

# La compilazione della documentazione infermieristica in terapia intensiva cardiologia: studio di coorte retrospettivo - analisi delle criticità.

*Recording nursing documentation in a Cardiology Intensive Care Unit: retrospective cohort study of the critical situations*

Susi Girotti, Infermiera, Cardiologia-Utic, ospedale di Civitanova Marche, Zona Territoriale n. 8, ASUR Marche.

Stefania Liberati, Coordinatrice Infermieristica, Cardiologia-Utic, ospedale di Civitanova Marche, Zona Territoriale n. 8, ASUR Marche.

Mara Buccolini, Direttore Professioni Sanitarie, Area Infermieristica-Ostetrica, Civitanova Marche, Zona Territoriale n. 8, ASUR Marche.

## Riassunto

**Introduzione:** il riconoscimento normativo della professione infermieristica come professione sanitaria e non più ausiliaria ha portato ad una evoluzione culturale e professionale, che ha condotto a una figura infermieristica responsabile della presa in carico della persona e della pianificazione assistenziale, oltre che della corretta e completa documentazione di questi processi nella cartella infermieristica, strumento di lavoro.

**Obiettivo:** l'obiettivo dello studio è valutare qualità e completezza della documentazione infermieristica compilata in una realtà ospedaliera sufficientemente rappresentativa della regione Marche e ricercare le possibili cause di difficoltà nel compilarla correttamente.

**Metodi:** con uno studio di coorte retrospettivo è stata valutata la completezza di una serie consecutiva di cartelle infermieristiche compilate nell'unità operativa di Cardiologia-Utic dell'ospedale di Civitanova Marche, nel periodo tra il 1 luglio 2007 e il 31 dicembre 2007, per un totale di 336 cartelle. Mediante osservazione cross-sectional indipendente, è stato somministrato un questionario ai 17 infermieri ai quali è attribuibile la compilazione della documentazione analizzata.

**Risultati:** è emerso che tutte le attività sono annotate, quindi a livello quantitativo l'analisi della documentazione è positiva, e questo perché l'assistenza viene erogata ancora per compiti; ma non emerge la pianificazione del processo assistenziale per gestire i bisogni del paziente, per cui l'analisi qualitativa non è completamente soddisfacente; risulta difficile valutare carichi di lavoro e complessità assistenziale; non è sempre evidente la modifica del piano assistenziale in relazione all'evoluzione dei bisogni.

**Conclusioni:** tutte le attività svolte dagli infermieri sono sistematicamente annotate, ma emerge con alcune carenze la progettualità dell'assistenza infermieristica.

**Parole chiave:** Documentazione infermieristica, Processo di nursing, Pianificazione., Studio retrospettivo.

## Abstract

**Introduction:** the legal recognition of the nursing profession as a health profession led to a cultural and professional evolution, that defined the new nurse as responsible of care, of the nursing planning, and recognized the complete documentation of the nursing process as a work instrument.

**Objective:** the objective of the study is to evaluate the quality and completeness of a nursing documentation, filled in a representative hospital environment of Marche region and to investigate for the possible difficulties.

**Methods:** by a means of a retrospective study from 1st July 2007 to 31st December 2007, (336 records) were evaluated the completeness of a consecutive number of nursing documentation performed in by Civitanova Marche Hospital Cardiology Department. Through an independent cross-sectional observation a questionnaire has been submitted to the 17 nurses that usually fill the nursing documentation analyzed in this study.

**Results:** the result was that all activities are recorded, so the quantitative aspect of the documentation analysis is positive because care is still delivered according to the tasks; unfortunately, the planning of nursing process for the patient's needs doesn't is not present, so the qualitative analysis is not completely satisfying; it's difficult to estimate the workload and the complexity of the care; the care plan changing according to one's needs is not always evident.

**Conclusions:** all the activities of the nurses are regularly written, but the planning of nursing care shows some lacks.

**Key words:** Nursing documentation, Nursing process, Planning, Rretrospective study.

## ARTICOLO ORIGINALE

PERVENUTO IL 15/10/2010

ACCETTATO IL 29/12/2010

GLI AUTORI DICHIARANO DI NON AVER CONFLITTO DI INTERESSI.

CORRISPONDENZA PER RICHIESTE:

SUSI GIROTTI,  
susi.girotti@libero.it

## Introduzione

Il riconoscimento normativo della professione infermieristica come professione sanitaria e non più ausiliaria (nello specifico Legge 42/99 "Disposizioni in materia di professioni sanitarie" e di conseguenza DM Sanità 14/09/1994, n.739 "Profilo professionale dell'infermiere", Codice Deontologico 1999, Legge 10/08/2000, n.251 "Disciplina

delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica"), ha reso completo il percorso dell'evoluzione culturale e professionale.

L'attuale professionista è responsabile della pianificazione dell'assistenza infermieristica e utilizza un metodo scientifico basato sul problem solving, e uno strumento quale la cartella infer-

mieristica, che gli permette di descrivere la presa in carico globale dell'assistito, l'attuazione del processo di assistenziale, la rilevazione dei rischi e degli eventi indesiderati, la valutazione della situazione al termine della presa in carico.

La documentazione infermieristica rappresenta in forma scritta il dettaglio e il continuum dell'assistenza erogata: le informazioni raccolte, gli atti compiuti dagli infermieri in relazione alla persona, i rilievi effettuati sulla medesima, nonché i dati di carattere progettuale inerenti la pianificazione dell'intervento assistenziale di competenza infermieristica e delle connesse valutazioni<sup>2</sup>.

Il processo di nursing è un approccio sistematico per risolvere i problemi reali o potenziali del paziente, e contribuire alla qualità di vita.<sup>3</sup>

La valutazione dei bisogni di assistenza infermieristica della persona, e la relativa risposta qualificata e personalizzata richiede un alto grado di competenza che si sviluppa con l'applicazione costante del metodo disciplinare, il processo di assistenza infermieristica, visibile nel piano di assistenza infermieristica.<sup>4</sup> La cartella infermieristica è lo strumento per applicare, sviluppare e documentare il processo di nursing<sup>5</sup>: è indispensabile che la documentazione infermieristica sia correttamente compilata, sia da un punto di vista quantitativo che qualitativo, affinché sia visibile e certificato il percorso assistenziale calibrato dall'infermiere sul singolo paziente.

