

# 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

# SICUREZZA DELLE CURE IN DAY-SURGERY: MONITORARE E SEMPLIFICARE

<b>Roberto Prandi</b>	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

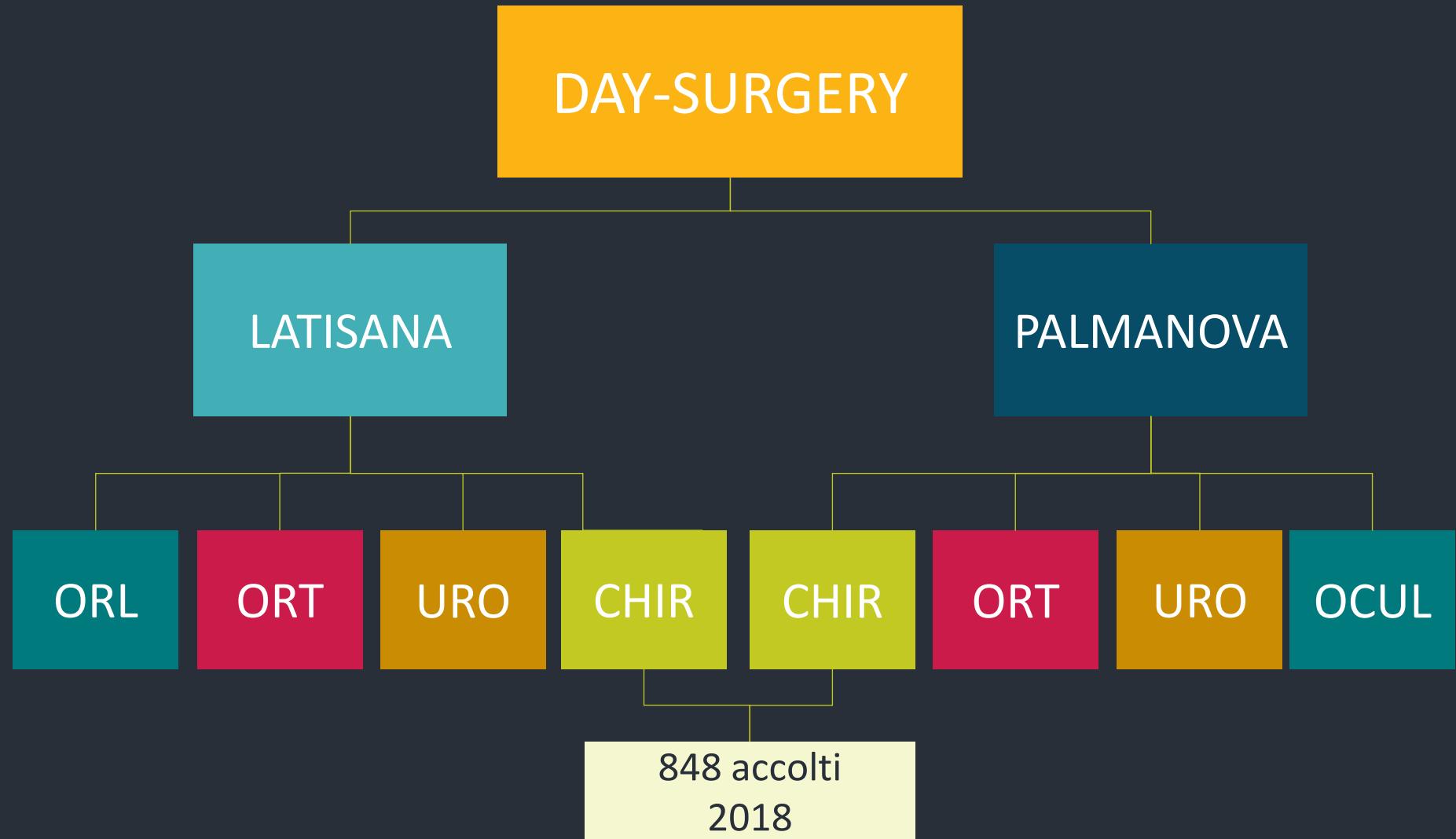
SEMPLIFICAZIONE VALUTAZIONE MEDICA

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 QUALITÀ.”



