

- originale
- copia controllata \_\_\_\_\_ N. \_\_\_\_\_
- copia non controllata \_\_\_\_\_ distribuzione interna a cura del RQ
- bozza

La presente procedura definisce l'adozione di una Cartella Infermieristica nei MDSM dell'ASP di Catania, più confacenti ai bisogni di organizzazione e di documentazione sanitaria di tutte le attività di assistenza infermieristica-psichiatrica che sono fornite dal DSM di questa Azienda.

---

**Redazione**

**Dott. Francesco Barletta**, Servizio Infermieristico Aziendale  
**Dott.ssa Carmela Fortunata**, Collab. Prof. Inf.. Esperto MDSM n. 2  
**Dott.ssa Concettina Gerbino**, Servizio Infermieristico Aziendale  
**Dott. Alfio Giacinto**, Collaboratore Professionale Infer. MDSM n. 7  
**Dott. Mario Meli**, Collaboratore Professionale Infer. MDSM n. 3  
**Dott. Giovanni Patti**, D.M.. Psichiatra, RQ Psichiatria Adulti

---

**Verifica**

**Dott. C. Paolo Giordano**, Responsabile UO Qualità DSM

---

**Approvazione**

**Dott. Gaetano Interlandi** – MDSM n. 1  
**Dott. Marcello D'Alessandro** – FF. MDSM n. 2  
**Dott. Carmelo Zaffora** - FF. MDSM n. 3  
**Dott. Carmelo Florio.** – MDSM n. 4 e n. 7  
**Dott. Filippo Selvaggio** – MDSM n. 5  
**Dott. Pasquale Ancona** – MDSM n. 6

---

**Ratifica**

**Dott. Giuseppe Fichera**, Direttore DSM ASP Catania

---

## Indice

### INDICE

INTRODUZIONE .....	pag. 3
1.SCOPO .....	pag. 3
2.CAMPO DI APPLICAZIONE .....	pag. 3
3.RIFERIMENTI .....	pag. 3
4.TERMINI E DEFINIZIONI.....	pag. 4
5. DIAGRAMMA DI FLUSSO.....	pag. 4
6. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'.....	pag. 5
7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'.....	pag. 5
7.1 Modalità di compilazione .....	pag. 6
7.2 Valutazione iniziale del paziente .....	pag. 6
7.3 Pianificazione Infermieristica.....	pag. 7
7.4 Attuazione dell'assistenza .....	pag. 7
7.5 Rivalutazione del paziente .....	pag. 7
8. INDICATORI .....	pag. 8
9. GESTIONE DELLE NON CONFORMITA' .....	pag. 8
10. ARCHIVIAZIONE .....	pag. 8
11. DOCUMENTI RICHIAMATI .....	pag. 8

## **1. SCOPO.**

Scopo della presente procedura è quello di adottare un'omogenea compilazione della documentazione infermieristica in tutto il DSM dell'ASP di Catania.

## **2. CAMPO DI APPLICAZIONE.**

La presente procedura si applica in tutti i Servizi del DSM dell'ASP di Catania in cui si attua il ricovero ordinario ed obbligato, in particolare negli SPDC, Day Hospital e Day Service.

## **3. RIFERIMENTI.**

- Art 326 c.p.: *Violazione del Segreto d'Ufficio*
- Art. 476 c.p.: *Falsità materiale commessa dal pubblico ufficiale in atti pubblici*
- Art. 622 c.p.: *Violazione del Segreto Professionale*
- Artt. 13 e 32 della Costituzione della Repubblica Italiana
- Artt. 33, 34 e 35 della Legge 833/1978
- Cassazione Penale sezione V, sentenza n. 13898
- Decreto Assessoriale Sanità Regione Sicilia del 12 Agosto 201
- D.P.R. 384 del 1990
- DISAMWEB, Cartella Clinica Elettronica del DSM dell'ASP di Catania
- DM del 28/12/199, pubblicato in G.U. il 17/01/1992 n.13
- Legge 42 del 26/02/1999
- Linee Guida "*La documentazione Infermieristica*" (Settembre 1999)
- Linee Guida del 17/06/1992 sulla compilazione, codifica e di gestione della scheda di dimissione ospedaliera
- Modello delle Prestazioni Infermieristiche di Marisa Cantarelli
- PGS-S.I.A.-7-01: Procedura Generale Gestione Documentazione Infermieristica (Ed. 0, Rev. 00: 31/12/2012)
- Profilo Professionale Infermiere D.M. 739/94
- Standard JCI per l'Ospedale e la sicurezza del paziente
- UNI-EN-ISO 9001:2008

