



# LA GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA IN RSA

Zani Michele  
Gruppo di Ricerca Geriatrica, Brescia  
Fond. Le Rondini Città di Lumezzane ONLUS, Lumezzane (BS)

# COSA VUOL DIRE ESSERE COERENTE?

## Coerente:

Unito tenacemente con altre cose e con altre parti simili.  
Colui che no disdice o contraddice, ne coi fatti ne con parole, a ciò che prima ha affermato o pensato.

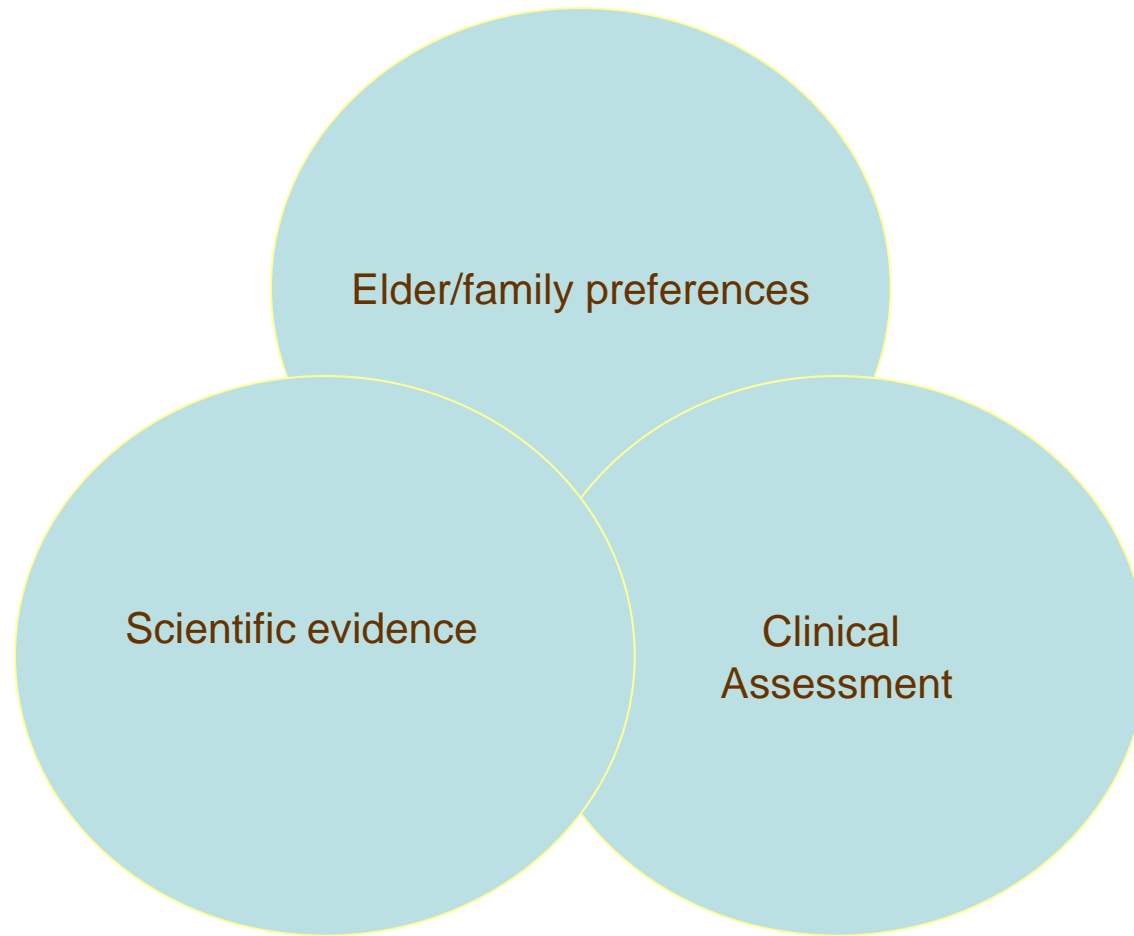
## Coerenza:

Connessione fra le parti di un sistema, di un ragionamento, tra l'operare e il pensare

# COSA VUOL DIRE ESSERE COERENTI CON I NOSTRI OSPITI

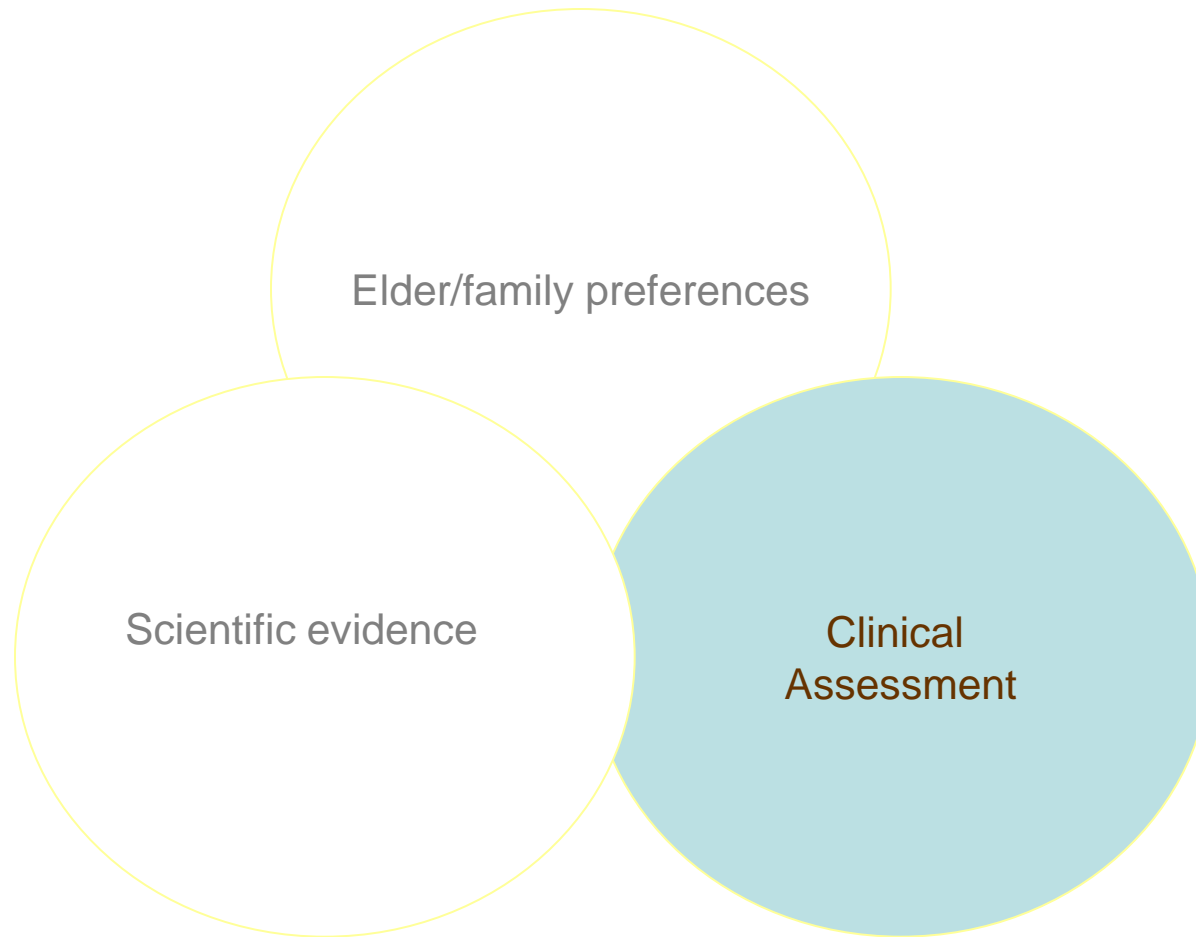
Essere coerente nel lavoro quotidiano con i nostri ospiti vuol dire creare unione tra le parti del sistema (equipe) al fine di affrontare un ragionamento (valutazione e pianificazione) che porti all'agire-operare (attuazione) in modo equo (cioè "giusto secondo natura") al fine di soddisfare i loro bisogni

