

**UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI NAPOLI
“FEDERICO II”**



**Dottorato di ricerca in Economia e Management
delle Aziende e delle Organizzazioni Sanitarie**

Dottorato Interpolo XXVII ciclo

Scuola di Medicina e Chirurgia
Dipartimento di Sanità Pubblica

APPROPRIATEZZA ORGANIZZATIVA IN SANITÀ

Studio su sette DRG chirurgici in diverse realtà sanitarie .

La simulazione ad eventi discreti (DES) e principi di sistemi qualità in supporto alla appropriatezza organizzativa , nella esperienza della U.O. della Chirurgia Generale e Mininvasva del Policlinico Federico II di Napoli.

Docente:

Ch.mo Prof. Giuseppe Paolo Ferulano

Tutor:

Ch.mo Prof. Alessandro Pepino

DOTTORANDA :

Annunziata Mazzitelli

Introduzione	Pag. 3
Obiettivi della tesi	Pag. 8
Metodologia	Pag. 9
Analisi dei dati	Pag. 33
e Risultati	
Conclusioni	Pag.51
Appendici ed Allegati	Pag.56
Bibliografia	Pag.

Introduzione

“La appropriatezza organizzativa richiede un sistema qualità”

Il concetto di “Appropriatezza” è stato introdotto nel contesto normativo italiano a seguito della Raccomandazione n° 17/1997 del Comitato dei Ministri del Consiglio d’Europa agli Stati membri, “sullo sviluppo e l’attivazione dei sistemi di miglioramento della qualità dell’assistenza sanitaria”, in cui l’appropriatezza delle cure viene indicata come una delle componenti fondamentali; infatti, la Legge 449/1997, immediatamente successiva, inserisce l’appropriatezza fra i profili da considerare nell’ambito del monitoraggio dell’attività ospedaliera. Successivamente, il Piano Sanitario Nazionale 1998-2000 introduce la distinzione fra “Appropriatezza clinica” e “Appropriatezza organizzativa”: come noto, la prima si riferisce all’erogazione di cure mediche ed interventi di comprovata efficacia in contesti caratterizzati da un profilo beneficio-rischio favorevole per il paziente, mentre la seconda concerne la scelta delle modalità di erogazione più idonee ai fini di massimizzare la sicurezza ed il benessere del paziente e di ottimizzare l’efficienza produttiva ed il consumo di risorse. A seguire il recente D.M. 10/12/2009 in materia di controlli sulle cartelle cliniche, specifica modalità di controllo delle cartelle cliniche finalizzandolo alla verifica della appropriatezza.

Non ultimi Il Patto per la Salute 2010-2012 e poi 2014-2016, nel ribadire la necessità di perseguire l’efficienza, la qualità e l’appropriatezza dell’Assistenza Sanitaria, anche ai fini del raggiungimento dell’equilibrio economico, introduce un ampio set di indicatori, fra cui alcuni specificamente destinati al monitoraggio dell’appropriatezza organizzativa aggiornando inoltre la lista di DRG ad alto rischio di inappropriatezza se erogati in regime di ricovero ordinario.

Nel sistema organizzativo sanitario attuale sono identificati indicatori di inappropriatezza organizzativa:

- *Degenza media preoperatoria*

L'indicatore viene calcolato come rapporto fra il totale delle giornate intercorse tra la data di ricovero e la data di intervento ed il totale dei dimessi.

- *Percentuale interventi per frattura del femore effettuati entro due giorni*

L'indicatore viene calcolato come rapporto percentuale fra il numero di dimessi con diagnosi principale di frattura del femore che abbiano subito l'intervento entro due giorni dal ricovero ed il totale dei dimessi con diagnosi principale di frattura del femore.

- *Percentuale di dimessi da reparti chirurgici con DRG medici*

L'indicatore viene calcolato come rapporto percentuale fra i dimessi da reparti chirurgici cui sia stato attribuito un DRG medico ed il totale dei dimessi da reparti chirurgici.

- *Percentuale di ricoveri con DRG chirurgico sul totale dei ricoveri (RO + DH)*

L'indicatore viene calcolato come rapporto percentuale fra i dimessi con DRG chirurgico ed il totale dei dimessi.

- *Percentuale di ricoveri ordinari con DRG ad alto rischio di inappropriatezza*

L'indicatore viene calcolato come rapporto percentuale fra il numero di ricoveri in regime ordinario e DRG a rischio in appropriatezza ed il totale dei ricoveri con DRG a rischio inappropriatezza.

- *Percentuale di ricoveri in DH medico a carattere diagnostico sul totale dei ricoveri in DH medico*

L'indicatore è calcolato come rapporto percentuale tra il numero di ricoveri in DH medico a carattere diagnostico e il totale dei ricoveri in DH medico.

- *Percentuale di ricoveri ordinari medici brevi (0-2gg) sul totale dei ricoveri ordinari medici*

L'indicatore è calcolato come rapporto percentuale fra il numero di ricoveri ordinari con DRG medico e durata della degenza minore o uguale a due giorni ed il totale dei ricoveri ordinari con DRG medico.

- *Percentuale di ricoveri ordinari medici oltre soglia sul totale dei ricoveri ordinari medici di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni*

L'indicatore è calcolato come rapporto percentuale fra il numero di ricoveri ordinari con DRG medico e durata della degenza superiore alla soglia specifica del DRG di afferenza ed il totale dei ricoveri ordinari con DRG medico di pazienti con età maggiore o uguale a 65 anni.

I valori medi Regionali costituiscono gli standard di riferimento (G.U. 05.01.2010).

Al di là di quanto istituzionalmente disponibile e condiviso sull'argomento , la riflessione piu' importante è che la appropriatezza organizzativa non è spesso sostenuta dalla appropriatezza della offerta , inoltre la stessa viene spesso vissuta come un ripiego e non come una opportunità , come un imperativo per la riduzione dei costi e non come un decisione logica e corretta nella presa in carico del paziente , per tutela della salute del cittadino e della comunità.

Proprio sulla inappropriata della offerta è necessario soffermarsi per delineare alcune criticità:

- gli ospedali sono luoghi di cura culturalmente e strutturalmente preposti al trattamento del paziente in degenza, diversi setting assistenziali che richiedono numerosi accessi per brevi prestazioni devono essere espletati in strutture sanitarie dedicate con appropriati percorsi strutturali ed organizzativi;
- prestazioni brevi in piu' accessi rappresentano spesso un disagio per l'utente soprattutto se trattasi di persone anziane o con autonomia ridotta;
- il personale addetto alla assistenza (ormai non piu' giovane poiché la media anagrafica degli operatori sanitari si è alzata in assenza di turn over e concorsi) è spesso impreparato alla gestione dei pazienti in modalità diversa dal ricovero ordinario , valutando , incautamente , day surgery , day hospital e PACC diversi dal ricovero ordinario solo per il tempo di permanenza in ospedale (sottovalutando qualunque altro aspetto).

Qualunque sia il setting assistenziale , gli aspetti gestionali - organizzativi, i percorsi diagnostico terapeutici , modalità di comunicazione con l'utenza devono essere chiari , sicuri ed efficaci indipendentemente dalla complessità assistenziale.

Non si puo' quindi prescindere dalla esigenza di scegliere sistemi qualità idonei al contesto secondo standard internazionali , ricordando che lo

Stato Italiano ha imposto alle organizzazioni sanitarie i sistemi qualità attraverso i Requisiti organizzativi per l'Accreditamento Istituzionale , diversificati per Regione ma sempre ispirati a Sistemi Qualità.

Negli ultimi anni si è andata sempre più diffondendo, a livello internazionale e anche in Italia, la consapevolezza che la gestione e l'organizzazione dei servizi sanitari debbano avere tra i principi fondamentali la garanzia e la promozione della qualità e la sicurezza dei servizi sanitari e delle cure erogate. Se inizialmente il concetto di qualità e la sua applicazione si scontrava con la convinzione " la qualità costa ", oggi il SSN si sforza di appropriare le prestazioni sempre più rispetto alle richieste dell'utenza , ai bisogni di salute , alle risorse sempre più esigue e secondo una programmazione a lungo termine , affinché gli investimenti siano ammortizzabili nel tempo. Si è quindi modificata la idea di qualità e si è adeguata al contesto sociosanitario della nostra Nazione . Lo dimostrano anche le diverse normative sull'accreditamento istituzionale che sebbene orientate dal Divo Decreto Legislativo n° 502 del 1992 e s.m.i e il 517 del 1993 , nelle diverse Regioni di Italia hanno cercato di rendersi operative mediante leggi regionali operative in diversi tempi , in diversa modalità , proprio perché diversa è l'utenza da regione a regione , così come diversa è la maturità e la sensibilità dei professionisti su questo argomento. "Dal controllo qualità alla assicurazione qualità" , proprio per sottolineare il ruolo di garanzia che è affidato ad un sistema qualità e per sensibilizzare ad una cultura adocratica ove posto l'obiettivo , tutto il controllo di processo è monitorato, ove la prevenzione dell'evento avverso è centrale così come centrale è il ruolo dell'appropriatezza clinica ed organizzativa : un sistema organizzativo dinamico ed aperto , in continua autovalutazione e correzione . E' pur vero che se le aziende private e di produzione beni , si rendono maggiormente competitive mediante la implementazione di un sistema qualità e si propongono sul mercato come fornitori in grado di soddisfare meglio il cliente , il mondo sanitario , più complesso e multidisciplinare , valuta ancora con diffidenza questo approccio gestionale e strate-

gico per differenziarsi sul mercato dell'offerta di servizi di prevenzione , cura e riabilitazione. Anche su questo argomento alcune regioni sono convinte da tempo , altre stentano a maturarne la applicazione , sebbene le normative ormai spingano in tal senso. Resta comunque indiscusso che la realizzazione della qualità, come piena e sostanziale capacità di soddisfazione di bisogni, è un obiettivo “strategico”, da perseguire tramite due strumenti essenziali, complementari e sinergici:

- L'ottimizzazione dei prodotti e processi, fondata sulla ricerca, innovazione e sviluppo tecnologico.
- L'adeguata gestione e tenuta sotto controllo di tutte le attività (tecniche, commerciali, amministrative, ecc..) connesse con la produzione di beni e servizi.

Il sistema sanitario italiano è un contesto altamente poliedrico e dinamico, caratterizzato da una complessità strutturale, organizzativa e tecnologica molto alta. Perseguire ottimizzazione dei processi ed adeguato controllo dei processi è davvero impresa complessa : le tecniche gestionali attualmente impiegate in questo settore permettono solo in parte di adottare soluzioni gestionali in grado di raggiungere gli obiettivi aziendali di efficienza, efficacia ed economicità, e solo a seguito della loro effettiva implementazione, e successiva valutazione. Questa condizione espone i manager delle strutture sanitarie al rischio di prendere decisioni che, a dispetto della bontà del progetto, sono esposte al verificarsi di problemi, lacune ed inefficienze in fase di attuazione tali da minarne l'efficacia. Inoltre vi è il rischio, a seguito dell'adozione di soluzioni gestionali errate, di impiegare in maniera poco corretta le risorse economiche eventualmente disponibili.

Simulare vuol dire riprodurre nella maniera più accurata possibile il funzionamento di un sistema, o di una parte di esso, al fine di studiarne le risposte al cambiamento dell'ambiente esterno, attraverso l'analisi di indicatori prestazionali opportunamente scelti, chiamati “key performance indicators” (KPI).

Inoltre la simulazione può essere considerata un utile strumento per studiare i modelli organizzativi di sistemi reali, al fine di analizzarne e preve-

derne il comportamento e quindi studiarne l'evoluzione in funzione di determinate specifiche, con una semplicità ed un'interattività non possibile operando direttamente sul sistema reale.

L'approccio combinato della simulazione ad eventi discreti (DES) e delle metodiche del business process management (BPM) consente di valutare soluzioni operative alternative a quelle attualmente impiegate, valutandone le conseguenze in termini di prestazioni del sistema (sulla base dei parametri scelti) prima di realizzarle, decidendo poi se attuarle nella realtà oppure cercarne di nuove. Il tutto va inserito nella più generale ottica di un raggiungimento di un maggiore risparmio in termini di tempo e soldi, rendendo inoltre possibile la valutazione ex-ante di più soluzioni manageriali, al fine di individuare e verificare la migliore in accordo con gli obiettivi aziendali e di gestione delle risorse.

OBIETTIVO DELLA TESI

La tesi costituisce l'elaborato finale relativo a tre anni di studio e ricerca e vuole descrivere la metodologia utilizzata, le attività svolte, i risultati ottenuti. La attività di ricerca si è svolta su tre prevalenti indirizzi:

- a) Start up di un sistema qualità nella u.o. di Chirurgia Generale e Mininvasiva della Azienda Policlinico Federico II° di Napoli secondo Standard Internazionale UNI EN ISO 9001 / 2008 e Regolamento 01/2007- Decreto Commissario ad Acta 124/2012
- b) Confronto della appropriatezza organizzativa della u.o rispetto al contesto aziendale, rispetto ad altre strutture sanitarie, e la appropriatezza Aziendale rispetto alla appropriatezza di altre organizzazioni sanitarie, attraverso n° 7 DRG chirurgici e monitoraggio di specifici indicatori

- c) Creazione di un modello di simulazione delle attività svolte dalla u.o. per profilo assistenziale al fine di avere un supporto conoscitivo per la appropriatezza e uno strumento operativo per l'efficienza .

METODOLOGIA

- a) Start up di un sistema qualità nella u.o. di Chirurgia Generale e Mininvasiva della Azienda Policlinico Federico II° di Napoli secondo Standard Internazionale UNI EN ISO 9001 / 2008 e Regolamento 01/2007- Decreto Commissario ad Acta 124/2012.

Immediatamente evidente è stata una importante carenza normativa : nella Regione Campania , secondo il Regolamento n° 7 sopra citato, i requisiti organizzativi per accreditare una U.O. di Chirurgia Generale sono identici a quelli di una Ortopedia o Medicina Interna . Ben diversa è la situazione normativa in altre Regioni e ad esempio la Emilia Romagna nel Regolamento 61 del 24 dicembre 2010 e s.m.i. - All. E differenzia chiaramente attività chirurgiche da mediche , identificando standard e requisiti ben diversi tra le due aree .

In linea con i documenti programmatici e di indirizzo della AGENAS – Agenzia per i Servizi Sanitari Nazionali e Regionali , che identificano prioritari i **sistemi aziendali di valutazione e promozione della qualità, sicurezza e appropriatezza delle cure**, nella valutazione , nella predisposizione di linee guida clinico-organizzative, valutata la applicazione dello standard UNI EN ISO 9001: 2008 come il piu' idoneo , preso atto che lo standard UNI EN Iso 9001: 2008 trova scarsa applicazione nell' Azienda Policlinico Federico II , si è avviato il presente studio .

a.1) iniziale inquadramento quadro Normativo di riferimento, la ISO 9001:2008 e i requisiti strutturali , tecnologici ed organizzativi richiesti dalla normativa sull'accREDITamento della Regione Campania . A tal fine si è creata una " tabella di conversione " che dettaglia esattamente la scheda BURC n. 67 del 22 Ottobre 2012 - SCHEDA SRIC 4 - DEGENZA , annotando i punti in comune e di corrispondenza della UNI EN ISO 9001/2008 e i riferimenti procedurali e documentali della Unità Operativa presenti o da creare .

Di seguito la tabella menzionata

			SI Assevera Macro area pertinente e documenti	NON si as- severa : motivazione	NOTE Rif. ISO 9001/2008
1	Deve essere fornita all'utente una Guida ai Servizi	A	Area Comunicazione .		5.5.3 7.2.3
2	Nella Guida devono essere esplicitati i diritti ed i doveri dell'utente	A	Area Comunicazione : sito web aziendale		
3	La Guida deve contenere informazioni riguardanti: <ul style="list-style-type: none"> • nome e cognome del responsabile dell'Area di Degenza e della • dirigenza medica • prestazioni erogabili • modalità di accesso • orari di ricevimento da parte dei medici dell'U.O. • orario per le visite • orari di erogazione dei pasti • modalità per ritiro referti e/o documentazione clinica 	A		<i>La guida non è disponibile ma è pubblicata sul sito web aziendale la Carta dei Servizi che non risulta esaustiva</i>	5.5 5.5.3 7.2.3
4	Nella Guida devono essere indicati i tempi massimi di attesa delle prestazioni	A		<i>La Guida non è disponibile ma i tempi di attesa sono monitorati</i>	5.5.3 7.2.3

	erogate			dalla u.o	
5	Nella Guida devono essere indicati i servizi di cui il cittadino può disporre durante il ricovero e le modalità di accesso agli stessi	A			5.5.3 7.2.3
6	Nella Guida devono essere indicati spazi ed arredi a disposizione dei pazienti	B		<i>Non esistono documenti aziendali con tali descrizioni</i>	
7	Deve essere garantita per l'utenza la possibilità di effettuare comunicazioni telefoniche dal letto di degenza	B		<i>Alla data odierna non è applicabile</i>	5.5.3
8	Deve essere garantita per l'utenza la possibilità di scelta dei cibi preferiti tra quelli previsti nel menù giornaliero	B		<i>Alla data odierna non è applicabile</i>	7.2
9	Deve essere garantita al personale la possibilità di effettuare riunioni interne ed attività di studio	B	<i>Viene regolarmente utilizzata la stanza del Medico Primario : è opportuno identificare con cartellonistica</i>		6.2
10	Devono esistere ed essere seguite procedure finalizzate a ridurre il rischio di infezione da operatore a paziente e da paziente a paziente durante le attività di visita/medicazione	A		<i>Area Igiene Ospedaliera e Direzione Sanitaria</i>	7.2 4.2
11	Devono esistere ed essere seguite procedure relative alla corretta conservazione /gestione/utilizzo dei dispo-	A		<i>Area Farmacia</i>	7.2 4.2

	sitivi medici utilizzati nell'ambito delle attività di visita/medicazione				
12	Deve essere garantito il comfort e il rispetto della privacy dell'utente durante le attività di visita/medicazione	A	<i>Le medicazioni e visite a letto sono condotte a porte chiuse . Nelle sale visita e box entra un utente per volta.</i>		7.2
13	Devono esistere ed essere applicate procedure che garantiscano una adeguata prevenzione e trattamento dei decubiti in tutti i casi di necessità	A	<i>Il punto si ritiene inapplicabile per tempi brevi di degenza . Tuttavia in caso di necessità si richiede il presidio al Servizio Competente</i>		7.2 4.2
14	Devono esistere ed essere applicate procedure che garantiscano una adeguata prevenzione delle infezioni ospedaliere	A		Area Igiene Ospedaliera e Direzione Sanitaria	7.2 4.3
15	Devono esistere ed essere applicate procedure che garantiscano una adeguata prevenzione delle cadute accidentali	A		Area Igiene Ospedaliera e Direzione Sanitaria- Commissione Risk Management	7.2 4.2
16	Devono esistere ed essere applicate procedure per la protezione da rischi legati a sollevamenti e posture nell'assistenza ai pazienti	A		Medicina Legale e del lavoro - Servizio Prevenzione e Protezione –	4.2 7.2
17	Devono esistere ed essere applicate disposizioni per la compilazione della cartella clinica comprensive di:	A	<i>Macroarea Direzione Sanitaria Procedura di gestione cartella clinica</i>		4.2 7.2

