L’appropriatezza e la sicurezza nella compilazione della cartella clinica

Matteo Steduto

CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA - IRCCS
L’OSPEDALE FONDATO DA PADRE PIO
SAN GIOVANNI ROTONDO

UOC di Pediatria Onco-Ematologica



AIEOP
ASSOCIAZIONE ITALIANA EMATOLOGIA ONCOLOGIA PEDIATRICA

CONGRESSO INFERMIERISTICO AIEOP

LECCE, 13-14 ottobre 2026
HILTON GARDEN INN

Disclosures - Matteo Steduto

Company name	Research support	Employee	Consultant	Stockholder	Speakers bureau	Advisory board	Other



ART 33 - DOCUMENTAZIONE CLINICA

L'Infermiere è responsabile della redazione accurata della documentazione clinica di competenza, ponendo in risalto l'importanza della sua completezza e veridicità anche ai fini del consenso o diniego, consapevolmente espresso dalla persona assistita al trattamento infermieristico.

Atto pubblico



Criteri documentali



La cartella clinica: quante cose ci vengono in mente?

Normativa e aspetti legali

ATTO PUBBLICO

Checklist

Pianificazione assistenziale

Consensi informati

Foglio Unico di Terapia

Errori cancellature

Referti di laboratorio, di esami strumentali,

Conservazione e archiviazione

NIC e NOC

AUDIT

Tracciabilità

Scale di valutazione

CARTACEO - ELETTRONICO

Decisioni cliniche

Protocolli e procedure

CRITICITA'

Appropriatezza

Criticità documentali

MIGLIORAMENTO

Quando la documentazione diventa davvero uno strumento di sicurezza?

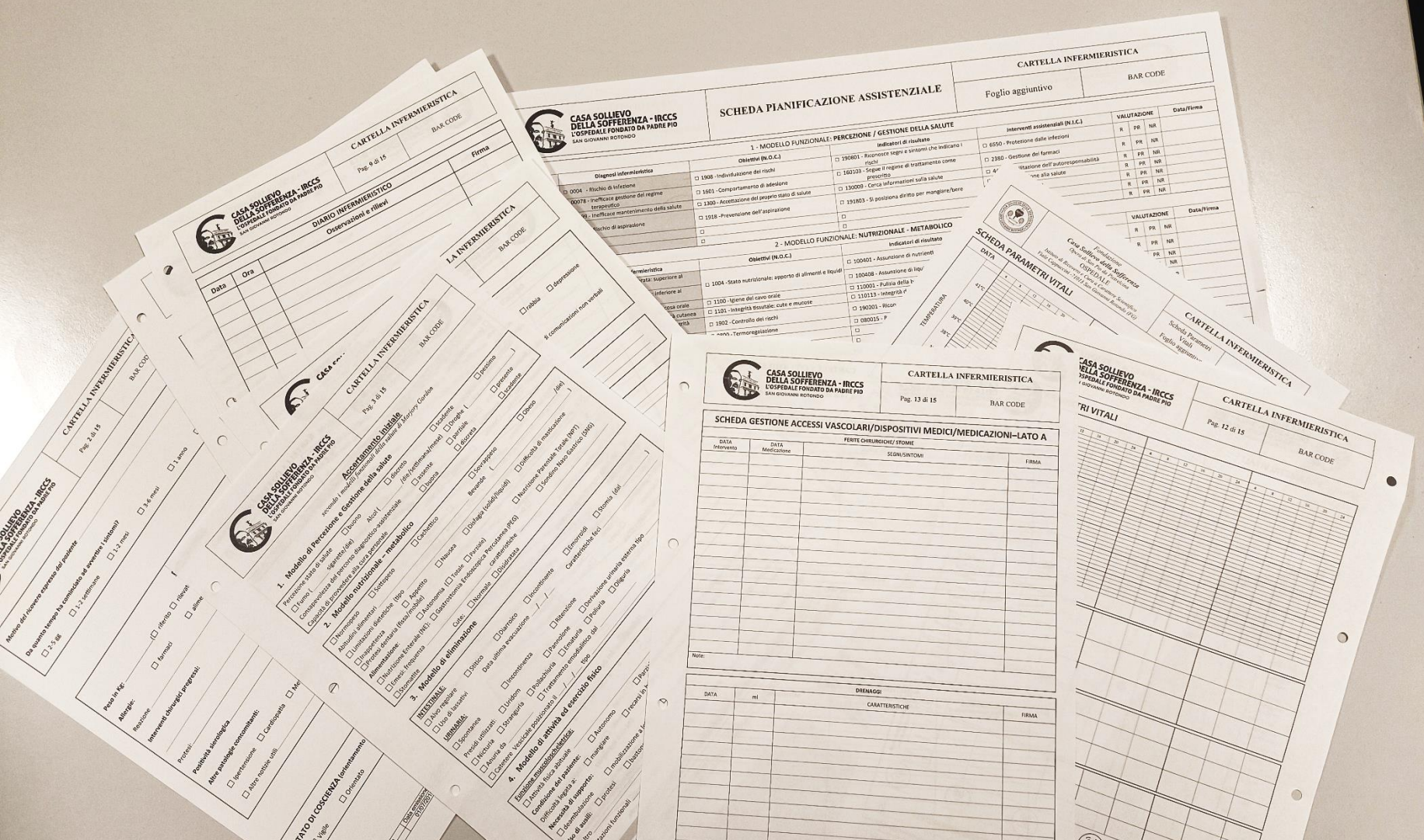
AUDIT

CRITICITA'

