



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA
"Bianchi Melacrino Morelli"
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

PROCEDURA PER IL CONTROLLO MENSILE DELLA SCADENZA DEI FARMACI E DEI DISPOSITIVI MEDICI.

1. Oggetto

Il presente documento definisce le modalità operative per garantire la validità dei prodotti farmaceutici e dei dispositivi medici conservati all'interno dell'armadio dei farmaci, del frigorifero per farmaci e degli armadi dei dispositivi medici presso le strutture aziendali. Tali procedure sono stilate in accordo con i protocolli redatti ed in uso presso l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano.

2. Scopo e campo di applicazione

Le modalità relative al controllo periodico della scadenza dei farmaci e dei dispositivi medici consentono di:

- individuare chiaramente quali siano i farmaci e i dispositivi medici scaduti e/o in scadenza, evitando la presenza di prodotti farmaceutici e dispositivi medici scaduti;
- effettuare un corretto approvvigionamento, gestione ed utilizzo dei prodotti farmaceutici e dei dispositivi medici.

3. Responsabilità

I compiti e le responsabilità, per ogni funzione e ruolo individuati, sono specificati nel contenuto della procedura.

4. Documenti di riferimento

GESTIONE DEI PRODOTTI FARMACEUTICI, Linee guida, Servizio Farmacia, Direzione Sanitaria e Direzione Infermieristica Tecnica Riabilitativa Aziendale, 2010

5. Indicatori

- Assenza di farmaci e/o dispositivi medici scaduti
- ≥ 1 controllo mensile documentato dal modulo (allegato A)

6. Contenuto

Le modalità operative sono così descritte:

FASI	AZIONI	RESPONSABILITA'
Inizio controllo date di scadenza prodotti farmaceutici e dispositivi medici	<p>Verifica validità prodotti farmaceutici e dispositivi medici:</p> <p>Riscontro visivo delle date di scadenza riportate su ogni confezione di farmaco e di dispositivo medico giacente. Rimozione dei farmaci e dei dispositivi medici riscontrati scaduti, non più in utilizzo, prossimi in scadenza. Gli eventuali lotti scaduti vengono separati dai prodotti ancora validi; su di essi viene posta la dicitura "prodotto scaduto".</p> <p>Le confezioni di farmaci e dispositivi medici scaduti vengono resi al Servizio Farmacia dell'Azienda accompagnate dalla relativa modulistica. Le specialità medicinali e i dispositivi medici non più in uso o prossimi alla scadenza vengono resi al Servizio Farmacia, purché in confezione integra e dotati di una validità residua di almeno due mesi.</p>	<p>Coordinatore</p> <p>Infermiere</p>
Riscontro atipie	<p>Compilare il modulo per la restituzione di medicinali e di dispositivi medici scaduti attraverso l'apposita modulistica.</p> <p>Compilare il modulo per la restituzione di medicinali e dispositivi medici con validità residua ≥ 2 mesi attraverso l'apposita modulistica.</p>	<p>Coordinatore</p> <p>Infermiere</p>
Al termine di ogni controllo	<p>Compilazione del modulo Controllo mensile scadenze farmaci e dispositivi medici (allegato A): DATA, FIRMA O SIGLA DEPOSITATA, MATRICOLA, NOTE</p> <p>Valutazione trimestrale dell'attività svolta</p>	<p>Coordinatore</p> <p>Infermiere</p>

7. Definizioni e abbreviazioni

dm. = Dispositivi medici

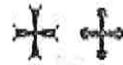
8. Validità

Il presente documento è valido fino alla revisione dello stesso



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA
"Bianchi Melacrino Morelli"
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

TIMBRO CENTRO DI COSTO

ALLEGATO A

CONTROLLO mensile SCADENZE FARMACI E DISPOSITIVI MEDICI

ANNO

DATA CONTROLLO MENSILE	FIRMA	MATRICOLA	NOTE
Gennaio			
Febbraio			
Marzo			
			Firma Coordinatore
Aprile			
Maggio			
Giugno			
			Firma Coordinatore
Luglio			
Agosto			
Settembre			
			Firma Coordinatore
Ottobre			
Novembre			
Dicembre			
			Firma Coordinatore

data affissione modulo

.....

Firma Coordinatore

.....

9

PROGETTO CARTELLA CLINICA

1. Oggetto e scopo

La presente procedura, stilata secondo i protocolli in vigore presso l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano, descrive le modalità di compilazione del modulo MOD02422, per la registrazione del time out prima dell'effettuazione di una procedura chirurgica e del MOD02707 prima dell'effettuazione di una procedura invasiva diagnostico/interventistica. Scopo della seguente procedura è definire modalità idonee e uniformi in tutte le Strutture dell'Azienda Ospedaliera Bianchi Melacrino Morelli di Reggio Calabria, di approvvigionamento, compilazione e archiviazione della checklist-time out di camera operatoria/procedura diagnostico interventistica per la registrazione del time out, nel rispetto della normativa vigente e garantendo i requisiti sostanziali di veridicità, completezza e chiarezza relativi alla documentazione sanitaria.

2. Campo di applicazione

La procedura si applica alla totalità degli interventi chirurgici, effettuati in camera operatoria, in elezione ed urgenza, laddove le situazioni cliniche minimamente lo consentano. Si applica inoltre a tutte le procedure interventistiche, alle procedure diagnostiche che presumibilmente diverranno interventistiche, in tutti i regimi di ricovero (DO, DS, DH), MAC e BIC, con esclusione delle procedure effettuate in regime ambulatoriale semplice.

3. Responsabilità

Le responsabilità per ogni funzione/ruolo individuati sono specificate nel punto 6 della presente procedura.

4. Documenti di riferimento

MOD02422 - Checklist di camera operatoria - Time out
MOD02707 - Check list per procedure diagnostico/interventistiche - Time out
DOC.CQ08 - Manuale della cartella clinica - Niguarda
DOC.CP05 - Elenco moduli cartella clinica e documentazione ambulatoriale
Manuale della Cartella Clinica - Regione Lombardia, 2007
Raccomandazione n. 3 per la corretta identificazione dei pazienti, del sito chirurgico e della procedura - Ministero della Salute, Marzo 2008
Guidelines for Safe Surgery - World Health Organization, 2009
The World Health Organization Surgical Safety Checklist
IOP.CP07 - Griglia di chiusura della cartella clinica - istruzioni per la compilazione
Standard Joint Commission per Ospedali e per la Sicurezza del paziente.



5. Indicatori

La presente procedura prevede l'utilizzo di indicatori, definiti annualmente, finalizzati a monitorare l'impiego e le modalità di compilazione delle checklist di time out in camera operatoria, coerentemente con i programmi aziendali inerenti la qualità e il rischio.

6. Contenuto

6.1 Checklist-time out di Camera Operatoria

6.1.1 Identificazione del paziente e preparazione del modulo

In reparto, prima dell'invio del paziente in camera operatoria, il paziente viene identificato e la checklist-time out viene predisposta con l'apposizione dell'etichetta del codice nosologico e il timbro del Centro di Costo e inserita nella cartella clinica del paziente stesso, in modo che lo accompagni all'intervento.

Per far fronte all'eventualità che nella cartella clinica del paziente da operare la checklist-time out non sia presente, ne vengono tenute in sala alcune prive di codice nosologico e timbro del Centro di Costo; in questo caso, dopo l'identificazione del paziente, viene apposta l'etichetta del codice nosologico (se presente in cartella) sulla scheda e viene scritto il CI della Struttura di ricovero del paziente.

6.1.2 Utilizzo della checklist-time out di Camera Operatoria

L'attività è composta da tre fasi, "sign in" in capo all'anestesista, "time out" in capo al chirurgo, "sign out" in capo all'anestesista. Nel caso l'intervento non preveda la presenza dell'anestesista, tutte le fasi sono in capo al chirurgo. Ogni fase corrisponde alle sezioni riportate nella scheda checklist-time out (A, B e C) e ogni sezione deve essere siglata dal responsabile al termine dell'intervento.

La checklist-time out viene confermata collegialmente da un chirurgo, dall'anestesista (quando presente) e da un infermiere, facenti parte dell'equipe operatoria. Ogni sezione può essere compilata da professionisti differenti rispetto alle altre due, per far fronte a necessità organizzative o di durata degli interventi stessi. In alternativa ogni Struttura dovrà identificare formalmente la figura professionale deputata alla compilazione materiale della scheda. Tutti gli item devono essere presi in considerazione durante la verifica; i segni di spunta vengono apposti nei quadratini corrispondenti agli argomenti dei quali è verificata la presenza o lo svolgimento.

Vengono di seguito definite le modalità di compilazione di alcuni campi che possono generare disomogeneità nell'interpretazione, in modo da uniformare il comportamento all'interno dell'Azienda Ospedaliera.

La checklist-time out deve sempre essere presente in cartella anche se non interamente compilata indicando nelle note il motivo della non compilazione.

Prima dell'induzione dell'anestesia - Ingresso in sala operatoria (sign in)

La marcatura del sito chirurgico deve essere sempre presente nel caso di lateralità, o quando siano coinvolti parti anatomiche multiple o livelli, costituiscono eccezioni interventi su organi singoli, interventi in urgenza, interventi bilaterali simultanei.

Prima dell'incisione della cute (time out)

Il segno di spunta in corrispondenza dei campi "criticità" è apposto solo se vengono previste delle criticità che vengono condivise all'interno dell'equipe. Se non esistono criticità prevedibili deve essere apposto il segno di spunta nel campo "nessuna".

Prima che il paziente esca dalla sala operatoria - Uscita dalla sala (sign out)

Il debriefing dell'intervento può essere spuntato come non necessario solo in caso di interventi, privi di complicanze, per i quali non siano necessari momenti di condivisione di situazioni cliniche.

Campo note

In questa sezione il professionista può scrivere se il paziente non è in grado di confermare i dati anagrafici e dell'operazione (intubato, in coma...), l'eventuale stato di emergenza, le eventuali criticità o qualsiasi annotazione ritenga utile segnalare.

Professionisti presenti in sala

La checklist riporta i nominativi dei professionisti presenti in sala, nel caso in cui non sia prevista la presenza di alcuni di essi lo spazio corrispondente deve essere sbarrato.

6.1.3 Approvvigionamento

Il MOD.02422 - Gestione del rischio clinico: prevenzione dell'errore in ambito chirurgico" viene ordinato al Centro Stampa, con le modalità comunemente adottate, da parte dei Coordinatori Sanitari dei reparti di degenza.

Per far fronte all'eventualità che nella cartella clinica del paziente da operare non sia presente il modulo di checklist-time out, ne vengono ordinati alcuni anche dai Coordinatori dei blocchi operatori (BO), e vengono tenuti in sala operatoria, privi di etichetta SDO e timbro del Centro di Costo.

6.2 Checklist-time out di Sala Interventistica

6.2.1 Identificazione del paziente e preparazione del modulo

Prima dell'ingresso in sala diagnostico/interventistica, il paziente viene identificato e la checklist-time out, che deve entrare in sala insieme al paziente stesso, viene predisposta con l'apposizione dell'etichetta del codice nosologico (se disponibile) e il timbro del Centro di Costo della struttura erogante.

6.2.2 Utilizzo della checklist di sala interventistica

L'attività è composta da tre fasi, "sign in" in capo all'anestesista, "time out" in capo al medico primo operatore che esegue la procedura, "sign out" in capo all'anestesista. Nel caso l'intervento non preveda la presenza dell'anestesista, tutte le fasi sono in capo al medico specialista. Ogni fase corrisponde alle sezioni riportate nella scheda checklist-time out (A, B e C) e ogni sezione deve essere siglata dal responsabile al termine della procedura. La checklist viene confermata collegialmente dal medico primo operatore che esegue la procedura, dall'anestesista (quando presente), dall'infermiere e dal tecnico sanitario di radiologia medica (quando presente) facenti parte dell'equipe interventistica. Ogni sezione può essere compilata da professionisti differenti rispetto alle altre due, per far fronte a necessità organizzative o di durata degli interventi stessi, in alternativa ogni Struttura dovrà identificare formalmente la figura professionale deputata alla compilazione materiale della scheda. Tutti gli item devono essere presi in considerazione durante la verifica; i segni di spunta vengono apposti nei quadratini corrispondenti agli argomenti dei quali è verificata la presenza o lo svolgimento. Vengono di seguito definite le modalità di compilazione di alcuni campi che

possono generare disomogeneità nell'interpretazione, in modo da uniformare il comportamento all'interno dell'Azienda Ospedaliera

Al termine della procedura la checklist-time out deve essere inserita nella cartella clinica del paziente anche se non interamente compilata indicando nelle note il motivo della non compilazione.

Prima dell'ingresso in sala - prima dell'induzione dell'anestesia (sign in)

La verifica degli adeguati accessi venosi e fluidi da infondere deve sempre essere presente se il paziente ha allergie note a farmaci o a mezzo di contrasto.

Prima dell'inizio della procedura (time out)

Il segno di spunta in corrispondenza dei campi "criticità" è apposto solo se vengono previste delle criticità che vengono condivise all'interno dell'equipe. Se non esistono criticità prevedibili deve essere apposto il segno di spunta nel campo "nessuna".