	<ul style="list-style-type: none"> • modalità di compilazione • identificazione delle responsabilità per la compilazione • definizione dei tempi massimi consentiti per la compilazione e per il completamento 				
18	Nella cartella clinica deve esservi evidenza di consenso informato per procedure e trattamenti per i quali è richiesto	A	<i>Macroarea Direzione Sanitaria Procedura di gestione cartella clinica</i>		4.2
19	<p><i>Nella cartella clinica deve essere presente copia della lettera di dimissione, nella quale vengono riassunte in maniera concisa le seguenti informazioni:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • la ragione dell'ospedalizzazione • i rilievi significativi • gli interventi diagnostico-terapeutici effettuati • la condizione del paziente alla dimissione • la chiara indicazione per il medico di famiglia della terapia da svolgere fuori dalla struttura ospedaliera e di eventuali controlli o follow up • ogni specifica istruzione data al paziente e/o familiari, qualora necessaria 	A	<p><i>Macroarea Unità Operativa Chirurgia - Gestione del Paziente</i></p> <p><i>La lettera di dimissione è correttamente gestita sia nella redazione che archiviazione</i></p>		4.2 7.2 7.5
20	La lettera di dimissione deve contenere informazioni	B	<i>Si inserisce la opzione in lettera di dimissione</i>		4.2

	relative all'assistenza infermieristica post-ricovero				
21	In caso di trasferimento del paziente ad altra struttura, deve essere redatta una lettera di trasferimento e conservata copia nella cartella clinica	A	<i>Macroarea Unità Operativa Chirurgia - Gestione del Paziente</i>		4.2
22	Devono essere compilate cartelle cliniche computerizzate per ogni paziente	C		<i>La U.O. è in fase di start up sulla gestione informatizzata della c-c.</i>	4.2 6.3
23	Deve esistere una rete informatica che colleghi tra di loro i vari servizi del reparto (degenza ordinaria, degenza diurna, ambulatori,)	C		<i>La rete informatica "intranet" non gestisce ancora questa opzione</i>	6.3 7.2
24	La rete informatica del reparto deve essere collegata al laboratorio analisi, alla diagnostica per immagini, ai servizi e agli altri reparti	C	<i>La rete informatica gestisce il collegamento tra uu.oo. e diagnostiche e pre-ricovero</i>	<i>Le uu.oo. non sono ancora in rete tra loro</i>	6.3 7.2
25	Deve esistere ed essere applicata, all'atto del ricovero una procedura che assembli tutte le informazioni relative agli accessi precedenti	B		<i>La rete informatica "intranet" non gestisce ancora questa opzione</i>	
26	La Documentazione Infermieristica (D.I.) deve essere strutturata/formalizzata in base alle esigenze assistenziali della singola UO e	A	<i>Macroarea Unità Operativa Chirurgia - Gestione del Paziente</i> <i>E' stata redatta una cartella infermieristica</i>		7.5 4.2 7.2

	deve contenere almeno la reportistica delle attività assistenziali e delle prestazioni eseguite				
27	La D.I. deve essere parte integrante della cartella clinica	A			4.2 7.2
28	La D.I. deve contenere sezioni relative a: registrazione, all'ingresso e in itinere, di dati di tipo anamnesticoclinico , identificazione dei bisogni assistenziali (diagnosi infermieristica) e la relativa pianificazione degli interventi	B	<i>Macroarea Unità Operativa Chirurgia - Gestione del Paziente</i> <i>E' stata redatta una cartella infermieristica</i>		7.5 4.2 7.2
29	La D.I. deve contenere sezioni relative a: descrizione quotidiana degli interventi di assistenza infermieristica (diario) valutazione dei risultati degli interventi di assistenza infermieristica registrazione di dati/informazioni diversi (relativi alla terapia, alla rilevazione di parametri vitali etc.)	C	<i>Macroarea Unità Operativa Chirurgia - Gestione del Paziente</i> <i>E' stata redatta una cartella infermieristica</i> <i>Scheda Unica di terapia</i>		7.5 4.2 7.2
30	Devono esistere procedure di qualità e di adeguatezza per la compilazione e verifica periodica della D.I.	A	<i>E' stata redatta una procedura dedicata per la gestione della documentazione infermieristica</i>		7.5 4.2 7.2

31	<p>La dimissione deve essere comunicata all'utente con sufficiente anticipo</p> <p><i>Nota:</i> <i>almeno il giorno precedente.</i></p> <p><i>Non applicabile alle U.O. ad levato turn-over e a ciclo breve</i></p>	A	<p><i>E' consuetudine avvisare almeno il giorno precedente La dimissione</i></p>		<p>5.5.3 4.2 7.2.3</p>
32	<p>Per i pazienti che necessitano di dimissione protetta deve essere garantita la continuità assistenziale, concordata con gli operatori del distretto di appartenenza e di tale percorso il paziente stesso deve essere informato</p>	A	<p><i>Macroarea Unità Operativa Chirurgia - Gestione del Paziente</i></p> <p><i>La dimissione protetta esiste solo per i pazienti gestiti in day surgery. In tal caso il paziente è gestito secondo le Linee Guida Regione Campania</i></p>		<p>7.5 4.2 7.2</p>
33	<p>Il paziente all'atto della dimissione deve essere informato sul programma assistenziale e sui controlli da eseguire</p>	A	<p><i>Macroarea Unità Operativa Chirurgia - Gestione del Paziente</i></p> <p><i>La lettera di dimissione esplicita la informazione</i></p>		<p>7.5 4.2 7.2.3</p>
34	<p>All'atto della dimissione, il paziente che non viene dimesso a domicilio deve ricevere informazioni sulle strutture in cui proseguire il trattamento post acuto</p>	B	<p><i>Macroarea Unità Operativa Chirurgia - Gestione del Paziente</i></p> <p><i>La informazione è completa ma verbale</i></p>		<p>7.5 4.2 7.2</p>
35	<p>Il Medico di Medicina Generale deve essere informato sugli obiettivi</p>	B	<p><i>Macroarea Unità Operativa Chirurgia - Gestione del Paziente</i></p>		<p>7.5 4.2 7.2.3</p>

	assistenziali raggiunti durante la degenza e sulle proposte relative agli obiettivi perseguibili dopo la dimissione, con il proseguo delle cure		<i>La lettera di dimissioni è completa delle informazioni richieste</i>		
36	L'utente deve essere informato alla dimissione sulle modalità per ottenere la certificazione e la documentazione clinica	A			7.5 4.2 7.2.3
37	Per le attività di disinfezione e sterilizzazione, sia che vengano svolte all'interno della struttura o esternalizzate, devono adottarsi specifici protocolli operativi	A	<i>Area Direzione Sanitaria</i> <i>E' presente una procedura aziendale</i>		7.5 4.2 7.2
38	Deve esistere una procedura per la raccolta del consenso informato	A			7.5 4.2 7.2
39	Deve essere presente un registro che riporti i provvedimenti legali per risarcimenti per danni arrecati ai pazienti, derivanti da attività erogate dalla struttura	B	<i>Area Direzione Sanitaria</i> <i>Direzione Sanitaria e Commissione Risk Management</i> <i>E' presente in Direzione</i>		4.2
40	Devono essere effettuati eventi formativi, a tutto il personale, per diffondere la cultura della prevenzione dell'evento avverso. <i>Evento avverso = Lesione o morbosità procurata ai</i>	B	<i>Area Direzione Sanitaria</i> <i>Settore Formazione Risk Management</i> <i>Sono stati svolti eventi negli scorsi anni</i>		6.2.3

	<i>pazienti almeno in parte dai trattamenti medici. Gli eventi avversi in ambito sanitario sono per la loro natura indesiderabili, non intenzionali e dannosi per il malato (IOM, 1999)</i>				
41	Devono essere individuate, definite ed adottate procedure per la rilevazione degli eventi avversi, capaci di soddisfare i seguenti criteri: <ul style="list-style-type: none"> - cosa è accaduto, dove, quando, come e perché; - quale azione è stata attuata o proposta; - quale impatto ha avuto l'evento sul paziente, su altre persone, sull'organizzazione; - quali fattori hanno o avrebbero potuto minimizzare l'impatto dell'evento. 	C	Area Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria e Commissione Risk Management sono impegnate in questa attività	7.5 4.2 7.2
42	Devono essere definite misure organizzative e utilizzate appropriate tecnologie per la riduzione degli eventi avversi	C	Area Direzione Sanitaria	Direzione Sanitaria e Commissione Risk Management sono impegnate in questa attività	7.5 4.2 7.2

a.2) una seconda parte che fa un'attenta analisi delle attività svolte dalla unità operativa, flussi di lavoro, risorse coinvolte. A tal fine si assimila la u.o. in oggetto alla u.o. generica di "chirurgia generale", oggetto di studio ancora in corso di validazione sui modelli ospedalieri chirurgici che schematicamente riassume i principali processi legati alla degenza in u.o. di tipo chirurgico.

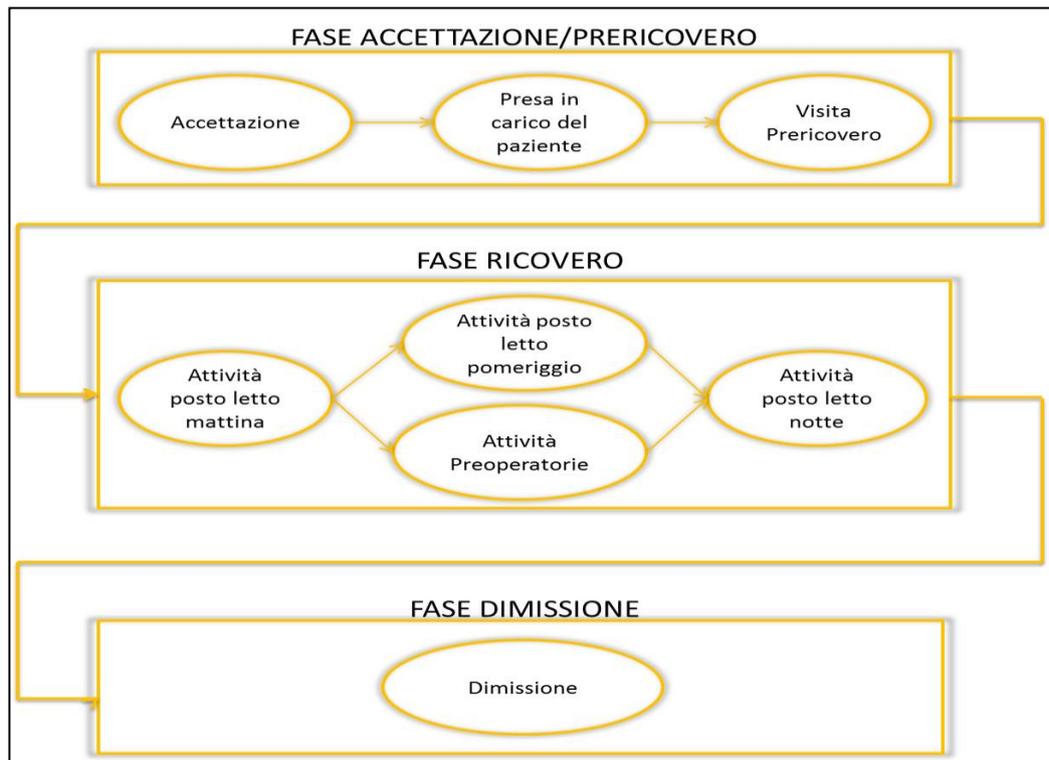


Figura 1 – Diagramma delle attività di unità operativa chirurgica

a.3) una terza parte che alla luce degli obiettivi organizzativi, strutturali e tecnologici, ha delineato le priorità di intervento per la implementazione del sistema qualità e dei requisiti organizzativi dell'accreditamento al SSN, con una analisi che sottolineasse punti di forza, le opportunità e i benefici attesi dal progetto per la vita futura della unità operativa ;

a.4) una quarta fase che ha identificato le "attività di programmazione di correzione" si è basata sulla redazione e condivisione di alcune procedure organizzative e strumenti operativi e di monitoraggio.

La u.o. essendo stata oggetto di più modifiche strutturali ed organizzative, sebbene coinvolta e motivata al progetto, ha implementato una minima parte delle attività programmate per la necessaria correzione delle criticità indivi-

duate , risultando l'impatto operativo dello studio piu' basso rispetto a quello atteso. Le dinamiche esterne hanno inciso senza lasciare opportunità di reazione . In particolare rispetto alle priorità identificate già riportate nella relazione di II° anno

- ❖ redazione e gestione della cartella clinica
- ❖ compilazione e gestione di documentazione infermieristica
- ❖ applicazione di un modello di risk management per la somministrazione e gestione intra reparto dei presidi farmacologici ;
- ❖ monitoraggio e valutazione dell'appropriatezza organizzativa della u.o.

di seguito le attività svolte per ciascuna priorità identificata .

➤ **Redazione e gestione della cartella clinica**

Criticità

Criticità verificate nei confronti di Decreto Commissario ad Acta 124/2012 – Requisiti ulteriori per Accredimento al SSN Scheda SRic 4- Degenza punti 19,20,21,22 e Norma UNI EN ISO 9001: 2008.

Dalla analisi delle cartelle cliniche della u.o. si è evidenziata una scarsa leggibilità per grafia non sempre comprensibile , la inosservanza della tutela della privacy poiché il frontespizio riporta dati anagrafici , un consenso informato specifico per ciascuna procedura chirurgica correttamente compilato ma gestito proceduralmente in modo non conforme alla normativa di riferimento poiché sprovvisto di riferimenti o fonti scientifiche , proposto al paziente all'atto del ricovero custodito come allegato alla cartella clinica mediante "foglio volante". Anche la scheda di dimissione è carente rispetto ai requisiti di riferimento.

Azioni programmate

Inizialmente si è provveduto a redigere le parti della cartella clinica risultate carenti affinché , sottoposte ad autorizzazione del Capo Dipartimento , potessero essere integrate mediante modifiche tipografiche. Nel Marzo 2014 , pero', l'Azienda Policlinico ha avviato un progetto per la informatizzazione aziendale della cartella clinica e a tal fine , anche in virtù del percorso intrapreso dalla U.O. di Chirurgia Generale Mininvasiva ,è stata individuata nella stessa u.o. la unità operativa pi-

lota in cui avviare in modo sperimentale il progetto. E' così iniziato un percorso di riunioni per la conoscenza del software applicativo , delle sue potenzialità ed applicazioni ma soprattutto al fine di condividere esigenze specifiche di tipo operativo. Tale progetto consente quindi di evitare la gestione documentale delle criticità , sanando i punti carenti del Decreto 124/2012 Scheda SRic 4- Degenza punti 19,20,22. In merito al punto 21 , Lettera di trasferimento, si osserva la scarsa applicazione poiché il Policlinico è centro di riferimento per tutto il Sud Italia per diverse patologie medico-chirurgiche e quindi raramente si ritrova a trasferire in altre strutture (mentre è usuale il trasferimento ad altra u.o. aziendale).

Inoltre i punti 23-24-25 possono essere correttamente gestiti mediante gli allegati informatici creati dalla cartella clinica informatizzata e mediante una procedura aziendale, appositamente redatta , che regola la connessione tra diagnostiche , ambulatori, unità operative al fine ottimizzare qualunque informazione relativa al medesimo paziente.

➤ **Compilazione e gestione di documentazione infermieristica**

Criticità

Al pari delle attività svolte dal personale medico si è focalizzata la attenzione sulle attività svolte dal personale infermieristico e di tutta la documentazione gestita da tali figure sanitarie .

Nel percorso chirurgico intrareparto del paziente sono stati identificati i seguenti sottoprocessi di esclusiva responsabilità degli infermieri sui quali il gruppo infermieristico , la coordinatrice e la dottoranda hanno focalizzato la attenzione per rilevarne le criticità nei confronti del Decreto Commissario ad Acta 124/2012 – Requisiti ulteriori per Accredimento al SSN Scheda SRic 4- Degenza punti 26,27,28,29,30 e Norma UNI EN ISO 9001: 2008. , punti 7 e 4.2, 4.3.

In particolare :

- analisi bisogni assistenziali e programmazione assistenza
- somministrazione terapia farmacologica e emocomponenti ed emoderivati
- preparazione operando

- rilevazione parametri vitali
- assistenza post operatoria (escluso medicazioni svolte dal personale medico)
- esecuzione prelievi venosi
- posizionamento/rimozione/gestione catetere vescicale

Tutte le attività risultano gestite in assenza di corrette/complete registrazioni che consentano di identificare “ chi fa che cosa “. I documenti presenti nella unità operativa rilevano alcune registrazioni frammentate sulle attività e consentono scarsa rintracciabilità delle responsabilità .

