



Posta e risposta

46

A cura del presidente DOT, Stefano Citterio

D: Gentile Presidente Sig. Stefano Citterio, ci rivolgiamo a lei per un parere legale e professionale. L'ASL da cui dipendiamo recentemente ci ha comunicato per iscritto una nuova procedura relativa alla somministrazione delle vaccinazioni dell'infanzia e dell'adulto. Tale nuova procedura prevede che:

- l'infermiera professionale raccoglie l'anamnesi prevaccinale;
 - raccoglie il modulo del consenso informato al vaccino;
 - raccoglie il modulo di consenso al trattamento dati;
- decide in piena autonomia se somministrare o no il vaccino;
 - somministra il vaccino apponendo la propria firma sulla cartella vaccinale.

Durante l'espletamento delle attività sopra elencate il medico non è presente all'interno dell'ambulatorio con l'infermiera. Infatti è consentito al medico, durante la seduta vaccinale, svolgere altre attività pur all'interno della medesima struttura. Ci chiediamo se tali attività rientrano nelle competenze del nostro profilo professionale dal momento che, oltre a ciò che attualmente già avviene, cioè la sola somministrazione del vaccino, si aggiunge la responsabilità dell'anamnesi pre vaccinale in completa autonomia e sottoscrizione della cartella.

Restiamo in attesa di un suo riscontro e le porgiamo cordiali saluti.

R: Gent.me Colleghe, ho letto con attenzione i vostri quesiti e ritengo che ciò che vi viene chiesto sia coerente con le responsabilità che oggi la normativa attribuisce all'infermiere. Ciò si deduce anche dal fatto che vi viene chiesto di agire nel rispetto di una procedura aziendale che quindi deve essere formalizzata e opportunamente diffusa/condivisa con tutti gli operatori. Quindi ASL diverse potrebbero indivi-

duare delle modalità operative differenti in relazione alla propria organizzazione o in riferimento a proprie valutazioni. La vostra modalità operativa risulta coerente con quanto è indicato dal piano vaccini della Regione Lombardia (DGR 1587/2005). In questo senso la procedura Aziendale può ritenersi una possibile applicazione concreta della suddetta DGR. Inoltre è opportuno, come suggerisce la stessa delibera, prevedere "...momenti strutturati periodici di confronto e discussione tra gli operatori, necessari per individuare, e recuperare, carenze conoscitive e organizzative". In questo senso sottolineo solamente gli aspetti relativi alle modalità operative per intervenire in caso di urgenza (modalità di chiamata/rintracciabilità del medico, disponibilità di presidi e farmaci per il carrello delle urgenze, modalità di gestione di tali carrelli per mantenerne l'efficienza, ecc. ecc.). La stessa delibera citata riferisce alcuni requisiti essenziali in tal senso.

Suggerisco (se non lo avete già fatto) di specificare in una procedura interna al vostro servizio relativa a come gestire l'urgenza/emergenza.

Diventa quindi pacifico che la compilazione della cartella vaccinale costituisce la documentazione di quanto effettuato come professionisti.

Disponibile per ulteriori chiarimenti vi invio i più cordiali saluti.

Stefano Citterio,
Presidente IPASVI Como

D: Dist. Presidente dott. Stefano Citterio, sono un collega che lavoro come Responsabile dei Servizi Sanitari, mi permetto di disturbarla per porgerle un quesito per me importante.

Lavoro in una struttura che sicuramente Lei già conosce in cui l'attività caratteristica è chirurgica-riabilitativa, in essa vi sono reparti ad alta intensità di cura con tipologie di pazienti anche comatosi, ovviamente si richiedono per questi pazienti da parte del personale sanitario interventi tecnici di alta professionalità come può essere l'esecuzione del-



l'ega da parte dell'infermiere. In realtà la questione di interesse non riguarda gli infermieri ma il personale oss il quale ha reticenza ad espletare la bronco aspirazione solo da cannula tracheale (in quanto non contempliamo da parte di quest'ultimi l'accesso per via nasofaringea). Abbiamo attivato dei corsi di formazione interna (senza ecm) sulla bronco aspirazione rivolti ad infermieri e oss, abbiamo formalizzato una istruzione operativa (in cui però non si specifica la responsabilità dell'oss), vi è poi ovviamente anche la formazione sul campo. Sulla base del profilo dell'OSS con la deliberazione n° VII/005101 seduta del 18 luglio 2007 (inserto speciale di Agorà - ottobre 2008 nr. 40), ho adottato nell'ambito dell'assistenza diretta la linea di attribuire da parte degli infermieri questa attività di "bronco aspirazione" al personale oss considerando i criteri valutativi contenuti nella suddetta delibera quali:

- la complessità del problema di salute del paziente;
- i potenziali risultati negativi nell'espletare l'attività sul paziente (rischio per l'assistito);
- discrezionalità decisoria (attività da attribuire a bassa discrezionalità decisoria e ad alta riproducibilità tecnica);
- la competenza dell'oss, conoscenze acquisite e capacità individuali;
- istruzioni impartite in modo chiaro e preciso (esempio nelle consegne);
- possibilità di supervisione e valutazione, nonché di intervento diretto infermieristico quando necessario.