SICUREZZA

CARTACEO - ELETTRONICO

MIGLIORAMENTO



CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA - IRCCS
L'OSPEDALE FONDATO DA PADRE PIO
SAN GIOVANNI ROTONDO

SCHEDA PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE

CARTELLA INFERMIERISTICA
Foglio aggiuntivo
BAR CODE

1 - MODELLO FUNZIONALE: PERCEZIONE / GESTIONE DELLA SALUTE

Diagnosi infermieristica	Obiettivi (N.O.C.)	Indicatori di risultato	Interventi assistenziali (N.I.C.)	VALUTAZIONE	Data/Firma
0004 - Rischio di infezione	1908 - Individuazione dei rischi	190801 - Riconosce segni e sintomi che indicano i rischi	6550 - Protezione dalle infezioni	R PR NR	
00078 - Inefficace gestione del regime terapeutico	1601 - Comportamento di adesione	160103 - Segue il regime di trattamento come prescritto	2380 - Gestione dei farmaci	R PR NR	
- Inefficace mantenimento della salute	1300 - Accettazione del proprio stato di salute	130909 - Cerca informazioni sulla salute	4 - Facilitazione dell'autoresponsabilità	R PR NR	
Rischio di aspirazione	1918 - Prevenzione dell'aspirazione	191803 - Si posiziona diritto per mangiare/bere	ne alla salute	R PR NR	
				R PR NR	

2 - MODELLO FUNZIONALE: NUTRIZIONALE - METABOLICO

Diagnosi infermieristica	Obiettivi (N.O.C.)	Indicatori di risultato
ata: superiore al	1004 - Stato nutrizionale: apporto di alimenti e liquidi	100401 - Assunzione di nutrienti
inferiore al		100408 - Assunzione di liqu
cosa orale	1100 - Igiene del cavo orale	110001 - Pulitura della b
a cutanea	1101 - Integrità tissutale: cute e mucose	110113 - Integrità d
rità	1902 - Controllo dei rischi	190301 - Ricon
	0800 - Termoregolazione	080015 - F

SCHEDA PARAMETRI VITALI

Fondazione Casa Sollievo della Sofferenza
Opera di Padre Pio da Pietrelcina
Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
Viale Cappuccini - 71013 San Giovanni Rotondo (FG)

DATA
TEMPERATURA
41°C
40°C
39°C
38°C

CARTELLA INFERMIERISTICA
Scheda Parametri Vitali
Foglio aggiuntivo

CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA - IRCCS
L'OSPEDALE FONDATO DA PADRE PIO
SAN GIOVANNI ROTONDO

CARTELLA INFERMIERISTICA
Pag. 13 di 15
BAR CODE

SCHEDA GESTIONE ACCESSI VASCOLARI/DISPOSITIVI MEDICI/MEDICAZIONI–LATO A

DATA Intervento	DATA Medicazione	FERITE CHIRURGICHE/ STOMIE SEGNI/SINTOMI	FIRMA

Note:

DATA	ml	DRENAGGI CARATTERISTICHE	FIRMA

CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA - IRCCS
L'OSPEDALE FONDATO DA PADRE PIO
SAN GIOVANNI ROTONDO

CARTELLA INFERMIERISTICA
Pag. 12 di 15
BAR CODE

RI VITALI

CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA - IRCCS
L'OSPEDALE FONDATO DA PADRE PIO
SAN GIOVANNI ROTONDO

CARTELLA INFERMIERISTICA
Pag. 9 di 15
BAR CODE

DIARIO INFERMIERISTICO
Osservazioni e rilievi

Data	Ora	

LA INFERMIERISTICA
BAR CODE

☐ rabbia ☐ depressione

ni comunicazioni non verbali

CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA - IRCCS
L'OSPEDALE FONDATO DA PADRE PIO
SAN GIOVANNI ROTONDO

CARTELLA INFERMIERISTICA
Pag. 3 di 15
BAR CODE

Accettamento iniziale
secondo i modelli funzionali della salute di Marjory Gordon

1. Modello di Percezione e Gestione della salute
Percezione stato di salute ☐ fumo (sigarette/die) ☐ alcool (☐ occasio /die/settimana/mese) ☐ droghe (☐ passato ☐ presente ☐ assidue
Consapevolezza del percorso diagnostico-assistenziale ☐ parziale ☐ assente
Capacità di procedere alla cura personale ☐ assistita ☐ buona ☐ discreta