Attività programmate

Nello spirito dei riferimenti normativi sopra citati :

è stata redatta una cartella infermieristica che ottemperi al Decreto 124/2012 ma soprattutto che sia funzionale alle esigenze operative del lavoro svolto dal personale infermieristico : la cartella infermieristica consente la programmazione delle attività assistenziali, la registrazione delle stesse , il controllo e la identificazione delle responsabilità, monitoraggio dei risultati assistenziali;

è stata redatta una procedura per la gestione secondo criteri di un sistema qualità della documentazione infermieristica;

e' stata predisposta una scheda di gestione della terapia farmacologica secondo Linee Guida Ministeriale sulla Gestione del Rischio Clinico del 2008 come di seguito meglio specificato.

➤ **Applicazione di un modello di risk management per la somministrazione e gestione intra reparto dei presidi farmacologici**

Criticità

In merito alla gestione della terapia farmacologica , la verifica effettuata tra cartelle cliniche e schede terapia presenti nella unità operativa, ha evidenziato l'alta possibilità di errore nella trascrizione delle terapie, abitudine dei medici a sigle o abbreviazioni non chiare , problemi di leggibilità grafica , impossibilità alla rintracciabilità delle responsabilità.

Azioni programmate

Implementare un sistema organizzativo piu' rispondente ai criteri del Risk Management risulta essere l'unica soluzione possibile alle criticità di cui sopra . Dallo studio della Bibliografia e delle Linee Guida Ministeriali del 2008 sull'argomento , si evince la opportunità di predisporre una modalità di prescrizione e somministrazione di terapia farmacologica secondo il principio del doppio check , ovvero il medico controlla che l'infermiere abbia somministrato e l'infermiere controlla che il medico abbia chiaramente prescritto o aggiornato la prescrizione .

E' stata quindi redatta una scheda terapia che risponde ai principi delle Linee Guida Ministeriali ed alle esigenze della u.o. , in particolare valutando la media dei tempi di degenza e verificando le tipologie di casi clinici maggiormente frequenti nella u.o. , si identifica in n° 4 giorni la media congrua di un ricovero e per tanto la scheda è predisposta per ricoveri di n° 4 giorni (in caso il ricovero sia piu' lungo si aggiunge una seconda scheda). Tale documentazione , compilata in tutte le sue parti , secondo la procedura della gestione della cartella clinica , menzionata prima , è parte integrante della cartella clinica dopo la dimissione , e quindi oggetto di corretta archiviazione .

- b) Confronto della appropriatezza organizzativa della u.o rispetto al contesto aziendale , rispetto ad altre strutture sanitarie ; confronto della appropriatezza organizzativa Aziendale rispetto alla appropriatezza di altre organizzazioni sanitarie, attraverso n° 7 DRG chirurgici e monitoraggio di specifici indicatori

b.1) Monitoraggio e valutazione dell'appropriatezza organizzativa della u.o.

Criticità

I dati relativi a tale aspetto sono stati desunti dalla Direzione Sanitaria Aziendale del Policlinico Federico II , attraverso il Software QUANI SDO.

Tutti e sette i DRG sopra identificati rappresentano nella U.O. di Chirurgia Generale e Mininvasiva , casi clinici regolarmente e frequentemente trattati.

Il monitoraggio ha avuto il duplice scopo di allertare la U.O. in caso di allontanamento da standard ed obiettivi aziendali e sensibilizzare la equipe a una cultura di valutazione in itinere e “ miglioramento continuo “ attraverso anche la identificazione di obiettivi ed indicatori specifici che mai ha richiesto la Direzione Sanitaria di valutare e che sono :

Tot n° complicanze periprocedurali / perioperatorie

Tot n° infezioni chirurgiche

A tal fine è stato predisposto nella u.o. un semplice foglio excel con menu' a tendina ove inserire i dati salienti dei casi trattati , le eventuali anomalie procedurali ; inoltre è stato inserito un foglio di lavoro che rendiconta contestualmente le somme per macrocategorie così da avere sempre la chiara visione dell'efficacia delle attività assistenziali svolte.

Per quanto concerne la appropriatezza organizzativa della u.o. non si sono evidenziati scostamenti rilevanti se non in pochi casi la cui storia clinica o peculiare condizione sociale ha giustificato il ricovero oltre soglia ,il setting assistenziale inappropriato e l'aumento della spesa economica sostenuta . Inoltre si è potuto evidenziare il crescente utilizzo del prericovero , la media di degenza preoperatoria per i DRG piu' frequenti (al crescere della complessità della casistica della u.o.) quasi costante, la crescente attenzione alla scelta del setting assistenziale e la sempre piu' bassa incidenza di ricoveri medici in unità chirurgica (sono presenti DRG medici per patologie dell'apparato digerente , della mammella , alterazioni mieloproliferative e neoplasie).

La criticità più di rilievo, sebbene poco rappresentativa per la esiguità del numero di casi trattati (n° 5 nel 2011 e n° 1 nel 2012) riguarda la gestione dei casi nel DRG 569 che , essendo DRG complicato , riporta per i numeri di dimessi , alcuni casi oltre soglia con medie di degenza alte.

Azioni programmate

Valutando poco impattante la criticità nei confronti della totalità dei casi trattati dalla u.o. , inizialmente si era ipotizzato di non attenzionare il dato.

Successivamente si è convenuti alla possibilità di sperimentare la applicazione di Simulazione ad Eventi Discreti già effettuata al DRG 160 e 290 , allo scopo non di rilevare inefficienze organizzative come per lo studio sul DRG 290 ma di verificare possibili anomalie di gestione del paziente che conducono alle complicanze periprocedurali (dalla valutazione anestesiologicala alla complicanza occlusiva/emorragica dell'intestino etc...)

b.2) “Studio di n° 7 DRG chirurgici al fine di valutare in diverse realtà la appropriatezza organizzativa dei casi trattati ”.

Lo studio è stato effettuato su i seguenti DRG chirurgici

- DRG 290 – Interventi sulla tiroide;
- DRG 494 – Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza cc;
- DRG 493- Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con cc;
- DRG 161 Interventi per ernia inguinale e femorale età > 17 anni con cc;
- DRG 162 Interventi per ernia inguinale e femorale età > 17 anni senza cc;
- DRG 149 – Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC ;

- DRG 570 - Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi;

in tre diverse realtà sanitarie a diversa mission :

- Azienda Policlinico Federico II° di Napoli
- AORN A. Cardarelli di Napoli
- Ospedale Landolfi di Solofra (AV)

per casi trattati nel 2011, 2012, 2013, primo semestre 2014 . Premessa fondamentale è che la Azienda AORN A. Cardarelli, dopo u iniziale approccio ha scelto di ritirarsi dallo studio e per tanto non possono essere disponibili o pubblicati i suoi dati statistici.

Lo studio è stato effettuato sui dati resi disponibili dalle Direzioni Sanitarie delle rispettive Strutture Sanitarie . Non si ritiene terminato lo studio unicamente per l'interesse che ha suscitato nelle Direzioni.

Scopo dello studio è valutare in modo critico dati semplici ma recenti che consentano di orientare le rispettive aziende verso azioni correttive immediate , allo scopo di sollecitare le Direzioni ad azioni di sensibilizzazione dei Capi Dipartimento , Responsabili Medici/Primari/Dirigenti Medici .In particolare per le Aziende Policlinico e Ospedale Solofra , contemporaneamente si valutano i medesimi indicatori anche rispettivamente nelle U.O. di Chirurgia Generale e Mininvasiva e Chirurgia Generale che hanno accolto lo studio come una opportunità di verifica e autovalutazione .

La prima fase di studio è consistita prevalentemente in un approfondito studio del corpus normativo sia a livello statale che regionale sulla gestione della appropriatezza organizzativa delle aziende sanitarie secondo canoni istituzionali . La bibliografia ed il corpus normativo evidenziano come una azienda universitaria , un presidio ospedaliero di rilievo nazionale e un presidio ospedaliero di rilievo territoriale , abbiano medesimo obbligo di monitoraggio ma diversa penalità in caso di scostamento da standard imposti. Infatti piu' la realtà diventa piccola piu' si giustifica la discrepanza tra valori attesi e valori reali.

Il numero di DRG medici , per esempio nel case mix di unità operative chirurgiche , pur rappresentando un indicatore di appropriatezza organiz-

zativa riconosciuta dal Ministero della Salute , puo' risultare per una azienda universitaria una penale economica per mancato finanziamento pubblico e una penale morale per una piccola realtà sanitaria.

Scelti i sette DRG per il monitoraggio si sono individuati i seguenti indicatori per ciascun DRG in ricovero ordinario:

- Tot dimessi
- Deg media
- Degenza oltre soglia : n° dimessi, deg media , gg oltre soglia
- Degenza preoperatoria
- Degenza post operatoria .

Da ricordare che DRG 162 e 161 hanno un obbligo di gestione prevalentemente in ricovero day surgery e per tanto è possibile monitorare nel dh chirurgico per ciascun drg:

- N° accessi
- media accessi.

Infatti dal 2001 è stato inserito il ricovero day surgery in Regione Campania con un crescendo di percentuali in dh da ottemperare per drg inseriti in obbligo ; nel 2013, dopo diverse vicissitudine normative , ulteriore attenzione normativa ha premiato le tariffe DRG a basso rischio di appropriatezza e ha penalizzato quelle ad alto rischio di appropriatezza pero' riconoscendo la premialità nella tariffazione se trattate in regime di Day Surgery. Questa attenzione normativa stimola ulteriormente lo studio ponendolo verso uno studio di incidenza che sarebbe opportuno proseguisse oltre il termine di questo dottorato.

Lo studio è iniziato nella *Unità di Chirurgia Generale e Mininvasiva* (che ad inizio studio aveva nome diverso) del Policlinico Federico II di Napoli che ha accolto l'opportunità di introspezione e miglioramento della appropriatezza organizzativa dalla stessa u.o. generata. La U.O. ha vissuto nell'ultimo triennio tre importanti criticità organizzative , che in cronologia sono :

1. Lavori di ristrutturazione per adeguamento normativo
2. Depauperazione delle unità lavorative infermieristiche e ricorso continuo a lavoro straordinario o di unità a diversa contrattualità

3. Trasferimento allocativo ed accorpamento ad altra u.o. , nello stesso edificio.

c) Creazione di un modello di simulazione delle attività svolte dalla u.o. per profilo assistenziale al fine di avere un supporto conoscitivo per la appropriatezza e uno strumento operativo per l'efficienza .

c.1) Applicazione di Work Flow Management e Simulazione ad Eventi Discreti al DRG 290.

Nella applicazione è stato gestito il percorso del paziente in corso di ricovero ordinario compreso il prericovero , sono state associate le diverse risorse economiche e i tempi necessari alle attività di ciascun processo . Per la simulazione ad eventi discreti si è scelto di creare un modello di simulazione riproducesse il comportamento dinamico del sistema U.O. nel tempo rappresentando le componenti e le interazioni in termini di relazioni funzionali. La valutazione di un sistema tramite un modello di simulazione richiede l'esecuzione (run) di un programma di simulazione, o simulatore che rappresenta l'evoluzione "temporale" del sistema e su cui si effettuano delle misure per stimare le grandezze di interesse. A tal fine si è scelto SIMUL8 –versione student .

La idea iniziale è stata la definizione di un modello per organizzare le conoscenze teoriche e le osservazioni empiriche sul sistema, portando ad una maggiore comprensione del sistema stesso; infatti durante lo studio si è creato un processo di astrazione al fine di identificare le componenti e le interazioni rilevanti .

Tanto premesso , si è identificato oggetto di studio il DRG 290- Interventi sulla tiroide - come profilo assistenziale tipo , rappresentativo per frequenza di casi annui e idoneo alla validazione scientifica dello studio perché di lineare rappresentazione . Lo studio è durato circa 15 mesi , è iniziato a gennaio 2013 con riferimento ai casi degli anni 2011-2012 .

Nello specifico si è proceduto a :

1. *Incontrare la equipe (prima le figure responsabili poi tutto il personale) per spiegare con quali obiettivi e modalità si sarebbe svolto lo studio . E' stato indispensabile il coinvolgimento della equipe medico infermieristica per assicurarsi la collaborazione massima di tutti e la non falsificazione dei dati da introdurre su SIMUL8 , soprattutto al fine di condividere poi i risultati che possano essere strumento di conoscenza e di gestione .*
2. Descrizione delle attività mediante descrizione completa di processi assistenziali, sottoprocessi , risorse impiegate , tempistiche , mediante interviste . E' stato necessario incontrare in diversi incontri il Responsabile Medico e il personale medico prima , la coordinatrice e gli infermieri poi . Gli incontri avevano lo scopo di far descrivere a ciascun intervistato le attività svolte nella u.o. , specificando le figure coinvolte , orari e tempi impiegati , risorse umane e strumentali realmente impiegate .
3. Trasposizione della descrizione dei processi su SIMUL8 , creando un modello simulativo. Il software riproduce un percorso tipo del paziente , dal prericovero alla dimissione il modello riproduce tutte quelle proprietà elementari delle componenti del sistema e le loro interazioni da cui dipendono le funzionalità, oggetto di studio, che era di interesse rappresentare e a valutare.
4. Validazione mediante somministrazione questionari al personale coinvolto e confronto con statistiche su casistiche del DRG e ulteriore analisi di n° 11 cartelle cliniche tutte di pazienti dimessi , casi clinici rientrati nel DRG 290. La verifica sulle cartelle cliniche aveva il principale scopo di verificare eventuale presenza di complicanze non registrate nel QUANI e la classificazione ASA che poteva infi-

ciare nelle complicanze . Sono state analizzate n° 11 cartelle cliniche ovvero piu' del 10% della media dei casi trattati (96,33) tra 2011(n°95 casi) , 2012 (n° 102 casi) e 2013 (n° 92 casi).

Tutti i pazienti sono stati ammessi con medesima diagnosi di gozzo multinodulare , con una età compresa tra i 17 ed i 67 anni(media circa 41 anni) , di cui un solo caso con rischio anestesilogico ASA 3, n° 3 casi ASA1 , n° 7 casi ASA 2 , totale assenza di complicanze periprocedurali in tutti i casi clinici verificati,

A Tutto il personale ' è stato proposto un questionario strutturato utile a comprendere la corrispondenza tra simulazione degli eventi e realtà contestuale . Inoltre il confronto tra casistiche della u.o messe a disposizione dalla Direzione Sanitaria e dati desunti dalla simulazione ha rilevato una corrispondenza molto valida tanto da ritenere la simulazione con buona approssimazione molto vicina alla realtà. Una validazione così certa ci porta a poter replicare la simulazione per qualunque DRG gestito in uo.

Di seguito il questionario utilizzato.

<i>Questionario</i>
<p><i>Informazioni generali sul reparto e le sue attività</i></p> <ul style="list-style-type: none">➤ <i>Che tipo di prestazioni vengono erogate in reparto?</i>➤ <i>Si dispone di un elenco di pazienti assistiti in day hospital, day service e regime ordinario?</i>➤ <i>Si dispone di sistemi informativi utilizzati regolarmente in reparto? Quali e per quali attività? Quali sono le criticità e i punti di forza di questi sistemi</i> <p><i>Attività mediche</i></p> <ul style="list-style-type: none">• <i>I tempi di intervento sono operatore-dipendente?</i>• <i>Quante sono le complicazioni peri-procedurali?</i>

- *Quali sono i tempi medi delle attività mediche a posto letto? (sono influenzati dallo stato del paziente in che misura?) ; nello specifico*
 - *Visita medica pre e post intervento + visite di controllo*
 - *Gestione della cartella clinica*
 - *Attività intraoperatoria*
 - *Attività di medicazione e cura della ferita chirurgica*
 - *Attività di dimissione*

Attività infermieristiche

- *Quali sono i tempi medi delle attività infermieristiche a posto letto? (sono influenzati dallo stato del paziente in che misura?) ovvero*
 - *attività di somministrazione terapia farmacologica*
 - *preparazione dell'operando*
 - *gestione della documentazione infermieristica*
- *Quali sono i tempi medi delle attività pre-operatorie?;*
- *Quali sono i tempi medi delle attività post-operatorie (prima del ritorno a posto letto)?;*

Attività del personale di supporto

- *Quanto tempo impiega un ausiliario ad accompagnare in radiologia il paziente per un esame radiografico e poi a riportarlo in reparto?*
- *Quanto tempo impegna il personale nel giro letti cambio biancheria ed igiene del paziente ?*
- *Quanto tempo impiega un ausiliario ad accompagnare in sala operatoria il paziente per un esame radiografico e poi a riportarlo in reparto?*
- *Quanto tempo occorre per la distribuzione dei pasti?*
-

Attività di tipo alberghiero , amministrative ed organizzative o multidisciplinari

- *Quanti sono i letti mediamente occupati in una settimana (per case-mix*

scelto)?;

- *Quali sono i tempi medi tra ingresso del paziente in reparto e ingresso in sala operatoria pre-ospedalizzati?;*
- *Quali sono i tempi medi tra ingresso del paziente in reparto e ingresso in sala operatoria non-pre-ospedalizzati?;*
- *Quali sono i tempi medi delle attività di sistemazione del posto letto?;*
- *Quali strumenti sono in dotazione nel reparto?*
 - *Quali sono funzionanti*
 - *Con quale frequenza e con quale impegno temporale sono impiegati Per ciascun paziente ?*

Attività assistenziali a carico di servizi diagnostici o altri servizi

- *Quanti sono i pazienti che fanno controlli cardiologici (eco-cardio) poiché aventi un precedente evento cardiologico avverso?*
- *Quante persone fanno eco-cardio a seguito di ECG?;*
- *Quanto tempo il consulente cardiologo impiega per la prestazione per ciascun paziente*
- *Quanto tempo il consulente anestesista impiega per la prestazione per ciascun paziente*
- *Quali sono i tempi medi di attesa per la refertazione laboratoristica di esami di routine e di particolari analiti richiesti dal reparto?*

Percezione degli operatori

- *Cosa manca alla organizzazione ?*
- *Si ritiene che siano adeguate alle attività svolte? (Specificare) :*
 - *risorse umane mediche (inclusi i consulenti)*
 - *risorse umane infermieristiche*
 - *risorse umane ausiliarie*
 - *risorse tecnologiche e strumentali*
 - *risorse strutturali*
 - *tempi sale operatorie e sedute operatorie*

5. Analisi delle “code “ e valutazione proposte di miglioramento del sistema.

Ultima fase : e' stato condiviso il modello con il medico responsabile Dott. G.P. Ferulano e la sua equipe , proponendo contemporaneamente di movimentare le variabili secondo lo schema “what if”.