In accordo con l'evoluzione professionale, normativa e culturale l'obiettivo dello studio è valutare se anche nella pratica assistenziale compare questo cambiamento dal momento che ci sono delle difficoltà oggettive per gli infermieri a tradurre nella pratica ciò che è previsto in teoria e quindi a produrre risultati misurabili<sup>6</sup>; per questo motivo è stata condotta una ricerca che permettesse di valutare come la documentazione infermieristica, che graficamente prevede la formulazione del processo assistenziale, viene compilata, e verificare se nella pratica si vede il cambiamento della professione. La fotografia della situazione italiana è a macchia di leopardo: si hanno approcci assistenziali diversi anche a livello regionale e all'interno della stessa azienda ospedaliera. Da studi fatti a tal proposito in altre realtà, sono stati presi gli strumenti di valutazione, oltre che per valutare la realtà conosciuta, per

ottenere un confronto con le altre situazioni.

La cartella infermieristica integrata, in uso nel presidio ospedaliero di Civitanova Marche è così strutturata:

- Scheda raccolta dati del paziente.
- Scheda di valutazione dei bisogni/problemi e pianificazione degli interventi assistenziali, secondo la teoria dei bisogni di Virginia Henderson.
- Scheda per le diagnosi infermieristiche.
- Scheda per annotare esami diagnostici e consulenze.
- Scheda per gli esami di laboratorio.
- Diario assistenziale, con uno spazio per gli interventi attuati, e uno per la verifica.
- Scheda di dimissione infermieristica per la continuità assistenziale.
- Schede aggiuntive per lesioni da decubito, bilancio idrico, gestione CVC...
- Scheda per l'assistenza infermieristica in sala operatoria nelle cartelle di unità operative chirurgiche.

Gli infermieri hanno ricevuto una formazione teorico-pratica su come compilare e utilizzare la cartella infermieristica in uso nel reparto in cui lavorano.

### Obiettivo dello studio

È importante analizzare la correttezza della compilazione della documentazione infermieristica, per identificare il percorso assistenziale del paziente, e per confrontare quanto documentato avviene nella pratica clinica, con quello che dovrebbe essere fatto: l'obiettivo dello studio è valutare a livello quantitativo e qualitativo come gli infermieri compilano la documentazione infermieristica e capire quanto gli infermieri sono legati ai concetti di progettualità della professione e applicazione del processo di nursing.

### Metodi e strumenti

#### Disegno di studio

**Fase 1:** è stato condotto uno studio di coorte retrospettivo per valutare il grado di completezza della documentazione infermieristica tenuta in condizioni di routine nel reparto di Cardiologia-Utic che può essere considerato sufficientemente rappresentativo della realtà assistenziale ospedaliera regionale cardiologica.

**Fase 2:** è stata eseguita una osservazione cross-sectional mediante somministrazione di un questionario (spiegato prima della somministrazione ed indipendente dallo strumento di valutazione) volto ad indagare alcuni tra i possibili fattori che possano teoricamente ostacolare la corretta compilazione della documentazione.

#### Selezione del campione

È stata analizzata una serie consecutiva di cartelle infermieristiche dei pazienti ricoverati presso l'unità operativa Cardiologia-Utic nel periodo di tempo tra l'1 luglio 2007 e il 31 dicembre 2007. Il campione totale è 336 cartelle, delle quali sono state analizzate 319.

*Criteri di esclusione:*

- 1) cartelle di pazienti provenienti da altre unità operative, se compilate anche da infermieri di queste U.O.;
- 2) cartelle di pazienti che, accettati in regime d'urgenza, sono deceduti o trasferiti presso altra struttura per non aver ottenuto trattamento risolutivo, nello stesso turno lavorativo o nel turno successivo.

Oltre alle cartelle infermieristiche è stata analizzata la scheda di terapia, che, indice di qualità, è "integrata" (scheda unica di terapia).

Il questionario è stato somministrato ai 17 professionisti infermieri ai quali è riconducibile la compilazione della documentazione infermieristica nell'ultimo semestre del 2007. Non è stato somministrato a due infermiere in quanto assenti dall'ambito lavorativo.

#### Rilevazione ed elaborazione dei dati

**Fase 1:** si è costruito un questionario prendendo spunto da uno strumento di valutazione<sup>7</sup>, pubblicato nella rivista "Professioni Infermieristiche", composto da 13 norme e 90 criteri atti a valutare nelle varie aree la compilazione della documentazione infermieristica, adattandolo alla realtà oggetto di studio (Allegato A).

Ogni norma per le varie dimensioni indagate, possiede una serie di criteri che permettono di confrontare l'atteso, con ciò che è effettivamente rilevato. La valutazione del criterio è resa possibile utilizzando giudizi come:

**si se quanto rilevato è conforme con quanto viene esplicitato nella formulazione del criterio;**

no se il criterio non è soddisfatto; na cioè non applicabile, se per qualche motivo il giudizio del criterio non è rilevabile.

Con l'utilizzo di questo strumento è stato valutato il campione di cartelle prese in esame, analizzando la qualità e la quantità della compilazione della documentazione di competenza infermieristica in 6 aree di indagine, con le relative norme e criteri di tipo sia quantitativo che qualitativo; le aree prese in considerazione sono: la raccolta dati, la consegna personalizzata, le prescrizioni terapeutiche, la registrazione degli esami diagnostici e di laboratorio, la grafica, la scheda di Norton. I dati rilevati dallo strumento di valutazione sono stati raccolti creando un database "excel", e sono stati poi inseriti su dei grafici, uno per ogni norma, secondo istogrammi con colonne a pila percentuale. Per ogni cartella è stato preso in considerazione il numero di bisogni rilevati nella raccolta dati, e il numero di percorsi assistenziali completi, ovvero con l'esplicazione dell'intervento e della valutazione a seguito dell'identificazione del bisogno. Questi due valori numerici sono stati messi in rapporto tra loro e i risultati sono stati raccolti in questa maniera:

- con N.R. sono state segnalate le cartelle in cui i bisogni non sono stati rilevati;
- con R=0 le cartelle in cui è stata effettuata la raccolta dati, ma non sono emersi bisogni assistenziali infermieristici.

Il rapporto è con IMP. quando sono stati segnalati bisogni infermieristici, ma non c'è evidenza di un percorso assistenziale completo; se  $R > 1$  sono stati rilevati più bisogni infermieristici, ma il percorso assistenziale non è completo per tutti; la situazione ottimale è rappresentata da  $R=1$ , quando a tutti i bisogni del paziente segue un percorso assistenziale completo.

**Fase 2:** è stata coinvolta l'équipe infermieristica per esprimere il proprio pensiero, le proprie difficoltà e il modo consueto di approcciarsi alla documentazione infermieristica: è stato somministrato un questionario scritto a risposta multipla in forma anonima, indagando, tra i dati del compilatore, solo l'anno di conseguimento di diploma o laurea; il questionario non ha avuto una validazione

esterna, ma è stato elaborato tenendo conto dei criteri oggettivi per la formulazione dello stesso (Allegato B).