Pensa che sia una prassi legittima con un percorso così strutturato? dovrò formalizzare una nuova IO inserendo la figura dell'oss? Grazie per le preziose indicazioni che mi potrà dare mi scuso per essere stato prolisso e colgo l'occasione per salutarla cordialmente.

R: Egregio collega,

il Piano Formativo dell'OSS a cui si riferisce non prevede alcuna formazione, né teorica, né pratica, rispetto alla broncoaspirazione da cannula tracheale. Tantomeno prevede l'introduzione di canule e/o sonde di alcun tipo da parte dell'Operatore Socio Sanitario. Secondo la letteratura scientifica, la pratica della broncoaspirazione, anche da cannula tracheale, è potenzialmente rischiosa per la persona assistita e prevede conoscenze e capacità per prevenire o limitare i danni di eventuali eventi avversi. Per questi motivi, può essere affidata solo all'infermiere.

Cordiali saluti.

Il Presidente

Dott. Stefano Citterio

D: Buonasera Stefano, sono a sottoporvi in maniera più estesa quanto oggi ti esponevo per telefono. Vado per punti così cerco di essere chiara. Lavoro come "Responsabile delle Attività Riabilitative" presso delle comunità Psichiatriche ad alta media o bassa intensità assistenziale dove operano psichiatri Educatori, Infermieri, ASA, OSS.

Nel contesto di una riunione plenaria la Psichiatra Responsabile Clinica ha dato indicazioni le seguenti indicazioni agli infermieri:

1) la necessità che in assenza del medico in Struttura (e cioè durante i pomeriggi infrasettimanali e durante il Sabato e la Domenica) l'Infermiere scriva sulla cartella clinica:

- Episodi/stati di malessere sistemico (ipotensione, febbre, vomito, ecc.) accusati dal paziente;
- Episodi/stati di malessere mentale che si discostano da quanto vissuto e manifestato dal paziente solitamente;
- Terapie A.B. effettuate e precedentemente prescritte in cartella dalla Psichiatra;
- Professionisti eventualmente chiamati (Psichiatra reperibile, Guardia medica, 118 ecc.);
- Comportamenti assistenziali messi in atto per rispondere ai bisogni/problemi presentati dall'Ospite.

2) La necessità che l'Infermiere - il quale segue il Medico di Base che viene in Struttura a visitare i nostri Ospiti ogni venerdì mattina - scriva sulle cartelle cliniche la terapia eventualmente modificata dal Medico di base; questo in quanto il MMG stampa un report su come trova il paziente e su ciò che sta decidendo per lui, ma questo report talvolta non è molto chiaro. Durante il venerdì è comunque presente in Struttura per quattro ore una Psichiatra. A questo proposito, nel primo pomeriggio di oggi, dopo nuovi accordi fra dr.ssa e Medico di Base, questi ultimi hanno concordato sul fatto che l'Infermiere scriva in cartella clinica la terapia eventualmente modificata dal MMG e poi quest'ultimo apponga la propria firma.

3) Gli Infermieri fanno firmare in cartella clinica anche il Familiare del Paziente che esce dalla Struttura per una notte, al fine di passare a casa con i propri cari mezza/una giornata.

Ho fatto presente alle Psichiatre - fondamentalmente per motivi organizzativi - che gli Infermieri scrivono già tutto ciò che inerisce al proprio lavoro "Modello di Consegna Generale e Infermieristica" che ti allego. Questa scheda è nominale, è numerata, è contenuta in un faldone che raccoglie tutte le informazioni della giornata



sul paziente e può essere consultata da tutti coloro che hanno bisogno di sapere ciò che dal punto di vista infermieristico/assistenziale/educativo è accaduto/stato fatto al paziente. La parte sin. della scheda è di dominio di ASA ed Educatori. La parte dx, invece, è di esclusiva competenza infermieristica.

I motivi organizzativi di cui sopra riguardano il fatto che ogni operatore in Comunità deve già documentare molto.

