

GIORNATA REGIONALE DELLA SICUREZZA E QUALITÀ DELLE CURE 2019

15.50

**La sicurezza delle cure in day-
surgery: monitorare e semplificare**

Roberto Prandi AAS 2

Udine

10 Dicembre 2019

Palazzo della Regione

Sala Auditorium

AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA N.2 «Bassa Friulana-Isontina»

Presidio Ospedaliero Palmanova-Latisana

SICUREZZA DELLE CURE IN DAY-SURGERY: MONITORARE E SEMPLIFICARE

Roberto Prandi	S.S. Day Surgery – Dip.to Chirurgico
Manuela Treleani	Nucleo Operativo Rischio Clinico
Luca Giacometti	Nucleo Operativo Rischio Clinico
Claudia Giuliani	Nucleo Operativo Rischio Clinico
Mario Sorrentino	Direttore Dip.to Chirurgico

OBIETTIVO

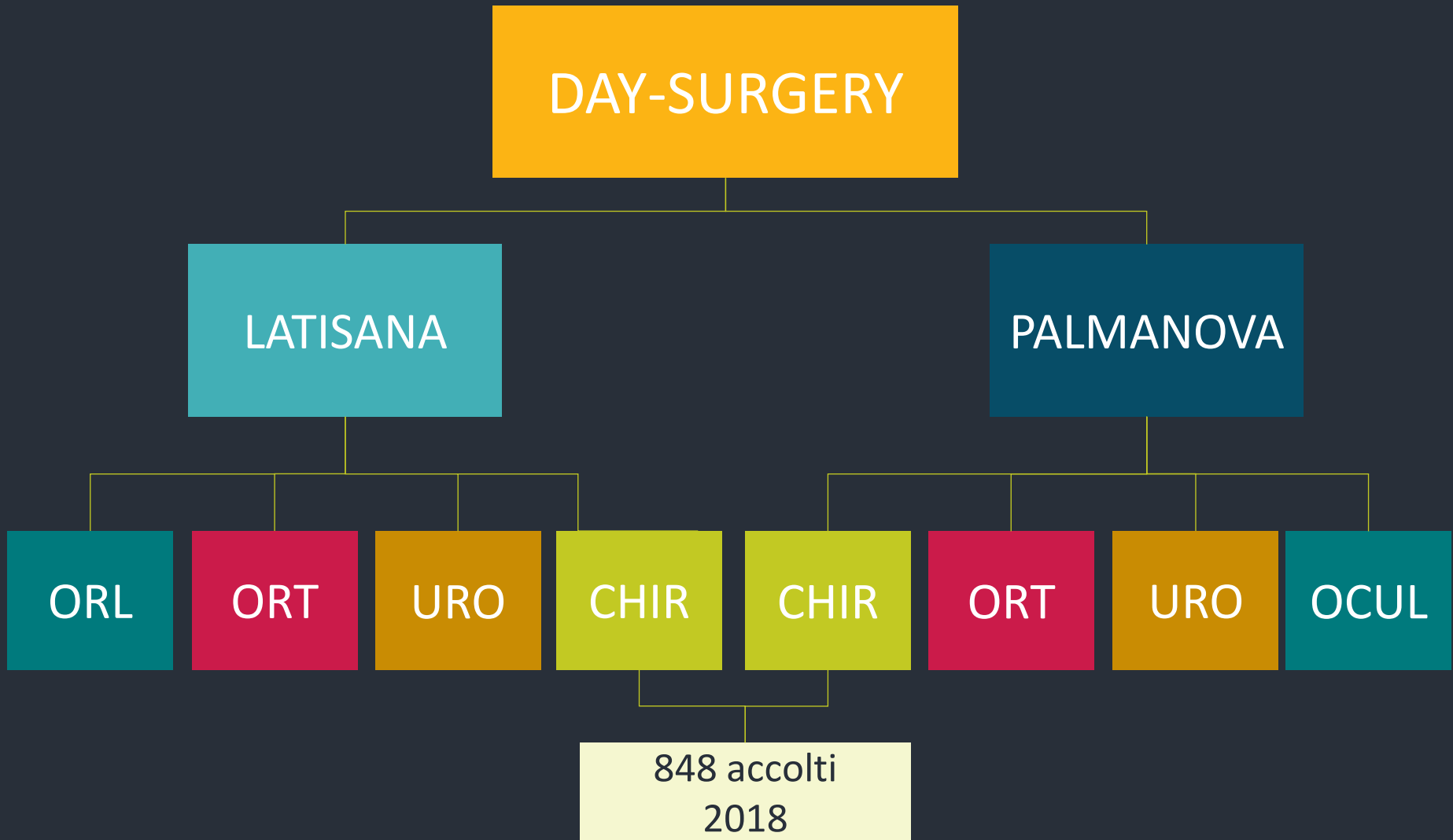
SEMPLIFICAZIONE VALUTAZIONE MEDICA

MONITORAGGIO INDICATORI

PIANIFICAZIONE DELLE CRITICITA'