#### **4. TERMINI E DEFINIZIONI.**

- **CC:** Cartella Clinica
- **CGI:** Clinical Global Impressions: Scala di gravità di malattia
- **CIP:** Cartella Infermieristica Psichiatrica
- **CSM:** Centro di Salute Mentale
- **DM:** Dirigente Medico
- **DISAMWEB:** Cartella Clinica Elettronica del DSM dell'ASP di Catania
- **DM:** Decreto Ministeriale
- **DSM:** Dipartimento Salute Mentale
- **FC:** Frequenza Cardiaca
- **FF:** Facente Funzione
- **FR:** Frequenza Respiratoria
- **HGB:** Emogluco-test
- **MDSM:** Modulo Dipartimentale Salute Mentale
- **PA:** Pressione Arteriosa
- **PO:** Presidio Ospedaliero
- **PS:** Pronto Soccorso
- **Pz.:** Paziente
- **R:** Responsabile
- **RQ:** Referente Qualità
- **SDO:** Scheda di Dimissione Ospedaliera
- **SPDC:** Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura
- **SUT:** Scheda Unica di Terapia
- **TC:** Temperatura Corporea
- **TSO:** Trattamento Sanitario Obbligatorio
- **UO:** Unità Operativa

#### **5. DIAGRAMMA DI FLUSSO.**

Non necessario.

## 6. MATRICE DELLE RESPONSABILITA'

ATTIVITÀ	INFERMIERE	COORDINATORE INFERMIERISTICO
Accettazione del paziente	R	R
Raccolta dati anagrafici	R	R
Valutazione iniziale dei bisogni	R	R
Rilevazione/Registrazione dei parametri fisiologici di base	R	R
Rilevazione/Registrazione delle Scale di Valutazione	R	R
Valutazione Infermieristica finale	R	R
Scheda di dimissione/ trasferimento	R	R
Conservazione della Documentazione	R	R

## 7. DESCRIZIONE DELLE ATTIVITA'

La Cartella Infermieristica Psichiatrica (CIP) è parte integrante della Cartella Clinica (CC) ed assolve alla funzione:

- di essere una BASE INFORMATIVA, oltre che IDENTIFICATIVA del pz. mediante i DATI ANAGRAFICI;
- di contribuire con la CC, alla TRACCIABILITA' DOCUMENTALE delle attività sanitarie svolte sul pz., con le conseguenti responsabilità di azioni sia dal punto di vista di modalità di esecuzione ma anche cronologico e di tempistica;
- di permettere la registrazione della VALUTAZIONE INFERMIERISTICA sia al momento dell'ingresso, della degenza e delle dimissioni del pz.;
- di permettere la PIANIFICAZIONE dell'assistenza sanitaria anche attraverso l'utilizzo delle Scale di BARTHEL, BRADEN, VAS e CONLEY (quest'ultima preceduta da una SCHEDA DI PRIMA VALUTAZIONE DI RISCHIO DI CADUTA DEL PZ.);
- l'attuazione dell'assistenza infermieristica secondo il METODO CANTARELLI.

**La CIP è composta di 12 fogli, in particolare:**

- Un  **foglio iniziale** in cui, oltre ai dati anagrafici e sociali salienti del pz., si compone di alcune informazioni generali ma fondamentali che sono indicativi di precedenti ricoveri, della Diagnosi Medica d'ingresso, della misurazione di alcuni parametri fisiologici d'ingresso ed allergie e del regime di ricovero (volontario o obbligato) a cui è sottoposto il pz.

Inoltre, si fa riferimento al CONTROLLO DEGLI EFFETTI PERSONALI PER LA PRESENZA DI OGGETTI POTENZIALMENTE PERICOLOSI, al MATERIALE IN CONSEGNA e la GESTIONE DEL DENARO.

