLA RESPONSABILITA' DELLA PROFESSIONE INFERMIERISTICA

Elemento fondante dell'esercizio professionale e dell'evoluzione della responsabilità degli infermieri è stato il riconoscimento della professione sanitaria, con l'abrogazione dell'ausiliarietà e del DPR 225/74, attraverso l'emanazione della legge 42/99.
"*Disposizioni in materia di professioni sanitarie".*
Dall' analisi dell'evoluzione normativa, deontologica e professionale infermieristica, si individuano alcuni elementi di innovazione che costituiscono e caratterizzano l'attuale responsabilità infermieristica, sia di tipo clinico assistenziale, sia di tipo gestionale-organizzativa.
La responsabilità clinico-assistenziale dell'infermiere viene determinata peculiarmente dalla Legge 42/99 che individua come prima e essenziale fonte normativa il DM 14 settembre 1994, n. 739, "*Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere*"[1]. Il profilo definisce l'infermiere (art. 1 comma 1) attribuendogli la piena responsabilità per quanto riguarda l'assistenza generale infermieristica, con assunzione quindi della responsabilità dell'intero processo assistenziale (art. 1, comma 2 e 3), dalla raccolta dei dati all'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica alla pianificazione, gestione e valutazione dell'intervento assistenziale infermieristico, inteso come processo messo in atto dall'infermiere come risposta ad un bisogno specifico della persona assistita; con tale enunciazione la norma sancisce l'utilizzo di una metodologia scientifica: **il processo di assistenza infermieristica** e indirettamente l'adozione di una documentazione infermieristica, necessaria per certificare correttamente e storicamente le prestazioni erogate. Quello della registrazione dell'assistenza erogata è un'attività che si affianca in modo ineludibile alla nuova sfera di autonomia operativa dell'infermiere, ed esprime una valenza legale, come atto pubblico di incaricato di pubblico servizio. Il profilo dichiara inoltre che l'infermiere svolge delle attività che contribuiscono al risultato di salute in collaborazione con altri professionisti, la partecipazione all'identificazione dei bisogni di salute, la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-

[1] DM 14 settembre 1994, n. 739

terapeutiche. Il profilo legittima poi gli ambiti di esercizio dell'infermiere sul territorio, a domicilio o in regime di libera professione e non più limitati all' ambito ospedaliero.

La definizione e l'identificazione dell'infermiere, ai sensi del DM 739/94, in quanto responsabile dell'assistenza infermieristica comporta giuridicamente l'evidenziazione di due concetti che si associano al concetto di responsabilità, l'autonomia professionale e la specificità disciplinare dell'assistenza infermieristica. Tali concetti sono ulteriormente evidenziati dalla scansione precisa dei termini: "*partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico*"[2]. Dalla loro differenziazione nelle varie fasi operative, che evidenziano una professionalità autonoma ed individuale dell'infermiere e una potestà gestionale dell'assistito, quanto meno in una ben definita fase dell'azione e del trattamento. L'autonomia professionale e la specificità disciplinare dell'assistenza infermieristica diventano i presupposti dell'attività infermieristica dal punto di vista giuridico e disciplinare e ne definiscono l'assunzione della responsabilità professionale, come disposta dalla Legge 42/99.

Il profilo individua anche una responsabilità gestionale/organizzativa, l'infermiere "*Pianifica, gestisce e valuta l'intervento infermieristico, garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche; agisce sia individualmente sia in collaborazione con altri operatori sanitari e sociali; si avvale, ove necessario, dell'opera del personale di supporto*"[3]. Questa funzione è definita e ampliata dalla legge 251/2000.

Questa norma rafforza e legittima l'autonomia e la responsabilità infermieristica in ambito clinico – assistenziale, ma soprattutto a livello gestionale-organizzativo e formativo.

"*L'attribuzione della diretta responsabilità e gestione delle attività di assistenza infermieristica e delle connesse funzioni*"[4] cui consegue "*la revisione dell'organizzazione del lavoro, incentivando modelli di assistenza personalizzata*"[5] e "P*romuove la valorizzazione e la responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo*

[2] DM 14 settembre 1994 n. 739 art.1 lett. a, b, c.
[3] DM 14 settembre 1994 n. 739 art 1 lett. c, d, f.
[4] Legge 10 Agosto 2000 n. 251 art. 1 comma 3 lett. a
[5] Legge 10 Agosto 2000 n. 251 art. 1 comma 3 lett. b

delle professioni sanitarie"[6], rinforza l'autonomia organizzativo-gestionale dell'infermiere. Il dettato normativo riconosce e sostiene gli aspetti organizzativi e gestionali attinenti all'assistenza infermieristica e amplia pertanto l'ambito di responsabilità dell'infermiere. La pubblicazione degli ordinamenti didattici dei corsi di diploma di laurea, sia triennale che specialistica, conclude, sancendo l'entrata ufficiale in università, il processo di professionalizzazione dell'infermiere con una necessaria ridefinizione delle competenze, secondaria alla legge 42/1999. Il percorso normativo sancisce il passaggio dell'infermiere dall'ausiliarietà al rango di professione sanitaria laureata con pieno riconoscimento della titolarità di professione intellettuale che si caratterizza per:

- Autonomia di azione nella prestazione dell'opera professionale;
- Discrezionalità, intesa come libertà di esercitare la propria professione, anche nel caso di inquadramento in un rapporto di lavoro subordinato, con piena autonomia in ordine alle modalità di estrinsecazione dell'attività stessa;
- Carattere personale della prestazione, come rapporto fiduciario che si instaura tra il professionista e il suo cliente.

1.2 RIFERIMENTI LEGISLATIVI SULLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

I riferimenti legislativi che in Italia riguardano la documentazione infermieristica non sono numerosi e sono riportati di seguito:

1. **Decreto del Presidente della Repubblica del 14 marzo 1974, n.225**

"Modifiche al RD del 2 maggio 1940, n.1310 sulle mansioni degli infermieri professionali ed infermieri generici".

Fra le attribuzioni di carattere organizzativo ed amministrativo degli infermieri professionali si prevedeva: alla lettera b "*La registrazione su apposito diario delle prescrizioni mediche, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio", alla lettera e "La tenuta e la compilazione dei registri e dei moduli di uso corrente*".

Tale riferimento normativo è stato abrogato con la Legge 42 del 26 febbraio 1999 "*Disposizioni in materia di professioni sanitarie*".

[6] Legge 10 Agosto 2000 n. 251 art. 2 comma 2

2. **Decreto del Presidente della Repubblica del 28 novembre 1990, n. 384**

"Regolamento per il recepimento delle norme risultanti dalla disciplina prevista dall' accordo del 6 aprile 1990 concernente il personale di comparto del SSN"

All' articolo 57, lettera d, si cita "*Deve attivarsi un modello di assistenza infermieristica che nel quadro di valorizzazione della specifica professionalità consenta, anche attraverso l'adozione di una cartella infermieristica, un progressivo miglioramento dell'assistenza del cittadino*".

Ancora, all'articolo 69 comma 6 si dice "*Per la vigenza del presente regolamento, il coordinatore sanitario USL individua almeno tre tra i seguenti progetti di valutazione della qualità dei servizi e delle prestazioni*: *qualità della documentazione clinica e adozione della cartella infermieristica*" (si tratta del vecchio contratto).

3. **Nomenclatore Tariffario Minimo Nazionale degli onorari e dei compensi per le prestazioni e le attività infermieristiche**

(approvato dal Consiglio Nazionale della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI IL 9 DICEMBRE 1993, in vigore dal 1° Gennaio 1997)

Si riporta, anche se non si tratta di un riferimento legislativo ma di una normazione interna alla professione, la voce del tariffario che si riferisce alla tenuta della documentazione infermieristica, per sottolineare anche l'attività del proprio operato. La voce 003 T, della prima parte, si riferisce alle prestazioni comuni a tutte le attività assistenziali e riporta "*L'elaborazione e la gestione del dossier di assistenza*". Si può notare anche la novità rappresentata dal termine *dossier*, finora raramente utilizzato.

4. **Decreto del Ministero della Sanità del 14 settembre 1994 n. 739**

relativi obiettivi; c) pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; d) garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico terapeutiche.

5. **Decreto del Ministero della Sanità 24 luglio 1996**

Tabella b Standard formativo pratico di tirocinio: "*lo studente, alla fine del terzo anno di corso, deve essere in grado* di *pianificare, fornire e valutare l'assistenza infermieristica rivolte a persone sane e malate, sia in ospedale che nella comunità*; *analizzare i risultati di ricerche svolte individuandone le possibilità*

applicabili; ricercare e sistematizzare dati nelle realtà operative.

6. **Decreto Del Presidente della Repubblica n. 37 del 1997**

"*Devono essere predisposte, con gli operatori, delle linee-guida che indichino il processo assistenziale, con il qual devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiori gravità*".

7. **Legge n.42 del 26 febbraio 1999**

Disposizioni in materia di professioni sanitarie e il Decreto del Ministero della Sanità, 14 settembre 1994, n. 739, Regolamento concernente l' individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere, entrambi non esprimono esplicite indicazioni in merito alla documentazione, ciò nonostante , l' esercizio di una professione sanitaria e l' attuazione del processo di assistenza infermieristica implicitamente richiedono la documentazione delle prestazioni erogate dagli infermieri. I riferimenti legislativi sulla documentazione assistenziale infermieristica non sono molto numerosi e provengono da ambiti disomogenei. In ogni riferimento la documentazione delle attività viene intesa come un requisito fondamentale dell'esercizio professionale, in altri termini, si afferma il che non si può essere considerati professionisti senza la registrazione scritta delle attività effettuate. "Dalla entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con DPR 14 marzo 1974 n.225. Il campo proprio delle attività e responsabilità delle professioni sanitarie è determinato dai contenuti dei decreti ministeriali istitutivi dei relativi ordini professionali e degli ordinamenti didattici dei rispettivi corsi di diploma universitario e di formazione post base, nonché degli specifici Codici Deontologici" (art 1, comma 2).

8. **Codice deontologico 1999**

"*L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso un efficace gestione degli strumenti informativi*" (art.4-7).

9. **Legge 251/2000**

"*Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche svolgono con autonomia professionale attività dirette alla prevenzione alla cura e salvaguardia della salute individuale e collettiva*, *utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza*" (art1).

10. **Codice deontologico 2009**

"*L'infermiere riconosce il valore dell'informazione integrata multi professionale e si adopera affinchè l'assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita"* (art.23 capo IV).

"*L'infermiere assicura e tutela la riservatezza nel trattamento dei dati relativi all'assistito. Nella raccolta, la gestione e nel passaggio dei dati, si limita a ciò che è attinente all'assistenza*" (art.26, capo IV).

"*L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di un efficace gestione degli strumenti informativi*" (art 27, capo IV).

1.3 RILEVANZA LEGALE

La cartella infermieristica come tutti gli atti che documentano un'attività svolta per un paziente ha rilevanza legale e viene considerata dalla dottrina giuridica come **atto pubblico** per la ricostruzione dei fatti in un processo civile.

Essa infatti assume notevole importanza, in funzione della qualifica di incaricato del pubblico servizio rivestita dal personale infermieristico. Quando la documentazione segue indicazioni e procedure prestabilite di compilazione ed è scritta con attenzione rispetto alle questioni legali, la legge può proteggere gli infermieri e le organizzazioni sanitarie dalle accuse di negligenza e cattiva pratica assistenziale (**malpractice**).

E' probabile infatti che gli infermieri e gli operatori sanitari non ricordino i dati e gli interventi eseguiti sui singoli pazienti molto tempo dopo il fatto; l'accuratezza e la completezza della documentazione è essenziale: l'assistenza fornita può essere stata eccellente, ma la documentazione lo deve provare.

I problemi più frequenti in casi di malpractice sono le omissioni e le alterazioni delle registrazioni (false e/o sbagliate). Le procedure legali che coinvolgono medici, infermieri e strutture sanitarie, generalmente includono casi di negligenza, danni personali, invalidità e reclami di tipo assicurativo. Se le informazioni documentate sono attendibili, l'infermiere può dimostrare con certezza che l'assistenza è stata erogata correttamente e specificamente in quella circostanza.