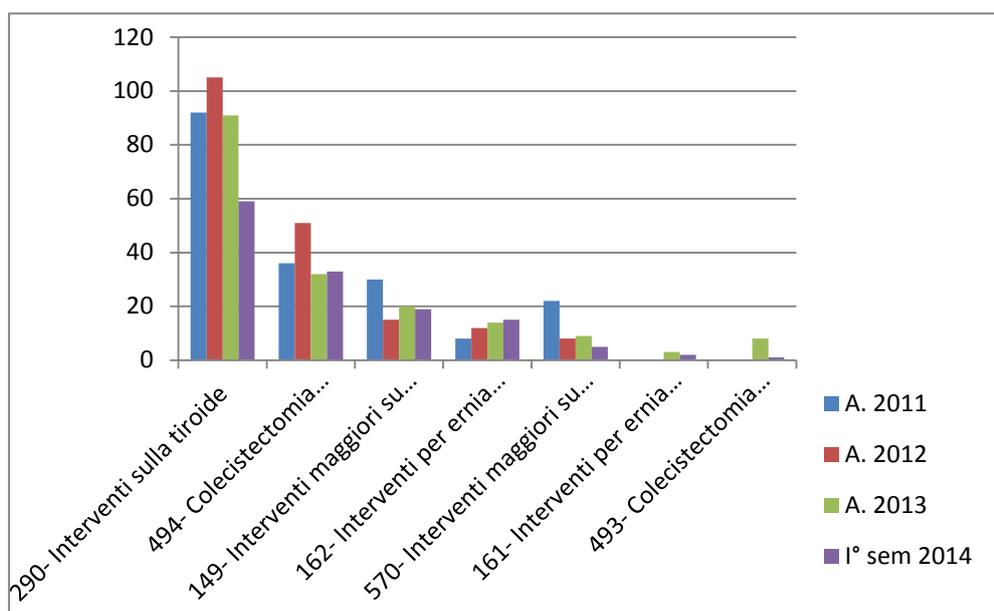
In tal modo si è ipotizzato un cambiamento organizzativo dove le code rappresentavano criticità assistenziali, ma lo stesso cambiamento è dinamico e flessibile ad altre e future esigenze della u.o.

ANALISI DATI E RISULTATI

Risultati sullo studio condotto sulla appropriatezza della U.O. di Chirurgia Generale e Mininvasiva mediante i sette DRG valutati.

DRG - DESCRIZIONE	A. 2011	A. 2012	A. 2013	I° sem 2014
290- Interventi sulla tiroide	92	105	91	59
494- Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	36	51	32	33
149- Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	30	15	20	19
162- Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	8	12	14	15
570- Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	22	8	9	5
161- Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	0	0	3	2
493- Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	0	0	8	1

Nella tabella successiva è descritta la casistica dei casi trattati per ciascun DRG oggetto di studio e monitoraggio, e nel grafico seguente è visibile la distribuzione mediante istogrammi.

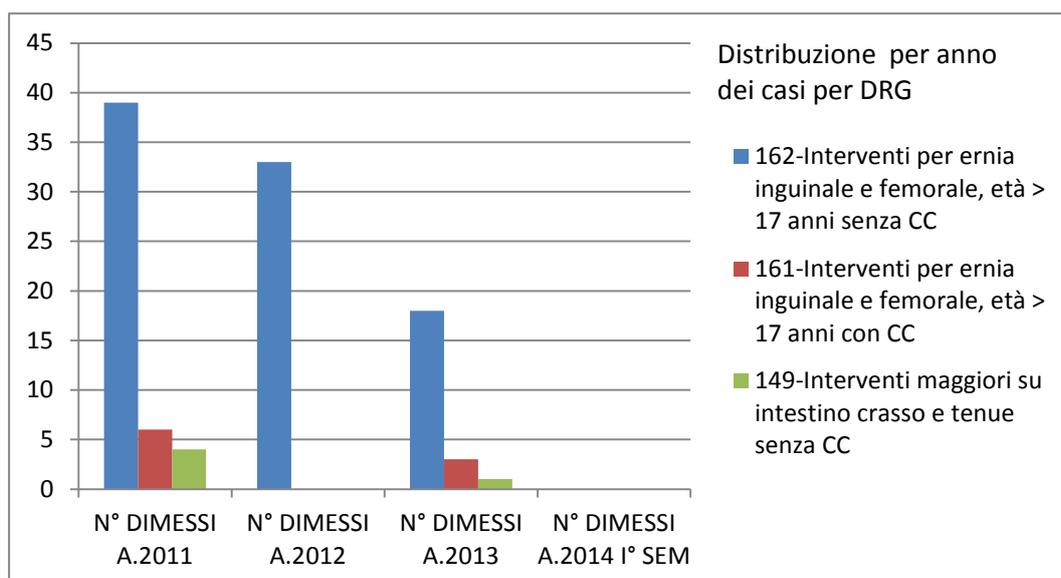


E' necessario sottolineare , di primo impatto, lo scarso ricorso a DRG complicati (DRG 161, 493) .

In merito al DRG 162, ricordando che è ad alto rischio di inappropriatezza , è necessario specificare anche il numero di casi trattati in Day Surgery per una maggiore specificità del dato . I casi trattati in DH nella U.O. sono sintetizzati nella seguente tabella e relativo grafico .

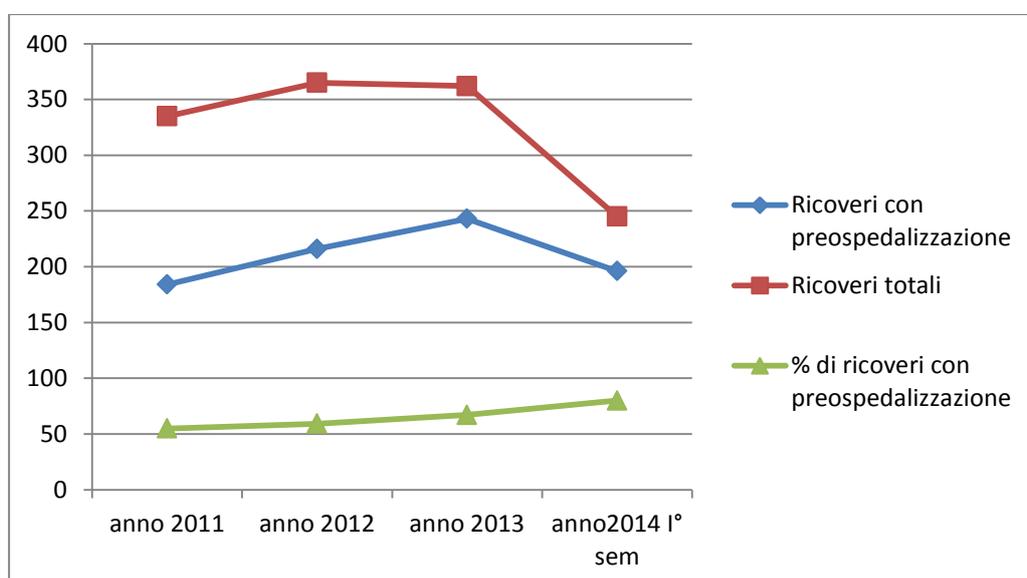
I DRG 290, 570, 493 e 494 non presentano alcun caso in Dh nel periodo verificato .

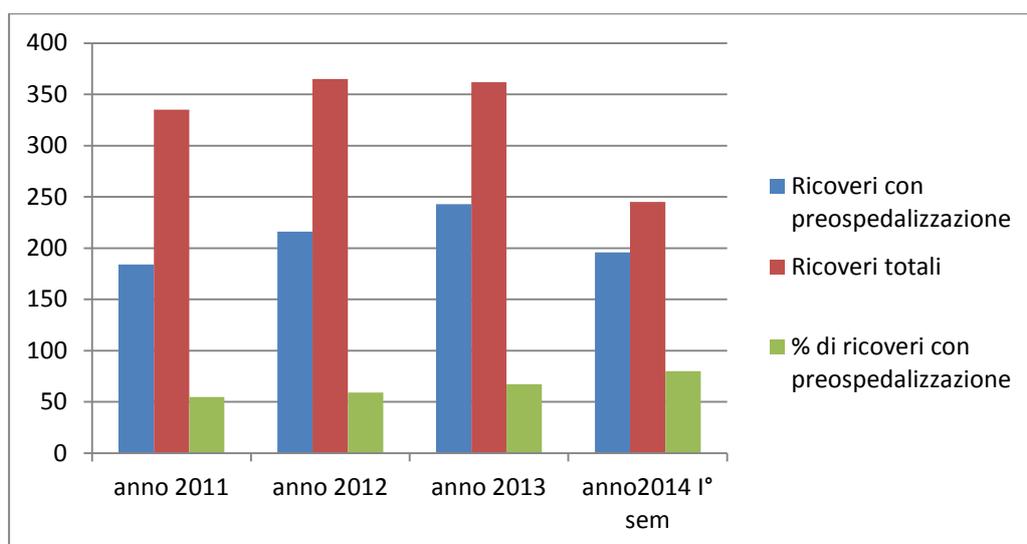
DRG descrizione	N° DIMESSI A.2011	N° DIMESSI A.2012	N° DIMESSI A.2013	N° DIMESSI A.2014 I° SEM
162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	39	33	18	0
161-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	6	0	3	0
149-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	4	0	1	0



In merito all'indicatore di utilizzo della preospedalizzazione, ricordando che la stessa è aziendalemente attiva dal 2011, di seguito la distribuzione per percentuale dell'utilizzo che la u.o. ha fatto del servizio preospedalizzazione mediante casi trattati.

	anno 2011	anno 2012	anno 2013	anno 2014 I° sem
Ricoveri con preospedalizzazione	184	216	243	196
Ricoveri totali	335	365	362	245
% di ricoveri con preospedalizzazione	54,9	59,2	67,1	80,0

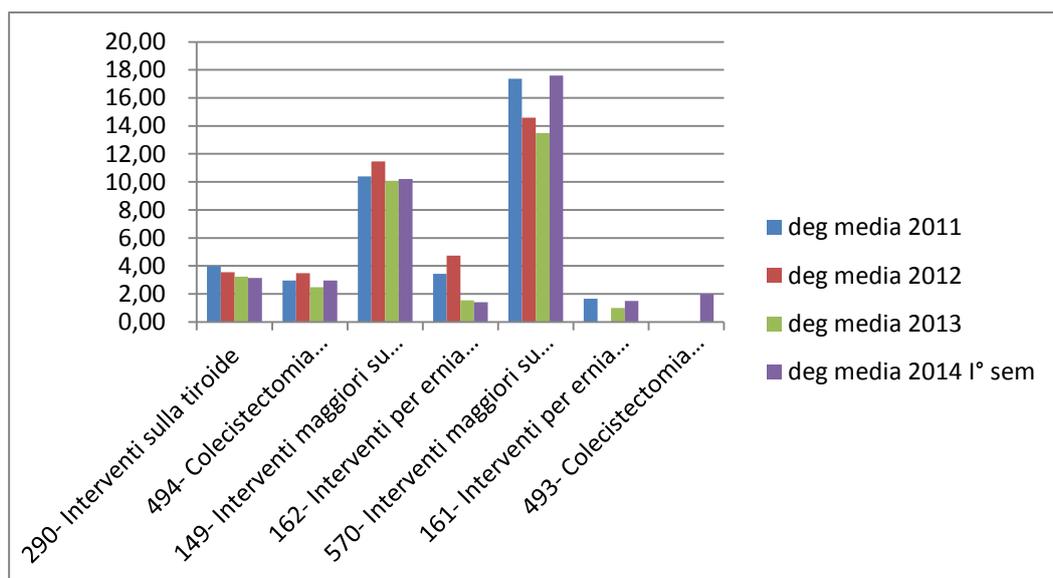




In merito all'indicatore *degenza media* è possibile valutare velocemente che solo per interventi sul colon sono presenti nella tabella successiva degenze piu' lunghe .

Drg - descrizione	deg media 2011	deg media 2012	deg media 2013	deg media 2014 I° sem
290- Interventi sulla tiroide	3,98	3,54	3,23	3,14
494- Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	2,97	3,49	2,47	2,97
149- Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	10,40	11,47	10,07	10,21
162- Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	3,44	4,75	1,55	1,40
570- Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	17,36	14,58	13,50	17,60
161- Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	1,67	0	1,00	1,50
493- Colectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	0,00	0	0	2,00

La distribuzione della degenza media per DRG per anno nei ricoveri ORDINARI sono schematizzati nell'istogramma successivo.



In merito all'indicatore di *degenza preoperatoria e post operatoria* si ritiene utile una analisi dei dati schematizzati nella tabella di seguito presentata.

ANNO		Dimessi	Degenza	Deg. med.	Deg. med.	Deg. Min.	Deg. Max.	Deg. med.	Deg. Min.	Deg. Max.
2011	DRG	Chirur.	Chirur.	chirurgica	pre oper.	pre oper.	pre oper.	post oper.	post oper.	post oper.
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	20	208	10,40	2,75	0	10	7,65	1	14
161	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	3	5	1,67	0,67	0	1	0,67	0	2
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	9	31	3,44	1,11	0	4	2,33	1	4
290	Interventi sulla tiroide	91	362	3,98	0,90	0	17	3,08	0	8
493	Colectomia laparoscopica senza esplora-	8	28	3,50	0,00	0	0	3,50	2	10

	zione del dotto biliare comune con CC									
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	32	95	2,97	0,31	0	4	2,66	1	22
570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	14	243	17,36	6,21	0	13	11,14	3	21
2012										
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	15	172	11,47	3,67	0	12	7,80	1	19
161	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	0	0	0	0	0	0	0	0	0
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	8	38	4,75	2,25	0	7	2,50	1	5
290	Interventi sulla tiroide	105	372	3,54	0,54	0	5	3,00	1	7
493	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	10	54	5,40	0,50	0	1	4,80	0	19
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	51	178	3,49	1,08	0	6	2,41	1	7
570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	12	175	14,58	3,17	0	8	11,42	3	34
2013										
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	30	302	10,07	2,63	0	9	7,43	3	14

161	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	1	1	1,00	0,00	0	0	1,00	1	1
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	22	34	1,55	0,36	0	3	1,14	0	3
290	Interventi sulla tiroide	92	297	3,23	0,68	0	3	2,54	0	5
493	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	6	27	4,50	1,17	1	2	3,33	2	7
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	36	89	2,47	0,42	0	4	2,06	1	4
570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	8	108	13,50	5,63	1	11	7,88	5	12
2014 - I ° SEMESTRE										
149	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	19	194	10,21	3,47	0	8	6,74	3	8
161	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	2	3	1,50	0,00	0	0	1,50	1	2
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	15	21	1,40	0,07	0	1	1,20	0	3
290	Interventi sulla tiroide	59	185	3,14	0,44	0	4	2,69	1	7
493	Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	1	2	2,00	0,00	0	0	2,00	2	2
494	Colecistectomia laparoscopica senza esplora-	33	98	2,97	0,58	0	7	2,39	2	5

	zione del dotto biliare comune senza CC									
570	Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	5	88	17,60	5,60	1	16	12,00	7	24

In merito quindi, alla U.O. di Chirurgia Generale e Mininvasiva , si pongono in rilievo i seguenti aspetti :

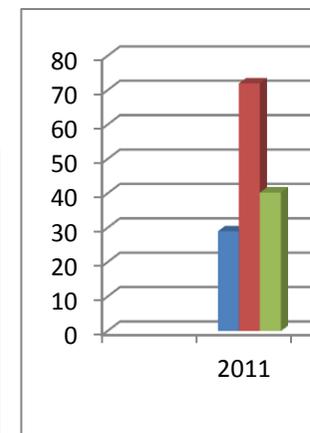
La degenza media postoperatoria nel DRG 290 è sceso da 3,08 del 2011 a 2,54 nel 2013 e 2,69 nel primo semestre 2014; la degenze preoperatoria ha beneficiato del servizio di preospedalizzazione , attestandosi su valori molto bassi tranne che per il DRG 570 che è un DRG complicato per interventi su colon: in particolare tiroidectomia , colicestectomia e erniectomia hanno degenze preoperatorie che variano da 0 a circa 3 gg , con valori piu' frequenti intorno all'1 ovvero ad una giornata di degenza preoperatoria .

La degenza post operatoria è molto interessante per il DRG 493 (drg complicato) e DRG 494 perché non arriva mai a 3 giorni così come per il DRG 290 che è sceso da 3,08 nel 2011 a 2,54 e 2,69 rispettivamente nel 2013 e 2014(da considerare che l'anno 2014 non è stato valutato per intero).

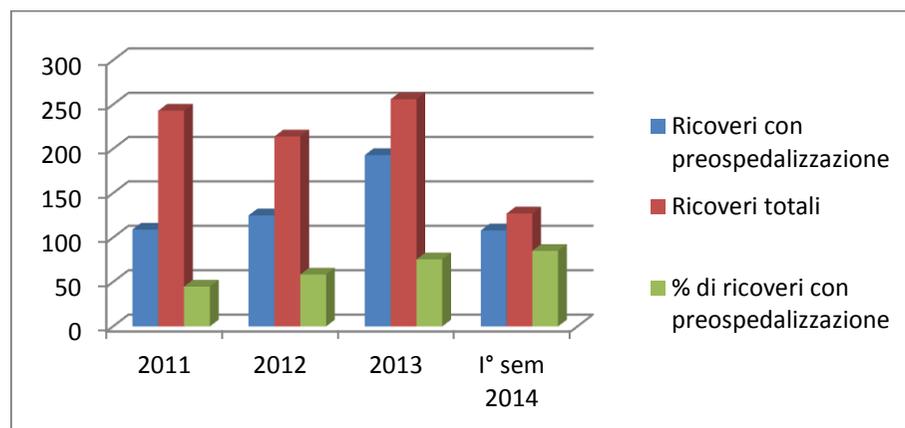
Ancora piu' interessante l'analisi dei dati della Azienda Universitaria Policlinico per i medesimi indicatori e DRG, che di seguito sono schematizzati riassumendo in ogni pagina e per anno.