SICUREZZA DELLE CURE

STRUTTURAZIONE DAY-SURGERY



INTERVENTI DI
PARETE

INTERVENTI
PROCTOLOGICI

INTERVENTI
SENOLOGICI

CATEGORIE
INTERVENTI

ALTRI
INTERVENTI

INTERVENTI
FLEBOLOGICI

INTERVENTI
UROLOGICI

**“ LA SICUREZZA DELLE CURE
ELEMENTO IMPRESCINDIBILE
DELL’ASSISTENZA ALLA PERSONA
FONDAMENTALE PER FORNIRE
PRESTAZIONI DI QUALITA’.”**



INDICATORI

INDICATORI TRATTI DA CARTELLA CLINICA	2012	2014	2016	2017	2018	2019
CONSENSO INTERVENTO CHIRURGICO	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CONSENSO INTERVENTO ANESTESIA	✓	✓	✓	✓	✓	✓
CHECK-LIST OPERATORIA	✓	✓	✓	✓	✓	✓
REGISTRO OPERATORIO	✗	✗	✓	✓	✓	✓
PROFILASSI ANTIBIOTICA PERIOPERATORIA	✓	✓	✓	✓	✓	✓
PROFILASSI TROMBOEMBOLIA VENOSA	✗	✗	✗	✗	✓	✓
VALUTAZIONE MEDICA	✓	✗	✓	✗	✓	✓
ANNOTAZIONI INFERMIERISTICHE	✓	✗	✓	✗	✓	✓
SCHEDA UNICA DI TERAPIA	✓	✓	✓	✓	✓	✓
SCHEDA DIMISSIONE OSPEDALIERA	✗	✗	✗	✓	✓	✓

INDICATORI

	2012	2014	2016	2017	2018	2019
INFEZIONI SITO CHIRURGICO	✓	✓	✗	✓	✓	✓
INCIDENT REPORTING\CADUTE	✓	✓	✓	✓	✓	✓
LAVAGGIO MANI\CONSUMO IDROALCOLICO	✓	✓	✓	✓	✓	✓
VERIFICA ARMADI FARMACI	✗	✗	✗	✗	✗	✓
.....						
.....						




