Manuale Qualità

U.O. Medicina Generale

[

INDICE

1 Tipologia di prodotto ed attività

2 Obiettivi e Indicatori

3 Piano annuale

4 Caratteristiche di prodotto e indicatori di efficacia

5 Organizzazione delle attività

- 5.1 Organigramma e funzioni
- 5.2 Processo/i di produzione
- 5.3 Procedure di Processo (Istruzioni Operative, Protocolli, Linee Guida, Procedure Gestionali)
- 5.4 Modalità di Registrazione
- 5.5 Documenti Vari

6 Documenti di origine esterna alla struttura

7 Verifica e Miglioramento della Qualità

8 Glossario

.

Cap. 1
Tipologia di prodotto ed attività

Doc MGB 01

Tipologia di prodotto ed attività

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
19/09/2011	1	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi IC I. Barbi	Direttore UO Medicina Generale Dott. G. Rinaldi	Direttore UO Medicina Generale Dott. G. Rinaldi

Sommario

Tipologia di prodotto 3
1) Attività 3
2) Descrizione dell'attività 4
2.1 – Generalità 4
2.2 – Prestazioni erogate 6
2.3 – Indicatori di attività 6
3) Collegamenti organizzativi ed interfunzionali 7
4) Organizzazione dell'attività 7
4.1 – Modalità operative per la gestione dell'attività: le modalità operative sono trattate nel presente manuale 7
4.2 – Dotazione organica 7
4.3– Continuità assistenziale 8

Tipologia di prodotto

La U.O. di Medicina Generale del P.O. della Valle del Serchio, è costituita dalla UO Medicina dello Stabilimento Ospedaliero "San Francesco" di Barga e dalla Sezione Aggregata di Castelnuovo Garfagnana. Eroga i suoi servizi prevalentemente a pazienti residenti nella Media Valle del Serchio e nella Valle del Torrente Lima, per una complessiva popolazione di circa 30.000 abitanti.

La tipologia di prodotto consiste in:

1. **ricovero ordinario**
2. **attività di Day Hospital**
3. **attività ambulatoriale internistica**

1) Attività

L'Unità Operativa svolge la propria attività verso le seguenti malattie internistiche :

- Cardiopatia ischemica cronica nelle sue varie manifestazioni (eccetto IMA STEMI/NSTEMI)
- Cerebrovasculopatie acute e croniche
- Patologie vascolari acute e croniche degli arti
- Diabete mellito e sue complicanze
- Insufficienza renale acuta e cronica
- Ipertensione arteriosa
- Broncopneumopatie croniche
- Insufficienza respiratoria acuta e cronica
- Neoplasie ematologiche e tumori solidi
- Patologie gastrointestinali ed epatopatie non infettive
- Patologie endocrinologiche
- Patologie infettive che non comportino necessità di isolamento (eccetto colite da Clostridium difficile)
- Patologie immunologiche e reumatologiche

Considerata l'ubicazione decentrata dello Stabilimento Ospedaliero di Barga rispetto all'Area Vasta, gli Operatori Sanitari garantiscono un servizio diagnostico e terapeutico che risulta soddisfacente per le aspettative ed i bisogni della popolazione servita, in quanto primo filtro sanitario per tutte le possibili evenienze cliniche. Alcune patologie trovano una efficace risposta nella U.O., mentre altre devono essere correttamente sospettate, rapidamente indagate e diagnosticate prima di essere affidate a Strutture Sanitarie di maggiore complessità .

2) Descrizione dell'attività

2.1 – Generalità

1. Ricovero Ordinario

La U.O. nella propria struttura di degenza ospita pazienti acuti affetti dalle patologie di tradizionale ambito internistico, per un totale di circa 1200 ricoveri ordinari all'anno. Numerose sono le Aree di Osservazione, che costituiscono un efficace filtro per i ricoveri , migliorando l'appropriatezza.
La U.O. è in grado di fronteggiare con risorse proprie le emergenze mediche essendo provvista due letti collocati in una stanza dedicata e dotati di:

- monitoraggio multiparametrico e collegamento con una centralina di monitoraggio presente nella Medicheria centralizzata
- 2 ventilatori tipo Vela per la ventilazione meccanica non invasiva

Sono inoltre presenti:

- 2 defibrillatori
- 1 carrello per urgenze come da PP HV 28, IO MGB 15 Rev 1, IO MGB 18 Rev 1
- 1 apparecchio emogasanalizzatore
- 1 apparecchio per dosaggio della troponina I/BNP

Pertanto anche i pazienti che incorrono in situazioni di insufficienza cardiaca acuta possono ricevere l'assistenza necessaria prima dell'eventuale trasferimento in UTIC o in Cardiologia Interventistica.
I pazienti effetti da insufficienza respiratoria acuta, ricoverati nella U.O. sia dal PS del PO della Valle del Serchio che dal PS del PO di Lucca come da protocollo condiviso e concordato con i Colleghi, vengono quasi sempre trattati localmente con NIV, limitando ai casi che necessitano di una ventilazione invasiva, il trasferimento presso la UO Pneumologia o la Rianimazione. La necessità di trasferimento in Rianimazione viene concordata con il collega Anestesista presente nello Stabilimento Ospedaliero (H24).

Attività diagnostica di routine che la U.O. eroga con risorse professionali e tecnologiche proprie:

- Endoscopia digestiva diagnostica ed operativa di I° livello sia del tratto digestivo superiore che del colon retto (sclerosi e legatura di varici esofagee, polipectomie)
- Ecografia internistica dell'addome compreso ecocolordoppler .
- Ecocardiografia compreso colordoppler
- Lettura internistica del fondo oculare

Procedure terapeutiche che la U.O. è in grado di effettuare grazie al suo personale:

- Manovre di rianimazione cardiorespiratoria
- Drenaggi di liquidi da cavità sierose (toracentesi, paracentesi, artrocentesi)
- Agoaspirati midollari
- Biopsie osteomidollari

- Preparazione sotto cappa aspirante di chemioterapie antiblastiche
- Nutrizione parenterale totale ed enterale con pompe peristaltiche

2. Attività Day Hospital

L'attività di Day Hospital (DH) si svolge ogni mattina dal lunedì al giovedì dalla ore 7 alle ore 14.
Il venerdì dalle ore dalle ore 7 alle ore 17 con medico specialista oncologo della UO Oncologia di Lucca

3. Attività Ambulatoriale

Il referto della visita/prestazione ambulatoriale viene riportato nella Cartella Ambulatoriale (T MGB 15)
Prestazioni ambulatoriali:

- Infusione di emoderivati
- Infusione di prostaglandine
- terapie marziali ev
- farmaci ev di uso ospedaliero
- procedure invasive ecoguidate (toracentesi, paracentesi)
- bom/mieloaspirato
- EGA
- Medicazioni varie
- Lavaggio Porth CVC

Inoltre vengono effettuati i seguenti ambulatori:

A) INTERNISTICO (MERCOLEDI' 11,30-12,30)

Viene svolto da tutti i dirigenti di I° livello dell'Unità Operativa e dall'infermiera del DH oncologico. Gli appuntamenti avvengono tramite CUP. Al termine della visita viene compilato un referto dettagliato che viene inviato al medico di medicina generale.

B) ECOGRAFIA INTERNISTICA

Le prestazioni vengono erogate con le seguenti modalità, tenuto conto della limitata dotazione organica del personale medico, impegnato nell'attività di guardia:

1. su appuntamento concordato con il Direttore della U.O.
2. su appuntamento concordato con il Dirigente Medico Responsabile della ecografia addominale ed internistica nel giorno di venerdì dalle ore 9 alle ore 13

I medici della UO collaborano con l'Ambulatorio di **AMBULATORIO ENDOSCOPIA MEDICA** del PO nei seguenti orari e con le seguenti prestazioni (tramite CUP)

ORARIO:LUNEDI' 11.30-14.00
VENERDI' 11.30-14.00

L'assistenza dei pazienti all'esame è garantita da due infermieri che fanno parte dell'organico degli ambulatori ospedalieri

GASTROSCOPIA DIAGNOSTICA CON BIOPSIA E RICERCA H. PYLORI (CP test)
COLONSCOPIA DIAGNOSTICA CON BIOPSIA

PROCEDURE DI ENDOSCOPIA OPERATIVA

- Sclerosi di varici con Polidocanolo 2%
- Legatura elastica di varici
- Polipectomia endoscopica
- Emostasi endoscopica iniettiva

La refertazione e la registrazione dei dati viene effettuata su supporto informatico e consegnata all'utente, assieme alla documentazione iconografica (foto e se richiesta videocassetta VHF).

2.2 – Prestazioni erogate

TIPOLOGIA.	*TIP.PAZIENTI*	*SEDI*	*GIORNI*	*ORARIO*
Ambulatorio Internistico	**Internistico-geriatrico**	**Barga**	**Mercoledì**	**11.30-12.30**
Ambulatorio Ecografico	**Internistici**	**Barga**	**Venerdì**	**9-13**
Endoscopia Digestiva	**Internistici**	**Barga**	**Lunedì e venerdì**	**11.30-14**

2.3 – Indicatori di attività

	Anno 2010	Anno 2011(primi sei mesi)		
Ricovero Ordinario	1092	576		
Day Hospital				
Ambulatorio ecogafico	In corso di definizione			
Ambulatorio internistico				
Endoscopia digestiva				

3) Collegamenti organizzativi ed interfunzionali

L'U.O. è collegata con tutte le UU.OO. di degenza e con il PS del PO della Valle del Serchio e con la rete di Area Vasta Nord Ovest.
Le strutture più frequentemente contattate sono:

- UO Medicina Nucleare del PO di Lucca
- UO Cardiologia del P.O. di Lucca
- UO Pneumologia del P.O. di Lucca
- Ecografia Chirurgica del P.O. di Lucca per procedure interventistiche
- Dipartimento Immagini di Cisanello per la diagnostica angiografica
- Chirurgia Vascolare della AUOP
- UO Ematologia della AOUP
- Neurochirurgia Ospedaliera della AOUP
- UO Chirurgia Toracica della AOUP
- Istituto di Fisiologia Clinica CNR - S. Cataldo

Inoltre la UO garantisce la Continuità Assistenziale mediante il contatto con i Medici di Medicina Generale (MMG) e con il territorio mediante la COAD.