1.4 IMPLICAZIONI GIURIDICHE NELL'UTILIZZO DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA.

Alla luce dei cambiamenti normativi (Legge42/99) si può affermare che l'attività infermieristica è attività esercitata da pubblico ufficiale, anzi in una moderna lettura degli art. 357 e 358 c.p., tutti i professionisti sanitari possono alternativamente ricoprire la qualifica di Pubblico Ufficiale o Incaricati di Pubblico Servizio. Ad es. il medico di guardia è un incaricato di pubblico servizio, nel momento in cui compila un certificato esercita funzione di P.U. e lo stesso infermiere, in servizio è un incaricato di pubblico servizio quando compila una scheda di triage riveste la qualifica di P.U.

Partendo dalla considerazione che l'infermiere riveste la qualifica di "pubblico ufficiale" ne consegue che la scorretta compilazione della cartella infermieristica espone il professionista ai seguenti reati:

Rifiuto di atti di ufficio. Omissioni. (art. 328 c.p.) "*Il pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che indebitamente rifiuta un atto del suo ufficio che, per ragioni di giustizia o di sicurezza pubblica, o di ordine pubblico o di igiene e sanità, deve essere compiuto senza ritardo, è punito con la reclusione da sei mesi a due anni. Fuori dai casi previsti dal 1° comma, il Pubblico ufficiale o l'incaricato di un pubblico servizio, che entro trenta giorni dalla richiesta di chi vi abbia interesse non compie l'atto del suo ufficio e non risponde per esporre le ragioni del ritardo, è punito con la reclusione fino ad un anno o con la multa fino a 1.032*.....".

Falso ideologico in atto pubblico (art 479 c.p.) "*Falsità ideologica commessa da pubblico ufficiale in atti pubblici*". "*Il pubblico Ufficiale che, ricevendo o formando un atto nell'esercizio delle sue funzioni, attesta falsamente che un fatto è stato da lui compiuto o è avvenuto in sua presenza, o attesta come da lui ricevute dichiarazioni a lui non rese, ovvero omette o altera dichiarazioni da lui ricevute, o comunque attesta falsamente fatti dei quali l'atto è destinato a provare la verità, soggiace alle pene stabilite dall'art.476*".

Falso materiale in atto pubblico (ART. 476 c.p.) "Falsità materiale commessa da pubblico ufficiale in atti pubblici". "*Il pubblico ufficiale che, nell'esercizio delle sue funzioni, forma in tutto o in parte un atto falso o altera un atto vero, è punito con la reclusione da uno a sei anni. Se la falsità concerne un atto o parte di un atto, che faccia fede fino a querela di falso, la reclusione è da tre a dieci anni*".

CAPITOLO II

2.1 CHE COS' E' LA CARTELLA INFERMIERISTICA

La cartella infermieristica, è uno strumento che documenta l'assistenza assicurata al paziente durante il ricovero.

In passato, si affermava che la cartella infermieristica era necessaria sia per trasmettere le informazioni tra gli infermieri, che per migliorare la conoscenza clinica del paziente. Entrambe le affermazioni sono valide, ma non sufficienti a spiegare la necessità di adottare tale documento. Con la cartella infermieristica vogliamo documentare i bisogni della persona, gli interventi da attuare, e gli obiettivi raggiunti. Questo concetto evidenzia in modo netto ciò che è contenuto nel profilo professionale dell'infermiere: "*L'infermiere: a) Partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività; b) Identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obiettivi; c) Pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico; d) Garantisce la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche*". Inoltre la cartella Infermieristica diviene uno strumento attraverso il quale si può dimostrare quali sono i livelli di bisogno dei pazienti (domanda di assistenza) e quali sono i livelli di intervento necessari (risposta assistenziale), dati utili per poter ridefinire le dotazioni organiche, in base al numero di attività diagnostico terapeutiche, e al concentramento delle stesse in un minor numero di giorni di degenza.

La cartella infermieristica raccoglie l'applicazione dei contenuti mentali che hanno portato l'infermiere a ragionare sui fatti, a porsi un programma, a realizzarlo e a valutarlo. Essa rende visibile, osservabile, misurabile ed evidente il processo di assistenza infermieristica e l'applicazione del contenuto specifico del profilo professionale dell'infermiere. La sua struttura consente di individuare le diverse fasi del processo decisionale ed operativo. I termini e le sequenze utilizzate consentono di uniformare valutazioni e giudizi costruendo un linguaggio professionale condiviso. Non esiste una documentazione infermieristica unica e funzionale per ogni realtà assistenziale, è comunque possibile definire quali dovrebbero essere gli elementi costitutivi di questo documento.

Nella costruzione della cartella infermieristica, l'accertamento deve essere integrato da scale ed indici di valutazione, strumenti utili ad individuare in modo

oggettivo, preciso, confrontabile i bisogni delle persone relativamente ai diversi ambiti assistenziali.

Tra le più note:

- La scala di Conley: per la valutazione del rischio di caduta.
- La scala di Norton e Braden: scale di valutazione del rischio di lesioni da pressione.
- L' indice di Barthel: strumento di valutazione del livello di dipendenza
- La Scala analogica visiva (VAS), scala numerica verbale VNS, Scala delle espressioni facciali: scale di valutazione del dolore.
- La Glasgow Coma Scale: scala di valutazione dello stato di coscienza e, quindi della gravità del coma.

2.2 PERCHE' UTILIZZARE LA CARTELLA INFERMIERISTICA

Ci sono varie motivazioni che portano a rispondere a questa domanda. In primis motivazioni di tipo professionale, poi motivazioni di tipo organizzativo oltre che motivazioni medico/legali. In passato la documentazione si basava sulla semplice descrizione delle attività esecutorie erogate al paziente, infatti venivano usati termini come:(somministrato, eseguito, ecc…) tralasciando di descrivere i bisogni del paziente, si riportava direttamente l'intervento realizzato, senza documentarne la motivazione e il percorso decisionale utilizzato per giungere a quelle conclusioni. Inoltre, gran parte della documentazione, faceva esclusivo riferimento alle prescrizioni mediche e non alle peculiarità dell'attività infermieristica. Non essendo riconosciute nei fatti le capacità diagnostiche e decisionali dell'infermiere era evidente che lo strumento potesse essere solo un una "consegna" delle mansioni svolte. Oggi l'evoluzione dell'assistenza, il riconoscimento di una maggiore centralità della persona nel percorso di cura e l'affermazione del nursing come disciplina autonoma fa sì che sempre più l'infermiere sia consapevole del ragionamento diagnostico che lo porta ad identificare i problemi della persona, utilizzare diagnosi infermieristiche, attuare un percorso di risoluzione e quindi, avvertire la necessità di uno strumento nuovo e più completo. L'esperienza infermieristica internazionale ha portato all'introduzione, nell'ambito assistenziale, delle diagnosi infermieristiche come elementi di giudizio critico tarato sui problemi della persona assistita.

La diagnosi infermieristica non è:

- Una diagnosi medica;
- Un sintomo;
- Un intervento infermieristico;
- Una indagine diagnostica;
- Situazione.

La diagnosi infermieristica è:

- Il risultato dell'analisi dei dati raccolti durante l'accertamento;
- La descrizione dei problemi infermieristici reali o potenziali della persona assistita che l'infermiere preparato è abilitato a trattare;
- La base per gli interventi autonomi infermieristici;
- Un'espressione scritta con linguaggio conciso;
- Un elemento che concorre a riflettere la condizione della persona.

In sintesi, la diagnosi infermieristica è l'enunciazione di un problema reale o potenziale del paziente la cui natura è di competenza dell'infermiere: l'intervento dell'infermiere è determinato dal problema.

Sempre esaminando la letteratura internazionale, si trovano due diversi approcci all'uso delle diagnosi:

- Diagnosi derivanti da un preciso approccio: ogni teoria infermieristica ha identificato, in forma strutturata o meno, un proprio elenco di possibili diagnosi infermieristiche.
- Elenco di diagnosi infermieristiche sulla base delle evidenze concrete dell'associazione americana NANDA che le aggiorna ogni due anni.

La differenza fra i due approcci sta nella possibilità di uso dei due modelli: nel primo è necessario condividere la teoria di riferimento, mentre nel secondo è sufficiente utilizzare i dati di riferimento per ogni singola diagnosi. In molte realtà si è diffuso l'uso di metodiche che considerano ambedue gli approcci: si utilizzano alcune diagnosi del NANDA, ma in collegamento a specifiche teorie infermieristiche.

2.3 DOVE UTILIZZARE LA CARTELLA INFERMIERISTICA

La cartella infermieristica viene utilizzata ovunque ci sia necessità di applicare il processo di assistenza infermieristica rivolto ad un paziente le cui cure devono essere erogate per un periodo continuativo in fase di degenza anche se breve.

Molto probabilmente risulta meno indicato il suo utilizzo in un ambulatorio, dove

il contatto con l'utente è rapido od occasionale. In questo contesto, se l'attività professionale è presente, si deve comunque documentare ciò che viene fatto, anche se non in maniera dettagliata rispetto ad un ricovero ordinario.
In sintesi la cartella infermieristica è da utilizzare là dove c'è continuità dell'assistenza e applicazione del processo infermieristico.

2.4 REQUISITI DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

Cosi come per la Cartella Clinica anche per la Cartella Infermieristica ci sono dei requisiti essenziali da rispettare:

- **Precisione e chiarezza**: le informazioni devono essere riportate in maniera precisa e chiara a tutti; è sconsigliato l'utilizzo di sigle, a meno che non si tratti di sigle convenzionali o non vengano preliminarmente definite per esteso.
- **Concisione**: la descrizione delle informazioni sopracitate deve essere sintetica.
- **Completezza**: La progettazione della documentazione infermieristica impone l'adozione di un modello teorico di riferimento che tenga conto della completezza affinché la definizione di questo strumento documenti il processo assistenziale posto in essere per la persona assistita.
- **Leggibilità**: utilizzare una scrittura leggibile per consentire una lettura facile ed univoca.
- **Organizzazione delle informazioni**: le informazioni raccolte devono essere riportate nella cartella infermieristica in maniera cronologica, logica ed obiettiva.
- **Responsabilità**: l'infermiere apponendo la propria firma per ogni informazione registrata e per ogni prestazione erogata, documenta l'attività svolta e la responsabilità assunta.
- **Sistematicità**: la documentazione infermieristica deve essere compilata in maniera sistematica e continuativa.
- **Riservatezza**: le informazioni contenute nella documentazione infermieristica sono soggette sia alla riservatezza che al segreto professionale (articoli 26 – 28 del Codice Deontologico).
- **Contestualizzazione**: non esiste un modello ideale di documentazione infermieristica; essa deve essere necessariamente costruita dall'équipe

infermieristica dello specifico contesto in cui dovrà essere adottata.

- **Transculturalità**: le informazioni raccolte nella cartella infermieristica devono riportare le abitudini biopsicospirituali delle persone assistite.
- **Conservazione ed archiviazione**: la documentazione infermieristica, adottata formalmente, può essere una prova sul piano giuridico; pertanto va conservata come da disposizioni relative alla documentazione sanitaria.

2.5 VANTAGGI DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

I vantaggi derivanti dall'adozione della documentazione infermieristica sono diversi. In sintesi vengono riportati quelli più rilevanti:

- Garantisce la raccolta sistematica e completa delle informazioni necessarie per l'erogazione dell'assistenza infermieristica;
- Consente di erogare un'assistenza infermieristica individualizzata (D.M. 739/1994 – L. 251/2000);
- Rappresenta uno strumento di integrazione e di comunicazione tra i membri dell'équipe assistenziale;
- Offre le garanzie necessarie per la continuità delle cure infermieristiche nel possibile percorso assistenziale ospedaliero e/o territoriale;
- Offre maggiori garanzie di continuità terapeutica e assistenziale;
- Consente di pianificare autonomamente le prestazioni infermieristiche e di documentarle,
- Permette la valutazione dei risultati conseguiti e consente l'attività di ricerca,
- Documenta il ruolo svolto dall'infermiere per ciò che concerne gli ambiti di autonomia, di competenza e di responsabilità.

2.6 CARTELLA INFERMIERISTICA INFORMATIZZATA

La cartella infermieristica informatizzata rappresenta un'evoluzione tecnologica della Cartella Infermieristica.

Essa è un modello organizzativo ottimale basato sulla razionalizzazione dei percorsi clinico assistenziali del proprio ambito operativo.

