



Deliberazione 2347

adottata dal Direttore Generale in data 21 DIC. 2016

**Oggetto:** Adozione nell'A.O. Brotzu del Modello Unico di Cartella Infermieristica corredato di Schede comuni e specifiche per tutte le aree, Linee Guida per la corretta compilazione e archiviazione

Publicata all'Albo Pretorio dell'Azienda a partire dal 21 DIC. 2016 per 15 giorni consecutivi e posta a disposizione per la consultazione.

*Il Direttore Amministrativo*

Il Direttore Generale Dott.ssa Graziella Pintus  
coadiuvato da  
Direttore Amministrativo Dott.ssa Laura Balata  
Direttore Sanitario Dott. Vinicio Atzeni

*Su proposta della Direzione Sanitaria Aziendale*

**PREMESSO** che al fine di misurare la qualità e quantità dell'attività infermieristica con precisione, nel rispetto delle responsabilità medico-legali che ogni atto/intervento assistenziale implica, si è reso opportuno creare uno strumento che possa documentare il processo assistenziale;

**PRESO ATTO** che la Direzione Sanitaria Aziendale ha chiesto alla Dr.ssa Marina Mastio, titolare di Posizione Organizzativa di area Sanitaria "Formazione, innovazione, sviluppo percorsi assistenziali e documentazione correlata" di elaborare un progetto per costruire un "Modello unico di Cartella Infermieristica Ospedaliera" da adottare all'interno dei Presidi facenti capo a questa Azienda;

**VISTO** il progetto presentato dalla Dr.ssa Mastio, elaborato in collaborazione con la Dirigente delle Professioni Sanitarie Dr.ssa Bruna Dettori e il Gruppo di Lavoro costituito dai professionisti dell'area sanitaria indicati nell'Allegato D, approvato ad Ottobre 2015, che ha previsto tre fasi di ideazione e stesura definite a Giugno 2016 con la redazione finale del modello di Cartella infermieristica (Allegato A), delle Linee Guida per la corretta compilazione e archiviazione (Allegato B), delle Schede Comuni e Specifiche per tutte le aree (Allegato C) e del cronoprogramma di attuazione (Allegato E);

**CONSIDERATO** che nella prima fase di attuazione del progetto verranno coinvolti per il momento solo le Strutture del P.O. San Michele e una Struttura del P.O. Businco secondo il cronoprogramma;

**RITENUTO** di dover dare risposta in termini di tracciabilità delle attività assistenziali poste in essere dalle Professioni Sanitarie in termini qualitativi e quantitativi;

### **DELIBERA**

*Per i motivi indicati in premessa:*

- 1) di adottare "il Modello Unico di Cartella Clinica Infermieristica" corredato delle Schede



comuni e specifiche per tutte le aree e delle Linee Guida per la corretta compilazione e archiviazione;

2) di autorizzare l'archiviazione della suddetta documentazione infermieristica (inclusa quella utilizzata nella fase sperimentale) insieme alla cartella medica, quale parte integrante della documentazione clinica della persona assistita

**Il Direttore Amministrativo**

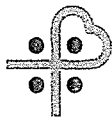
Dr.ssa Laura Balata

**Il Direttore Sanitario**

Dr. Vinicio Atzeni

**Il Direttore Generale**

Dr.ssa Graziella Pintus



AO Brotzu

DIREZIONE SANITARIA



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

Presidio Ospedaliero **San Michele**

Struttura .....

# CARTELLA DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Nome e cognome dell'assistito

.....

Sistema Sanitario Regione Sardegna  
Azienda Ospedaliera G. Brotzu  
P.le Ricchi, 1 - 09134 - Cagliari  
P.iva: 02315520920

S.C. ....  
Direttore dr.....  
Coordinatrice Infermieristica.....  
Tel..... Fax.....

**Ospedale San Michele**  
P.le Ricchi, 1  
09134 - Cagliari  
[www.aobrotzu.it](http://www.aobrotzu.it)

All" A "Pag. N. 1 di Fg. 17

Copertina CI / Fronte

**CARTELLA INFERMIERISTICA (AREA INTERNISTICA)**

[Sezione 1] **RACCOLTA DATI – ACCERTAMENTO INFERMIERISTICO**

COGNOME \_\_\_\_\_ NOME \_\_\_\_\_ M  F

DATA DI NASCITA |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| |\_\_| LUOGO DI NASCITA \_\_\_\_\_

N° TELEFONO \_\_\_\_\_

RESIDENZA \_\_\_\_\_

LINGUA \_\_\_\_\_ RELIGIONE \_\_\_\_\_

RACCOLTA DATI CONDOTTA:  CON L'ASSISTITO  CON FAMILIARE / PERSONA REFERENTE

(Indicare referente) SIG./ SIG.RA \_\_\_\_\_ TELEFONO \_\_\_\_\_

RETI DI SOSTEGNO SOCIO- FAMILIARE:  VIVE SOLO  VIVE CON I FAMILIARI

VIVE PRESSO STRUTTURA \_\_\_\_\_  ALTRO \_\_\_\_\_

MOTIVO DEL RICOVERO \_\_\_\_\_ DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ ORA \_\_\_\_\_

MODALITA' DI RICOVERO:  EMERGENZA  URGENZA  PRE-RICOVERO  PROGRAMMATO  
 TRASFERIMENTO (indicare sotto)

Da struttura	A struttura	Data	Ora	Inf.	Da struttura	A struttura	Data	Ora	Inf.

**PATOLOGIE CONCOMITANTI**

DISLIPIDEMIA  DIABETE  IPERTENSIONE  CARDIOPATIE \_\_\_\_\_  PAT. RESPIRATORIE \_\_\_\_\_

NEFROPATIE  ALTRO \_\_\_\_\_  G6PD carente  SI  NO

TERAPIA DOMICILIARE \_\_\_\_\_

PREGRESSI INTERVENTI \_\_\_\_\_

PORTATORE DI PROTESI/DEVICE \_\_\_\_\_

ALLERGIE/INTOLLERANZE (documentate o riferite) :  NO  SI (specificare sotto)

SI FARMACI \_\_\_\_\_

SI ALIMENTARI \_\_\_\_\_ ALTRO \_\_\_\_\_

POSITIVITA' SIEROLOGICHE (documentate o riferite)  NO  SI \_\_\_\_\_ (usare i simboli indicati a pag. 4)

**PARAMETRI CLINICI RILEVATI**

PA _____	FC _____	FR _____	SPO2 _____	TEMP. _____	HGT _____	PESO KG. _____	H. _____
----------	----------	----------	------------	-------------	-----------	----------------	----------

NOTE \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE PATRIMONIO VENOSO (per l'attribuzione del grado vedi la scheda)**

Grado 1  Grado 2  Grado 3  Grado 4  Grado 5

EDEMA \_\_\_\_\_ FLEBITE \_\_\_\_\_ EMATOMA \_\_\_\_\_

**MEZZI INVASIVI PRESENTI** in fase di accettazione

CATETERE VENOSO PERIFERICO posizionato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SEDE \_\_\_\_\_

CATETERE ARTERIOSO posizionato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SEDE \_\_\_\_\_

CATETERE VENOSO CENTRALE posizionato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ SEDE \_\_\_\_\_

[Sezione 2] **VALUTAZIONE DEI BISOGNI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA (B.A.I.)**

BAI APERTO  $\checkmark$  = NECESSITA' DI INTERVENTO ASSISTENZIALE

**1. FUNZIONE CARDIOCIRCOLATORIA**

**B.A.I. APERTO**  $\checkmark$  (In fase di accettazione)

NORMOCARDIA  ARITMIE :  TACHICARDIA  BRADICARDIA  FA  TPSV  ALTRO \_\_\_\_\_

SCOMPENSO  DEVICE ELETTRICO TIPO \_\_\_\_\_

DATA DELL'IMPIANTO \_\_\_\_\_

NECESSITA DI:  MONITORAGGIO CARDIACO  MONITORAGGIO PRESSORIO

ALTRO \_\_\_\_\_

**2. FUNZIONE RESPIRAZIONE**

**B.A.I. APERTO**  $\checkmark$  (In fase di accettazione)

EUPNEA  TACHIPNEA  BRADIPNEA  DISPNEA  CIANOSI  Altro \_\_\_\_\_

TOSSE  NO  SI  SECCA  PRODUTTIVA \_\_\_\_\_

FUMO  NO  SI \_\_\_\_\_  APNEE NOTTURNE

**POSTURE OBBLIGATE / CONSIGLIATE :**

FOWLER  SEMI-FOWLER  SUPINO OBBLIGATA  ALTRO \_\_\_\_\_

VENTILAZIONE NON INVASIVA  CPAP  VENTILAZIONE INVASIVA

TRACHEOSTOMIA - DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  INTUBAZIONE E.T. - DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

NECESSITA DI:  OSSIGENOTERAPIA l/m \_\_\_\_\_  BRONCO ASPIRAZIONE  BRONCOLAVAGGIO

ALTRO \_\_\_\_\_

**3. ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE**

**B.A.I. APERTO**  $\checkmark$  (In fase di accettazione)

STATO CUTE  IDRATATA  DISIDRATATA  ITTERICA  \_\_\_\_\_

NAUSEA  VOMITO DIETA \_\_\_\_\_

RECENTE ALTERAZIONE DEL PESO \_\_\_\_\_ PROTESI DENTARIE  NO  SI (vedi "GEP", pag.6)

DIFFICOLTA' MASTICAZIONE  NO  SI DISFAGIA  NO  SI (vedi SCH. Screening disfagia)

**ALIMENTAZIONE:**  AUTONOMO  PARZIALMENTE AUTONOMO  TOTALMENTE DIPENDENTE

NUTRIZIONE ENTERALE:  PEG  SONDINO  DIGIUNOSTOMIA

NUTRIZIONE PARENTERALE:  CVC  CVP  IDRATAZIONE E.V.  \_\_\_\_\_

NECESSITA DI:  AIUTO DURANTE L'ASSUNZIONE DEL PASTO

ALTRO \_\_\_\_\_

**4. ELIMINAZIONE URINARIA E INTESTINALE**

**B.A.I. APERTO**  $\checkmark$  (In fase di accettazione)

**ALTERAZIONI ALVO:**  NO  SI  DIARREA  STIPSI  ULTIMA EVACUAZIONE \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

MELENA  RETTORRAGIA STOMIA  SI

**ALTERAZIONI MINZIONE / DIURESIS:**  NO  SI

DISURIA  POLIURIA  POLLACHIURIA  OLIGURIA  ANURIA  STRANGURIA

INCONTINENZA  NICTURIA  \_\_\_\_\_

**UTILIZZA PRESIDI / AUSILI**  PAPPAGALLO  PADELLA  UROCONTROL  PANNI

CATETERE VESCICALE  A PERMANENZA  ESTEMPORANEO  posizionato il \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

**STOMIE:**  UROSTOMIA  CISTOSTOMIA  NEFROSTOMIA  ENTEROSTOMIA

**NECESSITA' DI:**  AIUTO \_\_\_\_\_

Struttura \_\_\_\_\_ Paz. \_\_\_\_\_

All "A" "Pag. N. 3 di Fg. 17"

[Sezione 3] VALUTAZIONE DEI BISOGNI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA (B.A.I.)