Le 19 domande indagano: formazione intra e post-diploma/ laurea sulla cartella infermieristica come strumento di pianificazione, e sul processo assistenziale infermieristico; compilazione della raccolta dati all'ingresso del paziente; analisi dei bisogni del paziente; formulazione delle diagnosi infermieristiche; compilazione scheda dedicata alla registrazione di esami diagnostici, esami di laboratorio e consulenze; utilizzo dello spazio riservato agli interventi assistenziali; consultazione della documentazione infermieristica; annotazione delle valutazioni effettuate.

## Risultati

### Analisi delle cartelle infermieristiche

Sono state analizzate 319 cartelle infermieristiche e schede di terapia. I risultati ottenuti in merito alla valutazione della Scheda di Norton (norma 6) non sono rilevanti ai fini dello studio, poiché tutti i criteri hanno percentuali di non applicabilità maggiori del 95%.

**Criteri Quantitativi:** le maggiori criticità sono state rilevate nella soddisfazione dei seguenti criteri:

### La raccolta dati

- il numero di posto letto è annotato nel 23% dei casi (solitamente la degenza dei pazienti, oltre ad essere breve, è divisa in due periodi segnati dal trasferimento dall'Utic alla Cardiologia);
- i dati anagrafici dell'assistito sono annotati in maniera completa nel 57% delle cartelle analizzate;
- nel 40% dei casi sono annotate le terapie che il paziente assume a domicilio e/o altra struttura;
- nel 57% dei casi sono annotati precedenti ricoveri ospedalieri;
- sono annotati all'ingresso i parametri vitali e le caratteristiche fisiche nel 48% dei casi.

**La consegna personalizzata:** la valutazione quantitativa è soddisfacente in tutti i criteri indagati applicabili.

## Le prescrizioni terapeutiche

- le prescrizioni terapeutiche e quelle estemporanee sono spesso incomplete (manca la firma del medico);
- le prescrizioni di terapia al bisogno sono incomplete nella totalità dei casi: mancano gli indicatori che consentono all'infermiere una valutazione dello stato di bisogno (essendoci un cardiologo 24 ore al giorno, al variare delle condizioni del paziente l'infermiere lo segnala al medico, ed egli prescrive la terapia al bisogno).

## La registrazione degli esami diagnostici e di laboratorio:

dalla valutazione quantitativa è emerso che la scheda risulta incompleta perché nome e cognome del paziente nella scheda per gli esami diagnostici sono presenti nel 68% dei casi, e nel 98% delle schede per gli esami di laboratorio non è presente la firma dell'infermiere che ha svolto la procedura (in caso di errore non sarebbe rintracciabile il responsabile).

**La grafica:** norma in gran parte non soddisfatta. Non è mai annotato il posto letto del paziente; nel 54,6% delle grafiche è presente la curva della temperatura corporea con l'ora di rilevazione. (La valutazione quantitativa del singolo dato è negativa, qualitativamente la valutazione è positiva: questa prestazione si effettua quando l'infermiere rileva segni e sintomi di un rialzo di temperatura corporea; emerge quindi il pensiero critico nell'agire dell'infermiere). Sono annotati i valori del peso e dell'altezza nel 34,5% dei casi; l'alvo giornaliero è annotato nel 12% dei casi. Non sono annotate le giornate di degenza nel post-operatorio nelle totalità dei casi in cui il criterio risulta applicabile (l'unico tipo di intervento che viene effettuato nell'U.O. Cardiologia-Utic è l'impianto di pace-maker, ed in genere la degenza sia pre che post-operatoria è molto breve). Nello 0% delle grafiche è annotato il tipo di dieta prescritta.

**Criteri qualitativi:** sono in gran parte non soddisfatti.

**La raccolta dati:** gli spazi previsti per le annotazioni non sono sufficienti nel 24% dei casi.

**La consegna personalizzata:** le annotazioni sono effettuate negli appositi spazi nell'1,8% dei casi (la valutazione degli interventi, quando effettuata, non viene scritta nello spazio apposito); ci sono

doppie trascrizioni nel 77% dei casi (vengono scritte anche le informazioni che sono state annotate nelle apposite schede).

La grafica: nel 43% delle grafiche le annotazioni sono effettuate fuori dagli spazi previsti e nella documentazione infermieristica sono state trovate doppie trascrizioni nel 76% dei casi.

Da tutte le norme indagate è emerso che, con percentuali diverse, dal 33% al 51%, gli errori non sono stati corretti lasciando visibile anche la parte cancellata.

Rapporto tra numero di problemi rilevati nella raccolta dati e numero di percorsi assistenziali completi: nel 13% dei casi i pazienti non presentavano problemi infermieristici all'ingresso. Solo nel 24%, per ogni problema rilevato è stato formulato il relativo percorso assistenziale, ovvero in un caso su quattro il percorso è completo. C'è un 40%, che può essere considerato un valore border-line, dei casi in cui il percorso assistenziale è stato pianificato per alcuni problemi rilevati, ma non per tutti. La mancanza del percorso assistenziale si è individuata nel 23% dei casi: nel 17% non sono stati addirittura valutati i bisogni infermieristici, nel 6% non c'è percorso assistenziale per nessuno dei bisogni segnalati. (Grafico n. 1)

### Questionario

Allo scadere del termine prestabilito, 9 infermieri hanno riconsegnato il questionario compilato.

Alla domanda *Quanti bisogni valutati all'ingresso del paziente in reparto?* Il 67% degli infermieri ha risposto *Tutti*, e il 33% *In genere movimento, alimentazione, respirazione, lavarsi- vestirsi, emodinamica*.

Alla domanda *Ogni quanto aggiorni la scheda di valutazione dei bisogni e pianificazione degli interventi assistenziali?* Il 33% ha risposto *Mai*, l'11% *Alla dimissione*, il 56% *Quando cambiano i bisogni del paziente*. (Grafico n. 2)

Alla domanda *Compili regolarmente il campo relativo alle diagnosi infermieristiche?* Il 67% risponde *Si, all'ingresso*, l'11% *Si, all'ingresso e ad ogni cambiamento delle condizioni*, e il 22% risponde *No*. (Grafico n. 3)

Alla domanda *Nello spazio dedicato agli interventi assistenziali annoti: l'89% degli infermieri ha risposto tutti*

Grafico n. 1. Numero Problemi Rilevati / Numero Percorsi Assistenziali Completi



Grafico n. 2. Aggiornamento della scheda di valutazione dei bisogni e pianificazione degli interventi assistenziali