4) Organizzazione dell'attività

4.1 – Modalità operative per la gestione dell'attività: **le modalità operative sono trattate nel presente manuale**

Posti letto disponibili
n. 41 posti letto così suddivisi:
DEGENZA

1. n.20 sezione donne
2. n.20 sezione uomini, di cui:
   2 letti provvisti di monitor multiparametrici/VELA per VMNI
   Esiste la possibilità di isolare i pazienti in una stanza composta di due posti letto e dotata di zona filtro di accesso

DAY HOSPITAL
n.1 letto
3 poltrone

4.2 – Dotazione organica

Medici	Capo Sala	Infermieri Professionali	OSS
1 Direttore U.O.	**1**	**27**	**7**

7 Dirigenti Medici I° Livello : 1 Responsabile diEecografia Internistica e Rischio Clinico 1 Referente di Ecografia Internistica 1 Referente di Endoscopia digestiva (insieme al Direttore) 1 Referente di Day Hospital 1 Referente Medico di Ambulatorio Internistico e Privacy 1 Referente della Ventilazione meccanica non Invasiva e Assicurazione Qualità 1 Referente di Reumatologia		di cui • 24 turnisti • 2 assegnati al D.H. • 1 giornaliero	

4.3– Continuità assistenziale

Medici	Infermieri	OSS
La continuità assistenziale è garantita dal Servizio di Guardia Attiva: in Reparto è sempre presente un Dirigente Medico di 1° livello che, inoltre effettua: a) consulenze internistiche per altre UU.OO. del Presidio b) consulenze per emergenze mediche notturne e festive per la Unità Operativa di Recupero e Rieducazione Funzionale c) prestazioni per il PPS (rif. PP HV 36 rev.1 del 04/03/2011) d) contatto anche telefonico con MMG e con COAD	mattina 4 turnisti + 1 giornaliero pomeriggio 4 turnisti notte 4 turnisti	mattina 3 pomeriggio 2 eccetto sabato e domenica pomeriggio 1

.

Cap. 2
Obiettivi e Indicatori

Doc MGB 02

OBIETTIVI di BREVE e MEDIO PERIODO
per il periodo dal 2010 al 2012

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
20/09/2011	1	Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi

Nella presente scheda sono sintetizzati gli obiettivi pianificati in applicazione delle priorità definite in:

- **DG 08 – Politica per la Qualità – Linee di indirizzo per le strutture organizzative**
- **PA 09 – Verifica e Miglioramento del Sistema Qualità**

N.	OBIETTIVO	*Azioni previste*	Indicatore risultato	Standard	Scadenza	Responsabile	Controllore
1	**Implementazione e sviluppo Manuale Qualità (MQ) di U.O.**	➢ **Analisi del processo** ➢ **Procedure specifiche (P.O., I.O., T, ecc.)**	**Manuale approvato**		31/12/2011	**Direttore U.O.**	**Direttore Area/Dipartimento**
2	**Gestione pazienti con Insufficienza respiratoria trattati con VMNI**	Utilizzo Ventilatore Vela e Monitor in stanza monitorizzata	Re- ricovero per VMNI n. pazienti ventilati rericoverati/n. totale pazienti ventilati 2/20 = 10% al 30/09/11	20%	31/12/129	**Direttore U.O.**	**Direttore Area/Dipartimento**

[

.

Cap. 3

Piano annuale 2012

Doc MGB 03

PIANO ANNUALE
2012

.

Cap. 4

Caratteristiche di prodotto e indicatori di efficacia

Doc MGB 04

Caratteristiche di Prodotto e Indicatori di Efficacia per il periodo dal 01.01.2011 al 31.12.2012

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
19/09/2011	1	Dott. ssa Q. Lucchesi IC I. Barbi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi

N°	Tipologia di prodotto / prestazione	Azioni Previste	Indicatore	Standard definito	Strumento di rilevazione	Scadenza	Responsabile della rilevazione	Responsabile dell'analisi
1	**PAZIENTI CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA IN VMNI**	**VMNI**	**Re ricovero per VMNI**	**20%**	**T MGB 18**	**31/12/12**	**Direttore UO**	**Referente VMNI**

Caratteristiche di Prodotto per il periodo dal 01/01/2011 al 31/12/12

Tipologia di Prestazioni: Ventilazione meccanica non invasiva con Ventilatore Vela

Ai pazienti ricoverati che necessitano di:

> trattamento per insufficienza respiratoria acuta

Strumento di rilevazione
SDO

Si fornisce

> Supporto ventilatorio con Vela

Scadenza rilevazione
31/12/2012

per ottenere

> Miglioramento clinico e della qualità della vita

indicatori di risultato

	indicatore	*Resp. misuraz.*	*Standard definito*	*Resp. Analisi*
>	**N° pazienti trattati che si ricoverano nuovamente / totali pazienti trattati per la stessa patologia**	Medico delegato	20%	Direttore U.O.

.

Cap. 5
Organizzazione delle attività

.

Cap. 5.1

Organigramma e funzioni

Doc MGB 05

Organigramma e Funzioni

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
20/09/2011	1	Dott.ssa Q. Lucchesi IC I. Barbi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi

Sommario

Direttore Unità Operativa:…….4

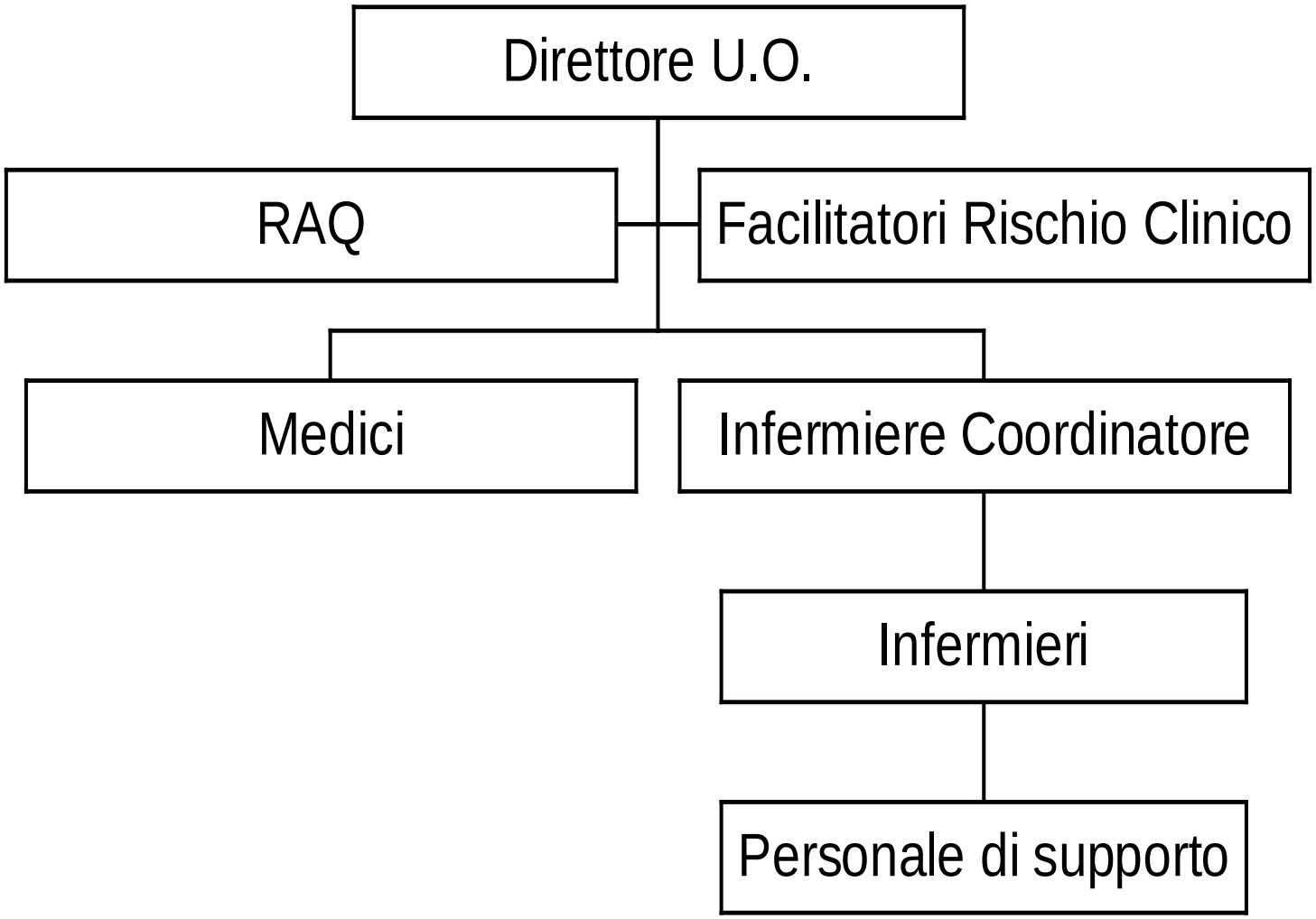
Responsabile Assicurazione Qualità garantisce:……...4

Infermiere Coordinatore:……..……..5

Infermiere garantisce:……..……...6

Medico garantisce:……5

Personale di supporto:……..6


Direttore U.O.
RAQ
Facilitatori Rischio Clinico
Medici
Infermiere Coordinatore
Infermieri
Personale di supporto

FUNZIONI

Direttore Unità Operativa:

Ha la responsabilità ultima di tutte le attività della U.O.
Esercita tutte le proprie competenze istituzionali
Sovrintende al coordinamento dei vari referenti ed alla gestione del rimanente personale
Negozia il budget con il Responsabile di Area Funzionale/Dipartimento
Valuta il conseguimento degli obiettivi organizzativi e gestionali assegnati alla U.O.
E' responsabile del controllo di qualità e delle apparecchiature
Formula il Piano per l'acquisto di nuove apparecchiature
Promuove la diffusione e l'utilizzo delle Linee Guida predisposte dalle Società Scientifiche
Rileva il fabbisogno formativo del personale a lui assegnato (es corso BLS)
Assicura l'inserimento del personale di nuova acquisizione secondo percorsi prestabiliti
Verifica ed approva i documenti che costituiscono il Manuale Qualità dell'U.O.
Cura il coordinamento con la Direzione Aziendale

Responsabile Assicurazione Qualità garantisce:

Il coordinamento delle attività finalizzate all'impostazione, formalizzazione e revisione delle procedure e dei protocolli
La gestione controllata della documentazione prescrittiva e delle registrazioni del Sistema Qualità dell'Unità Operativa (codifica, aggiornamento delle revisioni, distribuzione, conservazione)
L'organizzazione operativa delle attività di Auditing interno del Sistema Qualità svolte sull'Unità Operativa
La sorveglianza sulle attività di rilevazione, raccolta ed elaborazione degli indicatori di prodotto, di processo, di soddisfazione del Cliente, al fine di garantire la corretta misurazione del livello di applicazione, efficacia ed efficienza del Sistema
La supervisione sulle attività di implementazione delle azioni di miglioramento delle attività e dei risultati;
La costante informazione al Direttore dell'Unità Operativa circa l'andamento del Sistema Qualità nell'ambito dell'Unità stessa.