La cartella infermieristica è uno strumento flessibile e dinamico a disposizione dei professionisti Infermieri che permette un'attenta analisi dei bisogni assistenziali, una pianificazione dell'assistenza e l'utilizzo di un linguaggio scientifico comune che previene eventuali incomprensioni ed errori di processo e valutazione.
Un linguaggio comune aiuta gli infermieri a rilevare dati precisi, identificare i problemi potenziali o reali della persona e descriverli con una terminologia scientifica.
L'importanza di un "linguaggio standardizzato" è ampiamente riconosciuta a livello internazionale per esporre con chiarezza e in maniera autorevole il ruolo unico della professione infermieristica in un'organizzazione sanitaria che richiede sempre più di dichiarare e documentare quello che si fa e perché, allo scopo di conciliare nel modo migliore possibile l'impegno nei confronti degli assistiti con le esigenze di efficienza complessiva del sistema.
La cartella Infermieristica Informatizzata permette di promuovere attraverso i suoi collegamenti una politica di Risk Management, e quindi una analisi proattiva diretta degli errori e dei near misses.
Essa può mettere a disposizione del professionista infermiere, altre risorse come ad esempio fotografie di lesioni da pressione e relativo processo di evoluzione, collegamenti con i laboratori di indagini diagnostiche per il controllo dei referti.
Inoltre promuove la ricerca infermieristica, in quanto permette di rilevare i dati assistenziali oggetto della ricerca con una metodologia semplice ed automatizzata. Attraverso il database che costituisce la cartella infermieristica è possibile individuare quali sono le diagnosi infermieristiche prevalenti in quel determinato reparto, le attività infermieristiche, gli obiettivi o qualsiasi altro dato oggetto della ricerca. E' possibile sperimentare dei protocolli e studiare gli esiti attraverso l'analisi degli indicatori utilizzati. La cartella infermieristica informatizzata inoltre permette di personalizzare i processi assistenziali attraverso i piani terapeutici/assistenziali individualizzati, in relazione al percorso del paziente e alle evidenze scientifiche presenti in letteratura. Tutto il percorso del paziente può diventare oggetto di studio, permettendo di rilevare tutti i dati con un semplice click.
La cartella può rispondere ai bisogni del paziente e rivelarsi utile per gli operatori, nella misura in cui permetterà l'attuazione di modelli comportamentali atti a migliorare la soddisfazione dei bisogni e a ridurre il rischio delle complicanze. Sul piano pratico, l'organizzazione della struttura può migliorare globalmente, riducendo il tempo di passaggio delle informazioni tra i colleghi nei

cambi turno; inoltre, potrà essere condiviso anche il modello concettuale e operativo di riferimento, per orientare la strutturazione di nuovi strumenti.
La previsione futura è volta a implementare la cartella infermieristica informatizzata, per gestire al meglio e archiviare le informazioni di pertinenza infermieristica, correlandole e integrandole con quelle degli altri professionisti sanitari.

2.7 RESPONSABILITA' NELLA TENUTA CUSTODIA E ARCHIVIAZIONE DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

La cartella infermieristica costituisce parte integrante della cartella clinica e ne possiede gli stessi requisiti, oltre che la medesima natura giuridica (anche in ordine a quanto attiene al segreto professionale ed alla tutela della riservatezza dei dati personali). Quelle parti della cartella infermieristica che vengano eventualmente formate attraverso l'utilizzo di sistemi informatici elettronici, devono essere necessariamente riprodotte su supporto cartaceo, per consentire l'inserimento all'interno del documento cartaceo avente valore giuridico di cartella infermieristica.
L'infermiere coordinatore ha la responsabilità di vigilare sulla rispondenza dei dati registrati rispetto ai requisiti della cartella infermieristica e di verificare l'omogeneità.
All'atto della chiusura della cartella infermieristica, in esito della dimissione/trasferimento del paziente, il coordinatore provvede alla validazione formale del contenuto, firmando nell'apposito spazio previsto nel frontespizio e alla corretta conservazione della stessa in reparto. La custodia della cartella infermieristica deve avere durata illimitata, in quanto atto ufficiale indispensabile per le ricerche di carattere sanitario (Circolare del Ministero della Sanità 19 dicembre 1986, n. 61 recante il periodo di conservazione della documentazione sanitaria presso le istituzioni sanitarie pubbliche e private di ricovero e cura).
La corretta conservazione e l'archiviazione della documentazione sanitaria è di competenza del Primario e del Coordinatore dell' U.O. di dimissione del paziente fino alla permanenza della cartella in reparto. Dal momento in cui la cartella arriva in archivio centrale, la responsabilità generale sull' archiviazione, conservazione, vigilanza, integrità e completezza di essa sarà del Direttore Sanitario e/o un suo delegato.

CAPITOLO III

3.1 PRINCIPALI MODELLI TEORICI DI RIFERIMENTO

La professione infermieristica, come ogni professione ha dei propri modelli concettuali. Le differenze di tali modelli dipendono dalla diversa rappresentazione mentale della realtà.

La Roy, ad esempio utilizza il termine "Filosofia" per descrivere la suddetta rappresentazione, mentre Ann Marriner definisce la Filosofia come "lo studio della natura delle cose, basato sul ragionamento logico (giudizi, valori ecc..), piuttosto che su metodi "empirici", dello studioso. Un esempio può essere la filosofia meccanicistico-razionalistica, che ha dominato la scienza per secoli, e che tuttora raccoglie tanti consensi. Quando invece una rappresentazione mentale descrive un particolare aspetto della realtà, senza comprendere la realtà stessa nel suo complesso, viene definita "Teoria". La Roy infatti, descrive una teoria come un sistema di proposizioni legate tra loro per esprimere, descrivere, prevedere, chiarire, controllare e far comprendere una parte del mondo empirico, al quale appartengono anche i fenomeni di cui si occupa la professione infermieristica. Tuttavia, le teorie sono valide a più professioni nello stesso tempo, ad esempio la teoria dei sistemi, è stata utilizzata dai fisici agli psicologi, dagli ingegneri agli infermieri. Quindi, si può affermare che ogni modello concettuale definisce quello che dovrebbe essere una particolare professione, basandosi su una filosofia che fornisce i valori di fondo attraverso i quali l'autore riconosce la propria visione del mondo, ed utilizza una o più teorie contestualizzandole allo scopo di spiegare i fenomeni d'interesse della professione in questione.

I modelli concettuali, possono essere organizzati all'interno di una struttura più ampia in modo trasversale a tutte le filosofie, al quale possono essere adattate tutte le teorie. Questa struttura si chiama "Paradigma", o meglio "Metaparadigma".

Il Metaparadigma dell'Assistenza Infermieristica riunisce i quattro concetti Uomo, Ambiente, Salute e Nursing. Quindi ogni modello concettuale dell'assistenza infermieristica sarà costruito a partire da questi quattro concetti, i quali assumeranno differenti interpretazioni in relazione alla filosofia alla quale si richiama l'autore. Di conseguenza anche i concetti di Prevenzione, Cura e Riabilitazione, assumeranno differenti significati a seconda della particolare interpretazione del Metaparadigma e della conseguente strutturazione del

modello concettuale. I modelli concettuali di riferimento dell'assistenza infermieristica maggiormente utilizzati in Italia sono fondamentalmente tre:

- L'elaborazione teorica di Virginia Henderson;
- I Modelli funzionali di Marjory Gordon;
- Il modello delle prestazioni infermieristiche di Marisa Cantarelli.

3.1.1 L'ELABORAZIONE TEORICA DI VIRGINIA HENDERSON

Virginia Henderson è l'autrice americana della più celebre e ancor oggi accettata definizione del nursing, contenuta nell'edizione 1955 del volume The Principles and Practice of Nursing: *"La peculiare funzione dell'infermiere è quella di assistere l'individuo malato o sano nell'esecuzione di quelle attività che contribuiscono alla salute o al suo ristabilimento (o ad una morte serena), attività che eseguirebbe senza bisogno di aiuto se avesse la forza, la volontà o la conoscenza necessaria, in modo tale da aiutarlo a raggiungere l'indipendenza il più rapidamente possibile*; *atti che compirebbe da solo se, disponesse della forza, della volontà o delle cognizioni necessarie, e di favorire la sua partecipazione attiva in modo da aiutarlo a riconquistare il più rapidamente possibile la propria indipendenza"*.

La teoria del nursing formulata dalla Henderson è influenzata dalle teorie di altri autori (teoria dei bisogni di Abraham Maslow dal concetto di omeostasi di Claude Bernard, dalle teorie psicologiche di Edward Thorndike, dal concetto di relazione infermiera-paziente di Ida Orlando,ecc..) inoltre come dice l'autrice stessa, è suscettibile di modificazioni col mutare dei bisogni sanitari della popolazione.

La definizione proposta da Virginia Henderson non tratta in modo esplicito il concetto di "assistenza infermieristica", ma individua la funzione specifica dell'infermiera, cioè l'assistere un individuo ammalato o sano affinché esegua attività che contribuiscano a raggiungere o migliorare la salute oppure a giungere ad una morte serena. L'autrice individua quattordici attività, intese come aiuto da dare al paziente per poterle eseguire, o per metterlo in condizioni di eseguirle da solo:

1	Aiutare l'ammalato a respirare
2	Aiutare l'ammalato a mangiare e a bere
3	Aiutare l'ammalato nelle sue funzioni eliminatorie

4	Aiutare l'ammalato a mantenere una corretta posizione, sia camminando, sia seduto o sdraiato, e a cambiare posizione
5	Aiutare l'ammalato a riposare e a dormire
6	Aiutare l'ammalato a scegliere i suoi indumenti, a vestirsi e a spogliarsi
7	Aiutare l'ammalato a mantenere la temperatura del corpo a livello normale
8	Aiutare l'ammalato a tenersi pulito, ordinato e a proteggere la pelle
9	Aiutare l'ammalato a proteggersi dai pericoli dell'ambiente, ad evitare di essere fonte di pericolo per gli altri: infezione o violenza
10	Aiutare l'ammalato a comunicare con gli altri, ad esprimere le proprie necessità, a manifestare i suoi sentimenti
11	Aiutare l'ammalato nella pratica della propria religione o ad agire secondo la sua concezione di bene e di male
12	Aiutare l'ammalato ad occuparsi in un'attività che gli dia l'impressione di fare qualcosa di utile
13	Aiutare l'ammalato nella ricreazione
14	Aiutare l'ammalato ad informarsi

L'autrice, sposta il "soggetto" dell'assistenza infermieristica dall'individuo all'infermiera che assume quindi un ruolo dell'assistenza infermieristica stessa, mentre la persona diviene necessariamente l'oggetto delle cure infermieristiche.
La funzione dell'infermiera è essenziale e assai complessa, i quattordici atti assistenziali comuni ad ogni essere umano, malato o sano, le cui manifestazioni particolari variano da un individuo all'altro, costituiscono gli elementi che l'infermiera valuterà in qualsiasi ambito operativo per determinare il livello di autonomia nel soddisfacimento di ogni bisogno. L'autrice riconosce come infermieristico un problema di dipendenza nella soddisfazione di un bisogno dell'assistito. Il procedimento da seguire nell'individuazione dei bisogni non soddisfatti, come pure della fonte di difficoltà, comporta le seguenti tappe:

- Raccolta dati;
- Interpretazione dei dati;
- Pianificazione dell'intervento;
- Esecuzione dell'intervento;
- Valutazione.

La raccolta dati si avvale di uno strumento che inevitabilmente ha quattordici parti corrispondenti ai quattordici bisogni fondamentali. Ciascuna parte si organizza intorno a parole chiave che servono da punti di riferimento, o

racchiude delle domande (aperte o chiuse), formulate in anticipo.
Lo strumento può variare a seconda delle preferenze di ciascuno, l'importante è che possa permettere all'infermiera di ottenere le informazioni essenziali che lo schema concettuale esige.
L'interpretazione dei dati, previa analisi dei suddetti, rappresenta l'individuazione dei bisogni personali, vale a dire i bisogni specifici (che derivano da un bisogno fondamentale) dell'assistito; l'infermiere deve tuttavia tenere in considerazione il piano di assistenza medica. In questa fase vengono definite le diagnosi infermieristiche.
Nella fase di pianificazione dell'intervento, l'infermiera prevede i suoi interventi al fine di contribuire alla soddisfazione del bisogno individuale, identificato precedentemente, integrando la forza, la volontà, la conoscenza dell'assistito. La quarta tappa del procedimento, l'esecuzione dell'intervento, è ugualmente importante.
La valutazione consente di verificare se l'intervento ha determinato l'aumento dell'indipendenza dell'ammalato nella soddisfazione del suo bisogno fondamentale. Nel corso dell'operazione di valutazione, l'infermiera ripercorre ciascuna tappa.
Le cinque tappe comprendono un altro strumento di lavoro chiamato **piano di assistenza infermieristica**, rappresentato dalla seconda e la terza tappa del procedimento:
- l'identificazione dei bisogni individuali;
- la pianificazione della supplenza.
Se è rigorosamente aggiornato, esso costituisce un mezzo di comunicazione scritto in grado di garantire la continuità dell'assistenza infermieristica e soprattutto di affermare il suo carattere personale e individuale, adattandosi continuamente ai bisogni dell'assistito. In presenza di diversi bisogni da soddisfare, l'infermiera deve decidere quale priorità accordare a ciascuno. Per stabilire la priorità è necessario orientarsi con l'utilizzo della Scala di Maslow.