2. Il **secondo foglio** è rivolto alla registrazione delle CONDIZIONI DEL PZ. AL MOMENTO DEL RICOVERO;
3. Il **terzo foglio** è dedicato alla registrazione delle ATTIVITA' QUOTIDIANE.
4. La **quarta pagina** accoglie la RILEVAZIONE BISOGNI METODO CANTARELLI.
5. Il **quinto foglio** considera la RIVALUTAZIONE DEI BISOGNI.
6. I **fogli sesto e settimo** sono rivolti alla registrazione rispettivamente dei PARAMETRI FISIologici DI BASE (PA, FC, TC, FR, Emogluco-test e Diuresi) e delle INDAGINI DIAGNOSTICHE e CONSULENZE SPECIALISTICHE, richieste ed effettuate.
7. nei **fogli dall'ottavo al decimo** sono riportate le varie Scale di Valutazione: DI BARTHEL (per la *funzione fisica*), DI BRADEN (per il *rischio lesione da pressione*), DI VAS (per il *dolore*) e DI CONLEY (per il *rischio di caduta del pz.*).  
La SCALA DI CONLEY è preceduta dalla SCHEDA DI PRIMA VALUTAZIONE DI RISCHIO DI CADUTA DEL PZ. che non sarà seguita dalla somministrazione della SCALA DI CONLEY se tutte le risposte saranno negative.
8. L'**undicesimo foglio** accoglie la SCHEDA DI DIMISSIONE INFERMIERISTICA in cui oltre ad essere indicato la forma di dimissione (se a casa o altro luogo), si fornisce una descrizione della condizione di stato del pz. ottenuta con la degenza in ospedale o altro regime di ricovero avuto.
9. Il **dodicesimo foglio** conclude la CIP con il DIARIO INFERMIERISTICO (che potrebbe essere integrato dall'aggiunta di altre pagine, in caso che la degenza fosse più lunga) che oltre a contemplare la data, l'ora, l'attività e la firma dell'infermiere, presenta uno spazio dedicato alle eventuali CONSEGNE che possono essere trasferite tra un gruppo di lavoro ed il successivo.

### 7.1 Modalità di compilazione

La CIP deve essere compilata correttamente e chiaramente in tutte le sue parti.

Le registrazioni devono riportare la data, l'ora e la firma identificabile dell'operatore. Eventuali correzioni devono essere fatti incorniciando l'oggetto di rettifica con l'annotazione "DELETA", recante data, orario e firma di chi lo fa. E' vietato usare metodi di cancellazione, come bianchetto o scolorine, che non rendono visibile la scritta sottostante. L'utilizzo di simboli o abbreviazioni è concesso se concordato da tutta l'équipe e riportati in una legenda inserita in cartella.

### 7.2 Valutazione iniziale del paziente

La valutazione iniziale del pz. è sempre sostenuta in concerto a quella portata avanti dal Medico.

Essa sarà rivolta ad accertare:

1. Lo stato psico-fisico del pz.
2. La registrazione di eventuali infezioni contratte dal pz. che possono essere trasmissibili.
3. Il comportamento, le capacità relazionali e di gestione del sé del pz.
4. La presenza di lesioni e/o ferite sul corpo del pz.
5. Il grado di consapevolezza di malattia del pz.
6. Le abitudini e/o problematiche relative all'alimentazione, eliminazione urinaria ed intestinale.
7. Il rischio suicidario del pz.

### 7.3 Pianificazione Infermieristica

Il piano di assistenza precisa gli interventi infermieristici specifici di competenza, i trattamenti e le procedure diagnostiche-terapeutiche prescritte dal medico che così contiene:

1. la data di apertura;
2. il bisogno identificato;
3. l'obiettivo identificato,
4. la descrizione degli interventi;
5. la valutazione dei risultati ottenuti.

### 7.4 Attuazione dell'assistenza

Il Diario Infermieristico deve essere aggiornato e firmato ogniqualvolta si esegua o si registra un atto assistenziale. La registrazione della somministrazione della terapia, su disposizione e prescrizione medica, deve essere effettuata sulla Scheda Unica di Terapia (SUT).

Nel Diario Infermieristico, inoltre, devono essere riportate le reazioni del pz. al trattamento, compreso l'eventuale rifiuto a sottoporsi agli atti terapeutici ed assistenziali e le azioni adottate per renderli attuati.