Facilitatore Rischio Clinico:

Collabora con il Direttore per individuare i principali rischi in Struttura.
Si occupa della valutazione delle segnalazioni e dell'organizzazione degli audit clinici e dell'analisi degli eventi avversi mediante l'applicazione di metodologie e tecniche per l'identificazione degli errori e delle soluzioni organizzative.
Promuove la diffusione della cultura della sicurezza tra gli operatori.
Supervisiona dal punto di vista operativo i processi di gestione dei rischi.
Mantiene contatti con referenti esperti per la promozione e la tutela del paziente

Medico garantisce:

l'iter diagnostico e terapeutico del paziente
la qualità della documentazione sanitaria
il medico è responsabile dei compiti istituzionali delegati dal Direttore di U.O.
l'applicazione dei protocolli e istruzioni operative di propria competenza
collabora con il Direttore di U.O. per il raggiungimento degli obiettivi prefissati
La guardia attiva diurna, notturna e festiva
La compilazione della lettera di dimissione, della SDO, modulistica decessi prevista dalla PP HV 35
La compilazione dei certificati di malattia on line
La modulistica per la segnalazione alla COAD/PUA e le richieste per i presidi
Richiesta farmaci per il paziente in dimissione alla farmacia ospedaliera (secondo le vigenti disposizioni aziendali)
La corretta esecuzione di manualità mediche ivi comprese manovre rianimatorie ed utilizzo di apparecchi elettromedicali (es. ventilatori)
Gestione dei pazienti del DH Oncologico, nei giorni di assenza del Medico Oncologo di riferimento
le consulenze per altre UU. OO. e per il PPS (rif. P.P. HV 10 Gestione delle emergenze intraospedaliere Valle del Serchio): redige e firma il referto nelle Cartelle Cliniche delle UO e sulla modulistica del PPS
la continuità assistenziale con la copertura di servizio di guardia per le emergenze mediche anche per i ricoverati nell'UORRF durante la notte e i giorni festivi
i rapporti con i familiari, con i Medici di Medicina Generale, con i Colleghi delle altre U.U.O.O. (del P.O., dell'Azienda USL 2, dell'Area Vasta Nord Ovest)

Infermiere Coordinatore garantisce:

Rileva il fabbisogno formativo del personale a lui assegnato (es corso BLS)
l'osservanza delle disposizioni per l'utilizzo dei Dispositivi di Protezione Individuale (DPI) da parte del personale interessato
la collaborazione con il Direttore della U.O. all'organizzazione del lavoro e organizza l'attività infermieristica e ausiliaria nel rispetto degli obiettivi espressi
il coordinamento del personale infermieristico e di supporto e collabora al loro aggiornamento e addestramento
le registrazioni di propria competenza e controlla quelle di competenza degli infermieri applicando le procedure a garanzia della privacy
la cortesia e l'umanizzazione nell'ambito delle attività infermieristiche
l'applicazione delle procedure di controllo delle apparecchiature
la corretta tenuta dei presidi necessari alla gestione delle emergenze cliniche
il controllo dell'approvvigionamento di farmaci e degli altri presidi sanitari e si attiene alle disposizioni di Presidio per la gestione degli stupefacenti
E' responsabile della gestione dell'archivio cartaceo (Cartelle Ricovero ordinario, Day Hospital, rapporti con l'archivio centrale del PO, modulistica)
la diffusione dei protocolli e istruzioni operative al personale infermieristico e garantisce il rispetto delle procedure di Qualità incluse nel Manuale

Infermiere garantisce:

l'assistenza generale infermieristica al paziente, preventiva, curativa, palliativa, riabilitativa, relazionale ed educativa
l' identificazione dei bisogni di salute della persona
la pianificazione e la gestione dell'intervento assistenziale infermieristico
la corretta applicazione delle prescrizioni diagnostico-terapeutiche (utilizzo STU come da IO MGB 08)
l'attività di competenza individuale o in collaborazione con gli altri operatori sanitari e sociali
la formazione del personale di supporto
l'aggiornamento relativo al proprio profilo professionale.
la compilazione della cartella infermieristica
controllo quotidiano del corretto funzionamento degli apparecchi elettromedicali in dotazione alla UO
controllo dei farmaci presenti in medicheria (scadenze ed ordini)
Due infermieri **referenti del dolore**
Un infermiere **referente delle ulcere**

Personale di supporto garantisce:
Assistenza diretta alla persona ed aiuto domestico alberghiero
Intervento igienico sanitario e di carattere sociale
Attività di supporto e di integrazione nel contesto organizzativo dei sevizi e di collaborazione con il personale sanitario e sociale
L'attività dell'operatore socio sanitario è rivolta alla persona e al suo ambiente di vita

Inoltre vengono individuate singole responsabilità nell'ambito del personale medico ed infermieristico della UO Medicina:

1. **Responsabile per Ecografia Internistica e Referente del Rischio Clinico garantisce:**
   - l'esecuzione di ecografie internistiche ai ricoverati nella U.O.
   - l'esecuzione di ecografie internistiche nel follow up dei pazienti del DH oncologico
   - l'esecuzione di ecografie internistiche per i pazienti della SA Dialisi, UO Ginecologia, UORRF, Centro Trasfusionale (sia urgenti che programmate)
   - le prestazioni per pazienti ambulatoriali istituzionali
   - sostituisce il Direttore della UO per ferie, assenza, impedimenti per disposizione del Direttore stesso
   - come referente del rischio clinico, ha partecipato a corsi di formazione di animatore per la gestione del Risk Management e cura l'esecuzione di Audit interni

2. **Referente per l'Ecografia Internistica affianca il responsabile e garantisce:**

- l'esecuzione di ecografie internistiche ai ricoverati nella U.O.
- l'esecuzione di ecografie internistiche nel follow up dei pazienti del DH oncologico

3. Referente del DH Onco-ematologico garantisce

- l'applicazione delle disposizioni AIFA
- collegamento con la UO Oncologia e UO Ematologia Universitaria di Area Vasta
- il buon funzionamento del DH Oncologico insieme ai Colleghi della UO e allo Specialista Oncologo

4. Referenti dell' Endoscopia Digestiva Medica garantiscono:

- l'esecuzione di esami endoscopici sia del tratto digestivo superiore che de colon retto, ivi compresi interventi di endoscopia operativa di I livello (sclerosi endoscopica, emostasi endoscopica, applicazione di haemoclips, polipectomia) per i pazienti ricoverati e per pazienti esterni compreso li screening del carcinoma del colon retto.

5. Referente dell'Ambulatorio Divisionale e Responsabile della Privacy garantisce:

- gestisce l'ambulatorio Divisionale internistico, previsto il mercoledì dalle ore 11.30 alle ore 12.30, in continuità con il medico di medicina generale (MMG)
- assicura il rispetto della privacy dei pazienti ricoverati controllando che nelle cartelle sia presente l'apposita modulistica aziendale e che questa sia correttamente compilata

6. Referente della Ventilazione Assistita Non Invasiva (NIV), e Referente dell'Assicurazione Qualità garantisce:

- il controllo del buon funzionamento degli apparecchi Vela e dei monitor multiparametrici
- il contatto con il personale dedicato all'assistenza
- la compilazione del Manuale di utilizzo interno degli apparecchi
- la formazione permanente del personale medico e degli IP
- la cura del Manuale Qualità e la sua divulgazione a tutto il personale

7. Referente Reumatologia e Malattie Rare garantisce:

- le valutazioni reumatologiche per i pazienti ricoverati ed il loro follow-up
- la prescrizione dei farmaci specifici mediante Piano Terapeutico
- le prestazioni ambulatoriali per pazienti esterni
- i contatti con la UO Reumatologia della AUOP