3.1.2 I MODELLI FUNZIONALI DI MARJORY GORDON

I modelli funzionali di salute di M. Gordon hanno carattere olistico e si focalizzano sulle funzioni normali, alterate o a rischio di alterazione del cliente, attraverso undici modelli applicabili a tutti i tipi di pazienti, di ogni età, in ogni contesto, a singoli, famiglie e comunità.

1	Percezione e gestione della salute
2	Nutrizione e metabolismo
3	Eliminazione
4	Attività e esercizio fisico
5	Sonno e riposo
6	Cognizione e percezione
7	Percezione di sé e concetto di sé (stima ed autostima)
8	Ruolo e relazione
9	Sessualità e riproduzione
10	Coping (far fronte) e tolleranza allo stress
11	Valori e credenze

Si tratta di una struttura concettuale che è stata elaborata per conseguire diversi scopi, tra i quali:

- Organizzare le conoscenze cliniche dell'infermiere;
- Costruire strumenti per la raccolta dati di pertinenza infermieristica;
- Classificare le diagnosi infermieristiche, cioè i fenomeni di salute che l'infermiere affronta e tratta in maniera sostanzialmente indipendente.

La descrizione e la valutazione dei modelli di salute permette al professionista di identificare i modelli che sono funzionali (punti di forza del cliente) e quelli disfunzionali (diagnosi infermieristiche) facilitando l'accertamento di base e il processo diagnostico.

Dopo l'accertamento, con il quale si rilevano i problemi assistenziali, si definiscono le diagnosi infermieristiche secondo la Tassonomia Nanda.

Per ogni diagnosi NANDA sono elencati gli obiettivi/risultati identificati come i più probabili da monitorare (classificazione NOC Nursing outcomes classification),

la misurazione degli obiettivi avviene con la scala di Likert.

Definiti i NOC, si individuano gli interventi infermieristici (classificazione NIC Nursing Interventation Classification). Secondo McCloskey & Bulechek (2000) gli

interventi infermieristici sono: "*ogni trattamento, basato sul giudizio e le conoscenze cliniche, che un infermiere esegue per migliorare gli esiti del paziente/cliente*".
Il modello funzionale può essere alterato anche nella persona sana, ad esempio il modello percezione-gestione della salute può essere modificato in caso di cattive abitudini (fumo, alcool, mancanza di attività fisica). In questo caso sono opportuni interventi infermieristici di tipo promozionale e preventivo come ad esempio l'educazione alla salute, l'informazione ecc. D'altra parte, la malattia o la disabilità possono addirittura rafforzare la funzionalità di certi modelli, come quello dei valori - convinzioni. Infatti ci sino persone che nell'esperienza della malattia sviluppano una maggiore consapevolezza, accettazione, credenza, pazienza e forza, anche se non esenti da momenti di paura, contraddizione o di vera e propria disperazione.

3.1.3 IL MODELLO DELLE PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE DI MARISA CANTARELLI

Il modello organizzativo assistenziale di M. Cantarelli è nato, come la stessa autrice ha scritto, per facilitare il passaggio dall'abrogazione del "mansionario" (assistenza per compiti) verso un'assistenza personalizzata e professionale (assistenza per obiettivi). Il modello manageriale delle prestazioni infermieristiche, fa proprie le istanze di professionalizzazione degli infermieri ed ha il merito di essere applicabile nella realtà concreta con relativa facilità. Nell'ambito di ciascuna prestazione individuata, l'infermiere mette in atto delle azioni, che regolano il suo intervento assistenziale. L'autrice dopo avere definito il bisogno specifico di assistenza infermieristica come "*l'esigenza da parte dell'uomo di ricevere assistenza infermieristica qualora si verifichino particolari condizioni fisiche o psichiche che lo richiedono*", definisce l'assistenza infermieristica come "*un comportamento osservabile che si attua mediante lo svolgimento di un complesso di azioni fra loro coordinate, per risolvere un bisogno specifico manifestatosi in un cittadino/malato*". Le conseguenti azioni di assistenza infermieristica messe in atto, sono definite **prestazioni**, e non **mansioni, termine quest'ultimo che evoca il mansionario e quindi di un ruolo prettamente esecutivo e subalterno**. Il termine prestazione al contrario, si presta meglio al nuovo ruolo di professionista autonomo e

responsabile che la legislazione ha dato agli infermieri. Le prestazioni non sono altro che tutte le azioni di assistenza infermieristica che l'infermiere mette in atto in modo sistematico per risolvere il bisogno specifico manifestato nelle persona malata.

L'autrice del modello concettuale, classifica in undici aree i bisogni di assistenza infermieristica della persona. Ad ogni bisogno corrisponde una o più prestazioni infermieristiche.

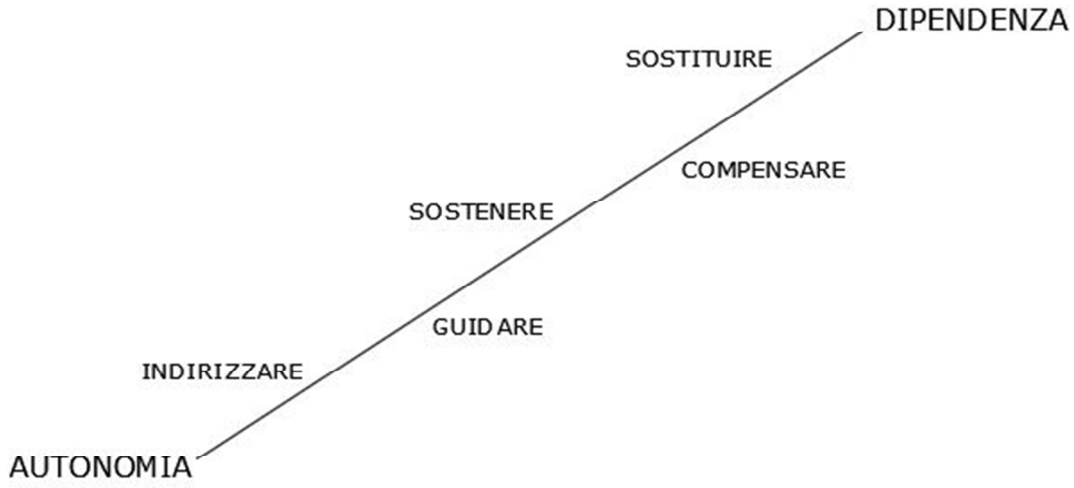
	I bisogni di assistenza infermieristica	**Per ogni bisogno una prestazione infermieristica**
1	Bisogno di respirare	Assicurare la respirazione
2	Bisogno di alimentarsi e idratarsi	Assicurare l'alimentazione e idratazione
3	Bisogno di eliminazione urinaria e intestinale	Assicurare l'eliminazione urinaria e intestinale
4	Bisogno d'igiene	Assicurare l'igiene
5	Bisogno di movimento	Assicurare il movimento
6	Bisogno di riposo e sonno	Assicurare il riposo e il sonno
7	Bisogno di mantenere la funzione cardiocircolatoria	Assicurare la funzione cardiocircolatoria
8	Bisogno di ambiente sicuro	Assicurare un ambiente sicuro
9	Bisogno di interazione nella comunicazione	Assicurare l'interazione nella comunicazione
10	Bisogno di procedure terapeuriche	Applicare le procedure terapeutiche (su prescrizione medica)
11	Bisogno di procedure diagnostiche	Eseguire le procedure diagnostiche (su prescrizione medica)

Lungo il continuum autonomia-dipendenza della persona assistita, l'infermiere si preoccuperà di individuare le azioni infermieristiche necessarie per le risposte assistenziali. Le azioni sono un insieme di atti fisici, verbali, e mentali scelte in relazione al singolo caso e condotte dall'infermiere secondo una successione logica per dare risposte ad un bisogno di salute. Più atti costituiscono quindi un'azione, mentre più azioni finalizzate alla risoluzione di un bisogno della persona costituiscono la prestazione.

Continuum autonomia/ dipendenza

Autonomia: Situazione in cui la persona ha la capacità e possibilità di soddisfare i propri bisogni e non necessita di interventi infermieristici.

Dipendenza: Situazione in cui la persona dipende dell'aiuto dell'infermiere per assolvere ad alcune funzioni. La dipendenza più essere totale o parziale.



Verbi di azione che guidano l'agire infermieristico lungo il continuum autonomia/dipendenza.

L'infermiere interviene al manifestarsi di condizioni che indicano riduzione dell'autonomia con azioni aventi finalità di:

- **Indirizzare**: l'azione si fonda sul presupposto che la persona, acquisite determinate conoscenze sia in grado di soddisfare i propri bisogni.
- **Guidare**: l'azione di guida si fonda sul presupposto che la persona, compiute delle scelte e acquisite specifiche abilità sia in grado di agire per soddisfare efficacemente i propri bisogni.
- **Sostenere**: l'azione si fonda sul presupposto che la persona messa nella condizione per poterlo fare, mantenga o metta in atto le conoscenze e le abilità acquisite per soddisfare il bisogno.
- **Compensare**: l'azione si fonda sul presupposto che la persona necessiti costantemente di interventi infermieristici di parziale sostituzione nello svolgere le attività collegate al soddisfacimento del bisogno.
- **Sostituire**: l'azione di sostituzione si fonda sul presupposto che la persona necessiti costantemente di interventi di totale sostituzione, che può avvenire anche mediante l'impiego di ausili, presidi, attrezzature da parte dell'infermiere.

3.2 I MODELLI ORGANIZZATIVI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Un modello organizzativo è un insieme di regole che controllano il funzionamento dell'organizzazione, direttamente legato alla mission dichiarata da ogni Servizio Infermieristico aziendale.
Negli ultimi tempi hanno preso l'avvio riflessioni e ricerche circa la definizione e rilevazione delle attività proprie ed esclusive dell'infermiere nei processi assistenziali, a fronte di quelle attribuibili ad altre figure. Considerando l'eccessiva quantità di tempo che l'infermiere impiega in attività assistenziali di base, si ritiene opportuno attribuire queste ultime a figure idoneamente preparate (Ota, Oss), attribuzione che dovrà essere considerata nella scelta del modello organizzativo da adottare.
Individuare uno solo tra i modelli crea difficoltà: ognuno di essi risente, ad esempio, del contesto in cui è applicato (ospedale, territorio), della tipologia dei pazienti (critici, acuti, cronici), della tipologia di personale (infermieri e personale di supporto all'assistenza), del livello di competenza raggiunto, del quantitativo di risorse umane e materiali. La scelta di un modello organizzativo influenza l'efficacia e l'efficienza dell'organizzazione, poiché dalle modalità di utilizzo delle risorse derivano la quantità e la qualità delle prestazioni. I modelli attuali devono rispondere prevalentemente alla necessità di utilizzare un minor numero di risorse professionali garantendo comunque una migliore qualità assistenziale. I modelli di frequente riscontro in letteratura internazionale, sviluppatisi per lo più in Nord America e Inghilterra, sono: il Team nursing (modello per piccole équipe), Primary nursing (modello primario), Functional nursing (modello funzionale, per compiti) e Case Management nursing (modello di gestione del caso). Si prenderanno in considerazione la definizione, le caratteristiche, i vantaggi e gli svantaggi di ogni modello.

3.2.1 TEAM NURSING

Meglio conosciuto in Italia come modello per piccole équipe, questo modello prevede un gruppo composto da varie figure (infermieri, personale di supporto all'assistenza e studenti in formazione) sotto la direzione di un infermiere team leader (capo équipe o responsabile di équipe) che fornisce assistenza a un gruppo di pazienti in un specifico turno di servizio. L'unità operativa viene

ripartita in due o più settori secondo il numero dei pazienti e la loro complessità assistenziale (grado di dipendenza); il team leader valuta i bisogni infermieristici, pianifica l'assistenza dei pazienti del proprio settore e assegna le attività ai vari operatori in base alla loro qualifica, esperienza e competenza.

