

ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 26 aprile 2021.

Piano Annuale Controlli Analitici 2021.

**IL DIRIGENTE GENERALE
DEL DIPARTIMENTO REGIONALE
PER LE ATTIVITÀ SANITARIE
E OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO**

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del Servizio sanitario nazionale";

Vista la legge regionale 3 novembre 1993, n. 30;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale";

Visto il D.P. Reg. n. 642 del 31 marzo 2021, con il quale il Presidente della Regione, in esecuzione della deliberazione della Giunta regionale n. 136 del 30 marzo 2021, ha conferito all'ing. Mario La Rocca l'incarico ad interim di dirigente generale del Dipartimento attività sanitarie e osservatorio epidemiologico dell'Assessorato regionale della salute;

Visto l'art. 8 del D.lgs. n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, con il quale

- al comma 1 viene stabilito l'obbligo da parte della regione e delle aziende sanitarie di attivare un sistema di controllo in merito alla qualità ed appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate dai soggetti produttori pubblici e privati;

- al comma 3, si attribuisce alla Regione la definizione delle regole per l'esercizio della funzione di controllo esterno sull'appropriatezza e sulla qualità delle prestazioni erogate dalle strutture, nonché i criteri per la risoluzione delle eventuali contestazioni e le relative penalizzazioni;

- al comma 4, si stabilisce la necessità di individuare i criteri per la verifica della documentazione amministrativa attestante l'avvenuta erogazione delle prestazioni e la sua rispondenza alle attività effettivamente svolte;

Visto l'art. 79, comma 1-septies del D.L. n. 112/2008 convertito con la legge n. 133/2008, che modifica sia quantitativamente che qualitativamente i controlli già previsti dall'art. 88, comma 2, della legge n. 388/2000;

Visto il D.M. 10 dicembre 2009 "Controlli sulle cartelle cliniche" pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana del 27 maggio 2010, n. 122;

Considerati gli adempimenti previsti dal Questionario LEA, di cui alla lettera am;

Visto il D.A. n. 496 del 13 marzo 2013 s.m.i. che approva le "linee di indirizzo per le attività di controllo analitico delle cartelle cliniche nel sistema sanitario regionale";

Considerata l'esperienza e i risultati derivanti dalle attività di controllo svolte ai sensi del PACA 2012 - 2013 di cui al D.A. n. 496 del 13 marzo 2013, del PACA 2014 di cui al D.A. n. 578 del 7 aprile 2014, del PACA 2015 di cui al D.A. n. 790 del 6 maggio 2015, del PACA 2016 di cui al D.A. n. 431 del 16 marzo 2016, PACA 2017 di cui alla circolare assessoriale n. 21873 del 9 marzo 2017, del PACA 2018 di

cui al D.A. n. 734/2018 del 24 aprile 2018, del PACA 2019 di cui al D.A. n. 587/2019 dell'8 aprile 2019, PACA 2020 di cui alla circolare assessoriale n. 6 del 12 giugno 2020;

Vista l'intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato e le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 5 agosto 2014 adottata con D.M. 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Repubblica italiana n. 127 del 4 giugno 2015;

Visto il D.A. n. 456 del 13 marzo 2017 "Modifiche ed integrazioni del flusso informativo della SDO (scheda di dimissione ospedaliera) di cui al decreto 11 aprile 2011 in base ai contenuti del decreto ministeriale n. 261 del 7 dicembre 2016", pubblicato nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana n. 13 del 31 marzo 2017;

Considerato che nel corso della riunione del Comitato regionale controlli appropriatezza per il PACA 2021, tenutasi il 25 febbraio 2021, stante l'emergenza epidemiologica da Covid 19, è emersa l'esigenza di semplificare il sistema dei controlli mantenendo l'impianto generale;

Atteso che le procedure di recupero degli eventuali abbattimenti derivanti dagli effetti economici del presente provvedimento sono curate dai competenti uffici economici finanziari aziendali e assessoriali;

Considerata la necessità di approvare il "Piano Annuale Controlli Analitici - 2021" al fine di ottemperare agli adempimenti normativi;

Decreta:

Art. 1

E' approvato il "Piano Annuale Controlli Analitici 2021" (Allegato 1) che costituisce parte integrante del presente decreto.