Cap. 5.2

Processo/i di produzione

☐ Presidio Ospedaliero Lucca

Struttura Aziendale interessata U.O. XX

Processo di Ricovero rev 0 - 20/06/2011

	1	2	3	4	5	
FASI	***Accettazione Paziente***	***Accoglienza Paziente***	***Visita Medica***	***Informazione e consenso informato***	***Prescrizione indagini diagnostiche***	***FASI***
Respons	**Infermiere**	**Medico / Infermiere**	**Medico**	**Medico**	**Medico**	**Respons**
Istruz/proc	LA AGL 01 Trattamento dati ai sensi del D.LGS 196/03 Procedura Modalità di accesso (Presidio)	IO MGB 03 Accoglienza del paziente in reparto	IO MGB 04 Gestione documentazione sanitaria	IO MGB 04 Gestione documentazione sanitaria IO MGB 08 Gestione scheda infermieristica	IO MGB 04 Gestione documentazione sanitaria	**Istruz/proc**
	Doc MGB 09 Modalità di ricovero IO MGB 08 Gestione scheda infermieristica	IO MGB 04 Gestione documentazione sanitaria IO MGB 08 Gestione scheda infermieristica	PA 12 Controllo e cura del dolore	PA 15 Linee di indirizzo per l'acquisizione del consenso informato nei trattamenti sanitari	Raccolta protocolli operativi diagnostico-terapeutici* (PO 03-04-05-06-07-08-09)	
	raccolta informazioni utili**	Doc MGB 06 Depliant Informativo	Raccolta protocolli operativi diagnostico-terapeutici* (PO 03-04-05-06-07-08-09)	Doc MGB 08 Informativa per paracentesi, toracentesi, BOM/MO		
Registraz	Verbale Ps, Scheda di trasferimento da altre UU.OO., ambulatorio specifico) ***	Verbale Ps, Scheda di trasferimento da altre UU.OO., ambulatorio specifico) ***	T MGB 03 Cartella clinica*	T MGB 03 Cartella clinica*	T MGB 03 Cartella clinica*	**Registraz**
	Programma informatizzato ADT WEB T MGB 03 cartella clinica TP HV 11 Modulo di ricovero	T MGB 04 Scheda infermieristica	T MGB 17 Scheda terapeutica Unica (STU)*	T MGB 08 Consenso alla paracentesi TMGB 09 Consenso alla toracentesi T MBG 10 Consenso alla BOM/MO	Modulistica varia per richieste	
	TA AGL 03 Informativa ai cittadini e prestazione del consenso		T MGB 13 Scheda del dolore TP HV 11 Scheda MEWS Algoritmo rischio TVP (GRC)			
	*** specificato in ogni U.O in appositi elenchi.*	** secondo le specifiche competenze*		*Al paziente viene chiesto il nominativo di familiari / conoscenti a cui ritiene di dover dare sue notizie cliniche e si fa firmare dopo l'indicazione del nome e del numero di telefono*		
Note		*** Modulo della Direzione di Presidio*				*Note*

eventuali	****l paziente può essere inviato:dal Medico di P.S./ altra struttura interna.Il paziente può essere visitato nell'ambulatorio specialistico su richiesta del MMG e successivamente ,valutata l'appropriatezza del ricovero, viene programmato il ricovero **** Il paziente arriva con la SDO dal P.S., negli altri casi viene compilata dall'infermiere dell'accettazione*					*eventuali*
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	
FASI	***Accettazione Paziente***	***Accoglienza Paziente***	***Visita Medica***	***Informazione al paziente e consenso informato***	***Prescrizione indagini diagnostiche***	***FASI***
FATTORI di QUALITA' - Cliente Utente	Identificazione operatore riferimento	Identificazione operatore riferimento	Cortesia, gentilezza, disponibilità	Informazione chiara e dettagliata	Informazione dettagliata indagini diagnostiche	**FATTORI di QUALITA' - Cliente Utente**
	Cortesia, disponibilità, rispetto	Rispetto della privacy	Valutazione appropriata	Firma contestuale del Medico del modulo per consenso informato	Adeguata preparazione indagini diagnostiche	
	Rispetto della privacy	Informazioni chiare e dettagliate	Ascolto e risposta ai quesiti		Rispetto tempi previsti per indagine	
		Presa in carico	Informazione chiara e dettagliata su diagnosi		Corretta esecuzione dei prelievi	
			Rispetto della privacy			
FATTORI di QUALITA' - Cliente INTERNO	Corretta applicazione delle procedure	Corretta applicazione delle procedure	Corretta compilazione schede e moduli	Rispetto procedure definite	Chiara e completa trasmissione richieste diagnostiche (operatori interni e di altre UU.OO.)	**FATTORI di QUALITA' - Cliente INTERNO**
	Corretta compilazione Scheda/Cartella infermieristica	Corretta compilazione Cartella clinica			Corretta applicazione procedure	
		Corretta compilazione STU				
FATTORI di QUALITA' - Cliente AZIENDA	Soddisfazione dell'utente	Rispetto delle procedure definite	Soddisfazione dell'utente	Rispetto procedure definite	Appropriatezza	**FATTORI di QUALITA' - Cliente AZIENDA**
	Assenza di reclami	Soddisfazione dell'utente	Assenza di reclami			

Responsabile del Processo	Direttore U.O.

6	7	8	9	10	
Invio richieste e campioni	*Definizione diagnosi*	*Prescrizioni terapeutiche*	*Informazione al paziente*	*Valutazione clinica periodica*	*FASI*
Infermiere	Medico	Medico	Medico	Medico	Respons
PP HV 06 Trasporto materiale biologico PP HV 31 trasporto materiale vario da/per CO 118	IO MGB 04 Gestione documentazione sanitaria	IO MGB 04 Gestione documentazione sanitaria	IO MGB 04 Gestione documentazione sanitaria	IO MGB 04 Gestione documentazione sanitaria	
Guida alle prestazioni dell'Area Laboratorio Doc AP 02 Modalità raccolta e invio campioni	Raccolta protocolli operativi diagnostico-terapeutici* (PO 03-04-05-06-07-08-09)	Raccolta protocolli operativi diagnostico-terapeutici* (PO 03-04-05-06-07-08-09)	IO MGB 17 Comunicazionecon i familiari dei pazienti	Raccolta protocolli operativi diagnostico-terapeutici* (PO 03-04-05-06-07-08-09)	**Istruz/prot oc**
IO MGB 27 Invio e ritiro referti a Pisa					
Modulistica varia per richieste	T MGB 03 Cartella clinica*	T MGB 03 Cartella clinica*	T MGB 03 Cartella clinica*	T MGB 03 Cartella clinica*	
TP HV 10 Dir.San Richiesta trasporto materiale vario da/per CO 118		T MGB 17 Scheda terapeutica Unica (STU)*		T MGB 17 Scheda terapeutica Unica (STU)*	**Registraz**
					Note

					eventuali

6	7	8	9	10	
Invio richieste e campioni	***Definizione diagnosi***	***Prescrizioni terapeutiche***	***Informazione al paziente***	***Valutazione clinica periodica***	***FASI***
	Diagnosi tempestiva	Informazione sulla terapia ed eventuali effetti collaterali	Informazione completa sul decorso e procedure programmate	Informazione sulla valutazione	**FATTORI di QUALITA' - Cliente Utente**
			Rispetto privacy		
			Cortesia e disponibilità		
			Uniformità di informazioni		
Corretta applicazione delle procedure definite	Corretta applicazione delle procedure definite	Aggiornamento STU (Direttore U.O. e Infermieri)	Uniformità informazioni (Direttore U.O.)	Rispetto Protocolli e Istruzioni Operative definite (Direttore U.O)	**FATTORI di QUALITA' - Cliente INTERNO**
Corretta modalità di preparazione campioni (Direttori Area/Dipartimento Diagnostica e U.O. Anatomia Patologica)	Corretta compilazione cartella clinica (Direttore U.O.)	Chiarezza e completezza nella compilazione (Infermiere Coordinatore e infermieri)		Integrazione professionale nell'uso della documentazione (Direttore U.O.,Infermiere Coordinatore, Medici, Infermieri)	
Rspetto delle procedure definite	Rspetto delle procedure definite	Appropriatezza prescrizione	Assenza di reclami	Corretta applicazione delle procedure definite	**FATTORI di QUALITA' - Cliente AZIENDA**
		Ottimizzazione delle risorse	Informazioni corrette		

❑
Struttura Aziendale interessata

11	12	13	14	15	
Valutazione infermieristica	*Gestione del Rischio Clinico*	*Gestione emergenze*	*Valutazione dimissibilità*	*Organizzazione attività dimissione*	*FASI*
Infermiere	Direttore U.O.	Direttore U.O./Medico/Inf. Coord./Inf.*	Direttore U.O. / Medico di turno*	Infermiere Coordinatore	Respons
IO MGB 08 Gestione Scheda infermieristica	Doc MGB 07 Rischio Clinico*	IOMGB 22 Sostituzioni, emergenze organizzative, fruizione ferie IO MGB 21 Guasto apparecchiature biomedicali vitali	IO MGB 04 Gestione documentazione sanitaria	IO MGB12 Segnalazione di dimissione, rischio di ricovero protratto e ricovero in ospedale di comunità	
IO MGB 03 Accoglienza del paziente in reparto	Raccolta procedure di origine esterna (Rischio Clinico e Raccomandazioni Ministeriali)	Raccolta protocolli operativi diagnostico-terapeutici* (PO 03-04-05-06-07-08-09) IO MGB 04 Gestione documentazione sanitaria	Raccolta protocolli operativi diagnostico-terapeutici* (PO 03-04-05-06-07-08-09)	Procedura 118	**Istruz/prot oc**
	Doc MGB 07 Rischio Clinico PP HV 42 Corretto utilizzo delle soluzioni KCl	PP HV 14 Guasto apparecchi vitali PP HV 10 Gestione emergenze cliniche intraospedaliere	IO MGB12 Segnalazione di dimissione, rischio di ricovero protratto e ricovero in ospedale di comunità	IO MGB 14 Prescrizione trasporti sanitari	
T MGB 04 Cartella Infermieristica	T MGB 03 Cartella clinica* T MGB 04 Cartella Infermieristica	T MGB 03 Cartella clinica*	T MGB 03 Cartella clinica Moduli per continuità assistenziale (allegato B e C)	Modello unificato di richiesta certificazione e autorizzazione al trasporto sanitario ordinario	
	T MGB 17 Scheda terapeutica Unica (STU)*		Modulo per eventuali prescrizioni ausili	Moduli per continuità assistenziale (allegato B e C)	**Registraz**
	TP HV 22 Chech-list KCl		T MGB 01 Scheda di dimissione infermieristica T MGB 10 Lettera di dimissione		
	**la struttura ha individuato alcuni rischi ed adotta specifiche procedure proprie e/o di presidio per la prevenzione ed il monitoraggio (RETOS, ulcere da decubito, cadute, uso di soluzioni con KCl, sospensionebiguanidi per TC mdc, etc.).*	**Per quanto di competenza*	** Il Direttore concorda la dimissione con il Medico di turno che poi la esegue*		
		***specificato in ogni U.O in appositi elenchi.*			*Note*

					eventuali

11	12	13	14	15	
Valutazione infermieristica	***Gestione del Rischio Clinico***	***Gestione emergenze***	***Valutazione dimissibilità***	***Organizzazione attività dimissione***	***FASI***
Completa presa in carico secondo i bisogni	Sicurezza	Tempestività nell'intervento	Rispetto tempi di ricovero previsti in coerenza con il miglioramento percepito	Informazione chiara sulle modalità della dimissione	**FATTORI di QUALITA' - Cliente Utente**
		Completa presa in carico	Informazioni sulla dimissione		
			Informazioni precise per programmare la dimissione (familiari)		
Corretta compilazione scheda/catella infermieristica (Infermiere Coordinatore)	Rispetto delle procedure definite (Direttore U.O.)	Rispetto delle procedure definite (Direttore)	Completezza informazioni (ADI e Medico del Distretto)	Rispetto del protocollo definito (118)	**FATTORI di QUALITA' - Cliente INTERNO**
Integrazione professionale nell'uso della documentazione (Direttore U.O.,Infermiere Coordinatore, Medici, Infermieri)				Corretta compilazione dei moduli specifici	
Corretta applicazione procedure definite	Corretta applicazione procedure definite	Corretta applicazione procedure definite	Soddisfazione dell'utenza	Rispetto procedure definite	**FATTORI di QUALITA' - Cliente AZIENDA**
		Assenza di reclami	Rispetto procedure definite	Ottimizzazione delle risorse	
		Soddisfazione del paziente			