L'infermiere "capo équipe", che eroga anche assistenza diretta ai pazienti, deve possedere buone competenze cliniche, organizzative e capacità di conduzione del gruppo (leadership).

Le principali caratteristiche organizzative del modello sono:

- Gruppo di operatori di varie qualifiche (2-4) che fornisce assistenza infermieristica a un gruppo di pazienti in un turno, sotto la direzione e la responsabilità di un team leader;
- Assegnazione delle attività a infermieri e personale di supporto con pianificazione e valutazione dell'assistenza affidata al capo équipe;
- Ripartizione dell'unità operativa in due o più settori;
- Adozione di una documentazione infermieristica;
- Descrizione dei bisogni di assistenza infermieristica con tutto il personale in servizio.

VANTAGGI E SVANTAGGI DEL TEAM NURSING	
Vantaggi - Valorizzazione delle competenze del team leader e controllo del personale di supporto - Integrazione e qualità dell'assistenza - Condivisioni del piano assistenziale e delle decisioni - Garanzia di continuità assistenziale - Elevata soddisfazione delle persone assistite e del personale - Assistenza infermieristica personalizzata e completa - Assegnazione delle attività in funzione delle competenze, valorizzazione della professionalità di ogni lavoratore	**Svantaggi** - Rischio reale che i team eroghino assistenza funzionale nel caso in cui i compiti prevarichino il piano assistenziale - Necessità di maggiori risorse umane e materiali - Aumento dei tempi di coordinamento e comunicazione - Carente formazione in dinamiche di gruppo, coordinamento e management di team assistenziale degli attuali infermieri possono frenare l'implementazione del modello.

3.2.2 PRIMARY NURSING

Rappresenta un'evoluzione del modello team nursing e intende l'assistenza professionale centrata al paziente, il quale è soggetto alla guida continua di un primary nurse dal momento del ricovero alla dimissione. L' aspetto rilevante di tale modello è la relazione tra paziente e "l'infermiere primario" il quale si rende responsabile del piano assistenziale. I professionisti che operano nella struttura in ogni turno di lavoro provvedono all'assistenza dei pazienti che è pianificata, coordinata e valutata dal primary nurse.

Diversamente dalle forme di organizzazione di assistenza per compiti o funzionale, la responsabilità per il paziente non cambia alla fine del turno o da un giorno al altro. L'infermiere primario è responsabile dell'assistenza e cura del paziente per l'intero giorno e periodo di degenza. Questo non significa che il primary nursing debba essere in servizio ininterrottamente oppure essere chiamato a casa qualora si rendesse necessario apportare modifiche all'assistenza del paziente, ma che pianifichi quando è in servizio tutte le attività da svolgere in caso di sua assenza. Altri infermieri chiamati "associated nurses" (infermieri associati) si occuperanno dell'assistenza secondo il piano stabilito dall'infermiere primario in assenza. Il ruolo dell'infermiere primario e dell'infermiere associato si definisce dal rapporto con il singolo paziente assegnato e quindi non è identico verso tutti i pazienti, pertanto un infermiere primario può lavorare come tale per un gruppo ristretto di pazienti e svolgere contemporaneamente il ruolo di infermiere associato per un altro gruppo.

Il primary nurse, ha la massima autonomia nelle decisioni assistenziali di cui è responsabile e non deve pertanto farsi autorizzare il suo piano assistenziale dal coordinatore del reparto. Gli infermieri associati non possono deviare nel loro lavoro dal piano assistenziale elaborato oppure modificarlo, tranne che in situazioni di emergenza.

L'infermiere primario:

- Effettua l'anamnesi infermieristica, elabora il piano assistenziale, attua nei limite del possibile l'assistenza completa e la valuta;
- Supervisiona tutte le attività assistenziali, inclusi quelle diagnostiche e terapeutiche;
- Stipula il contratto assistenziale con il paziente e si fa garante degli interessi dello stesso;
- È la persona chiave per la comunicazione e per la collaborazione

interdisciplinare all'assistenza centrata al paziente assegnato;
- Cura i contatti con i parenti e le altre persone di riferimento.

VANTAGGI E SVANTAGGI DEL PRIMARY NURSING	
Vantaggi	**Svantaggi**
- Gli infermieri primari lavorano al massimo delle loro capacità professionali - La responsabilità dell'assistenza infermieristica è accentrata sull'infermiere primario - Maggiore autonomia professionale - Elevata soddisfazione delle persone assistite e degli infermieri - Assistenza infermieristica personalizzata e completa	- Reperibilità continua dell'infermiere primario - Elevata competenza per elaborare il piano di assistenza infermieristica - Necessità di maggiori risorse umane - Possibili conflitti fra l'infermiere primario e i medici nel caso in cui sorgano divergenze sulle cure più adatte al paziente

3.2.3 FUNCTIONAL NURSING

È meglio conosciuto in Italia come nursing funzionale, modello tecnico o per compiti; sebbene non risulti più adeguato da un punto di vista concettuale, rimane tuttavia il sistema più diffuso in Italia, in quanto risponde all'esigenza di ottenere il massimo numero di prestazioni con un minor numero di risorse umane e materiali. Tale modello è basato su una divisione del lavoro simile ad una catena di montaggio, spesso è preferito per la sua apparente efficienza, ma rende l'assistenza frammentaria. Il modello sottintende un'assistenza parcellizzata e standardizzata, in cui non esiste una risposta personalizzata individuale attenta ai bisogni dell'individuo, bensì una sommatoria di interventi pratici (terapia, giro letti, rilevazione parametri vitali, medicazioni ecc). Il functional nursing trova quindi criteri di validità per il suo operato nella velocità di esecuzione, nella gestione ordinata delle attività e nel numero di atti compiuti. L' estremo paradossale di questa situazione è che le richieste dei pazienti, possano addirittura rendere disfunzionale l'organizzazione del lavoro poiché

disturbano e interrompono una sequenza.

Le funzioni di controllo e di garanzia sono ricoperte dal coordinatore infermieristico che deve garantire la trasmissione delle informazioni, il coordinamento dell'assistenza e la verifica dei risultati globali.

Le principali caratteristiche organizzative del modello sono:

- Scomposizione del processo lavorativo in attività e compiti chiari e precisi, quindi predefiniti;
- Assegnazione di compiti ripartiti tra il personale di assistenza di ogni turno secondo competenze;
- Assegnazione dei compiti basata sull'efficienza;
- Scarsa necessità di adattamento reciproco;
- Supervisione diretta sulle attività svolte e accentramento delle informazioni.

NURSING FUNZIONALE	
Vantaggi - Richiesta di un numero limitato di risorse di personale e di materiale - Assegnazione di compiti ben definiti: è dunque possibile utilizzare persone con qualifiche inferiori o con poca esperienza per espletare compiti più semplici - Elevato grado di abilità e rapidità nell'eseguire attività ripetitive - Controllo diretto delle attività svolte - Assenza di sovrapposizione delle attività - Attività elevata di coordinamento non necessaria	**Svantaggi** - Perdita della visione globale della persona assistita - Estrema frammentazione delle cure - Approccio meccanicistico e impersonale - Le prestazioni infermieristiche rischiano di essere effettuate a orario fisso - Deresponsabilizzazione del personale, considerato "esecutore" - Comunicazione frammentaria tra infermieri - Impossibilità di applicare appieno il processo di assistenza infermieristica e conseguente insoddisfazione del paziente - Impossibilità di valutare i risultati dell'assistenza infermieristica

3.2.4 CASE MANAGEMENT NURSING

Il Case Management è una metodologia di Managed Care, ma è anche un meccanismo autonomo di miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza sanitaria, basato sulla logica di coordinamento delle risorse da utilizzare per la specifica patologia di un paziente attraverso le diverse strutture e organizzazioni del sistema sanitario. L'approccio di Case Management è quello di considerare il paziente come entità che sta vivendo un'esperienza di malattia, e non un soggetto destinatario di cure erogate in maniera frammentaria ed episodica.

L'approccio di Case Management prevede l'esistenza di tre componenti fondamentali:

- La conoscenza clinica ed economica del percorso di una malattia articolata sulla base di linee guida in grado di rispondere alle modalità di intervento di ogni fase del processo;
- Un sistema sanitario senza le tradizionali separazioni di struttura e specialità;
- Un processo in evoluzione capace di sviluppare le conoscenze cliniche, di ridefinire le linee guida e di modificare il sistema di cure

Questo approccio è particolarmente indicato per le patologie di evidenza scientifica, per cui è più facile elaborare protocolli e valutare risultati (per es., diabete, malattie cardiache, tumori, ictus, malattie mentali, asma, patologie prostatiche). Tra i motivi che orientano la scelta di un programma di Case Management figurano:

- L'alta incidenza della patologia in alcune aree;
- La necessità di integrare interventi sanitari primari e secondari con linee guida;
- La presenza di trattamenti ad alto costo;
- La richiesta di sviluppo di linee guida da parte di istituzioni o professionisti;
- La mancanza di certezza sulla "buona pratica" e la necessità di sviluppo di una metodologia di valutazione dei risultati.

Il Case Management si estende integrando interventi di promozione alla salute, prevenzione della malattia, trattamenti diagnostici e terapeutici e di riabilitazione e assistenza a lungo termine.

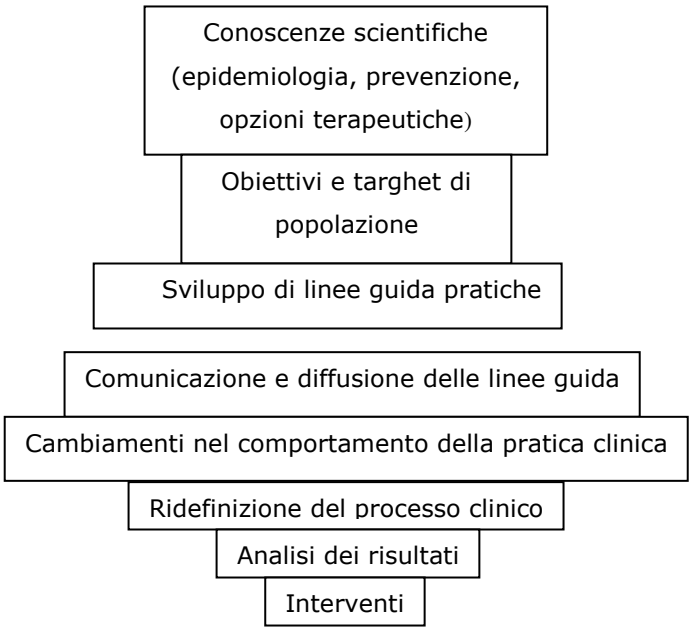
Il successo di questo programma dipende da diversi fattori sovrapponibili a tutti i

processi di cambiamento che si verificano in ambiente complesso come quello sanitario.

Gli elementi che incidono in misura maggiore sono:

- Il committente del programma;
- Un'organizzazione culturalmente e strutturalmente pronta a intraprendere questa strada;
- Un'organizzazione orientata al cambiamento;
- Un contesto in grado di sostenere un approccio strutturale alla fase di analisi;
- Un sistema di gestione della performance ben strutturato;
- Una cultura che vede il paziente al centro del processo.

All'interno di un contesto favorevole è possibile individuare le risorse per attivare un **processo di Case Management**



L'attivazione di programmi di Case Management richiede, inoltre, la presenza all'interno dell'organizzazione di ulteriori elementi di conoscenze e di possibilità di implementazione quali:

- Le conoscenze della patologia in termini epidemiologici, preventivi, clinici e di opzioni al trattamento, con un particolare orientamento verso l'analisi costo-efficacia;
- La possibilità di verificare i risultati in termini di valutazione della qualità del servizio, della soddisfazione e dei costi di ogni possibile opzione di trattamento;
- La possibilità di utilizzare le informazioni e di "disseminarle" per sviluppare

linee guida e protocolli;

- La presenza di sistemi informativi integrati per meglio comprendere gli elementi di correlazione tra le diverse opzioni di trattamento, i costi e i risultati clinici a lungo termine;
- Metodologie in grado di influenzare il comportamento dei clinici;
- Un sistema di Continuous Quality Improvement;
- La possibilità che diversi sistemi di erogazione delle prestazioni collaborino in modo diverso, individuando una modalità di gestione del rischio finanziario condivisa e favorita eventualmente da un sistema di incentivazione.