2. Modello nutrizionale - metabolico ☐ Carbonetico
☐ Normopeso ☐ sottopeso ☐ sovrappeso ☐ Obesità (del
Abitudini alimentari ☐ Appetito ☐ Nausea ☐ Disfagia (solidi/liquidi) ☐ Difficoltà di masticazione
☐ Limitazioni dietetiche (tipo Bevanda (☐ Nutrizione Parenterale Totale (NPT)
☐ Inappetenza ☐ Protesi dentaria (fissa/mobile) ☐ Autonomia ☐ Totale ☐ Parziale) ☐ Sondino Naso Gastrico (SNG)
Alimentazione: ☐ Nutrizione Enterale (NE): ☐ Gastrostomia Endoscopica Percutanea (PEG)
☐ Inizio/ frequenza Cute: ☐ Normale ☐ caratteristiche ☐ Stomia (del
☐ Stomaterapia

3. Modello di eliminazione
INTESTINALE: ☐ Alvo regolare ☐ Stitico ☐ Diarroico ☐ Incontinente ☐ Emorroidi
☐ Uso di lassativi Data ultima evacuazione __/__/__ Caratteristiche feci
☐ Sporadiche ☐ Incontinenza ☐ Ritenzione
URINARIA: ☐ Pannolone ☐ Minzione
☐ Presidi utilizzati: ☐ Urostomia ☐ Diabetolitiasi ☐ Trattamento emodialitico dal __/__/__ tipo
☐ Notturia ☐ Stranguria ☐ Disuria ☐ Derivazione urinaria sistema tipo
☐ Catetere Vescicale: posizionato il __/__/__ ☐ Poliuria ☐ Oliguria

4. Modello di attività ed esercizio fisico
Funzione muscolo-scheletrica: ☐ Autonomo ☐ mobilizzazione a
Condizione del paziente: ☐ mangiare ☐ Autonomo ☐ deambulazione
☐ Attività fisica abituale ☐ protesi ☐ mobilizzazione a letto
Difficoltà legate a: ☐ Autonomo ☐ Assistito
Necessità di supporto: ☐ Autonomo ☐ Assistito
☐ Deambulazione ☐ protesi ☐ mobilizzazione a letto
Grado di stabilità: ☐ Autonomo ☐ Assistito
Tipo ☐ Autonomo ☐ Assistito
☐ Limitazioni funzionali

Peso in Kg: ☐ riferito ☐ rilevato
Allergie: ☐ farmaci ☐ alimentari
Reazione:
Interventi chirurgici pregressi:
Protesi:
Positività sierologica
Altre patologie concomitanti: ☐ Ipertensione ☐ cardiopatia ☐ Mal
☐ Altre malattie utili:

Motivo del ricovero espresso dal paziente
Da quanto tempo ha cominciato ad avvertire i sintomi? ☐ 1-2 settimane ☐ 1-2 mesi ☐ 3-6 mesi ☐ 1 anno
☐ 2-5 gg

STATO DI COSCIENZA (orientamento) ☐ Orientato
Data inserim STATO/OR
Vigile

Cartelle diverse. Stesso obiettivo.



CARTACEA

FUT e registrazioni manuali



ELETTRONICA

Dati e registrazioni digitali



PERSONALIZZATA

Modelli propri del centro



INTEGRATA

Palmare e braccialetto

Qual è la cartella migliore?

Quella che funziona. E che possiamo dimostrare che funziona.

CARTELLA CLINICA
SCHEDA INFERMIERISTICA

Reparto: _____ Data: ___/___/_____
Paziente: _____

Ora	Parametro / Attività	Valore / Descrizione	Firma

'If it is not recorded, it has not been done!'

Se non è registrato, non è stato fatto

J Clin Nurs. 2010 Jun;19(11-12):1544-52. doi: 10.1111/j.1365-2702.2009.03012.x. Epub 2010 Apr 20.

'If it is not recorded, it has not been done!'? consistency between nursing records and observed nursing care in an Italian hospital

Maria Grazia De Marinis [1], Michela Piredda, Maria Chiara Pascarella, Bruno Vincenzi, Fiorenza Spiga, Daniela Tartaglini, Rosaria Alvaro, Maria Matarese

Dallo studio è emerso che gli infermieri svolgono più attività di quante ne registrino. La coerenza tra assistenza erogata e registrata è diminuita significativamente nei giorni in cui è stato eseguito un maggior numero di attività.