# LAVORARE CON COERENZA



Vicki S.Conn et al Evidence – Based Practice for gerontological Nursing Journal of Gerontological Nursing, 2002, 28(2), 45-52.

# LAVORARE CON COERENZA



Vicki S.Conn et al Evidence – Based Practice for gerontological Nursing Journal of Gerontological Nursing, 2002, 28(2), 45-52.

# LAVORARE CON COERENZA: LA VALUTAZIONE

“... la valutazione assume un ruolo centrale nel processo di cura; è la rilevazione della realtà nella sua dinamiche più diverse, organizza secondo una logica temporale che deve essere rispettata scrupolosamente ...”



Attenzione analitica

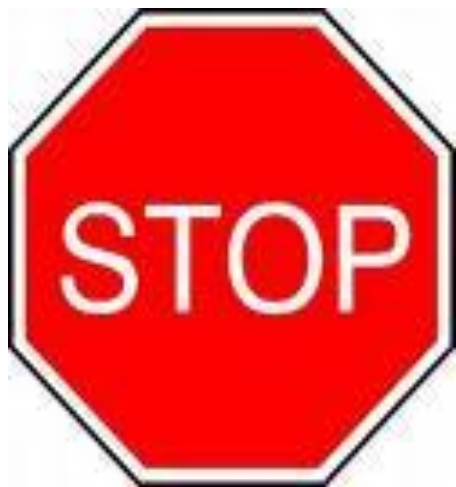
Senso del tempo

# LAVORARE CON COERENZA: LA VALUTAZIONE

La valutazione degli ospiti ci permette di creare coerenza tra il pensato e l'agito eliminando la soggettività cercando di sviluppare una logica di oggettiva equità.

Ma è così semplice valutare gli ospiti?

# LAVORARE CON COERENZA: LA VALUTAZIONE





# LAVORARE CON COERENZA: LA VALUTAZIONE

## CASO 1

### L'INCONTIENZA URINARIA

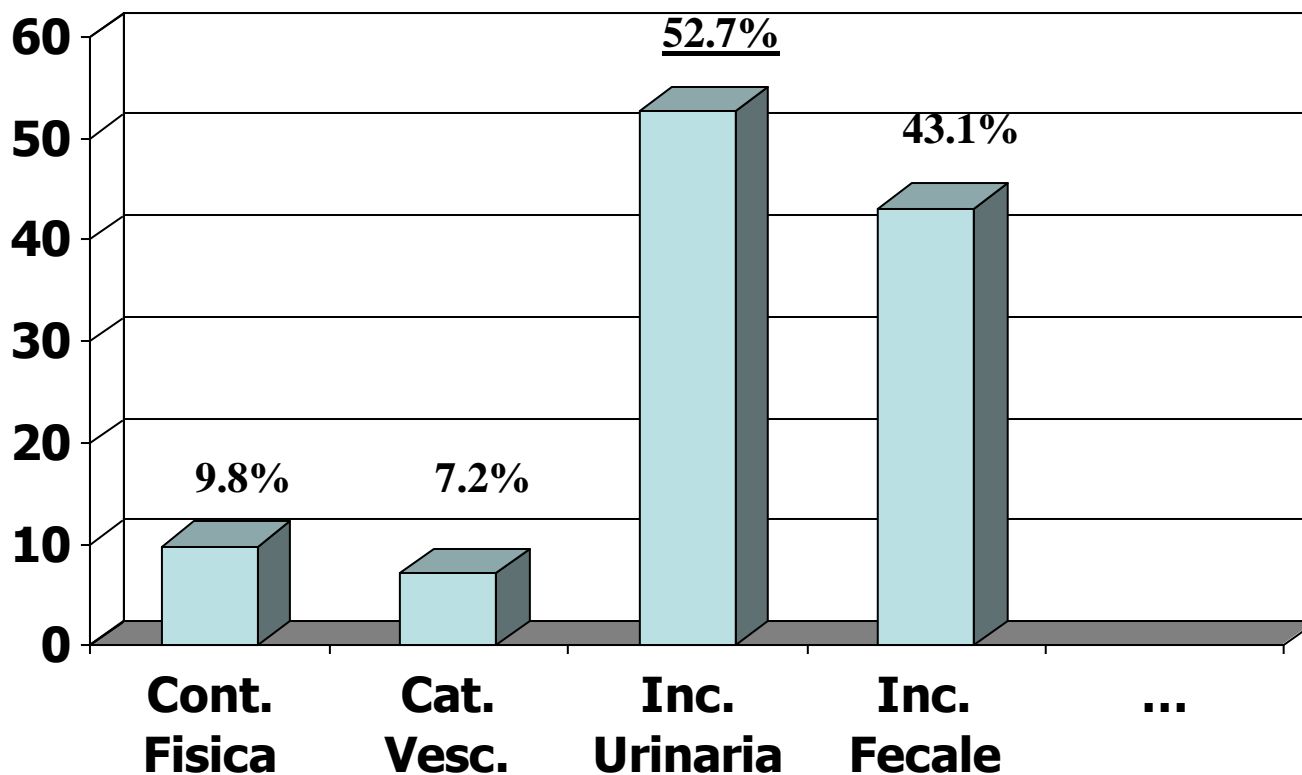
# LAVORARE CON COERENZA: LA VALUTAZIONE

National Institutes of health - 1990

*“Una condizione nella quale la perdita involontaria di urina rappresenti un problema sociale od igienico e sia obiettivamente dimostrabile”*