L'impatto di un progetto di Case Management si declina in:

- Una più efficace comunicazione con i pazienti e le loro famiglie;
- Un'educazione dei pazienti e delle loro famiglie;
- Una pronta identificazione dei bisogni di assistenza dei pazienti;
- Un piano per la riduzione delle barriere reali e potenziali alla dimissione del paziente;
- Un'identificazione dei problemi del paziente in modo preventivo piuttosto che retrospettivo;
- Una riduzione o eliminazione dei duplicati di assistenza, dei trattamenti e dei test per la presenza di una sequenza coordinata di attività;
- Una riduzione o eliminazione degli errori di trattamento;
- Un'assistenza individuale efficace ed efficiente, in quanto adeguata ai bisogni del paziente.

Nella logica assistenziale Italiana è possibile sostenere che i modelli assistenziali infermieristici attualmente applicabili nel contesto sanitario al fine di erogare un assistenza personalizzata, sono due: Il primary nursing a livello residenziale ospedaliero e il case management a livello territoriale.

3.3 Il PROCESSO ASSISTENZIALE INFERMIERISTICO

Il processo assistenziale infermieristico è una procedura metodica e dinamica che permette di studiare una situazione o un problema allo scopo di trovare una soluzione alla persona assistita.
Le fasi del processo assistenziale sono le seguenti:

- Accertamento;
- Identificazione dei problemi di salute della persona;
- Pianificazione degli obiettivi (risultati);
- Pianificazione degli interventi;
- Gestione degli interventi
- Valutazione degli interventi.

L' accertamento

L'accertamento è la fase in cui vengono raccolti i dati anagrafici del paziente e tutte le informazioni necessarie per individuare i bisogni assistenziali al momento dell'accettazione. Le informazioni sono raccolte attraverso il colloquio, l'osservazione e la consultazione della documentazione del paziente. I dati vengono registrati sia nella scheda anagrafica che in quella di accertamento dove sono elencati i bisogni del modello teorico di riferimento.

L' identificazione dei problemi di salute della persona

In questa fase l'Infermiere seleziona, raggruppa e analizza i dati per identificare lo stato attuale di salute della persona assistita rispetto ai problemi di salute reali o potenziali. Inoltre redige una relazione sullo stato di salute attuale della persona, i fattori che contribuiscono a determinarlo e stabilisce le attinenti diagnosi infermieristiche in ordine di priorità. Successivamente definisce i problemi collaborativi, cioè quelli risolvibili in collaborazione con altri professionisti, ad esempio gli interventi da effettuare su prescrizione medica come la somministrazione della terapia.

La pianificazione degli obiettivi

In questa fase l'Infermiere dialogando con la persona, insieme stabiliscono gli obiettivi che desidera raggiungere e che siano realmente raggiungibili. Quindi decidono:

- Come raggiungere gli obiettivi e con quali risorse;

- Dove raggiungerli: se nella struttura residenziale, ospedaliera o a domicilio;
- Quando raggiungerli: si definisce il momento ideale;
- In quanto tempo raggiungerli: obiettivi a breve, medio e lungo termine.

L'obiettivo deve essere specifico, misurabile e raggiungibile.
Lo stato di salute della persona assistita potrà e dovrà modificarsi, riportando nel piano di assistenza infermieristica gli obiettivi e gli indicatori necessari per la valutazione.

La pianificazione degli interventi

In questa fase l'Infermiere stabilisce una strategia di assistenza infermieristica mediante trattamenti idonei a promuovere il benessere, prevenire i disagi, ridurre o eliminare i problemi di salute della persona sulla base delle diagnosi infermieristiche e degli obiettivi formulati nelle fasi precedenti. La pianificazione è il processo con cui il professionista e l'utente stabiliscono cosa è meglio fare. Il prodotto finale è la formulazione di un piano assistenziale scritto. Quest'ultimo assicura una comunicazione costante tra i professionisti e garantisce la continuità assistenziale. Il piano di assistenza viene redatto all'ammissione del paziente e deve essere aggiornato se si vogliono raggiungere gli obiettivi per il quale è stato redatto. Esso è la sintesi del processo. Possiamo trovarci talvolta nella condizione di agire senza un piano assistenziale scritto, ma non si agirà mai senza un piano.

La gestione degli interventi

Il primo step di questa fase è la comunicazione del piano assistenziale da parte dell'Infermiere (Primary nurse o Case manager) agli altri Infermieri (associated Nurse) ed eventualmente agli operatori di supporto e ad altre persone che partecipano al processo di salute della persona assistita (Care Giver).
Il secondo Step consiste nell'attuazione delle azioni infermieristiche pianificate che possono essere:

- Erogate direttamente dall'Infermiere primario
- Delegate ad altri infermieri: infermieri associati
- Affidate ad altri professionisti sanitari: ota, oss.

In ogni modo una volta erogate, le prestazioni infermieristiche e i relativi interventi devono essere registrati nelle schede sanitarie, documentando il risultato che hanno prodotto.

La valutazione degli interventi

In questa fase, il Primary nurse procede a verificare con la persona assistita e con gli altri professionisti sanitari e tecnici, quali prestazioni assistenziali erogate sono state efficaci o meno per il raggiungimento degli obiettivi attraverso una serie di indicatori preposti. L'Infermiere valuta lo stato di salute della persona, effettuando un confronto rispetto ai risultati prefissati. Se il risultato non soddisfa gli obiettivi preposti o se è necessario si modifica il piano assistenziale.

Il processo di assistenza infermieristica è ciclico: si continuerà la verifica di tutte le fasi per definire ciò che è efficace e cosa invece deve essere modificato.

3.4 PROGETTO DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA IN CHIRURGIA GENERALE

La cartella Infermieristica che ho deciso di proporre, utilizzerà il modello teorico di riferimento delle prestazione infermieristiche di Marisa Cantarelli coniugato alle diagnosi Infermieristiche Nanda. Tale modello concettuale, sperimentato presso la Casa di Cura Villa Silvia, permette all'Infermiere di diagnosticare i problemi di assistenza infermieristica attraverso uno schema semplice ma completo, adeguato alla realtà assistenziale Italiana. Per iniziare, ho utilizzato sei diagnosi infermieristiche, in modo da far approcciare gradualmente un gruppo professionale ad una assistenza pianificata personalizzata con la quale non si era mai confrontato prima.

Le sei diagnosi Nanda utilizzate corrispondono ai bisogni principali dell'assistenza Infermieristica. L'importanza di erogare un'assistenza personalizzata di tipo olistico, mi ha portato a preferire come modello organizzativo il Primary Nursing, come già sperimentato.

Ricovero infermieristico e assegnazione del Primary Nursing

Al momento del ricovero viene assegnato il PN di comune accordo con il Coordinatore Infermieristico. Il PN si occuperà dell'anamnesi Infermieristica e della compilazione della relativa cartella. Durante la compilazione della cartella infermieristica vengono esposte al paziente le modalità del processo assistenziale e le funzioni del Primary Nursing. Deve essere chiaro al paziente che il PN è il suo

punto di riferimento per quanto riguarda il processo assistenziale. Se il paziente ha dei problemi cognitivi, vengono istruite le persone di riferimento.

Valutazione infermieristica al ricovero

Dopo l'anamnesi, il PN compila la scheda di valutazione infermieristica, la quale verrà redatta anche alla dimissione, al fine di stimare gli esiti del processo assistenziale e di confrontarli con gli obiettivi. Essa viene stilata in base alle scale di valutazione prese in riferimento. Ogni punto deve essere valutato clinicamente sulla base di quanto è stato riscontrato osservando e parlando con il paziente. E' fondamentale consultarsi e confrontarsi con il medico che redige la parte medica del ricovero.

Le scale di valutazione da me utilizzate sono le seguenti:

- La scala NRS del dolore

Essa si basa sull'utilizzo di una scala costituita da 11 gradi da 0 a 10, dove 0 corrisponde alla totale assenza di dolore e 10 rappresenta il peggior dolore immaginabile dal paziente. La valutazione del dolore viene effettuata chiedendo al paziente di assegnare un punteggio corrispondente al dolore provato.

- La scala di Conley

È composta da 6 fattori che classificano il rischio di caduta ed individuano un valore soglia di 2 punti su 10 per indicare la presenza di rischio.

Le prime tre domande sono rivolte direttamente al paziente, in caso di deficit cognitivo, a un familiare o all'infermiere, mentre le rimanenti tre sono rilevate mediante osservazione.

Zero se negativa o variabile, tra 1 e 3 se positiva. Per individuare il risultato occorre sommare i punteggi positivi. Il paziente è considerato a rischio se totalizza un punteggio uguale o superiore a 2.

- La scala di Norton

È stata la prima scala di valutazione del rischio di insorgenza di lesioni da pressione ed è stata creata nel 1962, partendo dall'osservazione di 600 pazienti. È lo score più usato in Inghilterra ed uno dei più diffusi nel mondo.

L'indice di Norton è un sistema sensibile e facile da applicare, il quale prende in considerazione nel paziente cinque fattori: le condizioni generali, lo stato mentale, la deambulazione, la mobilità e l'incontinenza urinaria e fecale. A

ciascuno di questi fattori si deve attribuire un punteggio in base alla situazione o condizione del paziente. Il punteggio varia da 1 (situazione peggiore) a 4 (situazione ottimale, non a rischio).
Il rischio di sviluppare lesioni da decubito è lieve con un punteggio da 14 a 12. E' elevato se è inferiore od uguale a 12. Il rischio diminuisce quasi linearmente con l'aumentare del punteggio.

Valutazione del rischio secondo la scala di Norton:

CONDIZIONI FISICHE

Valutare i livelli di assistenza richiesti per attività di vita quotidiana (ADL), relativi a igiene, nutrizione e movimenti.

1. Pessime (totalmente dipendente nelle ADL)
2. Scadenti (è richiesta assistenza per molte ADL)
3. Discrete (richiede assistenza in qualche ADL)
4. Buone (abile nelle ADL)

STATO MENTALE

Valutare la capacità di rispondere alle domande relative al tempo, spazio e persone

1. Comatoso (risposta lenta o assente)
2. Confuso (Poco orientato nel tempo e nello spazio, risposta non precisa)
3. Apatico (necessita la ripetizione delle domande)
4. Lucido e orientato (orientato nel tempo e nello spazio, risposta rapida)

ATTIVITÀ E DEAMBULAZIONE

Valutare la capacità di camminare

1. Costretto a letto
2. Costretto su sedia (si muove e si sposta solo su sedia)
3. Cammina con aiuto (necessita l'aiuto di persone)
4. Autonomo (eventuale uso di presidi)

MOBILITÀ

Valutare la capacità di controllare ed effettuare il movimento del corpo o parte di esso

1. Immobile (richiede totale assistenza nei movimenti delle estremità)

2. Molto limitata (richiede assistenza nei movimenti degli arti)
3. Poco limitata (usa e controlla gli arti con minima assistenza)
4. Completa (muove e controlla gli arti)

INCONTINENZA

Valutare la capacità di controllare l'eliminazione urinaria.

1. Doppia (totale incontinenza urinaria e fecale)
2. Abituale (incontinenza urinaria)
3. Occasionale (incontinenza occasionale, minore di 2 volte/die)
4. Assente (non incontinente di urine e/o feci. Può avere un catetere)

Ogni item è valutato da 1 a 4 secondo un livello di dipendenza decrescente Il punteggio di massima indipendenza è uguale a 20. Il punteggio di massima dipendenza è uguale a 5 Il rischio è considerato presente a partire da un punteggio di 14; elevato a partire da 12; molto elevato a partire da 10.

Valutazione della pianificazione assistenziale

Lo scopo della fase è quello di verificare se il processo intrapreso ha aumentato o meno l'indipendenza dell'individuo e di constatare l'efficacia. E' necessario dunque porsi le seguenti domande:

- L'obiettivo è stato raggiunto?
- L'individuo manifesta il comportamento atteso?

Se la risposta è positiva, si aiuterà l'individuo a mantenere o aumentare l'indipendenza. Se la risposta è negativa, bisogna cercare la causa dell'insuccesso riesaminando il processo nel suo insieme.

La valutazione viene fatta compilando l'apposita scheda durante il processo di pianificazione assistenziale. Vengono riportati gli esiti delle azioni infermieristiche indicando il livello dell'obiettivo: raggiunto, parzialmente raggiunto, non raggiunto o da rivalutare . Generalmente la valutazione deve essere fatta dal PN almeno ogni 2 giorni in quanto permette di valutare la validità del piano assistenziale, se continuare o se apportare delle modifiche.