**5. IGIENE E ABBIGLIAMENTO**

B.A.I. APERTO  (In fase di accettazione)

IGIENE PERSONALE :  AUTONOMO  PARZIALMENTE AUTONOMO  TOTALMENTE DIPENDENTE

CAVO ORALE:  MUCOSA IDRATATA  MUCOSA DISIDRATATA

ABBIGLIAMENTO:  AUTONOMO  PARZIALMENTE AUTONOMO  TOTALMENTE DIPENDENTE

NECESSITA DI CAPI D'ABBIGLIAMENTO

NECESSITA' DI INFORMAZIONI/AIUTO \_\_\_\_\_

**6. MOVIMENTO**

B.A.I. APERTO  (In fase di accettazione)

DEAMBULA:  AUTONOMAMENTE  CON AIUTO \_\_\_\_\_

NECESSITA DI  CONTROLLO  STIMOLO  \_\_\_\_\_

ALLETTATO:  SI MOBILIZZA NEL LETTO  IMMOBILE  ALLETTAMENTO TERAPEUTICO

NECESSITA DI AIUTO PER ASSUMERE / MANTENERE LA POSIZIONE \_\_\_\_\_

UTILIZZA PROTESI / AUSILI:  CORSETTO  BASTONE/TRIPODE  DEAMBULATORE

CARROZZINA ALTRO  \_\_\_\_\_

NECESSITA' DI INFORMAZIONI/AIUTO \_\_\_\_\_

**7. RIPOSO E SONNO**

B.A.I. APERTO  (In fase di accettazione)

ALTERAZIONI DEL SONNO  INSONNIA  RISVEGLI NOTTURNI  \_\_\_\_\_

NECESSITA' DI INFORMAZIONI/AIUTO : \_\_\_\_\_

**8. VALUTAZIONE DELLA COSCIENZA-COMUNICAZIONE**

B.A.I. APERTO  (In fase di accettazione)

STATO DI COSCIENZA:  ORIENTATO  CONFUSO  SOPOROSO  COMA (vedi Sch. Glasgow)

DISORIENTATO  TEMPO  SPAZIO  \_\_\_\_\_

STATO EMOTIVO:  TRANQUILLO  PREOCCUPATO  AGITATO  APATICO

COMPRENDE L' INTERLOCUTORE:  SI  IN MODO LIMITATO  NO

RICHIEDE NECESSITA' DI:  INTERPRETE \_\_\_\_\_  REFERENTE \_\_\_\_\_

ALTRO \_\_\_\_\_

LINGUAGGIO:  NORMALE  AFASIA  DISARTRIA  MUTISMO

ALTERAZIONI SENSORIALI:  VISTA \_\_\_\_\_  UDITO \_\_\_\_\_

USO DI PROTESI ACUSTICA  USO DI OCCHIALI  \_\_\_\_\_

DIMOSTRA CONSAPEVOLEZZA DEL SUO STATO DI SALUTE:  SI  NO  NON RILEVABILE

NECESSITA' DI INFORMAZIONI/AIUTO \_\_\_\_\_

**9. AMBIENTE SICURO**

B.A.I. APERTO  (In fase di accettazione)

NECESSITA DI AIUTO PER IL CONFORT AMBIENTALE  NO  SI \_\_\_\_\_

E' IN GRADO DI UTILIZZARE IL SISTEMA DI CHIAMATA  NO  SI \_\_\_\_\_

È IN GRADO DI MODIFICARE LA POSIZIONE DEL LETTO  NO  SI \_\_\_\_\_

È IN GRADO DI ORIENTARSI NELLA STRUTTURA  NO  SI

NECESSITA' DI INFORMAZIONI/AIUTO \_\_\_\_\_

MODELLO RIPRODUZIONE/SESSUALITA'

ULTIMA MESTRUAZIONE: \_\_\_\_\_ PROBLEMI MESTRUALI  NO  SI

IL SUO PROBLEMA DI SALUTE INFLUISCE SULLA SUA SESSUALITA'  NO  SI

NECESSITA' DI INFORMAZIONI / AIUTO \_\_\_\_\_

Struttura \_\_\_\_\_ Paz. \_\_\_\_\_

All" A "Pag. N. 4 di Fg. 17

[Sezione 4] **SCALE DI VALUTAZIONE** (per l'attribuzione dei punti vedi le schede specifiche)

**VALUTAZIONE RISCHIO CADUTE**

Punteggio all'ingresso - **Scala di Conley**

- A rischio = >2
- Non a rischio = <2

**VALUTAZIONE RISCHIO LESIONI DA PRESSIONE**

Punteggio all'ingresso - **Scala di Braden**

- Rischio medio-alto da 6 a 16
- Rischio lieve da 17 a 23
- Rischio nullo > 23

**PROFILO DI DIPENDENZA/AUTONOMIA**

Punteggio all'ingresso - **Indice di Barthel**

- 0 = Totalmente dipendente
- 0 - 40 = Necessita di aiuto
- 40 - 90 = Dipendenza moderata
- 90 -100 = Indipendente

**VALUTAZIONE DOLORE**

Punteggio all' ingresso \_\_\_\_\_ Scheda del dolore AOB

NECESSITA DI PRESIDIO  NO  SI \_\_\_\_\_

DATA COMPILAZIONE |\_|\_| |\_|\_| |\_|\_|\_|\_| ore \_\_\_\_\_

**L' INFERMIERE CHE EFFETTUA L'ACCETTAZIONE E LA VALUTAZIONE DEI B.A.I**

(firma leggibile) \_\_\_\_\_

NOTA: Per redigere il Piano di Assistenza Infermieristica (PAI) vedere il prospetto allegato	
<b>Legenda per la compilazione dei B.A.I e del P.A.I</b>	
B.A.I. aperto = √ (in fase di accettazione o durante la degenza)	√ = necessita di intervento assistenziale
B.A.I. attivo = X	X = attuazione dell'intervento
B.A.I. chiuso = O	O = chiusura del B.A.I. dopo l'attuazione

Altre note

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

∅ SIMBOLI PER POSITIVITA' : ① = HCV    ② = HBV    ③ = HAV    ④ = HIV

All " A " Pag. N. 5 di Fg. 17

Struttura _____	Paz. _____
-----------------	------------

[Sezione 5 ] CONSENSO INFORMATO ALLE PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE

Consenso ai sensi del Decreto Ministeriale 739/94  
Codice Deontologico dell'Infermiere del 2009 artt. 20/24

La presente informativa ha lo scopo di ottenere il consenso alle azioni e procedure infermieristiche, previste nel piano assistenziale, che dovessero rendersi necessarie per il miglioramento delle condizioni cliniche del paziente:

- Posizionamento/rimozione di presidi medico-chirurgici o dispositivi invasivi;
- Somministrazione/esecuzione di terapie di competenza infermieristica;
- Prelievo di materiale biologico per le necessità diagnostiche INDICATE / PRESCRITTE ;

Dati identificativi del paziente \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

Oppure in qualità di amministratore di sostegno \*:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Dichiara

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto infermieristico proposto, attraverso:

- informativa fornita;
- colloquio con un infermiere;

di essere a conoscenza della possibilità di **revocare\*\*** il presente consenso in qualsiasi momento e di chiedere ogni ulteriore informazione qualora lo desideri.

Data \_\_\_\_\_ Firma paziente \_\_\_\_\_

Firma Infermiere \_\_\_\_\_

NOTE

\_\_\_\_\_

\* Da compilarsi in caso di incapacità di agire (es. minore età, interdizione), a cura dell'amministratore di sostegno.

\*\* In caso di revoca, la stessa va trascritta nel Diario Infermieristico (indicando data, ora e firma dell'assistito)



[ Sezione 6] GESTIONE EFFETTI PERSONALI - "GEP"

Paziente	Data	Struttura	Ora
Io sottoscritto:		Qualifica:	<input type="checkbox"/> Infermiere <input type="checkbox"/> OSS
Dichiaro di prendere in consegna gli effetti personali di seguito dettagliati del signor/a sopraindicato/a . Gli oggetti sotto descritti verranno custoditi in cassaforte o in altro luogo chiuso a chiave come da procedura interna .			
Effetto personale	Materiale	Quantità	Note
Protesi dentarie			
Protesi Auricolari			
Carica batteria Ⓣ			
Cellulare			
Orologio			
Portafoglio			
Monili spec. tipo			
Altro			

Quanto sopra indicato è stato:

<input type="checkbox"/> Conservato nella cassaforte fino al giorno _____ Ore _____ Firma _____	
<input type="checkbox"/> Mantenuto dal paziente      Firma _____	
<input type="checkbox"/> Consegnato alla persona di seguito indicata ( dati di colui che ritira i beni : familiare, tutore, altro )	
Cognome	Nome
Rapporto di parentela, se soggetto diverso dal proprietario:	
Nato a	Il _____ Telefono _____
Il quale si assume le responsabilità del ritiro degli oggetti rinvenuti      Firma _____	
Firma personale assistenza _____	
NOTA _____	



[ Sezione 7 ] RICHIESTE DI UNITA' DI SANGUE / EMOCOMPONENTI al CENTRO TRASFUSIONALE

Foglio n.1

RICHIESTA/ DATA	N° SACCHE RICHIESTE	TIPOLOGIA	RITIRO DATA	N° SACCHE RITIRATE	N° SACCHE DISPONIBILI AL <input type="checkbox"/> C.T. <input type="checkbox"/> Frigo-emoteca	FIRMA INFERMIERE

[ Sezione 8 ] REGISTRAZIONI PER ESAMI DI RADIOLOGIA e STRUMENTALI

ESAME DIAGNOSTICO	RICHIESTO DATA	ESEGUITO DATA	NOTE	FIRMA INFERMIERE

REGISTRAZIONI PER CONSULENZE MEDICHE E DELLE PROFESSIONI SANITARIE

CONSULENZA	RICHIESTA DATA	ESEGUITA DATA	NOTE	FIRMA INFERMIERE

NOTA: in caso di necessità aggiungere altri fogli continuando la progressione numerica (foglio n. 2, foglio n. 3, etc.)

All " A " Pag. N. 9 di Fg. 17

Struttura \_\_\_\_\_ Paz. \_\_\_\_\_

[ Sezione 9] DISPOSITIVI INVASIVI

DISPOSITIVO (indicare status come da leggenda)	DATA FIRMA	DATA FIRMA	DATA FIRMA	DATA FIRMA	DATA FIRMA	DATA FIRMA	DATA FIRMA
CATETERE VENOSO PERIFERICO DX							
CATETERE VENOSO PERIFERICO SX							
CVC <input type="checkbox"/> _____ PICC <input type="checkbox"/> _____							
CATETERE ARTERIOSO _____							
CATETERE VESCICALE _____							
SONDINO NASO-GASTRICO <input type="checkbox"/> SONDINO NASO-ENTERALE <input type="checkbox"/>							
DRENAGGIO _____							
DRENAGGIO _____							
DRENAGGIO _____							
DRENAGGIO _____							
DERIVAZIONE VENTRICOLARE (NCH) _____							
FILI STIMOLATORI (CCH)							
PLACCA E SACCA PER STOMIA TIPO _____							
PLACCA E SACCA PER STOMIA TIPO _____							
CANNULA TRACHEOSTOMICA TIPO _____							
PEG <input type="checkbox"/> PEJ <input type="checkbox"/>							
ALTRO _____							
ALTRO _____							

LEGENDA: P = POSIZIONATO S = SOSTITUITO M = MEDICATO R = RIMOSSO

Struttura \_\_\_\_\_ Paz. \_\_\_\_\_

All " A " Pag. N. 10 di Fg. 17

[ Sezione 9] DISPOSITIVI INVASIVI

DISPOSITIVO (indicare status come da leggenda)	DATA FIRMA	DATA FIRMA	DATA FIRMA	DATA FIRMA	DATA FIRMA	DATA FIRMA	DATA FIRMA
CATETERE VENOSO PERIFERICO DX							
CATETERE VENOSO PERIFERICO SX							
CVC <input type="checkbox"/> _____ PICC <input type="checkbox"/> _____							
CATETERE ARTERIOSO _____							
CATETERE VESCICALE _____							
SONDINO NASO-GASTRICO <input type="checkbox"/> SONDINO NASO-ENTERALE <input type="checkbox"/>							
DRENAGGIO _____							
DRENAGGIO _____							
DRENAGGIO _____							
DRENAGGIO _____							
DERIVAZIONE VENTRICOLARE (NCH) _____							
FILI STIMOLATORI (CCH)							
PLACCA E SACCA PER STOMIA TIPO _____							
PLACCA E SACCA PER STOMIA TIPO _____							
CANNULA TRACHEOSTOMICA TIPO _____							
PEG <input type="checkbox"/> PEJ <input type="checkbox"/>							
ALTRO _____							
ALTRO _____							