CARTELLA CLINICA
SCHEDA INFERMIERISTICA

Reparto: _____

Data: 14 / 03 / 2024

Ora	Parametro / Attività	Valore / Descrizione	Firma
07:30	Parametri vitali	PA 110/70 FC 88 SpO_2 98% T 36,6°C	MM
	Peso	18 kg	MM
08:00	Dolore (NRS)	6/10	MM
—	Terapia prescritta	Come da FUT	—
09:15	Medicazione CVC	Eseguita	LC
—	Igiene personale	Eseguita	LC
12:00	Parametri vitali	PA 105/65 FC 82 SpO_2 97% T 36,5°C	LC
	Mobilizzazione	Autonomo	LC
18:00	Dolore (NRS)	3/10	LC
—	Parametri vitali	PA 100/60 FC 80 SpO_2 98% T 36,4°C	LC

Note: Paziente collaborante. Nausea nel pomeriggio, riferisce stanchezza. Riposo notturno tranquillo.

FOGLIO UNICO DI TERAPIA (FUT)

Data: 14 / 03 / 2024

Reparto: _____

Orario	Farmaco	Dose	Via	Firma	Note
08:00	Zofran	4 mg	e.v.	MM	
10:00	Piperacillina/ Tazobactam	2,25 g	e.v.	LC	
12:00	Paracetamolo	500 mg	p.o.	LC	
16:00	Piperacillina/ Tazabactam	2,25 g	e.v.		
20:00	Paracetamolo	500 mg	p.o.	LC	
22:00	Zofran	4 mg	e.v.	LC	

TERAPIA AL BISOGNO (PRN)

Farmaco	Indicazione	Dose	Via	Firma	Note
Metoclopramide	Nausea/vomito	5 mg	e.v.	LC	—


CARTELLA CLINICA
SCHEDA INFERMIERISTICA
Reparto:
Data: 14 / 03 / 2024
Ora | Parametro / Attività | Valore / Descrizione | Firma
07:30 | Parametri vitali | PA 110/70 SpO2 98% |
— | Peso | 18 kg | MM
08:00 | Dolore (NRS) | 6/10 | MM
— | Terapia prescritta | Come da FUT |
09:15 | Medicazione CVC | Eseguita |
— | Igiene personale | Eseguita | LC
12:00 | Parametri vitali | PA 105/65 FC 82 SpO2 97% T 36,5°C | LC
— | Mobilizzazione | Autonomo | LC
18:00 | Dolore (NRS) | 3/10 | LC
— | Parametri vitali | PA 100/60 FC 80 SpO2 98% T 36,4°C | LC
Note: Paz… te. Nausea nel pomeriggio, riferis… Riposo notturno tranquillo.
1 Dato non aggiornato o non verificato
2 Valutazione del dolore senza successiva rivalutazione
3 Registrazione senza orario
FOGLIO UNICO DI TERAPIA (FUT)
Data: 14 / 03 / 2024
Reparto:
Orario | Farmaco | Dose | Via | Firma |
08:00 | Zofran | 4 mg | e.v. | MM |
10:00 | Piperacillina/ Tazobactam | 2,25 g | e.v. | LC |
12:00 | Paracetamolo | 500 mg | p.o. | LC |
16:00 | Piperacillina/ Tazabactam | 2,25 g | e.v. | |
20:00 | Paracetamolo | 500 mg | p.o. | LC |
22:00 | Zofran | 4 mg | e.v. | LC |
4 Farmaco prescritto con nome commerciale
5 Somministrazione senza firma
TERAPIA AL BISOGNO (PRN)
Farmaco | Indicazione | Dose | Via | Firma | Note
Metoclopramide | Nausea/vomito | 5 mg | e.v. | LC | —

Alcune criticità rilevabili nella documentazione sanitaria

AUDIT

Scarsa leggibilità

La scrittura manuale poco chiara (soprattutto nel diario clinico) rende difficile la ricostruzione del percorso del paziente e ostacola eventuali strategie difensive.

Uso improprio di abbreviazioni e acronimi

L'utilizzo di sigle non universali o ambigue può indurre in errore altri professionisti della salute

Omissioni e dati lacunosi

La mancata registrazione di parametri vitali (pre e post-operatori), dell'andamento clinico quotidiano, delle risposte ai trattamenti o del consenso informato

Mancata contestualità e inesatta cronologia degli eventi

Compilare il diario clinico a posteriori o cumulare più giornate in un'unica nota, righi lasciati vuoti e non più compilati

Cancellature, abrasioni o uso di correttori/matita

Alterare o correggere il testo in modo non tracciabile (ad esempio usando il bianchetto o cancellando)

Mancata corrispondenza tra diario e scheda di dimissione (SDO)

Disallineamenti tra quanto effettivamente svolto durante il ricovero e le diagnosi o procedure codificate alla chiusura della cartella.

Alcune criticità rilevabili nella documentazione sanitaria

AUDIT

Mancata o inesatta registrazione delle terapie

Omissioni nell'annotazione dei farmaci somministrati, dei relativi orari, dei dosaggi o delle reazioni avverse.

Mancanza dei consensi informati – moduli privacy

Inesattezze sui doppi controlli in caso di somministrazione di chemioterapici o emoderivati

Pianificazioni assistenziali non chiuse

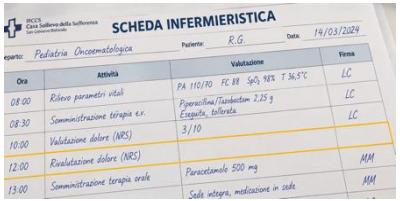
Incongruenze fra diario medico e diario infermieristico

Ecc..