PIANIFICAZIONE

EVIDENZA CRITICA

MONITORAGGIO

VALUTAZIONE AZIONI



**2018-2019 PROGETTO
SEMPLIFICAZIONE DELLA
DOCUMENTAZIONE CLINICA
IN DAY-SURGERY**

Timeline - 2018

VALUTAZIONE CARTELLE E
ACCERTAMENTO
CRITICITA' SULLA
VALUTAZIONE MEDICA

01

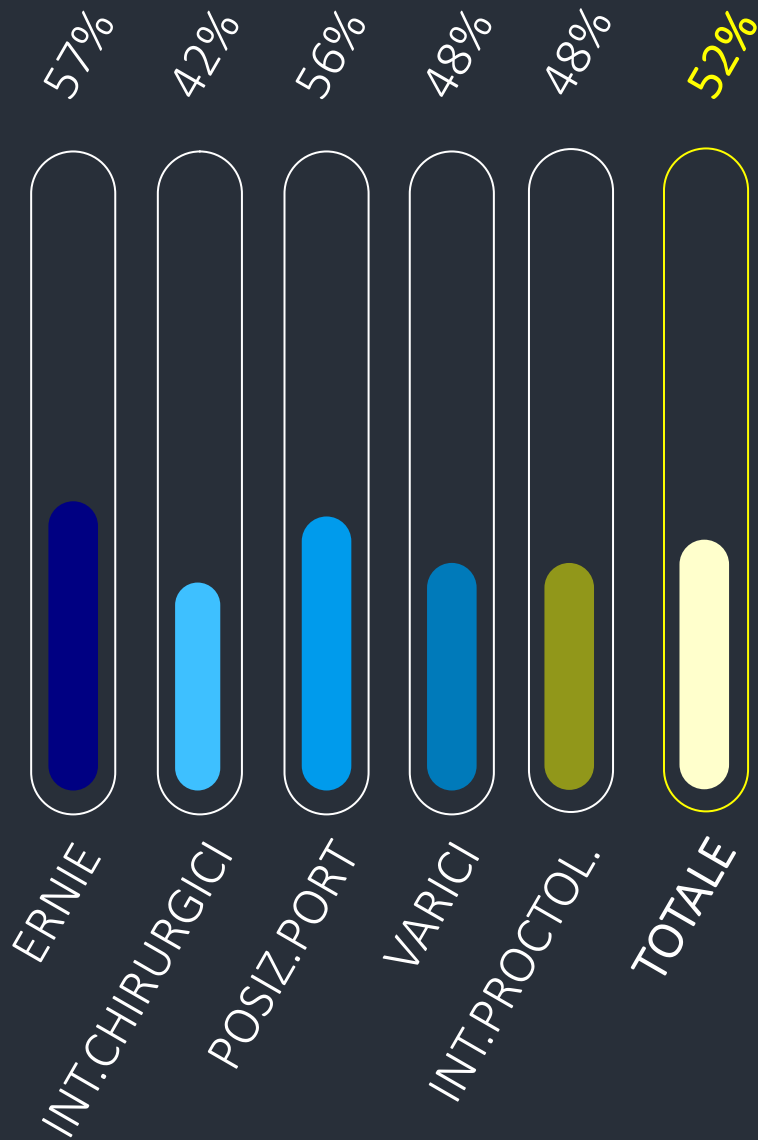
02

03

CONDIVISIONE CON I
RESPONSABILI CLINICI E
PIANIFICAZIONE
PROGETTUALITA

ANALISI PRELIMINARE E
DISCUSSIONE DATI

ANALISI PRELIMINARE - 1° SEMESTRE 2018



CRITICITA' EVIDENZIATE



^ DOCUMENTAZIONE NON IDONEA AL TIPO DI RICOVERO

^ PARZIALE INADEGUATEZZA DELLA MODULISTICA PER LA VALUTAZIONE DEL PAZIENTE

^ RIDONDANZA DI INFORMAZIONI RICHIESTE

^ POCO AGEVOLE LA COMPILAZIONE

Timeline - 2018/19

STESURA BOZZA
E VERIFICA DA
PARTE DEL
MEDICO LEGALE

04

05

PREDISPOSIZIONE
NUOVA
MODULISTICA

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
Azienda per l'Assistenza Sanitaria N.2 "Bassa Friulana-Isontra"
Presidio Ospedaliero di Latisana e Palmanova
Dipartimento Chirurgico - Dott. Mario Sorrentino
S.O.S. DAY-SURGERY

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

VALUTAZIONE CHIRURGICA ERNIE INGUINO-CRURALI, ADDOMINALI, LAPAROCELE

ANAMNESI FAMILIARE: _____

ANAMNESI FISIOLOGICA: _____

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA E PROSSIMA: _____

ESAME OBIETTIVO: _____

ALLERGIE: _____ TRASFUSIONI: _____

NAO TAO ESPM INSULINA

TERAPIA DOMICILIARE: _____

Data: _____/_____/_____ Firma del medico: _____

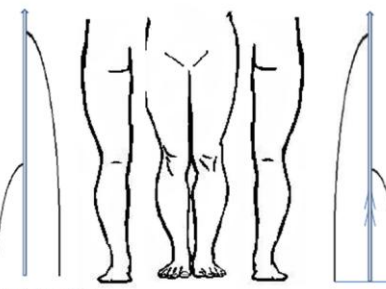
Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
Azienda per l'Assistenza Sanitaria N.2 "Bassa Friulana-Isontra"
Presidio Ospedaliero di Latisana e Palmanova
S.C. CHIRURGIA- S.O.S. DAY-SURGERY

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

STUDIO EMOdinamico ECO-COLOR-DOPPLER

Classe CEAP: _____

Intervento chirurgico: Cor. Emorri. Sciero ecoguidata Laser Altro



ANAMNESI FAMILIARE: _____

ANAMNESI FISIOLOGICA: _____

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA E PROSSIMA: _____

ESAME OBIETTIVO: _____

TERAPIA DOMICILIARE: _____

ALLERGIE: NAO TAO ESPM

INSULINA

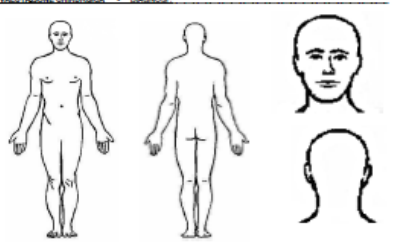
TRASFUSIONI: _____

Data: _____/_____/_____ Firma del medico: _____

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
Azienda per l'Assistenza Sanitaria N.2 "Bassa Friulana-Isontra"
Presidio Ospedaliero di Latisana e Palmanova
Dipartimento Chirurgico - Dott. Mario Sorrentino
S.O.S. DAY-SURGERY