# LAVORARE CON COERENZA: LA VALUTAZIONE

CARATTERISTICHE DEI PAZIENTI IN NURSING HOME  
(Binmark Medical Communications Hackensack, NJ - 2003)



Harrington, et al, 2001

# LAVORARE CON COERENZA: LA VALUTAZIONE

## COSA CI DICONO LE LINEE GUIDA???

- (A) Confermare la presenza di IU; identificare le condizioni precipitanti ed escludere i fattori potenzialmente correggibili e reversibili; in presenza di incontinenza stabile, individuarne la forma e le cause
- (B) Individuare il miglior trattamento possibile
- (C) Monitorare l'efficacia del trattamento

# LAVORARE CON COERENZA: LA VALUTAZIONE

- 1) anamnesi patologica e farmacologica
- 2) esame delle urine
- 3) esame fisico e cognitivo (ADL; Tinetti; MMSE)
- 4) valutazione del psa e del pvr
- 5) test e scale di valutazione dell'IU (Schede Minzionali)
- 6) valutazione ambientale

URINARY INCONTINENCE: ACUTE AND CHRONIC MANAGEMENT - Clinical Practice Guideline  
Number 2 (1996 Update) AHCPR Publication No. 96-0682 1996

# LAVORARE CON COERENZA: LA VALUTAZIONE

- storia focalizzata sugli aspetti medici
- storia focalizzata sugli aspetti neurologici
- storia focalizzata sugli aspetti genitourinari
- valutazione dei fattori di rischio
- terapie in atto (prescritte e non)
- esplorazione dei sintomi dell'IU e di fattori e sintomi associati

# LAVORARE CON COERENZA: LA VALUTAZIONE

## ESAME DELLE URINE

Valutare la presenza di situazioni quali l'ematuria (infezioni, tumori, calcoli), glicosuria (poliuria), batteriuria e piuria, proteinuria

CASO 1

URINARY INCONTINENCE: ACUTE AND CHRONIC MANAGEMENT - Clinical Practice Guideline Number 2 (1996 Update) AHCPR Publication No. 96-0682 1996

# LAVORARE CON COERENZA: LA VALUTAZIONE

## VALUTAZIONE AMBIENTALE

Valutazione dell'ambiente nel quale si trova il soggetto per presenza di barriere architettoniche, spazi insufficienti, disponibilità dei servizi igienici ...

URINARY INCONTINENCE: ACUTE AND CHRONIC MANAGEMENT - Clinical Practice Guideline Number 2  
(1996 Update) AHCPR Publication No. 96-0682 1996



# LAVORARE CON COERENZA: LA VALUTAZIONE

## ESAME FISICO E COGNITIVO

- esame generale: presenza di edema, valutazione della mobilità, cognitivtà, valutazione ADL.....
- esame dell'addome
- esplorazione rettale (presenza di fecalomi)
- esame dei genitali nell'uomo e pelvico nelle donne
- osservazione diretta della perdita di urine usando il test della tosse

URINARY INCONTINENCE: ACUTE AND CHRONIC MANAGEMENT - Clinical Practice Guideline Number 2 (1996 Update) AHCPR Publication No. 96-0682 1996

# LAVORARE CON COERENZA: LA VALUTAZIONE

“... obiettivo della valutazione è confermare la presenza di incontinenza urinaria (...) identificare una presunta diagnosi ...”

Classificazione dell'incontinenza in:

- transitoria
  - stabile
- 
- ```
graph LR; A[transitoria] --> B[da stress]; A --> C[da urgenza]; A --> D[iscuria paradossa]; A --> E[funzionale]; F[stabile] --> B; F --> C; F --> D; F --> E;
```
- da stress  
da urgenza  
iscuria paradossa  
funzionale

# LAVORARE CON COERENZA: LA VALUTAZIONE

*Valutato il paziente, definita una diagnosi e inquadrata l'incontinenza è necessario valutare l'impatto della stessa sulla qualità della vita del soggetto...*

# LAVORARE CON COERENZA: LA VALUTAZIONE

- 1) perdita dell'autostima (qualità della vita: SF36)
- 2) modificazione del comportamento sociale (AADL)
- 3) depressione (GDS)
- 4) declino delle attività strumentali (IADL)
- 5) disturbi sessuali
- 6) lesioni da decubito (Norton)
- 7) dipendenza dai caregiver; fattore di ricovero in CDR

# LAVORARE CON COERENZA: LA VALUTAZIONE

## CASO 2

### IL DOLORE

# LAVORARE CON COERENZA: LA VALUTAZIONE

## DEFINIZIONE

Il dolore è un fenomeno complesso, soggettivo e percettivo che presenta varie dimensioni (intensità, qualità, andamento nel tempo, impatto, significato personale), che sono vissute da ogni persona in maniera diversa.

