

GRIGLIA DI VERIFICA PER LA CARTELLA INFERMIERISTICA

Istruzioni per l'uso della griglia di verifica per la cartella infermieristica

1. Verificare e valutare le cartelle infermieristiche in base ai criteri di verifica.
2. Ad ogni criterio di verifica corrisponde un punteggio: 2 punti se il criterio è soddisfatto, 1 punto se è soddisfatto parzialmente, 0 punti se non è soddisfatto. Se dopo la verifica della cartella il criterio non è rilevante, sarà contrassegnato con „nr“ (non rilevante).
3. Inserire il punteggio ottenuto nella colonna „cartella infermieristica verificata“. Per la prima cartella verificata nella colonna numero 1, per la seconda nella colonna numero 2 ecc. Con una griglia si possono verificare fino a 10 cartelle.
4. Al termine della verifica calcolare in che percentuale ogni criterio è stato soddisfatto. Prima si calcola il massimo numero di punti possibili (= il numero di cartelle verificate x 2), poi si contano i punti realmente ottenuti e in base a questi valori si stabilisce la percentuale (100/mass. punti ottenibili x punti ottenuti). L'esempio sottostante mostra come procedere per il calcolo di **4 cartelle verificate**.

Attribuzione dei punti: Sì = 2 punti, parzialmente= 1 punto, No = 0 punti, nr = non rilevante	Cartelle infermieristiche verificate				Mass. punti ottenibili	Punti ottenuti	%
	1	2	3	4			
1. Tutti i formulari contengono i dati per la chiara identificazione del paziente	1	0	2	2	8 (4x2)	5	63%
2. Tutti i dati inseriti sui vari interventi sono muniti di data e ora in cui sono stati compiuti (ad es. osservazione, prestazione inf., sorveglianza, trattamento)	2	0	1	1	8	4	50%
3. Tutti i dati inseriti sono muniti della firma/abbreviazione della persona responsabile.	2	2	1	1	8	6	75%

Indicazioni per l'uso della griglia di verifica

I criteri di verifica possono essere scelti in base alle condizioni e alle caratteristiche vigenti nel singolo istituto (ad es. se i criteri di leggibilità per le cartelle elettroniche sono poco rilevanti non saranno considerati nella verifica) oppure si possono inserire voci importanti nelle rispettive verifiche (ad es. ciclo di verifica con accento sulla raccolta di informazioni / valutazioni e problema/ diagnosi infermieristica).

Griglia di verifica per le cartelle infermieristiche

Attribuzione dei punti: sì = 2 punti, parzialmente = 1 punto, no = 0 punti	Mass. punti ottenibili	Punti ottenuti	%
A. Strutture Attenzione: i seguenti criteri di verifica vengono esaminati <u>una sola volta per tutto il sistema di cartella infermieristica dell'istituzione</u> . Si può rispondere solo con sì (=2 punti) o no (= 0 punti).			
1. Per ogni paziente ¹ è previsto un incarto personale	2		
2. L'organizzazione ha stabilito i formulari che devono essere inseriti nella cartella infermieristica	2		
3. Tutti i formulari permettono di risalire all'organizzazione	2		
4. I formulari per la pianificazione delle cure si basano su una struttura stabilita, risp. su riferimenti agli atti infermieristici (ad es. tappe del processo inf., NANDA, AVQ)	2		
5. Sono presenti strumenti per l'esecuzione di screening e/o valutazioni (ad es. scala del dolore, valutazione di carenza alimentare, screening delirio)	2		
6. I risultati degli screening e/o valutazioni figurano chiaramente nel sistema di documentazione (ad es. spazio riservato alla raccolta di informazioni, protocolli)	2		
7. L'organizzazione dispone di indicazioni e una cartella modello per la corretta compilazione della cartella infermieristica	2		
8. L'organizzazione dispone di un elenco valido delle abbreviazioni o simboli autorizzati e del loro significato	2		
9. L'organizzazione dispone di un elenco valido delle abbreviazioni dei collaboratori e delle rispettive firme	2		

¹ Per agevolare la lettura in questa griglia di verifica si userà il termine paziente, che comprende anche ospite, cliente e le rispettive forme femminili.