Art. 2

Tutte le aziende sanitarie pubbliche e private accreditate, in qualità di committenti o produttori, devono attenersi alle indicazioni del presente decreto che saranno oggetto di valutazione per i direttori generali e di revisione dell'accordo contrattuale per le aziende sanitarie private accreditate.

Art. 3

Il Piano Annuale Controlli Analitici 2021, di cui all'articolo 1, è vigente fino all'approvazione del successivo PACA.

Art. 4

Il presente decreto verrà pubblicato nel sito istituzionale dell'Assessorato della salute e inviato alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per l'integrale pubblicazione, comprensiva dell'allegato.

Palermo, 26 aprile 2021.

Il dirigente generale ad interim: LA ROCCA

Controllo 7 (valutazione proporzionale): Appropriatelyzza in Riabilitazione
Scheda a) Valutazione Complessiva in Riabilitazione

Il paziente proviene per trasferimento da U.O. per acuti	SI	NO		100
Il paziente proviene per trasferimento da U.O. di Lungodegenza	SI	NO		
Il paziente proviene per trasferimento da U.O. di Riabilitazione ad alta specialità (codice 75 - codice 28)	SI	NO		
Il paziente proviene dal territorio	SI	NO		
Il paziente proviene da altra struttura di riabilitazione con codice equivalente - entro 10 giorni dalla dimissione del reparto per acuti - purchè non si superino i 60 giorni complessivi dal ricovero per l'evento acuto correlato* - purchè sia presente la documentazione completa della struttura di provenienza	SI	NO		
Limitatamente al Codice 28 e 75 verifica della presenza della scheda "Paziente ad alta criticita' assistenziale, con disabilita' equiparabile ad esiti di grave cerebrolesione acquisita" e della relativa coerenza con la documentazione sanitaria. Circolare 10 febbraio 2014, n. 1. "Applicazione del decreto assessoriale n. 923 del 14 maggio 2013 - recepimento decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze del 18 ottobre 2012, allegato 2 tariffe della riabilitazione" pubblicata nella GURS n. 8 del 21-2-2014.	SI	NO	NA	50
Limitatamente al Cod. 28, la fase di stabilizzazione dall'evento acuto è avvenuta entro 4-6 mesi per i paraplegici, 8-12 mesi per i tetraplegici. Il fine è quello di garantire un'adeguata compliance terapeutico - assistenziale.	SI	NO	NA	10
E' presente la richiesta del medico del reparto di provenienza	SI	NO	NA	10
Il ricovero in riabilitazione è avvenuto entro 60 giorni dal ricovero per l'evento acuto correlato*	SI	NO	NA	100
E' presente la scheda di accettazione della proposta di ricovero validata dal medico specialista della riabilitazione** (come previsto dal Piano Regionale della Riabilitazione; per la cardiologia riabilitativa vedi normativa allegata "C" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12)	SI	NO		10
Sono presenti almeno 2 dei criteri di accesso al ricovero ordinario previsti dalla normativa (allegato "B" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12) (Punto A Scheda Esplicativa) (solo per ricoveri ordinari)	SI	NO	NA	100
E' presente almeno 1 criterio di accesso al ricovero diurno tra quelli previsti dalla normativa (allegato "B" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12) (Punto B Scheda Esplicativa) (solo per ricoveri diurni)	SI	NO	NA	100
Per la cardiologia riabilitativa sono rispettati i criteri specifici di accesso previsti dalla normativa (allegato "C" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12)	SI	NO	NA	100
E' presente il progetto riabilitativo individuale di cui è responsabile il medico specialista della riabilitazione** con la collaborazione dei componenti del team multi professionale (per la cardiologia riabilitativa vedi allegato "C" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12)	SI	NO		100
E' presente la diagnosi funzionale	SI	NO		10
Sono indicati gli obiettivi riabilitativi	SI	NO		10
Sono presenti gli esiti attesi alla fine del ricovero	SI	NO		10
E' presente il programma riabilitativo	SI	NO		50
Sono presenti le fasi e le modalità di esecuzione del programma	SI	NO		20
E' presente il modello di valutazione qualitativa bio-psico-sociale (classificazione ICF)	SI	NO		20
E' presente una scala di valutazione quantitativa	SI	NO		5
E' specificata la durata prevista del trattamento riabilitativo individuale (per la cardiologia riabilitativa vedi allegato "C" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12)	SI	NO		50
Il progetto riabilitativo individuale è firmato dal medico specialista in riabilitazione responsabile del progetto stesso (per la cardiologia riabilitativa vedi allegato "C" del Piano regionale della Riabilitazione - D.A. n. 02279/12)	SI	NO		100
Nel progetto riabilitativo è individuato il caregiver	SI	NO	NA ¹	3
E' presente la valutazione funzionale periodica	SI	NO		10
E' presente la valutazione funzionale finale	SI	NO	NA ²	10
E' presente il diario dei trattamenti riabilitativi (incluso il nursing riabilitativo***)	SI	NO		70
LA LETTERA DI DIMISSIONE (DA REDIGERE ANCHE NEI CASI DI TRASFERIMENTO AD ALTRA STRUTTURA ASSISTENZIALE) IDENTIFICA:				
il percorso riabilitativo successivo	SI	NO	NA	10
il carico assistenziale successivo	SI	NO	NA	10
necessità di ausili, protesi e ortesi	SI	NO	NA	10