International Association for the Study of Pain (1979)

*“Esperienza sensoriale ed emotiva spiacevole associata ad attuale o potenziale danno tessutale...”*

Roper et al. (1996)

*“Physical pain is a common sign of illness”*

# LAVORARE CON COERENZA: LA VALUTAZIONE

## SCREENING DEL DOLORE

*“Selezionare tutte le persona a rischio di dolore almeno una volta al giorno (quando si intraprendono altre valutazioni sistemiche) interrogando la persona o la famiglia/curatore riguardo alla presenza di dolore o di disagio [...]”*

Grado di raccomandazione: C

# LAVORARE CON COERENZA: LA VALUTAZIONE

## SOGGETTI A RISCHIO

- Cancro
- Depressione
- Diabete
- Patologie prostatiche
- Malattie cardiache
- Ipertensione
- Artrite
- Osteoporosi
- Problemi polmonari
- Infarto

*(Managing pain in patients with dementia in hospital. Nursing Standard. 20, 46, 54-58. August 3 2005)*



# LAVORARE CON COERENZA: LA VALUTAZIONE

## PARAMETRI DI VALUTAZIONE DEL DOLORE

*“ Il self report è la fonte primaria della valutazione per le persone con facoltà cognitive e verbali intatte [...]”*

Grado di raccomandazione: C

CASO 2

# LAVORARE CON COERENZA: LA VALUTAZIONE

## PARAMETRI DI VALUTAZIONE DEL DOLORE

*“Un sistematico e convalidato strumento di valutazione del dolore viene selezionato per valutare i seguenti parametri di base del dolore: localizzazione del dolore, effetti del dolore sulle funzioni e le ADL, livello del dolore a riposo e durante l’attività, uso di farmaci ed effetti avversi, fattori provocanti e precipitanti, qualità del dolore, irradiazione del dolore, severità del dolore”*

Grado di raccomandazione: C

# LAVORARE CON COERENZA: LA VALUTAZIONE

## PARAMETRI DI VALUTAZIONE DEL DOLORE

“L'intensità del dolore viene valutata con uno strumento standardizzato di cui è stata stabilita la validità”

Grado di raccomandazione: A

CASO 2

# LAVORARE CON COERENZA: LA VALUTAZIONE

## VALUTAZIONE COMPLETA DEL DOLORE

*“I seguenti parametri fanno parte di una valutazione completa per il dolore: esame fisico, dati diagnostici e di laboratorio rilevanti, effetti e comprensione nella malattia attuale, storia del dolore, significato del dolore e del disagio causato dal dolore (attuale e precedente), risposte per far fronte allo stress e al dolore, effetti sulle attività di vita quotidiana, effetti psicosociali e spirituali, variabili psicologiche e sociali (ansia, depressione), fattori situazionali, preferenze e aspettative/credenze, miti della persona circa i metodi di gestione del dolore, preferenze e risposte della persona a ricevere le informazioni relative alla propria diagnosi del dolore”*

Grado di raccomandazione: C

# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

*CERCHIAMO DI CAPIRE COSA CI CHIEDE LA NORMATIVA*

D.g.r. 7435/2001

D.g.r. 12618/2003

D.g.r. 8496 26/11/2008

# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

D.g.r. 7435/2001

*“La Dgr 7435 del 14 dicembre 2001 ha segnato l’inizio di un percorso, una serie di atti di riordino del sistema di autorizzazione ed accreditamento dei servizi socio-sanitari lombardi”*

## Definizione dei requisiti per l’autorizzazione/accreditamento delle RSA

1. Gestione delle risorse umane e tecnologiche
2. Gestione, valutazione e miglioramento della qualità dell’organizzazione
3. Gestione, valutazione e miglioramento della qualità dell’assistenza
4. Sistema informativo
5. Caratteristiche costruttive
6. Aree: per la residenzialità, per la valutazione e le terapie, per la socializzazione, generali e di supporto
7. Varie

# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

D.g.r. 7435/2001

*“La Dgr 7435 del 14 dicembre 2001 ha segnato l’inizio di un percorso, una serie di atti di riordino del sistema di autorizzazione ed accreditamento dei servizi socio-sanitari lombardi”*

## Definizione dei requisiti per l’autorizzazione/accreditamento delle RSA

1. Gestione delle risorse umane e tecnologiche
2. **Gestione, valutazione e miglioramento della qualità dell’organizzazione**
3. Gestione, valutazione e miglioramento della qualità dell’assistenza
4. Sistema informativo
5. Caratteristiche costruttive
6. Aree: per la residenzialità, per la valutazione e le terapie, per la socializzazione, generali e di supporto
7. Varie

# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

D.g.r. 7435/2001

Gestione, valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza

Valutazione dei problemi e dei bisogni sanitari cognitivi, psicologici e sociali

Presenza di un fascicolo sanitario e sociale per ogni ospite, compilato all'ingresso e aggiornato almeno ogni due mesi e comunque ogni qual volta vi sia un cambiamento significativo della condizione biopsicosociale dell'ospite o eventi la cui registrazione sia utile o necessaria alla corretta compilazione della SOSIA...



# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

D.g.r. 7435/2001

Gestione, valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza

Valutazione dei problemi e dei bisogni sanitari cognitivi, psicologici e sociali

In cui siano esplicitate:

- Anamnesi medica, infermieristica e funzionale
- Esame obiettivo di organi e apparati

In cui sia compilata una scala di valutazione funzionale dell'ospite all'ingresso, semestralmente ed ogni volta che vi sia un cambiamento dei livelli di dipendenza

In cui siano rilevate cadute eventuali cadute o altri incidenti, il posizionamento dei vari tipi di catetere e mezzi di contenimento, la presenza di LDD e la loro eventuale risoluzione

# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

D.g.r. 7435/2001

Gestione, valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza

Valutazione dei problemi e dei bisogni sanitari cognitivi, psicologici e sociali

Che venga conservato insieme alla scheda SOSIA e il Piano di assistenza individuale

# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

D.g.r. 7435/2001

Gestione, valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza

Stesura di un piano di assistenza individuale (P.A.I.) corrispondente ai  
bisogni, problemi e propensioni degli ospiti

Esistenza di un piano terapeutico, assistenziale e riabilitativo per ogni  
ospite, comprensivo del piano delle attività animate e  
occupazionali

# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

D.g.r. 7435/2001

Gestione, valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza

Adozione di specifiche linee guida, procedure e regolamenti interni, ad integrazione di quanto previsto in sede autorizzativa

Redazione di documenti per:

- Igiene dell'ospite nel rispetto della privacy
- Somministrazione degli alimenti e delle bevande
- Prevenzione delle cadute
- Prevenzione e trattamento delle LDD
- Trattamento dell'incontinenza
- Utilizzo mezzi di contenzione

# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

D.g.r. 7435/2001

Gestione, valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza

Piano di diffusione a tutti gli operatori di competenza

Redazione di un piano con le modalità della sua realizzazione e controllo

# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

D.g.r. 7435/2001

Gestione, valutazione e miglioramento della qualità dell'assistenza

## Cura dell'aspetto dell'ospite

Gli ospiti non allettati sono quotidianamente vestito con il proprio abbigliamento da giorno

Agli ospiti vengono garantite direttamente o indirettamente le prestazioni di barbiere o parrucchiere.

# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

D.g.r. 12618/2003

- Sancisce il superamento delle classi NAT-NAP
- Introduce elementi di flessibilità, funzionali al funzionamento dell'assistenza, ad una più completa espressione della capacità organizzativa
- Prevede che la composizione dell'equipe professionale sia variabile in relazione ad autonome valutazioni gestionali ed effettive esigenze assistenziali degli ospiti identificabili nel PAI nonché nel fascicolo sanitario e sociale
- Individua premi di qualità aggiunta per progetti assistenziali dedicati
- Remunera secondo la classificazione SOSIA (dal 1° maggio 2003)

# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

D.g.r. 12618/2003

## Procedure di accoglienza

L'R.S.A. si impegna ad effettuare tutte le procedure di accoglimento degli ospiti. In particolare:

- a tenere la lista di attesa dei richiedenti il ricovero
- redigere all'ingresso dell'ospite SOSIA ed a rivederla periodicamente come stabilito dalle norme regionali
- a verificare che i richiedenti ammessi al ricovero abbiano il requisito della non autosufficienza
- a redigere per ogni ammesso il PAI ed aprire il fascicolo sanitario e sociale da aggiornare come previsto dalla normativa regionale



# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

D.g.r. 12618/2003  
Classificazione degli ospiti

| <b>CLASSE</b> | <b>MOBILITA'</b> | <b>CONGITIVITA' E<br/>COMPORAMENTO</b> | <b>COMORBILITA'</b> |
|---------------|------------------|----------------------------------------|---------------------|
| 1 – M1C1S1    | GRAVE            | GRAVE                                  | GRAVE               |
| 2 – M1C1S2    | GRAVE            | GRAVE                                  | MODERATA            |
| 3 - M1C1S2    | GRAVE            | MODERATA                               | GRAVE               |
| 4 – M1C2S2    | GRAVE            | MODERATA                               | MODERATA            |
| 5 - M2C1S1    | MODERATA         | GRAVE                                  | GRAVE               |
| 6 – M2C1S2    | MODERATA         | GRAVE                                  | MODERATA            |
| 7 – M2C2S1    | MODERATA         | MODERATA                               | GRAVE               |
| 8 – M2C2S2    | MODERATA         | MODERATA                               | MODERATA            |

# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

D.g.r. 8496 del 26/11/2008

Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto, e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle unità di offerta socio sanitarie

1. L'esercizio della attività e DIA
2. L'accreditamento
3. Il contratto
4. La vigilanza
5. Il controllo di appropriatezza

# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

D.g.r. 8496 del 26/11/2008

Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto, e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle unità di offerta socio sanitarie

1. L'esercizio della attività e DIA
2. L'accreditamento
3. Il contratto
4. **La vigilanza**
5. Il controllo di appropriatezza

# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

D.g.r. 8496 del 26/11/2008

## La vigilanza

**OBIETTIVO:** sostenere il costante miglioramento delle qualità delle prestazioni

La vigilanza riguarda tutte le unità di offerta, rivolgendo l'attenzione principalmente a quelle che presentano, a livello territoriale, le maggiori criticità, sulla base di "codici di rischio" (indicatori).

I controlli di appropriatezza saranno svolti senza preavviso.

# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

D.g.r. 8496 del 26/11/2008

## La vigilanza: aspetti tecnici - organizzativi

1. Piano di Assistenza Individuale e Fascicolo Socio Sanitario
2. Linee guida/protocolli
3. Debito informativo
4. Customer satisfaction
5. Scheda struttura

# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

D.g.r. 8496 del 26/11/2008

La vigilanza: aspetti tecnici – organizzativi

## 1. Piano di Assistenza Individuale e Fascicolo Socio Sanitario

Si tratta di accertarne l'effettiva adozione. Si precisa che un primo PAI anche se provvisorio e recante almeno una registrazione della fasi di accoglienza in struttura, deve essere adottato entro una settimana dall'ingresso dell'ospite.

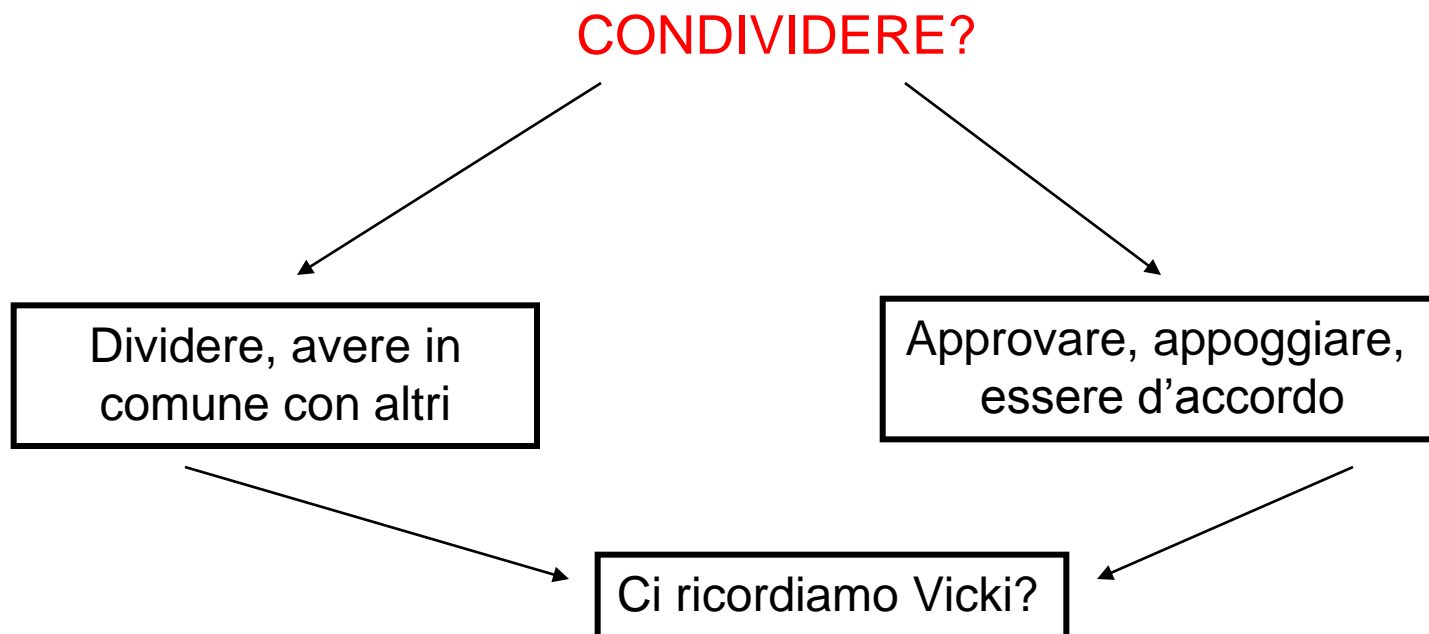
Il PAI deve essere predisposto dall'equipe con la partecipazione o, comunque la condivisione della persona e della sua famiglia.

# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

D.g.r. 8496 del 26/11/2008

La vigilanza: aspetti tecnici – organizzativi

## 1. Piano di Assistenza Individuale e Fascicolo Socio Sanitario



# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

D.g.r. 8496 del 26/11/2008

La vigilanza: aspetti tecnici – organizzativi

## 1. Piano di Assistenza Individuale e Fascicolo Socio Sanitario

Il fascicolo socio sanitario **deve contenere il diario clinico** nel quale sono documentati eventi riguardanti **l'evoluzione dello stato di salute dell'utente** e sono registrati i trattamenti diagnostici, terapeutici, assistenziali, riabilitativi effettuati.

Variazioni delle condizioni di salute dell'utente e le eventuali modifiche, motivate, al piano di cura **devono essere segnalate tempestivamente.**

Ogni registrazione di diario deve essere corredata di data e ora, il redattore deve essere sempre identificabile



# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

D.g.r. 8496 del 26/11/2008

La vigilanza: aspetti tecnici – organizzativi

## 1. Piano di Assistenza Individuale e Fascicolo Socio Sanitario

Gli operatori che hanno **titolo a redigere il diario clinico** sono: i medici, gli infermieri, i tecnici della riabilitazione, che sono chiamati ad assumere decisioni incidenti sull'assistito o ad attuare prestazioni a favore dello stesso; inoltre altre figure professionali di operatori definite negli standard regionali (es. educatori, ASA/OTA/OSS, altre figure previste dalla normativa specifica dell'unità di offerta) compatibilmente con le attribuzioni loro conferite dalla normativa vigente e da discipline regolamentari interne alle unità d'offerta.

# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

D.g.r. 8496 del 26/11/2008

La vigilanza: aspetti tecnici – organizzativi

## 2. Linee guida e protocolli

Non più “mezzi di contenzione” ma “applicazione di strumenti di protezione e tutela dell’ospite”.

Si pone l’accento sul **consenso informato** della persona assistita e dei familiari. Non solo, proprio perché l’informazione sia effettiva e il consenso sia davvero informato è necessario che la persona assistita sia in grado di comprendere l’informazione e di esprimere il consenso.



**AMMINISTRATORE DI SOSTEGNO**

# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

D.g.r. 8496 del 26/11/2008

Disposizioni in materia di esercizio, accreditamento, contratto, e linee di indirizzo per la vigilanza ed il controllo delle unità di offerta socio sanitarie

1. L'esercizio della attività e DIA
2. L'accreditamento
3. Il contratto
4. La vigilanza
5. **Il controllo di appropriatezza**

# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

D.g.r. 8496 del 26/11/2008

## Il controllo di appropriatezza

Indicatori di rischio per il campionamento della verifica di appropriatezza delle prestazioni

A titolo esemplificativo:

- Percentuale elevata di ospiti in condizione di grave fragilità e bassa entità della spesa sanitaria
- Percentuale elevata di ospiti in condizione di grave fragilità e bassa dotazione di organico

# LAVORARE CON COERENZA: LA NORMATIVA

D.g.r. 8496 del 26/11/2008

## Il controllo di appropriatezza

Indicatori di rischio per il campionamento della verifica di appropriatezza delle prestazioni

Con particolare riferimento alle RSA:

- percentuale di classi di maggiore fragilità SOSIA superiore a 80
- percentuale di decessi superiore alla media e percentuale delle classi di maggiore fragilità inferiori alla media
- percentuale delle classi di maggiore fragilità superiore alla media e percentuale di decessi inferiori alla media
- percentuale di ospiti con decubiti
- percentuale di ospiti soggetti all'applicazione di strumenti di protezione e tutela
- percentuale di ospiti con cadute



# LA GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE IN RSA

Mercoledì 9 dicembre 2009

14.30-15.30

Gestire la documentazione sanitaria e sociale: perché scrivere, quando scrivere, cosa scrivere, chi può scrivere, chi può leggere

15.30-16.30

Gli strumenti che ci aiutano ad aiutare: imparare a leggere le linee guida e a costruire un protocollo

16.30-18.00

Il PAI: potenzialità e punti critici

Imparare a costruire un PAI: dalla VMD alla valutazione finale

18.00-18.30

Discussione in plenaria

# COS'E' LA DOCUMENTAZIONE???

## DOCUMENTO:

- Ogni scritto rappresentativo di un fatto giuridicamente rilevante
- (Di lavoro) quelli che le parti di un rapporto di lavoro sono per legge obbligati ad avere
- Qualsiasi cosa che costituisce materiale di informazione o che può essere utile a documentare qualcosa

## DOCUMENTAZIONE

- Raccolta di informazioni, documenti e simili atti a documentare e documentarsi
- L'insieme dei dati, dei documenti e simili che servono a documentare qualcosa



# PUNTI DI RIFERIMENTO

## 1) LA CARTELLA CLINICA

Manuale della cartella clinica.

Direzione Generale Sanità. Unità organizzativa: qualità e integrazione  
dei servizi sanitari - Regione Lombardia

1<sup>^</sup> edizione 2001 – 2<sup>^</sup> edizione 2007

# LA CARTELLA CLINICA

## American Hospital Medical Record Association

The medical record is the who, what, why, when and how of patient care during hospitalization

## Ministero della Sanità – 1992

Lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero

## Codice di Deontologia Medica, 2006, art. 26

La cartella clinica delle strutture pubbliche e private deve essere redatta chiaramente, con puntualità e diligenza, nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre a ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo decorso, le attività diagnostico-terapeutiche praticate

# LA CARTELLA CLINICA

## Guzzanti – Tripodi 1966

Il fascicolo nel quale si raccolgono i dati anamnestici e obiettivi riguardanti la persona ricoverata, quelli giornalieri sul decorso della malattia, i risultati ed infine la diagnosi della malattia che ha condotto una persona in ospedale

## Monza et al., 2005

Insieme di documenti in cui è registrato da medici e infermieri un complesso di informazioni (anagrafiche, sanitarie, sociali, ambientali e giuridiche) su un paziente, per rilevare ciò che lo riguarda in senso diagnostico e/o terapeutico, anche in tempi successivi per predisporre interventi sanitari, poterne fruire per indagini di natura scientifica, statistica, medico legale e per l'insegnamento

.....