Nella fattispecie, gli Infermieri che sono i responsabili della salute psicofisica dei Pazienti allorché lo Psichiatra non è presente, se c'è qualche episodio clinico particolare, devono:

- Muoversi con attenzione e sapienza per far star bene il Paziente;
- Decidere chi chiamare (Psichiatra, Guardia medica, 118);
- Coinvolgere o no gli altri Operatori nella situazione che si sta affrontando;
- Scrivere sul modello infermieristico quanto hanno osservato/fatto;
- Dare consegna agli altri Infermieri al cambio-turno, agli altri Operatori, per cosa è opportuno che si continui a fare o no (questo anche su indicazioni della Psichiatra o della Guardia Medica);
- Spuntare la terapia effettuata (ti allego il modello in A3 che usiamo per la terapia);
- Aggiornare il modulo di Psiche (dove rendicontiamo quotidianamente ogni azione che effettuiamo sul Paziente);
- Scrivere poi sulla cartella clinica;
- Avisare la Psichiatra durante e al termine di ciò che è accaduto;

Per questi e altri motivi (sostanzialmente attinenti al fatto che, come tu ben sai, nel mondo della Sanità c'è tantissima carta da compilare e da "stoccare") chiedevo che fossero le Psichiatre stesse ad aggiornare le cartelle cliniche per evitare ripetizioni e doppioni documentativi.

Le Psichiatre hanno detto che, sul piano legale, la cartella clinica è di fatto l'unico documento probante di ciò che viene rilevato/non rilevato, fatto/non fatto per il Paziente. La scheda infermieristica a loro avviso è un "di più". Inoltre loro hanno espresso il desiderio e la necessità che tutto ciò che avviene in loro assenza sia descritto in cartella clinica in modo tempestivo, affinché non ci sia discontinuità e si possa agevolmente ricostruire la storia del Paziente.

Io ho espresso il mio disaccordo su entrambe queste posizioni per questi motivi:

- il Fascicolo socio-sanitario è composto da tutta

la documentazione inerente l'Ospite. Ogni figura professionale ha un proprio documento su cui scrivere. Per quel che ne so, l'ASL non chiede che la Psichiatra sia presente oltre le 6 ore che mediamente fa al giorno sulle Comunità e non chiede che sia presente il Sabato e la Domenica dove esiste solo la reperibilità psichiatrica. Credo non possa quindi pretendere che la Psichiatra scriva in cartella clinica se non è fisicamente in Struttura. Ma non mi risulta nemmeno che l'ASL o una legge dello Stato Italiano obblighi l'Infermiere a scrivere in cartella clinica quando il Medico è assente. Però magari io non sono sufficientemente informata.

- L'Infermiere ha invece il dovere di rendere disponibile ciò che ha documentato sul proprio strumento di lavoro e sa che la documentazione da lui compilata entrerà a tutti gli effetti a far parte del Fascicolo Socio-Sanitario a disposizione dell'ASL, dei vertici Aziendali, del Giudice e di chiunque abbia titolo per farne richiesta. Se la documentazione clinica infermieristica non dovesse avere alcun valore mi chiedo come mai il Giudice in alcuni casi visti in Ospedale e in una RSA della zona in cui ho fatto consulenza - ha sequestrato non solo la cartella medica, ma anche la consegna infermieristica e persino quella degli ASA. Le dottoresse mi hanno detto che in tutte le Comunità in cui loro hanno lavorato, gli Infermieri hanno sempre scritto sulla cartella clinica.

Infine ho chiesto alle Psichiatre che la trascrizione della terapia internistica in cartella clinica venga fatta dalla Psichiatra presente il venerdì mattina. Non credo sia il caso di far entrare nel merito di una procedura squisitamente medica (cioè la prescrizione terapeutica) un Infermiere, soprattutto se un medico in Comunità è presente.

Stante così le cose non oso chiedere ciò che vedo fare dai Medici in ospedale: essi scrivono direttamente sul foglio di terapia quanto hanno già deciso nella loro cartella clinica...e così non ci sono errori di trascrizione.

Per cortesia avrei bisogno un tuo parere sulla questione legale che le Psichiatre hanno sollevato e che impatta sul profilo operativo degli Infermieri.

Ringrazio e saluto cordialmente.

R: Per rispondere al tuo dettagliato ed articolato quesito è utile premettere cosa si intende per Cartella Clinica. In diversi documenti (cito solo il Manuale sulla Cartella Clinica di Regione Lombardia del 2007) è ormai assodato che per



Cartella Clinica si intende il «**fascicolo che, per ogni episodio di ricovero, consta di una pluralità di documenti recanti informazioni relative alla persona assistita e alle attività clinico assistenziali poste in essere da personale a ciò abilitato**». Questa definizione è alla base anche del recente "Manuale della Documentazione Sanitaria e Socio Sanitaria" emanato nel febbraio 2013 dalla Regione Lombardia e di cui mi pregio aver contribuito alla stesura.