AZIENDA UNIVERSITARIA POLICLINICO FEDERICO II Colecistectomia laparoscopica senza esplora- zione del dotto biliare comune con CC DRG 493						Deg.>1 entro soglia			Oltre soglia					
	Num. DIM	GG DEG	Deg media.	Casi 0/1	0/1 T/D	Num. dim	Num. GG	Deg. media	Num. dim	Num. GG	GG oltre	Deg. media	Peso to- tale	
anno														
2011	72	531	7,38	0	0	72	531	7,38	0	0	0	0,00	110,0520	
2012	70	479	6,84	1	0	67	407	6,07	2	71	11	35,50	106,9950	
2013	57	294	5,16	0	0	57	294	5,16	0	0	0	0,00	87,1245	
2014	23	129	5,61	1	0	22	128	5,82	0	0	0	0,00	35,1555	
									Preospedalizzazione DRG 493		2011	2012	2013	I° sem 2014
									Ricoveri con preospeda- lizzazione		29	35	34	11
									Ricoveri totali		72	70	57	23
									% di ricoveri con preo- spedalizzazione		40,3	50,0	59,6	47,8

Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC DRG 494						Deg.>1 entro soglia			Oltre soglia				
	Num. DIM	GG DEG	Deg media.	Casi 0/1	0/1 T/D	Num. dim	Num. GG	Deg. media	Num. dim	Num. GG	GG oltre	Deg. media	Peso to- tale
anno													
2011	243	1.121	4,61	10	0	233	1.111	4,77	0	0	0	0,00	216,0270



2012	214	910	4,25	4	0	203	805	3,97	7	101	31	14,43	190,2460
2013	256	934	3,65	20	0	232	832	3,59	4	82	42	20,50	227,5840
AZIENDA UNIVERS. POLICLINICO FEDERICO II Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza GC 2014						122	417	3,42	1	12	2	12,00	112,9030
DRG 494						Deg.>1 entro soglia			Oltre soglia				

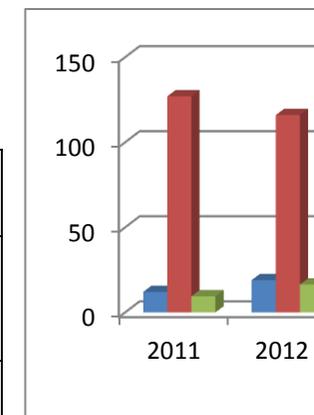


Preospedalizzazione DRG 494	2011	2012	2013	I° sem 2014
Ricoveri con preospedalizzazione	109	125	193	108
Ricoveri totali	243	214	256	127
% di ricoveri con preospedalizzazione	44,9	58,4	75,4	85,0

AZIENDA Universitaria Policlinico FEDERICO II Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC						Deg.>1 entro soglia			Oltre soglia				
DRG 149													
	Num. DIM	GG DEG	Deg media.	Casi 0/1	0/1 T/D	Num. dim	Num. GG	Deg. media	Num. dim	Num. GG	GG oltre	Deg. media	Peso to- tale
anno													
2011	127	1.372	10,80	1	0	126	1.371	10,88	0	0	0	0,00	242,0239
2012	116	1.261	10,87	2	0	110	1.131	10,28	4	128	16	32,00	221,0612
2013	146	1.386	9,49	6	0	139	1.345	9,68	1	35	7	35,00	278,2322
2014	84	841	10,01	0	0	82	763	9,30	2	78	22	Dato non perv.	Dato non perv.

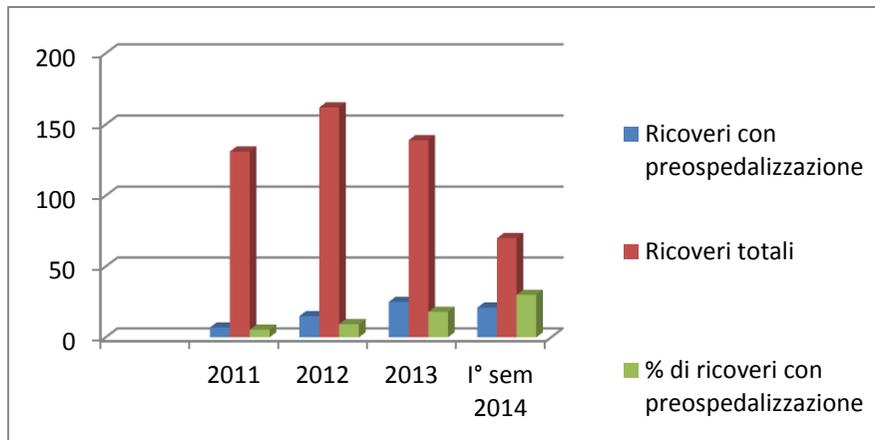
Preospedalizzazione DRG 149	2011	2012	2013	I° sem 2014
Ricoveri con preospeda- lizzazione	12	19	53	36
Ricoveri totali	127	116	146	84
% di ricoveri con preo- spedalizzazione	9,4	16,4	36,3	42,9

						Deg.>1 entro soglia			Oltre soglia				
AZIENDA Universitaria Policlinico FEDERICO II Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale mag- giore DRG 570						Deg.>1 entro soglia			Oltre soglia				
	Num. DIM	GG DEG	Deg media.	Casi 0/1	0/1 T/D	Num. dim	Num. GG	Deg. media	Num. dim	Num. GG	GG oltre	Deg. media	Peso totale
anno													
2011	131	2.237	17,08	0	0	130	2.136	16,43	1	101	36	101,00	359,0186
2012	162	2.757	17,02	0	0	156	2.349	15,06	6	408	138	68,00	443,9772
2013	139	2.179	15,68	1	0	137	2.125	15,51	1	53	8	53,00	380,9434



2014	70	1.113	15,90	0	0	67	835	12,46	3	278	143	92,67	191,8420
------	----	-------	-------	---	---	----	-----	-------	---	-----	-----	-------	----------

Preospedalizzazione DRG 570	2011	2012	2013	I° sem 2014
Ricoveri con preospedalizzazione	7	15	25	21
Ricoveri totali	131	162	139	70
% di ricoveri con preospedalizzazione	5,3	9,3	18,0	30,0

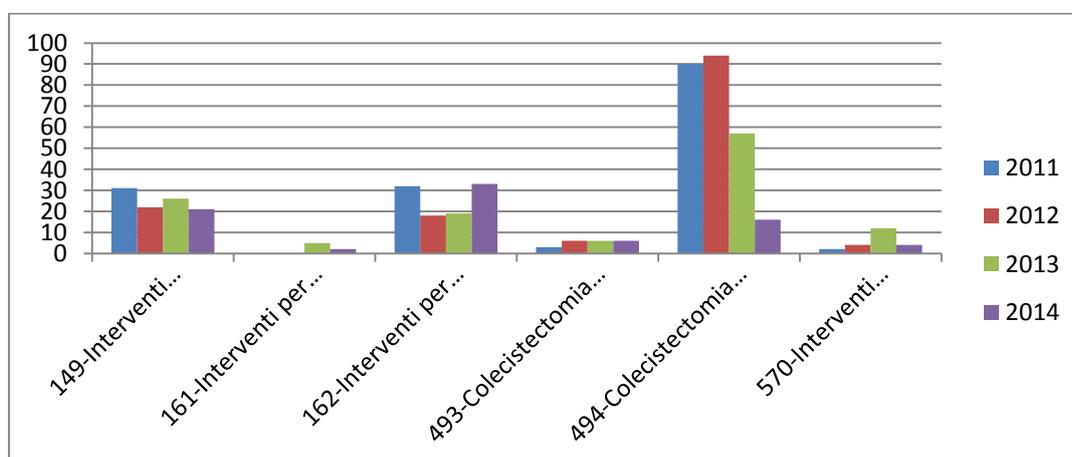


Dalla realtà sanitaria del Presidio Ospedaliero di Solofra in provincia di Avellino, i dati pervenuti consentono di analizzare macroscopicamente le informazioni necessarie. L'ospedale **PRESIDIO OSPEDALIERO DI SOLOFRA "Agostino Landolfi"** è una piccola realtà, punto di riferimento sanitario pubblico per la provincia avellinese e comunità montane attigue: dispone in totale di n. 131 posti letto e una unità operativa di Chirurgia Generale di n. 34 posti letto ordinari e n° 2 posti letto in DH.

La u.o. di Chirurgia è diretta dal prof. Vincenzo Landolfi che ha accolto la partecipazione al presente studio nello spirito di un costruttivo confronto e miglioramento della efficienza ed appropriatezza organizzativa.

La casistica della u.o. consente una verifica completa di n° 6 DRG su sette poiché il DRG 290 non è presente. Di seguito i dati relativi al numero di casi trattati:

DRG	casi dimessi			
	2011	2012	2013	2014
149-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue senza CC	31	22	26	21
161-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni con CC	0	0	5	2
162-Interventi per ernia inguinale e femorale, età > 17 anni senza CC	32	18	19	33
493-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune con CC	3	6	6	6
494-Colecistectomia laparoscopica senza esplorazione del dotto biliare comune senza CC	90	94	57	16
570-Interventi maggiori su intestino crasso e tenue con CC senza diagnosi gastrointestinale maggiore	2	4	12	4



PRESIDIO Ospedaliero A. Landolfi-Solofra: Analisi dei dati 2011-2012-2013

ANNO 2011												
DRG	T.	Peso medio	N. dimessi	GG degenza	Casi_01	Casi 01 Trasn_Dec	Num. Casi Entro soglia	Num. GG Entro _soglia	Num. Casi oltre soglia	Num. GG oltre soglia	GG oltre Soglia	Peso totale
149	C	1,9057	31	550	0	1	30	549	0	0	0	59,0767
162	C	0,7448	32	116	12	0	19	72	1	32	18	23,8336
493	C	1,5285	3	45	0	0	3	45	0	0	0	4,5855
494	C	0,889	90	534	0	0	90	534	0	0	0	80,01
570	C	2,7406	2	64	0	0	2	64	0	0	0	5,4812
ANNO 2012												
DRG	T.	Peso medio	N. dimessi	GG Degenza	Casi_01	Casi 01 Trasn_Dec	Num. Casi Entro soglia	Num. GG Entro _soglia	Num. Casi oltre soglia	Num. GG oltre soglia	GG oltre Soglia	Peso totale
149	C	1,4725	22	358	0	0	22	358	0	0	0	32,3969
162	C	0,662	18	49	6	0	12	31	1	13	6	11,9168
493	C	1,2737	6	83	0	0	6	83	0	0	0	7,6425
494	C	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0
494	C	0,8038	94	624	0	0	90	553	4	71	31	75,565
570	C	1,3703	4	66	0	0	4	66	0	0	0	5,4812
ANNO 2013												
DRG	T.	Peso medio	N. dimessi	GG Degenza	Casi_01	Casi 01 Trasn_Dec	Num. Casi Entro soglia	Num. GG Entro _soglia	Num. Casi oltre soglia	Num. GG oltre soglia	GG oltre Soglia	Peso totale
149	C	1,9057	26	383	0	0	23	278	3	105	21	49,5482
161	C	0,9993	5	22	1	0	4	21	0	0	0	4,9965
162	C	0,7448	19	69	2	0	16	49	1	18	11	14,1512
493	C	1,5285	6	56	0	0	6	56	0	0	0	9,171
494	C	0,889	57	333	0	0	47	192	10	141	41	50,673

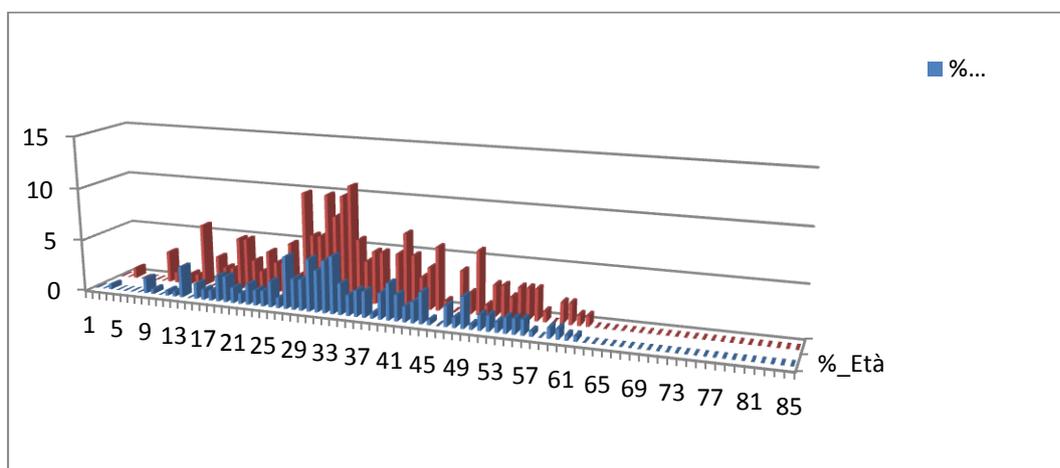
570	C	2,7406	12	201	0	0	12	201	0	0	0	32,8872
-----	---	--------	----	-----	---	---	----	-----	---	---	---	---------

Analisi del case study sul DRG 290 nella U.O. di Chirurgia Generale e Mininvasiva della Azienda Policlinico Federico II di Napoli.

Sono stati analizzati i dati forniti dalla Direzione Sanitaria di seguito riportati in sintesi per confrontare le informazioni desunte dal QUANI SDO con le interviste agli operatori, questionari somministrati e verifica delle cartelle cliniche. Oltre i dati sopra descritti, a supporto dello studio sono stati verificati:

- le distribuzioni per età dei casi trattati nel 2011-2012

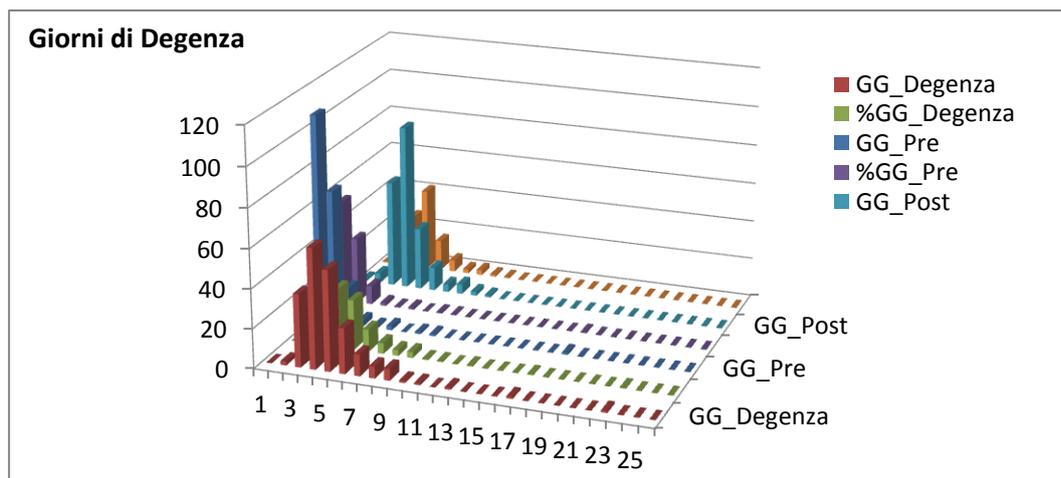
Anni 2011 e 2012



- Le tipologie di ricovero per percentuale nella somma dei due anni:

	Tipo_Ricovero	N°	%_TipoRicovero
1	Preospedalizzazione	174	86,13861386
2	Non Preospedalizzazione	24	11,88118812
3	Urgenza	3	1,485148515
4	Vuoto	1	0,495049505

La distribuzione dei giorni di degenza, per valutare l'utilizzo del posto letto nella u.o. :



Anno 2011-2012 -

GG	GG_Deg	%_GGDeg	GG_Pre	%_GGPre	GG_Post	%_GGPost
0	0	0	106	52,47524752	1	0,495049505
1	2	0,99009901	68	33,66336634	5	2,475247525
2	37	18,31683168	19	9,405940594	55	27,22772277
3	61	30,1980198	3	1,485148515	85	42,07920792
4	51	25,24752475	1	0,495049505	32	15,84158416
5	23	11,38613861	2	0,99009901	12	5,940594059
6	11	5,445544554	0	0	4	1,98019802
7	6	2,97029703	1	0,495049505	5	2,475247525
8	6	2,97029703	1	0,495049505	2	0,99009901
9	1	0,495049505	0	0	1	0,495049505
10	1	0,495049505	0	0	0	0
11	0	0	0	0	0	0
12	1	0,495049505	0	0	0	0
13	0	0	0	0	0	0
14	0	0	0	0	0	0
15	0	0	0	0	0	0
16	1	0,495049505	0	0	0	0
17	0	0	1	0,495049505	0	0
18	0	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0	0
20	0	0	0	0	0	0
21	0	0	0	0	0	0
22	1	0,495049505	0	0	0	0
23	0	0	0	0	0	0
24	0	0	0	0	0	0
25	0	0	0	0	0	0

Il modello di simulazione creato ci conduce ad una realtà molto simile al contesto operativo.

Lo studio avrebbe avuto conclusione piu' completa in presenza di dati economici , costi di forniture , di personale , fissi e variabili.

La Azienda Policlinico ha preferito riservarsi la possibilità di perfezionare in seguito questo aspetto , elaborando con maggiore precisione le informazioni nel controllo di gestione e rendendole disponibili in seguito .Tale occasione di prosieguo dello studio ci obbliga a non interrompere la attenzione su tali argomenti e ci motiva a futuri approfondimenti, nell'ottica anche di diverse e nuove prospettive .