Attribuzione dei punti: sì = 2 punti, parzialmente = 1 punto, no = 0 punti	Mass. punti ottenibili	Punti ottenuti	%
10. La cartella infermieristica è sempre a disposizione del personale autorizzato (ad es. accesso garantito nel locale delle infermiere, per le cartelle elettroniche un sufficiente numero di computer, accesso garantito nel caso di caduta del sistema)	2		
11. La cartella infermieristica deve essere conservata in modo da renderne possibile l'accesso unicamente al personale autorizzato (ad es. collocazione sicura nel locale delle infermiere, Logout assicurato delle cartelle elettroniche)	2		
12. L'accesso del paziente/ dei congiunti alla cartella infermieristica è regolata dall'organizzazione in base alle leggi vigenti (protezione dei dati e diritti dei pazienti)	2		
13. La cartella infermieristica deve essere archiviata per intero	2		
14. Il grado di archiviazione si regola in base alle relative prescrizioni legali conformi al diritto delle obbligazioni e alla regolamentazione cantonale	2		
15. La distruzione della cartella infermieristica deve aver luogo nel rispetto delle leggi cantonali o di procedure conformi alla protezione dei dati in vigore nelle singole organizzazioni	2		

Attribuzione dei punti: sì = 2 punti, parzialmente= 1 punto, no = 0 punti, nr = non rilevante (non viene calcolato)	Cartella infermieristica verificata										Mass. punti ottenibili	Punti ottenuti	%
	1	2	3	4	5	6	7	8		10			
B. Formalità													
16. Tutti i formulari contengono i dati per una chiara identificazione del paziente.													
17. Tutti i dati inseriti sui vari interventi sono muniti di data e ora in cui sono stati compiuti (ad es. osservazione, prestazione inf., sorveglianza,													

Attribuzione dei punti: sì = 2 punti, parzialmente= 1 punto, no = 0 punti, nr = non rilevante (non viene calcolato)	Cartella infermieristica verificata										Mass. punti ottenibili	Punti ottenuti	%
	1	2	3	4	5	6	7	8		10			
trattamento)													
18. Tutti i dati inseriti sono muniti della firma/abbreviazione della persona responsabile													
19. Le firme/l'abbreviazione sono riconoscibili e permettono l'identificazione della persona interessata													
20. Le informazioni trascritte nella cartella infermieristica sono ben leggibili													
21. La cartella infermieristica è quotidianamente aggiornata													
22. Le abbreviazioni e i simboli corrispondono a quelli che figurano nell'elenco interno all'istituto nella forma e nel significato													
23. I dati sono trascritti con strumenti appropriati al tipo di documento, il cui contenuto deve rimanere invariato per tutta la sua durata di conservazione (quindi non a matita)													
24. Le correzioni devono essere chiare; gli errori ortografici devono quindi rimanere visibili anche dopo la correzione													
C. Raccolta di informazioni/Valutazione													
25. Precedenti medici/diagnosi/diagnosi secondarie/allergie del paziente rilevanti per la pianificazione delle cure sono identificati e correttamente ² riportati/documentati													

² In questa griglia di verifica, per documentazione corretta si intende una documentazione basata sulle direttive interne all'istituto (guide, modello di documentazione). Le trascrizioni corrispondono formalmente alle direttive / al modello di documentazione dell'istituto.