# 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	✗	✗	✗	✗	✗	✓
.....						
.....						



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

# Timeline - 2018

VALUTAZIONE CARTELLE E  
ACCERTAMENTO  
CRITICITA' SULLA  
**VALUTAZIONE MEDICA**

ANALISI PRELIMINARE E  
DISCUSSIONE DATI

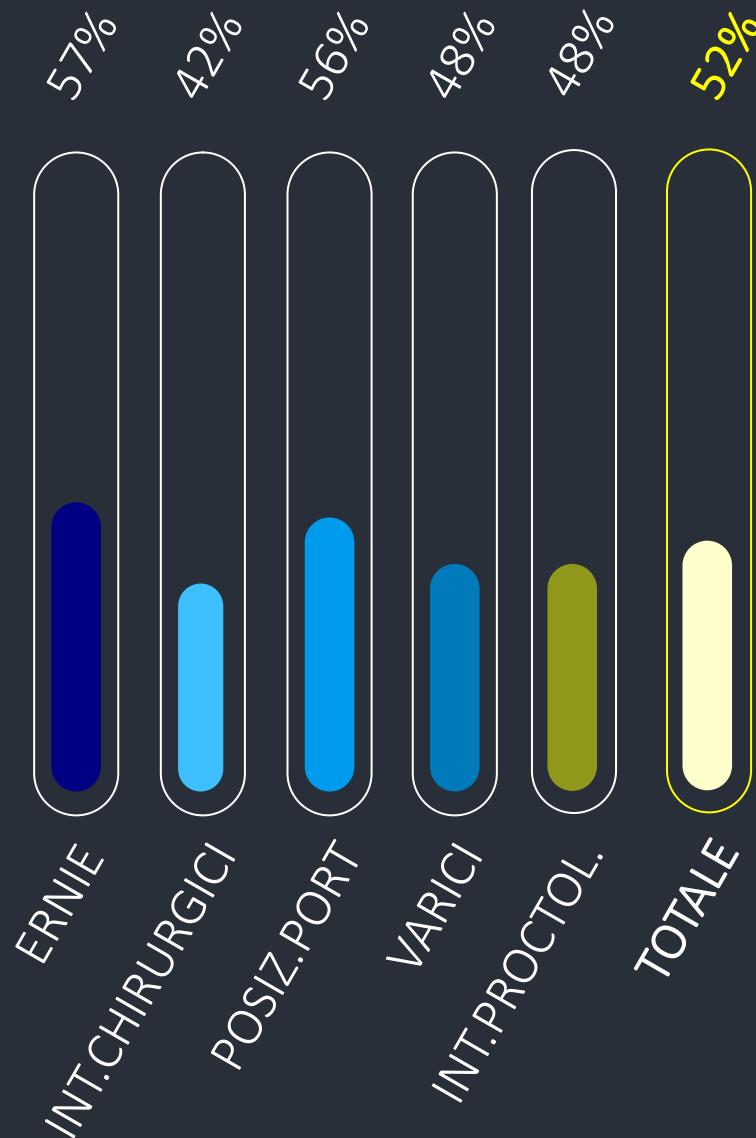
01

02

03

CONDIVISIONE CON I  
RESPONSABILI CLINICI E  
PIANIFICAZIONE  
PROGETTUALITA

# 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-Isonzina"  
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 PATHOLOGICA REMOTA E PROSSIMA: \_\_\_\_\_

ESAME OBIETTIVO:



ALLERGIE \_\_\_\_\_ TRASFUSIONI \_\_\_\_\_  
NAO TAO EBPM \_\_\_\_\_ INSULINA \_\_\_\_\_

TERAPIA DOMICILIARE \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma del medico \_\_\_\_\_