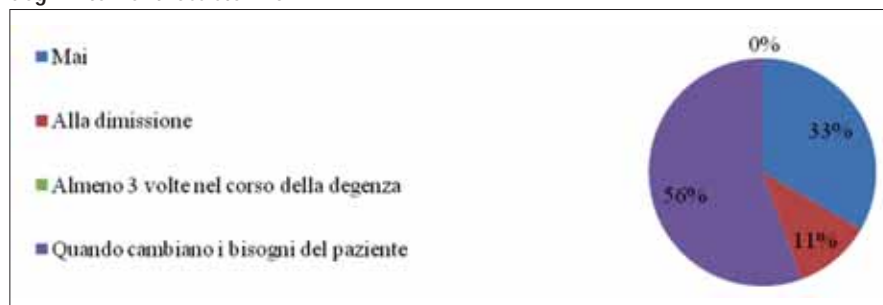


Grafico n. 3. Compilazione del campo relativo alle diagnosi infermieristiche

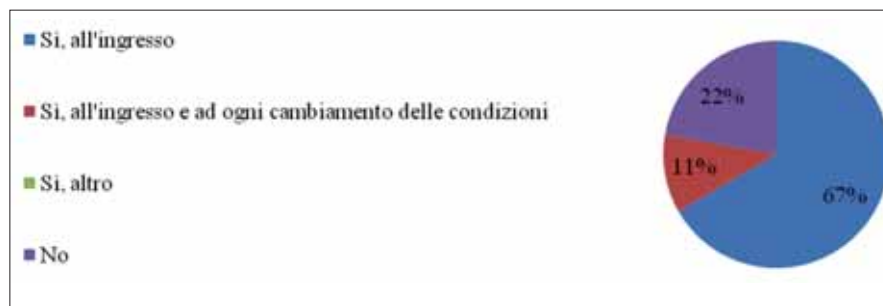
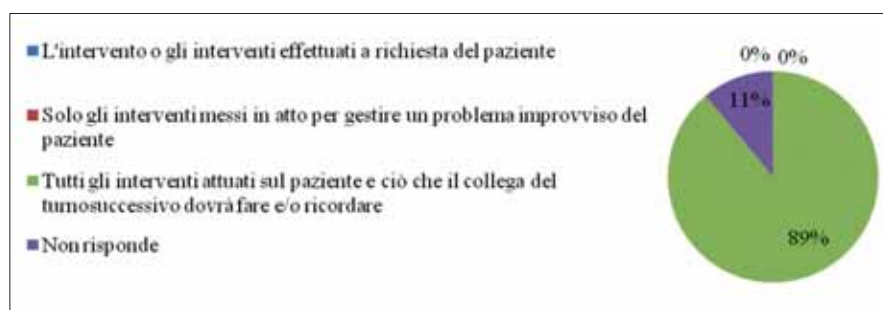


Grafico n. 4. Annotazione di interventi assistenziali



gli interventi attuati sul paziente e ciò che il collega del turno successivo dovrà fare e/o ricordare, l'11% non ha risposto. (Grafico n. 4).

Alla domanda, *dove annoti le valutazioni degli interventi che attui per risolvere*

*i problemi del paziente?* Il 67% risponde, *nello spazio dedicato agli interventi assistenziali*, il 22%, *a volte non scrivo la valutazione*, e l'11% non risponde.

In alcune situazioni non c'è corrispon-

denza tra le risposte date nel questionario e quanto ottenuto dall'analisi delle cartelle infermieristiche: il 56% ha dichiarato di aggiornare la scheda di valutazione di bisogni e pianificazione degli interventi assistenziali quando cambiano i bisogni del paziente, ma tra le cartelle analizzate solo in una piccola parte, inferiore al 5%, c'era una rivalutazione dei bisogni e pianificazione degli interventi nel corso della degenza; inoltre rispondendo ad un'altra domanda, il 67% sostiene che il piano assistenziale si capisca meglio leggendo le consegne, piuttosto che aggiornando e compilando correttamente la scheda di valutazione dei bisogni e pianificazione degli interventi assistenziali: sono pochi i casi, ed in gran parte perché costretti, in cui gli infermieri applicano il processo di nursing in tutte le fasi.

## Discussione

### Confronto con gli altri studi

Uno studio effettuato presso l'azienda ospedaliera Niguarda di Milanoviii ha osservato che i moduli utilizzati in modo più accurato, con percentuali superiori all'85%, sono il diario infermieristico e il grafico della temperatura, ovvero gli strumenti il cui impiego è ormai tradizionalmente consolidato nelle realtà ospedaliere; nel nostro studio, sebbene si sia giunti alle stesse considerazioni dal punto di vista quantitativo sulla compilazione del diario assistenziale, la curva della temperatura è presente solo nel 55% dei casi: nel primo studio i dati ottenuti riguardano più unità operative, nel secondo solo la Cardiologia, dove, rispetto ad altre tipologie di pazienti, la curva della temperatura risulta di minor rilevanza clinica.

Da uno studio quantitativo effettuato presso l'Azienda Ospedaliera S. Croce e Carlo di Cuneoix analizzando il foglio di pianificazione assistenziale emerge che la media aziendale dei percorsi assistenziali completi è del 47%, con punte massime nelle singole unità operative di 80%, e valori minimi dello 0%. Sebbene i risultati derivino da campioni numericamente diversi, confrontando i dati ottenuti dalle singole U.O. di Cardiologia, prende piede l'ipotesi che a nel Ospedale in cui abbiamo effettuato lo studio ci sia più attenzione nella rilevazione dei bisogni, ma minor

continuità del percorso assistenziale: a Cuneo, il rapporto tra il numero di problemi rilevati e il numero di percorsi assistenziali completi è dell'80%, rispetto a una media di 0,8 problemi infermieristici rilevati per ogni cartella; nel nostro Ospedale è del 24%, rispetto a 2,57 problemi infermieristici rilevati.

### Cambiamenti organizzativi portati dallo studio

In occasione di una riunione di reparto, i risultati ottenuti sono stati presentati all'equipe infermieristica, tappa fondamentale per accrescere la consapevolezza della necessità di intraprendere un cambiamento comportamentale e organizzativo, necessario al miglioramento dell'assistenza infermieristica erogata e alla crescita della professione. Dalla presentazione dei risultati a tutt'oggi è stata osservata rispetto ai punti critici emersi dallo studio la seguente situazione:

- La scheda di valutazione dei bisogni/ problemi e pianificazione degli interventi assistenziali:

1. viene compilata in tutte le sue parti, in un primo periodo all'ingresso del paziente e in ogni turno lavorativo per abituarsi a compilarla costantemente e per arrivare alla modalità corretta di compilazione:

2. all'ingresso del paziente e quando cambiano i bisogni assistenziali infermieristici.

- Le diagnosi infermieristiche, anche se non sempre formulate in modo da esprimere la priorità assistenziale, vengono scritte regolarmente all'ingresso e modificate nel corso della degenza del paziente.

- La scheda degli interventi viene ancora compilata secondo il sistema delle "consegne".