Da questa premessa consegue che quanto richiesto (direi correttamente) nel punto 1, ovvero la necessità di documentare quanto avvenuto in assenza del personale Medico Specialista, è già assolto dalla formale compilazione della documentazione in essere. Di conseguenza la trascrizione di quanto già documentato sul modulo n. 42 "consegna infermieristica", risulterebbe una trascrizione foriera di possibili errori ed incongruenze che potrebbero generare ulteriori criticità. È importante che le annotazioni degli infermieri siano datate, firmate e trascritte in ordine cronologico (con l'indicazione anche dell'ora).

Rispetto ai diversi aspetti della Terapia (sollevati in più punti) è opportuno ricordare che l'infermiere ha la responsabilità di "garantire le prescrizioni diagnostiche terapeutiche" mentre la responsabilità della prescrizione è del Medico. Pre-scrivere significa appunto "scrivere prima" evitando trascrizioni o copie fonte di possibili errori.

a) Non capisco il ruolo dei MMG nella vostra struttura. Il pz. è sotto la responsabilità dello psichiatra? Il MMG agisce come consulente o come Medico di Guardia?

Le terapie del consulente dovrebbero essere confermate e prescritte dal medico responsabile del pz. Mentre, se il MMG agisce come possibile prescrittore o come Medico di Guardia deve utilizzare gli stessi strumenti di prescrizione che utilizza il medico responsabile.

Le eventuali consulenze devono trovare già la loro registrazione in Cartella Clinica (in appositi spazi, moduli o direttamente nel foglio di diario in base, ad esempio, alla struttura della documentazione) e di conseguenza non è opportuno trascriverle.

b) La raccomandazione Ministeriale n. 7 fornisce precise indicazioni sulle modalità di gestione della terapia suggerendo l'adozione della "scheda unica di terapia" che consente di tracciare le diverse fasi del processo di gestione dei farmaci. Per queste ragioni ritengo "poco sicuro" trascrivere le terapie. Non sarebbe più utile e funzionale che il Medico prescrittore (specialista o MMG) scri-

va direttamente sul foglio di terapia? e apponga la propria firma/signa? L'infermiere deve invece annotare l'avvenuta somministrazione siglando a sua volta.

In questo senso la scheda di terapia che avete è piuttosto lacunosa. Comprendo che non si tratta di una struttura Ospedaliera ma alcuni principi valgono ovunque e il loro rispetto, pur nella difficoltà organizzativa per realizzarli, rappresenta la garanzia migliore per le persone assistite e per gli operatori. Anche in caso di possibili contenziosi.

c) Per le terapie al Bisogno è opportuno un chiarimento. In questo caso parliamo di "prescrizioni condizionate", ovvero di una prescrizione che si deve realizzare se avviene un determinato evento. Per questo, il medico che prescrive al bisogno deve indicare in modo chiaro quale è l'evento che deve determinare la somministrazione (es. temperatura superiore a 38°C) evitando annotazioni generiche o interpretabili. È anche opportuno indicare la dose massima (es. non più di 3 supposte nelle 24 ore) e l'intervallo di tempo tra una somministrazione e l'altra (es. ad intervalli non inferiori alle 4 ore). Le somministrazioni al bisogno prescritte correttamente possono essere anche annotate nel foglio di terapia, anche se va registrata (da parte degli infermieri) la valutazione che ha condotto alla somministrazione della terapia al bisogno. Tale valutazione può essere indicata nella consegna infermieristica.

Sul punto 3) non ho sufficienti elementi per esprimermi.

Condivido le tue osservazioni conclusive e ribadisco la definizione iniziale di Cartella Clinica (che vale anche per il fascicolo socio-sanitario) da cui discende il valore legale dei documenti compilati dai diversi professionisti coinvolti nel processo di cura e assistenza alla persona.

Il problema quindi si sposta da un piano giuridico-legale ad un piano strettamente organizzativo, dove sono possibili più scelte relative alla gestione/strutturazione della documentazione socio-sanitaria.

Perché non valutate l'adozione di un "foglio di diario" unico e integrato? E di un foglio unico di terapia? Spero di essere stato sufficientemente esauriente e di aiuto ad individuare le scelte più utili per la vostra organizzazione.

Resto a disposizione per eventuali ulteriori quesiti.

Cordiali saluti.
Stefano Citterio
Presidente IPASVI Como