Prima che l'equipe esca dalla sala (sign out)

Il debriefing della procedura può essere spuntato come non necessario solo in caso di interventi, privi di complicanze, per i quali non siano necessari momenti di condivisione di situazioni cliniche

Campo note

In questa sezione il professionista può scrivere se il paziente non è in grado di confermare i dati anagrafici e della procedura (intubato, in coma...), l'eventuale stato di emergenza, le eventuali criticità o qualsiasi annotazione ritenga utile segnalare.

Professionisti presenti in sala

La checklist riporta i nominativi dei professionisti presenti in sala, nel caso in cui non sia prevista la presenza di alcuni di essi lo spazio corrispondente deve essere sbarrato.

6.2.3 Approvvigionamento

Il "Mod.02707 - Gestione del rischio clinico: prevenzione dell'errore in ambito procedurale diagnostico/interventistico" viene ordinato al Centro Stampa, con le modalità comunemente adottate, da parte dei Coordinatori Sanitari dei servizi diagnostici e interventistici

7. Definizioni ed abbreviazioni

AO - Azienda Ospedaliera

BO - blocco operatorio DO -

degenza ordinaria DS - Day

Surgery DH - Day Hospital

MAC - macro attività ambulatoriale ad alta complessità assistenziale BIC -

chirurgia a bassa complessità operative ed assistenziale

8. Validità

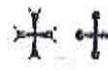
La presente procedura è valida fino al 26.02.2017 in assenza di mutamenti normativi/legislativi, di variazioni organizzative o di necessità di modifica dei contenuti che determinino un aggiornamento anticipato della stessa.



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

40

AZIENDA OSPEDALIERA
"Bianchi Melacrino Morelli"
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

In accordo con le procedure ed i protocolli stilati presso l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano

ALL. 1

CODICE ETICO DELL'INSTITUTE OF INTERNAL AUDITORS

Introduzione

Scopo del Codice Etico dell'Institute of Internal Auditors è di promuovere la cultura etica nell'esercizio della professione di internal auditing.

L'internal auditing è un'attività indipendente ed obiettiva di assurance e consulenza, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione. Assiste l'organizzazione nel perseguimento dei propri obiettivi tramite un approccio professionale sistematico, che genera valore aggiunto in quanto finalizzato a valutare e migliorare i processi di gestione dei rischi, di controllo e di governance.

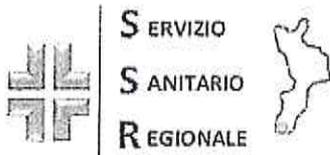
Il codice etico è uno strumento necessario e appropriato per l'esercizio dell'attività professionale di Internal Audit, che è fondata sulla fiducia indiscussa nell'obiettività dei suoi servizi di assurance riguardanti la governance, la gestione dei rischi e il controllo.

Il Codice Etico dell'Institute of Internal Auditors si estende oltre la Definizione di Internal Auditing per includere due componenti essenziali.

- 1) I Principi, fondamentali per la professione e la pratica dell'internal auditing.
- 2) Le Regole di Condotta, che descrivono le norme comportamentali che gli internal auditor sono tenuti a osservare. Queste regole sono un aiuto per orientare l'applicazione pratica dei Principi e intendono fornire agli internal auditor una guida di comportamento professionale.

Il termine internal auditor si riferisce ai membri dell'Institute of Internal Auditors, ai detentori delle certificazioni professionali rilasciate dall'Insolute, a coloro che si candidano a riceverle e a tutti coloro che svolgono attività di internal audit secondo la Definizione di Internal Auditing.

Applicabilità e attuazione



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

AZIENDA OSPEDALIERA
"Bianchi Melacrino Morelli"
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Il Codice Etico si applica sia ai singoli individui, sia alle strutture che forniscono servizi di internal auditing.

Il mancato rispetto del Codice Etico da parte dei membri dell'Institute, dei detentori delle certificazioni professionali e di coloro che si candidano a riceverle, sarà valutato e sanzionato secondo le norme previste nello Statuto e nelle "Administrative Directives" dell'Institute.

Il fatto che non siano esplicitamente menzionati nel Codice, non toglie che certi comportamenti siano inaccettabili o inducano discredito e quindi che possano essere passibili di azione disciplinare.

Principi

L' Internal auditor è tenuto ad applicare e sostenere i seguenti principi:

- 1) Integrità - L'integrità dell'internal auditor permette lo stabilirsi di un rapporto fiduciario e quindi costituisce il fondamento dell'affidabilità del suo giudizio professionale.
- 2) Obiettività - Nel raccogliere, valutare e comunicare le informazioni attinenti l'attività o il processo in esame, l'internal auditor deve manifestare il massimo livello di obiettività professionale. L'internal auditor deve valutare in modo equilibrato tutti i fatti rilevanti, senza venire indebitamente influenzato da altre persone o da interessi personali nella formulazione dei propri giudizi.
- 3) Riservatezza - L'internal auditor deve rispettare il valore e la proprietà delle informazioni che riceve ed è tenuto a non divulgarle senza autorizzazione, salvo che lo impongano motivi di ordine legale o deontologico.
- 4) Competenza - Nell'esercizio dei propri servizi professionali, l'internal auditor utilizza il bagaglio più appropriato di conoscenze, competenze ed esperienze..

Regole di condotta

- 1) Integrità - L'internal auditor;
 - 1.1 Deve operare con onestà, diligenza e senso di responsabilità.
 - 1.2 Deve rispettare la legge e divulgare all'esterno solo se richiesto dalla legge e dai principi della professione.
 - 1.3 Non deve essere consapevolmente coinvolto in nessuna attività illegale, né intraprendere azioni che possano indurre discredito per la professione o per l'organizzazione per cui opera.
 - 1.4 Deve rispettare e favorire il conseguimento degli obiettivi dell'organizzazione per cui opera, quando etici e legittimi.
- 2) Obiettività - L'internal auditor;



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA
"Bianchi Melacrino Morelli"
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

2.1 Non deve partecipare ad alcuna attività o avere relazioni che pregiudichino o appaiano pregiudicare l'imparzialità della sua valutazione. In tale novero vanno incluse quelle attività o relazioni che possano essere in conflitto con gli interessi dell'organizzazione.

2.2 Non deve accettare nulla che pregiudichi o appaia pregiudicare l'imparzialità della sua valutazione.

2.3 Deve riferire tutti i fatti significativi a lui noti, la cui omissione possa fornire un quadro alterato delle attività analizzate.

3) Riservatezza - L'internai auditor:

3.1 Deve acquisire la dovuta cautela nell'uso e nella protezione delle informazioni acquisite nel corso dell'incarico.

3.2 Non deve usare le informazioni ottenute né per vantaggio personale, né secondo modalità che siano contrarie alla legge o di nocumento agli obiettivi etici e legittimi dell'organizzazione.

4) Competenza - L'internai auditor:

4.1 Deve effettuare solo prestazioni per le quali abbia la necessaria conoscenza, competenza ed esperienza.

4.2 Deve prestare i propri servizi in pieno accordo con gli Standard internazionali per la Pratica Professionale dell'Internai Auditing

4.3 Deve continuamente migliorare la propria preparazione professionale nonché l'efficacia e la qualità dei propri servizi.

PROGETTO CARTELLA CLINICA

GRIGLIA DI CHIUSURA DELLA CARTELLA CLINICA
Istruzioni per la compilazione in accordo con i protocolli
dell'AATS Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di
Milano

1. Oggetto e scopo

La presente istruzione operativa definisce e descrive le modalità di compilazione della griglia di chiusura della cartella clinica (Rif. Mod. 2317 e Mod. 2318) nell'ambito dell'Azienda Ospedaliera Bianco Melacrino Morelli di Reggio Calabria

2. Campo di applicazione

La griglia di chiusura della cartella clinica dovrà essere compilata per tutte le cartelle cliniche di ricovero ordinario, day hospital (medico e chirurgico) e week hospital relative ai pazienti dimessi, una volta effettuata la chiusura della cartella. La griglia non dovrà essere compilata per le cartelle cliniche relative al Nido.

3. Documenti di riferimento

- Deliberazione regionale VIII/9014 del 20.02.2009 (Allegato 3)
- Deliberazione regionale VIII/9581 del 11.06.2009
- Deliberazione regionale IX/000621 del 13.10.2010
- Joint Commission - Standard per Ospedali e per la Sicurezza del paziente. Maggio 2008
- Nuovo Codice di Deontologia Medica (art. 26)
- Codice Deontologico dell' Infermiere 2009
- Manuale della Cartella Clinica - Regione Lombardia. Dicembre 2007
- DOC.CQ08 Manuale della cartella clinica - PRO-DITRA 06 Modalità operative per l'utilizzo della cartella infermieristica - Niguarda
- PRO.CP05 Regolamento e procedure aziendali per l'acquisizione del consenso informato
- Mod. 2317 - Griglia chiusura cartella clinica (Ricovero ordinario)
- Mod. 2318 - Griglia chiusura cartella clinica (Day hospital/Day surgery)

4. Contenuto

- a. Quando deve essere compilata la griglia?
- b. Come deve essere compilata la griglia?
- c. Chi sono i responsabili della compilazione della griglia?
- d. La griglia costituisce parte integrante della cartella clinica?
- e. Perché è necessario compilare la griglia?
- f. Riferimenti per la richiesta della griglia

PROGETTO CARTELLA CLINICA

a. Quando deve essere compilata la griglia?

La griglia di chiusura della cartella clinica dovrà essere compilata per tutte le cartelle cliniche di ricovero ordinario, day hospital (medico e chirurgico) e week hospital relative ai pazienti dimessi dal giorno 1 giugno 2009, una volta effettuata la chiusura della cartella.

In caso di trasferimento del paziente, la griglia dovrà essere compilata dalla Struttura trasferente per quanto di competenza, prima del trasferimento (ad eccezione dei trasferimenti effettuati in regime di urgenza/emergenza); la Struttura ricevente provvedere a compilare quanto di sua competenza al momento della chiusura/trasferimento della cartella.

Nel caso di trasferimento in regime di urgenza/emergenza i responsabili interessati concorderanno successivamente le modalità per procedere alla compilazione della griglia per quanto di competenza.

La griglia non dovrà essere compilata per le cartelle cliniche relative al Nido.

b. Come deve essere compilata la griglia?

Sulla check-list dovranno essere indicate le seguenti informazioni:

- timbro del centro di costo di dimissione (rif. riquadro "Timbro CdC")
- etichetta SDO relativa al ricovero (no pre-ricovero) del paziente (rif. riquadro "Etichetta SDO")
- cognome e nome del paziente (si potrà non riportare tale informazione se è presente l'etichetta SDO del paziente)
- numero SDO (si potrà non riportare tale informazione se è presente l'etichetta SDO del paziente)
- nei casi di trasferimento del paziente annotare il cdc della Struttura trasferente
- per ogni modulo/dato indicato nella griglia dovrà essere barrata la corrispondente voce (o), al fine di indicare la presenza o l'assenza in cartella del modulo/dato corrispondente.

Dovranno inoltre essere barrate le voci specifiche (es. presenza di annotazioni come da standard aziendali, firma) corrispondenti ai moduli/dati indicati.

Dovrà essere barrata la voce "NN (NN = Non necessario)" quando la presenza del modulo/dato non risulta necessaria in relazione al percorso clinico - assistenziale del paziente (Es. verbale dell'intervento se il paziente non ha effettuato alcun intervento chirurgico, diario infermieristico se utilizzato il diario clinico/assistenziale).

Il campo note sul retro della griglia può essere utilizzato per esplicitare situazioni particolari o ritenute rilevanti ai fini della valutazione della documentazione clinica.

Per quanto concerne le specifiche per la compilazione dei singoli moduli/dati si rimanda al Manuale Cartella Clinica Aziendale (rif. DOC.CQ.08) e alle Modalità operative per l'utilizzo della cartella infermieristica aziendale (rif. PRO.DITRA).

c. Chi è responsabile della compilazione della griglia?

Sono responsabili della compilazione della griglia:

- Il Direttore di Struttura Complessa/Responsabile di Struttura Semplice e
 - il Coordinatore Sanitario della Struttura

da cui è dimesso/trasferito il paziente (in relazione alle sezioni di competenza).

L'assunzione di responsabilità rispetto alla completezza della cartella clinica è formalizzata attraverso l'apposizione della firma in calce alla griglia da parte dei soggetti sopra indicati.

In casi di comprovata ed effettiva urgenza o di reale impossibilità ad effettuare tale attività, è prevista la possibilità, da parte del Direttore di Struttura Complessa/Responsabile di Struttura Semplice e del Coordinatore Sanitario, di individuare un soggetto delegato. La delega dovrà essere formalizzata da un documento scritto, datato e firmato, recante le seguenti informazioni:

- nominativo del soggetto delegato

- o periodo di validità della delega (dal giorno al giorno)
 - o sintesi della motivazione che origina la necessità della delega (es. ferie ...).
- Tale delega deve essere conservata a cura della Struttura Complessa.

Al momento della dimissione il Direttore/Responsabile e il Coordinatore Sanitario dovranno verificare la completezza e la correttezza della cartella.

d. La griglia costituisce parte integrante della cartella clinica?