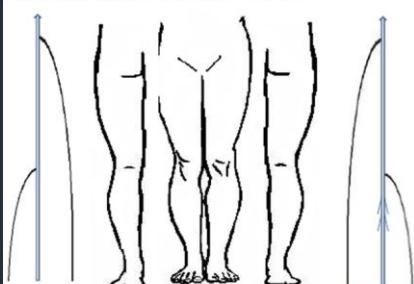
Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia  
Azienda per l'Assistenza Sanitaria N.2 "Bassa Friulana-Isonzina"  
Presidio Ospedaliero di Latisana e Palmanova

S.C. CHIRURGIA- S.O.S DAY-SURGERY

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

**STUDIO EMODINAMICO ECO COLOR-DOPPLER**

Classe CEAP  
Intervento chirurgico Corr.Emodin. Scanso ecoguidata Laser Altro \_\_\_\_\_



**ANAMNESI FAMILIARE:**

**ANAMNESI FISIOLOGICA:**

**ANAMNESI PATHOLOGICA REMOTA E PROSSIMA:**

**ESAME OBIETTIVO:**

**TERAPIA DOMICILIARE**

ALLERGIE  
NAO TAO EBPM  
INSULINA

TRASFUSIONI  
Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Firma del medico \_\_\_\_\_

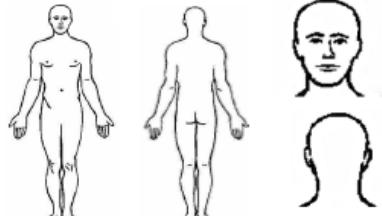
Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia  
Azienda per l'Assistenza Sanitaria N.2 "Bassa Friulana-Isonzina"  
Presidio Ospedaliero di Latisana e Palmanova

Dipartimento Chirurgico - Dott. Mario Sorrentino  
S.O.S DAY-SURGERY

ETICHETTA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

**VALUTAZIONE CHIRURGICA - DIAGNOSI:**



**ANAMNESI FAMILIARE:**

**ANAMNESI FISIOLOGICA:**

**ANAMNESI PATHOLOGICA REMOTA E PROSSIMA:**

**ESAME OBIETTIVO:**

**ALLERGIE**

TRASFUSIONI

NAO TAO EBPM

INSULINA

**TERAPIA DOMICILIARE**

ALTRI \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma del medico \_\_\_\_\_

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia  
Azienda per l'Assistenza Sanitaria N.2 "Bassa Friulana-Isonzina"  
Presidio Ospedaliero di Latisana e Palmanova

Dipartimento Chirurgico - Dott. Mario Sorrentino  
S.O.S DAY-SURGERY

ETICHETTA

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

**VISITA COLONPROCTOLOGICA**

Medico curante: \_\_\_\_\_ Telefono: \_\_\_\_\_

ANAMNESI FAMILIARE: \_\_\_\_\_

ANAMNESI FISIOLOGICA: \_\_\_\_\_

ANAMNESI PATHOLOGICA PROSSIMA: \_\_\_\_\_

ANAMNESI PATHOLOGICA REMOTA PROSSIMA: \_\_\_\_\_

TERAPIA DOMICILIARE: \_\_\_\_\_

NAO  TAO  ESPM  INSULINA

Abitudini alimentari Abitudini dell'alive Ponziamento Mal di stomaco Eszatini, purganti ALLERGIE  TRASFUSIONI

**ESAME OBIETTIVO:**

ADOMINE: \_\_\_\_\_

E.R.: \_\_\_\_\_

Anoscopia: \_\_\_\_\_

Retroscopia/Colonoscopy: \_\_\_\_\_

ALTRO: \_\_\_\_\_

CONCLUSIONI: \_\_\_\_\_

PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPUTICO: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Firma del medico \_\_\_\_\_