LEGGENDA: P = POSIZIONATO S = SOSTITUITO M = MEDICATO R = RIMOSSO

Struttura _____	Paz. _____
-----------------	------------

All " A " Pag. N. M di Fg. 17

## VALUTAZIONE INFERMIERISTICA FINALE

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

<b>DATA DIMISSIONE:</b> /    /	<b>ORA:</b> _____
<b>PRESSO:</b>	
<input type="checkbox"/> DOMICILIO	
<input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO Interno (area di degenza) _____ (compilare la SCH. TRASFERIMENTO)	
<input type="checkbox"/> TRASFERIMENTO esterno, nell'Ospedale/Istituto di cura _____	
<input type="checkbox"/> EXITUS	
<b>NOTE</b>	

Firma Infermiere \_\_\_\_\_

**Il Coordinatore Infermieristico**

Firma e timbro \_\_\_\_\_

## Composizione della Cartella Infermieristica

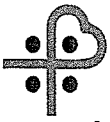
<b>Parte A</b>	<b>MODELLO COMUNE (9 sezioni impaginate + allegati obbligatori)</b>	
	<b>Tipologia</b>	
Sezione 1	Raccolta dati /Accertamento infermieristico	Pag. 1
Sezione 2-3	Valutazione Bisogni di Assistenza Infermieristica (B.A.I.)	Pgg. 2-3
Sezione 4	Valutazione dei rischi e chiusura dell'accertamento infermieristico	Pag. 4
Sezione 5	Consenso informato infermieristico	Pag. 5
Sezione 6	Gestione degli effetti personali (GEP)	Pag. 6
Sezione 7-8	- RegISTRAZIONI per esami diagnostici (laboratori , radiologia , esami strumentali), - Consulenze richieste: mediche e delle professioni sanitarie (infermieristiche, ostetriche, tecniche e della riabilitazione )	Pgg. 7-8
Sezione 9	Dispositivi invasivi (fronte e retro)	Pgg. 9-10
<b>ALLEGATI</b>	Fogli con l'indicazione della progressione numerica, in base alle necessità d'uso (es. foglio n.1, n.2, etc...)	
<b>P.A.I.</b>	<b>Pianificazione Assistenza Infermieristica</b> : definizione degli obiettivi, interventi e attuazione delle prestazioni infermieristiche	
<b>D.I.</b>	<b>Diario Infermieristico</b> : registrazione di atti / osservazioni infermieristiche in ordine cronologico .	

Parte B	SCHEDE SPECIFICHE DI AREA ASSISTENZIALE (alcuni esempi)	SCHEDA SI = √	NO = //
1	SCHEDA MONITORAGGIO DOLORE		
2	SCHEDA VALUTAZIONE PATRIMONIO VENOSO		
3	SCALA VALUTAZIONE RISCHIO CADUTE (CONLEY)		
4	SCHEDA VALUTAZIONE DIPENDENZA/AUTONOMIA (BARTHEL)		
5	SCHEDA VALUTAZIONE LESIONI DA PRESSIONE (BRADEN)		
6	SCHEDA MONITORAGGIO LESIONI DA DECUBITO		
7	SCHEDA MEDICAZIONI LESIONI DA DECUBITO		
8	SCHEDA MONITORAGGIO COSCIENZA (GLASGOW)		
9	SCHEDA CONTROLLO GLICEMICO		
10	SCHEDA PAZIENTE CRITICO CON DIABETE O CON SCOMPENSO GLICOMETABOLICO GRAVE		
11	SCHEDA PARACENTESI / TORACENTESI		
12	SCHEDA FIBRINOLISI (Stroke Unit)		
13	SCHEDA ES. FECEI (Gastroenterologia)		
14	SCHEDA IGIENE PERSONALE		
15	SCHEDA PRE-TRAPIANTO RENE (Nefrologia)		
14	SCHEDA SCREENING DISFAGIA		
15	<b>SCHEDA TRASFERIMENTO IN ALTRA STRUTTURA</b>		

<b>Parte C</b>	<b>COPERTINA</b> ( nella parte interna è inclusa la valutazione finale all'atto della dimissione o del trasferimento)
----------------	---







AO BROTZU

Struttura.....



Sistema Sanitario  
Regione Sardegna

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Foglio n..

Diario Infermieristico (area internistica)

DATA	ORA		INFERMIERE

BISOGNI	OBIETTIVI	INTERVENTI	ATTUAZIONE DATA		ATTUAZIONE DATA		ATTUAZIONE DATA		ATTUAZIONE DATA		Struttura	Paz.				
			M	P	N	M	P	N	M	P			N	M	P	N
			NOTE													
1. Funzione Cardiocircolatoria	Educare	Abitudini e terapia Controllo parametri vitali														
	Sostenere	Fornire ausili Tramite tecniche														
	Compensare	Rilevazione parametri vitali Mantenere il decubito														
	Sostituire	Posizionare accesso venoso periferico. Mantenimento parametri vitali														
	Educare	Esercizi per la respirazione e tosse Gestione presidi respiratori														
2. Funzione Respiratoria	Sostenere	Fornire presidi per esercizi Mantenimento posture														
	Compensare	Gestire presidi respiratori Controllo postura, Parametri Vitali, O <sub>2</sub> terapia														
	Sostituire	Pulizia tracheostomia - aspirazione vie aeree Ventilazione invasiva														
	Educare	Caratteristiche idro-alimentari Abitudini dietetiche - alimentazione/Idratazione														
3. Alimentazione e Idratazione	Sostenere	Presidi e dispositivi Preparazione del pasto														
	Compensare	Aiutare all'assunzione dei cibi Aiutare all'assunzione delle bevande														
	Sostituire	S.N.G. - P.E.G. - Digiluno-stomia Parenterale														
	Educare	Abitudini e stili di vita e monitoraggio Corretto utilizzo dei presidi														
	Sostenere	Fornire ausili - presidi Migliorare il regime dietetico														
4. Eliminazione Urinaria e Intestinale	Compensare	Aiutare nell'eliminazione (microclisma - massaggio addominale) Posizionare ausili per l'eliminazione														
	Sostituire	Ottenere l'eliminazione - Catetere vescicale - Clisma intestinale Monitorare feci e urine														
	Educare	Fattori che possono influenzare l'igiene ed abbigliamento Modalità di mantenimento dell'igiene ed abbigliamento														
5. Igiene ed abbigliamento	Sostenere	Fornire ausili e presidi per l'igiene Fornire capi di abbigliamento														
	Compensare	Fornire un aiuto parziale per l'igiene Fornire un aiuto parziale per l'abbigliamento														
	Sostituire	Eseguire l'igiene totale Assicurare l'abbigliamento														

FIRMA



PAI



BISOGNI	OBIETTIVI	INTERVENTI	ATTUAZIONE DATA			ATTUAZIONE DATA			ATTUAZIONE DATA			ATTUAZIONE DATA			Struttura	Paz.	NOTE
			M	P	N	M	P	N	M	P	N	M	P	N			
6. Movimento	Educare	Istruire ad assumere e mantenere posture corrette All'utilizzo di ausili per eseguire la mobilizzazione															
	Sostenere	Favorire l'esecuzione di esercizi muscolari attivi Fornire ausili e presidi per la movimentazione															
	Compensare	Fornire un aiuto parziale nella deambulazione e movimentazione Aiuto parziale nell'utilizzo dei presidi															
	Sostituire	Assicurare la variazione del decubito Eseguire esercizi di mobilizzazione passiva															
	Educare	Al rispetto del ritmo circadiano Istruire su tecniche di rilassamento															
7. Riposo e sonno	Sostenere	Fornire ausili e presidi che consentono un riposo adeguato Monitorare il sonno ( Durata - Qualità)															
	Compensare	Utilizzo tecniche di rilassamento Mantenere le condizioni ambientali per un riposo adeguato															
	Sostituire	Somministrazione terapia farmacologica prescritta Posizionare il paziente in una posizione adeguata															
	Educare	Utilizzare ausili e tecniche per la comunicazione															
8. Valutazione della coscienza	Sostenere	Favorire la comunicazione per comprenderne lo stato emotivo															
	Compensare	Avvalersi di interpreti e/o collaboratori															
	Sostituire	Mezzi e metodi sostitutivi della comunicazione															
	Educare	Prevenire i rischi ambientali Istruire al corretto utilizzo del sistema di chiamata															
9. Ambiente sicuro	Sostenere	Fornire i presidi Mantenere l'ambiente sicuro															
	Compensare	Aiutare mediante l'utilizzo dei presidi															
	Sostituire	Attuare la sorveglianza															

Legenda per la compilazione	
B.A.I. aperto	V
B.A.I. chiuso	O
B.A.I. attivo	X

BAI APERTO V = NECESSITA' DI INTERVENTO ASSISTENZIALE  
 BAI CHIUSO O = CHIUSURA BAI DOPO ATTUAZIONE INTERVENTI  
 BAI ATTIVO X = ATTUAZIONE DELL'INTERVENTO

 <p style="text-align: center;">AO Brotzu <b>CAGLIARI</b></p>	 <p style="text-align: center;"><b>DIREZIONE SANITARIA</b></p> <p style="text-align: center;">Area delle Professioni Sanitarie "Formazione, innovazione, sviluppo percorsi assistenziali e documentazione correlata"</p>	<p style="text-align: center;"><b>Gruppo di lavoro 2</b></p> <p>Dr.ssa Bruna Dettori* Dr.ssa Marina Mastio** Dr. Fabiano Sulanas***</p>	
<p>Strategie per il governo clinico/assistenziale: la documentazione infermieristica nell' AOB</p>		<p>Rev. 0 Dicembre 2016</p>	<p>N. pagine 14 (inclusi n. 4 allegati)</p>

**Linee Guida per la corretta compilazione e archiviazione della  
Documentazione Infermieristica  
(Cartella Infermieristica e Schede Tecniche)**

* Dirigente delle Professioni Sanitarie infermieristiche e ostetriche – Direzione Sanitaria AOB
** Coordinatrice – Incaricata della P.O. "Formazione, innovazione, sviluppo percorsi assistenziali e documentazione correlata"- Direzione Sanitaria AOB
*** Infermiere specializzato in <i>Infermieristica forense</i> – Medicina 2, P.O. San Michele AOB

Sistema Sanitario Regione Sardegna  
Azienda Ospedaliera G. Brotzu  
P.le Ricchi, 1 - 09134 – Cagliari  
P.IVA: 02315520920

Area delle Professioni Sanitarie  
"Formazione, innovazione, sviluppo percorsi  
assistenziali e documentazione correlata"  
Tel. 070 539 982 N.B. 15543  
e-mail: [infodoc.profsanitarie@aob.it](mailto:infodoc.profsanitarie@aob.it)

Ospedale San Michele  
P.le Ricchi, 1  
09134 – Cagliari  
[www.aobrotzu.it](http://www.aobrotzu.it)

All " B " Pag. N. 1 di Fg. 14

# Indice

1.	Introduzione.....	pag.3
2.	Fonti normative.....	pag.4
3.	Contenuti della CI e regole per la corretta compilazione.....	pag.5
	3.1 Definizione	
	3.2 Requisiti sostanziali	
	3.3. Requisiti formali	
4.	Tenuta e archiviazione della CI.....	pag.7
	4.1. Premessa	
	4.2. Responsabilità del coordinatore infermieristico	
	4.3. Riservatezza dei dati	
	4.4. Modalità di elaborazione e conservazione	
	4.5. Conclusioni	
5.	Allegati .....	pgg.8 -13
6.	Biblografia e sitografia.....	pag.14

## 1. Introduzione

Le presenti Linee guida sono elaborate da un gruppo di lavoro nell'ambito del progetto aziendale denominato "Costruzione di un modello unico di Cartella Infermieristica", al fine di fornire elementi e indicazioni univoche sulle modalità di strutturazione, compilazione e gestione della documentazione infermieristica.

La Cartella Infermieristica (CI), unitamente alle schede tecniche, è la parte fondamentale della documentazione infermieristica e costituisce elemento essenziale e integrante della documentazione clinica della persona assistita. Essa rappresenta uno strumento di lavoro, in formato cartaceo o informatico, atto a documentare le fasi del processo di *nursing*, la cui funzione principale è quella di raccogliere ogni informazione utile relativa alle persone ricoverate/assistite, al fine di valutare e decidere le modalità assistenziali più appropriate per risolvere il problema di salute.