CONCLUSIONI e PROSPETTIVE

Dal percorso di studio e ricerca si evincono tre conclusioni:

- Il progetto sulla Unità operativa di Chirurgia Generale e Mininvasiva di avviare un sistema qualità secondo lo Standard UNI EN ISO 9001e Regolamento 01/2007- Decreto Commissario ad Acta 124/2012 ha consentito di dotare la U.O di una nuova modalità di gestione della cartella clinica cartacea (è in sperimentazione aziendale la modalità informatizzata) , documentazione infermieristica e somministrazione e gestione di terapie farmacologiche , utili alla riduzione di rischi di errore di compilazione cartella e documentazione allegata inclusa la infermieristica , nonché riduzione di errori nella gestione e somministrazione delle terapie farmacologiche.
- Lo studio degli indicatori legati alla appropriatezza organizzativa sui sette DRG scelti ci consente di concludere che la Azienda Policlinico Federico II di Napoli ha in corso un percorso di miglioramento attivo e costante: la sua valutazione globale consente di confermare all'Azienda i requisiti di appropriatezza organizzativa che sostengono poi i finanziamenti pubblici aziendali; l'analisi piu' interessante non è nella sua globalità ma nella scansione di ogni unità operativa che concorre al risultato globale . In questo contesto la U.O. di Chirurgia Generale e Mininvasiva della Azienda Policlinico Federico II di Napoli ha creato un sua identità rispettosa dei principi di appropriatezza organizzativa aziendale mantenendo i suoi standard all'interno dei valori medi

aziendali , spesso anche migliorandoli (e questo consente al altre uu.oo. di alzare i valori al di sopra delle medie aziendali). Restano significativi per ulteriori approfondimenti alcuni valori sopra le medie aziendali unicamente per i casi oltre soglia (rari)

- Dalla analisi dei casi trattati sia nel Presidio Ospedaliero di Solofra e che nella U.O. di Chirurgia Generale del Presidio Ospedaliero di Solofra , si evince :

il peso che ha la mission aziendale diversa dal Policlinico nella gestione della appropriatezza organizzativa ; la esigenza di rispondere ad un bisogno di salute imminente (anche in emergenza) , in un contesto geografico e sociale molto differente da quello della Azienda Policlinico Federico II , ha portato il Presidio di Solofra anche a scegliere codifiche diverse per il riconoscimento dei casi clinici trattati . Per esempio per la gestione della colecistectomia , molti casi sono stati trattati e codificati con SDO in altro DRG diverso dai 493-494, e per tanto sono sfuggiti all'oggetto di studio. Un diverso DRG comporta una diversa remunerazione e un diverso riconoscimento in fatturazione all'ASL. Questa attività giustifica anche il fatto che il DRG 494 scenda da n° 97 casi trattati nel 2011 e n° 94 nel 2012 a n° 57 casi nel 2013.

Da sottolineare pero' che se la codifica DRg cambia per identificare una procedura , non si marca il drg 493 che è complicato perché sono presenti pochi casi e anche i casi fuori soglia nel 2011 e 2012 sono n° 0 e n° 4, mentre nel 2013 sono n° 10 su un totale di n° 57 dimessi: questo dato richiederebbe un approfondimento su verifica delle cartel-

le cliniche per comprendere quali anomalie hanno creato tali dati numerici.

- In merito a ciascun DRG il dato piu' significativo , riguardo al DRG 290, è che trattasi di un percorso diagnostico terapeutico molto strutturato al quale il paziente accede già iperstudiato , con a corredo svariati esami strumentali e laboratoristici effettuati in tempi diversi ed al di fuori del DRG (quindi non in ricovero ma in regime ambulatoriale).In particolare nella Azienda Policlinico Federico II accedono pazienti afferenti dalla Regione Campania e da tutto il Meridione , per tanto le chirurgie aziendali accolgono casi anche molto complessi o non accettati in altre strutture. Alla luce di tale realtà e sebbene sia attivo il servizio di prericovero , taluni pazienti si ricoverano con un un giorno di anticipo rispetto alla data procedurale per ragioni logistiche (residenza troppo lontana , o tempi troppo lunghi e modalità di percorrenza poco agevoli), ragioni socio-familiari, raramente per motivazioni legate all'età. Tali considerazioni possono ritenersi sufficienti per analizzare la media di degenza globale e la preoperatoria , ulteriormente migliorabile e valutare la ipotesi che il DRG 290 possa, in piccole percentuali e con oculata scelta dei casi clinici da arruolare, proporsi come DRG con tempi di ricovero piu' brevi secondo canoni istituzionali, anche in one day surgery, se le valutazioni epidemiologiche per complicanze periprocedurali su scala piu' ampia possano confortare tali ipotesi. Questa è la prospettiva futura piu' interessante su cui soffermare la attenzione, considerando che nel documento “ Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero- Dati SDO” del 2012 il DRG 290 , con rango 39

risulta tra i primi 60 DRG per numerosità di dimissioni, con un totale di n° 36.648 dimissioni , n° 350.645 giornate di degenza ed una remunerazione teorica di Euro 101.373.777. Tali ipotesi non possono essere azzardate per il DRG 494 non avendo valutato alcuna cartella clinica e quindi non conoscendo dati più precisi sui pazienti dimessi: un approfondimento da valutare in futuro per considerazioni più complete .

Certamente si potrà quindi valutare :

- l'importanza economica di questa ipotesi che se fosse realizzabile anche in una minima percentuale dei casi clinici in DRG 290 varrebbe un risparmio finanziario sicuramente apprezzabile per il SSR e SSN;
 - la possibilità di abbreviare liste di attesa e motivare la permanenza del trattamento chirurgico intraregionale , evitando la mobilità extraregionale .
- In merito alla Simulazione ad Eventi Discreti (DES) applicata al profilo assistenziale con DRG 290 , si può concludere che la applicazione è stata con successo validata . La prospettiva futura più di rilievo consiste non solo nella applicazione ad altri DRG, sicuramente con percorsi clinico-diagnostici maggiormente articolati , con utilizzo di diagnostiche più invasive , consulenze specialistiche più frequenti(per esempio tutti i DRG che contemplano la procedura chirurgica sul colon), ma nella valutazione completa di tutti i dati economici provenienti da un controllo di gestione che abbia fotografato i costi di tutte le risorse utilizzate

nel percorso diagnostico clinico , al fine di rendere non piu' utile ma indispensabile la applicazione di Business Process Management – DES nei processi decisionali e direzionali delle Aziende Sanitarie . Tale applicazione , consentirebbe di agire , modificare e correggere processi sanitari che contestualmente sono stati identificati come inefficienti o non conformi , senza attendere i dovuti e lunghi tempi dell'analisi gestionale .

ALLEGATI

ALLEGATO N° 1

PROCEDURA GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA : COMPILAZIONE, RESPONSABILITA', ARCHIVIAZIONE. LETTERA DI DIMISSIONE .

TITOLO

PROCEDURA GESTIONE DELLA CARTELLA CLINICA : COMPILAZIONE,
RESPONSABILITA', ARCHIVIAZIONE. LETTERA DI DIMISSIONE .

FUNZIONE RESPONSABILE PER LA REDAZIONE :
DOTTORANDA ANNUNZIATA MAZZITELLI

LISTA DI DISTRIBUZIONE

RAQ/RAPPRESENTANTE DI DIREZIONE	1 COPIA
DIRETTORE SANITARIO	1 COPIA
MEDICI di U.O.	1 COPIA CIASCUNO
CAPOSALA/COORDINATORE	1 COPIA CIASCUNO
SEGRETERIA DI DIREZIONE SANITARIA	1 COPIA
INTERESSATI	1 COPIA

SCOPO

Questa procedura ha lo scopo di fornire a tutte le funzioni destinatarie uno strumento di conoscenza e operatività nell'ambito della gestione della cartella clinica in conformità alla normativa cogente , codice etico, procedure per accreditamento istituzionale .

INTRODUZIONE E RIFERIMENTI NORMATIVI

- 1. DGRC. N° 1/2007 - Regolamento per la definizione dei requisiti ulteriori e per le procedure di accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati: SRic4 punto 17-18-19-20-21-36 .**
- 2. Decreto Commissario ad Acta 124 / 2012 Burc 67 del 22.10.12**
- 3. UNI EN ISO 9001:2008 – punto 7.5.1 – 7.5.4**
- 4. C.P.c artt. 328, 476, 479, 491. –**
- 5. Codice di Deontologia Medica: Art.23**

Per la importanza dell'argomento e volendo sottolineare tale importanza si ricordano innanzitutto alcune definizioni e riferimenti.

La cartella clinica è:

- lo strumento informativo individuale finalizzato a rilevare tutte le informazioni anagrafiche e cliniche significative relative ad un paziente e ad un singolo episodio di ricovero. (Ministero della sanità 1992)

- e' un insieme di documenti nei quali viene registrato dai medici (solo dati amministrativi da personale amministrativo) un complesso di informazioni(sanitarie, sociali, ambientali, giuridiche) concernenti un determinato paziente allo scopo di poterne rilevare ciò che lo riguarda in senso diagnostico-terapeutico anche in tempi successivi al fine di predisporre gli opportuni interventi medici e poterne anche usufruire per le varie indagini di natura scientifica, statistica, medico legale e per l'insegnamento . I dati anagrafici possono essere registrati da personale amministrativo.

La cartella clinica deve essere **redatta chiaramente**, con puntualità e diligenza nel rispetto delle regole della buona pratica clinica e contenere, oltre ad ogni dato obiettivo relativo alla condizione patologica e al suo corso, le attività diagnostico terapeutiche praticate.

- E' uno strumento informativo (cartaceo o **informatizzato**) nel quale si raccolgono i dati anagrafici, anamnestici e obiettivi, le attività diagnostico terapeutiche praticate, riguardanti la persona ricoverata.

Alcune citazioni giurisprudenziali e prese d'atto:

- "La valutazione dell'esattezza della prestazione medica concerne anche la regolare tenuta della cartella clinica: ove dalla sua imperfetta compilazione derivi l'impossibilità di trarre utili elementi di valutazione in ordine all'accertamento della causa di eventi avversi o morte, le conseguenze non possono, in via di principio, ridondare in danno di chi vanta un diritto in relazione alla morte del creditore della prestazione sanitaria. Più specificamente: la possibilità, pur rigorosamente prospettata sotto il profilo scientifico, che la morte della persona ricoverata presso una struttura sanitaria, possa essere intervenuta per altre, ipotetiche cause patologiche, diverse da quelle diagnosticate ed inadeguatamente trattate, che non sia stato tuttavia possibile accertare neppure dopo il decesso in ragione della difettosa tenuta della cartella clinica o della mancanza di adeguati riscontri diagnostici (anche autoptici), non vale ad escludere la sussistenza di nesso eziologico tra la condotta colposa dei medici in relazione alla patologia accer-

tata, e la morte, ove risulti provata l'idoneità di tale condotta a provocarla" (Cassazione Civile, III Sezione, 4 maggio-13 settembre 2000 n.12103).

- "Le omissioni imputabili al medico nella redazione della cartella clinica rilevano come nesso eziologico presunto, posto che l'imperfetta compilazione della stessa non può, in via di principio, risolversi in danno di colui che vanta un diritto in relazione alla prestazione sanitaria" (Cassazione Civile III Sezione, 21 luglio 2003 n.11316).

- Si tratta di atto pubblico che esplica la funzione di diario del decorso della malattia e di altri elementi clinici rilevanti, sicchè i fatti devono essere annotati contestualmente al loro verificarsi. Inoltre, la cartella clinica, una volta compilata e sottoscritta, acquista il carattere della definitività con la conseguenza che tutte le modifiche, le aggiunte, le alterazioni e le cancellazioni successivamente apportate integrano il reato di falso materiale in atto pubblico, previsto e punito dall'art. 476 c.p. (Marinello, "Medici tutelati solo da cartella clinica e "si" dei pazienti" in Il Sole 24 Ore-Sanità 31 lug.-6 ago.2001).

- In buona sostanza, la corretta compilazione della cartella clinica rappresenta il principale, se non l'unico strumento del quale i sanitari (e le Strutture presso le quali operano) possono avvalersi per difendersi nei giudizi di responsabilità civile e penale che spesso si celebrano a distanza di anni dall'evento lamentato. - Pertanto, l'imperfetta compilazione della cartella clinica (atto di esclusiva competenza del sanitario), nel caso in cui dalla stessa non possano trarsi utili elementi di valutazione della condotta professionale del medico, non può pregiudicare il paziente, e, quindi, possono essere ammesse presunzioni logiche come fonti di prova, tutte le volte in cui quest'ultima non può essere data per un comportamento ascrivibile alla parte contro cui il fatto da provare avrebbe potuto essere invocato. In realtà nonostante la storia della cartella clinica sia parallela alla storia della medicina, non c'è una vera e propria modalità di compilazione specifica e normata ed il vecchio sistema, con storia clinica divisa per dati anamnestici familiari, fisiologici della patologia remota e prossima nonché i rilievi clinici scaturiti, deve essere rivisto.

SCOPO E FUNZIONE

La Cartella Clinica ha lo scopo di garantire una raccolta organica e puntuale dei dati attinenti ad ogni singolo ricovero.

La raccolta articolata di informazioni, attinenti alle singole persone ricoverate, è finalizzata all'assunzione di decisioni per la soluzione dei relativi problemi di salute.

La cartella clinica della cui regolarità risponde il Responsabile Medico della Unità Operativa che ha in potestà di cura il paziente, ma di cui risponde a monte anche il Direttore Sanitario quale responsabile delle funzioni igienico organizzative, deve essere redatta sui modelli forniti dalla Azienda e le relative annotazioni devono essere redatte rispettando la sequenza cronologica, contestualmente agli eventi segnalati.

La cartella clinica deve accompagnare il paziente nei trasferimenti tra le diverse U.O. dell'Azienda sotto la responsabilità della U.O. che cura il trasferimento.

In sintesi, la Cartella Clinica ha la funzione:

- di BASE INFORMATIVA
- di CONSENTIRE LA TRACCIABILITA' documentale per le diverse attività svolte di:
 - responsabilità delle azioni
 - cronologia e tempistica delle stesse
 - modalità di esecuzione
- di FACILITARE L'INTEGRAZIONE DI COMPETENZE MULTIPROFESSIONALI nel processo diagnostico-terapeutico
- di FONTE INFORMATIVA
 - Ricerca clinico-scientifica
 - Formazione operatori
 - Dati amministrativi e gestionali
 - Dati medico-legali:

Trattandosi di documentazione pubblica di fede privilegiata, perché proviene da un pubblico ufficiale / pubblico dipendente incaricato di un pub-

blico servizio nell'esercizio delle sue funzioni è un documento originale che costituisce la fonte prima e autonoma di quanto in essa contenuto e permette l'esercizio di diritti nonché la tutela di legittimi interessi di:

- Persona assistita
- Azienda che eroga l'assistenza
- Operatori che agiscono.

DOCUMENTI E NOTIZIE CHE COSTITUISCONO LA CARTELLA CLINICA:

La Cartella Clinica contiene, di norma, i seguenti documenti:

- Foglio di accettazione / rapporto o referto PS/ richiesta di ricovero del medico MMG
- Copia dei referti inviati all'autorità giudiziaria
- Copia dei rapporti informativi inviati agli Enti competenti
- Copia denuncia di malattia infettiva
- eventuale verbale TSO
- dati sulla struttura di ricovero e data
- dati anagrafici
- caratteristiche del ricovero
- motivo del ricovero
- dati anamnestici
- esame obiettivo
- ipotesi diagnostiche
- Certificato di assistenza al parto
- Partogramma
- Dichiarazioni di consenso informato per procedure invasive e somministrazione emocomponenti o emoderivati
- Consenso al trattamento dei dati
- Diario di degenza
- Prescrizioni Terapia
- Consulenze specialistiche effettuate
- Relazioni diagnostiche e terapeutiche compresi referti di esami di laboratorio o strumentali

- Scheda anestesiologicala
- Richieste trasfusioni
- Registro operatorio (foglio di riferimento)
- Diagnosi finale
- Lettera di dimissione
- Lettere di trasferimento
- SDO
- Eventuale certificato di morte
- Eventuali dichiarazioni esplicite relative al trattamento in regime di Day Surgery secondo la normativa e il regolamento adottato dall'Azienda
- Schede di consenso relative all'intervento di Day Surgery.
- Scheda per eventuale riconversione del ricovero: motivo e sede del ricovero.
- Ogni altro documento emesso in occasione dell'iter diagnostico terapeutico relativo al ricovero, compresi accertamenti e prestazioni eseguiti in funzione del ricovero.

FORMATO E SUPPORTO

Per la Cartella Clinica redatta su supporto cartaceo, i fogli contenuti devono, salvo eccezioni autorizzate dalla Direzione Sanitaria , o suoi multipli, numerati e intestati con codice di cartella e dati del paziente; inoltre, vi deve essere il titolo del documento cui si riferisce (anamnesi, esame obiettivo, terapia, ecc.).

Infine, i modelli utilizzati per e in Cartella Clinica devono essere codificati per la loro tracciabilità.

La struttura deve essere modulare con una parte generale comune a tutte le Unità Operative e parti specifiche per la singole specialità.

STRUTTURA

A. Dati amministrativi

1. Dati di identificazione della cartella clinica

La cartella clinica viene identificata con riferimento alla normativa nazionale e regionale

con la denominazione della struttura di ricovero

Codice della U.O. di ammissione

Codice di cartella clinica ovvero numero nosologico seguito dall'anno relativo

Identificazione della Unità operativa

2. Dati della persona assistita

Compilazione dell'anagrafica del paziente con i campi obbligatori e facoltativi individuati dalla Regione.

E' consigliabile allegare in cartella clinica fotocopia di un documento di identità del paziente.

B. Inquadramento del paziente

1. Proposta di ricovero

Il documento originale di proposta-prescrizione di ricovero, redatto sulla modulistica prevista dalla normativa vigente, è parte integrante della cartella clinica perché costituisce l'inizio dell'episodio di ricovero.