### 7.5 Rivalutazione del paziente

La rivalutazione del pz. da parte dell'infermiere nella CIP è prevista in varie fasi della degenza con la compilazione:

- **Durante la degenza**, mediante le apposite Schede che la costituiscono:
  - a) VALUTAZIONE e RIVALUTAZIONE DEI BISOGNI DEL PZ. ("Metodo CANTARELLI");
  - b) MISURAZIONE DEI PARAMETRI FISIOLGICI DI BASE;
  - c) dell'INDAGINI DIAGNOSTICHE e CONSULENZE SPECIALISTICHE;
  - d) SCALA DI BARTHEL (per la *funzione fisica*);
  - e) SCALA DI BRADEN (per il *rischio lesione da pressione*);
  - f) SCALA DI VAS (per il *dolore*).
  - g) SCHEDA DI PRIMA VALUTAZIONE DI RISCHIO DI CADUTA DEL PZ.
  - h) SCALA DI CONLEY (per il *rischio di caduta del pz.*);
- **Al momento delle dimissioni del pz.** con la relativa Scheda.

## 8. INDICATORI

DIMENSIONE DELLA QUALITÀ	FATTORE QUALITÀ	INDICATORE	STANDARD
Qualità Organizzativa	Completezza – Rintracciabilità	N. di CIP redatte in maniera completa/ N. di CIP	>95%

## 9. GESTIONE DELLE NON CONFORMITÀ

Le non conformità eventualmente riscontrate devono essere gestite secondo quanto indicato dalla procedura generale PGQ-8-01: “*Gestione delle non Conformità*” e registrate sui moduli M\_PGQ-8-01\_01: “*Rapporto di Non Conformità*” e M\_PGQ-8-01\_02: “*Registro delle Non Conformità*”.

## 10. ARCHIVIAZIONE

La presente procedura viene archiviata dall’UO Sistema Qualità Aziendale, dal RQ dell’UO Qualità del DSM dell’ASP di Catania, dal RQ Psichiatria Adulti del DSM dell’ASP di Catania, da tutti i RQ/Rischio Clinico dei MDSM o dai Direttori dei MDSM o loro Delegati.

Importante che ogni MDSM abbia nel proprio Archivio una sua copia.

## 11. DOCUMENTI RICHIAMATI

**M\_PO-DSM-7-02\_01**

*Cartella Infermieristica Psichiatrica*



**PROCEDURA  
GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE  
INFERMIERISTICA PSICHIATRICA**

**PO-DSM-7 -02**

**Ed. 0 Rev. 00  
Data 18/11/2013**

**Indice di revisione**

Ed.0 Rev. 00

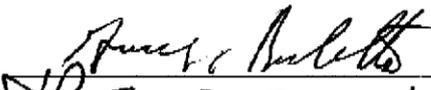
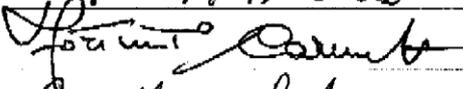
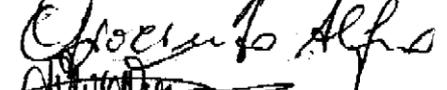
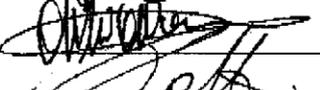
**Motivo della revisione**

Emissione

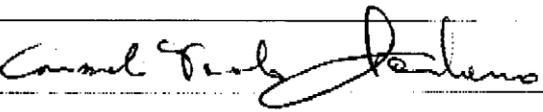
**Data**

18/11/2013

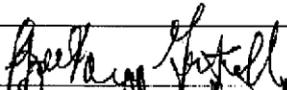
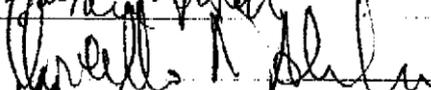
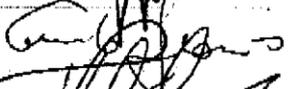
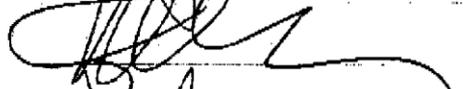
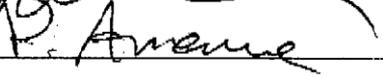
Redazione

Francesco Barletta   
Carmela Fortunato   
Concettina Gerbino   
Alfio Giacinto   
Mario Meli   
Giovanni Patti 

Verifica

C. Paolo Giordano 

Approvazione

Gaetano Interlandi   
Marcello D' Alessandro   
Carmelo Zaffora   
Carmelo Florio   
Filippo Selvaggio   
Pasqualino Ancona 

Ratifica

Giuseppe Fichera 