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

OSPEDALE DI LATISANA E PALMANOVA  
S.O.C. CHIRURGIA GENERALE  
Dott. Mario Sorrentino  
Tel. 0431 529401 - 0432 921517

**MODULO DI CONSENSO INFORMATO  
INTERVENTO CHIRURGICO PER PATOLOGIA ERNIARIA DELLA PARETE ABBDOMINALE**

Nome il \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
(nome e cognome) (giorni/mese)

**DATI SANITARI**

Descrizione della patologia da cui è affetto il/la paziente: ERNIA INGUINALE DX O. ERNIA INGUINALE SN O.

ERNIA CRURALE DX: ERNIA CRURALE SN: LAPAROCHELE

ALTRI \_\_\_\_\_

Altro sanitario proposto: intervento chirurgico di: PLASTICA DELL'ERNIA, DIRETTA O con impiego di PROTESI O

Dichiaro di aver fornito l'informazione sull'otto sanitario proposto, secondo quanto previsto dalla procedura aziendale sul consenso informato. Il medico dello studio cui potrà fare riferimento sono il d.r.

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'otto sanitario proposto  
Data: \_\_\_\_\_ Timbro e firma del medico: \_\_\_\_\_

**ESPRESSONE ED ACQUISIZIONE DEL CONSENSO INFORMATO**

DICHIARO DI ESSERE STATO/A ESACURIENTEMENTE INFORMATO/E DI AVER COMPRENSO 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 POSSIBILITÀ DI CONVERSIONE IN LAPAROTOMICO
- le eventuali alternative terapeutiche attualmente presenti

- i benefici conseguiti con il trattamento proposto GUARIGIONE  MIGLIORAMENTO   
gli esiti prevedibili del mancato trattamento PEGGIORAMENTO  CONDIZIONI CLINICHE INVARIATE
- il periodo necessario al recupero funzionale \_\_\_\_\_

Gono stato informato dei limiti della procedura e delle possibili complicatezze ad essa legate, che possono essere di carattere anatomico, fisiologico o psichico.

Per le complicatezze generali sono possibili:

- lesioni viscerali e/o di grossi vasi;
- emorragie;
- broncosospasmo, astenia, insufficienza respiratoria e sospesso cardio-circolatorio, soprattutto in soggetti anziani con pressione arteriosa inadeguata;
- tromboflebite profonda, possibile in tutti gli interventi anche, talora, in presenza di opportune profilassi post-operatorie.

Per le complicatezze locali, le più frequenti sono:

- infissione cutanea, sieromi, ematomi che tuttavia vengono trattate in via conservativa con ottimi risultati nella gran parte dei casi;
- nevralgia inguinale-crurale, temporanea ed persistente, per iritazione nervosa o intussuscezione del nervo nella plastica eranica;
- orchite: consolle nell'infiammazione e conseguente ingrossamento del testicolo e può verificarsi in taluni casi quando la plastica ha eccessivamente ristretto l'anello inguinale;