Sì, la griglia costituisce parte integrante della cartella clinica, al momento della dimissione essa andrà firmata e inserita in cartella.

e. Perché è necessario compilare la griglia?

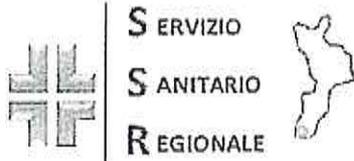
La compilazione della griglia permette di certificare la composizione della cartella clinica, al momento della chiusura della stessa.

La Deliberazione VIII/9014 del 20.02.2009 e successive modifiche/integrazioni (rif. Deliberazione VIII/9581. Deliberazione IX/000621) riporta quanto segue: "La compilazione delle cartelle cliniche deve essere la più completa e corretta possibile. In tal senso si richiama, quale standard di riferimento, per la compilazione delle stesse il Manuale della Cartella Clinica - seconda edizione 2007 (...) e successive modifiche e/o integrazioni. I ricoveri erogati per conto del S.S.R. le cui cartelle cliniche non corrispondono ai predetti requisiti non sono rimborsabili in quanto non chiaramente rappresentative del percorso di cura del paziente."

La compilazione della griglia è pertanto un'attività prevista da una disposizione regionale.

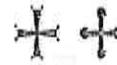
f. Riferimenti per la richiesta della griglia.

E' possibile richiedere la griglia al Centro Stampa dell'Ospedale facendo riferimento ai Mod. 2317 -Griglia chiusura cartella clinica - Ricovero ordinario e Mod. 2318 - Griglia chiusura cartella clinica -Day Hospital/Day Surgery



*Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie*

AZIENDA OSPEDALIERA
"Bianchi Melacrino Morelli"
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

MODALITÀ' OPERATIVE PER L'UTILIZZO DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

**Il seguente protocollo è stato stilato in accordo
con quello in uso presso l' ASST Grande
Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**

*Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto*

Indice

1. Finalità della cartella infermieristica
2. Cartella clinica e cartella infermieristica
3. Struttura della cartella infermieristica
4. Cartella infermieristica - area degenza
 - a. La raccolta dati riguardanti la persona assistita
 - b. Frontespizio
 - c. Raccolta dati sui bisogni di assistenza infermieristica
 - d. Altre valutazioni
 - e. La pianificazione assistenziale
 - f. I moduli della cartella infermieristica
5. Cartella infermieristica - area degenza pediatrica
 - a. La raccolta dati riguardanti la persona assistita
 - b. Frontespizio
 - c. raccolta dati sui bisogni di assistenza infermieristica
 - d. Altre valutazioni
 - e. I moduli della cartella infermieristica specifici del settore pediatrico
6. Cartella infermieristica - day hospital
 - a. La raccolta dati riguardanti la persona assistita
 - b. Frontespizio
 - c. raccolta dati sui bisogni di assistenza infermieristica
 - d. Altre valutazioni
 - e. I moduli della cartella infermieristica
7. Cartella infermieristica - day surgery
 - a. Alcune specifiche riguardanti i bisogni di assistenza infermieristica:
 - b. Percorso assistenziale integrato
 - c. Altre valutazioni
 - d. I moduli della cartella infermieristica
8. Cartella infermieristica - area critica
 - a. La raccolta dati riguardanti la persona assistita
 - b. raccolta dati sui bisogni di assistenza infermieristica
 - c. La pianificazione assistenziale
 - d. I moduli della cartella infermieristica
 - e. Lettera di dimissione infermieristica informatizzata - Trasferimento interno
9. Bibliografia

*Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto*

1. FINALITÀ DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

La Cartella Infermieristica, raccogliendo le informazioni attinenti alle singole persone assistite, supporta l'infermiere nella presa di decisioni per la soddisfazione dei bisogni di assistenza infermieristica. Nell'ambito dell'A.O. "Ospedale Niguarda Ca' Granda" è stata predisposta seguendo il Modello delle Prestazioni Infermieristiche.

Nel dettaglio le finalità della Cartella Infermieristica sono:

- favorire la continuità e la personalizzazione dell'assistenza infermieristica e, conseguentemente, la qualità della medesima, sostenere l'integrazione fra professionisti,
- rappresentare una risorsa per la ricerca sull'assistenza infermieristica, per l'analisi della complessità assistenziale,
- consentire la tracciabilità delle attività svolte (responsabilità delle diverse azioni, cronologia delle stesse, modalità della loro esecuzione) anche a supporto della descrizione dei fatti nelle controversie legali.

Trattandosi di documentazione pubblica di fede privilegiata, consente l'esercizio di diritti nonché la tutela di legittimi interessi:

- della persona assistita,
- dell'Azienda che eroga l'assistenza,
- degli operatori che agiscono in suo nome (Manuale della Cartella Clinica, Regione Lombardia, 2ª edizione, 2007).

Per consentire il raggiungimento delle finalità sopra esposte si è ritenuto necessario modulare l'elaborazione della Cartella Infermieristica considerando le peculiarità assistenziali dei pazienti ricoverati nei diversi settori: degenze di base e specialistiche, area critica, neonatologica e pediatrica, psichiatrica extraospedaliera, day surgery, day hospital.

Il presente documento si completa pertanto con le istruzioni operative specifiche per ogni variazione predisposta (allegati).

2. CARTELLA CLINICA E CARTELLA INFERMIERISTICA

La Cartella Infermieristica costituisce un elemento essenziale della documentazione sanitaria e pertanto quanto è stato stabilito con il Manuale della Cartella Clinica, predisposto dall'A.O. "Ospedale Niguarda Ca' Granda", è da considerarsi pienamente attinente anche alla documentazione infermieristica. Nel dettaglio si fa riferimento alla trattazione dei seguenti aspetti:

- responsabilità
- requisiti generali di compilazione
- compilazione
- archiviazione e conservazione
- fotoriproduzione
- tutela della riservatezza.

Nell'ambito delle attività di miglioramento, la Direzione Infermieristica assicura la valutazione del contenuto e la completezza della documentazione utilizzando strumenti appropriati.

3. STRUTTURA DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

Nel Manuale della Cartella Clinica, redatto dalla Regione Lombardia, viene raccomandato di articolare la Cartella Infermieristica in sezioni distinte. Le sezioni individuate consentono la realizzazione, da parte del personale infermieristico, delle diverse fasi del processo di assistenza infermieristica:

- a. la raccolta delle informazioni riguardanti la persona assistita
- b. l'identificazione dei suoi bisogni di assistenza infermieristica con i possibili obiettivi riguardanti le condizioni attese e la prevenzione di rischi
- c. la pianificazione delle azioni infermieristiche corredata dal diario infermieristico

Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto

Le finalità delle azioni infermieristiche, identificate nel Modello concettuale delle Prestazioni Infermieristiche, sono le seguenti:

- > *indirizzare: proporre alla persona e/o ad un familiare, se necessario e/o possibile, informazioni appropriate per soddisfare in autonomia il bisogno di assistenza infermieristica*
- > *guidare: favorire acquisizione di abilità pratiche da parte della persona e/o un suo familiare, se necessario e/o possibile*
- > *sostenere: creare condizioni (ambientali e/o con risorse disponibili) adeguate per soddisfare in autonomia il bisogno di assistenza infermieristica*
- > *compensare: parziale sostituzione nel soddisfacimento del bisogno di assistenza infermieristica*
- > *sostituire: completa sostituzione.*

d. la valutazione dei risultati conseguiti.

La Cartella Infermieristica dell'A.O. "Ospedale Niguarda Ca' Granda", utilizzata nelle diverse aree assistenziali, mantiene l'impostazione stabilita, considerando le specificità e i diversi livelli d'intensità dell'assistenza infermieristica erogata. Segue il paziente durante le fasi del ricovero, comprendendo anche quelle di breve durata nei servizi diagnostici o in sala operatoria, per consentire lo scambio di informazioni sul paziente e la documentazione dell'assistenza infermieristica prestata.

La sua compilazione è affidata esclusivamente al personale infermieristico. 4.

CARTELLA INFERMIERISTICA - AREA DEGENZA

La cartella è da compilarsi in ogni sua parte, secondo le indicazioni di seguito riportate.

Nel caso in cui alcuni dati non siano pertinenti per la persona o non siano rilevabili, occorrerà sbarrare la riga riservata alla voce corrispondente o non contrassegnare la casella che la precede.

Tutti i moduli devono riportare:

1. l'identificazione del paziente (cognome, nome e SDO)
2. l'identificazione della struttura
3. l'identificazione dell'infermiere che compila il modulo
4. la data e l'ora di compilazione.

a. Raccolta dati riguardanti la persona assistita

Al momento dell'ingresso è prevista una raccolta di dati iniziale, utile per l'identificazione sicura del paziente, per focalizzare la sua situazione familiare, la provenienza dal domicilio o da altra struttura, il motivo del ricovero, alcuni aspetti particolari (allergie e mezzi invasivi presenti).

Attraverso questa prima rilevazione si potrà in particolare procedere all'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica e delle motivazioni che li determinano. Lo scopo è quello di stabilire la condizione della persona al momento del ricovero, relativamente al suo grado di autonomia nel soddisfare questi bisogni, per orientare la pianificazione assistenziale e la dimissione.

La raccolta dei dati è impostata seguendo un percorso definito:

- a) le modalità con le quali la persona abitualmente risponde ai propri bisogni, le possibili limitazioni o rischi;

*Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto*

- b) I mutamenti recenti nella loro soddisfazione e le risorse attivate dalla persona o da altri soggetti per farvi fronte,

Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto

- c) le conoscenze, le abilità e i comportamenti necessari per migliorarne la soddisfazione durante il ricovero e presso il domicilio.

Le fonti per raccogliere le informazioni utili sono: la persona stessa, la sua famiglia, le persone significative e la documentazione personale del paziente.

La prima raccolta dei dati della persona assistita è da effettuarsi entro le prime 24 ore dal momento del ricovero oppure entro tempi più brevi come indicato dalle condizioni del paziente. Possono costituire un'eccezione i casi in cui, ad esempio, sia prescritto un breve "allettamento terapeutico" (es. 12/24 ore) o un intervento chirurgico urgente in quanto la condizione della persona varierà completamente in un breve intervallo di tempo. In queste circostanze sono raccolti i dati essenziali per iniziare l'assistenza e nel diario infermieristico saranno descritte, in modo più dettagliato, le condizioni della persona.

La stessa modalità è utilizzabile per le rivalutazioni infermieristiche durante tutta la degenza, per comprendere se i bisogni permangono o si modificano, gli obiettivi sono raggiunti o meno e se, conseguentemente, le azioni infermieristiche continuano ad essere appropriate. La rivalutazione è normalmente prevista per ogni turno e documentata nel diario in caso di evidenti modificazioni.

Per facilitare l'utilizzo della modulistica si illustrano, di seguito, alcune specifiche :

b. Frontespizio

Persona referente = è la persona di fiducia scelta dall'assistito che, in caso di necessità, sarà contattata. Specificare cognome, nome e grado di parentela o rapporto.

Struttura protetta = alcuni esempi sono i Centri di accoglienza, le Comunità protette, le Residenze Sanitarie Assistenziali, Centri riabilitativi.

Motivo del ricovero = scrivere il motivo (segni/sintomi) per cui la persona si è recata in Pronto Soccorso/Struttura, come descritto dall'assistito o dalle persone di riferimento. Esempio: febbre, difficoltà respiratoria, diarrea, calo ponderale.

Il motivo clinico del ricovero può essere indicato nel caso in cui sia necessario per la pianificazione assistenziale riportando esclusivamente quanto indicato sul verbale di ricovero e/o di Pronto Soccorso.

Data di dimissione = riportare la data della dimissione o quella del decesso.

Patologie concomitanti riferite = patologie croniche ed interventi chirurgici recenti riferiti dal paziente o dalle persone di riferimento.

Mezzi invasivi presenti = da indicare unicamente quelli presenti al momento del ricovero.

c. Raccolta dati sui bisogni di assistenza infermieristica

Occorre contrassegnare la voce "B.A.I. aperto" se il bisogno è presente. In questo caso si prevede la pianificazione di azioni infermieristiche e quindi l'utilizzo del modulo corrispondente.

B.A.I. di mantenere la funzione cardio-circolatoria

Edema, flebite, ematoma - specificare la sede.

Lesioni da pressioni = la stadiazione delle eventuali lesioni da pressione sono valutate in base al sistema di classificazione in uso in Azienda: *National Pressure Ulcer Advisory Panel. Necessità di informazione / di aiuto* = indicare se la persona necessita di informazioni o aiuto per acquisire abilità riguardanti aspetti non ricompresi nella raccolta pre-definita (fabbisogno educativo in relazione ai bisogni di assistenza infermieristica).

E' una voce comune a tutti i B.A.I.

B.A.I. della respirazione

Tosse produttiva = scrivere le caratteristiche dell'escreato.

Tracheostomia = indicare il tipo di cannula e specificare, ad esempio, se temporanea o permanente.

Fumo = indicare il numero di sigarette/giorno, segnalare da quanto tempo è fumatore. *Abitudini e/o informazioni riferite* = indicare, per esempio, se ex fumatore e da quanto tempo.

Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto

B.A.I. dell'alimentazione ed idratazione

Dieta - specificare l'eventuale regime dietetico riferito.

B.A.I. del riposo e sonno

Abitudini riferite = uso di farmaci, posizioni assunte per il riposo/sonno ecc. B.A.I.

dell'interazione nella comunicazione

Disturbi del linguaggio = specificare il tipo di disturbo (es. difficoltà ad esprimersi, ad articolare le parole, disturbo della comprensione, afasia).

d. Altre valutazioni

Valutazione del dolore all'ingresso = La valutazione del dolore è effettuata all'ingresso, con la scala numerica e/o verbale, per consentire la pianificazione delle rivalutazioni, se le condizioni del paziente e i trattamenti prescritti le renderanno necessarie.

Valutazione rischio lesioni da pressione = si utilizza la scala di Braden. E' una valutazione da effettuare se i bisogni relativi al movimento e/o alla funzione cardiocircolatoria (presenza lesioni da pressioni) è/sono stato/i aperto/i.

Valutazione rischio cadute = si utilizza la scala STRATIFY. Questa valutazione si effettua a tutte le persone ricoverate.

e. La pianificazione assistenziale

La pianificazione assistenziale è prevista entro le 24 ore dal momento dell'ingresso del paziente. I moduli sono comunque articolati in modo da rendere la pianificazione una fase continua a cui riferire le osservazioni e le possibili variazioni quotidiane delle condizioni del paziente.

Le schede sono specifiche per ogni bisogno di assistenza infermieristica e consentono di evidenziare la data in cui il bisogno è stato identificato, la definizione della finalità e dell'obiettivo esplicitando il risultato dell'assistenza infermieristica, la scelta delle azioni infermieristiche rendendo partecipe il paziente, qualora sia possibile.

In questa prospettiva anche se la persona ricoverata presentasse una condizione di completa autonomia (es.: in attesa di intervento chirurgico o ricovero per accertamenti), potranno essere considerate azioni di indirizzo e guida con lo scopo di aiutarla nell'affrontare il ricovero in tutte le sue diverse fasi (es: indicazioni su esercizi respiratori post-intervento, sulla dieta).

Per documentare la pianificazione delle azioni infermieristiche, i moduli sono stati così impostati:

- a. nella prima colonna di sinistra sono riportate, dall'alto verso il basso, le *Finalità* da *Indirizzare/Guidare* a *Sostituire* e gli *Obiettivi*.
Poiché alcune azioni comprese nella finalità *Indirizzare*, sono trasversali a più bisogni sono state raggruppate su una scheda unica, denominata PIANIFICAZIONE ASSISTENZIALE PER AZIONI DI INDIRIZZO TRASVERSALI A TUTTI I B.A.I.
- b. nelle colonne successive sono pre-definite alcune azioni e vi è la possibilità di indicarne altre negli spazi disponibili (segue tabella). Nel dettaglio:
 - scelta delle azioni infermieristiche in relazione alla finalità prescelta, apponendo la data nella casella stessa e la sigla dell'infermiere (1),
 - nel caso in cui si modifica il B.A.I. e si rende necessario l'individuazione di una nuova finalità e azione infermieristica:
 - > si elimina barrando la parola "Chiuso" e perciò resta "Modificato" (2)
 - > si appone la data e la sigla
 - > sullo stesso modulo, con la stessa data, dovrà essere scelta quindi una nuova finalità e/o azione infermieristica (3).

Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto

- nel caso in cui il B.A.I. non sia più presente:
 - > si elimina barrando la parola "Modificato" e resterà perciò documentato "Chiuso" (4)
 - > si appone la data e la sigla.
- nel caso in cui il B.A.I. sia ancora presente alla dimissione:
 - > sul modulo non si apporrà alcuna modifica se le azioni pianificate sono confermate (1 - 2).

Alla dimissione, si completerà il modulo documentando l'autonomia o le azioni che risultano ancora necessarie e che quindi saranno segnalate anche sulla lettera di dimissione infermieristica informatizzata. In caso di trasferimento la pianificazione resta valida fino alla nuova rivalutazione infermieristica, effettuata nella struttura che continuerà l'assistenza alla persona.

f. I moduli della cartella infermieristica

Diario infermieristico

Il diario Infermieristico deve essere redatto in ordine cronologico (data e ora dell'annotazione) e debitamente firmato dall'infermiere.

E' necessario	Motivazioni ed esempi
Nella prima registrazione, all'inizio del ricovero, indicare data e ora d'arrivo in reparto, il motivo del ricovero, il comportamento della persona e la valutazione assistenziale con B.A.I. aperti per i quali sono pianificate azioni infermieristiche.	
Durante il ricovero segnalare gli eventi imprevisti con descrizione degli stessi e l'eventuale modifica della pianificazione assistenziale.	Esempi: caduta accidentale, aumento della pressione arteriosa, ecc.
Segnalare parametri vitali solo nel caso in cui si riferiscano ad eventi non previsti.	I parametri rilevati sono, di norma, documentati sulla scheda "Grafico" o nella scheda "Osservazione infermieristica".
Limitare la trascrizione delle richieste e l'esecuzione di esami diagnostici e della richiesta di visita specialistica Si fa eccezione per gli esami che richiedono una specifica preparazione e assistenza successiva.	Sul portale si può verificare l'avvenuta richiesta (esami ematochimici), mentre per esami strumentali e le visite specialistiche rimangono in cartella clinica le richieste con ricevute dell'invio fax.
Fare riferimento a procedure e/o linee guida, quando utilizzati.	Si evita di ripetere la registrazione delle azioni infermieristiche contenute in linee guida e procedure aziendali.
Al termine di ogni turno segnalare sul Diario per documentare l'attività assistenziale pianificata e quindi svolta: <i>Seguita pianificazione per i BAI presenti o Modificata la pianificazione per i BAI</i> (Indicarli con le relative motivazioni) o ancora <i>Mantenuta condizione di autonomia, in attesa di concludere iter diagnostico.</i> Nel caso in cui non siano state eseguite le attività, previste dalla pianificazione, segnalarne la motivazione.	La comunicazione e lo scambio di informazioni riguardano lo stato di salute della persona in relazione alla presenza dei BAI, il resoconto delle azioni infermieristiche prestate in base alla pianificazione, la risposta del paziente all'assistenza prestata. Esempio: non eseguite attività previste per il BAI dell'igiene personale perché il malato si trovava in Radiologia.
Evitare descrizioni generiche che non possono essere confrontate e verificate oggettivamente.	Esempio: condizioni stazionarie, invariate e simili.

Scheda mezzi invasivi

In questa scheda sono documentate le tipologie di mezzi invasivi, le date di posizionamento e rimozione, le date delle medicazioni.

Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto

Grafico - Osservazione Infermieristica

Per la documentazione dei parametri sono disponibili due moduli. Il modulo identificato come "Grafico" consente di disegnare il grafico della temperatura e di documentare i parametri per 3 e/o 4 rilevazioni nell'arco delle 24 ore. Il modulo identificato come "Osservazione infermieristica" può essere scelto nei casi in cui si renda necessaria una frequenza maggiore delle rilevazioni dei parametri (es: fase postoperatoria).

Diario Dietetico

L'utilizzo è indicato per pazienti in regime dietetico che necessitano di un controllo sulla qualità e quantità di alimenti introdotti. La scheda raccoglie i dati relativi alla reale assunzione di alimenti facendo riferimento alle porzioni fornite a colazione, pranzo e cena, specificando il quantitativo e la tipologia degli alimenti assunti. Esempio: 1 bicchiere = 200 ml, 1 porzione = 1 piatto di pasta, riso, pastina, carne, pesce ecc.

Lettera di dimissione infermieristica informatizzata - Trasferimento interno La *Lettera di dimissione infermieristica* ha l'obiettivo di consentire alla Struttura extraospedaliera o ai Servizi domiciliari di continuare l'assistenza fin dai primi momenti. In questo documento l'infermiere specifica il livello di autonomia della persona o il permanere di bisogni di assistenza infermieristica. In quest'ultimo caso sono indicate le azioni infermieristiche effettuate durante il ricovero, la presenza di lesioni da pressione o ferite con le relative medicazioni, la presenza di mezzi invasivi. Se opportuno e/o possibile anche i familiari sono coinvolti e pertanto saranno documentate le informazioni fornite e l'eventuale addestramento condotto per garantire un'adeguata assistenza dopo la dimissione.

Infatti, nei casi in cui è possibile, la pianificazione della dimissione comincia già all'inizio della degenza e, se indicato, vengono fatti partecipi i familiari del paziente.

Nel caso di trasferimento della persona assistita da una Struttura ad un'altra della stessa Azienda Ospedaliera, senza modifiche del regime di degenza e della tipologia del ricovero, non viene effettuata la chiusura della Cartella Infermieristica. La condizione del paziente è documentata sul modulo *Foglio di trasferimento*

5. CARTELLA INFERMIERISTICA - AREA DEGENZA PEDIATRICA

La cartella è da compilarsi in ogni sua parte, secondo le indicazioni di seguito riportate.

Nel caso in cui alcuni dati non siano pertinenti per la persona o non siano rilevabili, occorrerà sbarrare la riga riservata alla voce corrispondente o non contrassegnare la casella che la precede.

Tutti i moduli devono riportare:

1. l'identificazione del paziente (cognome, nome, SDO)
2. l'identificazione della struttura
3. l'identificazione dell'infermiere che compila il modulo
4. la data e l'ora di compilazione.

Le raccomandazioni che seguono integrano, per gli aspetti pediatrici, la sezione precedente.

a. Raccolta dati riguardanti la persona assistita

Al momento dell'ingresso è prevista una raccolta di dati iniziale, utile per l'identificazione sicura del paziente, per focalizzare la sua situazione familiare, la provenienza dal domicilio o da altra struttura, il motivo del ricovero, alcuni aspetti particolari (allergie e i mezzi invasivi presenti). Per facilitare l'utilizzo della modulistica si illustrano, di seguito, alcune specifiche:

b. Frontespizio

Situazione familiare = segnalare se l'assistito vive in casa e con chi, se ha fratelli o sorelle, se è stata attivata l'assistenza domiciliare, se vive in comunità o se non possiede una fissa dimora. Intervento chirurgico = segnare eventuale intervento chirurgico programmato con data se

precedentemente fissata oppure segnalare "in attesa di intervento chirurgico di....."

Mezzi invasivi presenti = da indicare unicamente quelli presenti al momento del ricovero. I mezzi invasivi introdotti successivamente alla data del ricovero vanno registrati nel modulo corrispondente

Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto

c. Raccolta dati sui bisogni di assistenza infermieristica

Occorre contrassegnare la voce "B.A.I. aperto" se il bisogno è presente. In questo caso si prevede la pianificazione di azioni infermieristiche e quindi l'utilizzo del modulo corrispondente.

B.A.I. relativo all'ambiente sicuro

Procedura per la difesa dei soggetti vulnerabili

Questa voce riguarda i processi e le azioni che vengono presi in considerazione nella procedura aziendale specifica. Si rivolgono in particolare alla difesa da possibili maltrattamenti o violenze, da negligenze, da negazioni di prestazioni ed aiuto in caso di emergenza intraospedaliera.

d. Altre valutazioni

Valutazione rischio cadute = si utilizza la scala STRATIFY. Questa valutazione si effettua a tutte le persone ricoverate. Da valutare sempre, in particolare, con i neonati e segnalare nelle note se il/i genitore/i rifiuta/no il posizionamento di mezzi di protezione (es: culla con spondine).

Valutazione del dolore all'ingresso = La valutazione del dolore è effettuata sempre all'ingresso per consentire la pianificazione delle rivalutazioni se le condizioni del paziente e i trattamenti prescritti le renderanno necessarie. Se presente, specificare da quanto tempo e la sede, segnalare se il paziente assume farmaci a domicilio, segnalare l'intensità del dolore attraverso l'appropriata scala.

Scala numerica/verbale = viene utilizzata con bambini al di sopra di 7 anni o con competenza verbale e comprensione concettuale adeguata all'età.

Espressioni facciali = Il bambino è chiamato a valutare il suo dolore scegliendo il disegno che rappresenta il livello della propria esperienza dolorosa. Viene usata nei bambini al sotto dei 7 anni di vita.

e. I moduli della cartella infermieristica specifici del settore pediatrico

Diario Dietetico Pediatrico Integrato

Il modulo deve essere compilato dal medico di guardia all'ingresso e modificato con relativa data ogniqualvolta sia necessaria una variazione sulla prescrizione della dieta o del monitoraggio scariche/diuresi o altro.

L'infermiere appone contestualmente la propria firma per presa visione della prescrizione. Diario Alimentare del

Lattante

Viene compilato solo se richiesto dal medico un monitoraggio dell'alimentazione mediante allattamento al seno o mediante biberon.