*se il ricovero è avvenuto oltre il 60° giorno verificare:

- la presenza di caratteristiche di complessità del paziente tali per cui gli stessi ricoveri possono comunque essere considerati appropriati (in tal caso specificare "na");
- nel caso di ricovero in DH lo stesso va considerato ammissibile per continuità nell'immediatezza di una dimissione da ricovero ordinario, anche se sono trascorsi più di 60 giorni dall'evento acuto.

** Il medico specialista in riabilitazione: si intende un medico con specializzazione in medicina fisica e riabilitazione ed equipollenti, ovvero un medico in possesso di specialità in discipline affini per le quali ha ottenuto, nel rispetto delle normative concorsuali, l'accesso professionale alla medicina fisica e riabilitazione, ovvero un medico chirurgo in possesso di specialità in altre discipline che, come da normativa concorsuale, ha una anzianità di servizio in strutture dedicate ad attività riabilitative individuate da questo documento (Cfr Piano di Indirizzo per la Riabilitazione - Anno 2011).

*** Serie di interventi riabilitativi effettuati dal team della riabilitazione (ad es. training dei passaggi posturali, educazione alla nutrizione e alimentazione, interventi educazionali,...)

¹ Nel progetto riabilitativo è individuato il caregiver: se Non Applicabile (NA) la motivazione deve risultare documentata in cartella clinica

² NA in caso di decesso/trasferimento

Appropriatezza in Riabilitazione (Valutazione Complessiva): Scheda Esplicativa

<p>Punto A: criteri di accesso ricoveri ordinari (allegato "B" del Piano regionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12)</p>
<p><u>Criteri di accesso :</u></p> <p><input type="checkbox"/> il paziente è affetto da una disabilità complessa ed è giudicato suscettibile di significativi miglioramenti funzionali durante il ricovero o con la concreta possibilità di recupero neuromotorio funzionale che consente il reinserimento nel proprio contesto familiare</p> <p><input type="checkbox"/> le condizioni del paziente richiedono un ricovero con disponibilità continuativa nelle 24h di prestazione diagnostico-terapeutiche ad elevata intensità (da parte di personale medico sanitario) e un trattamento riabilitativo indifferibile e non erogabile efficientemente in regimi alternativi</p> <p><input type="checkbox"/> il paziente è instabile clinicamente ed è affetto da comorbilità che impongono una tutela medica ed infermieristica costante</p> <p><input type="checkbox"/> la necessità di assistenza medica ed infermieristica è legata alle esigenze di assicurare un nursing riabilitativo complesso in condizioni di sicurezza</p>