Fascicolo che, per ogni episodio di ricovero, consta di una pluralità di documenti recanti informazioni relative alla persona assistita e alle attività clinico assistenziali poste in essere da personale a ciò abilitato

# LA CARTELLA CLINICA: FUNZIONI

1. **Per l'utente:** fornire una base informativa per decisioni clinico-assistenziali appropriate e garantire continuità assistenziale documentando lo stato di salute dell'assistito, i trattamenti effettuati i risultati conseguiti
2. **Sugli operatori:** tracciare le attività svolte per permettere di risalire ai responsabili, alla cronologia alle modalità di esecuzione
3. **Per l'equipe:** facilitare l'integrazione operativa dei diversi professionisti
4. **Per l'esterno:** costituire un a fonte di dati per studi scientifici e ricerche cliniche, attività di formazione e aggiornamento degli operatori sanitari, valutazione dell'attività assistenziale, esigenze amministrative, gestionali e legali

# LA CARTELLA CLINICA: COME

1. Su supporto cartaceo o in modalità digitale
2. Utilizzo di una cartella modulare con una parte generale comune a tutte le unità operative e parti specifiche, funzionali e determinati ambiti
3. Su ogni modulo dovrebbe essere apposto il logo della struttura sanitaria
4. Per i fogli costitutivi dei diversi moduli è da predisporre numerazione di ogni facciata con riporsi di codice identificativo della cartella clinica e dati di identificazione del paziente e titolo del documento di cui sono parte

# LA CARTELLA CLINICA: REQUISITI

1. TRACCIABILITA'
2. CHIAREZZA
3. ACCURATEZZA E APPROPRIATEZZA
4. VERIDICITA'
5. ATTUALITA'
6. PERTINENZA
7. COMPLETEZZA

# LA CARTELLA CLINICA: TRACCIABILITA'

## Tracciabilità

Consiste nel tener traccia dei dati inerenti ad atti compiuti, decisioni adottate fatti riscontrati

## Rintracciabilità

Possibilità di conoscere quanto accaduto , anche a distanza di tempo, ricostruendo le attività e risalendo agli esecutori

*Nella moltitudine di dati che raccogliamo ogni giorno e di atti posti in essere nel corso di un ricovero quali sono meritevoli di traccia???*

Implicazioni sulla salute dell'assistito, responsabilità degli operatori

# LA CARTELLA CLINICA: TRACCIABILITA'

## Come annotare?

- ✓ Mezzi di registrazione indelebili (*mai lapis*)
- ✓ Data e preferibilmente ora/minuti
- ✓ Identità degli autori, con loro denominazione chiaramente leggibile(anche mediante timbro), firma o sigla



# LA CARTELLA CLINICA: TRACCIABILITA'

## E se sbaglio a scrivere?

Principio:

Ogni scritta di cartella acquisisce il carattere di definitività ed esce dalla disponibilità del suo autore nel momento in cui viene completata.

In caso di errore:

*Non si può* utilizzare la gomma o i correttori

*Si deve* tracciare una riga sulla scritta errata, in modo che essa risulti leggibile e procedere con la scritta corretta

# LA CARTELLA CLINICA: CHIAREZZA

La chiarezza riguarda sia la grafia sia l'esposizione. Il testo deve essere facilmente leggibile dagli operatori che utilizzano la cartella, senza ingenerare incertezze.

L'esposizione non deve dare adito a interpretazioni difformi.

# LA CARTELLA CLINICA: ACCURATEZZA E APPROPRIATEZZA

Le descrizioni dovrebbero conformarsi al linguaggio tecnico professionale corrente. Laddove possibile, si consiglia di riferire innanzitutto i dati oggettivamente apprezzabili e a seguire, deduzioni e considerazioni.

## Considerazione

*Contrariamente a diffusa opinione, secondo la quale meno si scrive e meno ci si compromette, la Corte di Cassazione ha in più occasioni affermato che una imperfetta compilazione di cartella clinica costituisce inadempimento*

# LA CARTELLA CLINICA: VERIDICITA'

Dati riguardanti elementi oggettivi (segni clinici, indici biologici, attività eseguite ecc.) devono essere riportati secondo verità

# LA CARTELLA CLINICA: ATTUALITA'

Gli eventi devono essere registrati contestualmente al loro verificarsi o nell'immediato seguito.

# LA CARTELLA CLINICA: PERTINENZA

I dati riportati in documentazione sanitaria devono essere pertinenti, completi e non eccedenti rispetto alle finalità per le quali sono raccolti o successivamente trattati

# LA CARTELLA CLINICA: COMPLETEZZA

La cartella clinica è completa quando in essa risultano presenti tutti i documenti costitutivi suoi propri.

Ogni struttura di ricovero dovrebbe adottare procedure per controllare la completezza della cartella sia durante il ricovero sia al termine dello stesso; a tal fine può essere utile approntare un elenco di tutti i documenti che dovrebbero esservi presenti

# LA CARTELLA CLINICA: CHI PUO' SCRIVERE?

1. I *professionisti sanitari* che, nel rispetto delle competenze loro proprie, siano chiamati ad assumere decisioni incidenti sull'assistito o ad attuare prestazioni a favore dello stesso
2. Ulteriori *figure* (ass. sociali, personale amministrativo, operatori) *di supporto*, compatibilmente con le attribuzioni loro conferite
3. *Personale in formazione* se consentito dalla disciplina di settore



# LA CARTELLA CLINICA: CHI PUO' LEGGERE?

Consultazione: presa di coscienza di elementi di contenuto della cartella al fine di tutelare la salute dell'assistito, di formarsi, di dirigere verifiche interne o esterne

*La consultazione di documenti contenenti dati sensibili deve avvenire nel rigoroso rispetto del principio di indispensabilità.*

# LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA: EVOLUZIONE

## PRIMA DELLA LEGGE 42/99

Gli infermieri esercitavano una “professione sanitaria ausiliaria” e strutturavano una documentazione considerata come “atto pubblico in senso lato” e quindi utilizzabile come mero elemento facoltativo per la ricostruzione di fatti in un processo civile