Nelle note segnalare eventuali vomiti e/o rigurgiti e caratteristiche. 6. CARTELLA

INFERMIERISTICA - DAY HOSPITAL

La cartella è da compilarsi nelle diverse parti in cui è articolata e tutti i moduli devono riportare:

1. l'identificazione del paziente (cognome, nome, SDO)
2. l'identificazione della struttura
3. l'identificazione dell'infermiere che compila il modulo
4. la data di compilazione.

a. Raccolta dati riguardanti la persona assistita

Al momento dell'ingresso è prevista una raccolta di dati iniziale, utile per l'identificazione sicura del paziente, per focalizzare la sua situazione familiare, la provenienza dal domicilio o da altra struttura, il motivo del ricovero, alcuni aspetti particolari (allergie e i mezzi invasivi presenti).

Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto

Attraverso questa prima rilevazione si potrà in particolare procedere all'identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica e delle motivazioni che li determinano. Lo scopo è quello di stabilire la condizione della persona al momento del ricovero, relativamente al suo grado di autonomia nel soddisfare questi bisogni, per orientare la pianificazione assistenziale e la dimissione.

La raccolta dei dati è impostata seguendo un percorso definito:

- a) le modalità con le quali la persona abitualmente risponde ai propri bisogni, le possibili limitazioni o rischi;
- b) i mutamenti recenti nella loro soddisfazione e le risorse attivate dalla persona o da altri soggetti per farvi fronte,
- c) le conoscenze e i comportamenti necessari per migliorare la soddisfazione.

Le fonti per raccogliere le informazioni utili sono: la persona stessa, la sua famiglia, le persone significative che la possano accompagnare e la documentazione sanitaria.

La prima raccolta dei dati della persona assistita è da effettuarsi durante il primo accesso al DH. In queste circostanze sono raccolti i dati essenziali per iniziare l'assistenza e nel diario infermieristico saranno dettagliate eventuali particolarità.

La stessa modalità è utilizzabile per le rivalutazioni infermieristiche durante gli accessi successivi, per comprendere se le azioni infermieristiche pianificate continuano ad essere appropriate.

La rivalutazione è normalmente prevista, per ogni accesso, all'inizio delle attività assistenziali e documentata nel diario in caso di evidenti modificazioni.

Per facilitare l'utilizzo della modulistica si illustrano, di seguito, alcune specifiche :

b. frontespizio

Persona referente = è la persona di fiducia scelta dall'assistito o che lo accompagna che, in caso di necessità, sarà contattata. Specificare cognome, nome e grado di parentela o rapporto e numero di telefono

Struttura protetta = per esempio i Centri di accoglienza, le Comunità protette, le Residenze Sanitarie Assistenziali, Centri riabilitativi. E' opportuno specificare il numero di telefono. *Patologie riferite* = patologie croniche ed interventi chirurgici recenti riferiti dal paziente o dalle persone di riferimento.

Mezzi invasivi presenti = da indicare unicamente quelli presenti al momento del ricovero.

c. raccolta dati sui bisogni di assistenza infermieristica

Occorre contrassegnare la voce "B.A.I. aperto" se il bisogno è presente. In questo caso si prevedrà la pianificazione di azioni infermieristiche.

B.A.I. della respirazione

Fumo = indicare il numero di sigarette/giorno, segnalare da quanto tempo è fumatore. *Tracheostomia* = indicare il tipo di cannula e specificare, ad esempio, se temporanea o permanente.

Tosse produttiva = scrivere le caratteristiche dell'escreato.

Necessità di informazione / di aiuto = indicare se la persona o la persona referente necessita di informazioni o aiuto per aspetti non ricompresi nella raccolta pre-definita. E' una voce comune a tutti i B.A.I.

B.A.I. di mantenere la funzione cardio-circolatoria *Ferite /*

Lesioni = specificare la sede.

B.A.I. di movimento

Ausili = specificare, per esempio, l'uso di stampelle, carrozzina. B.A.I.

dell'interazione nella comunicazione

Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto

Disturbi uditivi/di espressione = specificare il tipo di disturbo. B.A.I.

dell'alimentazione ed idratazione

Dieta / Restrizione = specificare l'eventuale regime dietetico riferito.

d. Altre valutazioni

Valutazione del dolore = a seconda della risposta della persona, si proseguirà o meno con la restante raccolta dei dati inerenti la valutazione del dolore. Quest'ultima sarà mantenuta, anche negli accessi successivi, documentandone la rilevazione sull'apposito modulo.

e. i moduli della cartella infermieristica

Pianificazione assistenziale e Diario infermieristico

Il modulo si compone di una parte iniziale che riassume i bisogni di assistenza infermieristica aperti al primo accesso e le finalità delle azioni da contrassegnare.

Nella parte riservata al Diario Infermieristico saranno dettagliate le azioni infermieristiche necessarie, pianificate nel primo accesso.

Nella parte seguente del Diario è possibile evidenziare la presenza di ulteriori bisogni di assistenza infermieristica negli accessi successivi e la modifica della pianificazione.

Registrazioni parametri e prestazioni diagnostico/terapeutiche

In questa scheda sono documentati, durante il decorso, l'andamento dei parametri e l'effettuazione di prestazioni prescritte.

Diario infermieristico

Il diario infermieristico deve essere redatto in ordine cronologico (data e ora dell'annotazione) e debitamente firmato dall'infermiere.

E' necessario	Motivazioni ed esempi
Nella prima registrazione indicare data e ora d'arrivo in reparto, il motivo del ricovero, la presenza di B.A.I. aperti per i quali sono pianificate azioni infermieristiche.	
Durante il ricovero, segnalare gli eventi imprevisti con descrizione degli stessi e l'eventuale modifica della pianificazione assistenziale.	Esempi: caduta accidentale, aumento della pressione arteriosa, variazioni della glicemia capillare ecc.
Segnalare parametri vitali solo nel caso in cui si riferiscano ad eventi non previsti.	I parametri rilevati sono, di norma, documentati sulla scheda "Grafico" o nella scheda "Osservazione Infermieristica".
Limitare la trascrizione delle richieste e l'esecuzione di esami diagnostici e visite specialistiche. Si fa eccezione per quanto attiene alla necessità di preparazione ed assistenza successiva ad uno specifico esame.	Sul portale si può verificare l'avvenuta richiesta (esami ematochimici), mentre per esami strumentali e le visite specialistiche rimangono in cartella clinica le richieste con ricevute dell'invio fax.
Fare riferimento a procedure e/o linee guida, quando utilizzati.	Si evita di ripetere la registrazione delle azioni infermieristiche contenute in linee guida e procedure aziendali.
Evitare descrizioni generiche ed approssimative che non possono essere confrontate e verificate oggettivamente.	Esempio: condizioni stazionarie, invariate e simili.

Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto

La cartella è da compilarsi in ogni sua parte per quanto di competenza.

Nel caso in cui alcuni dati non siano pertinenti per la persona o non siano rilevabili, occorrerà sbarrare il riquadro riservato alla voce corrispondente o non contrassegnare la casella che la precede.

Tutti i moduli devono riportare :

1. l'identificazione del paziente (cognome, nome, SDO)
2. l'identificazione della struttura
3. l'identificazione dell'infermiere che compila il modulo
4. la data e l'ora di compilazione.

a. Alcune specifiche riguardanti i bisogni di assistenza infermieristica:

Interazione nella comunicazione

Disturbi sensoriali = specificare il tipo di disturbo (es.: difficoltà ad esprimersi, disturbo della comprensione, afasia, sordità).

Movimento = specificare la tipologia dell'ausilio utilizzato al momento dell'arrivo in Day Surgery o previsto in dimissione. Di norma è già stato richiesto durante il contatto telefonico in cui la persona è stata informata anche della data dell'intervento. Respirazione

Tosse = scrivere le caratteristiche (es.: secca, stizzosa, produttiva) Fumo = segnalare se fumatore (SI / NO).

Frequenza respiratoria = rilevare nel caso in cui le condizioni della persona o le sue patologie concomitanti lo rendano necessario (es.: paziente, in O2 terapia)

Saturimetria = rilevare nel caso in cui le condizioni della persona o le sue patologie concomitanti lo rendano necessario (es.: paziente grande obeso).

b. Percorso assistenziale integrato

La prima raccolta dei dati effettuata dall'infermiere è rivolta a conoscere la condizione della persona, il suo grado di autonomia, l'appropriatezza della preparazione pre-operatoria.

La prima raccolta dati è da effettuarsi entro un'ora dall'accettazione.

La stessa modalità, utilizzando il modulo Day Surgery - Valutazione Infermieristica, è impiegata per la rivalutazione nell'immediato post-operatorio/post-procedura diagnostica e in quelle successive, qualora necessarie. In corrispondenza delle diverse voci si indicheranno i dati rilevati o la loro presenza/assenza con SI/NO.

Per facilitare l'utilizzo della modulistica si illustrano, di seguito, alcune specifiche.

Nel frontespizio si prevede la compilazione delle diverse voci con la seguente modalità:

- il contrassegno sulla casella Indica la risposta positiva (es. accompagnatore presente, comprende la lingua italiana);
- la mancanza di tale contrassegno indica la risposta negativa (es. digiuno non rispettato).
- sono possibili ulteriori specifiche nella colonna NOTE.

Nel caso in cui si rilevi, in particolare, l'assenza del modulo del consenso informato o non risulti debitamente compilato, l'informazione sarà documentata sul frontespizio e tempestivamente comunicata al medico prima dell'effettuazione dell'intervento.

Valutazione infermieristica

Attraverso questa scheda è possibile continuare la rilevazione di dati riguardanti il decorso del paziente quindi la presenza o meno di bisogni assistenziali e la documentazione delle azioni infermieristiche effettuate, secondo protocolli in uso.

c. Altre valutazioni

*Direttore U.O.C. Cardiochirurgia
Dott. Pasquale Fratto*

Valutazione dolore = si utilizza la scala numerica. Questa valutazione si effettua a tutte le persone ricoverate nel post-operatorio.

Valutazione rischio cadute = si utilizza la scala STRATIFY. Questa valutazione si effettua a tutte le persone ricoverate.

d. i moduli della cartella infermieristica

Diario clinico-assistenziale

Questo modulo deve essere redatto in ordine cronologico (data e ora dell'annotazione) e debitamente firmato dall'infermiere che effettua l'annotazione.

Sono documentate le modifiche impreviste delle condizioni della persona e i provvedimenti assistenziali e terapeutici adottati.

Sono inoltre registrate le azioni infermieristiche, prevalentemente con finalità di compensazione, che sono effettuate, unitamente alle prescrizioni terapeutiche.

Dimissione infermieristica

Nella parte conclusiva del modulo "Percorso assistenziale integrato", in corrispondenza della voce NOTE possono essere indicate le eventuali azioni di indirizzo e guida necessarie per la corretta soddisfazione dei bisogni di assistenza infermieristica al domicilio. Alcuni esempi :

movimentazione (es.: ausili per la deambulazione)
cura della medicazione, drenaggi addominali.

Se opportuno e/o possibile anche i familiari sono coinvolti e pertanto saranno documentate le informazioni fornite e l'eventuale addestramento condotto per garantire un'adeguata assistenza dopo la dimissione.

Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto

8. CARTELLA INFERMIERISTICA - AREA CRITICA

La cartella è da compilarsi in ogni sua parte, secondo le indicazioni di seguito riportate.

Nel caso in cui alcuni dati non siano pertinenti per la persona o non siano rilevabili, occorrerà sbarrare la riga riservata alla voce corrispondente o non contrassegnare la casella che la precede.

Tutti i moduli devono riportare:

1. l'identificazione del paziente (cognome, nome, SDO)
2. l'identificazione della struttura
3. l'identificazione dell'infermiere che compila il modulo
4. la data e l'ora di compilazione.

Le raccomandazioni che seguono integrano quanto già riportato per l'area degenza.

L'unica eccezione riguarda la documentazione della persona ricoverata per l'osservazione legale in quanto è limitata a tre moduli (Diario infermieristico, Bilancio Idrico, Scheda registrazione parametri e azioni pianificate).

a. Raccolta dati riguardanti la persona assistita

La sezione della Cartella dedicata alla raccolta dati all'ingresso, è necessaria, al momento del ricovero nelle strutture di area critica, per valutare i bisogni di assistenza della persona e il suo livello di autonomia nel soddisfarli orientando la pianificazione.

E' da effettuarsi entro tempi brevi come indicato dalle condizioni cliniche della persona stessa.

Nel caso in cui il paziente provenga da un'altra struttura aziendale, la prima raccolta dati è già stata effettuata e pertanto si provvede a descrivere le condizioni generali del paziente, comprendendo la valutazione del dolore, nel foglio del Diario Infermieristico, utilizzando la stessa impostazione.

Le rivalutazioni per comprendere se i bisogni permangono o si modificano, se gli obiettivi sono raggiunti o meno e se, conseguentemente, le azioni infermieristiche continuano ad essere appropriate sono effettuate ogni turno, all'inizio delle attività assistenziali quindi documentate nel modulo riservato alla registrazione dei parametri e nel Diario in caso di modificazioni.