Attribuzione dei punti: sì = 2 punti, parzialmente= 1 punto, no = 0 punti, nr = non rilevante (non viene calcolato)	Cartella infermieristica verificata										Mass. punti ottenibili	Punti ottenuti	%	
	1	2	3	4	5	6	7	8		10				
26. Le informazioni per situazioni d'emergenza (ad es. (grado di) rianimazione, avviso in caso d'emergenza/decesso) sono documentate in modo corretto														
27. Le informazioni sulle disposizioni del paziente sono documentate in modo corretto														
28. Sono indicati il motivo del ricovero e il problema principale dal punto di vista del paziente														
29. Sono documentate caratteristiche fisiologiche e funzionali; ad es. condizioni fisiche generali, AVQ, ASVQ (ad es. mobilità, respirazione, dolori, comunicazione, alimentazione, preparazione dei pasti, fare la spesa, controllo dei medicinali)														
30. Sono documentate caratteristiche psicologiche; ad es. emozioni come paura, bisogno di apprendimento, motivazione di apprendimento, controllo della terapia, strategie di coping														
31. Sono documentate caratteristiche culturali; ad es. lingua, riti, usanze, abitudini alimentari, comprensione della malattia, rimedi popolari														
32. Sono documentate caratteristiche psicosociali; ad es. biografia, familiari/persona di riferimento/ sistema familiare, situazione abitativa, lavorativa e finanziaria														
33. La quantità di informazioni raccolte è adeguata alla situazione individuale, alla degenza prevista e all'entità dell'assistenza prevista														
34. Le descrizioni sono complete/ esaurienti (ad es. le caratteristiche														

Attribuzione dei punti: sì = 2 punti, parzialmente= 1 punto, no = 0 punti, nr = non rilevante (non viene calcolato)	Cartella infermieristica verificata										Mass. punti ottenibili	Punti ottenuti	%	
	1	2	3	4	5	6	7	8		10				
riportate comprendono: problemi, risorse, esperienze, abitudini, bisogni ed esigenze/ aspettative)														
35. Le formulazioni sono chiare e ben articolate, senza valutazioni né conclusioni														
36. Gli strumenti disponibili per screening / valutazione sono impiegati in modo adeguato e secondo le direttive														
37. I risultati dello screening/ della valutazione svolta sono documentati														
38. I metodi impiegati per la raccolta di dati (domande, osservazioni, esami) sono rilevanti e documentati in modo chiaro														
39. Informazioni dirette (da parte del paziente) e indirette (ad es. familiari, aspetti medici inerenti la malattia, servizio sociale) sono riportate in modo differenziato														
40. L'anamnesi infermieristica è stata eseguita entro un termine stabilito dopo l'ammissione del paziente														
41. Aggiornamenti ed elementi supplementari inerenti la raccolta di informazioni sono documentati in modo chiaro														
D. Problemi / Diagnosi infermieristica														
Attenzione: se si utilizza la libera formulazione dei problemi occorre verificare il criterio 42, se si formulano le diagnosi infermieristiche secondo il NANDA occorre verificare il criterio 43														

Attribuzione dei punti: sì = 2 punti, parzialmente= 1 punto, no = 0 punti, nr = non rilevante (non viene calcolato)	Cartella infermieristica verificata										Mass. punti ottenibili	Punti ottenuti	%	
	1	2	3	4	5	6	7	8		10				
42. I problemi infermieristici sono documentati in modo completo ³														
43. Le diagnosi infermieristiche sono documentate in modo completo secondo la formula PES (Problema, elementi influenti, segnali o sintomi)														
44. I problemi infermieristici, risp. le diagnosi infermieristiche sono estrapolate con chiarezza dalle informazioni raccolte e si riferiscono alla situazione individuale del paziente														
45. I problemi o le diagnosi sono formulate in modo da permettere l'applicazione di misure infermieristiche adeguate														
E. <u>Fissare gli obiettivi/ pianificazione delle cure</u>														
46. Per ogni problema/diagnosi è formulato almeno un obiettivo														
47. Gli obiettivi sono la conseguenza logica del rilevamento dei problemi/delle diagnosi														

³ Una descrizione esauriente dei problemi considera i seguenti aspetti:

1. Attività/funzione interessata
2. Problema/tipo di peggioramento
3. Quantità/Qualità del peggioramento
4. Cause, relazioni, fattori di rischio
5. Espressione (Sintomi/osservazioni e dichiarazioni della persona interessata)
6. Risorse