Non tutte le incompletezze hanno lo stesso significato

CRITICITÀ

NON Documentato



Non significa automaticamente
NON ESEGUITO

Documentato



Non significa automaticamente
CORRETTO

Attendibile



Significa aggiornato, contestualizzato, verificabile e tracciabile

Scenario 1· Il peso che non è più quello di qualche giorno fa

SICUREZZA

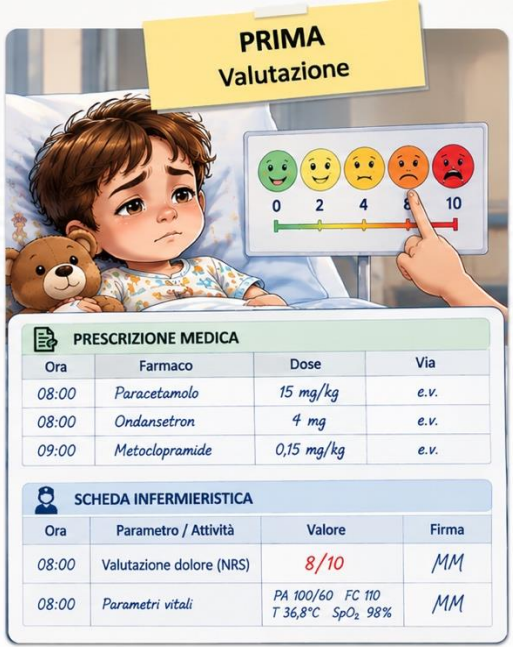


In un percorso chemioterapico pediatrico, un dato antropometrico non aggiornato o non incrociato con il peso della prescrizione può entrare nel processo di prescrizione o verifica.

Domanda: chi verifica che il dato usato sia quello valido oggi?

SICUREZZA

Scenario 2 · Il dolore dopo l'intervento terapeutico



PRESCRIZIONE MEDICA

Ora	Farmaco	Dose	Via
08:00	Paracetamolo	15 mg/kg	e.v.
08:00	Ondansetron	4 mg	e.v.
09:00	Metoclopramide	0,15 mg/kg	e.v.

SCHEDA INFERMIERISTICA

Ora	Parametro / Attività	Valore	Firma
08:00	Valutazione dolore (NRS)	8/10	MM
08:00	Parametri vitali	PA 100/60 FC 110 T 36,8°C SpO_2 98%	MM

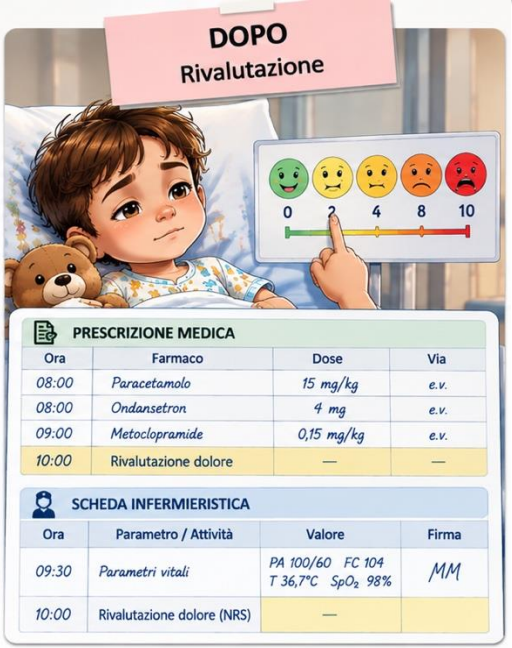


PRESCRIZIONE MEDICA

Ora	Farmaco	Dose	Via
08:00	Paracetamolo	15 mg/kg	e.v.
08:00	Ondansetron	4 mg	e.v.
09:00	Metoclopramide	0,15 mg/kg	e.v.

SOMMINISTRAZIONE INFERMIERISTICA

Ora	Farmaco	Dose	Via	Firma
08:05	Paracetamolo	15 mg/kg	e.v.	MM
08:10	Ondansetron	4 mg	e.v.	MM
09:00	Metoclopramide	0,15 mg/kg	e.v.	LC



PRESCRIZIONE MEDICA

Ora	Farmaco	Dose	Via
08:00	Paracetamolo	15 mg/kg	e.v.
08:00	Ondansetron	4 mg	e.v.
09:00	Metoclopramide	0,15 mg/kg	e.v.
10:00	Rivalutazione dolore	—	—

SCHEDA INFERMIERISTICA

Ora	Parametro / Attività	Valore	Firma
09:30	Parametri vitali	PA 100/60 FC 104 T 36,7°C SpO_2 98%	MM
10:00	Rivalutazione dolore (NRS)	—	

Se manca il «dopo», come possiamo valutare la risposta e decidere il passo successivo?