Presidio Ospedaliero Lucca

U.O. XX

16	17	18	19	20	
Compilazione lettera di dimissione	***Dimissione***	***Compilazione SDO***	***Chiusura cartella clinica***	***Archiviazione***	***FASI***
Medico	**Medico di turno**	**Medico di corsia**	**Direttore U.O.**	**Inf. Coord.**	**Respons**
IO MGB 04 Gestione documentazione sanitaria	IO MGB 04 Gestione documentazione sanitaria	IO MGB 04 Gestione documentazione sanitaria	IO MGB 04 Gestione documentazione sanitaria	IO MGB 04 Gestione documentazione sanitaria	
				IO MGB 29 Tenuta ed archiviazione cartelle cliniche	**Istruz/protoc**
Programma informatizzato* ADT WEB	T MGB 10 Lettera di dimissione T MGB 01 Scheda di dimissione infermieristica	SDO	T MGB 03 Cartella clinica	T MGB 03 Cartella clinica,	
T MGB 10 Lettera di dimissione	T MGB 03 Cartella clinica	T MGB 03 Cartella clinica		T MGB 10 Lettera di dimissione	**Registraz**
T MGB 01 Scheda di dimissione infermieristica	Modulo per prescrizione terapeutica Modulistica varia	Programma informatizzato ADT WEB		T MGB 01 Scheda di dimissione infermieristica	
** la lettera di dimissione è informatizzata e viene redatta in duplice esemplare , firmato e datato, di cui uno viene inserito in cartella clinica, l'altro viene consegnato al paziente alla dimissione*					
					Note

					eventuali

16	17	18	19	20	
Compilazione lettera di dimissione	***Dimissione***	***Compilazione SDO***	***Chiusura cartella clinica***	***Archiviazione***	***FASI***
Completezza delle informazioni sulla diagnosi e terapia per domicilio	Lettera di dimissione contestuale alla dimissione (paziente e familiari)		Cartella clinica disponibile per eventuale richieste di copia	Rispetto privacy	**FATTORI di QUALITA' - Cliente Utente**
Completezza delle informazioni sulla diagnosi e terapia per domicilio	Informazioni dettagliate sul contenuto				
	Prescrizione farmaci e/o ausili				
Rispetto delle procedure definite (Direttore U.O.)	Rispetto delle procedure definite (Direttore U.O.)	Rispetto delle procedure definite (Direttore U.O. e Responsabile Macrostruttura Ospedaliera)	Rispetto delle procedure definite (Direttore U.O. e Responsabile Macrostruttura Ospedaliera)	Rispetto privacy	**FATTORI di QUALITA' - Cliente INTERNO**
	Informazione completa(MMG)		Completezza dati e leggibilità (MMG)	Rispetto delle procedure definite (Direttore U.O)	
Rispetto procedure definite	Corretta applicazione procedure definite	Rispetto procedure definite	Rispetto procedure definite	Rintracciabilità	**FATTORI di QUALITA' - Cliente AZIENDA**
	Assenza di reclami	Rispetto dei tempi defniti		Rispetto privacy	
	Soddisfazione utente				

21	22	23	24	25
Collegamenti interfunzionali	***Gestione farmaci e materiali***	***Gestione Apparecchiature***	***Gestione rifiuti***	***Gestione dati e monitoraggio attività***
Direttore U.O.	**Inf. Coord.**	**Direttore U.O.**	**Inf. Coord.**	**Direttore U.O.**
Doc MGB 01 Tipologia di prodotto ed attività	IO MGB 15 Gestione carrello delle urgenze IO MGB19 Gestione armadio farmaci e presidi medici	PA 05 Manutenzione apparecchiature biomedicali PA06 acquisizione controllo collaudo apparecchi biomedicali e dispositivi medici	PP HV 01 Gestione rifiuti sanitari	PA 03 Sistema Informativo Aziendale
Doc MGB 05 Organigramma e funzioni	Doc MGB 07 Rischio Clinico* PP HV 42 Corretto utilizzo soluzione di KCl	PP HV 14 Guasto apparecchi vitali PP HV 28 Gestione carrello emergenza	IP HV 01 Gestione rifiuti sanitari	
IO MGB12 Segnalazione di dimissione, rischio di ricovero protratto e ricovero in ospedale di comunità	PP HV 18 Smaltimento farmaci scaduti PP HV 33 Gestione armadio farmaci e dispositivi medici di reparto	IP HV 15 Controllo e stato funzionamento defibrillatore IO MGB 15 Gestione carrello delle urgenze		
	TP HV 19 Scheda di consegna alla SA Farmaceutica Ospedaliera dei farmaci scaduti come ridiuti sanitari speciali non	TP HV 08 Modulo di verifica per il defibrillatore	TP HV 03 dichiarazione raccolta ed allontanamento dei rifiuti sanitari pericolosi, medicinali citotossici e citostatici	Programma informatizzato ADT WEB
		T MGB 11 Scheda gestione carrello uregenze T MGB 12 controllo Ventilatore Vela	TP HV 02 Dichiarazione raccolata ed allontanamento dei rifiuti sanitari pericolosi, medicinali citotossici e citostatici	Report
		TMGB 14 Scheda di controllo e pulizia apparecchi elettromedicali T MGB 16 Scheda di verifica materassini		
	** La raccolta di procedure pertinenti alla Struttura Organizzativa è indicata in appositi elenchi nel Manuale Qualità.le procedure sono anche disponibili sul sito Intranet.*			*I report del monitoraggio dell'attività sono informatizzati*

21	**22**	**23**	**24**	**25**
Collegamenti interfunzionali	***Gestione farmaci e materiali***	***Gestione Apparecchiature***	***Gestione rifiuti***	***Gestione dati e monitoraggio attività***
Buona integrazione tra specialisti	Rispetto dei tempi di cura	Sicurezza e funzionalità delle apparecchiature		
Corretta presa in carico				
Rispetto delle procedure definite (Direttore U.O. e Responsabile Macrostruttura Ospedaliera)	Rispetto delle procedure definite (Direttore U.O. e Responsabile Macrostruttura Ospedaliera)	Rispetto delle procedure definite (Direttore U.O.)	Rispetto delle procedure definite (Direttore U.O., Infermiere Coordinatore)	
	Corretta gestione dell'approvvigionamento (Direttore U.O.)			
Soddisfazione utente	Corretta applicazione delle procedure definite	Corretta applicazione delle procedure	Ottimizzazione delle risorse	Ottimizzazione delle risorse
Buona integrazione ospedale-territorio	Assenza di reclami	Sicurezza e funzionalità delle apparecchiature	Rispetto procedure definite	Rispetto programmazione
Assenza di reclami		Assenza di reclami		

.

Cap. 5.3

Procedure di Processo

(Istruzioni Operative, Protocolli, Linee Guida, Procedure Gestionali)

ELENCO ISTRUZIONI OPERATIVE

IDENTIFICAZIONE DOCUMENTO		DATA EMISSIONE	ULTIMA REVISIONE		REDAZIONE E LUOGO ARCHIV.	RESPONSABILE	LIVELLO DIFFUSIONE
CODICE	*DENOMINAZIONE*		Rev.	Data			
IO MGB 02	Sicurezza per preparazione, somministrazione e smaltimento in sicurezza di farmaci antiblastici	20.09.11	0	Conf. Il 17/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 03	Accoglienza del paziente in reparto	16.04.10	1	28/11/2012	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 04	Gestione della documentazione sanitaria	10.09.09	2	10/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 05	Gestione pompa infusionale	20.09.11	0	Conf. II 17/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 06	Utilizzo sollevatori	16/05/2013	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 07	Detersione, disinfezione, sterilizzazione endoscopi in endoscopia digestiva	10/11/2011	0	Conf. II 17/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Personale ambulatorio endoscopia
IO MGB 08	Gestione scheda infermieristica	29.06.01	2	09/01/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 10	Modalità di gestione del paziente in nutrizione enterale	24.04.10	0	Conf. Il 20/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 11	Gestione ed assemblaggio del Ventilatore Vela	10.12.09	1	09/01/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 12	Segnalazione di dimissione, segnalazione di rischio di ricovero protratto e ricovero in ospedale di comunità	05/03/2009	1	21/01/2012	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 13	Protocollo per la fornitura di ossigeno liquido	03.04.10	1	09/01/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale

IO MGB 14	Prescrizione dei trasporti sanitari	09.12.09	1	09/01/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 15	Gestione del carrello delle urgenze	15.01.11	0	Conf. Il 20/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 16	Piano di lavoro di infermieri ed OSS	26.04.10	1	23/01/2012	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 17	Comunicazione con i familiari dei pazienti	07.04.10	1	17/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 18	Verifica e funzionamento del defibrillatore	20.07.11	2	20/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 19	Gestione armadio dei farmaci e dei presidi medici	21.09.11	0	Conf. Il 20/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 20	Gestione cateteri venosi periferici	21.09.11	0	Conf. Il 20/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 21	Guasto apparecchiature biomedicali vitali	30.04.09	1	09/01/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 22	Sostituzioni, emergenze organizzative, fruizione ferie	01.06.10	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 23	Gestione ed uso CVC tipo Porth	01.06.09	0	Conf. Il 17/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 24	Gestione del paziente tracheostomizzato	01.06.09	0	Conf. Il 17/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 25	Preparazione ed esecuzione di mieloaspirato e biopsia osteo-midollare	01.06.09	0	Conf. 10/01/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 26	Modalità di esecuzione del prelievo ematico	15.02.10	0	Conf. Il 17/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale

IO MGB 27	Invio esami e ritiro referti a Pisa	06.06.10	3	Conf. Il 17/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 28	Ordinazione vitto	30.01.09	1	14/01/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 29	Tenuta ed archiviazione delle cartelle cliniche	25.08.11	1	20/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 30							
IO MGB 31	Informazione sulla Carta dei Servizi	12.09.11	0	Conf. Il 17/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 32	Donazione tessuti e cornee	12.09.11	0	Conf. Il 17/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 33	Gestione dei cateteri arteriosi	21.09.11	0	Conf. Il 17/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 34	Esecuzione EGA	05.05.10	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 35	Gestione termometro timpanico	10.01.10	0	Conf. Il 17/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 36	Isolamento per Clostridium difficile	06.10.11	1	19/10/2012	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 37	Movimentazioni carici	01.06.09	0	Conf. 10/01/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 38	Gestione protesi dentarie e auricolari	20.11.11	0	Conf. Il 17/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 39	Percorso assistenziale del paziente stomizzato	22/11/2012	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
IO MGB 40	Gestione Superfici Antidecubito	07/06/2013	0	Conf. Il 17/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale

Data

29/05/2013

Direttore Struttura Organizzativa

.