<p>Punto B: criteri di accesso ricoveri diurni (allegato "B" del Piano regionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12)</p>
<p><u>Criteri di accesso :</u></p> <p><input type="checkbox"/> paziente con necessità di una gestione multidisciplinare e multiprofessionale del progetto riabilitativo individuale</p> <p><input type="checkbox"/> Paziente per il quale all'interno del progetto riabilitativo individuale è prevista l'esecuzione di accertamenti diagnostici, clinico valutativi e funzionali che necessitano di monitoraggio/osservazione prolungata del paziente (oltre 90 minuti)</p> <p><input type="checkbox"/> paziente, ricoverato per l'esecuzione di accertamenti diagnostici/valutativi/funzionali e terapeutici, disabile, non collaborante, che richiede un'assistenza dedicata e l'accompagnamento da parte di personale della struttura negli spostamenti all'interno della struttura stessa (ad esempio: pazienti anziani, pediatrici, soggetti defedati, soggetti con deficit delle funzioni cognitive , gravi disfagie, soggetti fragili per motivi clinici e sociali, con gravi patologie neuromotorie)</p> <p><input type="checkbox"/> Paziente con necessità di trattamenti riabilitativi intensivi multiprofessionali che richiedono, inoltre, la disponibilità di specifiche tecnologie riabilitative ad alto costo</p> <p><input type="checkbox"/> Paziente con necessità , nel contesto del progetto riabilitativo individuale, di somministrazione di terapia farmacologica per via endovenosa che comporti uno dei seguenti problemi: tempo di somministrazione prolungato, necessità di sorveglianza, monitoraggio clinico e strumentale per più di una ora dopo la somministrazione</p> <p><input type="checkbox"/> Paziente con necessità, nel contesto del progetto riabilitativo individuale, di eseguire esami ematochimici e/o ulteriori trattamenti diagnostici strumentali nelle ore immediatamente precedenti/successive alla somministrazione della terapia e/o all'esecuzione del trattamento riabilitativo</p> <p><input type="checkbox"/> Paziente con necessità, nel contesto del progetto riabilitativo individuale, di eseguire procedure terapeutiche invasive che necessitano di monitoraggio /osservazione oltre 60 minuti</p> <p><input type="checkbox"/> Ricarica pompa al baclofene o test al baclofene con osservazione prolungata fino alla nona ora, altresì associata a somministrazione di tossina botulinica</p>

Controllo 7: Appropriatelyzza in Riabilitazione
Scheda b) Valutazione Appropriatelyzza Giornata/Accesso in Riabilitazione

Reparto _____	N. Cartella _____	Età ____	Sex	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M
AMMISSIONE gg/mese _ _ _ _	Anno _ _ _ _	Tipo <input type="checkbox"/> OR <input type="checkbox"/> DH		
DIMISSIONE gg/mese _ _ _ _	Anno _ _ _ _			

Giornata o Accesso Non Appr.	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Giornata o Accesso Non Appr.	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Giornata o Accesso Non Appr.	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Giornata o Accesso Non Appr.	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60
Data	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/

Note:

Rilevatore:

Criteri di Appropriatelyzza: L'intervento riabilitativo deve essere inteso di almeno tre ore giornaliere ed è erogato da parte del medico specialista in riabilitazione, dai professionisti sanitari non medici della riabilitazione e dal personale infermieristico (Piano di indirizzo della riabilitazione, pag 11, GURI del 2-3-2011). Ove per le condizioni cliniche del paziente non possa essere rispettato il tempo minimo riabilitativo, la motivazione deve risultare documentata in cartella clinica a firma del responsabile del PRI. *(per la cardiologia riabilitativa vedi allegato "C" del Piano regionale della Riabilitazione – D.A. n. 02279/12)**