Alcuni specifiche relative ai dati raccolti nella fase di accoglimento:

Persona referente: indicare la persona a cui è possibile fornire notizie sullo stato di salute del paziente; generalmente è un'indicazione espressa dal paziente stesso, se cosciente. **Motivo del ricovero:** specificare il motivo indicato sul Verbale di accettazione.

b. Raccolta dati sui bisogni di assistenza infermieristica:

B.A.I. dell'interazione nella comunicazione

Disturbi del linguaggio / difficoltà nella comprensione = specificare il tipo di disturbo (es. afasia, ipoacusia) o la difficoltà di comprensione qualora la persona non comprenda e/o parli la lingua italiana. B.A.I. della respirazione

Può essere segnalato, negli spazi disponibili, l'eventuale utilizzo di ausili specifici per favorire l'esecuzione di esercizi respiratori.

B.A.I. dell'alimentazione ed idratazione

Restrizioni: segnalare particolari restrizioni (es. sodio, proteine) anche per abitudini personali o scelte culturali.

B.A.I. dell'eliminazione urinaria ed intestinale

Le eventuali alterazioni (es. poliuria, anuria, feci acoliche) possono essere indicate negli spazi disponibili.

B.A.I. dell'ambiente sicuro

La possibile necessità di dispositivi utili ad evitare lesioni o danni, ad esempio durante gli spostamenti, determina l'apertura di questo bisogno.

c. La pianificazione assistenziale

La compilazione di queste schede è prevista entro le 12 ore dal momento dell'ingresso del paziente.

Le schede sono articolate in modo da rendere la pianificazione una fase continua per poter documentare le variazioni delle condizioni del paziente.

Nel dettaglio le schede sono state così impostate:

- a. nella colonna di sinistra sono riportate data, ora e sigla dell'infermiere che effettua la prima rilevazione e quindi quelle successive nei casi in cui si verificano evoluzioni dei bisogni assistenziali;
- b. nella seconda colonna, dall'alto verso il basso, gli obiettivi e le finalità, da *indirizzo/guida a sostituire*;
- c. nella terza colonna le azioni infermieristiche e l'ultima è quella dedicata a documentare esclusivamente la chiusura dei bisogni di assistenza infermieristica precedentemente aperti.

d. I moduli della cartella infermieristica

Alcune specifiche relative ai moduli in uso:

Lettera di dimissione infermieristica informatizzata - Trasferimento interno

Nel caso del trasferimento della persona assistita in una struttura aziendale, la condizione del paziente è documentata sull'apposito modulo *Foglio di trasferimento*.

La Lettera di dimissione infermieristica: informatizzata non riguarda tutti i pazienti ricoverati nell'area critica; ha l'obiettivo di fornire informazioni appropriate ai familiari e/o ai sanitari qualora sia necessario continuare, al domicilio, alcune attività assistenziali. Al momento della dimissione, nella Lettera di dimissione infermieristica, è specificato infatti il livello di autonomia della persona o il permanere di bisogni di assistenza infermieristica. In quest'ultimo caso, per mantenere la continuità assistenziale, sono indicate le azioni infermieristiche effettuate durante il ricovero, la presenza di lesioni da pressione o ferite con le relative medicazioni, la presenza di mezzi invasivi.

Se opportuno e/o possibile anche i familiari sono coinvolti e pertanto saranno documentate le informazioni fornite e l'eventuale addestramento condotto per garantire un'adeguata assistenza dopo la dimissione.

8. BIBLIOGRAFIA

- A. Casati M.(2005), *La documentazione Infermieristica*. Milano: McGraw-Hill. Chiari P., Santullo A. (2001). *L'infermiere case manager*. Milano: McGraw-Hill.
- B. Chiari P. (a cura di) (1999). *Linee guida - La documentazione infermieristica*. Azienda Ospedaliera S.Orsola-Malpighi di Bologna.
- C. Corsi M., Piacenti F.(2004). La qualità della documentazione Infermieristica nelle strutture sanitarie. *Professioni Infermieristiche*, 57 (1), 5-14.
- D. Currell R, Urquhart C (2003), *Nursing record systems: effects on nursing practice and health care outcomes*, The Cochrane Database of Systematic Reviews.
- E. Del Vecchio S, Gasparrini V, Lelli S, Martelloni M, Punton G, Ricci M (2006). La cartella clinica e la cartella infermieristica. Torino: Ed.Medico Scientifiche.
- F. Langowski C. (2005). *The times they are a changing: effects of online nursing documentation systems*. *Quality Management in Health Care*. 14(2): 121-125.
- G. Marena C, Riva A. (2000). *Linee guida per la gestione della cartella clinica*. IRCCS Policlinico San Matteo, Pavia. Edizioni Torchio De' Ricci.
- H. Marrelli T.M. (2000). *Nursing Documentation Handbook*. Mosby
- I. NICE (National Institute of Clinical Excellence), Commission for Health Improvement, Royal College of Nursing, University of Leicester (2002). *Principles for Best Practice in Clinical Audit*. Radcliffe Medical Press Ltd.
- J. Santullo A.(1999). *L'infermiere e le innovazioni in sanità*. Milano: McGraw.Hill.
- K. SIGN (Scottish Intercollegiate Guideline Network) (2004). *SIGN 50: A guideline developers' handbook*. <http://www.sign.ac.uk>.
- L. Shorten A., Fallca M.C., Crooker P.A. (2002). *Developing Information literacy: a key to evidence-based nursing*. *International Nursing Review*, 48, 86-92.
- M. The Joanna Briggs Institute (2004). *The effect of documentation on quality of care in residential aged care facilities*, Systematic Review Protocol.

MODALITÀ' ORGANIZZATIVE PER LE ATTIVITÀ' DI MEDICINA TRASFUSIONALE E RACCOMANDAZIONI PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI

**Il seguente protocollo è stato stilato in accordo con quello in uso presso l'
ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano**

*Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto*

La reazione trasfusionale ABO rappresenta un importante evento sentinella (1) ed è dovuto al verificarsi di un errore che può occorrere nel processo trasfusionale. Il presente documento intende fornire uno strumento a supporto degli operatori della nostra Azienda Ospedaliera per contrastare l'occorrenza di tale evento.

Dai sistemi di emovigilanza attivi in alcuni paesi emerge che le reazioni avverse dovute ad errori trasfusionali rappresentano circa il 70% di tutti gli eventi avversi e, tra queste, circa il 20% sono reazioni trasfusionali da incompatibilità ABO (2). L'assenza o la mancata applicazione di procedure specifiche rappresenta un importante fattore di rischio che può determinare il verificarsi dell'evento durante una delle diverse fasi del processo trasfusionale, dal prelievo del campione per la determinazione del gruppo sanguigno del ricevente fino alla trasfusione degli emocomponenti.

Peraltro, tale processo appare potenzialmente esposto a tutti i fattori che determinano un incremento del rischio di occorrenza di eventi avversi (ad es. scarso supporto informatico, situazioni di emergenza, carenza di specifica formazione, mancanza del consenso informato, mancanza di una procedura per la corretta identificazione del paziente da trasfondere) (3). La reazione da incompatibilità ABO può determinare un ampio spettro di esiti clinici che variano dalla asintomaticità (12,8%), alla sintomatologia lieve (59,6%), al pericolo di vita immediato (21,3%), fino al decesso (6,4%).

2. Campo di applicazione

- A CHI -> Tutti gli operatori sanitari coinvolti nelle varie fasi del processo trasfusionale
DOVE -> In tutte le strutture in cui venga effettuata una trasfusione
PER CHI -> Tutti i pazienti che necessitano di trasfusione.

3. Responsabilità

Responsabile dell'emotrasfusione è il medico che può delegare all'infermiere le attività di venipuntura, di identificazione dei campioni ematici per le indagini pretrasfusionali e l'esecuzione dell'innesto della sacca di emocomponente.

Formazione e informazione

Il Direttore di Struttura Complessa, di concerto con la Direzione Aziendale, ha la responsabilità di promuovere il recepimento e l'applicazione del presente documento. Il Responsabile Medico del Laboratorio di Immunoematologia ed Il Referente Qualità hanno la responsabilità della diffusione capillare del presente documento e di valutare il recepimento dello stesso. Al fine di ottimizzare il recepimento e l'attuazione del presente documento il Responsabile Medico del Laboratorio di Immunoematologia ed Il Referente Qualità: programmano un calendario di incontri con i Referenti delle singole Strutture Complesse/Servizi/Ambulatori/Day Hospital intra-aziendali per discutere i contenuti del documento;

- analizzano, con cadenza trimestrale, le non conformità e, ove necessario, attuano le opportune azioni correttive;

- Inviano *Interim reports* trimestrali relativi all'analisi delle suddette non conformità ed all'eventuale attivazione di azioni correttive al Direttore di Struttura Complessa.

4. Documenti di riferimento

- Ministero della Salute, <http://www.ministerosalute.it/programmazione/qualita/sezQualita.isp?id=107&label=risc>
- Stainsby D, Cohen H, Jones H, Knowles S, Milkins C, et al. Serious Hazards of Transfusion-Annual Report 2004.
- Novembre 2005. www.shotuk.org/SHOTREPORT2004.pdf
- Sentinel event alert: Blood transfusion errors.
[Http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_10](http://www.jointcommission.org/SentinelEvents/SentinelEventAlert/sea_10)
- Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé. Rapporto di attività Emovigilanza 2003 (12/07/06). <http://agmed.sante.gouv.fr/html/5/indrap.htm>
- Direttiva n. 98/2002 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 27 gennaio 2003, Gazzetta Ufficiale dell'Unione Europea L 33/30 dell'08/02/2003
- Legge n.219 - 21/10/2005 "Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale degli emoderivati". http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_normativa_622_allegato.pdf Decreto Ministero della Salute 3 marzo 2005. Caratteristiche e modalità per la donazione di sangue e di emocomponenti . Gazzetta Ufficiale n. 85, 13 aprile 2005.
- Agenzia Sanitaria Regionale Emilia Romagna: Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Dossier 122 - 2006. http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/archivio_dossier_1.htm
- Decreto Ministeriale 1° settembre 1995. Costituzione e compiti dei comitati per il buon uso del sangue presso i presidi ospedalieri. *Gazzetta Ufficiale* n. 240, 13 ottobre 1995.
- Decreto Ministeriale 25.01.2001
- Decreto Ministeriale 01.09.1995
- D.Lgs. 196/2003 "Codice in materia di protezione dei dati personali"

5. Modalità operative

Una dettagliata valutazione di tutte le tappe del processo trasfusionale dovrebbe portare all'identificazione del problema specifico, alla messa in atto di misure correttive e, quindi, ad un miglioramento del sistema e ad una più elevata sicurezza trasfusionale.

*Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto*

Di seguito vengono indicate le azioni che devono essere messe in atto per prevenire gli errori trasfusionali.

- a. Richiesta di sangue/emocomponenti
- b. Prelievo di campioni di sangue per emogruppo e/o indagini pretrasfusionali
- c. Nelle strutture trasfusionali: la modalità di accettazione delle richieste e di consegna degli emocomponenti
- d. Nei reparti, in sala operatoria e in terapia intensiva: la trasfusione di emocomponenti
- e. Il ritiro e la restituzione degli emocomponenti
- f. La segnalazione delle reazioni trasfusionali

a. Richiesta di sangue/emocomponenti

Per evitare errori, il modulo della richiesta (Modulo 09020371, formato A4, stampato in verticale, fronte e retro), su cui deve essere apposta la firma da parte del medico richiedente, deve riportare in modo chiaro e leggibile almeno le seguenti informazioni:

- reparto, nome, cognome e data di nascita del paziente;
- etichetta SDO (quando presente) ;
- emocomponente/i richiesto/i ed eventuali trattamenti;
- diagnosi e motivazione della richiesta;
- data della richiesta;
- almeno un campo "dati paziente" in relazione all'emocomponente richiesto.

Salvo casi particolari, le richieste di sangue devono provenire dal reparto dove il paziente verrà trasfuso. Le richieste devono essere consegnate al SIMT per verifica ed accettazione (non è ammesso depositarle in altri punti di smistamento).

FAQ (domande-risposte frequenti relative alla compilazione della richiesta di emocomponenti):

1. Chi firma la richiesta?

R. La richiesta deve essere firmata dal medico.

2. Chi firma la provetta del campione di sangue? R.

Colui che esegue il prelievo.

3. Il campo "Struttura Complessa di riferimento" va sempre compilato?

R. No. Il campo "Struttura Complessa di riferimento" deve essere compilato solo quando la struttura di riferimento non è chiaramente indicato dal "timbro CDC".

4. Posso scrivere "intervento chirurgico" come motivazione alla trasfusione?

R. No. La legge impone che la motivazione alla trasfusione sia dettagliata, per esempio, "intervento protesi anca".

5. Posso inviare la richiesta se non conosco la storia trasfusionale del paziente?

R. Sì. In questo caso si deve barrare "non noto" alle domande: "Trasfusioni Progressive", "Precedenti reazioni trasfusionali", "Immunizzazione".