La proposta di ricovero può essere redatta da:

medico di medicina generale o pediatra di libera scelta

medico specialista convenzionato

medico ospedaliero

medico di struttura protetta

Pronto soccorso

Guardia medica o 118

Libero Professionista

Per i pazienti trasferiti da altre strutture, è buona norma che il paziente sia presentato alla struttura accettante con una relazione che descriva le condizioni cliniche salienti ed i motivi che hanno portato al trasferimento in atto.

Per il paziente seguito in regime di Day Surgery è necessario allegare la documentazione prevista dal regolamento regionale.

2. Anamnesi:

Familiare, fisiologica, remota e prossima.

La modalità di raccolta può essere:

BREVE

ESTESA

COMPLETA

3. Motivo del ricovero:

Identifica in modo chiaro i problemi attuali del paziente per orientare le fasi successive del percorso del paziente: descrizione del disturbo principale con una sintesi clinica che riporti i sintomi, le condizioni, il sospetto diagnostico, le indicazioni del medico o eventuali altri elementi che hanno determinato il ricovero.

4. Esame Obiettivo:

L'esame obiettivo può essere:

- mirato al problema
- esteso ad altri aspetti correlati
- dettagliato e completo in base a quanto ritenuto necessario tenendo conto delle condizioni cliniche del paziente.

Si richiede di segnalare nella scheda se l'esame obiettivo è completo (cuore, torace, addome), parziale o assente.

5. Ipotesi diagnostiche ed elenco dei problemi attivi

Sulla base dell'anamnesi e dell'esame obiettivo vengono formulate e riportate ipotesi diagnostiche e /o terapeutiche.

6. Pianificazione del processo di cura:

Sulla base delle ipotesi diagnostiche e dei problemi rilevanti vengono individuate le procedure diagnostiche terapeutiche assistenziali e riabilitative appropriate.

C. Processo di cura

Decorso del ricovero e trasferimenti interni

E' tutta la documentazione relativa al decorso del ricovero del paziente; inoltre il trasferimento da una U.O. ad un'altra all'interno della Azienda comporta le procedure esplicitate dalla Regione Campania :

- Da una U.O. ad altra U.O. per acuti la cartella clinica resta aperta con le relative registrazioni che motivano il trasferimento
- Da U.O. per acuti al settore Riabilitazione , la cartella viene chiusa e il ricovero in Riabilitazione segue le procedure della Regione Campania

Diario Clinico

Il diario clinico deve essere compilato a cura del Medico del reparto e il compilatore deve essere sempre identificabile.

Le informazioni contenute nel diario clinico servono a documentare in maniera chiara e accurata il percorso diagnostico terapeutico del paziente con tracciabilità documentale permettendo una visione completa del decorso, delle prestazioni erogate, della tempistica con cui sono state erogate e le motivazioni di scelta terapeutica e procedurale.

Testimonia in modo dettagliato la realizzazione e le relative modifiche del piano diagnostico, terapeutico e assistenziale del paziente.

Deve essere compilato specificando la data dell'osservazione e se vi sono più osservazioni nella stessa giornata il medico compilatore deve specificare l'ora in cui si verificano eventi o procedure o si effettuano rilevazioni dei parametri vitali del paziente.

In particolare nel diario clinico devono essere segnalate:

- **tutte le variazioni delle condizioni cliniche del paziente**
- **le eventuali modifiche portate al programma di cura con la loro motivazione.**

Tutte le registrazioni vanno sempre datate (giorno e ora) e firmate in modo chiaro e leggibile da colui il quale ne ha l'autorità.

Terapia Farmacologica

La cartella clinica riporta un campo dedicato nel diario clinico per la prescrizione farmacologica ma si ricorda che è stata attivata la scheda unica di terapia per una sistematica ed organica attività prescrittiva e di somministrazione .Il foglio di scheda unica di terapia viene allegato alla cartella clinica a chiusura della stessa , inq quanto documento sanitario integrato.

Rilevazione parametri vitali

Nelle cartelle cliniche dell'Azienda generalmente il parametri vitali sono registrati in documentazione infermieristica . Tuttavia dinanzi a situazioni cliniche critiche (picchi ipertensivi o ipotensivi, ipertermia, tachi-

bradicardia etc...), i valori sono registrati in cartella unitamente al relativo trattamento diagnostico – terapeutico.

Referti / Relazioni / Consulenze

Le relazioni cliniche, relative a esami ematochimici e a prestazioni strumentali (di solito definite con il termine improprio di “referti”) in originale sono conservate in ordine cronologico nella cartella clinica eventualmente ordinati per tipologia di esame.

La relazione della visita di consulenza attualmente viene registrata nel diario clinico o ove è predisposto, su campi dedicati: **deve essere sempre firmata** dal medico che l'ha effettuata.

Registro operatorio

In aderenza a quanto disposto dal Ministero della Salute con Nota prot.n.900.2/2.7/190 del 14/03/1996 “Il registro Operatorio o il verbale di ogni intervento costituisce parte integrante e rilevante della cartella clinica, nella quale dovrà essere compresa una copia di tale verbale qualunque siano le modalità della sua tenuta.

Dichiarazioni di volontà del paziente

- tutela della privacy
- consenso informato a procedure anestesologiche
- assenso o dissenso a procedure invasive e alla somministrazione di emocomponenti - emoderivati
- test HIV

In Villa dei Fiori i consensi informati e la loro gestione così come la gestione della privacy sono affidati ad apposite procedure .

dimissioni volontarie : viene registrata e firmata dall'interessato nel diario clinico.

D. Chiusura del ricovero

Comporta la chiusura della cartella clinica con compilazione della SDO e redazione della lettera di dimissione. Il Responsabile della SOC prima di consegnare la cartella clinica all'archivio della Direzione Sanitaria, deve

esaminarla e apporre il timbro della SOC e firmarla. La Cartella Clinica deve essere depositata in Direzione Sanitaria per l'archiviazione centrale **entro la fine del mese in corso** alla data di chiusura della cartella.

La dimissione della persona assistita comporta la VALUTAZIONE FINALE con compilazione della epicrisi sul foglio di dimissione , della sintesi clinica e con le conclusioni diagnostiche . La dimissione viene firmata dal medico responsabile della U.O.

E. Lettera di dimissione

La lettera di dimissioni viene consegnata al paziente alla dimissione e una copia stampata e firmata è inserita in Cartella Clinica.

La lettera di dimissione deve contenere :

- ❖ la ragione della ospedalizzazione
- ❖ significativi rilievi
- ❖ interventi diagnostico terapeutici effettuati
- ❖ condizioni del paziente alla dimissione
- ❖ indicazioni al MMG chiare su terapia, esami e follow up da eseguire dopo in ricovero
- ❖ eventuale necessità di assistenza infermieristica post ricovero
- ❖ modalità di richiesta copia di cartella clinica

F. SDO Scheda di Dimissione Ospedaliera

Seconda la normativa nazionale in materia, fa parte integrante della Cartella Clinica .

In Villa dei Fiori la SDO viene compilata in segreteria di Direzione Sanitaria ove è disponibile il software gestionale dedicato.

DA RICORDARE !

Questi documenti devono essere inseriti in Cartella Clinica nel caso in cui sono effettuate le relative prestazioni:

- esami eseguiti in pre ricovero, nelle accezioni indicate dalla Regione
- documenti relativi a prelievi e/o trapianti di organo
- documenti relativi a trasfusioni di sangue, emoderivati, plasma e plasmaderivati.
- Risultati di biopsie ed esami istologici
- Risultati di eventuale riscontro autoptico

- Etichette con identificazione di protesi impiantate
 - Rintracciabilità della sterilizzazione a qualsiasi titolo effettuata in clinica

RACCOMANDAZIONI SULLA COMPILAZIONE E CONSERVAZIONE DELLA CARTELLA CLINICA. ARCHIVIAZIONE. RESPONSABILITA' E TEMPISTICHE .

Si ricorda che :

- ❖ le registrazioni in cartella devono essere contestuali agli avvenimenti clinici
- ❖ la cartella clinica è un atto pubblico e deve per tanto essere custodita in U.O. con la massima accuratezza
- ❖ il medico responsabile ed il coordinatore infermieristico/ostetrico sono responsabili della diligente custodia in U.O.
- ❖ ciascun medico è responsabili in primis di quanto decide , prescrive e registra sulla cartella clinica
- ❖ le cartelle cliniche devono essere consegnate in direzione sanitaria **complete** di tutte le registrazioni e degli allegati per consentire la chiusura amministrativa della stessa , PREVIO FIRMA DEL PRIMARIO, entro e non oltre i 30 gg successivi alla dimissione del paziente (con le dovute eccezioni per day hospital o altri casi consentiti dalla legge)
- ❖ in caso di smarrimento o deterioramento della cartella clinica **si fa obbligo** di informare immediatamente la direzione sanitaria .

L'archiviazione, la conservazione e il recupero delle cartelle cliniche che documentano ricoveri in regime ordinario o di Day-Hospital/Day Surgery sono organizzate dalla Direzione Sanitaria . Il Direttore Sanitario (art. 5 DPR 128/69) è responsabile della custodia della documentazione clinica al momento cui questa perviene all'archivio centrale.

Rev.	Data	Motivi e descrizione delle modifiche	Redazione	Verifica Approvazione
0	PRIMA STESURA	Dottoranda Dottssa A. Mazzitelli
1				

ALLEGATO N° 2 – PROCEDURA GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

TITOLO

GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE INFERMIERISTICA

FUNZIONE RESPONSABILE PER LA REDAZIONE

Dottoranda Annunziata Mazzitelli

LISTA DI DISTRIBUZIONE

RAPPRESENTANTE DIREZIONE/Dir.Serv. Inf.	DI	1 COPIA
DIREZIONE SANITARIA		1 COPIA
Coordinatori , Responsabili Medici ,		1 COPIA per ciascun servizio , U.O.,

RIFERIMENTI NORMATIVI :

DM 739/94 Profilo Professionale dell'infermiere

DM 740/94 Profilo Professionale dell'ostetrica

DM 70/97 Profilo Professionale dell'Infermiere Pediatrico

Legge 42/99

Codice deontologico dell' infermiere e dell'ostetrica

Legge 251/2000 – art 1

DGRC. 22.06.06 - Regolamento per la definizione dei requisiti ulteriori e per le procedure di accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati: art.10 punto 3, SRic4 punto 26-27-29-41-42 .

Regolamento DGRC n.07 del 2007

Decreto Commissario ad Acta n 124 Burc del 22.10.12

1. SCOPO E CAMPO DI APPLICAZIONE

La documentazione infermieristica è l'insieme dei documenti che costituiscono lo strumento atto alla raccolta dati clinico assistenziali che, sotto la diretta responsabilità degli infermieri fornisce un'adeguata documentazione del processo assistenziale, definisce e migliora i processi comunicativi all'interno del gruppo infermieristico, lascia tracciabilità degli interventi infermieristici, diventando strumento di verifica dell'efficienza ed efficacia di procedure e protocolli applicati.

Il presente documento descrive la programmazione e l'attuazione dell'intervento delle professioni infermieristiche, le modalità di registrazione degli atti assistenziali nonché la gestione degli archivi documentali.

2. RESPONSABILITÀ

È responsabilità di tutte le figure professionali di area infermieristica :

- Compilazione corretta di ogni parte della documentazione
- Segnalare la necessità di modifiche alla documentazione
- Custodire e conservare correttamente i documenti durante il periodo del loro uso.

È responsabilità della direzione infermieristica :

- valutare la documentazione periodicamente insieme ai coordinatori al fine di mantenere adeguata e conforme la documentazione esistente alle esigenze organizzative ed alla normativa vigente .

3. DEFINIZIONI E ABBREVIAZIONI

Resp. Med = Responsabile Medico di U.O.

Med = Medico

CI= Coordinatore Infermieristico

INF: Infermiere

OSA = operatore socio ausiliario

OTA = operatore tecnico ausiliario
OSS = operatore socio sanitario
OST = ostetrica
IP = infermiere pediatrico
VIG = vigilatrice di infanzia
TSRM = tecnico sanitario radiologia medica
TDLB = tecnico di laboratorio biomedico
RF = responsabile della Farmacia
OS: Terapia Orale
IM: Terapia Intramuscolare
EV: Terapia Endovenosa
SGQ= sistema gestione qualità

Si definiscono documenti oggetto di redazione , modifica , verifica , archiviazione :

- schede infermieristiche
- cartelle infermieristiche
- schede uniche di terapia
- scheda gestione catetere vescicale
- scheda gestione accessi venosi vascolari centrali e periferici
- cartelle termometriche
- schede monitoraggi parametri vitali, alimentazione , bilancio idrico
- monitoraggio diuresi e/o glicemia
- schede monitoraggio ferite chirurgiche , escrezioni e secrezioni
- richieste-distribuzione vitto
- documentazione informativa per utenza
- registri consegne - rapporto
- qualsiasi altro documento utilizzato dalle figure professionali di area infermieristica.

4. REDAZIONE DEI DOCUMENTI

I documenti sono redatti dalla funzione responsabile dei processi per i quali la documentazione occorre . I documenti hanno funzione di :

- pianificazione delle attività e degli interventi assistenziali

- registrazione delle attività svolte ed identificazione degli operatori che hanno svolto le attività
- valutazione degli interventi assistenziali attuati e del raggiungimento degli obiettivi assistenziali

Possono essere utilizzati forme di lavori di gruppo o tavoli di lavoro scientifico finalizzati alla redazione ed alla condivisione .

Dopo la redazione e condivisione , i documenti sono implementati per un periodo in via sperimentale al fine di accertarne la validità operativa .

Quando il documento giunge ad una versione definitiva si notifica al personale che dovrà utilizzarla (distribuzione) , alla direzione infermieristica ed al responsabile qualità aziendale .

5. COMPILAZIONE DEI DOCUMENTI – VERIFICA DELLA COMPILAZIONE

I documenti devono essere compilati con diligenza e perizia in tutte le parti necessarie .

I documenti devono essere chiaramente leggibili e veritieri , scritti con grafia chiara e senza cancellature .

I dati identificativi del paziente devono garantire la identificazione univoca dello stesso paziente.

I dati di registrazione devono essere completi di tutte le informazioni utili senza omissioni; in caso di assenza di dati da registrare , il campo deve essere sbarrato. La presenza di campi vuoti e non sbarrati è ritenuta omissione – dimenticanza dell'operatore.

La firma per esteso e la sigla dell'operatore devono essere depositate presso la direzione infermieristica .

La verifica sulla corretta compilazione è effettuata nelle attività ordinarie dal coordinatore ed in audit di processo dal direttore di servizio infermieristico.

6. CUSTODIA ED ARCHIVIAZIONE DEI DOCUMENTI

I documenti infermieristici sono custoditi dalla risorsa umana che li utilizza sotto la responsabilità del coordinatore.

I documenti devono essere custoditi in raccoglitori rigidi, al riparo da mani estranee, in armadietti e/o carrelli secondo:

- ordine cronologico per le registrazioni
- indice di revisione per procedure ed istruzioni operative

Durante il loro utilizzo e sino a tutto il periodo di degenza del paziente a cui i documenti si riferiscono, i documenti sono gestiti e custoditi secondo le disposizioni interne della U.O.

Deve essere garantita la privacy dei dati sensibili.

La archiviazione segue i requisiti normativi e nello specifico:

- tutti documenti che pianificano, registrano e valutano interventi assistenziali (schede terapia, monitoraggio parametri vitali, gestione dei cateteri, programma etc...), dopo la dimissione del paziente a cui si riferiscono, i documenti sono prelevati dai rispettivi raccoglitori, controllati dal coordinatore, ordinati cronologicamente, spillati o graffiati e inseriti in cartella clinica, seguendo l'iter della cartella clinica;
- i fogli vitto sono custoditi per un anno;
- Tutti i registri sono conservati per 10 anni: ogni mese di Gennaio si mandano in archivio amministrativo, in scatola di cartone ed identificando unità operativa, anno di riferimento e contenuto.

7. VALUTAZIONE E VERIFICA DELLA ADEGUATEZZA DEI DOCUMENTI

I documenti redatti ed utilizzati devono rispondere sempre e costantemente ai seguenti requisiti:

- devono essere idonei agli scopi
- devono essere conformi alle norme e disposizioni vigenti
- devono essere facilmente gestibili dal personale addetto
- devono non appesantire e/o rallentare il sistema organizzativo

La verifica della adeguatezza del sistema documentale infermieristico della U.O. alle reali esigenze organizzative è attuato in prima fase dal coordinatore di U.O ed in seconda fase dal Direttore dei Servizi Infermieristici- RdD per la adeguatezza normativa ed al SGQ.

La verifica può essere effettuata tutte le volte che si rende necessario ma comunque **non meno di una volta l'anno al fine di garantire** la massima attenzione sull'argomento.

TABELLA REVISIONI

Rev.	Data	Motivi e descrizione delle modifiche	Redazione e Verifica	Approvazione
0	PRIMA STESURA	Dottoranda Annunziata Mazzitelli	
1				
2				

U.O. Chirurgia
 Responsabile Medico: Dott.
 Coord. Inf. :



Letto n° C.C.
 Gruppo Fattore RH

Cognome: Nome

Luogo di nascita Data di nascita Residenza

Persone da contattare in caso di necessità	Numeri telefonici utili	<input type="checkbox"/> Portatore di protesi metallica <input type="checkbox"/> Portatore di defibrillatore o pacemaker <input type="checkbox"/> Colonstomia presente
---	--	---

<input type="checkbox"/> PS <input type="checkbox"/> ORD <input type="checkbox"/> D.S. <input type="checkbox"/> TRASFERITO <input type="checkbox"/> PRERICOVERO	Il/la paziente dichiara	<input type="checkbox"/> Diabete <input type="checkbox"/> Iperensione <input type="checkbox"/> Allergia a <input type="checkbox"/> In terapia anticoagulante <input type="checkbox"/> Farmacoverzione dal
--	---	--

Diagnosi medica INGRESSO.....