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

VALUTAZIONE CHIRURGICA - DIAGNOSI



ETICHETTA: _____

ANAMNESI FAMILIARE: _____

ANAMNESI FISIOLOGICA: _____

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA E PROSSIMA: _____

ESAME OBIETTIVO: _____

ALLERGIE: TRASFUSIONI:

NAO TAO ESPM INSULINA

TERAPIA DOMICILIARE: _____

ALTRO: _____

Data: _____/_____/_____ Firma del medico: _____

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
Azienda per l'Assistenza Sanitaria N.2 "Bassa Friulana-Isontra"
Presidio Ospedaliero di Latisana e Palmanova
Dipartimento Chirurgico - Dott. Mario Sorrentino
S.O.S. DAY-SURGERY

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

VISITA COLONPROCTOLOGICA

Medico curante: _____ Telefono: _____

ANAMNESI FAMILIARE: _____

ANAMNESI FISIOLOGICA: _____

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA: _____

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA PROSSIMA: _____

TERAPIA DOMICILIARE: _____

NAO TAO ESPM

INSULINA

Alimenti alimentari _____

Alimenti del fievolo _____

Poncimento _____

Manovre Ausiliarie _____

Lazzerini, purganti _____

ALLERGIE:

TRASFUSIONI:

ESAME OBIETTIVO: _____

ADDOME: _____

E.R.: _____

Anoscopia: _____

Rettoscopia/Colonscopia: _____

ALTRO: _____

CONCLUSIONI: _____

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO: _____

Data: _____/_____/_____ Firma del medico: _____

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita _____

NOTAZIONI CLINICHE

DATA	ORA	SIGLA MEDICO

OSSERVAZIONI EVENTUALI

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia
AZIENDA PER L'ASSISTENZA
SANITARIA N.2
"BASSA FRIULANA-ISONTRA"

OSPEDALE DI LATTISANA E PALMANOVA
S.O.C. CHIRURGIA GENERALE
Direttore: Dott. Mario Sorrentino
Tel. 0432.924071 - 0432.921617

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO
INTERVENTO CHIRURGICO PER PATOLOGIA ERNARIA DELLA PARETE ADDOMINALE**

(nome e cognome) _____ nato il _____/_____/_____ (gg/mm/aaa)

DATI SANITARI

Descrizione della patologia da cui è affetto il/a paziente: ERNIA INGUINALE DX O; ERNIA INGUINALE SX O;
ERNIA CRURALE DX O; ERNIA CRURALE SX O; LAPAROCELE _____;
ALTRO _____

Alto sanitario proposto: intervento chirurgico di: PLASTICA DELL'ERNIA, DIRETTA o con impiego di PROTESI

Dichiaro di aver fornito l'informazione sull'alto sanitario proposto, secondo quanto previsto dalle procedure aziendali sul consenso informato. Il medico della Struttura cui potrà fare riferimento è il/a dr./la _____

Data: _____ Timbro e firma del medico: _____

(da compilare in caso di prestazione effettuata da un operatore di una Struttura diversa da colui che ha dato la prima informazione in data _____)

Dichiaro di aver fornito nuovamente l'informazione sull'alto sanitario proposto

Data: _____ Timbro e firma del medico: _____

ESPRESSIONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO

DICHIARO DI ESSERE STATO/A ESAURIENTEMENTE INFORMATO E DI AVER COMPRESO IL SIGNIFICATO DI QUANTO ILLUSTRATOMI IN RELAZIONE AL TRATTAMENTO PROPOSTO ed in particolare dei seguenti aspetti:

- le modalità di esecuzione del trattamento proposto LAPAROTOMICO LAPAROSCOPICO CON POSSIBILITA' DI CONVERSIONE IN LAPAROTOMICO
- le eventuali alternative terapeutiche attualmente presenti _____
- i benefici conseguibili con il trattamento proposto GUARIGIONE MIGLIORAMENTO
- gli esiti prevedibili del mancato trattamento PEGGIORAMENTO CONDIZIONI CLINICHE INVARIATE
- il periodo necessario al recupero funzionale

Sono stato informato/a dei limiti della procedura e delle possibili complicanze ad essa legate, che possono essere di carattere generale e/o locale.