6. Il bollino SDO sostituisce la compilazione dei campi "nome e cognome", "nato il"? R. No. In nessun caso.

7. I campi "condizioni cliniche coesistenti" sostituiscono il campo "indicazione alla trasfusione"?

R. No. In nessun caso.

8. Da quando si calcolano le 24 ore per la modalità di richiesta "a disposizione per 24 ore"? R. Le 24 ore partono dalla data indicata nel campo "modalità di richiesta"- "Richiesta programmata per il"- "Richiesta per intervento del". Per esempio: una richiesta datata 01/01/2010, "programmata per 02/01/2010" a "disposizione per 24 ore", indica che le unità saranno a disposizione per l'intera giornata del 02/01/2010 fino alla intera mattina del 03/01/2010, indipendentemente dall'ora di consegna delle richieste. Inoltre, va tenuto presente che le prove di compatibilità hanno una validità di 72 ore.

9. Il gruppo del paziente deve essere sempre indicato? R. No.
Non è un campo obbligatorio.

10. Con la stessa richiesta posso richiedere più emocomponenti?

R. Sì. Per esempio con la stessa richiesta posso richiedere "1 GRC", "2 CPA", "3PFC".

11. Vanno sempre compilati i campi "dati paziente"?

R: In relazione all'emocomponente richiesto almeno un dato paziente, certamente noto, va sempre compilato. Per es: Ht e/o Hb nel caso di trasfusioni di GRC.

12. Quanto tempo è necessario per compilare correttamente una richiesta? R. Meno di 2 minuti.

13. Modalità "urgentissima" significa richiesta di sangue 0 neg e PFC AB neg?

R. No. Urgentissima significa "senza prove di compatibilità" Sul retro della richiesta è specificato il significato della richiesta "urgentissima".

14. Come faccio a richiedere il sangue già prelevato come predeposito? R. Compilo il campo "N° unità autologhe (predeposito)".

b. Prelievo di campioni di sangue per emogruppo e/o indagini pretrasfusionali

Per evitare che il campione di sangue per emogruppo e indagini trasfusionali venga prelevato alla persona sbagliata o che si verifichi un'errata identificazione del campione:

- il paziente deve essere correttamente identificato (se possibile chiedendogli il nome e non chiedendo conferma del suo nome. Per es: lei come si chiama? = forma corretta; -- lei si chiama Rossi Mario? = forma non corretta e pericolosa);
- prima di effettuare il prelievo, l'operatore deve riportare in modo chiaro e completo (ove possibile applicando la etichetta SDO) sulle provette (tappo lilla, EDTA, da 6 ml cod. 367864 o in alternativa tappo lilla, EDTA - da emocromo, da 3 ml cod. 368856): reparto d'appartenenza, nome, cognome, data di nascita del paziente, data del prelievo;

*Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto*

- l'operatore che effettua il prelievo deve apporre la propria firma sulla provetta, preferibilmente al letto del paziente.

Si raccomanda di effettuare il prelievo solo dopo aver identificato il paziente ed aver etichettato correttamente le provette.

Ai fini della sicurezza trasfusionale, nelle procedure non urgenti, la legge prevede che il paziente possa essere trasfuso solo se il suo emogruppo ABO-RH è stato determinato due volte su due campioni di sangue prelevati in momenti successivi e solo se i risultati coincidono (D.M. 03.03.2005).

L'eventuale secondo campione deve essere prelevato con le stesse modalità del primo e inviato al SIMT contestualmente al ritiro del sangue o in un secondo momento dopo l'invio della richiesta.

Prelevare due campioni contemporaneamente ed inviarli al SIMT in tempi diversi deve essere assolutamente evitato.

Validità dei campioni di sangue per indagini pre-trasfusionali per gli emocomponenti contenenti emazie

Le provette per le indagini pre-trasfusionali hanno validità 72 ore dal momento della prima trasfusione. Durante questo periodo possono essere trasfuse tutte le unità necessarie, sia di giorno che di notte, senza inviare ulteriori provette.

Il periodo di validità delle provette per indagini pretrasfusionali è chiaramente indicato sulla distinta di consegna (MD13c).

Dopo tale periodo, in caso di nuova richiesta trasfusionale di emazie, inviare un nuovo campione di sangue del paziente.

c. Modalità di accettazione della richiesta e di consegna degli emocomponenti

Per evitare errori dovuti a scambio di campioni e di registrazione o erogazione di unità sbagliate, deve essere posta particolare attenzione alle seguenti indicazioni:

- al momento dell'accettazione, verificare la corrispondenza tra cognome, nome e data di nascita del paziente riportati sulla richiesta e quelli riportati sull'etichetta dei campioni di sangue;
- garantire la disponibilità dei risultati di due determinazioni del gruppo sanguigno del paziente eseguite su due campioni prelevati in tempi diversi per tutte le richieste non urgenti e ove le condizioni cliniche del paziente lo consentano;
- verificare la corrispondenza tra richiesta e registrazioni (dati anagrafici del paziente, gruppo sanguigno, prove di compatibilità pre-trasfusionali, codici identificativi e gruppo sanguigno delle unità di emocomponenti da assegnare);
- preliminarmente alla consegna delle unità, verificare la corrispondenza tra richiesta, dati anagrafici del paziente ed unità assegnate provviste di etichette conformi alle disposizioni normative vigenti.

Orari di accettazione delle richieste di emocomponenti e tempi di consegna:

Il SIMT accetterà le richieste di sangue/emocomponenti dalle ore 07,30 alle ore 19.30 dal lunedì al sabato per la attività ordinaria.

Solamente le richieste di trasfusioni con caratteri clinici di motivata urgenza - emergenza (trasfusioni non procrastinabili) saranno accettate H24. Per l'attività ordinaria:

- Le richieste di GRC per trasfusioni programmate ("Richiesta programmata per il") saranno accettate dalle ore 07,30 alle ore 19.30. Gli emocomponenti, richiesti per il giorno stesso, saranno disponibili dopo 4 ore dalla accettazione.
- Le richieste di GRC per interventi chirurgici programmati ("Richiesta per intervento del") saranno accettate dalle ore 07.30 alle ore 15.30 del giorno prima dell'intervento e saranno disponibili dalle ore 07.30 del giorno successivo. Gli emocomponenti richiesti dopo le ore 15.30 saranno disponibili dalle ore 11.00 del giorno successivo.
- Le richieste per gli interventi del giorno post festivo (es. lunedì) devono essere inviate al SIMT il giorno prefestivo (es. sabato).
Per i pazienti ricoverati la domenica/giorno festivo e operati il lunedì/giorno post festivo, le richieste saranno accettate il giorno del ricovero, dalle ore 07.30 alle ore 15.30, e saranno disponibili dalle ore 07.30 del giorno successivo.
- Le richieste di GRC provenienti dagli ambulatori e DH saranno evase dopo 2 ore. In caso di emocomponenti con trattamenti particolari (irradiazione, filtrazione ecc.) il tempo di consegna potrà essere di 3 ore.
- Il plasma congelato e i concentrati piastrinici saranno assegnate in base alla compatibilità ABO (non strettamente necessaria nel caso dei concentrati piastrinici). E' quindi necessario che l'emogruppo sia stato determinato, in caso contrario procedere come al punto 3.b del presente documento. Il plasma congelato e i concentrati piastrinici saranno consegnati al momento della accettazione della richiesta, compatibilmente con le scorte disponibili. Nel caso in cui le condizioni cliniche del paziente suggeriscano la opportunità di prenotare questi emocomponenti (per es. accesso programmato in DH o Ambulatorio) usare la modalità "a disposizione".

Le unità non ritirate rimarranno a disposizione per 24 ore. Il tempo di consegna degli emocomponenti potrebbe non essere prevedibile in caso di paziente immunizzato.

Le richieste "urgenti" (con indagini pre-trasfusionali) ed "urgentissime" (senza indagini pretrasfusionali) di GRC devono essere effettuate utilizzando due distinti moduli e saranno evase rispettivamente entro 60 e 15 minuti dalla accettazione.

Documenti rilasciati al momento della richiesta e della consegna degli emocomponenti La "Risposta alle richieste trasfusionali" (MD12), rilasciata dal SIMT ad ogni richiesta di sangue/emocomponente, riporta la data e l'orario di accettazione e del ritiro, il tipo e la quantità di emocomponente richiesto e il timbro di avviso in caso sia necessaria la provetta per la seconda determinazione del gruppo ematico. La ricevuta deve essere conservata

*Direttore U.O.C. Cardiocirurgia
Dott. Pasquale Fratto*

fino al momento del ritiro delle unità e deve accompagnare il paziente in caso di eventuali trasferimenti di reparto e/o CO. Deve essere sempre esibita al SIMT al momento del ritiro delle unità di sangue richieste. Il "Modulo di assegnazione" (MD14b) degli emocomponenti, accompagna ogni singola unità rilasciata. In caso di avvenuta trasfusione deve essere conservato nella cartella clinica. La "Distinta per consegna" (MD13c) degli emocomponenti, indica il periodo di validità delle indagini pretrasfusionali e contiene i dati riepilogativi delle unità richieste/ consegnate. Ritiro degli emocomponenti

Le unità possono essere ritirate unitamente al relativo "Modulo di assegnazione", esclusivamente in prossimità del momento della trasfusione, presentando il modulo "Risposta alle richieste trasfusionali" (MD12), rilasciato dal SIMT al momento della accettazione della richi

d. Nei reparti, in sala operatoria e in terapia intensiva: la trasfusione di emocomponenti

Per evitare che il sangue sia trasfuso alla persona sbagliata, verificare da parte di due operatori che:

- nome e cognome del paziente riportati sulla unità di emocomponente corrispondano all'identità del paziente da trasfondere, come da cartella clinica, consenso informato e richiesta;
- il numero identificativo della unità e il gruppo sanguigno del ricevente, riportato nella documentazione rilasciata dal SIMT (Modulo di assegnazione MD14b), corrispondano al numero e al gruppo sanguigno indicato sull'etichetta deH'emocomponente da trasfondere;
- laddove le condizioni del paziente lo consentano, è opportuno chiedere al paziente il nome ed il cognome immediatamente prima di effettuare la trasfusione;
- il consenso informato alla trasfusione (01 Me 09020397, uno per ogni episodio di ricovero) sia stato acquisito (12-14).

Particolare attenzione va sempre posta nella gestione della persona assistita in condizioni di urgenza ed emergenza.

Inoltre, ai fini della tracciabilità della trasfusione:

- il medico responsabile della trasfusione deve sempre registrare nella cartella clinica l'avvenuta trasfusione con l'indicazione della presenza o assenza di reazioni avverse, apponendo la propria firma;
- il modulo di assegnazione, relativo alla sacca trasfusa, con i dati della trasfusione deve essere conservato in cartella clinica poiché ha valore medico-legale.

e. La restituzione degli emocomponenti

Le unità che per qualsiasi motivo non sono state trasfuse devono essere restituite al SIMT quanto prima (entro tre ore).

Le unità richieste per intervento chirurgico e non trasfuse durante l'intervento, se non ritenute necessarie nel post-operatorio, non devono seguire il paziente nei vari trasferimenti di reparto, ma devono essere restituite al SIMT quanto prima.

Le unità rese, se conservate correttamente, devono essere accompagnate dal relativo "Modulo di assegnazione" (MD14b), compilato nella parte in cui viene dichiarata la corretta conservazione ed il motivo del mancato utilizzo, firmato dal medico.

Le unità deteriorate o non correttamente conservate, devono essere restituite al SIMT con il "Modulo di assegnazione" (MD14b), compilato avendo cura di descrivere la non conformità (per esempio: "unità riscaldata"), firmato dal medico. Gli emocomponenti non devono mai essere eliminati dal personale di reparto.

f. La segnalazione delle reazioni trasfusionali

Ogni eventuale evento avverso deve essere segnalato al SIMT inviando la "scheda di segnalazione di reazione trasfusionale" (Mod 2395) unitamente

- all'unità che ha provocato la reazione
- ad un campione di sangue prelevato al paziente (provetta tappo lilla da 6 ml, in EDTA, cod. 367864).

Inoltre è consigliato eseguire la ricerca di emoglobinuria sulle prime urine post-trasfusione e dopo 24 ore.

Una "trasfusione interrotta" (anche dopo la infusione di pochi ml) è una "trasfusione effettuata", pertanto, come descritto al punto .

d del presente documento:

- Il medico deve sempre registrare nella cartella clinica l'avvenuta trasfusione con l'indicazione della presenza o assenza di reazioni avverse, apponendo la propria firma;
- Il modulo di assegnazione, relativo alla sacca trasfusa, deve essere conservato in cartella clinica al pari di tutta la documentazione (punto .d).

L'evento sentinella "Reazione trasfusionale da incompatibilità ABO" ha particolare rilevanza e come tale deve essere segnalato secondo il protocollo di monitoraggio degli eventi sentinella del Ministero della Salute (1).

6. Definizioni ed abbreviazioni

SIMT = Servizio di Immunoematologia e Medicina Trasfusionale

GRC = Globuli Rossi Concentrati

PFC = Plasma Fresco congelato

CP = Concentrati Piastrinici

CDM = Codice Mondiale Donazione

SDO = Scheda di Dimissione Ospedaliera

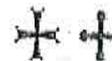




Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

64

AZIENDA OSPEDALIERA
"Bianchi Melacrino Morelli"
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

PROCEDURA AZIENDALE - ASSISTENZA AI PAZIENTI SOTTOPOSTI A SEDAZIONE PROFONDA

1. Oggetto

La presente procedura, in accordo con quella in uso presso l'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda di Milano, definisce le modalità di esecuzione per erogare assistenza efficace e sicura ai pazienti da sottoporre al trattamento di sedazione profonda in regime di Day hospital o di ricovero ordinario.