Scenario 3· Una terapia, due storie diverse

SICUREZZA



Il passaggio critico è la corrispondenza verificabile tra ciò che avviene e ciò che risulta.

Scenario simulato; non equivale a un evento avverso realmente verificatosi.

Che cosa accomuna i tre casi?

SICUREZZA

Il rischio non nasce soltanto dall'assenza di un dato.

Nasce anche da un dato **presente**
ma **non aggiornato**, **non contestualizzato** o **non verificabile**.

Fonte: Wang et al. (2011) · J Adv Nurs · PMID 21466578

L'AUDIT: UN ESAME DA SUPERARE ?



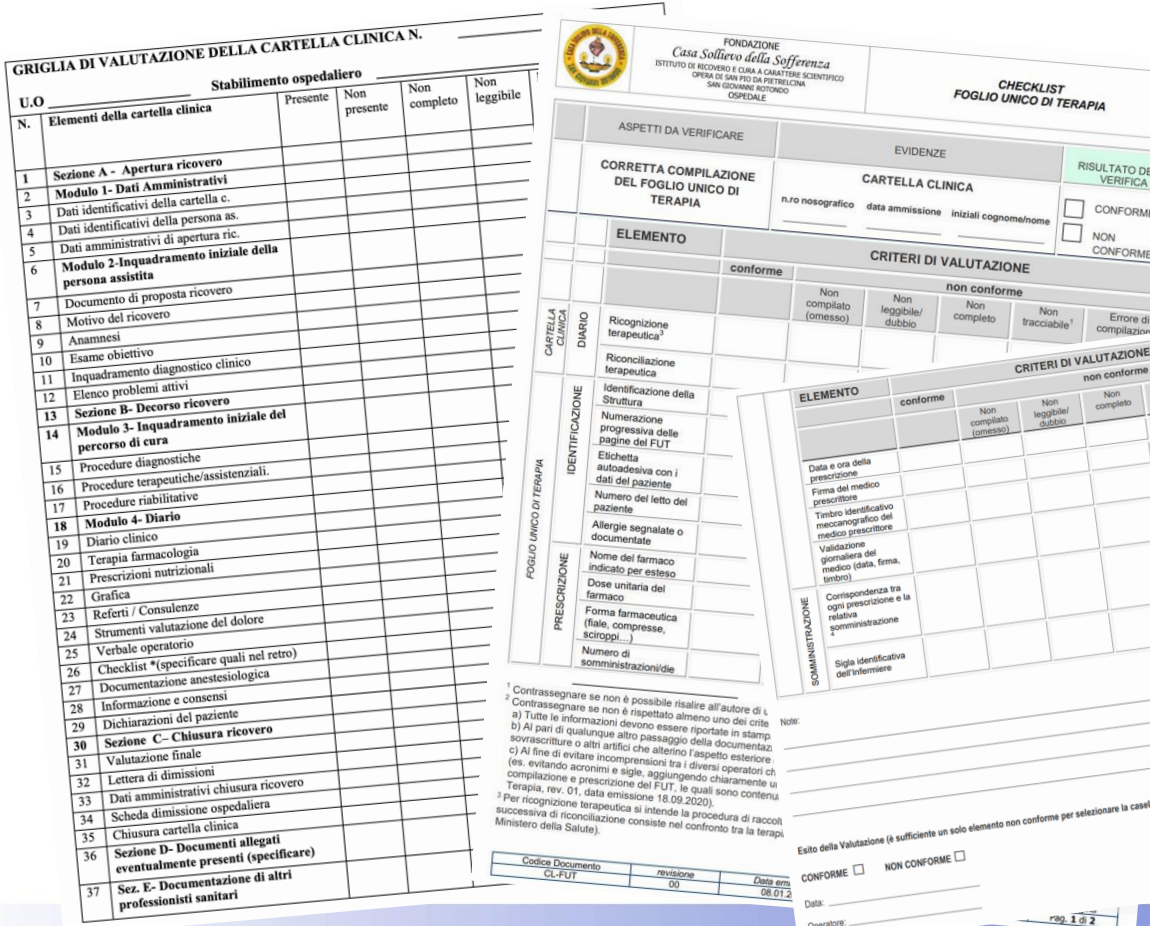
AUDIT

La cartella migliore per un audit?

Una qualsiasi

La qualità deve appartenere alla pratica quotidiana, non alla preparazione della verifica.

Ma… dobbiamo aspettare l' AUDIT per il controllo delle cartelle?