# Timeline - 2018/19

STESURA BOZZA  
E VERIFICA DA  
PARTE DEL  
MEDICO LEGALE

04

05

06

PREDISPOSIZIONE  
NUOVA  
MODULISTICA

CONDIVISIONE  
CON I  
PROFESSIONISTI E  
Sperimentazione  
Stampati

# Timeline - 2019

1° VERIFICA DI  
CONFORMITA E  
GRADIMENTO

07

08

09

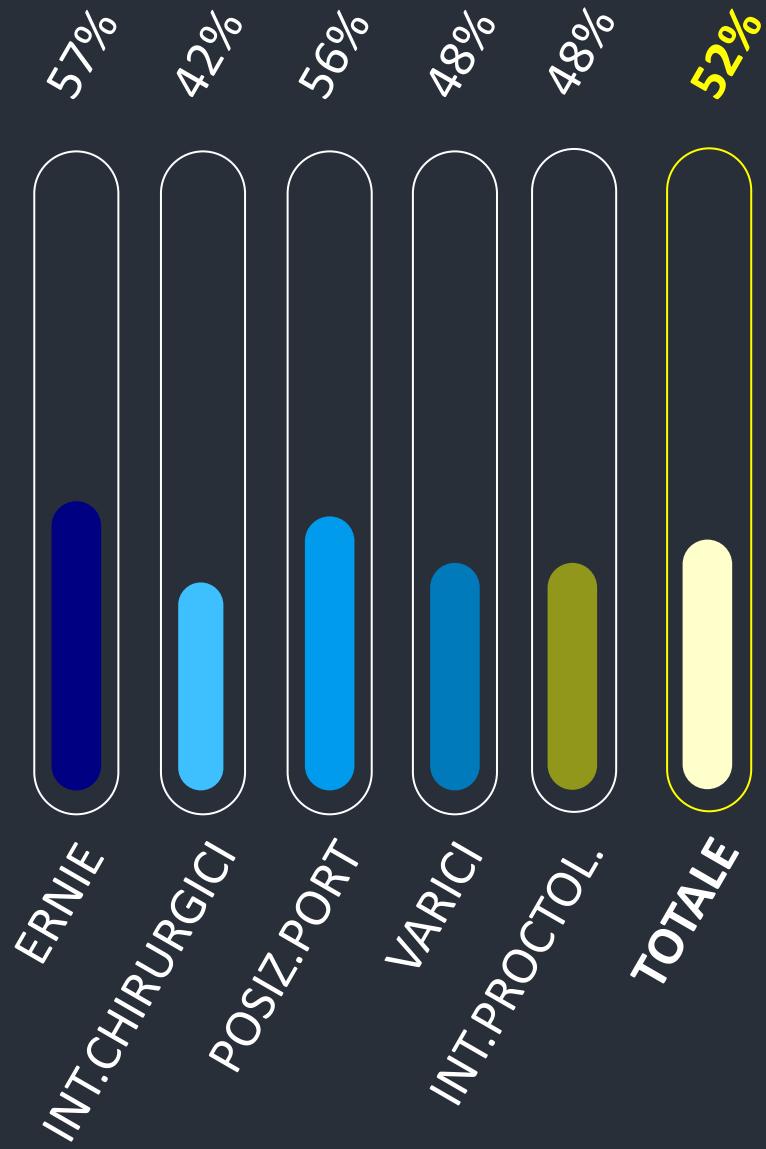
10

INTRODUZIONE CON  
ATTO FORMALE DELLA  
DIREZIONE SANITARIA

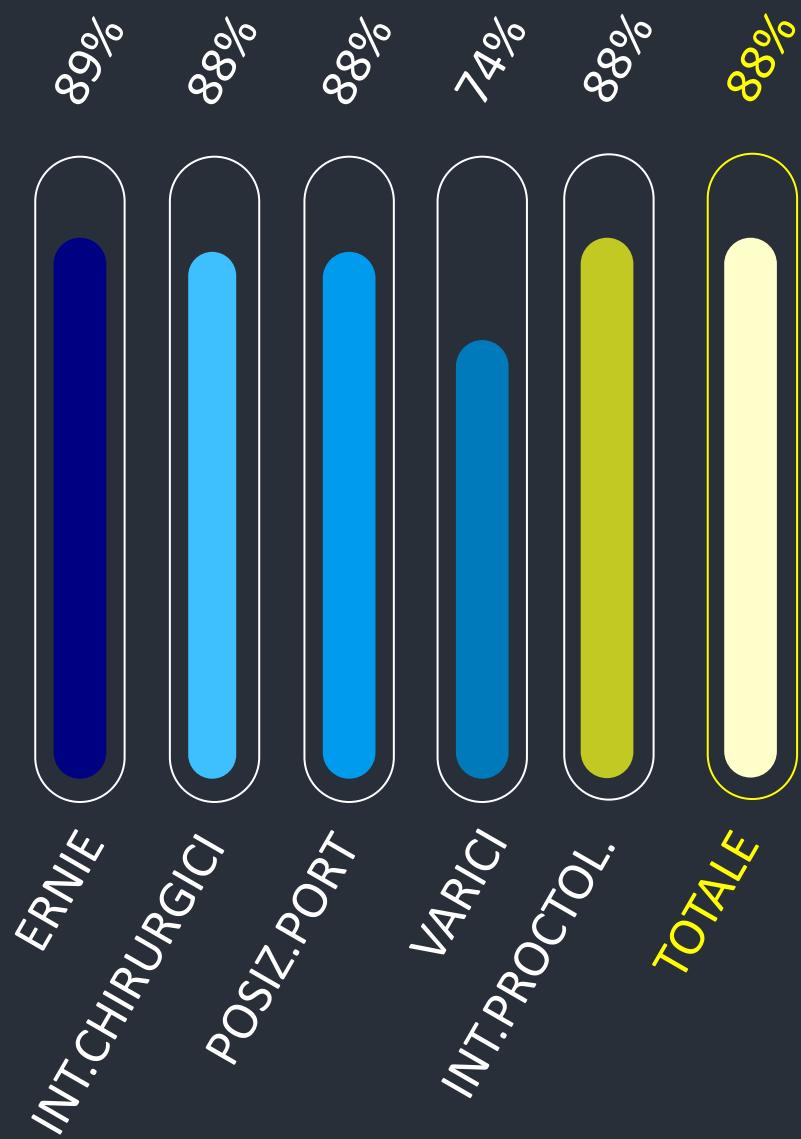
REVISIONE DELLA  
DOCUMENTAZIONE E  
REDAZIONE DELLA GUIDA  
ALLA COMPILAZIONE

VERIFICA DI  
CONFORMITA E  
GRADIMENTO

# ANALISI PRELIMINARE



# 1° VALUTAZIONE



Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia  
Azienda per l'Assistenza Sanitaria N.2 "Bassa Friulana-Isontina"  
Presidio Ospedaliero di Latisana e Palmanova

Dipartimento Chirurgico - Dott. Mario Sorrentino  
S.O.S DAY-SURGERY

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

ETICHETTA

VALUTAZIONE CHIRURGICA ERNIE INGUINO-CRURALI, ABDOMINALI, LAPAROCELE



ANAMNESI FAMILIARE E FISIOLOGICA: \_\_\_\_\_

ANAMNESI PATHOLOGICA 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 \_\_\_\_\_

Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia  
Azienda per l'Assistenza Sanitaria N.2 "Bassa Friulana-Isontina"  
Presidio Ospedaliero di Latisana e Palmanova

Dipartimento Chirurgico - Dott. Mario Sorrentino  
S.O.S DAY-SURGERY

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Data di nascita \_\_\_\_\_

ETICHETTA

VALUTAZIONE PER POSIZIONAMENTO PORT



ANAMNESI FAMILIARE E FISIOLOGICA: \_\_\_\_\_

ANAMNESI PATHOLOGICA 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 \_\_\_\_\_