Motivo del ricovero

Positività sierologica : HCV HIV HBs Ag Non nota

Gestione paziente in ingresso in data
 P.A. frequenza cardiaca b/min

Esami diagnostici in ingresso : <input type="checkbox"/> Prelievo venoso per esami : <input type="checkbox"/> Routine + <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> RX Torace <input type="checkbox"/> Rx <input type="checkbox"/> Eco..... <input type="checkbox"/> TAC prenotata per il <input type="checkbox"/> Altro	Firma	Richiesta emoderivati :			
		Consulenze specialistiche			
		Anestesiologica	SI	NO	Firma
		Cardiologica	SI	NO	
		Chirurgica	SI	NO	
Altro:	SI	NO			

- Preparazione all'intervento chirurgico:
- Tricotomia
 - Profilassi antibiotica
 - Clistere
 - Bagno
 - Altro
 - Terapia desensibilizzante dal.....

Oggetti personali in ingresso consegnati: Informazioni sul percorso assistenziale :
--

PERCORSO CHIRURGICO : GIORNO INTERVENTO data			
A CURA DELLE S.O o Unità Operativa : data.....	Firma	A cura della unità operativa POST operatorio h.	
<input type="checkbox"/> Posizionamento catetere <input type="checkbox"/> Accesso venoso <input type="checkbox"/> Monitorizzazione <input type="checkbox"/> Drenaggi n° <input type="checkbox"/> Fasciatura..... <input type="checkbox"/> Bronco aspirazione <input type="checkbox"/> Preanestesia : <input type="checkbox"/> Anestesia : tipologia.....		<input type="checkbox"/> Controllo diuresi <input type="checkbox"/> Controllo catetere v. <input type="checkbox"/> Controllo drenaggi <input type="checkbox"/> Infusione continua <input type="checkbox"/> Trasfusione emoderivati <input type="checkbox"/> Rimoz. Accesso venoso h.....	Firma I° Controllo par. vit PA fc II° Controllo par. vit PA fc
Osservazioni:			
PERCORSO CHIRURGICO : I° GIORNO POST INTERVENTO MATTINA			
<i>Controllo Post operatorio :</i> <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> Sanguinamento ferita <input type="checkbox"/> Dolore alla ferita <input type="checkbox"/> Sospensione liquidi + accesso venoso <input type="checkbox"/> Rimozione catere vescicale <input type="checkbox"/> Mobilizzazione della zona operata	Firma	<input type="checkbox"/> Drenaggio Qta mlAspetto..... <input type="checkbox"/> Drenaggio Qta ... ml/Aspetto.... <input type="checkbox"/> Alvo aperto a <input type="checkbox"/> Alvo chiuso..... <input type="checkbox"/> Emocromo <input type="checkbox"/> Medicazione <input type="checkbox"/> Mobilizzazione del paziente <input type="checkbox"/> Altro.....	Firma
Osservazioni:			
PERCORSO CHIRURGICO : I° GIORNO POST INTERVENTO POMERIGGIO			
<i>Controllo Post operatorio :</i> <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> Sanguinamento ferita <input type="checkbox"/> Dolore alla ferita <input type="checkbox"/> Sospensione liquidi + accesso venoso <input type="checkbox"/> Rimozione catere vescicale <input type="checkbox"/> Mobilizzazione della zona operata	Firma	<input type="checkbox"/> Drenaggio Qta mlAspetto..... <input type="checkbox"/> Drenaggio Qta ... ml/Aspetto.... <input type="checkbox"/> Alvo aperto a <input type="checkbox"/> Alvo chiuso..... <input type="checkbox"/> Emocromo <input type="checkbox"/> Medicazione <input type="checkbox"/> Mobilizzazione del paziente <input type="checkbox"/> Altro.....	Firma
Osservazioni:			
PERCORSO CHIRURGICO : II° GIORNO POST INTERVENTO MATTINA			
<i>Controllo Post operatorio :</i> <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> Sanguinamento ferita <input type="checkbox"/> Dolore alla ferita <input type="checkbox"/> Sospensione liquidi + accesso venoso <input type="checkbox"/> Rimozione catere vescicale <input type="checkbox"/> Mobilizzazione della zona operata	Firma	<input type="checkbox"/> Drenaggio Qta mlAspetto..... <input type="checkbox"/> Drenaggio Qta ... ml/Aspetto.... <input type="checkbox"/> Alvo aperto a <input type="checkbox"/> Alvo chiuso..... <input type="checkbox"/> Emocromo <input type="checkbox"/> Medicazione <input type="checkbox"/> Mobilizzazione del paziente <input type="checkbox"/> Altro.....	Firma
Osservazioni:			

PERCORSO CHIRURGICO : II° GIORNO POST INTERVENTO POMERIGGIO			
<i>Controllo Post operatorio :</i> <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> Sanguinamento ferita <input type="checkbox"/> Dolore alla ferita <input type="checkbox"/> Sospensione liquidi + accesso venoso <input type="checkbox"/> Rimozione catetere vescicale <input type="checkbox"/> Mobilizzazione della zona operata	Firma	<input type="checkbox"/> Drenaggio Qta mlAspetto..... <input type="checkbox"/> Drenaggio Qta ... ml/Aspetto.... <input type="checkbox"/> Alvo aperto a <input type="checkbox"/> Alvo chiuso..... <input type="checkbox"/> Emocromo <input type="checkbox"/> Medicazione <input type="checkbox"/> Mobilizzazione del paziente <input type="checkbox"/> Altro.....	Firma

Osservazioni:

PERCORSO CHIRURGICO : III° GIORNO POST INTERVENTO MATTINA			
<i>Controllo Post operatorio :</i> <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> Sanguinamento ferita <input type="checkbox"/> Dolore alla ferita <input type="checkbox"/> Sospensione liquidi + accesso venoso <input type="checkbox"/> Rimozione catetere vescicale <input type="checkbox"/> Mobilizzazione della zona operata	Firma	<input type="checkbox"/> Drenaggio Qta mlAspetto..... <input type="checkbox"/> Drenaggio Qta ... ml/Aspetto.... <input type="checkbox"/> Alvo aperto a <input type="checkbox"/> Alvo chiuso..... <input type="checkbox"/> Emocromo <input type="checkbox"/> Medicazione <input type="checkbox"/> Mobilizzazione del paziente <input type="checkbox"/> Altro.....	Firma

Osservazioni:

PERCORSO CHIRURGICO : IV° GIORNO POST INTERVENTO MATTINA			
<i>Controllo Post operatorio :</i> <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> Sanguinamento ferita <input type="checkbox"/> Dolore alla ferita <input type="checkbox"/> Sospensione liquidi + accesso venoso <input type="checkbox"/> Rimozione catetere vescicale <input type="checkbox"/> Mobilizzazione della zona operata	Firma	<input type="checkbox"/> Drenaggio Qta mlAspetto..... <input type="checkbox"/> Drenaggio Qta ... ml/Aspetto.... <input type="checkbox"/> Alvo aperto a <input type="checkbox"/> Alvo chiuso..... <input type="checkbox"/> Emocromo <input type="checkbox"/> Medicazione <input type="checkbox"/> Mobilizzazione del paziente <input type="checkbox"/> Altro.....	Firma

Osservazioni:

PERCORSO CHIRURGICO : V° GIORNO POST INTERVENTO MATTINA			
<i>Controllo Post operatorio :</i> <input type="checkbox"/> Normale <input type="checkbox"/> Anormale <input type="checkbox"/> Sanguinamento ferita <input type="checkbox"/> Dolore alla ferita <input type="checkbox"/> Sospensione liquidi + accesso venoso <input type="checkbox"/> Rimozione catere vescicale <input type="checkbox"/> Mobilizzazione della zona operata	Firma	<input type="checkbox"/> Drenaggio Qta mlAspetto..... <input type="checkbox"/> Drenaggio Qta ... ml/Aspetto.... <input type="checkbox"/> Alvo aperto a <input type="checkbox"/> Alvo chiuso..... <input type="checkbox"/> Emocromo <input type="checkbox"/> Medicazione <input type="checkbox"/> Mobilizzazione del paziente <input type="checkbox"/> Altro.....	Firma

**SEZIONE CARTELLA INFERMIERISTICA PER LA GESTIONE E TRASFUSIONE
DEGLI EMOCOMPONENTI ED EMODERIVATI**

Data	Tipologia	Notizie
/ / Firma INF:	<input type="checkbox"/> Emazie concentrate sacca n° <input type="checkbox"/> Sangue n° <input type="checkbox"/> Plasma n° <input type="checkbox"/> Piastrine n° Altro	P.A. ____ / ____ Fc ____ b/min a) Inizio trasfusione h..... b) Sospesa h. a causa di c) Terminata h
Note alla trasfusione :		
/ / Firma INF:	<input type="checkbox"/> Emazie concentrate sacca n° <input type="checkbox"/> Sangue n° <input type="checkbox"/> Plasma n° <input type="checkbox"/> Piastrine n° Altro	P.A. ____ / ____ Fc ____ b/min a) Inizio trasfusione h..... b) Sospesa h. a causa di c) Terminata h
Note alla trasfusione :		
/ / Firma INF:	<input type="checkbox"/> Emazie concentrate sacca n° <input type="checkbox"/> Sangue n° <input type="checkbox"/> Plasma n° <input type="checkbox"/> Piastrine n° Altro	P.A. ____ / ____ Fc ____ b/min a) Inizio trasfusione h..... b) Sospesa h. a causa di c) Terminata h
Note alla trasfusione :		
/ / Firma INF:	<input type="checkbox"/> Emazie concentrate sacca n° <input type="checkbox"/> Sangue n° <input type="checkbox"/> Plasma n° <input type="checkbox"/> Piastrine n° Altro	P.A. ____ / ____ Fc ____ b/min a) Inizio trasfusione h..... b) Sospesa h. a causa di c) Terminata h
Note alla trasfusione :		
/ / Firma INF:	<input type="checkbox"/> Emazie concentrate sacca n° <input type="checkbox"/> Sangue n° <input type="checkbox"/> Plasma n° <input type="checkbox"/> Piastrine n° Altro	P.A. ____ / ____ Fc ____ b/min a) Inizio trasfusione h..... b) Sospesa h. a causa di c) Terminata h
Note alla trasfusione :		
/ / Firma INF:	<input type="checkbox"/> Emazie concentrate sacca n° <input type="checkbox"/> Sangue n° <input type="checkbox"/> Plasma n° <input type="checkbox"/> Piastrine n° Altro	P.A. ____ / ____ Fc ____ b/min a) Inizio trasfusione h..... b) Sospesa h. a causa di c) Terminata h
Note alla trasfusione :		

Gestione e monitoraggio ferita chirurgica : inizio a 72 h dall'intervento chirurgico

Data Firma	Data Firma	Data Firma	Data Firma	Data Firma
<input type="checkbox"/> asciutta e pulita	<input type="checkbox"/> asciutta e pulita	<input type="checkbox"/> asciutta e pulita	<input type="checkbox"/> asciutta e pulita	<input type="checkbox"/> Asciutta e pulita
<input type="checkbox"/> Secrez. limp	<input type="checkbox"/> Secrez. limp	<input type="checkbox"/> Secrez. limp	<input type="checkbox"/> Secrez. limp	<input type="checkbox"/> Secrez. limp
<input type="checkbox"/> Secr..Purul	<input type="checkbox"/> Secr. Purul	<input type="checkbox"/> Secr..Purul	<input type="checkbox"/> Secr. Purul	<input type="checkbox"/> Secr. Purul
<input type="checkbox"/> Edematosa ed iperem.	<input type="checkbox"/> Edematosa ed iperem.	<input type="checkbox"/> Edematosa ed iperem.	<input type="checkbox"/> Edematosa ed iperem.	<input type="checkbox"/> Edematosa ed iperem.
<input type="checkbox"/> Tamponc	<input type="checkbox"/> Tamponc	<input type="checkbox"/> Tamponc	<input type="checkbox"/> Tamponc	<input type="checkbox"/> Tamponc
<input type="checkbox"/> In terapia antibiotica	<input type="checkbox"/> In terapia antibiotica	<input type="checkbox"/> In terapia antibiotica	<input type="checkbox"/> In terapia antibiotica	<input type="checkbox"/> In terapia antibiotica
<input type="checkbox"/> Altro da segnalare:.....	<input type="checkbox"/> Altro da segnalare:.....	Altro da segnalare:.....	<input type="checkbox"/> Altro da segnalare:.....	<input type="checkbox"/> Altro da segnalare:.....
.....

Monitoraggio Parametri vitali

PRESSIONE E FREQUENZA CARDIACA

Data	Valore firma										
PA/FC Mattina											
PA/FC Pomeriggio											

TEMPERATURA CORPOREA

Tempearatura H. 8,00											
Temperatura H. 12,00											
Tempearatura H. 16,00											
Temperatura H. 20,00											

Gestione e monitoraggio ferita chirurgica : inizio a 72 h dall'intervento chirurgico

Data Firma	Data Firma	Data Firma	Data Firma	Data Firma
<input type="checkbox"/> asciutta e pulita	<input type="checkbox"/> asciutta e pulita	<input type="checkbox"/> asciutta e pulita	<input type="checkbox"/> asciutta e pulita	<input type="checkbox"/> Asciutta e pulita
<input type="checkbox"/> Secrez. limp	<input type="checkbox"/> Secrez. limp	<input type="checkbox"/> Secrez. limp	<input type="checkbox"/> Secrez. limp	<input type="checkbox"/> Secrez. limp
<input type="checkbox"/> Secr..Purul	<input type="checkbox"/> Secr. Purul	<input type="checkbox"/> Secr..Purul	<input type="checkbox"/> Secr. Purul	<input type="checkbox"/> Secr. Purul
<input type="checkbox"/> Edematosa ed iperem.	<input type="checkbox"/> Edematosa ed iperem.	<input type="checkbox"/> Edematosa ed iperem.	<input type="checkbox"/> Edematosa ed iperem.	<input type="checkbox"/> Edematosa ed iperem.
<input type="checkbox"/> Tamponc	<input type="checkbox"/> Tamponc	<input type="checkbox"/> Tamponc	<input type="checkbox"/> Tamponc	<input type="checkbox"/> Tamponc
<input type="checkbox"/> In terapia antibiotica	<input type="checkbox"/> In terapia antibiotica	<input type="checkbox"/> In terapia antibiotica	<input type="checkbox"/> In terapia antibiotica	<input type="checkbox"/> In terapia antibiotica
<input type="checkbox"/> Altro da segnalare:.....	<input type="checkbox"/> Altro da segnalare:.....	Altro da segnalare:.....	<input type="checkbox"/> Altro da segnalare:.....	<input type="checkbox"/> Altro da segnalare:.....
.....

Monitoraggio Parametri vitali

PRESSIONE E FREQUENZA CARDIACA

Data	Valore firma										
PA/FC Mattina											
PA/FC Pomeriggio											

TEMPERATURA CORPOREA

Tempearatura H. 8,00											
Temperatura H. 12,00											
Tempearatura H. 16,00											
Temperatura H. 20,00											

Cognome _____ Nome _____
 Data di nascita _____ Letto n° _____ C.C. _____ / _____

Scheda Lato
 N° A

Unità operativa di **CHIRURGIA**

Firma medico per validazione terapia		Data				Data				Data				Data									
Farmaco, dosaggio, forma farmaceutica somministrazione	ora	Inizio	Firma Medico	7	12	16	20	23	7	12	16	20	23	7	12	16	20	23	7	12	16	20	23
Fidovena																							
Sigla infermiere che somministra la terapia																							
Intramuscolo																							
Sigla infermiere che somministra la terapia																							

Legenda : **I.C.** infusione continua **X** Somministrazione + Sigla infermiere
II sospensione + firma medico **O** non somministrato+ Sigla infermiere per

1 Ritiro Paziente
 2 Assenza in U.O.
 3 Vasoito
 4 Altro

Mod CH ... rev 00

Alloisio accettato

BIBLIOGRAFIA

- Ministero della Salute : Patto Salute 2010-2012 –
- Ministero della Salute - Patto della salute 2014-2016
- Ministero della Salute – Mattoni SSn – Mattone 7 – Misure dell'Appropriatezza
- Linee Guida UNI EN ISO 9001: 2008
- Carta dei Servizi Azienda Policlinico Federico II Napoli
:http://www.policlinico.unina.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPa_gina/241
- M. Law, W. D. Kelton, Simulation modeling and analysis, McGraw-Hill, 2000.
-
- http://www.simul8.com/our_customers/case_studies/johns_hopkins.htm
- Taylor, Simon J. E., et al. Distributed simulation with cots simulation package: a case study in health care supply chain simulation. Centre for Applied Simulation Modelling School of Information Systems, Computing & Maths Brunel University Uxbridge, Middlesex; School of Management University of Southampton, Southampton , UK : s.n., 2006
- Raciti I. M. , Mosso R. , Azzolina M. C. , Arione R. , Davini O. , Rapellino M. O. Clinical Risk Management nelle Strutture Sanitarie
- Editore : Minerva Medica
- Ministero della Salute delle politiche Sociali :
- Manuale per la sicurezza in sala operatoria – raccomandazioni e check list - 2009
- Ministero della Salute -Raccomandazione per la prevenzione della morte , coma o danno grave derivati da errori in terapia farmacologica - Raccomandazione n.7 - Marzo 2008.
- *Legge 251/2000*
- *DGRC. 22.06.06 - Regolamento per la definizione dei requisiti ulteriori e per le procedure di accreditamento istituzionale dei soggetti pubblici e privati: art.10 punto 3, SRic4*

- *Regolamento DGRC n.07 del 2007*
- *Decreto Commissario ad Acta n.*
- *124 Burc del 22.10.12*
- *BURC n. 67 del 22 Ottobre 2012*
- *Ministero della Salute - Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero - Dati SDO - 2012*
- *Gazzetta Ufficiale del 05.01.2010- Serie Generale -*
- *BURC n. 39 del 22 Luglio 2013 – Decreto n° 82/2013*