*Le attività di riabilitazione intensiva sono dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili, che richiedono un elevato impegno diagnostico e terapeutico comprensivo di interventi multidisciplinari e multi professionali intensivi (almeno tre ore di trattamento riabilitativo specifico), che implicano un elevato livello di tutela medico-infermieristica e la necessità di utilizzare attrezzature tecnologicamente avanzate (GURS n.54 del 21 dicembre 2012). Occorre quindi che nella valutazione quantitativa delle attività si tenga conto delle condizioni cliniche del paziente, dell'impegno diagnostico e terapeutico, dell'approccio multidisciplinare e multi professionale.

** per il codice 28 fanno eccezione le prove di domiciliazione per un massimo di 5 accessi

**Controllo 8 (valutazione proporzionale):
Appropriatezza clinica e sicurezza dei pazienti (*)**

Presenza in cartella clinica della scheda antibioticoprofilassi (allegato 1) completa in tutte le sue parti. (Per tutti i DRG chirurgici)	SI	NO	NA	10
Presenza in cartella clinica della checklist per la sicurezza in sala operatoria (D.A. 27.12.13) (allegato 3) completa in tutte le sue parti. (Per tutte le procedure chirurgiche di sala operatoria ¹)	SI	NO	NA	10
Evidenza in cartella clinica della valutazione del rischio di tromboembolismo venoso in accordo alle linee guida Internazionali e alle buone pratiche clinico assistenziali	SI	NO	NA	10
Evidenza in cartella clinica che sia stato rilevato e misurato il dolore, come previsto dalla Legge 15 marzo 2010, n. 38 concernente "Disposizioni per garantire l'accesso alle cure palliative e alla terapia del dolore" e allo standard come FAQ	SI	NO		10
Evidenza in cartella clinica della prevenzione del rischio caduta ³	SI	NO	NA	10
Presenza in cartella clinica della Scheda Unica di Terapia completa in tutte le sue parti ⁴ .	SI	NO	NA	10
Presenza in cartella clinica della scheda di gestione dei CVC, come indicato dal D.A. 1 giugno 2016 "Programma regionale per l'azzeramento delle infezioni CVC correlate - Targeting Zero" e s.m.i. (allegato 4)	SI	NO	NA	3
Presenza della "scheda di programmazione degli interventi/procedure diagnostiche" (allegato 2) (solo per i ricoveri ordinari, esclusi lungodegenze e riabilitazione)	SI	NO	NA	3
Note:				
Rilevatore:				

1) Poiché la checklist di sala operatoria, di cui all'allegato 3, è stata sviluppata per i contesti tipici di sala operatoria, viene inserita la possibilità del NA per i DRG chirurgici prodotti da procedure interventistiche (ad es. emodinamica impianto di Pace Maker, impianto di defibrillatore, TAVI, ERCP...).

2) Viene inserita la possibilità del "NA" per i bambini (0-14 anni ad eccezione di soggetti con fattori di rischio familiari o individuali) e per i Day Hospital, considerata la durata limitata della permanenza in ospedale.

3) Viene inserita la possibilità del "NA" per i bambini, per i pazienti intubati e per i DH medici e chirurgici.

4) Esclusi i DH diagnostici

(*) Per l'anno 2021 il Controllo 8 non viene effettuato sulle cartelle del campione "S" relativo alle prestazioni ad alto rischio di inappropriatezza e sulle cartelle dei pazienti affetti da malattia da SARS-Cov-2 (COVID-19)

Controllo 9: DRG psichiatrici

Secondo il giudizio dello psichiatra il ricovero è appropriato?	si	no	
Relazione:			
Psichiatra:			
Note			