In quanto strumento informativo, la CI raccoglie e organizza, in modo sequenziale e sistematico, i dati relativi all'assistenza infermieristica e si caratterizza per i sottoelencati contenuti e elementi costitutivi fondamentali:

- \* la descrizione dell'accoglienza della persona assistita (raccolta dati, valutazione bisogni di assistenza);
- \* l'individuazione degli obiettivi/bisogni e la pianificazione assistenziale (piano di assistenza);
- \* la registrazione di osservazioni/situazioni e di atti/interventi infermieristici (diario e schede tecniche);
- \* la valutazione delle prestazioni e la dimissione (indicatore di risultato).

Non esistono, allo stato attuale, norme giuridiche o prescrizioni di altra natura che definiscano in modo vincolante una specifica struttura di CI. Al fine di individuarne i requisiti caratterizzanti e strutturali è opportuno, pertanto, fare riferimento a quanto indicato dalla Giurisprudenza amministrativa, secondo cui

*"Al diario infermieristico, secondo la giurisprudenza (soprattutto penale) si deve invece riconoscere la qualifica di atto pubblico in senso lato, sia pure atto interno, posto in essere da un pubblico impiegato incaricato di pubblico servizio per documentare fatti inerenti all'attività da lui svolta e al pubblico servizio per uno scopo inerente le sue funzioni. Natura quantomeno analoga deve presumibilmente riconoscersi alla cosiddetta cartella infermieristica. Essa è un documento fondamentale secondo le moderne concezioni dell'assistenza socio-sanitaria. La cartella infermieristica è uno strumento specificamente riconosciuto dal D.P.R. 384/1990 che recepisce l'accordo per il contratto collettivo dei dipendenti del SSN (artt. 69 e 135). L'adozione della cartella viene indicata, da tale fonte normativa, quale elemento di valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica erogata. Peraltro, in mancanza di una puntuale determinazione normativa inerente i dati assistenziali e sanitari da riportarsi nella predetta, il contenuto della cartella deve ricavarsi dall'attività infermieristica, così come oggi la intende il quadro normativo dopo le innovazioni apportate con le riforme dell'esercizio professionale operate dalle leggi 42/99 e 251/2000" (...). Al riguardo dalla suddetta normativa e dallo stesso D.M. 739/94 possono evincersi gli elementi costitutivi della cartella infermieristica, anche quale documentazione, ai fini giuridici, degli atti assistenziali, identificabili nelle sotto elencate parti: la raccolta di dati anamnestici- la pianificazione degli interventi- il diario infermieristico - le schede della terapia, dei parametri vitali e degli esami diagnostici - la valutazione dell'assistenza prestata all'utente".*

**(TAR Trentino Alto Adige, Sent. 14 marzo 2005, n. 75).**

Dal punto di vista giuridico, il pieno riconoscimento della figura dell'Infermiere come *professione sanitaria* porta a riconoscere che le azioni infermieristiche possono assumere, nell'ambito di determinate procedure o prestazioni, le caratteristiche di attività esercitata da un pubblico ufficiale. La qualifica di pubblico ufficiale, a norma dell'art. 357 c.p., sussiste nelle ipotesi di formazione e manifestazione della volontà della pubblica amministrazione o dal suo svolgersi per mezzo di poteri autoritativi o certificativi. In tal senso, come sostenuto dal Collegio IPASVI, *"una moderna lettura degli artt. 357 e 358 del codice penale lascia intendere che tutti i professionisti sanitari devono considerarsi sia pubblici ufficiali, sia incaricati di pubblico servizio; in ragione dell'una o altra funzione specifica realizzata in un dato momento e contesto. Il medico di guardia è un incaricato di pubblico servizio e pertanto, quando compila un certificato, esercita una funzione di pubblico ufficiale. L'infermiere che svolge l'assistenza in una struttura è un incaricato di pubblico servizio; quando compila, ad esempio, una scheda di triage riveste la qualifica di pubblico ufficiale. Con queste premesse è plausibile affermare che sia la documentazione medica (cartella medica), sia la documentazione infermieristica (cartella infermieristica) – entrambe intese come atto pubblico – integrano il documento definito "cartella clinica". La cartella clinica dunque, come tale, non identifica solo la documentazione medica, ma diviene un documento di valore legale che contiene tutta l'evoluzione della situazione clinico/assistenziale di una persona, dal ricovero alla dimissione".*

(Federazione Nazionale IPASVI - Quaderno n°1/2009)

Per quanto sopra descritto, in ordine alla qualificazione giuridica della professione infermieristica e della documentazione correlata, si afferma che *"Il riconoscimento della professione infermieristica come professione sanitaria, introdotto dalla legge 42/99, ha completamente modificato la qualificazione giuridica della documentazione infermieristica, conferendogli pari dignità rispetto a quella medica; insieme a quest'ultima costituisce oggi la raccolta organica di tutti i dati e le informazioni riguardanti l'assistito.*

*Il punto nodale si focalizza non tanto sulla categoria professionale che effettua la rilevazione, ma sul contenuto della stessa e sul valore giuridico probatorio ad essa riconosciuto; pertanto si deve parlare di documentazione sanitaria di cui fa parte a pieno titolo anche la documentazione o la cartella infermieristica. La documentazione può includere registrazioni cartacee o computerizzate, può essere standardizzata, composta da fogli singoli di registrazione o da schede con un'enorme validità degli strumenti utilizzati."[...] Compilare la CI significa esercitare una funzione notarile che attesta quanto svolto nell'esercizio dell'attività sanitaria, con valenza probatoria privilegiata rispetto ad altri mezzi di accertamento della verità."*  
(Federazione Nazionale IPASVI – Quaderno 1/2009 - Documentazione Infermieristica).

## 2 . Fonti normative

- **DPR 225/74 (abrogato dalla legge 42/99):** "Registrazione su apposito diario delle prescrizioni mediche, delle consegne e delle osservazioni eseguite durante il servizio (art. 1, punto b)" - "Tenuta e compilazione dei registri e dei moduli di uso corrente"
- **DPR 384/90:** "Deve attuarsi un modello di assistenza che consenta, anche attraverso l'adozione di una cartella di assistenza infermieristica un progressivo miglioramento dell'assistenza al cittadino (art. 57, lettera d)"
  - DM 739/94:** "L'infermiere:
    - a) partecipa alla 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."
- **DM 24/07/1996 - Tabella b:** Standard formativo pratico e di tirocinio: "lo studente, alla fine del terzo anno di corso deve: essere in grado di pianificare, fornire, valutare l'assistenza infermieristica rivolta 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".
- **DPR 37/97:** "Devono essere predisposte con gli operatori delle linee-guida che indichino il processo assistenziale con il quale devono essere gestite le evenienze cliniche più frequenti o di maggiore gravità".
- **Codice Deontologico 1999:** "L'infermiere garantisce la continuità assistenziale anche attraverso l'efficace gestione degli strumenti informativi" (art. 4.7)".
- **Legge 42/99** (Abrogazione del "Mansionario dell'infermiere")

"2. Dalla data di entrata in vigore della presente legge sono abrogati il regolamento approvato con DPR 225/74 [...].  
Il campo proprio di 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).
- **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 collettività, [...] utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza". (art. 1).
- **TAR del Trentino-Alto Adige, Sentenza n. 75 del 14 marzo 2005,**
- **Codice Deontologico 2009**
  - "L'infermiere riconosce il valore della informazione integrata multiprofessionale e si adopera affinché 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 nelle passaggio di 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 IV).

### 3. Contenuti della Cartella Infermieristica e regole per la corretta compilazione

#### 3.1 Definizione

La cartella infermieristica è lo strumento operativo progettato e gestito dall'Infermiere, che permette di documentare le attività assistenziali effettuate nei confronti della persona assistita.

Dal punto di vista giuridico e professionale, la cartella infermieristica consente di dimostrare:

- la corretta applicazione del processo di assistenza, inteso come presa in carico del paziente e sua valutazione psicofisica e sociale;
- l'individuazione dei problemi assistenziali e la definizione dei relativi obiettivi;
- la definizione del piano di assistenza
- la documentazione delle attività svolte e la valutazione dei risultati scaturiti dall'assistenza erogata.

La cartella, se utilizzata nel modo corretto, agevola molto l'attività quotidiana perché permette di effettuare una valutazione sistematica della persona assistita, secondo dei parametri oggettivi e quindi potenzialmente consente di erogare un'assistenza ai più alti livelli qualitativi.

L'utilizzo della cartella infermieristica richiede:

- una competenza che va oltre l'abilità tecnica;
- la conoscenza delle maggiori teorie del nursing;
- la conoscenza della corretta applicazione della metodologia clinica infermieristica.

Come tutti i percorsi di implementazione, ha bisogno di momenti di verifica e di confronto fra i componenti dei gruppi di lavoro delle varie aree assistenziali. Dalla ricerca metodologica di miglioramento delle prestazioni assistenziali nasce l'esigenza di procedere alla strutturazione di una guida sulla documentazione infermieristica nell'Azienda Ospedaliera Brotzu di Cagliari e contestualmente dell'elaborazione di una proposta di modello unico di Cartella Infermieristica.

#### 3.2 Requisiti sostanziali della CI

I requisiti sostanziali sono:

\* **La veridicità**

È il più significativo e indica l'effettiva corrispondenza fra il dato registrato e il fatto, tra quanto osservato, percepito, pianificato eseguito e quanto scritto.

\* **La completezza e la precisione**

I dati riportati devono essere il più possibile capaci di descrivere quello che è accaduto, dandone una visione completa, per cui non si devono trascurare o omettere elementi che possano essere essenziali. Quanto effettuato, obiettivamente raccolto, valutato e pianificato deve essere riportato per iscritto nel modo più aderente e conforme possibile a quanto accaduto. I dati obiettivi possono essere corredati dalle opportune valutazioni. Ogni singola annotazione deve essere firmata in modo da rendere possibile l'attribuzione di ogni attività ai singoli professionisti.

\* **La chiarezza e la comprensibilità**

La registrazione (grafia e comprensione del testo) deve essere chiaramente leggibile da parte di chiunque senza possibili interpretazioni.

\* **La tempestività**

La registrazione di ogni annotazione deve essere effettuata contestualmente al verificarsi dell'evento. Anche in casi eccezionali (urgenze e/o emergenze) i fatti devono essere registrati il prima possibile: *"La cartella è un atto pubblico che esplica la funzione di diario dell'intervento medico e dei relativi fatti clinici rilevanti, sicché i fatti devono essere annotati conformemente al loro verificarsi"* (Cassazione 22694/2005).

I requisiti sostanziali si declinano nel contenuto della cartella, quali elementi che certificano come vera la registrazione di quanto avvenuto, valutato, realizzato. Nella Tabella 2 (allegato 2, pag.9) sono descritti gli elementi di correttezza che esprimono la presenza dei requisiti sostanziali e gli strumenti utilizzabili.

\*(Quaderni IPASVI 1/2009 - Documentazione Infermieristica)



### 3.3 Requisiti formali della CI

Gli elementi che denotano una corretta registrazione formale sono:

**\* I fatti indicati che devono rispondere al vero**

- Non inserire opinioni personali;
- Riportare i fatti, se si riferiscono osservazioni del paziente esplicitare che sono del paziente
- (es. Il paziente riferisce "ho dolore");
- Meglio inserire eventuale dissenso del paziente alle cure o non collaborazione o altre frasi rilevanti tra virgolette;
- In caso di segnalazione di incidenti o eventi avversi inserire l'accaduto e gli esiti per l'assistito
- (es. "il paziente è caduto alle ore 18.00, è stato chiamato il medico di guardia, è stato posizionato ghiaccio in sede..."), senza inserire giustificazioni;
- Scrivere quanto messo in atto, riportando anche, se necessario e possibile, le reazioni della persona;
- Scrivere solo quello che si è messo in atto personalmente;
- Non sostituirsi ad altri nel rispetto degli ambiti di competenza;
- Se si è in disaccordo con una indicazione clinica, rileggere bene tutta la documentazione e eventualmente registrare il proprio dissenso e l'eventuale rationale, senza commenti o giustificazioni.