GRIGLIA DI VALUTAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA N. _____

U.O _____ **Stabilimento ospedaliero** _____

N.	Elementi della cartella clinica	Presente	Non presente	Non completo	Non leggibile
1	**Sezione A - Apertura ricovero**				
2	**Modulo 1- Dati Amministrativi**				
3	Dati identificativi della cartella c.				
4	Dati identificativi della persona as.				
5	Dati amministrativi di apertura ric.				
6	**Modulo 2-Inquadramento iniziale della persona assistita**				
7	Documento di proposta ricovero				
8	Motivo del ricovero				
9	Anamnesi				
10	Esame obiettivo				
11	Inquadramento diagnostico clinico				
12	Elenco problemi attivi				
13	**Sezione B- Decorso ricovero**				
14	**Modulo 3- Inquadramento iniziale del percorso di cura**				
15	Procedure diagnostiche				
16	Procedure terapeutiche/assistenziali.				
17	Procedure riabilitative				
18	**Modulo 4- Diario**				
19	Diario clinico				
20	Terapia farmacologia				
21	Prescrizioni nutrizionali				
22	Grafica				
23	Referti / Consulenze				
24	Strumenti valutazione del dolore				
25	Verbale operatorio				
26	Checklist *(specificare quali nel retro)				
27	Documentazione anestesiologica				
28	Informazione e consensi				
29	Dichiarazioni del paziente				
30	**Sezione C– Chiusura ricovero**				
31	Valutazione finale				
32	Lettera di dimissioni				
33	Dati amministrativi chiusura ricovero				
34	Scheda dimissione ospedaliera				
35	Chiusura cartella clinica				
36	**Sezione D- Documenti allegati eventualmente presenti (specificare)**				
37	**Sez. E- Documentazione di altri professionisti sanitari**				

FONDAZIONE *Casa Sollievo della Sofferenza*
ISTITUTO DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO
OPERA DI SAN PIO DA PIETRELCINA
SAN GIOVANNI ROTONDO
OSPEDALE

CHECKLIST FOGLIO UNICO DI TERAPIA

ASPETTI DA VERIFICARE	EVIDENZE	RISULTATO DE VERIFICA
CORRETTA COMPILAZIONE DEL FOGLIO UNICO DI TERAPIA	CARTELLA CLINICA n.ro nosografico _____ data ammissione _____ iniziali cognome/nome _____	☐ CONFORMI ☐ NON CONFORME

FOGLIO UNICO DI TERAPIA

	ELEMENTO	CRITERI DI VALUTAZIONE: conforme	non conforme: Non compilato (omesso)	Non leggibile/ dubbio	Non completo	Non tracciabile[1]	Errore di compilazion
CARTELLA CLINICA – DIARIO	Ricognizione terapeutica[3]						
	Riconciliazione terapeutica						
IDENTIFICAZIONE	Identificazione della Struttura						
	Numerazione progressiva delle pagine del FUT						
	Etichetta autoadesiva con i dati del paziente						
	Numero del letto del paziente						
	Allergie segnalate o documentate						
PRESCRIZIONE	Nome del farmaco indicato per esteso						
	Dose unitaria del farmaco						
	Forma farmaceutica (fiale, compresse, sciroppi…)						
	Numero di somministrazioni/die						

	ELEMENTO	CRITERI DI VALUTAZIONE: conforme	non conforme: Non compilato (omesso)	Non leggibile/ dubbio	Non completo
	Data e ora della prescrizione				
	Firma del medico prescrittore				
	Timbro identificativo meccanografico del medico prescrittore				
	Validazione giornaliera del medico (data, firma, timbro)				
SOMMINISTRAZIONE	Corrispondenza tra ogni prescrizione e la relativa somministrazione				
	Sigla identificativa dell'infermiere				

[1] Contrassegnare se non è possibile risalire all'autore di u
[2] Contrassegnare se non è rispettato almeno uno dei crite
a) Tutte le informazioni devono essere riportate in stamp
b) Al pari di qualunque altro passaggio della documentazi
sovrascritture o altri artifici che alterino l'aspetto esteriore
c) Al fine di evitare incomprensioni tra i diversi operatori ch
(es. evitando acronimi e sigle, aggiungendo chiaramente u
compilazione e prescrizione del FUT, le quali sono contenu
Terapia, rev. 01, data emissione 18.09.2020).
[3] Per ricognizione terapeutica si intende la procedura di raccol
successiva di riconciliazione consiste nel confronto tra la terapi
Ministero della Salute).

Note:

Esito della Valutazione (è sufficiente un solo elemento non conforme per selezionare la casel

CONFORME ☐ NON CONFORME ☐

Data: _____

Operatore: _____

Codice Documento	revisione	Data em
CL-FUT	00	08.01.2

pag. 1 di 2

Ospedale Casa Sollievo della Sofferenza Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico Opera San Pio da Pietrelcina Viale Cappuccini. 71013 -San Giovanni Rotondo (FG)	Check list verifica compilazione Cartella Infermieristica