Fra le complicanze generali, sono possibili:

- lesione viscerali e di grossi vasi;
- emorragie;
- broncopneumonie, atelettasia, insufficienza respiratoria e scompenso cardio-circulatorio, soprattutto in soggetti anziani con preesistenti luteo cardio-respiratorie;
- eventuali veneza profonda, possibili in tutti gli interventi anche, talora, in presenza di opportune profilassi post-operatorie.

Fra le complicanze locali, le più frequenti sono:

- infezioni cutanee, sieriomi, ematomi che tuttavia vengono trattate in via conservativa con ottimi risultati nella gran parte dei casi;
- nevralgie inguino-crurali, impoetose o persistenti, per irritazione nervosa o intorpellamento del nervo nella plastica emiana;
- anchele croniche nell'informazione e conseguente ingrossamento del testicolo e può verificarsi in alcuni casi quando la plastica ha eccessivamente ristretto l'anello inguinale.

Timeline - 2018/19

STESURA BOZZA
E VERIFICA DA
PARTE DEL
MEDICO LEGALE

04

05

PREDISPOSIZIONE
NUOVA
MODULISTICA

CONDIVISIONE
CON I
PROFESSIONISTI E
SPERIMENTAZIONE
STAMPATI

06

Timeline - 2019

1° VERIFICA DI
CONFORMITA E
GRADIMENTO

07

REVISIONE DELLA
DOCUMENTAZIONE E
REDAZIONE DELLA GUIDA
ALLA COMPILAZIONE

08

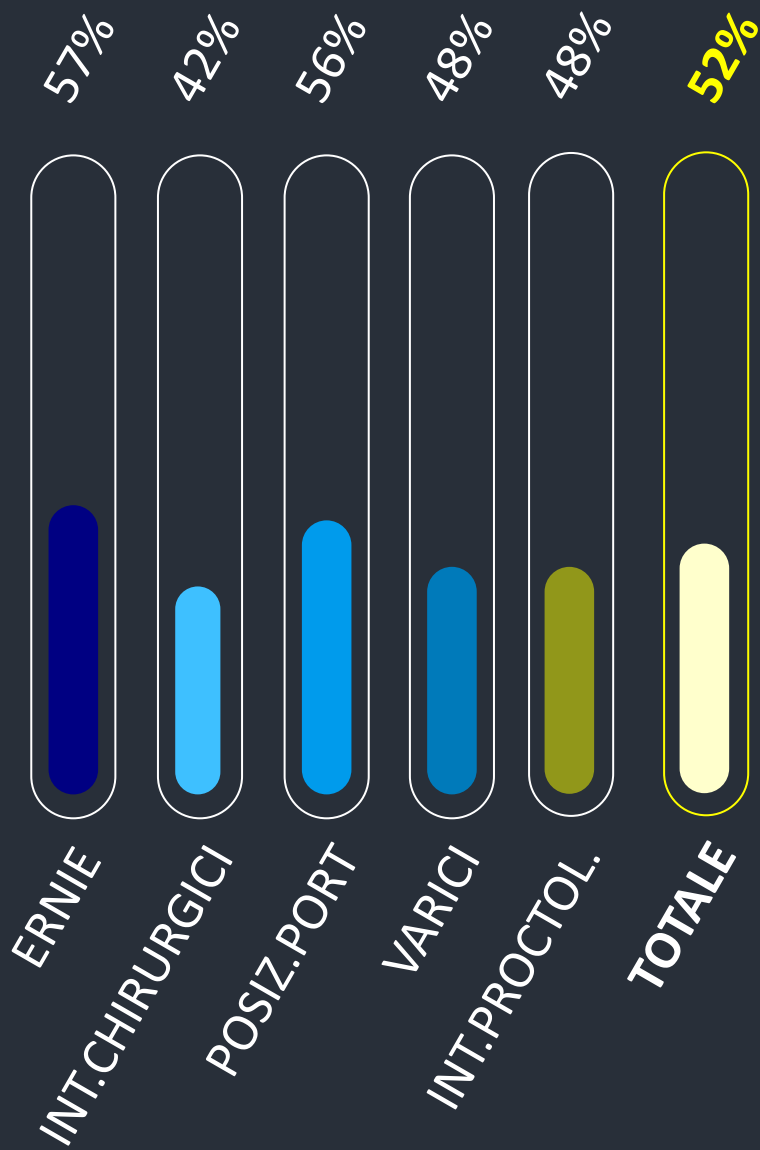
INTRODUZIONE CON
ATTO FORMALE DELLA
DIREZIONE SANITARIA

09

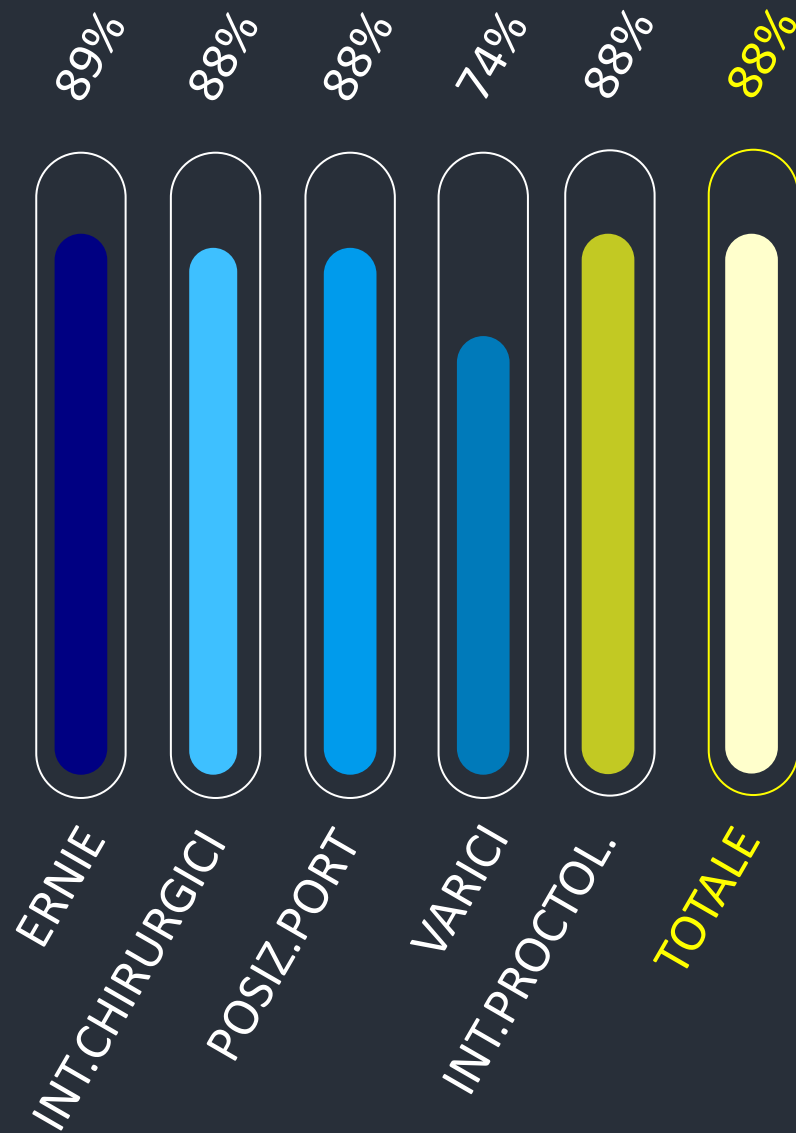
VERIFICA DI
CONFORMITA E
GRADIMENTO

10

ANALISI PRELIMINARE



1°VALUTAZIONE



Cognome _____ Nome _____ Data di nascita ____/____/____

ETICHETTA

VALUTAZIONE CHIRURGICA ERNIE INGUINO-CRURALI, ADDOMINALI, LAPAROCELE



ANAMNESI FAMILIARE E FISIOLÓGICA: _____

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA E PROSSIMA: _____

ESAME OBIETTIVO: _____

ADDOME NEGATIVO _____

TORACE NEGATIVO _____

APP.CARDIO CIRC. NEGATIVO _____

TERAPIA DOMICILIARE

ALLERGIE NO SI _____

NAO TAO EBPM NO SI _____

INSULINA NO SI _____

TRASFUSIONI NO SI _____