2. Scopo e campo di applicazione

Le modalità operative individuate si applicano a:

- tutti i pazienti adulti a cui, dovendo effettuare procedure invasive diagnostiche o terapeutiche, viene praticata sedazione profonda con o senza associazione di anestesia locale;
- tutti i pazienti con riserva cardio-respiratoria compromessa e/o con patologie associate gravi o limitanti (disturbi del comportamento) a cui, dovendo effettuare procedure invasive diagnostiche o terapeutiche anche di breve durata, viene praticata sedazione profonda con o senza associazione di anestesia locale;
- pazienti ustionati che devono essere sottoposti a medicazione.

3. Responsabilità

MEDICO ANESTESISTA

- Valuta il paziente per il tipo di procedura da effettuare
- Raccoglie il consenso informato fornendo informazioni su rischi, benefici ed alternative
- Pianifica la sedazione in base a valutazione del paziente (in particolare età, peso, riserva cardio-respiratoria) e procedura da attuare
- Pianifica il monitoraggio
- Somministra i farmaci al paziente
- Interviene in caso di eventi avversi legati alla procedura e/o alle sue complicanze e alla sedazione e/o alle sue complicanze e/o fa intervenire altre figure professionali

INFERMIERE

- Aiuta il paziente al suo posizionamento ottimale
- Predisporre il monitoraggio strumentale e i presidi (ne è responsabile nei tempi e nei modi concordati)
- Provvede alla somministrazione di ossigeno
- Assicura uno o più accessi venosi periferici in una sede raggiungibile in qualsiasi momento
- Assicura il sistema di riscaldamento al paziente quando indicato
- Somministra i farmaci sulla base delle indicazioni del medico anestesista
- Concorre al monitoraggio dei parametri vitali e ne comunica al medico operatore e medico anestesista le loro variazioni

MEDICO OPERATORE

- Interviene in caso di eventi avversi legati alla procedura e/o alle sue complicanze, alla sedazione e/o alle sue complicanze

QUALIFICHE DEL PERSONALE COINVOLTO	AMBITI DI RESPONSABILITÀ
Medico anestesista	Sedazione profonda, controllo degli eventi avversi legati alla procedura e alla sedazione.
Infermiere	Sedazione profonda, partecipazione al controllo degli eventi avversi legati alla procedura e alla sedazione profonda. Conoscenza degli effetti dei farmaci sedativi (e dei loro antagonisti) su funzione respiratoria, cardiocircolatoria e dei loro effetti sinergici. Addestramento alla rianimazione cardiopolmonare primaria (BLS). Assistenza al risveglio.
Medico operatore	Supporto al controllo degli eventi avversi legati alla procedura e alla sedazione profonda quando richiesto dal medico anestesista. Addestramento alla rianimazione cardiopolmonare primaria (BLS).

4. Documenti di riferimento

- Linee guida ASA 2002
- Linee guida SLAARTT Minerva Anestesiologica 2005;71:11-20
- Anesthesiology Clinics 2009;27:301-319

5. Contenuto

5.1. Definizioni

SEDAZIONE PROFONDA: depressione farmacologica dello stato di coscienza che consente il risveglio solo allo stimolo ripetuto e doloroso. L'autonomia respiratoria può risultare compromessa; la funzione cardiocircolatoria viene normalmente conservata.

5.2. Pianificazione della sedazione profonda Vengono

presi in esame:

- anamnesi
- esame obiettivo
- valutazione della terapia in corso
- valutazione degli esami di laboratorio e strumentali necessari
- identificazione delle co-patologie
- identificazioni delle criticità
- indicazioni terapeutiche preparatorie quando necessarie
- pianificazione del digiuno
- utilizzo dei protocolli per sedazione profonda
- pianificazione del trasferimento del paziente
- non viene prescritta alcuna pre-medicazione anestesiológica nei casi in cui il paziente viene trasferito a piedi presso il luogo dove è eseguita la procedura

5.3. Monitoraggio del paziente, strumentazione e presidi

L'assistenza prestata durante il trattamento e il risveglio segue le raccomandazioni riportate nei documenti.

- SaC>2

- ECG, pressione arteriosa non invasiva, pressione arteriosa invasiva quando richiesta
- ETCO2 nasale
- Sistema di riscaldamento del paziente quando richiesto
- Fonte di ossigeno
- Sistema di aspirazione
- Carrello per emergenze con defibrillatore

5.4. Documentazione

- cartella clinica
- consenso informato alla procedura (con specifica di "sedazione profonda")
- consenso alla somministrazione di mezzo di contrasto quando necessario
- descrizione della procedura (a portale) in cui sono indicati tipologia e dosi dei farmaci utilizzati per la sedazione, tipologia e dosi di anestetico locale, tipologia e dosi del mezzo di contrasto e descrizione degli eventi avversi quando intercorsi.
- Scheda anestesiologicala

5.5. Trasferimento del paziente

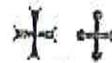
Dopo completo ripristino dello stato di coscienza ed in presenza di adeguati valori dei parametri monitorizzati valutati dal medico anestesista il paziente viene direttamente trasferito al reparto di provenienza accompagnato con lettino.

Nel caso di eventi avversi legati alla procedura e/o alla sedazione il paziente viene trattenuto fino all'ottenimento dei suddetti adeguati valori o trasferito in altro reparto secondo le necessità del paziente



Dipartimento Tutela della Salute
e Politiche Sanitarie

AZIENDA OSPEDALIERA
"Bianchi Melacrino Morelli"
Reggio Calabria



REGIONE CALABRIA

Procedura aziendale - Assistenza ai pazienti sottoposti a sedazione profonda

Rev. del 09/02/2010

Pagina 3 di 3

Accettazione_del_paziente_in_elezione

1. Oggetto

La presente procedura definisce il percorso organizzativo per l'effettuazione dell'accettazione del paziente in elezione in regime di ricovero ordinario, day hospital e day surgery, secondo i protocolli stilati presso l'ASST Grande Ospedale Niguarda di Milano.

2. Scopo e campo di applicazione

Obiettivo della presente procedura è di definire le modalità organizzative e la documentazione da utilizzare in relazione al processo di accettazione del paziente; la procedura si applica dal momento dell'ingresso del paziente presso la Struttura di degenza fino al momento della presa in carico dello stesso da parte del personale sanitario, medico ed infermieristico.

3. Responsabilità

I compiti e le responsabilità, per ogni funzione/ruolo individuata/o, sono specificati nel contenuto della procedura (punto n.6) nella sezione "Responsabilità".

4. Documenti di riferimento

Per quanto concerne i ricoveri in elezione, in regime ordinario o di day hospital:

- Frontespizio cartella clinica (Ricovero ordinario) ◦
- Frontespizio cartella clinica (Day Hospital)
- Autorizzazione alla comunicazione delle informazioni relative al ricovero (01 Me 09020326) ◦
- Verbale di accettazione ricovero e/o verbale di accettazione pre-ricovero per l'esecuzione delle relative prestazioni (Mod. 2349 e 2348) ◦
- Foglio di ingresso (01 Me 09020300)
- Anamnesi (01 Me 09020301 e 01 Me 09020302 in caso di ricovero ordinario; 01 Me 09020311 e 01 Me 09020312 oppure 01 Me 09020380 in caso di day hospital) ◦
- Esame obiettivo (01 Me 09020304) ◦
- Frontespizio cartella infermieristica (01 Me 09020327) ◦
- Scheda rilevazione bisogni (01 Me 09020328) ◦
- Schede di pianificazione BAI (Bisogni di Assistenza Infermieristica)
- Tessera di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, per i pazienti appartenenti alla Comunità Europea tessera sanitaria europea (TEAM) ◦ il Modello E112, per i pazienti extracomunitari tessera sanitaria o eventualmente polizza assicurativa
- Codice Fiscale
- Documento di riconoscimento personale o eventuale permesso di soggiorno

Per quanto concerne i ricoveri in elezione in regime di Day Surgery

- Frontespizio cartella clinica (Day Hospital)
- Autorizzazione alla comunicazione delle informazioni relative al ricovero (01 Me 09020326) ◦
- Verbale di accettazione ricovero e/o verbale di accettazione pre-ricovero per l'esecuzione delle relative prestazioni (Mod. 2349 e 2348) ◦
- Foglio di ingresso (01 Me 09020300)

- o Anamnesi (01 Me 09020301 e 01 Me 09020302) o
- Esame obiettivo (01 Me 09020304) o Percorso
- assistenziale integrato (Mod.02226) o Valutazione
- infermieristica (Mod.02227)
- o Tessera di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale, per i pazienti appartenenti alla Comunità Europea tessera sanitaria europea (TEAM) o il Modello E112, per i pazienti extracomunitari tessera sanitaria o eventualmente polizza assicurativa
- o Codice Fiscale
- o Documento di riconoscimento personale o eventuale permesso di soggiorno

5. Indicatori

Nella presente revisione la procedura non prevede l'utilizzo di indicatori.

6. Contenuto

FASI	AZIONI	RESPONSABILITA'
Ingresso del paziente e Accettazione Amministrativa	Il giorno programmato per il ricovero il paziente si reca presso gli sportelli di front office con i documenti personali di riconoscimento (Tessera Sanitaria) Il Personale amministrativo del front office registra l'accesso di ricovero nel data base aziendale (Acceweb), verificando l'esattezza dei dati anagrafici del paziente, tramite l'utilizzo della tessera regionale dei servizi, del codice fiscale e del documento di riconoscimento. Una volta effettuate queste operazioni, vengono stampati l'etichette identificative e il numero nosologico, infine vengono fornite le indicazioni per raggiungere la struttura di degenza	Paziente, Personale Amministrativo
Accettazione del paziente nella Struttura di ricovero e comunicazione	Il paziente viene accolto nella struttura di degenza, accompagnato al letto ed informato delle modalità operative in uso all'interno della Struttura e degli operatori cui potersi rivolgere per qualsiasi informazione/necessità. Il Medico o l'Infermiere consegnano al paziente il modulo di autorizzazione alla comunicazione delle informazioni relative al ricovero.	Coordinatore Sanitario o suo delegato, Medico

<p>Accettazione Medica</p>	<p>All'arrivo del paziente presso la Struttura di degenza il medico effettua un primo colloquio con il paziente e compila, se non già effettuato in regime di prericovero:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il Frontespizio della cartella • Il Foglio di ingresso • I Moduli di Anamnesi • l' Esame Obiettivo. <p>Se tali informazioni erano già state acquisite in regime di prericovero, annota il raccordo anamnestico e le condizioni cliniche attuali del paziente utilizzando un nuovo foglio di ingresso o il diario clinico assistenziale. In caso di ricovero per intervento chirurgico o procedura che richieda l'acquisizione del consenso informato, si assicura che il paziente abbia acquisito e comprese tutte le informazioni necessarie all'esecuzione dell'intervento o della procedura e che il modulo sia presente, completamente compilato e firmato.</p>	<p>Medico che ha in carico il paziente</p>
<p>Accettazione Infermieristica</p>	<p>L'Infermiere della Struttura di degenza effettua un primo colloquio con il paziente e compila contestualmente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Il Frontespizio della cartella infermieristica • la Scheda della Raccolta dati infermieristici per la rilevazione dei bisogni di assistenza infermieristica e la seguente pianificazione delle azioni assistenziali. 	<p>Infermiere che ha in carico il paziente</p>

7 Definizioni ed abbreviazioni

8 Validità

La presente procedura è valida fino al 07.05.2017 in assenza di mutamenti normativi/legislativi, di variazioni organizzative o di necessità di modifica dei contenuti che determinino un aggiornamento anticipato della stessa.



Richiesta di intermediazione linguistico-culturale
(secondo i protocolli stilati dall' ASST Grande Ospedale Metropolitano
Niguarda di Milano)

Richiesta di intermediazione linguistico-culturale per la lingua sottoindicata:	
<input type="checkbox"/> Albanese	<input type="checkbox"/> Inglese
<input type="checkbox"/> Arabo	<input type="checkbox"/> Rumeno
<input type="checkbox"/> Aramaico	<input type="checkbox"/> Russo
<input type="checkbox"/> Cinese	<input type="checkbox"/> Serbo
<input type="checkbox"/> Cingalese	<input type="checkbox"/> Spagnolo
<input type="checkbox"/> Croato	<input type="checkbox"/> Tedesco
<input type="checkbox"/> Dialetti Nigeriani	<input type="checkbox"/> Tigrino (Eritrea)
<input type="checkbox"/> Filippino (Tagalog)	<input type="checkbox"/> Turco
<input type="checkbox"/> Francese	

Altra lingua specificare: _____

La richiesta ha carattere:

Urgente

Programmabile per il giorno ____ / ____ / ____
dalle ore ____ alle ore ____

L' intervento di intermediazione linguistico-culturale dovrà essere
effettuato presso la seguente Struttura _____
a favore del paziente _____ (SDO: _____)

Data _____ Ora _____

Firma del sanitario richiedente _____ (matr. _____)