ISTRUZIONI OPERATIVE ANNULLATE O SOSTITUITE

Codice	Titolo	Revisione	Revisione
IO MGB 01	Compilazione del referto	0 29/06/2001	annullata
IO MGB 03	Comunicazione al paziente e predisposizione al ricovero programmato	0 29/06/2001	sostituita da IO MGB 04 Rev 1 del 03/03/2010
IO MGB 04	Accoglienza al paziente	0 29/06/2001	sostituita da IO MGB 03 Rev 1 del 28/11/2012
IO MGB 05	Gestione della cartella clinica	0 29/06/2001	sostituita da IO MGB 04 Rev 1 del 10/09/2009
IO MGB 06	Raccolta del consenso informato	0 29/06/2001	sostituita da IO MGB 05 Rev 1 del 07/05/2010
IO MGB 07	Lettera di dimissione	0 29/06/2001	sostituita da IO MGB 06 Rev 1 del 15/03/2010
IO MGB 08	Compilazione SDO	0 29/06/2001	sostituita da IO MGB 07 Rev 1 del 16/04/2010
IO MGB 09	Gestione della scheda infermieristica	0 29/06/2001	sostituita da IO MGB 08 Rev 2 del 9/1/2013
IO MGB 30	Istruzione per igiene delle mani	0 07/09/2011	Sostituita da PPHV 54 del Rev. 0 16/11/2011
IO MGB 22	Sostituzioni, emergenze organizzative, fruizione ferie	0 01/06/2010	Rev.1 del 25/10/2012
IO MGB 36	Isolamento per clostridium difficile	0 06/10/2011	Rev. Del 19/10/2012
IO MGB 27	Invio referti e ritiro a Pisa	0 06/06/2010	Rev. 20/02/2012 Rev 23/03/2012
IO MGB	Gestione della documentazione sanitaria	0 10/09/2009	Rev. 27/02/2012

Azienda USL 2 Lucca – Servizio Sanitario della Toscana **Presidio Ospedaliero Valle del Serchio** **Dipartimento Ospedaliero** **U.O. Medicina Generale**	**ELENCO DELLE ISTRUZIONI OPERATIVE ANNULLATE O SOSTITUITE**	

IO MGB	**Segnalazione di dimissione segnalazione di ricovero protratto ricovero in ospedale di comunità**	**05/03/2009**	**Rev. 21/01/2012**
IO MGB	**Piano di lavoro infermieri e oss**	**26/04/2010**	**Rev. 23/01/2012**
IO MGB 03	**Accoglienza del paziente in reparto**	**0** **16/04/2010**	**Rev. 28/11/2012**
IO MGB 08	**Cartella infermieristica**		**Rev 2 09/01/2013**
IO MGB 11	**Gestione assemblaggio ventilatore vela**		**Rev 1 del 09/01/2013**
IO MGB 13	**Protocollo per la fornitura di ossigeno**		**Rev. Del 09/01/2013**
IO MGB 14	**Prescrizione trasporti sanitari**		**Rev. del 09/01/2013**
IO MGB 18	**Verifica e funzionamento defibrillatore**		**Rev 2 del 20/05/2013**
IO MGB 21	**Guasto apparecchiature biomedicali**		**Rev. 1del 09/01/2013**
IO MGB 17	**Comunicazione con i familiari dei pazienti**		**Rev.1 del 17/05/2013**
IO MGB 04	**Gestione documentazione sanitaria**		**Rev 2 10/05/2013**

Aggiornato il 20/05/2013

IO MGB 02

GESTIONE DEI FARMACI ANTIBLASTICI

Confermata il 17/05/2013

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
20/09/2011	0	Infermiere Fabrizio Favelli Bianchi Liana	RAQ Dott.ssa Q.Lucchesi	Direttore Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 12

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 13

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 14

7. DISTRIBUZIONE 14

1. SCOPO

Lo scopo di questa istruzione è quello di definire ed uniformare i comportamenti degli operatori al fine di garantire la manipolazione in sicurezza di farmaci antiblastici.

2. APPLICABILITÀ

L'istruzione viene applicata a tutto il personale medico ed infermieristico, in particolar modo agli infermieri addetti al DH oncologico

3. MODALITA' OPERATIVE

Le norme generali si articolano nelle seguenti fasi essenziali:

3.1 preparazione del piano di lavoro della cappa aspirante
3.2 preparazione dell'operatore
3.3 preparazione dei farmaci (fleboclisi, fiale, polvere, etc.)
3.4 conservazione e movimentazione
3.5 somministrazione dei farmaci
3.6 smaltimento dei rifiuti

Devono, inoltre, essere osservate particolari procedure per:

3.7 trasporto dei manufatti
3.8 pulizia dei locali

Norme di comportamento generali

Per la preparazione dei chemioterapici antiblastici va utilizzata una cabina a flusso laminare verticale allo scopo di proteggere il prodotto farmacologico da contaminazione microbica, gli operatori e l'ambiente da potenziali pericoli derivanti dalle sostanze impiegate.

I locali destinati alla preparazione devono essere separati, chiaramente segnalati con cartelli del tipo:

E' VIETATO L'ACCESSO AL PERSONALE NON AUTORIZZATO

E' VIETATO L'USO DI COSMETICI, MANGIARE, BERE, MASTICARE GOMME E CARAMELLE, FUMARE, CONSERVARE CIBI E BEVANDE
E' VIETATO INDOSSARE INDUMENTI UTILIZZATI DURANTE LA MANIPOLAZIONE AL DI FUORI DEL LOCALE DI PREPARAZIONE

Il locale deve essere provvisto di lavandino ad azionamento non manuale e lavaocchi; inoltre la disposizione della cappa deve essere prevista lontano da porte, finestre o sistemi di aereazione che possano modificare il flusso della cabina.

L'operatore che vi accede:

1) – non usa cosmetici (se contaminati costituiscono una fonte prolungata di esposizione);
2) – non porta orologi, anelli e braccialetti;
3) – non conserva né consuma cibi, fuma o mastica gomme o caramelle.

3.1 PREPARAZIONE DELLA CAPPA ASPIRANTE

L'operatore:

- Accende la cappa controllando la funzionalità degli allarmi (se presenti)
- Indossa i guanti monouso
- Pulisce il piano della cappa con una garza imbevuta con alcool 70°, procedendo dall'alto verso il basso e dalla periferia verso il centro
- Getta, nel contenitore dei rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo, garza e guanti,
- Lava le mani con acqua e sapone
- Introduce tutto l'occorrente necessario per la diluizione e il contenitore rigido per i taglienti,
- Attende 20 minuti prima di iniziare la lavorazione

3.2 PREPARAZIONE DELL'OPERATORE

L'operatore prima di allestire la terapia antiblastica indossa:

- Camice monouso (TNT), del tipo chirurgico, lungo, idrorepellente, allacciato dietro, con polsino alto di maglia;
- Facciale filtrante FFP2S se la preparazione avviene sotto cappa chimica;
- Guanti;
- Occhiali o visiera;
- Cuffia monouso che contenga tutti i capelli;
- Sovrascarpe monouso

3.3 PREPARAZIONE DEI FARMACI

Le forme farmaceutiche utilizzate sono:

- fiale
- polvere
- fleboclisi
- compresse

L'operatore deve

- rispettare le regole di asepsi previste nella preparazione di ogni farmaco iniettabile

- evitare di ostruire la griglia anteriore del piano e lavorare al centro della cappa (almeno a 15 cm. dal suo ingresso frontale)
- muovere le braccia in direzione parallela al piano di lavoro, evitando movimenti bruschi o rapidi che creerebbero turbolenze all'interno della cabina
- evitare di trasferire frequentemente oggetti dall'interno all'esterno della cappa al fine di evitare la contaminazione del locale
- rimuovere ogni materiale o liquido residuo dal piano di lavoro ed eliminarlo nei contenitori rigidi dei taglienti, avendo cura di non lasciare filamenti
- mantenere in funzione la cappa durante le operazioni di pulizia e per ulteriori 20 minuti
- eliminare i guanti utilizzati nei contenitori per rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo
- indossare un nuovo paio di guanti e togliere i dispositivi di protezione con il seguente ordine: 1-facciale filtrante (se utilizzato); 2-camice; 3-cuffia; 4-sovrascarpe, eliminandoli nel contenitore per rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo

Se l'operatore utilizza **FIALE**:

- valuta l'integrità della fiala
- rotea accuratamente la fiala in modo che non rimangano residui di liquido nella parte superiore
- avvolge il collo della fiala con una garza imbevuta di alcool 70°, in modo da evitare il rischio di ferite e la dispersione di aerosol, quindi lo rompe con movimento deciso delle mani verso l'esterno (in direzione opposta al corpo)
- aspira il farmaco in una siringa con chiusura luer-lock
- procede con l'ausilio di una garza sterile, alla disconnessione dell'ago dalla siringa e alla eliminazione nel contenitore per taglienti
- inserisce l'ago sterile completo di cappuccio di protezione
- elimina l'aria dalla siringa avvolgendo l'ago, munito di cappuccio protettivo, con una garza imbevuta di alcool