- Le prescrizioni terapeutiche sono sempre firmate dal cardiologo.

- Nella grafica è sempre annotato il tipo di dieta prescritta.

Questo è stato possibile grazie anche a successivi interventi di carattere formativo come corsi di aggiornamento aziendali mirati a supportare gli operatori nel percorso di cambiamento.

Sarebbe utile confermare tali impressioni ripetendo lo studio a distanza di tempo, per indagare sia i miglioramenti che il mantenimento dei risultati, o le eventuali difficoltà ancora irrisolte.

## Conclusioni

Dallo studio effettuato è emersa la difficoltà di documentare nel dettaglio il processo assistenziale; la cartella infermieristica risulta non essere utilizzata a pieno come strumento di personalizzazione dell'assistenza. Tale elemento non permette di rintracciare in maniera diretta l'applicazione del processo di nursing. Può essere dedotto da associazione di dati non di facile interpretazione,

- il carattere assistenziale della performance infermieristica, che non è sempre registrato sia per quantità (carichi di lavoro) sia per qualità (competenze), e di conseguenza, non misurabile<sup>10</sup> con gli strumenti tradizionali:

- il soddisfacimento dei bisogni di assistenza infermieristica che richiede una risposta qualificata dell'infermiere, in relazione al grado di complessità assistenziale non sempre esplicitato.

Una corretta compilazione della documentazione infermieristica secondo le fasi e la progettualità del processo di nursing permettono di quantificare e dimostrare ciò che gli infermieri realmente fanno, cosa che emerge con difficoltà da quanto scrivono nella documentazione infermieristica; la dimostrazione e il calcolo dei carichi di lavoro e della complessità assistenziale dei pazienti potranno portare a valorizzazioni di spessore come, ad esempio, i D.R.G. infermieristici. Il percorso di miglioramento deve iniziare attuando il processo di nursing, compilando correttamente la documentazione infermieristica e confermando il livello giuridico, legislativo, e professionale che definisce gli infermieri autonomi. Di conseguenza si potrà giungere da un'organizzazione dell'assistenza infermieristica per compiti a un'organizzazione per obiettivi, con risvolti qualitativi notevoli. La comunità professionale dovrebbe porre una costante attenzione ai risultati del proprio lavoro: un miglioramento dell'agire degli infermieri determina un miglioramento della qualità di vita e del livello di salute degli assistiti. Avvicinare quanto più possibile la pratica alla teoria, definire i risultati di ogni attività permette di dare risposte sempre più efficienti ed efficaci.

**Bibliografia**

1. PIU F. *La documentazione infermieristica come strumento di misurazione della complessità assistenziale e di pianificazione dell'assistenza.* Management Infermieristico 2005; 2:
2. RODRIGUEZ D, APRILE A. *Medicina legale per infermieri*, Carocci Faber, Roma 2004.
3. BOZZI M, BUCCOLINI M, GIACOMETTI A, PROTOPAPA F, SILVESTRINI M. *Guida all'esercizio professionale per il personale infermieristico.* C. G. Edizioni Medico Scientifiche, aggiornamento 2005.
4. MOISET C, ROLI A. *Analisi delle attività svolte dagli infermieri nelle strutture sanitarie milanesi: risultati di un'indagine.* Professioni infermieristiche 2003; 56.
5. CONZUT L. *Documentazione del programma di cure infermieristiche alla dimissione e continuità assistenziale.* Nursing Oggi 2003; 1.
6. PICO GNA M. *I risultati dell'assistenza infermieristica: problema di sostanza e di forma.* Nursing Oggi 2007; 4: 21.
7. PICO GNA M, LIRUTTI M. *La valutazione e il miglioramento di qualità della documentazione infermieristica.* Professioni infermieristiche 2001; 54.
8. BOLLINI G, ZAZA R, BOTTANI D, LOLLI A. *La valutazione della qualità dell'assistenza infermieristica: analisi qualitativa e quantitativa su un campione di cartelle infermieristiche.* Professioni infermieristiche 2006; 59: 69.
9. MOLINERIS D, BARBOTTO L, BONO L, DALMASSO A, GAVIGLIO D, TALAMONTI G, DARDANELLI L. *La cartella infermieristica: valutazione di diffusione e di corretto utilizzo.* QA 2001; 12:166.
10. MOISET C, VANZETTA M, VALLICELLA F. *Misurare l'assistenza, un modello si sistema informativo della performance infermieristica,* Milano, McGraw-Hill, Milano 2003.

**Bibliografia generale**

- BENCI L. *Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing,* McGraw-Hill, Milano 2001.
- POMPONIO G, CALOSSO A. *EBM e metodologia della ricerca per le professioni sanitarie,* Edizioni Medico Scientifiche, 2005.

**Riferimenti normativi**

- D.M. Sanità 14/09/1994, n.739 - Profilo professionale dell'infermiere
- D.P.R. 28/11/1990, n.384
- Legge 42/99 - Disposizioni in materia di professioni sanitarie
- Legge 10/08/2000, n.251 - Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica

4th EfCCNa Congress & FSAIO Spring Congress




CRITICAL CARE NURSING IN EUROPE: WORKING TOGETHER ACHIEVING MORE

European Critical Care Nursing:  
Working together for a better tomorrow

INVITATION

Dear colleagues and friends,  
It is a great honour for the European federation of Critical Care Nursing associations (EfCCNa) and the Danish Society of Anaesthesia and Critical Care Nurses (FSAIO) to announce that Her Royal Highness Crown Princess Mary is the patroness of the 4th EfCCNa Congress and the FSAIO Spring Congress, Copenhagen, Denmark from 24-26 March 2011.

We have great pleasure of inviting you to this unique congress of two critical care nursing organizations indicating the strength of collaboration and motivation of critical care nurses which is inspired by the EfCCNa motto: Working Together – Achieving More.

Besides a promising and stimulating scientific programme, Copenhagen is a pulsating metropolitan with a historical oasis full of contrasts and surprises.

We are looking forward to welcoming you in Copenhagen,

*Jos Latour & Birte Baktoft*

**Download first announcement: [First announcement & call for abstracts](#)**  
For more information, please pre-register to receive all newsletters.