**\* La contestualità**

- Riportare sempre data e ora dell'accertamento, delle annotazioni e rilevazioni;
- Se costretti a posticipare le annotazioni, evidenziare l'orario dei diversi momenti;
- Scrivere le prestazioni via via che si eseguono, senza rimandare a un momento successivo.

**\* La cartella deve essere completa e corretta in termini di ordine logico e cronologico**

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

**\* Accorgimenti e cautele in caso di correzione di errori materiali**

Le cancellature non sono ammesse ma:

- si può correggere l'errore tracciando una linea sopra in modo che sia leggibile;
- Non usare correttori o cancellature che impediscono di leggere il contenuto sottostante;
- Scrivere la correzione di seguito;
- Non scrivere fuori riga;
- Le correzioni effettuate in momenti successivi devono riportare chiaramente a cosa si riferiscono e perché sono effettuate, con data, ora e firma di chi annota;
- Non aggiungere annotazioni dimenticate utilizzando spazi bianchi ristretti;
- Non lasciare spazi vuoti.

**\* La cartella deve essere chiara e leggibile (grafia, testo e terminologia)**

- Scrittura e firma devono essere sempre leggibili (sigle depositate);
- Scrivere sempre a penna con inchiostro indelebile e in modo leggibile;
- Usare solo simboli e abbreviazioni codificati e allegare la legenda;
- Utilizzare solo termini tecnici corretti scientifici e in lingua italiana;
- Non utilizzare espressioni generalizzate;
- Non usare parole ambigue (es. molto, poco, grande, probabile);
- Trasformare le affermazioni in negativo (no dolore) in positivo (assenza di dolore);
- Evitare annotazioni ridondanti, scrivere in modo sintetico e completo.

## 4. Tenuta, custodia e archiviazione della documentazione infermieristica

### 4.1 PREMESSA

La documentazione sanitaria è definita "bene culturale" e l'organizzazione sanitaria ha il dovere di tutelarla, così come stabilito dal decreto legislativo 22 gennaio 2004, n.42, "Codice dei beni culturali e del paesaggio ai sensi dell'art.10 della 6 luglio 2002, n.137".

La Cartella Infermieristica (CI), in quanto documentazione sanitaria, costituisce parte integrante della cartella clinica e possiede gli stessi requisiti e la medesima natura giuridica anche per quel che riguarda il segreto professionale e la tutela della riservatezza dei dati personali.

È pertanto opportuno, al momento della dimissione del paziente, unificare le due cartelle per l'archiviazione, ancorché durante il tempo del ricovero, i luoghi, le modalità di conservazione e di accesso alla consultazione delle stesse possano essere differenti.

### 4.2 RESPONSABILITA' DEL COORDINATORE

Il coordinatore infermieristico deve:

- Vigilare sulla corrispondenza dei dati registrati nella CI durante tutto il processo assistenziale e verificare sistematicamente la corretta compilazione della CI, dalla fase di accettazione del paziente e fino al momento della sua dimissione.
- All'atto della chiusura della CI, sulla base dell'esito delle condizioni cliniche del paziente, provvedere alla validazione formale del contenuto, firmando in un apposito spazio previsto nel frontespizio e alla corretta conservazione della stessa in reparto.
- Conservare correttamente e archiviare la documentazione infermieristica. Dette responsabilità sono a carico del Coordinatore sino alla dimissione del paziente e alla permanenza della documentazione in reparto. Dal momento in cui la cartella è trasmessa all'archivio centrale, la responsabilità generale sull'archiviazione, conservazione, vigilanza, integrità, completezza e rilascio di essa è del Direttore Sanitario. Al riguardo, il Direttore Sanitario o il Direttore Medico di presidio ospedaliero, riconoscendo l'importanza della CI, al fine di documentare le attività svolte dall'infermiere deve disporre formalmente l'archiviazione della stessa unitamente alla cartella clinica della persona ricoverata.

### 4.3 MODALITA' DI ELABORAZIONE E CONSERVAZIONE

La documentazione infermieristica elaborata da sistemi informatici elettronici, deve essere necessariamente riprodotta su supporto cartaceo, al fine di avere valore giuridico. In ogni caso assume validità legale se sottoscritta con firma digitale (come previsto dall'art. 2702 del Codice Civile).

La custodia della CI 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).

### 4.4 RISERVATEZZA DEI DATI

Durante l'assistenza alla persona ogni informazione riguardante l'andamento delle cure e tutte le altre notizie che rientrano fra i dati cosiddetti "sensibili", non deve essere divulgata se non previa autorizzazione dell'assistito. A tal proposito si riporta il comma 4.8 del codice deontologico dell'infermiere a cui uniformare pensieri ed azioni: *"L'infermiere rispetta il segreto professionale non solo per obbligo giuridico, ma per intima convinzione e come risposta concreta alla fiducia che l'assistito ripone"*.

### 4.5 CONCLUSIONI

Si auspica che le presenti Linee guida rappresentino uno stimolo agli infermieri per studi più approfonditi atti a migliorare le prestazioni assistenziali alle persone, che si rivolgono alle nostre strutture sanitarie per le necessità di salute. In allegato si riportano alcuni passaggi estratti dal citato Quaderno IPASVI, riguardanti le linee-guida per la documentazione del processo assistenziale e l'utilizzo di specifici strumenti codificati (Tab. 1-2).

Una importante raccomandazione riguarda il "Consenso alle prestazioni infermieristiche", per il quale si rimanda all'apposito allegato 3.

Infine viene esplicitato il rationale del "Modello delle prestazioni infermieristiche" di Marisa Cantarelli, a cui si sono ispirati i gruppo di lavoro per la costruzione della CI, (Allegato 4).

**DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA -  
PROCESSO DI ASSISTENZA E STRUMENTI**

Fasi del processo di assistenza	Principali strumenti e attività	Elementi/contenuto (da registrare)
Raccolta dati	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Scheda di accertamento</li> <li>• Scale di valutazione</li> </ul>	Di natura disciplinare <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modello concettuale di riferimento</li> </ul> Dati generali relativi all'identificazione della persona, alla modalità di presa in carico e alla patologia
Identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Schede piano standard</li> <li>• Piano individualizzato</li> </ul>	Bisogni di assistenza infermieristica, diagnosi infermieristica/problemi collaborativi
Definizione degli obiettivi e pianificazione	Schede per problemi	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obiettivo (soggetto, azione, condizione, tempo)</li> </ul> Prescrizione infermieristica (verbo, azione, frequenza)
Attuazione/registrazione	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diario infermieristico (in forma libera/strutturata)</li> <li>• Schede tecniche/accessori e per gestire in modo uniforme una stessa tipologia di interventi o osservazioni</li> <li>• Schede per le procedure terapeutiche e diagnostiche</li> <li>• Protocolli e procedure</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Effettiva realizzazione degli interventi assistenziali, valutazione in progress dei problemi del paziente e relative modificazioni</li> <li>• Effettuazione di trattamenti diagnostici e terapeutici</li> </ul> Ogni registrazione va firmata, indicando la data e l'ora, la firma è siglabile
Valutazione	Scheda di dimissione/trasferimento	Risultati ottenuti riferiti all'obiettivo o agli obiettivi prefissati/scostamenti; La valutazione continua si riporta nell'attuazione (diario infermieristico)

All" B " Pag. N. 8 di Fg. 14

**ELEMENTI DI CORRETTEZZA E STRUMENTI**

Modalità/contenuti	Strumenti
Registrazione in progressione cronologica del processo assistenziale, delle annotazioni e considerazioni	Cartella, schede documentali, diarie
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dati completi, non solo di tipo anagrafico ma anche anamnestico</li> <li>• rilevazione di dati obiettivi in relazione alle condizioni di salute attuali;</li> <li>• informazioni relative alle condizioni psico-sociali della persona; rilevazione dei dati sul livello di autonomia</li> </ul>	Schede di accertamento e scale di valutazione
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica, di problemi/alterazioni rilevati, di situazioni di rischio</li> <li>• Definizione delle finalità dell'assistenza infermieristica, degli obiettivi per la persona assistita e pianificazione dell'assistenza;</li> <li>• Valutazione dei possibili rischi futuri</li> </ul>	Piano di assistenza standard/individualizzato Scheda per problemi/per singoli bisogni (es. scheda eliminazione, alimentazione, mobilitazione) Scheda medicazioni, protocollo dolore post operatorio
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Registrazione interventi tecnici, informativi e educativi</li> <li>• Sostituzione nel soddisfacimento dei bisogni della persona</li> <li>• Monitoraggio clinico</li> <li>• effettuazione delle procedure con finalità diagnostiche e terapeutiche</li> <li>• informazione/educazione sanitaria/educazione terapeutica</li> <li>• mantenimento delle abilità residue</li> <li>• potenziamento delle capacità di adattamento alla condizione clinica, alla prognosi e agli esiti</li> <li>• coinvolgimento delle persone di riferimento</li> <li>• Monitoraggio delle condizioni cliniche/adattamento della persona all'ambiente ospedaliero, territoriale, sociale</li> <li>• Valutazione periodica del grado di raggiungimento degli obiettivi</li> <li>• Rilevazione dei rischi e delle misure per garantire la sicurezza della persona</li> <li>• Gestione problematiche particolari (presidi, medicazioni, dolore, etc.)</li> </ul> Prescrizioni infermieristiche di attribuzione di attività agli OSS	Scheda per singoli bisogni/problemi (scheda eliminazione, alimentazione, mobilitazione) Scheda rilevazione parametri Scheda medicazioni, protocollo dolore post operatorio o per la gestione di problematiche particolari Diario clinico Protocolli e procedure adottate in allegato Prevedere appositi spazi (o schede dedicate) per le registrazioni da parte degli operatori di supporto circa lo svolgimento delle prescrizioni infermieristiche Spazi per ulteriori note
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Segnalazione di eventuali trasferimenti per esigenze diagnostiche e/o terapeutiche e le modalità di svolgimento registrazione esiti finali assistenza</li> </ul>	Scheda di dimissione/trasferimento infermieristica integrata alla scheda medica Scheda rilevazione parametri/diario clinico Schede utilizzate per rilevazione problemi

All " B " Pag. N. 9 di Fg. 14

## L'Infermiere e il *consenso informato*

Il consenso informato è la manifestazione di volontà che il paziente (previamente informato in maniera esauriente dal sanitario su natura e possibili sviluppi del percorso terapeutico) dà per l'effettuazione di interventi di natura invasiva sul proprio corpo.

Il consenso informato è un momento importante nel rapporto che il sanitario intrattiene con il paziente. Esso è funzionale, da un lato, a fondare la fiducia del paziente con il sanitario e, dall'altro, a rendere partecipe, responsabilizzandolo, il paziente sulle ragioni e la fondatezza del percorso terapeutico individuato, secondo scienza e coscienza, dal medico stesso. Il consenso a qualunque atto sanitario è regolato in via generale dall'art. 13 e 32 della Costituzione. Il primo prevede che "la libertà personale è inviolabile", mentre il secondo prevede che: "nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge". In sostanza nessun trattamento sanitario può essere imposto ad un cittadino che non vi acconsenta, ad eccezione degli specifici casi previsti espressamente dalla legge (es. i trattamenti sanitari obbligatori). Il consenso, così come il dissenso, che si esplica tramite il rifiuto di sottoscrivere la modulistica che accompagna l'informazione, deve essere chiaramente cosciente e cioè, nei limiti delle conoscenze sanitarie del paziente, acquisito. Non si richiede che il paziente acquisisca le conoscenze tecnico chirurgiche dell'operazione, ma si richiede che venga informato con specificità della sua situazione personale circa i benefici che si potrebbe aspettare dal trattamento sanitario, le diverse tecniche terapeutiche (farmacologiche o operatorie) e quindi le modalità di intervento che possano incidere sulle condizioni fisiche e psichiche o sul bene vita considerato come vita di relazione e incidenza sul modo di vivere (es. deturpazioni estetiche a fronte di un guadagno funzionale che devono essere valutati dal paziente nei costi/benefici).