Attribuzione dei punti: sì = 2 punti, parzialmente= 1 punto, no = 0 punti, nr = non rilevante (non viene calcolato)	Cartella infermieristica verificata										Mass. punti ottenibili	Punti ottenuti	%	
	1	2	3	4	5	6	7	8		10				
48. Gli obiettivi tengono in considerazione le risorse e le capacità dei pazienti														
49. Gli obiettivi sono formulati secondo la regola SMART ⁴														
50. Gli obiettivi si riferiscono al paziente (come obiettivo del paziente, non dell'infermiera)														
F. <u>Pianificare le misure/ Pianificazione delle cure</u>														
51. Le misure sono la logica conseguenza degli obiettivi														
52. Le misure possono essere associate ai rispettivi problemi/diagnosi e obiettivi														
53. Le misure sono adeguate alle condizioni individuali del paziente (ad es. adeguate alle risorse, allo stato di salute, all'età, al grado di sviluppo e istruzione, all'ambiente)														
54. Le misure previste sono consone alle direttive interne (ad es. linee direttive sul cambio di medicazione, controllo standard del dolore ecc.)														
G. <u>Applicazione delle misure / Interventi → rapporto sull'andamento delle cure</u>														
55. I dati inseriti riguardanti il decorso delle cure si riferiscono e possono essere correlati ai problemi/alle diagnosi e agli obiettivi														

⁴ Specific (Specifico), Measurable (Misurabile) Achievable (Realizzabile), Relevant (Rilevante), Timely (Tempestivo)

Attribuzione dei punti: sì = 2 punti, parzialmente= 1 punto, no = 0 punti, nr = non rilevante (non viene calcolato)	Cartella infermieristica verificata										Mass. punti ottenibili	Punti ottenuti	%	
	1	2	3	4	5	6	7	8		10				
56. Nel rapporto sull'andamento delle cure sono descritti l'effetto delle misure e la reazione agli interventi infermieristici (nessuna descrizione di pure e semplici attività)														
57. L'inserimento di annotazioni nel rapporto sull'andamento delle cure avviene subito dopo l'esecuzione dell'intervento o entro i limiti prescritti														
58. I rapporti sull'andamento delle cure devono essere pertinenti, chiari e privi di giudizi di valore														
59. Devono figurare nel rapporto sull'andamento delle cure anche singoli interventi, eseguiti in seguito a problemi puntuali														
60. Fenomeni e attività/interventi descritti più volte nel rapporto sull'andamento delle cure devono essere ripresi nella pianificazione delle cure (ad es. come problema/ diagnosi infermieristica, obiettivi, misure)														
61. I dati che alludono ad attività specifiche sono registrati un'unica volta nello spazio ad essi riservato (ad es. pianificazione delle cure standardizzata, documentazione delle ferite, foglio di sorveglianza, protocollo del dolore ecc.). Questi dati non si devono sovrapporre a quelli contenuti nel rapporto sull'andamento delle cure														
62. Si deve poter evincere se l'intervento è stato eseguito in modo autonomo dall'infermiera diplomata responsabile o su delega														
H. <u>Piano dei medicinali</u>														
63. La lista dei farmaci è documentata correttamente secondo le direttive														

Attribuzione dei punti: sì = 2 punti, parzialmente= 1 punto, no = 0 punti, nr = non rilevante (non viene calcolato)	Cartella infermieristica verificata										Mass. punti ottenibili	Punti ottenuti	%	
	1	2	3	4	5	6	7	8		10				
interne dell'istituto														
64. Tutti i farmaci prescritti sono documentati in base ai 5 punti seguenti: persona giusta, farmaco giusto (nome corretto), dosaggio (o concentrazione) giusto, tipo di applicazione giusta, orario giusto														
I. <u>Valutazione/ giudizio delle cure eseguite</u>														
65. Gli obiettivi vengono verificati regolarmente/a intervalli stabiliti														
66. Il grado di raggiungimento degli obiettivi è esplicitamente documentato														
67. La valutazione degli obiettivi si evince dal rapporto sull'andamento delle cure														
68. I dati della valutazione (osservazioni, colloqui, esami, rapporto sull'andamento delle cure) sono documentati in modo chiaro														
69. Gli obiettivi e le misure sono adeguati in base ai risultati della valutazione (ad es. portare a termine, adeguare gli obiettivi e le misure)														