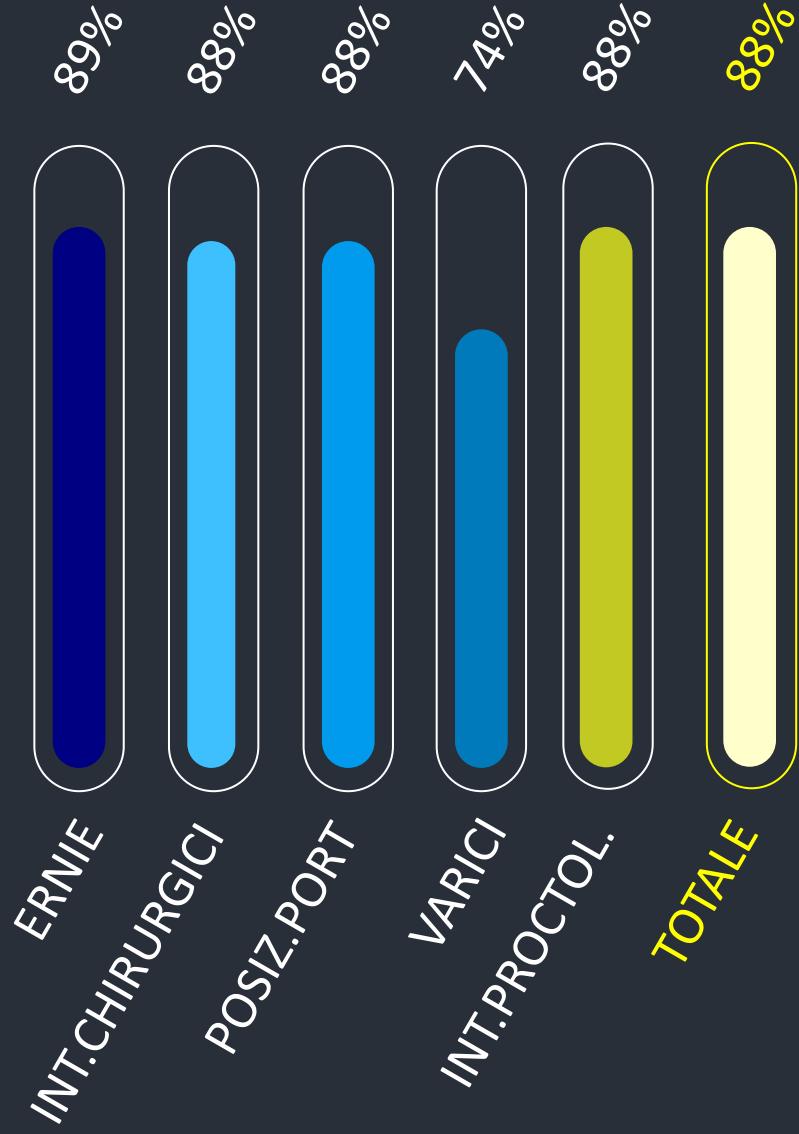
# **PROCEDURA PER LA COMPILAZIONE DELLA VALUTAZIONE MEDICA DAY- SURGERY**

## **INDICE**

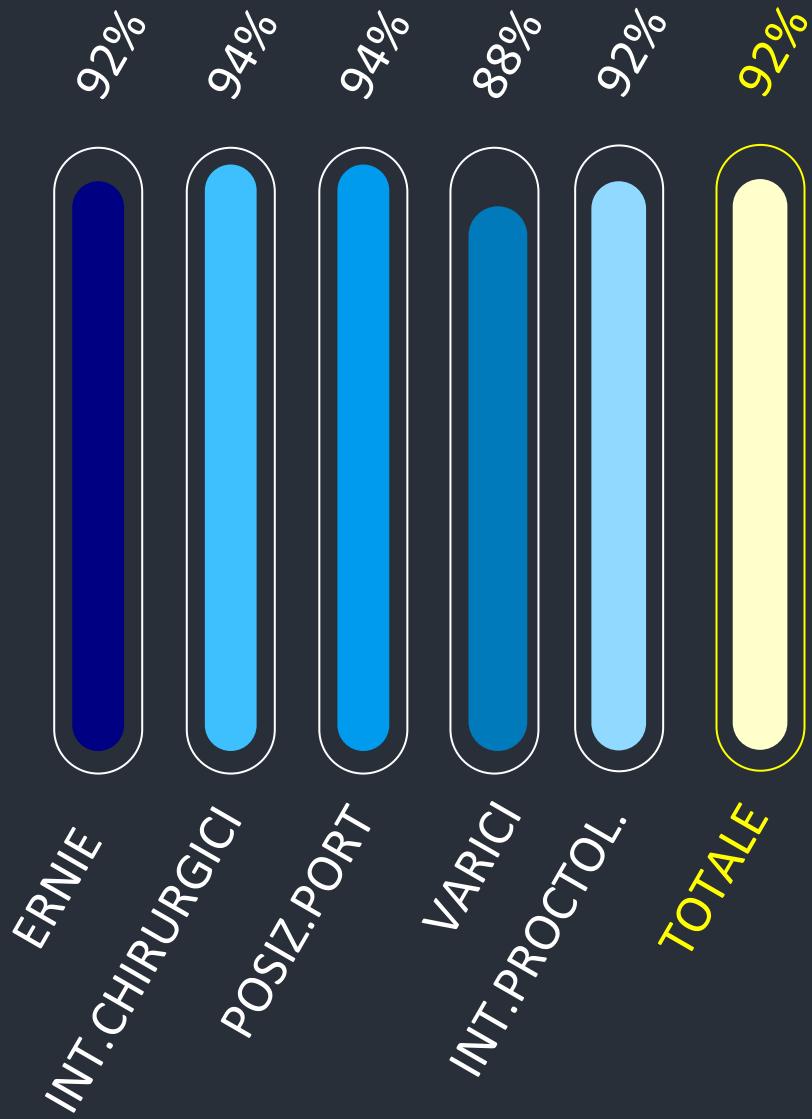
1. SCOPO E FINALITA'	3
2. AMBITO DI APPLICAZIONE	3
3. ACRONIMI E DEFINIZIONI	3
4. RESPONSABILITA'	3
5. MODALITA' OPERATIVE	3
PREMESSA	3
5.1 ARTICOLAZIONE MODULO	3
6. ARCHIVIAZIONE	4
6.1 Gestione dei documenti propri del processo	4
6.2 Distribuzione ed accessibilità	4
7. RIFERIMENTI NORMATIVI, DOCUMENTAZIONE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

<b>MATRICE DELLE REVISIONI</b>					