COPI
NO

Allegato 1: Scheda Antibiotico profilassi

UNITA' OPERATIVA _____

DATI PAZIENTE

COGNOME _____	NOME _____	NATO IL _____
Ricoverato il _____		

Valutazione del rischio

Classe ASA	1	<input type="checkbox"/>	Classe intervento	Pulito	<input type="checkbox"/>	Impianto protesico	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	2	<input type="checkbox"/>		Pulito-contaminato	<input type="checkbox"/>	Degenza prima dell'intervento > 48 h	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>
	3	<input type="checkbox"/>		Contaminato	<input type="checkbox"/>					
	4	<input type="checkbox"/>								
	5	<input type="checkbox"/>								

DATA INTERVENTO ___/___/___ ORA INIZIO* ___/___ ORA FINE* ___/___

INTERVENTO _____

*dell'intervento

Modalità esecuzione profilassi antibiotica

Ora somministrazione antibiotico						
Antibiotico somministrato						
Dose aggiuntiva	SI	<input type="checkbox"/>	NO	<input type="checkbox"/>	Se SI per	<input type="checkbox"/> Emodiluizione > 15 ml/Kg
						<input type="checkbox"/> Perdite ematiche > 1.500 ml
						<input type="checkbox"/> Durata intervento > 3 h
						<input type="checkbox"/> ASA ≥ 2
						<input type="checkbox"/> impianto di protesi

FIRMA

Allegato 2 - Scheda Programmazione Interventi/procedure diagnostiche

(solo per i ricoveri ordinari, esclusi lungodegenze e riabilitazione)

Nome Cognome _____

Cartella Clinica n. _____

U.O. _____

data ricovero _____

<i>gg degenza</i>	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Data (giorno/mese)												
Radiodiagnostica basale												
...												
...												
...												
...												
...												
...												
Radiodiagnostica avanzata												
TC ...												
RMN												
...												
...												
...												
Consulenze specialistiche												
..												
...												
..												
...												
..												
Es strumentali												
EGDS												
Colonscopia												
Ecocardio												
Ultrasonologia												
.....												
.....												
.....												
Procedure chirurgiche												
.....												
.....												
Previsione della dimissibilità o trasferimento*												

Per ogni prestazione indicare con una "x" la giornata di richiesta; con un "o" la data di erogazione (anche nella medesima casella)

*Trasferimento in caso di terapie intensive o subintensive.

Allegato 3: Checklist per la sicurezza in chirurgia

Checklist per la sicurezza in chirurgia*		
Sign In Prima dell'induzione dell'anestesia	Time Out Prima dell'incisione della cute	Sign Out Prima che il paziente abbandoni la sala operatoria
<p><input type="checkbox"/> Conferma del paziente :</p> <ul style="list-style-type: none"> - identità - sede di intervento - procedura - consenso <p>E' stato rispettato il piano per la profilassi della TVP ?</p> <p><input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> non applicabile</p> <p><input type="checkbox"/> Il sito di intervento è stato marcato/non applicabile</p> <p><input type="checkbox"/> Controlli per la sicurezza dell'anestesia completati</p> <p><input type="checkbox"/> Posizionamento del Pulsiossimetro sul paziente e verifica del corretto funzionamento</p> <p>Identificazione dei rischi del paziente: Allergie:</p> <p><input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no</p> <p>Difficoltà di gestione delle vie aeree o rischio di aspirazione?</p> <p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, e la strumentazione/assistenza disponibile</p> <p>Rischio di perdita ematica > 500 ml (7ml/kg nei bambini)?</p> <p><input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> si, l'accesso endovenoso è adeguato e i fluidi sono disponibili</p>	<p><input type="checkbox"/> tutti i componenti dell'equipe si sono presentati con il proprio nome e funzione</p> <p><input type="checkbox"/> Il chirurgo, l'anestesista e l'infermiere hanno confermato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - identità del paziente - sede d'intervento - procedura <p>Anticipazione di eventuali criticità:</p> <p><input type="checkbox"/> chirurgo: Ci sono particolari criticità o preoccupazioni, durata dell'intervento, rischio di perdita di sangue?</p> <p><input type="checkbox"/> anestesista: Ci sono aspetti critici intrinseci al paziente?</p> <p><input type="checkbox"/> infermiere: è stata verificata la sterilità (compresi i risultati degli indicatori) e ci sono eventuali problemi relativi ai dispositivi e/o altre preoccupazioni?</p> <p>La profilassi antibiotica è stata eseguita negli ultimi 60 minuti?</p> <p><input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> non applicabile</p> <p>Le immagini diagnostiche sono state visualizzate?</p> <p><input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> non applicabile</p>	<p>L'infermiere conferma verbalmente insieme ai componenti dell'equipe:</p> <p><input type="checkbox"/> il nome della procedura registrata (Quale procedura è stata eseguita?)</p> <p><input type="checkbox"/> che il conteggio finale di garze, bisturi, aghi e altro strumentario chirurgico, sia risultato corretto</p> <p><input type="checkbox"/> come il campione chirurgico con relativo contenitore e richiesta sia stato etichettato (compreso l'identificativo del paziente e descrizione del campione)</p> <p><input type="checkbox"/> eventualità di problemi relativamente all'uso di dispositivi medici</p> <p><input type="checkbox"/> Chirurgo, Anestesista e Infermiere revisionano gli aspetti importanti e le criticità per la gestione del post operatoria del paziente</p> <p>E' stato predisposto il piano per la profilassi della TVP nel post operatorio (mobilitazione precoce, dispositivi compressivi, farmaci)?</p> <p><input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> non applicabile</p>