Valutazione finale e compilazione della scheda di dimissione infermieristica

Dopo aver fatto una scrupolosa valutazione del processo assistenziale con gli altri professionisti sanitari, al fine di verificare il raggiungimento degli obiettivi prefissati, si passa alla compilazione della lettera di dimissione infermieristica.

Questa è costituita da uno schema predefinito, semplice, dove vengono riportati i principali problemi assistenziali ed il relativo livello di recupero. Il livello di recupero lo si evince dal confronto del punteggio conseguito alla dimissione con il punteggio della scheda di valutazione infermieristica all'ingresso. Inoltre è possibile aggiungere una breve nota personalizzata nel caso ci fosse qualcosa di importante da segnalare per assicurare una corretta continuità assistenziale. La scheda di dimissione infermieristica è compilata dall'infermiere PN o dal sostituto in caso di sua assenza.

Lo scopo della sopraindicata scheda è:

1. Per l'utenza: assicurare continuità dell'assistenza infermieristica post-dimissione.
2. Per gli operatori: in caso di trasferimento facilitare la presa in carico dell'utente da parte delle strutture che lo accolgono.
3. Per l'organizzazione: ottimizzare i percorsi assistenziali e garantire affidabilità dei trattamenti.

CONCLUSIONI

La cartella Infermieristica così concepita ha ottenuto un notevole successo presso l'unità operativa di Chirurgia dove ho portato avanti tale progetto.
In modo particolare hanno suscitato molto interesse la fase di pianificazione e le diagnosi infermieristiche.
I colleghi hanno iniziato a capire l'importanza di realizzare un progetto terapeutico di tipo assistenziale, di competenza infermieristica rivolto alla persona bisognosa di cure.
Con questo sistema oltre che accrescere la gratificazione professionale, anche l'utenza inizia a capire l'importanza della professione infermieristica nella società, in quanto l'Infermiere compila una documentazione dedicata alla persona, attestando le diagnosi infermieristiche con i relativi interventi. Alla dimissione verrà consegnato al paziente oltre al cartellino compilato dal medico anche un documento infermieristico.
Nel progetto sono state individuate sei Diagnosi Infermieristiche riguardanti i bisogni principali, per avviare un cambiamento di mentalità lavorativa all'interno di un gruppo professionale che in quell'ambito non aveva mai utilizzato le diagnosi infermieristiche.
Tutto ciò ha creato grande entusiasmo tra il gruppo professionale, motivandomi a progredire nel lavoro.
Visto il successo, dopo il periodo di sperimentazione, si incrementerà il numero di diagnosi da prendere in considerazione in relazione ai bisogni dominanti in quella unità operativa. Sono sempre più convinto che il futuro della professione infermieristica sia legato all'attuazione di interventi di qualità diretti alla persona e minuziosamente documentati, necessari non solo per redigere un piano personalizzato che abbracci in modo olistico la persona, ma anche per comprovare quanto è stato fatto da un punto di vista medico/legale.
La cartella infermieristica, indipendentemente dall'ambito di applicazione, deve consentire la sicurezza del paziente, garantendo un'assistenza infermieristica visibile in termini di valutazione iniziale, di pianificazione e di valutazione dei risultati raggiunti. In un sistema Sanitario, guidato sempre più dalla tecnologia, le persone sentiranno sempre il bisogno di essere confortate, ascoltate e trattate con dignità e rispetto. Per questo il pensiero di Virginia Henderson "*il più bello del nursing è la combinazione di cuore, testa e mani*" è sempre di grande attualità.

ALLEGATI

CARTELLA INFERMIERISTICA

UNITÀ OPERATIVA ACCETTANTE_____

ANNO	MESE	LETTO	SDO

COGNOME _____

NOME_____ ❑M ❑F

NATO IL_____ A _____PROV_____

RESIDENZA

Città_____Prov____ via _____N.___

Tel._____ Stato civile_____

Titolo di studio_____Professione_____

Modalità di vita: ❑In famiglia ❑Da solo ❑Casa protetta ❑Altro

Persone di riferimento/grado di parentela/ tel_____

DIAGNOSI CLINICA ALL'INGRESSO

_____

_____

TIPO DI RICOVERO ❑Urgente ❑Ordinario ❑Programmato con pre-ospedalizzazione

Data di ricovero _____ora_____

Data di dimissione _____ora_____

Trasferito/a al reparto di_____in data _____ora_____

Proveniente dal reparto di_____in data _____ora_____

Trasferimento ad altro istituto_____ in data _____ora_____

❑Dimesso contro il parere dei sanitari ❑Deceduto/a in data_____ora_____

Firma presa in carico Infermiere_____

Firma Coordinatore Infermieristico_____

VALUTAZIONE ALL'INGRESSO

Parametri vitali P.A. _____ FC_____ SpO2_____ TC_____

Peso _____ **Altezza** _____

Respirazione	❑Normale	❑Da Controllare		
	❑Tachipnea	❑Bradipnea		
Alimentazione	❑Normale	❑Da Controllare	❑Nausea	❑Vomito
	❑Non si alimenta	❑Solo con assistenza	❑Disfagia	❑Dieta
Eliminazione urinaria	❑Normale	❑Da Controllare	❑Ritenzione	
	❑Incontinenza	❑C.V. posizionato il_____		
Eliminazione intestinale	❑Normale	❑Da Controllare	❑Stipsi	
	❑Diarrea	❑Incontinenza		
	❑ Stomia _____ Aiuto nella gestione ❑ Si ❑ No			
Mobilizzazione e Igiene	❑Normale	❑Da controllare		
	❑Si alza con aiuto	❑In bagno accompagnato		
	❑Allettato collaborante	❑Allettato non collaborante		
	❑Necessità di ausili	❑Altro_____		
Riposo e sonno	❑Regolare	❑Disturbato		
Interazione nella comunicazione	❑Normale	❑Problemi di comprensione		
	❑Difficoltà di espressione	❑Afasia	❑Disfasia	
Cute - Mucose	❑Normale	❑Da Controllare		
	❑Lesioni da decubito	❑Sacro		
	❑Trocantere ❑Dx ❑Sx	Tallone ❑Dx ❑Sx		

Grado (G) 1° 2° 3° 4°				

Legenda= I° grado- Eritema senza lesione; II° grado - lesione superficiale che coinvolge epidermide e derma (abrasione e vescicole); III° grado - Ulcera che coinvolge il tessuto sottocutaneo con necrosi; IV° grado - ulcera profonda con interessamento delle strutture muscolari ed ossee.

ALLERGIE	❑Non riferite	❑Riferite_____			
DIABETE	❑Non riferito	❑Riferito (tipo) _____			
IPERTENSIONE	❑Non riferita	❑In trattamento			
CARDIOPATIA	❑Non riferita	❑Riferita _____	❑Pace maker		
PROTESI E DISPOSITIVI	❑NO	❑ SI_____			
POSITIVITÀ SIEROLOGICA		❑Non riferita	❑HBV	❑HCV	❑HIV

Firma dell'infermiere _____

SCALA NRS* DEL DOLORE

Data:	Ora di rilevazione:									
Mi indichi, per favore, con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al peggiore dolore possibile".										
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Assente										**Il peggiore possibile**

Data:	Ora di rilevazione:									
Mi indichi, per favore, con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al peggiore dolore possibile".										
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Assente										**Il peggiore possibile**

Data:	Ora di rilevazione:									
Mi indichi, per favore, con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al peggiore dolore possibile".										
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Assente										**Il peggiore possibile**

Data:	Ora di rilevazione:									
Mi indichi, per favore, con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al peggiore dolore possibile".										
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Assente										**Il peggiore possibile**

Data:	Ora di rilevazione:									
Mi indichi, per favore, con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al peggiore dolore possibile".										
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Assente										**Il peggiore possibile**

Data:	Ora di rilevazione:									
Mi indichi, per favore, con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al peggiore dolore possibile".										
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Assente										**Il peggiore possibile**

Data:	Ora di rilevazione:									
Mi indichi, per favore, con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al peggiore dolore possibile".										
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Assente										**Il peggiore possibile**

Data:	Ora di rilevazione:									
Mi indichi, per favore, con un numero da 0 a 10 quanto dolore avverte in questo momento, sapendo che 0 corrisponde a dolore assente e 10 corrisponde al peggiore dolore possibile".										
0	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
Assente										**Il peggiore possibile**

***Numerical Rating Scale** - *Rilevare l'intensità del dolore ogni 3-6 ore nel periodo postoperatorio, post traumatico e ogni volta che il paziente lamenta dolore. Possono essere escluse le ore notturne in cui il paziente dorme o quando riposa.*

SCALA CONLEY di valutazione del rischio di caduta del paziente

Istruzioni: le prime tre domande devono essere rivolte solo al paziente: possono essere rivolte ad un familiare od al caregiver o all'infermiere, solo se il paziente ha severi deficit cognitivi o fisici che gli impediscono di rispondere. *Barrare il valore corrispondente alla risposta fornita. Sommare i valori positivi. La risposta "Non so" è da considerare come risposta negativa.*

	SI'	NO
Precedenti cadute (*domande al paziente/caregiver/infermiere*)		
C1 - E' caduto nel corso degli ultimi tre mesi?	2	0
C2 - Ha mai avuto vertigini o capogiri? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
C3 - Le è mai capitato di perdere urine o feci mentre si recava in bagno? (negli ultimi 3 mesi)	1	0
Deterioramento cognitivo (osservazione infermieristica)		
C4 - Compromissione della marcia, passo strisciante, ampia base d'appoggio, marcia instabile.	1	0
C5 - Agitato (Definizione: eccessiva attività motoria, solitamente non finalizzata ed associato ad agitazione interiore. Es: incapacità a stare seduto fermo, si muove con irrequietezza, si tira i vestiti, ecc.).	2	0
C6 - Deterioramento della capacità di giudizio / mancanza del senso del pericolo.	3	0
TOTALE	_____	

SCHEDA PER IL WOUND CARE TREATMENT AND MANAGEMENT

LOCALIZZAZIONE DELLA LESIONE
(Segnalare la/le zone con una X)

Stadiazione della lesione da decubito

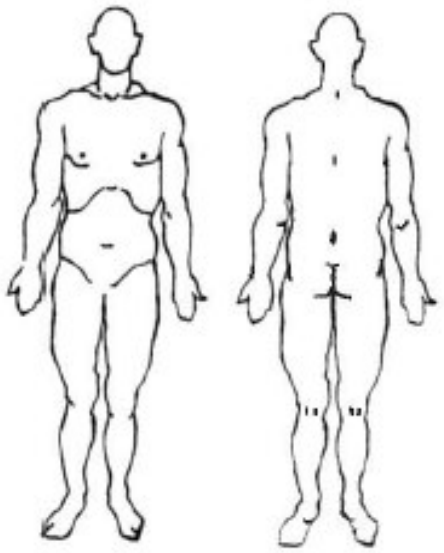
Stadio I: Eritema fisso della cute integra; segno anticipato della insorgenza della lesione da decubito.

Stadio II: Ferita a spessore parziale che coinvolge l'epidermide e/o il derma. La lesione è superficiale e clinicamente si presenta come un'abrasione, una vescicola o un cratere / cavità poco profonda.

Stadio III: Ferita a tutto spessore che implica danno o necrosi del tessuto sottocutaneo che si può estendere fino alla sottostante fascia muscolare senza però attraversarla.

Stadio IV: Ferita a tutto spessore con estesa distruzione dei tessuti, necrosi e danno ai muscoli, ossa e strutture di supporto (tendini, capsule articolari).

Stadio V: Lesioni multiple.