Inoltre tale informazione deve essere corretta, cioè corrispondente alla verità evitando di sminuire od esagerare i diversi aspetti legati al trattamento. Dal punto di vista giuridico, l'informazione per quanto concerne l'atto sanitario e la raccolta del relativo consenso spetta al medico che deve effettuare lo specifico trattamento, mentre all'infermiere spetta quella concernente il suo specifico ambito professionale. Il modulo informativo viene sottoscritto dal paziente o dal suo legale rappresentante e dal medico che raccoglie il consenso reso. Il Decreto Ministeriale 739/94, che delinea il Profilo professionale dell'infermiere, prevede l'erogazione di prestazioni di natura tecnica, relazionale ed educativa; dunque l'informazione al paziente per quanto concerne il suo specifico professionale è una prestazione infermieristica. La natura educativa e relazionale dell'assistenza affermata appunto dal profilo, indica chiaramente che l'infermiere ha una competenza informativa autonoma, ma svolge anche la funzione di anello di congiunzione tra paziente e medico. Il Codice Deontologico dell'Infermiere del 2009, all'articolo 20 afferma che: "l'infermiere ascolta, informa, coinvolge la persona e valuta con la stessa i bisogni assistenziali, anche al fine di esplicitare il livello di assistenza garantito e consentire all'assistito di esprimere le proprie scelte" e all'articolo 24 afferma che: "l'infermiere aiuta e sostiene l'assistito nelle scelte, fornendo informazioni di natura assistenziale in relazione ai progetti diagnostici e adeguando la comunicazione alla sua capacità di comprendere". L'infermiere, oltre a trasmettere dati e informazioni, spesso si trova a dover fornire chiarimenti sui vari aspetti del vissuto di malattia su cui il paziente pone domande.

L'operatore, consapevole della delicatezza di questa informazione e del suo impatto emotivo sul malato, deve adoperarsi in modo da renderla onesta, veritiera e completa. Il modulo di consenso, pertanto, è una registrazione del trattamento rispetto al quale il paziente si è detto d'accordo, ed è responsabilità dell'infermiere tanto quanto del medico assicurarsi che il consenso sia effettivamente informato. L'infermiere può anche decidere di non cooperare ad un procedimento, se è convinto che la decisione con cui si acconsente ad esso non è veramente informata. L'infermiere, potrà anche essere chiamato a presenziare quale testimone alla procedura informativa ed alla raccolta da parte del medico del consenso informato. Anche in questa ipotesi la responsabilità della procedura rimane al medico, il quale risponderà di eventuali omissioni a riguardo. È importante, però, che l'infermiere non avvalori con la sua presenza procedure informative scorrette. La comunicazione in merito a trattamenti diagnostici e terapeutici non è di interesse infermieristico, mentre lo è la comunicazione in merito a particolari situazioni di disagio del malato inerenti la sua situazione di malattia. L'infermiere non può sostituire il medico quando l'informazione non è stata data, ma, per la sua professionalità, ha sicuramente un ruolo nel favorire il passaggio delle informazioni e nel dare supporto emotivo al paziente. L'operatore instaura con la persona una relazione d'aiuto in cui rassicura l'utente e lo aiuta a renderlo partecipe alla decisione, verificando che quanto detto dal medico sia stato effettivamente compreso. Spesso, infatti, è proprio all'infermiere che il paziente confida le sue perplessità, quindi può farsi da tramite per ulteriori e più approfonditi colloqui fra medico e paziente.

### **Validità del consenso**

In sintesi il consenso del paziente, per risultare giuridicamente valido, deve essere:

- esplicito, cioè manifestato in maniera non equivocabile al sanitario;
- personale, cioè deve essere prestato esclusivamente dal soggetto interessato al trattamento sanitario, salvo il caso di situazioni di emergenza, minori d'età, infermi di mente;
- libero nel senso che non deve essere condizionato da altri soggetti (parenti, medici etc.);
- consapevole nel senso che deve essere prestato solo dopo che il paziente ha ricevuto tutte le informazioni necessarie;
- attuale, deve essere prestato prima dell'inizio del trattamento e può essere revocato dal paziente;
- specifico, deve riguardare il determinato trattamento sanitario prospettato dal medico.

## CONSENSO INFORMATO ALLE PRESTAZIONI INFERMIERISTICHE

Consenso ai sensi del Decreto Ministeriale 739/94  
Codice Deontologico dell'Infermiere del 2009 artt. 20/24

La presente informativa ha lo scopo di ottenere il consenso alle azioni e procedure infermieristiche, previste nel piano assistenziale, che dovessero rendersi necessarie per il miglioramento delle condizioni cliniche del paziente:

- Posizionamento/rimozione di presidi medico-chirurgici o dispositivi invasivi;
- Somministrazione/esecuzione di terapie di competenza infermieristica;
- Prelievo di materiale biologico per le necessità diagnostiche INDICATE / PRESCRITTE ;

Dati identificativi del paziente \_\_\_\_\_

nat \_\_\_\_ a \_\_\_\_\_, il \_\_\_\_\_

Oppure in qualità di amministratore di sostegno \*:

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_

nato a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

Dichiaro

di aver ricevuto un'informazione comprensibile ed esauriente sull'atto infermieristico proposto, attraverso:

- informativa fornita;
- colloquio con un infermiere;

di essere a conoscenza della possibilità di **revocare\*\*** il presente consenso in qualsiasi momento e di chiedere ogni ulteriore informazione qualora lo desideri.

Data \_\_\_\_\_ Firma paziente \_\_\_\_\_

Firma Infermiere \_\_\_\_\_

### NOTE

\* Da compilarsi in caso di incapacità di agire (es. minore età, interdizione), a cura dell'amministratore di sostegno.

\*\* In caso di revoca, la stessa va trascritta nel Diario Infermieristico (indicando data, ora e firma dell'assistito)

<b>Il Modello concettuale di Marisa Cantarelli</b>
--

Marisa Cantarelli, illustre studiosa italiana del *Nursing* propone un modello manageriale, che chiama *Modello delle prestazioni infermieristiche* il quale implica che l'infermiere non debba essere un mero esecutore passivo, ma un professionista sanitario **attivo** che agisce in modo *completo, autonomo e responsabile*. Per la corretta e completa applicazione del processo assistenziale, l'autrice, dopo aver chiarito i concetti di bisogno, uomo, salute e ambiente, individua i bisogni di assistenza infermieristica:

1. bisogno di respirare
2. bisogno di alimentarsi e idratarsi
3. bisogno di eliminazione urinaria e intestinale
4. bisogno di igiene
5. bisogno di movimento
6. bisogno di riposo e sonno
7. bisogno di mantenere la funzione cardiocircolatorie
8. bisogno di un ambiente sicuro
9. bisogno di interazione nella comunicazione
10. bisogno di procedure terapeutiche
11. bisogno di procedure diagnostiche

Ad ogni bisogno corrisponde e deve essere correlata una particolare prestazione infermieristica:

1. assicurare la respirazione
2. assicurare l'alimentazione e l'idratazione
3. assicurare l'eliminazione urinaria e intestinale
4. assicurare l'igiene
5. assicurare il movimento
6. assicurare il riposo e il sonno
7. assicurare la funzione cardiocircolatoria
8. assicurare un ambiente sicuro
9. assicurare l'interazione nella comunicazione
10. applicare le procedure terapeutiche
11. eseguire le procedure diagnostiche

Nell'erogare la prestazione l'infermiere attiva delle azioni, che nell'ambito dell'infermieristica, nel pieno rispetto dell'autonomia e dell'indipendenza professionale, garantiscono la continuità assistenziale della persona.

La prestazione applicata prevede che l'infermiere sia consapevole e responsabile dell'azione orientata a:

- indirizzare
- guidare / educare
- sostenere
- compensare
- sostituire

rispetto ai bisogni di assistenza che emergono dall'anamnesi infermieristica.

Per quanto concerne le procedure diagnostiche e terapeutiche l'azione va esplicitata nei limiti delle proprie competenze, tenendo conto delle prescrizioni mediche. Il modello della Cantarelli è già stato sperimentato con successo in alcune realtà nazionali. E' un modello manageriale nuovo, che richiede che gli infermieri sviluppino maggiore *empowerment*, autonomia e motivazione.

Esso rappresenta una forte gratificazione in quanto l'infermiere realizza il passaggio da un'assistenza tecnica standardizzata ad un'assistenza per prestazioni, più personalizzata e professionale. Il modello della Cantarelli ha inoltre il merito di essere logico, conseguente, razionale, applicabile nella realtà concreta con relativa facilità. Permette, soprattutto, di documentare e misurare l'attività infermieristica con grande precisione e raffinatezza.

All " <u>B</u> " Pag. N. <u>12</u> di Fg. <u>16</u>
---

## La composizione della Cartella Infermieristica (CI) secondo il modello Cantarelli

Ispirandosi al *Modello delle prestazioni infermieristiche* della Cantarelli e in osservanza alle linee guida della Federazione Nazionale IPASVI, riguardanti la struttura della CI, qui di seguito si descrive un modello documentale studiato dai gruppi di lavoro infermieristici, nell'ambito del progetto "Costruire un modello unico di Cartella Infermieristica".

La CI è strutturata in tre parti: **il modello comune (A), la parte specifica (B), la copertina (C).**

### A) Il modello comune rappresenta:

- **la fase assistenziale iniziale**, cioè il momento in cui l'Infermiere accoglie il paziente e lo valuta per una corretta presa in carico. I principali strumenti di questa fase sono l'accertamento infermieristico e le scale di valutazione (vedi la sezione 1 = **Raccolta Dati**, sezione 2-3 = **Valutazione dei Bisogni di Assistenza Infermieristica**), la valutazione del patrimonio venoso.

In questa fase l'Infermiere effettua l'individuazione dei **Bisogni di Assistenza Infermieristica (B.A.I.)** attraverso un elenco di 9 *items*: a ciascun bisogno / *item* corrisponde una prestazione infermieristica che deve essere **pianificata** in termini di obiettivi e interventi (vedi il foglio PAI = **Piano di Assistenza Infermieristica**).

Il BAI "aperto" significa che a conclusione della valutazione infermieristica è stato individuato un bisogno di assistenza che necessita di intervento. Se il BAI non è aperto, è sufficiente rilevare la normalità dei parametri indicati nell'*item* (es. normocardia, eupnea, autonomia nel movimento, etc.). Il BAI può essere aperto anche in un momento assistenziale successivo all'accettazione, in questo caso indicare l'apertura del bisogno nel PAI.

### **Il modello comune include anche:**

- la valutazioni dei rischi e del dolore, la chiusura dell'accertamento infermieristico (sezione 4);
- il consenso informato infermieristico (sezione 5);
- la gestione degli effetti personali "GEP" (sezione 6);
- la pianificazione e la registrazione degli esami diagnostici di laboratorio, radiologia, es. strumentali, consulenze mediche e delle professioni sanitarie, (sezione 7-8);
- la registrazione di dispositivi invasivi gestiti dal professionista Infermiere (sezione 9-10).

Nell'ultima parte del modello è presente la valutazione finale (interno della copertina = **Valutazione Infermieristica Finale**)

**Gli allegati obbligatori** al modello comune (**PAI e Diario Infermieristico**) rappresentano **le fasi assistenziali successive**, in cui l'Infermiere effettua l'azione ( l'esecuzione degli interventi e trascrizione nel PAI) e la registrazione di atti infermieristici, di osservazioni/situazioni in ordine cronologico (**Diario con l'indicazione di data, orario, firma dell'Infermiere**).

### **B) Schede specifiche di area assistenziale**

A seconda dell'area assistenziale al modello comune saranno associate più schede tecniche (di area chirurgica, internistica, critica e pediatrica) in cui devono essere registrate specifiche attività. Nel retro della copertina della CI sono elencate le suddette schede, da integrare alla cartella, a seconda delle necessità.