Se l'operatore utilizza **PREPARATI IN POLVERE:**

- disinfetta con alcool il tappo di gomma (da evitare l'utilizzo di preparati a base di iodio poiché l'accidentale penetrazione nel flacone potrebbe provocare alterazione del farmaco)
- applica il filtro in isopressione nel flacone o sacca del solvente
- aspira il solvente con siringa sterile
- perfora centralmente la membrana di gomma del flaconcino con un filtro in isopressione, introduce nel flaconcino la quantità richiesta di solvente, lentamente, dirigendolo sulle pareti del flacone in modo da bagnare tutta la polvere prima di agitarla (questo minimizza la pressione all'interno del flacone)
- sraccorda la siringa usata per il solvente
- allestisce una nuova siringa con la corretta dose di farmaco pronto, evitando di riempirla oltre i ¾ del suo volume al fine di evitare al fuoriuscita accidentale del pistone con conseguente dispersione del contenuto

- elimina l'aria dalla siringa prima di sraccordarla dal flacone o dopo aver applicato l'ago con il cappuccio tamponando con una garza imbevuta di alcool
- smaltisce il materiale residuo negli appositi contenitori per rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo
- dispone il farmaco allestito su vassoi o in buste di plastica sigillate recanti le indicazioni d'uso (l'eventuale fuoriuscita accidentale di prodotto è facilmente controllata e raccolta)

Se l'operatore utilizza **FLEBOCLISI**:

- si accerta della compatibilità del farmaco con la soluzione consultando le relative schede
- disinfetta il tappo in gomma evitando l'utilizzo di preparati a base di iodio poiché l'accidentale penetrazione nel flacone potrebbe provocare alterazioni del farmaco
- perfora centralmente la membrana di gomma della flebo con un filtro in isopressione, introduce lentamente nella flebo la quantità richiesta di farmaco. Se il volume da aggiungere supera i 20 ml, aspira tale volume di liquido della fleboclisi prima di inserire il farmaco, evitando che l'ago venga a contatto con il contenuto del flacone
- sraccorda la siringa dal filtro proteggendo il punto di fuoriuscita con garza sterile imbevuta di alcool
- chiude il morsetto a valle della camera di gocciolamento del deflussore e perfora il tappo di gomma della fleboclisi mantenendo compresso il gocciolatore
- riempie il tubo di collegamento proteggendo con una garza sterile la sua estremità
- pulisce la fleboclisi con una garza imbevuta di alcool in modo da rimuovere eventuali contaminazioni accidentali
- copre il flacone con un involucro di tessuto o in alluminio se il farmaco contenuto è fotosensibile, mantenendolo fino alla fine della somministrazione in modo da garantirne la stabilità

Se l'operatore utilizza **COMPRESSE** per la **TERAPIA ORALE**:

- le manovre di frazionamento o triturazione dei farmaci in compresse o confetti devono essere fatte usando le stesse precauzioni previste nella preparazione dei farmaci chemioterapici iniettabili
- i frammenti del farmaco non utilizzati vanno conservati in contenitori chiusi possibilmente non trasparenti o avvolti con involucro in alluminio

Ogni preparato, siringa o flacone, deve essere identificato con nome e cognome del paziente, nome e dose del farmaco e qualsiasi altra sostanza contenuta (se il farmaco è somministrato in infusione: ora di inizio e durata dell'infusione).

3.4 CONSERVAZIONE E MOVIMENTAZIONE DEI FARMACI

I farmaci citostatici preparati devono essere conservati in un unico punto, evidenziandone la pericolosità con simboli o indicazioni appropriate.

Ai fini della conservazione e manipolazione dei farmaci citostatici è sempre da preferirsi l'uso di materiale in plastica piuttosto che in vetro tranne in caso di incompatibilità tra farmaco e materiale.

Tutto il personale che viene in contatto, a qualsiasi titolo, con confezioni di antiblastici deve indossare i guanti monouso.

3.5 SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI

Via di somministrazione VENOSA

L'operatore deve:

- lavarsi accuratamente le mani con acqua e sapone ed indossare guanti monouso puliti e non talcati, il camice e la visiera
- adagiare le siringhe o i flaconi, completi di ago e deflussore, contenenti il farmaco su un telino pulito
- proteggere, mediante telini assorbenti, il piano di appoggio del braccio del paziente
- espellere sempre l'aria dal set di infusione proteggendosi con una garza imbevuta di alcool
- scegliere la sede di infusione più idonea possibile, evitando le vene piccole sclerotiche e in genere quelle degli arti inferiori
- dopo il posizionamento dell'ago, controllare l'accesso venoso sempre aspirando ed iniettando solo fisiologica, prima di procedere alla somministrazione del farmaco
- durante la somministrazione, infondere il farmaco lentamente
- rispettare gli schemi fissi prefissati per l'infusione del farmaco
- prima dell'infusione, tra un farmaco e l'altro, infondere sempre almeno 100 ml di soluzione fisiologica per lavare il lume d'accesso venoso per evitare il depositarsi di piccole quantità di farmaco che potrebbero essere causa di irritazioni locali; alla fine dell'infusione per lo stesso motivo, lavare il lume della vena con 100 ml. di soluzione fisiologica

in caso di **stravaso di farmaci antitumorali**:

- interrompere sempre l'infusione
- avvisare il Medico
- aspirare, se possibile, 3-5 ml di sangue nel tentativo di rimuovere parte del farmaco e quindi rimuovere l'ago; con una siringa da 10 ml raccordata ad un ago da insulina aspirare in più punti la zona circostante lo stravaso
- secondo prescrizione medica, iniettare sottocute l'antidoto specifico o in mancanza un corticosteroide ed attuare le eventuali altre indicazioni mediche
- elevare l'arto per favorire il deflusso venoso
- togliere i guanti contaminati e sostituirli con altri puliti
- seguire la procedura riportata nel punto 8 per la decontaminazione qualora fosse avvenuto uno spandimento nell'ambiente.

Via di somministrazione ORALE

L'operatore deve:

- estrarre le compresse dal flacone, facendole scivolare direttamente nel contenitore destinato al paziente. Se le compresse sono contenute in blister la compressione dell'involucro per estrarre la capsula va fatta direttamente nel contenitore del paziente

Via di somministrazione INTRAMUSCOLARE

L'operatore deve:

- indossare i guanti in lattice non talcati
- nella necessità di espellere l'aria dalla siringa direttamente nell'ambiente, utilizzare una garza sterile imbevuta di alcool all'estremità superiore dell'ago
- NON ELIMINARE eccessi di chemioterapici antiblastici sul lavandino
- dopo l'iniezione, eliminare siringa ed ago, SENZA REINCAPPUCCIARE l'ago, nel contenitore dei taglienti

3.6 SMALTIMENTO DEI RIFIUTI

L'operatore:

- elimina aghi e siringhe nei contenitori dei taglienti e quest'ultimi e l'altro materiale utilizzato, nei contenitori per rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo
- identifica i contenitori dei rifiuti sanitari pericolosi a rischio infettivo con etichetta del reparto di provenienza
- dopo aver indossato guanti monouso, ripone la biancheria contaminata da escreti o da farmaco in sacchi idrosolubili, a loro volta inseriti nei sacchi della biancheria sporca infetta, per evitare la contaminazione del personale del Servizio di Lavanderia. Tale biancheria viene sottoposta poi alle normali procedure di lavaggio

Eliminazione degli escreti
Va premesso che non esiste un inattivatore universale.
Urine e feci andrebbero trattate con gli inattivatori adatti al tipo di farmaco somministrato secondo protocolli che tengono conto dei tempi di escrezione. I prodotti più pericolosi sono: platino, ciclofosfamide, antracicline, methotrexate.
Gli operatori che entrano in contatto con urine e feci devono quindi utilizzare i seguenti dispositivi di protezione individuale:

- occhiali di sicurezza
- sovra camice
- guanti
- facciale filtrante FFP2S
- sovrascarpe
- cuffia

Generalmente le più alte concentrazioni di farmaci negli escreti si riscontrano in 1° e 2° giornata dopo la somministrazione; fa eccezione il cis-platino che ha un'emivita di 6-8 giorni. I contenitori (padelle e altro) vanno puliti con una soluzione di ipoclorito di sodio al 10%.

L'operatore e l'ambiente devono essere protetti anche mediante un'idonea inattivazione degli escreti dei pazienti nei seguenti modi:

FARMACO USATO	METODO DI INATTIVAZIONE DELLE URINE
Ciclofosfamide	Urina inattivata da idrossido di potassio (KHO circa all'1%) e ossidazione con permanganato di potassio (KMnO4)
Antracicline – doxorubicina	Urine trattate con sodio ipoclorito (NaClO al 5% circa) seguito dall'aggiunta di sodio tiosolfato (Na2S2O3)
Mitomicina	Urine trattate con sodio ipoclorito (NaClO al 5%)
Cisplatino	Urine trattate con deitiltiocabammato di sodio (DDTC al 10%) in soluzione di NaOH allo 0,4%

3.7 PULIZIA DEI LOCALI DI PREPARAZIONE E SOMMINISTRAZIONE DI CHEMIOTERAPICI

Il personale addetto alla pulizia e alla disinfezione dei locali deve indossare i seguenti dispositivi di protezione individuale:

- camice monouso in TNT, chiuso dietro, idrorepellente, lungo
- facciale filtrante FFP2S
- occhiali di protezione
- sovrascarpe monouso
- cuffia monouso
- guanti monouso, non talcati con polsino abbastanza lungo da sovrapporsi e superare il polsino del camice
- guanti in PVC

Per la pulizia di ogni locale devono essere usati sovrascarpe e guanti nuovi.

Tutto il materiale non monouso (secchi, vaschette, carrello, etc.) necessario per la pulizia dei locali, arredi, superfici vetrate, etc. deve essere DEDICATO (**non può essere utilizzato al di fuori dell'Unità Operativa di Oncologia Medica**). Al termine dell'uso il materiale deve essere lavato, trattato con ipoclorito di sodio e conservato con cura in ambiente idoneo.