*Sono consentite integrazioni per eventuali esigenze di particolari discipline chirurgiche o tipologia di intervento

Allegato 4: Scheda di gestione degli accessi venosi



Assessorato
della Salute

SCHEDA DI GESTIONE ACCESSI VENOSI

Scheda Presa in Carico

Ospedale/Struttura Sanitaria: _____		Data Presa in carico _____	
Unità Operativa: _____	Numero Cartella _____	Data Nascita _____	Sesso _____
Al momento della presa in carico in Reparto / Struttura: <input type="checkbox"/> Catetere presente all'ingresso <input type="checkbox"/> E' presente tutta la documentazione relativa? Struttura di Provenienza _____ Unità Operativa di Provenienza _____ Se catetere presente all'ingresso e la documentazione e' presente: Data posizionamento _____ Modalità _____ <input type="checkbox"/> Controllo RX post - operatorio <input type="checkbox"/> Altro Tipo di catetere _____ Tipo di catetere _____			
Note _____			



Assessorato
della Salute

SCHEDA DI GESTIONE ACCESSI VENOSI

Scheda Posizionamento CVC

Ospedale/Struttura Sanitaria: _____		Numero Cartella _____	Data Nascita _____	Sesso _____
Unità Operativa: _____		Tipo Intervento _____		
OPERATORE CHE HA IMPIANTATO IL CATETERE				
DATA POSIZIONAMENTO _____		Modalità _____		
TIPO DI CATETERE _____		Altro Tipo di Catetere _____		
MOTIVAZIONE DI INSERIMENTO CVC _____		Altra Motivazione _____		
POSIZIONAMENTO CVC: _____		Altro sito di posizionamento _____		
Valutazione miglior sito di inserimento	<input type="checkbox"/>	Igiene delle Mani (Lavaggio Antisettico delle Mani o Frizione Alcolica):		
Disinfezione della cute integra	<input type="checkbox"/>	POSIZIONAMENTO PICC		
IMPIANTO ECOGUIDATO	<input type="checkbox"/>	Impiego di sutureless devices per fissaggio del catetere:		
Impiego di medicazioni semipermeabili trasparenti	<input type="checkbox"/>	CONTROLLO ECG POST - INSERIMENTO:		
CONTROLLO RX POST - INSERIMENTO	<input type="checkbox"/>	CONTROLLO ECG POST - INSERIMENTO:		
Note _____				