**C) Copertina:** indicazione della struttura di ricovero e nome dell'assistito(frontespizio);  
valutazione infermieristica finale (foglio interno); dati riguardanti la composizione della CI (retro)

### **Cartelle infermieristiche predisposte per area assistenziale** CODIFICA

Area Internistica	MOD. D.S. 001	10 pagine + allegati (DI e PAI)
Area Chirurgica	MOD. D.S. 002	10 pagine + allegati (DI e PAI)
Area Critica /Terapia Intensiva	MOD. D.S. 003	10 pagine + allegati (DI e PAI specifico)
Area Pediatrica	MOD. D.S. 004	8 pagine + allegati (DI e PAI)
Area Neonatale	MOD. D.S. 005	8 pagine + allegati (DI e D. allattamento) Nota: per questa particolare area assistenziale è stata revisionata e codificata una CI, già in uso da alcuni anni.



## RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI E SITOGRAFICI

- CANTARELLI M. - *Il modello delle prestazioni infermieristiche*, II° edizione Milano, Collana di scienze infermieristiche, Milano, Edizioni Masson , 2003
- CALAMANDREI C. e ORLANDI C.- *La dirigenza Infermieristica*, IV° edizione, Milano Edizioni MCGRAW-HILL, 2010
- CALAMANDREI C. e ORLANDI C. - *La dirigenza Infermieristica*, III° edizione, Milano Edizioni MCGRAW-HILL, 2009
- CARPENITO L. J. - *Manuale tascabile delle diagnosi infermieristiche*, III° edizione Milano, Casa Editrice Ambrosiana, 2014.
- CARPENITO L.J. - *Diagnosi Infermieristiche, "Applicazioni alla pratica clinica"* II° edizione, Milano, Casa editrice Ambrosiana, 2007 JOHNSON M. BULECHET G. MCCLOSKEY DOCHTERMAN J, MAAS M, MOORHEAD S.
- CASATI M., *La documentazione infermieristica*, 2/ed., Milano , MCGRAW- Hill, 2005
- *Diagnosi infermieristiche, Risultati, Interventi*, Milano, Casa editrice Ambrosiana, 2005, KIM M. J, McFARLAND, McLANE A.M.- *Diagnosi Infermieristiche e piani di assistenza*, edizione italiana di Renzo Zanotti, 2011, Milano Edizioni Sorbona
- SANTULLO A - *L'infermiere e le innovazioni in sanità*, IV° edizione Milano, edizioni MCGRAW- Hill, 2014
- SERVIZIO INFERMIERISTICO, Ospedale Sant'Orsola Malpighi, *La documentazione infermieristica*, Bologna, dicembre 2015, ricerca sitografica online:  
[http://www.evidencebasednursing.it/progetti/cartella/lg\\_cartella\\_infermieristica.pdf](http://www.evidencebasednursing.it/progetti/cartella/lg_cartella_infermieristica.pdf)
- WILKINSON J.M. - *Processo infermieristico e pensiero critico*, Milano, Casa editrice ambrosiana, 2007

### Nota

La documentazione infermieristica presentata è suscettibile di modifiche, integrazioni, miglioramenti, che possono essere segnalati per la revisione futura. Per suggerimenti, idee, correttivi utili a *perfezionare* la documentazione infermieristica (CI e schede), si prega di inviare le segnalazioni alla e-mail: [infodoc.profsanitarie@aob.it](mailto:infodoc.profsanitarie@aob.it)

Elenco Schede infermieristiche comuni e specifiche per tutte le aree
--

N° Schede	Denominazione: schede ad uso comune per le necessità di tutte le aree assistenziali	Tipologia scheda infermieristica	Codifica / Revisione
1	Indice di Barthel	Valutazione grado dipendenza/autonomia dell'assistito	SCH- Barthel Rev. 1 - 8/2016
2	Scala di Conley	Valutazione rischio cadute	SCH-Conley Rev. 1 - 9/2016
3	Scala di Braden	Valutazione grado di rischio lesioni da decubito	SCH- Braden Rev. 1 - 9/2016
4	Scheda monitoraggio lesioni	Valutazione e monitoraggio lesioni da decubito	SCH- Monit. LD Rev. 0 - 9/2016
5	Scheda medicazione LD	Medicazione lesione da decubito	SCH- MED. LD Rev. 0 - 2/2016
6	Scheda Valutazione patrimonio venoso	Valutazione sistema venoso periferico	SCH- VAL.PATR. VENOSO - Rev. 0 - 2/2016
7	Scheda controllo glicemico	Monitoraggio glicemia e somministrazione terapia	SCH- GLIC.TERAPIA-DIAB. Rev. 1 - 5/2016
10	Scheda sorveglianza pz critico diabetico	Sorveglianza del paziente critico con diabete o con scompenso glicimetabolico grave	SCH- SORV. PAZ. CRITICO.DIAB. Rev. 1 - 4/2016
12	Scheda screening DISFAGIA (Neurologia/Stroke Unit)	Valutazione infermieristica della deglutizione	SCH- VAL. DISF. Neuro/Stroke. Rev. 1 - 5/2016
13	Scheda del dolore	Scheda monitoraggio del dolore (Abbey Pain Scale)	Sch. dolore AOB
14	Scheda Trasferimento in altra struttura	Consegne infermieristiche (continuità assistenziale)	SCH. Trasf. Infer. Rev. 0 - 3/2016
	<b>Denominazione:</b> schede specifiche di <b>area Chirurgica</b>	<b>Tipologia</b> <b>scheda infermieristica</b>	<b>Codifica / Revisione</b>
15	Medicazione chirurgica	Medicazioni ferite chirurgiche e drenaggi	SCH. Area CH - MED. F/D - Rev. 0 - 2/2016
	<b>SCHEDE NEUROCHIRURGIA</b>		
16	Bilancio idrico 24 h.	Liquidi (EV e per OS) in e out	SCH-Bil. 24 h. NCH. Rev.1 - 2/2016
17	Drenaggio DVE	Drenaggio liquidi (derivazione ventricolare esterna)	SCH-DRENAG. NCH Rev. 1 - 2/2016

	<b>Denominazione:</b> schede specifiche di <b>area Chirurgica</b>	<b>Tipologia</b> <b>scheda infermieristica /</b> <b>ostetrica</b>	<b>Codifica / Revisione</b>
	<b>SCHEDA</b> <b>ORTOPEDIA/TRAUMATOLOGIA</b>		
18	Scheda Pre-ricovero Ortopedia	Assistenza infermieristica in Pre-Ricovero	SCH-PRE.RIC. ORTOP. Rev. 0 - 2/2016.
19	Scheda Day Surgery Ortopedia	Accertamento pre-post- operatorio in DS	SCH-DS ORTOPEDIA/TRAUM. Rev. 0 - 2/2016
	<b>SCHEDA OSTETRICIA</b>		
20	Scheda visita ostetrica	Visita ostetrica pre-post parto	SCH-VIS.OST. Rev. 1 - 2/2016
21	Partogramma	Monitoraggio travaglio e parto	SCH. Partogr. Ostetricia Rev. 1 2/2016
22	Scheda ostetrica del puerperio	Valutazione ostetrica post- parto	SCH-PUERP. OST. Rev. 1 - 2/2016
23	Diario ostetrico	Cronologia trascrizione atti e osservazioni dell' Ostetrica	SCH-DO- OST. Rev. 1 - 2/2016
	<b>Denominazione:</b> schede specifiche di <b>area Internistica</b>	<b>Tipologia</b> <b>scheda infermieristica</b>	<b>Codifica / Revisione</b>
24	Scheda paracentesi/toracentesi	Assistenza procedura evacuativa cavità toracica /addominale	SCH- Proc. Evac. Parac./Tor Rev. 1 - 2/2016
25	Scheda es. feci (Gastroent.)	Esecuzione di esami su feci	SCH-Es. FECI Rev. 1 - 2/2016
26	Scheda fibrinolisi (Stroke Unit)	Valutazione medico- infermieristica Fibrinolisi per ischemia cerebrale acuta	SCH – Fibrinolisi Rev. 1 - 2/2016
27	Scheda igiene personale (Nefrologia)	Pianificazione / Esecuzione /Aiuto per l' igiene della persona	SCH- Ig. Nefrol. Rev. 1 - 2/2016
28	Scheda es. pre-trapianto rene (Nefrologia)	Check-list esami pre-trapianto rene	SCH-Es. Tx RENE Rev. 1 - 2/2016
29	Scheda screening DISFAGIA (Neuroriab.)	Valutazione logopedica per la disfagia e disturbi di alimentazione	SCH- VAL. DISF. Neuroriab. Rev. 1 - 2/2016

	<b>Denominazione:</b> schede specifiche di <b>area Critica/Terapia Intensiva</b>	<b>Tipologia scheda infermieristica</b>	<b>Codifica / Revisione</b>
30	Bilancio idrico pz. Critici 1	Monit. Giornaliero bil.	SCH. BILANCIO ACUTI 1 Area CRITICA Rev. 1 - 8/2016
31	Bilancio idrico pz. Critici 2	Monit. Gior. bil.ematico	SCH. BILANCIO ACUTI 2 Area CRITICA Rev. 1 2/2016
32	PAI, parametri vitali e monitoraggio (A3)	Piano assistenza e monitoraggio continuo parametri vitali	SCH. PARAM. MONIT. Area CRITICA Rev. 1 2/2016
33	Scheda CRRT Ci Ca (Continuous Renal Replacement therapy)	Assistenza infermieristica Filtraggio renale	SCH. CRRT Ci Ca Rev. 0 – 8/2016
34	Scheda CRRT Eparina (Continuous Renal Replacement Therapy)	Assistenza infermieristica Filtraggio renale	SCH. CRRT Eparina Rev. 0 – 8/2016
35	Carteggio trapianto (CCH)	Assistenza trap. cuore	SCH.Cart. Trap. Rev. 0 – 8/2016
36	Scheda dimissione infermieristica dalla Terapia Intensiva	Continuità assistenziale post Terapia Intensiva	SCH-Dim. Inf. T.I. Rev. 0 - 4/2016
37	Scheda Dimissione/ Trasferimento (da Cardioanestesia)	Consegne infermieristiche (continuità assistenziale)	SCH-Trasf. Infer. TIPO Rev. 0 - 3/2016
38	Assistenza in OBI	Report assistenza infermieristica in OBI	SCH. ASSIST. in OBI. Rev. 0 – 5/2016
	<b>Denominazione:</b> schede specifiche di <b>area Pediatrica</b>	<b>Tipologia scheda infermieristica</b>	<b>Codifica / Revisione</b>
	<b>PEDIATRIA</b>		
39	Scheda bilancio idrico 24 h. PED.	Entrate e uscite di liquidi	SCH-BIL. 24 PED. Rev. 1 - 2/2016
40	Scheda controllo diuresi 24 H. PED.	Liquidi eliminati (quantità o peso del panno)	SCH-DIUR. 24 PED Rev. 1 - 2/2016
41	Scheda controllo scariche fecali PED.	Monitoraggio scariche diarroiche	SCH-SC.FEC.24 PED. Rev.1 - 2/2016
42	Scheda alimentazione lattante (Ped.)	Alimentazione e disturbi alimentari del lattante	SCH- AL.LAT.PED. Rev. 1 - 2/2016
43	Scheda terapia infusione (PED.)	Terapia infusione somministrata	SCH-TI.PED Rev. 1 2/2016
44	Scheda bambino diabetico	Sorveglianza chetoacidotica diabetica	SCH- Sorv. Chet. Diab. PED. Rev. 1 - 2/2016
45	Scheda terapia insulinica	Sorveglianza glicemica e terapia insulinica	SCH- SORV. GLIC. INS.PED. Rev. 1 - 2/2016
46	Scheda del dolore (pediatrica)	Scheda monitoraggio dolore	Scheda dolore AOB
47	Scheda trasferimento da	Assistenza in urgenza e/o	SCH.- Assist. Urg. Ped.