<p><b>International Organising Committee</b></p> <p>Jos Latour, The Netherlands (Co-Chair) Birte Baktoft, Denmark (Co-Chair) Eva Barkestad, Sweden Gordana Dragosev, Serbia Elio Drigo, Italy Maria Carrion Torre, Spain Lisbeth Grenager, Sweden Anne Kokko, Finland Lothar Ullrich, Germany Mette Ring, Denmark</p>	<p><b>International Scientific Committee</b></p> <p>John W. Albarran, UK (Co-Chair) Ingrid Egerod, Denmark (Co-Chair) Tom Andrews, Ireland Carmen Asian, Spain Aysel Badir, Turkey Maureen Coombs, UK Leanne Langhorn, Denmark Elizabeth Papathanassoglu, Greece Karen Samuelson, Sweden Sissel Lisa Storli, Norway</p>
---	---

**Conference Secretariat**  
PCO  
Van Hauen Conferences & Incentives  
Amaliegade 36  
DK-1256 Copenhagen K  
Denmark

E-Mail: [vanhauen@vanhauen.dk](mailto:vanhauen@vanhauen.dk)



# GLI STRUMENTI DI ANALISI (A e B)

## A) LO STRUMENTO: NORME E CRITERI DI BUONA QUALITÀ PER LA COMPILAZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA\*

\*Parte di uno strumento di valutazione pubblicato dalla rivista *Professioni infermieristiche* 2001; 54: 205-208, 241-248 "La valutazione e il miglioramento di qualità della documentazione infermieristica", adattato alla realtà oggetto di studio.

### Norma 1: La raccolta dati

*Norma 1.1: È assicurata la raccolta dati all'ingresso del paziente.*

#### Criteria:

- 1.1.1 È annotata la denominazione dell'unità operativa.
- 1.1.2 È annotato il numero di letto.
- 1.1.3 I dati anagrafici dell'assistito sono annotati (*cognome, nome, data e luogo di nascita, condizione lavorativa, religione professata, indirizzo, via, numero civico, città e telefono*).
- 1.1.4 Le persone significative per il malato alle quali rivolgersi per qualsiasi motivo sono annotate (col grado di parentela) (*almeno una persona è indicata o è indicato che non ci sono persone di riferimento*).
- 1.1.5 La data (l'ora) e il tipo di ammissione sono stati annotati (*ordinario, urgente o per trasferimento da altro reparto o ospedale*).
- 1.1.6 È annotata la diagnosi medica d'ingresso.
- 1.1.7 Sono annotate eventuali allergie riferite dal paziente e/o da documentazione sanitaria.
- 1.1.8 Sono annotate le terapie che il paziente assume a domicilio e/o altra struttura (*se il paziente non assume terapia è annotato*).
- 1.1.9 Sono annotate patologie concomitanti.
- 1.1.10 Sono annotati precedenti ricoveri ospedalieri e il motivo.
- 1.1.11 Tutti i bisogni previsti nella scheda sono stati valutati (*vi è evidenza che esiste almeno una annotazione per bisogno*).
- 1.1.12 La raccolta dati è datata (giorno e ora) e firmata dall'infermiere che l'ha effettuata.
- 1.1.13 La raccolta dati è effettuata al massimo entro 24 ore dall'ingresso del paziente (confrontare con l'ora di accettazione).
- 1.1.14 Sono annotati all'ingresso i parametri vitali e le caratteristiche fisiche (altezza, peso, PA, FC).

*Norma 1.2: È assicurato il corretto utilizzo della scheda.*

#### Criteria:

- 1.2.1 Le annotazioni sono corrette sotto il profilo grammaticale e sintattico.
- 1.2.2 Le annotazioni utilizzano solo sigle approvate dall'azienda ospedaliera o dall'unità operativa
- 1.2.3 Gli spazi previsti per le annotazioni sono sufficienti (*vi è evidenza che non vi sono annotazioni esterne agli spazi disponibili*).
- 1.2.4 Se vi sono stati errori, sono stati corretti in modo tale che resti visibile anche la parte cancellata.
- 1.2.5 Viene usata una terminologia scientifica (*vi è evidenza che i termini usati nella compilazione sono quelli indicati dalle guide; es. "non febbre alta", ma ipertensione, ecc.*).

### Norma 2: Il diario/consegna personalizzata

*Norma 2.1: È assicurata la compilazione della scheda per la consegna personalizzata.*

#### Criteria:

- 2.1.1 È annotato nome e cognome del malato.
- 2.1.2 È annotata la denominazione dell'unità operativa.
- 2.1.3 Tutte le annotazioni sono complete di firma di chi ha effettuato l'annotazione.
- 2.1.4 Se sono stati segnalati problemi infermieristici nella raccolta dati vi è evidenza che sono stati trattati o risolti.
- 2.1.5 Se sono state segnalate procedure particolari esiste continuità nella registrazione.
- 2.1.6 Le annotazioni sono effettuate in ordine cronologico e vi è evidenza che sono state effettuate in tempo reale.
- 2.1.7 Le informazioni prioritarie e/o urgenti sono evidenziate in maniera prevista da specifici documenti ospedalieri o di reparto.

*Norma 2.2: È assicurato il corretto utilizzo della scheda.*

#### Criteria:

- 2.2.1 Ogni annotazione è effettuata negli appositi spazi.
- 2.2.2 Viene usata una terminologia scientifica.
- 2.2.3 Se vi sono stati errori, sono stati corretti in modo tale che resti visibile anche la parte cancellata.
- 2.2.4 Le annotazioni utilizzano solo sigle approvate dall'azienda ospedaliera o dall'unità operativa.
- 2.2.5 Le annotazioni sono corrette sotto il profilo grammaticale e sintattico.
- 2.2.6 Nella documentazione infermieristica non vi sono doppie trascrizioni di nessun tipo.

### Norma 3: Le prescrizioni terapeutiche

*Norma 3.1: È assicurata la registrazione delle prescrizioni terapeutiche.*

#### Criteria:

- 3.1.1 La terapia è prescritta dal medico indicando: nome e cognome del paziente, nome del farmaco, posologia, ora e via di somministrazione, data di inizio e firma.
- 3.1.2 Sono annotate da parte del medico eventuali interruzioni e/o modifiche della terapia prescritta.
- 3.1.3 Le somministrazioni sono registrate indicando ora e sigla dell'infermiere che le ha effettuate.
- 3.1.4 La terapia prescritta non somministrata è annotata (specificando la motivazione).
- 3.1.5 La terapia "al bisogno" è prescritta indicando la/le condizione/i che consentono all'infermiere una valutazione

certa del ricorso allo stato di bisogno.

- 3.1.6 Nella prescrizione terapeutica il farmaco è indicato con il nome commerciale a disposizione nella U.O. e/o comunque registrato nel prontuario farmaceutico adottato dall'azienda.
- 3.1.7 La terapia prescritta in tempo reale nel ricovero urgente ed entro due ore nel ricovero ordinario.
- 3.1.8 Se è prescritta terapia estemporanea essa rispetta il criterio 3.1.1.