SCALA DI NORTON PER LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO DA LESIONE DA DECUBITO (LdP)

Indicatori	Variabili				Data	Data	Data	Data	Data
	4	3	2	1					
Condizioni Generali	Buone	Discrete	Scadenti	Pessime					
Stato Mentale	Lucido	Apatico	Confuso	Stuporoso					
Deambulazione	Normale	Cammina	Costretto su sedia	Costretto a letto					
Mobilità	Piena	Modestam. limitata	Molto limitata	Immobile					
Incontinenza	Assente	Occasionale	Abituale (urine)	Doppia					
				Totale					
N.B. Il rischio di contrarre LdP è LIEVE con punteggio da 14 a 12.				Firma					

Impiego ausili

☐ Materasso Antidecubito Data _____ ☐ Archetto Data _____

☐ Gomitiere Data _____ ☐ Talloniere Data _____

☐ _____ Data _____

Data	Sede e grado di lesione		Trattamento e valutazione	Firma

PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

1. DIAGNOSI INFERMIERISTICHE	OBIETTIVI	INTERVENTI
Alterazione della funzione respiratoria dovuta a: a) Patologie biologiche. b) Sedazione farmacologica. c) Complicanza dell'intervento.	a) Garantire la pervietà delle vie aeree. b) Ostacolare le complicanze. c) Che il paziente collabori ai trattamenti. d) Che il paziente presenti e riferisca una diminuzione dell'affaticamento respiratorio. e) Che il paziente acquisti fiducia e calma per favorire un respiro eupnoico.	a) Controllare il microclima. b) Mantenere la postura semiseduta. c) Broncoaspirazione. d) Instaurare una relazione di sostegno. e) Insegnare come muoversi risparmiando affaticamento. f) Monitorare segni e sintomi specifici.
2. DIAGNOSI INFERMIERISTICHE	**OBIETTIVI**	**INTERVENTI**
Alterazione dell'alimentazione e idratazione dovuta a: a) Limitazione: fisica…… psichica…… intervento …… b) Trattamento terapeutico inappetenza	a) Che il paziente rispetti la dieta prescritta. b) Che il paziente provveda alla propria alimentazione e idratazione. c) Che il paziente riceva un adeguato apporto nutritivo e idrico. d) Che il paziente riceva un adeguato supporto psicologico.	a) Predisporre il paziente e l'ambiente per l'assunzione del pasto. b) Aiutare il paziente nell'alimentazione. c) Fornire cibi graditi. d) Verificare gli alimenti assunti. e) Assicurare un adeguato supporto psicologico. f) Coinvolgere i familiari.
3. DIAGNOSI INFERMIERISTICHE	**OBIETTIVI**	**INTERVENTI**
Alterazione dell'eliminazione urinaria dovuta a: a) Incontinenza. b) Trattamento farmacologico. **Alterazione dell'eliminazione intestinale dovuta a:** a) Incontinenza. b) Diarrea. c) Stipsi.	a) Che il paziente abbia la pelle asciutta e pulita. b) Che il paziente raggiunga una normale equilibrio intestinale. c) Che il paziente non presenti complicanze. d) Che il paziente impari a gestirsi la terapia diuretica e lassativa.	a) Uso di presidi. b) Cure igieniche al bisogno. c) Valutare quantità e aspetto delle urine e feci. d) Somministrazione terapia. e) Verifica dell'esito. f) Educazione sanitaria.

4. DIAGNOSI INFERMIERISTICHE	OBIETTIVI	INTERVENTI
Incapacità/difficoltà a eseguire l'igiene personale dovuta a: a) Intervento chirurgico.	a) Che il paziente riesca a svolgere con l'aiuto di un operatore l'igiene personale, fino ad essere completamente autonomo.	a) Garantire l'igiene personale al bisogno. b) Incoraggiare il paziente a svolgere in modo graduale le attività normali attività giornaliere.
5. DIAGNOSI INFERMIERISTICHE	**OBIETTIVI**	**INTERVENTI**
Alterazione della comunicazione dovuta a: a) Ansia prima dell'intervento. b) Anestesia generale.	a) Che il paziente riesca ad affrontare l'intervento nel modo più sereno possibile. b) Che il paziente riceva stimoli per affrontare questa esperienza.	a) Tranquillizzare il paziente. b) Monitorare : - stato di coscienza - stato emotivo. c) Stimolare il paziente ad esprimersi.
6. DIAGNOSI INFERMIERISTICHE	**OBIETTIVI**	**INTERVENTI**
Alterazione della qualità e quantità del sonno dovuta a: a) Disagio fisico (febbre, dolore, dispnea ecc.) b) Farmaci - Fattori ambientali (ambiente rumoroso temperatura, umidità ecc.) c) Paura dell'intervento, stress**.**	a) Che il paziente riesca a riposare almeno 6 ore. b) Creare un ambiente favorevole al sonno. c) Individuare i fattori che favoriscono il riposo.	a) Spiegare alla persona i fattori che influenzano l'alterazione del riposo e sonno (caffè- fumo ecc.) b) Istruire la persona sulle modalità per mantenere il riposo e il sonno regolare (andare a letto sempre alla stessa ora, rilassarsi, illuminazione spenta o soffusa ecc.)

VALUTAZIONE INFERMIERISTICA

DATA RILEV.	DIAGNOSI	OBIETTIVI PREPOSTI	VALUTAZIONE	FIRMA RILEVATORE
	6/c	Obiettivo/i : (a) Da raggiungere entro il……..	❏ Obiettivo raggiunto ❏ Obiettivo parzialmente raggiunto ❏ Obiettivo non raggiunto ❏Obiettivo da rivalutare Altro:…… …… …. …… …… …… ……	
	2/a	Obiettivo/i : (a) (b) (c) Da raggiungere entro il: - (a) …….. - (b)…… - (c)……	❏ Obiettivo raggiunto ❏ Obiettivo parzialmente raggiunto ❏ Obiettivo non raggiunto ❏Obiettivo da rivalutare Altro:…… …… …. …… …… …… ……	

GESTIONE CVP - CVC

Data	Inserito	Medicato	Sostituito	Firma

GESTIONE CATETERE VESCICALE

Data	Inserito	Sostituito	Firma

GESTIONE DEGLI ESAMI EMATOCHIMICI

Data richiesta	Esami richiesti	Data esecuzione	Firma

GESTIONE DEGLI ESAMI STRUMENTALI

Data richiesta	Esami richiesti	Data esecuzione	Firma

CONSULENZE

Data richiesta	Consulenza richiesta	Data esecuzione	Firma

GRAFICA	Data																
	Ora	6	12	18	24	6	12	18	24	6	12	18	24	6	12	18	24
	41°																
	40°																
	39°																
	38°																
	37°																
	36°																
Intervento																	
F.C. [bpm]																	
P.A. [mmHg]	MAX	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
	MIN																
Saturazione O^2																	
Diuresi																	
Medicazione																	
Drenaggio	DX																
	SX																
	SUP.																
	INF.																
GLICEMIA	8																
	12																
	17																
	23																
STOMIA																	
DIETA																	
ALVO																	

BAR CODE	Camera	Cognome e Nome	Data di nascita	Allergie documentate	LATO B
	Letto	Luogo di nascita		Allergie segnalate / Note	Foglio n.

FOGLIO UNICO DI TERAPIA FARMACOLOGICA

ver. 1.3

Tipo	n.	Data inizio	Farmaco, dosaggio	Posologia: Quantità	Posologia: Ore	Firma per terapia prescritta	Firma per terapia sospesa	Data / / — FIRMA DEL MEDICO	Data / / — FIRMA DEL MEDICO	Data / / — FIRMA DEL MEDICO	Data / / — FIRMA DEL MEDICO	Data / / — FIRMA DEL MEDICO
ENDOVENOSA	1				6 12 16 18 20 24			1	1	1	1	1
	2				6 12 16 18 20 24			2	2	2	2	2
	3				6 12 16 18 20 24			3	3	3	3	3
	4				6 12 16 18 20 24			4	4	4	4	4
	5				6 12 16 18 20 24			5	5	5	5	5
	6				6 12 16 18 20 24			6	6	6	6	6
	7				6 12 16 18 20 24			7	7	7	7	7
	8				6 12 16 18 20 24			8	8	8	8	8
	9				6 12 16 18 20 24			9	9	9	9	9
						SIGLA INFERMIERE						
SOTTOCUTE	1				8 12 16 18 20 24			1	1	1	1	1
	2				8 12 16 18 20 24			2	2	2	2	2
	3				8 12 16 18 20 24			3	3	3	3	3
						SIGLA INFERMIERE						

Data inizio	Tipo di Insulina	Firma per terapia prescritta	Firma per terapia sospesa	Orari	8.00 UI	8.00 X	12.00 UI	12.00 X	18.00 UI	18.00 X	21.00 UI	21.00 X
				DOSE PROGRAMMATA								
				DOSE VARIATA								
				IL MEDICO PER MODIFICA								
				SIGLA INFERMIERE								
				GLICEMIA PRE PRANDIALE	08.00		12.00		18.00		21.00	
				GLICEMIA POST PRANDIALE	10.30		14.30		20.30		23.30	
				DOSE PROGRAMMATA								
				DOSE VARIATA								
				IL MEDICO PER MODIFICA								
				SIGLA INFERMIERE								
				GLICEMIA PRE PRANDIALE	08.00		12.00		18.00		21.00	
				GLICEMIA POST PRANDIALE	10.30		14.30		20.30		23.30	
				DOSE PROGRAMMATA								
				DOSE VARIATA								
				IL MEDICO PER MODIFICA								
				SIGLA INFERMIERE								
				GLICEMIA PRE PRANDIALE	08.00		12.00		18.00		21.00	
				GLICEMIA POST PRANDIALE	10.30		14.30		20.30		23.30	

NOTE	Data / /	Data / /	Data / /	Data / /	Data / /

LEGENDA: //—— = Sospensione /—/ = Infusione continua / Terapia transdermica / O_2 **A** = Auto somministrazione **X** = Somministrazione **Ø** = Non somministrato per: **1** = Rifiuto paziente **2** = Digiuno **3** = Assenza paziente **4** = Vomito **5** = Modifica terapia **6** = Altro (vedi nelle note).

DIARIO INFERMIERISTICO

Data	Ora	Problematiche assistenziali ed interventi	Firma

SCHEDA DI DIMISSIONE/TRASFERIMENTO

COGNOME_____ NOME_____

❑TRASFERITO c/o_____❑DIMESSO

Alimentazione	❑Dieta libera ❑SNG ❑Alimentazione artificiale (❑PEG ❑NPT) ❑Restrizioni_____ ❑Fornito schema alimentare
Eliminazione urinaria	❑Normale ❑ Incontinenza ❑Uso di presidi_____ ❑Catetere vescicale (tipo_____) data posizionamento(___/___/____)
Eliminazione intestinale	❑Normale ❑Altro_____ ❑ Stomia _____ Aiuto nella gestione ❑ Si ❑ No
Scala NRS del dolore	Indice all'ingresso: _____ Indice alla dimissione: _____
Scala Conley	Indice all'ingresso: _____ Indice alla dimissione: _____
Indice di Norton	Indice all'ingresso: _____ Indice alla dimissione: _____
Cute - Mucose	❑Integre ed idratate ❑ Lesioni da decubito ❑Sacro ❑Trocantere: ❑Dx ❑Sx Tallone: ❑Dx ❑Sx Data ultima medicazione: _____/_____/_____ ❑Necessita di misure di prevenione: ❑ Mobilizzazione ❑ Archetto alza coperte ❑ Materasso antidecubito
Interazione nella comunicazione	❑Buona ❑ Discreta ❑ Scadente
Gestione della terapia prescritta	❑Paziente ❑ Familiare

<u>Esito processo assistenziale:</u> ❑obiettivi raggiunti ❑obiettivi parzialmente raggiunti
❑obiettivi non raggiunti

Altre comunicazioni_____

_____

Data_____ Firma dell'infermiere _____

BIBLIOGRAFIA

- Bruno Primicerio, "Il Sistema Sanitario: Aspetti Istituzionali e Normativi".
- Patrizia di Giacomo, Cleopatra Ferri, Ada Franzini, "Autonomia – Competenza – Responsabilità Infermieristica". Collegio IPASVI – Bologna, 2011, pp. 10 – 12.
- Monica Casati, " La Documentazione Infermieristica", McGraw-Hill Libri srl- 1^ edizione ottobre Milano 1999, pp. 4-5-6.
- Nicole Bizier, "Dal pensiero al Gesto", Sorbona- Milano 2^ edizione.
- Edoardo Manzoni, "Storia e filosofia dell'assistenza infermieristica", Elsevier Masson – Milano 2008, 1° edizione ristampa. Cap. 3.
- Marisa Cantarelli, "Il modello delle prestazioni infermieristiche", Masson – Milano 1997, Cap. 4 e Cap. 5.
- Marjory Gordon," Diagnosi Infermieristiche – Processo e applicazione", Casa Editrice Ambrosiana - Milano 2009. Cap. 4, Cap. 5 e Cap. 10.
- Paolo Chiari, Antonella Santullo, "L'Infermiere Case Manager", McGraw-Hill Libri srl - Milano 1° edizione ottobre 2001. Cap 1 e Cap. 2.
- Mirella Campagnolo, Gabriele Pelissero, Monica Zavatta, Principi amministrativi e gestionali per la professione infermieristica, Ambrosiana, 1992.
- Ipasvi Ancona, "Confronto Professionale" n.3/2013.