## DOPO LA LEGGE 42/99

La documentazione medica (cartella medica) e la documentazione infermieristica (cartella infermieristica) integrano il documento definito “cartella clinica” (= documento di valore legale che contiene tutta l’evoluzione della situazione clinico assistenziale di una persona dal ricovero alla dimissione)

“I quaderni de l’infermiere. L’infermiere. Numero 1 / 2009”

# LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA: EVOLUZIONE

## CODICE DEONTOLOGICO 2009

“L’infermiere riconosce il valore dell’informazione integrata multiprofessionale e si adopera affinché l’assistito disponga di tutte le informazioni necessarie ai suoi bisogni di vita”

“L’infermiere assicura e tutela la riservatezza del trattamento dei dati relativi all’assistito. Nella raccolta, la gestione e nel passaggio di dati si limita a ciò che è attinente all’assistenza”

“L’infermiere garantisce la continuità assistenziale anche contribuendo alla realizzazione di una rete di rapporti interprofessionali e di una efficace gestione degli strumenti informativi”

“I quaderni de l’infermiere. L’infermiere. Numero 1 / 2009”

# LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA: PERCHE'?

Documentare: porre le basi per comprendere al meglio i bisogni assistenziali della persona, anche e soprattutto per consentire a tutti gli operatori di realizzare in modo completo le attività di competenza, assumendo le decisioni più opportune per l'assistito.

Ma anche: raccogliere informazioni che ai vari livelli di responsabilità sono indispensabili per attuare un a corretta gestione e organizzazione dell'assistenza.

Registrare: certificare quanto fatto, consentire la valutazione dell'operato, sia ai fini dell'organizzazione interna, sia ai fini del miglioramento della qualità dell'assistenza. Assicura il mantenimento degli standard di assistenza nell'avvicinarsi degli operatori e nei momenti di dimissione/trasferimento della persona assistita, oltre a garantire la trasmissione e lo sviluppo delle competenze

# LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA: QUALI DATI?

Non tutti i dati sono soggetti a registrazione ...

*I dati sono espressione delle funzioni indicate nel profilo professionale e la documentazione varierà in relazione al setting nel quale opera l'infermiere.*

Scrivere ciò che è necessario, non ciò che è superfluo che spesso fa perdere tempo e confonde!

# LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA: ELEMENTI FONDAMENTALI

1. La presa in carico
2. Attuazione del processo di assistenza

# LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA: ELEMENTI FONDAMENTALI

| Fasi del processo di assistenza              | Principali strumenti o attività                                                                                                                                                                                        | Elementi/ contenuto (da registrare)                                                                                                                                                                                                                                             |
|----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Raccolta dati                                | Scheda di accertamento<br>Strumenti di valutazione                                                                                                                                                                     | Dati generali relativi all'identificazione della persona alla modalità di presa in carico e alla patologia                                                                                                                                                                      |
| Identificazione dei bisogni di assistenza    | Schede piano standard<br>Piano individualizzato<br>Schede per problemi                                                                                                                                                 | Bisogni di assistenza infermieristica, diagnosi infermieristica / problemi collaborativi                                                                                                                                                                                        |
| Definizione degli obiettivi e pianificazione |                                                                                                                                                                                                                        | Obiettivo (soggetto, azione, condizione, tempo)<br>Prescrizione infermieristica (verbo, azione, frequenza)                                                                                                                                                                      |
| Attuazione/registrazione                     | Diario infermieristico<br>Schede tecniche/accessorie per gestire in modo uniforme un a stessa tipologia di interventi od osservazioni<br>Schede per le procedure terapeutiche e diagnostiche<br>Protocolli e procedure | Effettiva realizzazione degli interventi assistenziali , valutazione in progress dei problemi del paziente e relative modificazioni<br>Effettuazione di trattamenti diagnostici e terapeutici<br>Ogni registrazione va firmata, indicando la data e l'ora, la firma è siglabile |
| Valutazione                                  | Schede di dimissione/trasferimento                                                                                                                                                                                     | Risultati ottenuti riferiti all'obiettivo o agli obiettivi prefissati/scostamenti<br>La valutazione continua si riporta nell'attuazione (diari infermieristico)                                                                                                                 |

# LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA: REQUISITI SOSTANZIALI

1. LA VERIDICITA'
2. LA COMPLETEZZA E LA PRECISIONE
3. LA CHIAREZZA E LA COMPRESIBILITA'
4. LA TEMPESTIVITA'



# LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA: CORRETTEZZA DELLA COMPILAZIONE

## I FATTI INDICATI DEVONO RISPONDERE AL VERO

1. Non inserire opinioni personali
2. Riportare i fatti, se si riferiscono osservazioni del paziente esplicitare che sono del paziente (es. il paziente riferisce “ho dolore”)
3. Meglio inserire eventuale dissenso del paziente alle cure o non collaborazione o altre frasi rilevanti tra virgolette
4. In caso di segnalazioni di incidenti o eventi avversi inserire l'accaduto e gli esiti per l'assistito senza inserire giustificazioni
5. Scrivere quanto messo in atto, riportando anche, se necessario e possibile, le reazioni della persona
6. Scrivere solo quello che si è messo in atto personalmente
7. Non sostituirsi ad altri, rispetto degli ambiti di competenza
8. Se si è in dissenso con una indicazione clinica, rileggere bene tutta la documentazione e eventualmente registrare il proprio dissenso e l'eventuale rationale, senza commenti o giustificazioni

# LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA: CORRETTEZZA DELLA COMPILAZIONE

## CONTESTUALITA'

Riportare sempre data e ora dell'accertamento, delle annotazioni e rilevazioni:

1. Se costretti a posticipare le annotazioni, evidenziare l'orario dei diversi momenti
2. Scrivere le prestazioni via via che si eseguono, senza rimandare a un momento successivo

# LA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA: CORRETTEZZA DELLA COMPILAZIONE

## COMPLETA E CORRETTA IN TERMINI DI ORDINE LOGICO E CRONOLOGICO

1. Scrivere nome e cognome di chi procede alle annotazioni
2. Indicare il luogo in cui si svolgono determinati accertamenti
3. Riportare non solo i sintomi evidenti, ma anche ciò che il paziente non presenta
4. Precisare la fonte delle informazioni raccolte
5. Allegare protocolli e procedure utilizzati
6. Se si riportano decisioni mediche, indicare il nome del medico