*Norma 3.2: È assicurato il corretto utilizzo della scheda.*

**Criteri:**

- 3.2.1 Le registrazioni sono effettuate negli spazi dedicati.
- 3.2.2 Se vi sono stati errori, sono stati corretti in modo tale che resti visibile anche la parte cancellata.
- 3.2.3 Le annotazioni utilizzano solo sigle approvate dall'azienda ospedaliera o dall'unità operativa.
- 3.2.4 Le annotazioni della scheda sono effettuate nel rispetto delle responsabilità professionali.

**Norma 4: La registrazione degli esami diagnostici e di laboratorio**

*Norma 4.1: È assicurata la registrazione degli esami diagnostici.*

**Criteri:**

- 4.1.1 È annotato nome e cognome del malato.
- 4.1.2 È annotata la denominazione dell'unità operativa.
- 4.1.3 È annotato il tipo di esame.
- 4.1.4 È annotato il giorno della prescrizione.
- 4.1.5 È annotato il giorno dell'appuntamento (è segnalato l'eventuale annullamento, modifica, ecc.).
- 4.1.6 È annotato il giorno dell'avvenuta esecuzione.
- 4.1.7 Le date sono registrate in modo cronologico e vi è un'effettiva corrispondenza tra di loro.

*Norma 4.2: È assicurata la registrazione degli esami di laboratorio*

**Criteri:**

- 4.2.1 È annotato nome e cognome del malato.
- 4.2.2 È annotata la denominazione dell'unità operativa.
- 4.2.3 È annotato il tipo di esame.
- 4.2.4 È annotato il giorno e l'ora dell'esecuzione dell'esame.
- 4.2.5 È annotata la sigla dell'infermiere che ha svolto la procedura.
- 4.2.6 Le date sono registrate in modo cronologico e vi è un'effettiva corrispondenza tra di loro.

*Norma 4.3: È assicurato il corretto utilizzo della scheda per la registrazione degli esami diagnostici e di laboratorio.*

**Criteri:**

- 4.3.1 Ogni annotazione è effettuata negli spazi previsti.
- 4.3.2 Se vi sono stati errori, sono stati corretti in modo tale che resti visibile anche la parte cancellata.
- 4.3.3 Le sigle e/o abbreviazioni utilizzate sono quelle previste dalla scheda.

**Norma 5: La grafica**

*Norma 5.1: È assicurata la compilazione della grafica.*

**Criteri:**

- 5.1.1 È annotato nome, cognome, età del paziente.
- 5.1.2 È annotata l'U.O.
- 5.1.3 È annotato il numero di ricovero.

5.1.4 È annotato il numero di letto.

5.1.5 È annotata la data giornaliera in ogni spazio dedicato.

5.1.6 È presente la curva della temperatura corporea e si comprende l'ora di rilevazione e il valore misurato.

5.1.7 Sono annotati giornalmente i parametri vitali e l'ora di rilevazione secondo la prescrizione o nel documento dell'U.O.

5.1.8 Nella prima grafica sono annotati i valori del peso e dell'altezza.

5.1.9 È annotata la diuresi giornaliera nei pazienti sottoposti a monitoraggio.

5.1.10 È annotato l'alvo giornaliero.

5.1.11 Sono annotate giornalmente le uscite/perdite di altro materiale biologico; sono registrati il tipo, la quantità, e le caratteristiche dei liquidi.

5.1.12 Sono annotate in modo progressivo le giornate di degenza nel post-operatorio.

5.1.13 È annotata giornalmente il tipo di dieta prescritta.

*Norma 5.2: È assicurato il corretto utilizzo della grafica.*

**Criteri:**

- 5.2.1 Gli spazi previsti per le annotazioni sono sufficienti.
- 5.2.2 Se vi sono stati errori, sono stati corretti in modo tale che resti visibile anche la parte cancellata.
- 5.2.3 Le sigle e/o abbreviazioni utilizzate sono quelle previste dalla scheda.
- 5.2.4 Nella documentazione infermieristica non vi sono doppie trascrizioni di nessun tipo.

**Norma 6: La scheda di Norton**

*Norma 6.1: È assicurata la compilazione della scheda di Norton per la prevenzione e la cura delle LDD.*

**Criteri:**

- 6.1.1 È annotato nome, cognome e sesso del malato.
- 6.1.2 È annotata l'U.O.
- 6.1.3 La documentazione infermieristica del paziente contiene la scheda di Norton.
- 6.1.4 La scheda di Norton è compilata all'arrivo del paziente nella U.O.
- 6.1.5 È annotato il punteggio di Norton totale che il paziente presenta all'inizio del ricovero.
- 6.1.6 Le valutazioni successive comprendono la data e il punteggio.
- 6.1.7 È annotata la presenza o l'assenza di LDD al momento dell'accoglimento; se vi è LDD è annotato il trattamento in corso.
- 6.1.8 Sono annotate LDD insorte durante la degenza negli spazi dedicati (registrata sede, stadio e data d'insorgenza).
- 6.1.9 È annotato il trattamento attuato in presenza di LDD; è registrata la data, il tipo di intervento, l'esito ed eventuali osservazioni come indicato da specifico documento/guida aziendale e/o di U.O.

*Norma 6.2: È assicurato il corretto utilizzo della scheda di Norton*

**Criteri:**

- 6.2.1 Le sigle e/o abbreviazioni utilizzate sono quelle previste dalla scheda.
- 6.2.2 Se vi sono stati errori, sono stati corretti in modo tale che resti visibile anche la parte cancellata.
- 6.2.3 Gli spazi previsti per le annotazioni sono sufficienti.