ALTRO: _____

Data: ____/____/____ Firma del medico _____

Cognome _____ Nome _____ Data di nascita ____/____/____

ETICHETTA

VALUTAZIONE PER POSIZIONAMENTO PORT



ANAMNESI FAMILIARE E FISIOLÓGICA: _____

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA E PROSSIMA: _____

ESAME OBIETTIVO: _____

ADDOME NEGATIVO _____

TORACE NEGATIVO _____

APP.CARDIO CIRC. NEGATIVO _____

E.C.G.: ritmo sinusale altro _____

TERAPIA DOMICILIARE

ALLERGIE NO SI _____

NAO TAO EBPM NO SI _____

INSULINA NO SI _____

TRASFUSIONI NO SI _____

ALTRO: _____

Data: ____/____/____ Firma del medico _____

PROCEDURA PER LA COMPILAZIONE DELLA VALUTAZIONE MEDICA DAY- SURGERY

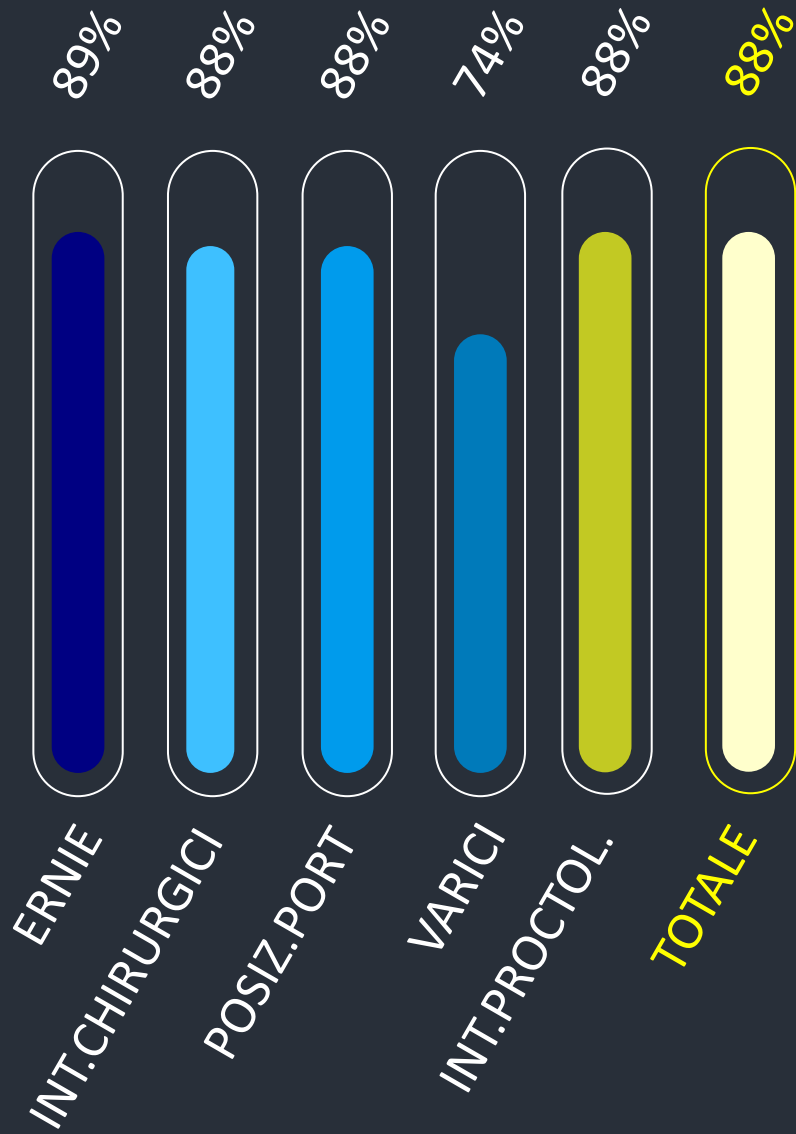
MATRICE DELLE REVISIONI

REVISIONE	DATA	DESCRIZIONE / TIPO MODIFICA	REDATTA DA	VERIFICATA DA	APPROVATA DA
00	19/06/2019	Prima emissione	Roberto Prandi Manuela Treleani	Mario Sorrentino Luca Giacometti Claudia Giuliani	Daniele Trentin