U.O.C. di _____ data _____ Iniziali paziente _____

Cartella Clinica Nr. Nosografico _____ aperta ☐ chiusa ☐

Requisiti:	Presente	Non presente	Completa	Non completa	Leggibile	Non leggibile	Non applicabile
ACCETTAZIONE AMMINISTRATIVA/FRONTESPIZIO							
Identificazione U.O. accettante		A		B		C	
Identificazione paziente/BAR CODE		A		B		C	
Firma presa in carico		A		B		C	
Identificazione U.O. dimettente/data/firma (cartella chiusa)		A		B		C	
INQUADRAMENTO ASSISTENZIALE							
Compilazione dati rilevanti/valutazione stato di coscienza		A		B		C	
Accertamento Iniziale/compilazione Modelli Funzionali		A		B		C	
Valutazione dolore/registrazione intensità/scala utilizzata		A		B		C	
Somministrazione Scala di Conley ≥ 65 anni		A		B		C	
Somministrazione Scala di Braden per pazienti a rischio LdP		A		B		C	
PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE							
Identificazione Diagnosi Infermieristiche/Obiettivi risultato NOC/Indicatori di risultato		A		B		C	
Correlazione D.I. individuate/modelli funzionali alterati		A		B		C	
Identificazione Interventi Assistenziali (NIC)		A		B		C	
Rilevazione intensità dolore ≥ 3 : provvedimenti pianificati		A		B		C	
Scala di Conley ≥ 2 : provvedimenti pianificati		A		B		C	
Scala di Braden ≤ 16 : provvedimenti pianificati		A		B		C	
DECORSO DEL RICOVERO							
Diario infermieristico: annotazione condizioni generali del paziente al momento dell'ingresso		A		B		C	
Successione logica e cronologica delle registrazioni (data/ora)		A		B		C	
Correlazione interventi pianificati/annotazioni provvedimenti attuati sul Diario Infermieristico		A		B		C	
Compilazione Scheda parametri vitali		A		B		C	
Compilazione Scheda gestione Accessi Vascolari/Dispositivi Medici/Medicazioni		A		B		C	
FUT/ documentazione somministrazione terapia		A		B		C	
Check List Operatoria		A		B			
Scheda prevenzione ritenzione garze		A		B			
Firma registrazioni		A		B		C	
Cancellature/sovrascritture, spazi vuoti	A						
CHIUSURA DEL RICOVERO							
Diario infermieristico: annotazione dimissione paziente		A		B		C	
Valutazione raggiungimento obiettivi assistenziali pianificati		A		B		C	
Compilazione Scheda dimissione/trasferimento		A		B		C	
Apposizione date/firme		A		B		C	

Valore attribuito: A = 2; B = 1; C = 0,5; Soglia di conformità: < 2 (sommatoria valore punteggio)

SCHEDA: ☐ **NON CONFORME** ☐ **CONFORME** Firma verificatore/i

Codice Documento	Revisione	Data	Emesso	Pagina
CLV-Cart_Infer	09	01.03.2024	SAD/Direzione Sanitaria	Pagina 1 di 2

MIGLIORAMENTO

Dall'audit al cambiamento concreto

1 CORREGGERE



Campi, responsabilità
e passaggi documentali
poco chiari

2 ACCOMPAGNARE



Formazione mirata
e confronto sui casi reali

3 RIVERIFICARE



Controllare nel tempo
completezza, aggiornamento
e tracciabilità

Documentare

Che cosa è stato fatto



Orientare

Che cosa dobbiamo fare adesso



La cartella elettronica aiuta. Ma non decide per noi.

DIGITALE



Un campo compilato automaticamente non è necessariamente un dato verificato.

Safe Practices for Copy and Paste in the EHR. Systematic Review, Recommendations, and Novel Model for Health IT Collaboration

Amy Y Tsou [1], Christoph U Lehmann, Jeremy Michel, Ronni Solomon, Lorraine Possanza, Tejal Gandhi

Fonte: Tsou et al. (2017) · Appl Clin Inform · PMID 28074211

Take home messages 1 /2



Compilare non significa necessariamente documentare bene. Un campo pieno non garantisce che l'informazione sia corretta, aggiornata e attendibile

Ciò che non è documentato **non è necessariamente ciò che non è stato fatto**. Ma se manca la registrazione, chi viene dopo potrebbe non essere in grado di ricostruire ciò che è accaduto.



Take home messages 2 /2

La cartella clinica non racconta soltanto il passato: orienta le decisioni successive. Il valore di un'informazione si misura anche nella sua capacità di sostenere la continuità e la sicurezza delle cure.





Gli audit non servono a trovare chi ha sbagliato, ma a capire che cosa dobbiamo migliorare.
La qualità documentale deve appartenere alla pratica quotidiana, non alla preparazione di una verifica.


CARTELLA CLINICA
«Una cartella ben compilata racconta ciò che abbiamo fatto.
Una cartella attendibile aiuta chi viene dopo a decidere che cosa fare.»

CASA SOLLIEVO DELLA SOFFERENZA - IRCCS
L'OSPEDALE FONDATO DA PADRE PIO
SAN GIOVANNI ROTONDO

Saluti dal personale tutto dell'Onco-Ematologia Pediatrica







m.steduto@operapadrepio.it