## B) Questionario

Anno di diploma o laurea in infermieristica	_____
1. Hai ricevuto una formazione teorico-pratica esaustiva su come compilare e utilizzare la cartella infermieristica presente nel tuo reparto?	<input type="checkbox"/> Sì, poco <input type="checkbox"/> Sì, abbastanza <input type="checkbox"/> Sì, molto <input type="checkbox"/> No
2. Durante il corso di studi di diploma/laurea, ti hanno spiegato il processo assistenziale infermieristico (processo di nursing)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No
3. Hai mai partecipato a corsi di aggiornamento sul P.A.I. (processo assistenziale infermieristico)?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No, non sono stati effettuati <input type="checkbox"/> No, non ho partecipato perché poco interessante
4. Compili regolarmente la raccolta dati all'ingresso del paziente?  <b>NB:</b> la "raccolta dati all'ingresso" coincide con la prima pag. della cartella infermieristica	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> Sì, ma compilo solo la parte anagrafica, che funge da interruzione della cartella e non ritengo indispensabile raccogliere tutti i dati <input type="checkbox"/> No, durante il ricovero non capita mai di utilizzare le informazioni raccolte all'ingresso del paziente <input type="checkbox"/> No, non ho molto tempo <input type="checkbox"/> No, per altre motivazioni (specificare)_____
5. All'ingresso del paziente effettui una raccolta dati completa, compilando tutti i campi proposti dalla cartella?	<input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No, non tutte le informazioni sono utili ai fini dell'assistenza <input type="checkbox"/> No, sono informazioni che trovo altrove (es. cartella medica) <input type="checkbox"/> No, richiede troppo tempo
6. Una raccolta dati incompleta ti ha mai creato difficoltà?	<input type="checkbox"/> Sì, nella pianificazione dell'assistenza <input type="checkbox"/> Sì, nell'attuazione degli interventi <input type="checkbox"/> Sì, nella valutazione degli interventi <input type="checkbox"/> No
7. Quanti bisogni valuti all'ingresso del paziente in reparto?	<input type="checkbox"/> Tutti <input type="checkbox"/> Alcuni, a seconda dei casi <input type="checkbox"/> In genere movimento, alimentazione, respirazione, lavarsi-vestirsi, emodinamica <input type="checkbox"/> Nessuno
8. Se li valuti tutti, perché? (da compilare solo se alla domanda n.7 hai risposto all'opzione "tutti")	<input type="checkbox"/> Sono informazioni necessarie per pianificare l'assistenza <input type="checkbox"/> Compilo tutti i campi proposti nella scheda, ma in realtà quelli che servono sono solo alcuni <input type="checkbox"/> Mi limito a compilarli, ma non li consulto al momento della pianificazione
9. Se non li valuti tutti, perché? (da compilare solo se alla domanda n.7 non hai risposto all'opzione "tutti")	<input type="checkbox"/> Valuto solo alcuni bisogni, in relazione alla patologia <input type="checkbox"/> Trovo inutile fare la valutazione dei bisogni ai fini della pianificazione <input type="checkbox"/> Trovo poco pratico il metodo utilizzato per la rilevazione dei bisogni <input type="checkbox"/> Valutarli tutti mi richiede troppo tempo
10. Ogni quanto aggiorni la scheda di valutazione dei bisogni e pianificazione degli interventi assistenziali?  <b>NB:</b> la "scheda di valutazione dei bisogni e pianificazione degli interventi" coincide con le pagg. 2, 3, 4 della cartella infermieristica	<input type="checkbox"/> Mai <input type="checkbox"/> Alla dimissione <input type="checkbox"/> Almeno 3 volte nel corso della degenza <input type="checkbox"/> Quando cambiano i bisogni del paziente

<p>11. Se alla domanda n.10 non hai risposto che la aggiorni quando cambiano i bisogni del paziente, perché?</p>	<p><input type="checkbox"/> Scrivo i problemi del paziente nel diario assistenziale  <input type="checkbox"/> Non aggiorno la scheda perché nessuno la consulta  <input type="checkbox"/> Non ho ben chiaro come vada compilata  <input type="checkbox"/> I bisogni del paziente non cambiano quasi mai</p>
<p>12. Ritieni che aggiornare e compilare correttamente la scheda di valutazione dei bisogni e pianificazione degli interventi assistenziali sia esplicativo del piano assistenziale, senza dover scrivere tutto quello che si fa sul diario?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sì, sicuramente  <input type="checkbox"/> No, si capisce meglio leggendo le "consegne"  <input type="checkbox"/> Forse sì, ma ci vuole troppo tempo per compilarla  <input type="checkbox"/> Non lo abbiamo mai sperimentato</p>
<p>13. Compili regolarmente il campo relativo alle diagnosi infermieristiche?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sì, all'ingresso  <input type="checkbox"/> Sì, all'ingresso e ad ogni cambiamento delle condizioni  <input type="checkbox"/> Sì, altro (specificare) _____  <input type="checkbox"/> No</p>
<p>14. Se compili regolarmente il campo relativo alle diagnosi infermieristiche, perché? <i>(da compilare solo se alla domanda n.13 hai risposto "sì")</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Mi sento obbligato, ma non ne capisco il motivo  <input type="checkbox"/> Sono codificate, non mi costa niente trascriverle  <input type="checkbox"/> Sono utili ai fini della pianificazione</p>
<p>15. Se non compili regolarmente il campo relativo alle diagnosi infermieristiche, perché? <i>(da compilare solo se alla domanda n.13 hai risposto "no")</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Non lo so fare  <input type="checkbox"/> Mi sento obbligato, ma non ne capisco il motivo  <input type="checkbox"/> Non lo ritengo utile ai fini della pianificazione  <input type="checkbox"/> Il resto del gruppo non lo fa</p>
<p>16. Quando viene richiesto e/o effettuato un esame diagnostico, un esame di laboratorio o una consulenza dove lo annoti?  <b>NB:</b> <i>le schede a cui si fa riferimento nelle opzioni di risposta sono le schede presenti a pag. 6, 7 e 8 della cartella infermieristica</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Solo sulle apposite schede presenti in cartella  <input type="checkbox"/> Sia sulle schede che sul diario assistenziale  <input type="checkbox"/> Sul diario assistenziale e qualche volta sulle apposite schede  <input type="checkbox"/> Sul diario assistenziale, soprattutto se non sono esami routinari</p>
<p>17. Nello spazio dedicato agli interventi assistenziali annoti:  <b>NB:</b> <i>lo spazio dedicato agli interventi assistenziali e quello che trovi a partire da pag. 9 al lato sinistro</i></p>	<p><input type="checkbox"/> L'intervento o gli interventi effettuati a richiesta del paziente  <input type="checkbox"/> Solo gli interventi messi in atto per gestire un problema improvviso del paziente  <input type="checkbox"/> Tutti gli interventi attuati sul paziente e ciò che il collega del turno successivo dovrà fare e/o ricordare</p>
<p>18. Nel consultare la documentazione infermieristica, trovi rilevato il bisogno e il relativo intervento?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sì, perché tutte le parti della cartella sono compilate correttamente  <input type="checkbox"/> Mi risulta faticoso perché le informazioni sono scritte solo sul diario assistenziale e devo leggerlo tutto  <input type="checkbox"/> Non lo trovo quasi mai perché la cartella è quasi sempre incompleta</p>
<p>19. Dove annoti le valutazioni degli interventi che attui per risolvere i problemi del paziente? <i>(es .se dopo crioterapia o antipiretico la TC diminuisce; se dopo antiipertensivo la PA rientra nei limiti della norma; se dopo antidolorifico e/o corretto intervento assistenziale il dolore diminuisce; se dopo intervento educativo-relazionale l'ansia diminuisce...)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> Sulla scheda di valutazione dei bisogni  <input type="checkbox"/> Nello spazio dedicato agli interventi assistenziali  <input type="checkbox"/> Nello spazio dedicato alla verifica dell'intervento  <input type="checkbox"/> Non scrivo mai la valutazione  <input type="checkbox"/> A volte non scrivo la valutazione</p>