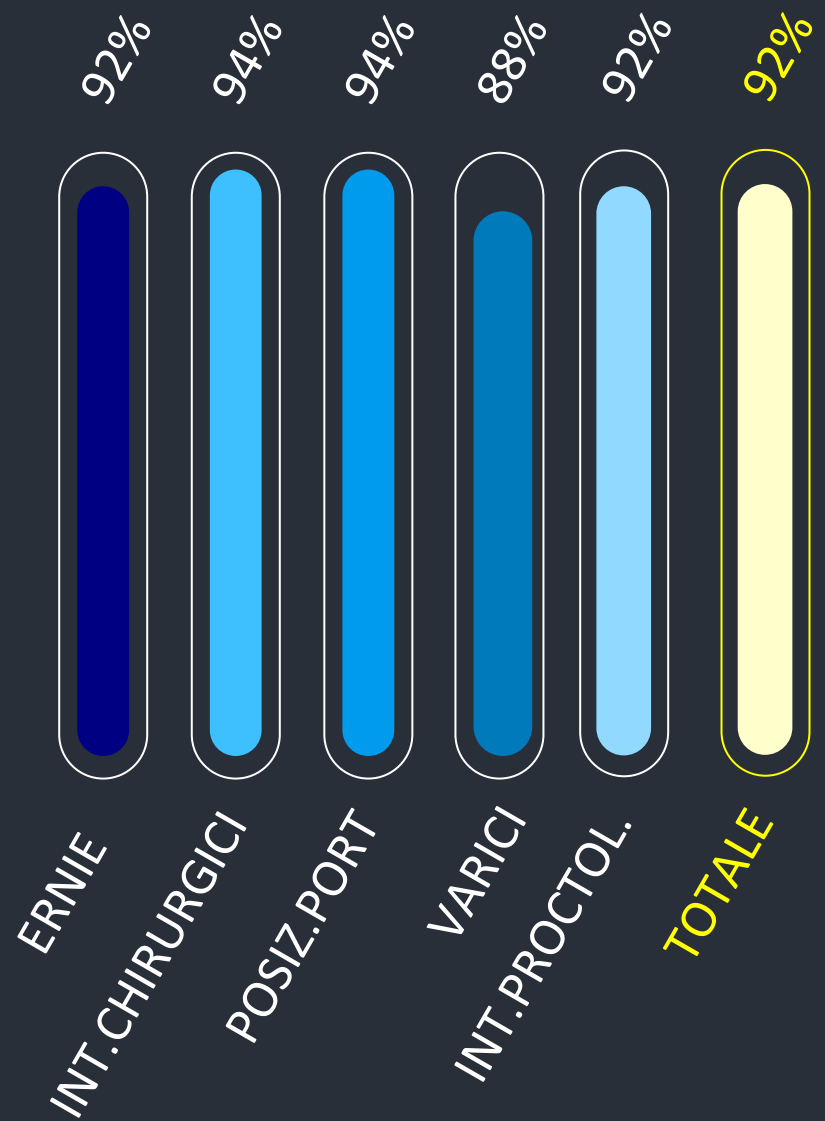
INDICE

1. SCOPO E FINALITA'	3
2. AMBITO DI APPLICAZIONE	3
3. ACRONIMI E DEFINIZIONI	3
4. RESPONSABILITA'	3
5. MODALITA' OPERATIVE	3
PREMESSA	3
5.1 ARTICOLAZIONE MODULO	3
6. ARCHIVIAZIONE	4
6.1 Gestione dei documenti propri del processo	4
6.2 Distribuzione ed accessibilità	4
7. RIFERIMENTI NORMATIVI, DOCUMENTAZIONE CORRELATA ED ALLEGATI	4
7.1 RIFERIMENTI NORMATIVI	4
7.2 DOCUMENTI COLLEGATI	5

1° VALUTAZIONE



VALUTAZIONE nov.19



CONFORMITA' COMPLESSIVA

ANALISI
PRELIMINARE

52%

A horizontal bar chart with a red segment representing 52% and a black segment representing the remaining 48%. The percentage '52%' is written in white inside the red segment.

1°
VALUTAZIONE

88%

A horizontal bar chart with a teal segment representing 88% and a black segment representing the remaining 12%. The percentage '88%' is written in white inside the teal segment.

VALUTAZIONE
NOVEMBRE

92%

A horizontal bar chart with a yellow-green segment representing 92% and a black segment representing the remaining 8%. The percentage '92%' is written in white inside the yellow-green segment.

EVOLUZIONE

REVISIONE ALTRA
MODULISTICA

PASSARE DAL SUPPORTO
CARTACEO A QUELLO
DIGITALE

ESTENDERE ALLE
ALTRE SPECIALITA'



CONCLUSIONI

“ Le analisi quantitative hanno dimostrato l'aumento della performance nella compilazione:

I feed-back forniti dai clinici hanno valutato positivamente la focalizzazione della visita sul problema cogente alla persona, evitando ridondanze e in definitiva con la diminuzione del tempo dedicato alla compilazione della valutazione clinica. ”



Grazie

PER ULTERIORI INFORMAZIONI O APPROFONDIMENTI

roberto.prandi@aas2.sanita.fvg.it

manuela.treleani@aas2.sanita.fvg.it