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	Danièle Trentin

# 1°VALUTAZIONE



# VALUTAZIONE nov.19



# CONFORMITA' COMPLESSIVA

ANALISI  
PRELIMINARE

52%

1°  
VALUTAZIONE

88%

VALUTAZIONE  
NOVEMBRE

92%

# EVOLUZIONE



REVISIONE ALTRA  
MODULISTICA

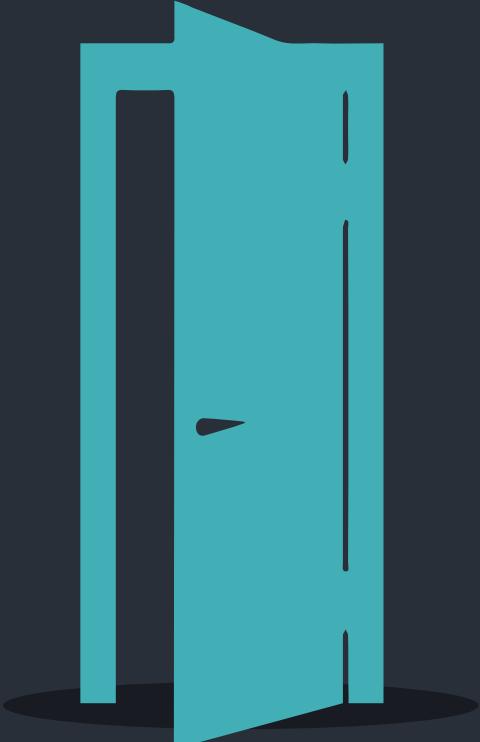
PASSARE DAL SUPPORTO  
CARTACEO A QUELLO  
DIGITALE

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](mailto:roberto.prandi@aas2.sanita.fvg.it)

[manuela.treleani@aas2.sanita.fvg.it](mailto:manuela.treleani@aas2.sanita.fvg.it)