	Medicina d'urgenza pediatrica <b>Denominazione:</b> schede specifiche di area Pediatrica	emergenza Pediatrica  <b>Tipologia</b> <b>scheda infermieristica</b>	H.24 - Rev.1 - 8/2016  <b>Codifica / Revisione</b>
	<b>Neonatologia</b>		
48	Scheda controllo glicemico NEON.	Monitoraggio glicemia del neonato	<b>SCH- GLIC. NEON.</b> Rev. 1 - 2/2016
49	Scheda parametri vitali	Monitoraggio parametri vitali neon.	<b>SCH-MPV NEON.</b> Rev. 1 - 2/2016
50	Scheda alimentazione neonato (Nido/Neon.)	Alimentazione e disturbi alimentari del neonato	<b>SCH- AL.NEON.</b> Rev. 1 - 2/2016
	Diario infermieristico Neonatale (integrato nella CI)		
	Diario allattamento neonato (integrato nella CI)		

N°	<b>Denominazione:</b> scheda di Terapia Semi-Intensiva Centro Trapianti (fegato /rene pancreas)	<b>Tipologia scheda</b> <b>infermieristica</b>	<b>In fase di</b> <b>Codifica / Revisione</b>
51	Scheda es. di laboratorio	Registrazione esami di laboratorio	Sch. Es. laboratorio C.TX Rev. 1 – 8/2016
52	Scheda es. strumentali e consulenze	Registrazione esami strumentali e consulenze	Sch. Es. str./cons. C.TX Rev. 1 - 8/2016
53	Scheda infusioni ed interventi assistenziali generali	Registrazione terapia infusione ed altri interventi	Sch. Inf./Int.Ass. C.TX Rev. 1 - 8/2016
54	Scheda medicazioni ed esami interventistici	Medicazioni di accessi venosi, ferite, drenaggi ed esami interventistici	Sch. Med./es.interv. C.TX Rev. 1 - 8/2016
55	Scheda bilancio idrico dettagliato	Registrazione parametri, entrate e uscite per bilancio in terapia semi-intensiva	Mod. 62
56	Scheda alimentazione pz trapiantato fegato/pancreas	Alimentazione personalizzata	Sch. Alim./pz. C. TX Rev. 1 8/2016

**Altra Documentazione Infermieristica e delle Professioni Sanitarie per attività ambulatoriali e/o dei servizi e per la registrazione di consulenze**

	<b>Denominazione scheda / documento</b>	<b>Tipologia scheda infermieristica o documento di altre Professioni Sanitarie</b>	<b>Codifica / Revisione</b>
1	Scheda S.I.ED	Assistenza infermieristica per procedure di Endoscopia Digestiva	SCH. S.I.E.D REV. 00 1/2016
2	C.I.A. M.I.CI.	Cartella Infermieristica Ambulatoriale per pazienti affetti da Malattie Infiammatorie Croniche Intestinali	CIA MICI REV. 01/2016
3	Scheda A.I.M.	Richiesta di consulenza infermieristica all' Ambulatorio Multidisciplinare: - posizionamento di PICC; - gestione lesioni cutanee ( <i>wound care</i> ); - gestione stomie	Sch. Cons. A.I.M. REV. 0 – 11/2016
4	Scheda C.LO	Richiesta di consulenza logopedica per valutazione DISFAGIA e disturbi di alimentazione (Neuroriabilitazione)	Sch. C.LO Rev. 0 – 11/2016
5	Diario Riabilitativo	Registrazione attività del Fisioterapista nell'area di degenza	D.R. FIS. Deg. REV. 0 - 5/2016
6	Valutazione e programma riabilitativo del paziente cardiopatico	Valutazione funzionale del Fisioterapista e programma riabilitativo (Cardioribilitazione)	Sch. Val. Fis. Cardioriab. Rev. 1 – 2/2016
7	Scheda Infermieristica di riabilitazione cardiologica	Raccolta dati e monitoraggio parametri cardiovascolari (Cardioribilitazione)	Sch. Inf. Cardioriab. Rev. 1 – 2/2016
8	Scheda integrata medico-infermieristica per AFERESI	Aferesi terapeutica e Aferesi produttiva (cellule staminali)	Accreditamento GESI

Progetto "Costruire un modello unico di Cartella Infermieristica" –
---

### Partecipanti ai gruppi di lavoro

#### Gruppo 1 → Modello comune di CI

	Nome e cognome	Struttura	Qualifica
1	Bruna Dettori	Direzione Sanitaria	Dirigente Prof. Sanitarie Infermier. ed Ostetriche
2	Marco Desogus	RID - Dip. Pat. Card.	Coordinatore in Posizione organizzativa
3	M. Grazia Addari	Ch. urgenza	Infermiera
4	Emanuela Iaconelli	Chir. Generale	Infermiera
5	Viviana Calabresi	Neurochirurgia	Infermiera
6	Claudia Broglia	Cardioriabilitazione	Coordinatrice
7	Gabriella Carta	Medicina I	Infermiera
8	Isabella Serra	Rianimazione	Infermiera
9	Cinzia Porcu	Cardiochirurgia	Coordinatrice
10	Alessio Pettinau	Cardiochirurgia	Infermiere
11	Vincenzo Lecis	Cardioriabilitazione	Infermiere
12	Maura Rombi	Pediatria	Infermiera
13	Antonio Monti	Urologia	Infermiere
14	M. Grazia Loi	Gastroenterologia	Infermiera
15	Marina Mastio	Direzione Sanitaria	Coordinatrice in Posizione organizzativa "Formazione, innovazione sviluppo percorsi assistenziali e documentazione correlata"

#### Gruppo 2 → Linee-guida ospedaliere gestione CI

	Nome e cognome	Struttura	Qualifica
1	Bruna Dettori	Direzione Sanitaria	Dirigente Professioni Sanitarie
2	Marina Mastio	Direzione Sanitaria	Coordinatrice in P.O.
3	Fabiano Sulanas	Medicina 2	Infermiere specializzato in Infermieristica forense

### Gruppo 3 → Schede area chirurgica

	Nome e cognome	Struttura	Qualifica
1	Lorena Agus	Ch. Urgenza	Infermiera
2	Claudia Cualbu	Chirurgia Gen.	Infermiera
3	Antonella Biasu	Urologia	Infermiera
4	Francesca Sois	Neurochirurgia	Infermiera
5	G. Carlo Erdas	Cardioanestesia	Infermiere
6	Maria Pina Serru	Cardiochirurgia	Infermiera
7	Rosanna Mulas	Ch. Urgenza	Coordinatrice
8	Giuseppina Atzori	Ortopedia /traum.	Infermiera
9	Francesca Caria	Chirurgia Plastica	Infermiera
10	Antonio Secchi	“ “	Infermiere
11	Rosanna Lai	RID - Dip. Emergenza	Coordinatrice in Posizione organizzativa
12	Luisa Spanu	Chirurgia vascolare	Infermiera

### Sotto Gruppo 3 → Schede area chirurgica/trapianti

	Nome e cognome	Struttura	Qualifica
1	Vincenza Congias	RID - Dip. Chirurgia	Coordinatrice in Posizione organizzativa
2	Virginia Boi	Coord. Trapianti	Coordinatrice
3	Roberto Sailis	Chir. Generale	Infermiere
4	Roberta Manca	Cardioanestesia	Coordinatrice
5	Giuseppina Mameli	Nefrologia /Trapianto	Coordinatrice

### Gruppo 4 → Schede area medica

	Nome e cognome	Struttura	Qualifica
1	Tiziana Mula	Cardiologia	Infermiera
2	Adriana Arbi	Cardiologia	Infermiera
3	Rita Di Martino	Gastroenterologia	Infermiera
4	Sonia Mannai	Stroke Unit	Infermiera
5	Leonardo di Nardo	Medicina II	Infermiera
6	Laura Meloni	“ “	Infermiera
7	Sabrina Lecca	Medicina I	Infermiera



## Gruppo 5 → Schede area critica

	<b>Nome e cognome</b>	<b>Struttura</b>	<b>Qualifica</b>
1	Roberta Manca	Cardioanestesia	Coordinatrice
2	Giusi Carta	UTIC	Infermiera
3	Luigi Sulas	Rianimazione	Infermiere
4	AngelaM. Carta	Rianimazione	Coordinatrice
5	Antonio Piras	“ “	Infermiere
6	Cristiana Caredda	UTIC / Cardiologia	Coordinatrice
7	Rita Massidda	Rianimazione	Infermiera
8	Sonja Bergamini	PS/OBI	Coordinatrice

## Gruppo 6 → Schede area pediatrica – neonatale

	<b>Nome e cognome</b>	<b>Struttura</b>	<b>Qualifica</b>
1	Maura Rombi	Pediatria	Infermiera
2	Simona Zicca	“ “	Infermiera
3	Annarita Zara	Neonatologia	Coordinatrice
4	Ignazia Trudu	“ “	Infermiera
5	Marina Mastio	Direzione Sanitaria	Coordinatrice in P.O.

Gruppo di revisione Cartella Infermieristica  
(Luglio – Agosto – Dicembre 2016)

N.	Nome e cognome	Struttura	Qualifica
1	Alessia Loddo	Stroke Unit	Infermiera
2	Nicolina Manca	Stroke Unit	Coordinatrice
3	Isabella Serra	Rianimazione	Infermiera
4	Cristiana Caredda	UTIC	Coordinatrice
5	Maura Rombi	Pediatria	Infermiera
6	Antonio Monti	Urologia	Infermiere
7	Fabiano Sulanas	Medicina 2 <sup>^</sup>	Infermiere
8	Claudia Cualbu	Chir Gen	Infermiera
9	Bruna Dettori	Direz. Sanitaria	Dirigente Prof. Sanitarie
10	Marco Desogus	RID. Dip. Cuore	Coordinatore in P.O.
11	Marina Mastio	Direz. Sanitaria	Coordinatrice in P.O.
12	Francesca Sois	Neurochirurgia	Infermiera
13	Cristina Pala	Rianimazione	Infermiera
14	Rosanna Lai	RID - Dip. DEA	Coordinatrice in P.O.
15	Vincenza Porcu	Cardiochir.	Coordinatrice
16	Roberta Manca	Cardioanestesia	Coordinatrice

**Partecipanti per l'elaborazione di:**

- Schede Infermieristiche per attività ambulatoriali
- Schede dell'area della riabilitazione

	Nome e cognome	Struttura	Qualifica
1	Francesca Onidi	Gastroenterologia	Infermiera
2	Patrizia Meli	Endoscopia Digestiva	Coordinatrice
3	Benigna Tascetta Rosa Ortu	Riabilitazione fisiot. Ortopedia e Traumatologia	Coordinatrice fisioterapisti Coordinatrice
4	Monica Lemoncino	Neuroriabilitazione	Logopedista
5	Rita Massidda	Ambulatorio Infermieristico	Infermiera
6	M. Elena Abis	Multidisciplinare (AIM)	Coordinatrice

**CRONOPROGRAMMA per l'avvio "a regime" della CI nell'AOB**  
P.O. San Michele e nel P.O. Businco (un reparto)

**Gennaio – Giugno 2017**

**OBIETTIVO N. 1 → AVVIO NELLE STRUTTURE CHE HANNO SVOLTO LA SPERIMENTAZIONE**

**GENNAIO 2017**

STRUTTURE	1 <sup>a</sup> decade	2 <sup>a</sup> decade	3 <sup>a</sup> decade
- Medicina 1 <sup>a</sup> - Stroke Unit - Pediatria e Neonatologia			
- Cardiochirurgia - Chirurgia Generale - Chirurgia Plastica/ORL - Chirurgia Maxillo-Facciale			
- UTIC - Rianimazione - Medicina Nucleare - Reparto protetto (P.O. Businco-Oncologico)			

**OBIETTIVO N. 2 → AVVIO IN ALTRE STRUTTURE**

**FEBBRAIO – MARZO - APRILE 2017**

STRUTTURE	Febbraio	Febbraio / Marzo	Marzo
- Cardiologia - Cardioanestesia			
- Medicina 2 <sup>a</sup> - Neurologia			
- Neurochirurgia - Gastroenterologia - Urologia			

**OBIETTIVO N. 3 → AVVIO IN ALTRE STRUTTURE**

**APRILE – MAGGIO - GIUGNO 2017**

STRUTTURE	APRILE	MAGGIO	GIUGNO
- Chirurgia d'urgenza - Ortopedia e Traumatologia - OBI			
- Chirurgia Toraco-Vascolare - Oculistica (anche CI per DS) - Neuroriabilitazione			
- Ostetricia / Ginecologia - Chirurgia Pediatrica			