Pulizie da svolgere a cadenza giornaliera

L'operatore deve:

- indossare la cuffia, le sovrascarpe, il camice, gli occhiali, il facciale filtrante e i guanti
- iniziare la pulizia del locale filtro e quindi proseguire nel locale "preparazione"
- passare sul pavimento un panno per raccogliere la polvere (es.: veline monouso). Deve utilizzare un panno/velina per la pulizia di ogni ambiente. NON DEVE UTILIZZARE SCOPE o qualsiasi dispositivo che possa sollevare polvere
- lavare e disinfettare i pavimenti usando ipoclorito di sodio al 10% in acqua con uno straccio diverso da quello utilizzato per le superfici
- eliminare la soluzione di lavaggio nel WC, pulire e risciacquare accuratamente i secchi utilizzati con ipoclorito di sodio al 10%
- lavare WC e lavelli con prodotti a base di ipoclorito di sodio e risciacquare abbondantemente con acqua corrente
- gettare nei contenitori per rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo, il materiale utilizzato durante la pulizia nonché i DPI utilizzati

Pulizie da svolgere a cadenza quindicinale

Ogni quindici giorni è necessario pulire e disinfettare porte, infissi e vetri internamente con ipoclorito di sodio allo 1% con le stesse modalità indicate nella procedura di pulizia giornaliera.

PROCEDURA IN CASO DI CONTAMINAZIONE ACCIDENTALE

L'eventuale contaminazione accidentale può essere:

a. ambientale;
b. individuale

L'Unità Operativa che manipola farmaci antiblastici è provvista di **Kit d'emergenza** che comprende:

- istruzioni per l'operatore
- facciale filtrante a copertura di naso e bocca (FFP3)
- guanti in gomma
- occhiali di protezione
- paletta e scopino a perdere
- contenitore rigido per taglienti
- camice monouso idrorepellente chiuso posteriormente
- cuffia
- sacchetto di plastica
- telini assorbenti

IN CASO DI CONTAMINAZIONE AMBIENTALE PER SPANDIMENTO ACCIDENTALE:

prima di intervenire si indossa:

1. camice
2. cuffia
3. occhiali di sicurezza
4. facciale filtrante FFP3
5. guanti in gomma
6. guanti in PVC
7. sovrascarpe
8. si procede quindi:
    - assorbendo eventuali liquidi con carta assorbente o telini TNT monouso
    - assorbendo eventuali polveri con carta assorbente e telini in TNT monouso umidi

La bonifica dell'area deve iniziare dalla periferia dello spandimento cioè dalla zona contaminata, fino al centro rimuovendo tutto il materiale, inclusi eventuali vetri; l'area deve essere quindi lavata con detergente e soluzione di ipoclorito di sodio al 10% per almeno 3 volte e infine risciacquata con acqua.
Al termine delle varie operazioni si ripongono il materiale e i dispositivi di protezione individuale usati negli appositi contenitori per rifiuti sanitari pericolosi non a rischio infettivo.

IN CASO DI CONTAMINAZIONE DEL PERSONALE:

- **per puntura/inoculazione accidentale**: in questo caso l'intervento da effettuare è quello previsto nei casi di stravaso cioè favorire il gocciolamento di sangue dal punto di inoculazione e quindi il lavaggio abbondante della cute con acqua corrente e disinfezione adeguata
- **per contatto diretto di cute e mucose**: in questo caso è necessario lavare accuratamente la zona interessata con acqua corrente e consultare le indicazioni fornite dal produttore contenute nella scheda del farmaco
- **per contaminazione degli occhi**: lavare abbondantemente con acqua corrente o fisiologica per almeno 15 minuti, quindi consultare l'oculista

Si ricorda che l'incidente deve essere notificato, da parte del Dirigente Medico dell'UO, alla Dirigenza Medica e al Servizio Prevenzione Protezione.
Nella comunicazione deve essere notificata la data, l'ora, il luogo, le persone coinvolte, il nome del farmaco oggetto dell'incidente e la quantità stimata nonché una breve descrizione della dinamica dell'incidente e dell'intervento di bonifica ambientale effettuato.

TERMINOLOGIA, ABBREVIAZIONI, SIMBOLI

DPI: Dispositivo di Protezione Individuale = qualsiasi dispositivo che, indossato dal lavoratore durante il lavoro, lo protegga dall'esposizione a rischi lavorativi (biologici, chimici, fisici, etc.).

Facciale filtrante: dispositivo di protezione individuale delle vie respiratorie.

FFP2S-FFP3 (Fattore di Filtrazione P2S o P3): fattore di filtrazione di un facciale filtrante, dispositivo che protegge le vie aeree da polveri, fumi, nebbie ed altre particelle aerodisperse in ragione del 97% o del 99%.

Filtro HEPA (High Efficiency Particulate Air): dispositivo di protezione delle vie respiratorie con fattore di filtrazione di particelle aerodisperse pari al 99,97%.

TNT: tessuto non tessuto.

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa istruzione è demandata al Direttore di U.O.

L'infermiere Coordinatore, quale preposto, ha la responsabilità di controllare la corretta applicazione della procedura .
Tutti gli operatori hanno la responsabilità di:

- attuare i comportamenti suggeriti per la tutela della salute
- utilizzare correttamente i dispositivi di protezione individuale (DPI) forniti e di assicurarne la cura
- smaltire secondo modalità stabilite i materiali residui e i DPI derivanti dalla manipolazione dei farmaci antistatici

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- IARC Monograph on the Evaluation of Carcinogenic Risk to Humans, Lyon 1994
- Provvedimento Conferenza permanente per I rapporti Stato – Regioni e Province Autonome 05.08.1999 "Linee Guida per la sicurezza e la salute dei lavoratori esposti a chemioterapici antiblastici in ambiente sanitario".
- Linee guida "Rischi e misure di prevenzione nella manipolazione, stoccaggio e smaltimento dei farmaci antiblastici" – AUS 21 – Servizio di Prevenzione e Protezione Aziendale, 2002.
- AUSL 21 Legnago – Procedura su preparazione e somministrazione farmaci antiblastici, Febbraio 2007.
- Regione Piemonte "L'esposizione a chemioterapici antiblastici", Collana "Sicuri di essere sicuri", 2001.

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

Relazione di incidente con sostanze chimiche pericolose
Indicatori di verifica della corretta applicazione della procedura

Scheda di verifica procedura operativa

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale.
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 03

ACCOGLIENZA DEL PAZIENTE IN REPARTO

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
28/11/2012	1	Coordinatore infermieristico IC Barbi	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore UO Medicina Dott. G.Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 3

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO .....

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 3

7. DISTRIBUZIONE 4

1. SCOPO
Lo scopo di questa procedura è quello di ottimizzare il processo di accoglienza del paziente in reparto.

2. APPLICABILITÀ
La presente istruzione operativa viene applicata dal personale infermieristico e OSS.

3. MODALITA' OPERATIVE
L'infermiere:

- si presenta all'utente facendosi riconoscere con il cartellino di riconoscimento
- verrà applicato braccialetto di riconoscimento,se il paziente proviene dal PS dovrebbe già averlo. Seguire istruzioni come da PP HV 52 (fare sempre copia da tenere in cartella clinica
- quando si inserisce su programma ADT chiedere la scheda sanitaria e evitare errori di tra scrittura si passa con la pennna ottica
- accompagna il paziente nella camera assegnata
- informa il paziente sulla dislocazione del bagno, dell'armadio, del comodino
- mostra al paziente l'uso del campanello di allarme, del comando luci e le uscite di sicurezza dal reparto
- consegna cartellina informativa aziendale ed illustra al paziente l'opuscolo informativo (Doc MGB 06), lo informerà sulla figura dell'infermiere referente
- informa il paziente sul divieto di fumo in ambito ospedaliero
- rassicura il paziente sul rispetto della privacy
- compila la cartella infermieristica
- compila la parte anagrafica della Scheda Terapeutica Unica
- informa il paziente circa il divieto di consumo di farmaci personali
- avvisa il medico di turno dell'arrivo del nuovo ricovero
- assiste il medico durante la visita
- si rende disponibile per eventuali chiarimenti
- inserisce nella Cartella Clinica la fotocopia di un documento di identità
- chiede al paziente la documentazione relativa alle eventuali esenzioni ticket

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA
La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore della UO.

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE
Informativa interna Doc MGB 06/Depliant informativo.

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale medico, infermieristico ed OSS.

E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 04

GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
10/05/2012	1	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi IC I. Barbi	Direttore UO Dott.G. Rinaldi	Direttore UO Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 7

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 7

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE .....

7. DISTRIBUZIONE 7

1. SCOPO

La presente istruzione operativa vuole garantire la gestione della documentazione sanitaria nel percorso dall'accoglienza del paziente alla dimissione.

2. APPLICABILITÀ

La presente istruzione operativa viene applicata da tutto il personale sanitario.

3. MODALITA' OPERATIVE

CARTELLA CLINICA (gestita dal medico)
La Cartella Clinica è inserita in un raccoglitore dotato di anelli suddiviso in settori ben identificati:

primo settore: Cartella Clinica (T MGB 03), il Verbale di Pronto Soccorso, eventuali documentazioni cliniche precedenti il ricovero,
secondo settore, "Esami ematochimici"
terzo settore, "Esami Radiologici e Vari"
quarto settore, "ECG ed EGA"

Alcuni documenti (es. Moduli di richiesta delle Emotrasfusioni) vanno collocati in una busta trasparente a sè stante nella parete finale del raccoglitore; lo stesso dicasi per le schede della terapia.
L'**infermiere** appone l'etichetta con codice a barre sulla copertina della Cartella Clinica.

Il **medico che effettua il ricovero** è tenuto a:

1. compilare in ogni sua parte la Cartella Clinica
2. sistemare negli appositi settori i referti degli esami pervenuti, previa apposizione della propria sigla, che attesta la presa visione dell'esame, trascrivendo in grafica, nella data opportuna, i referti patologici
3. stampare da RIS PACS i referti di esami effettuati al Pronto Soccorso

La Cartella Clinica non può in alcun caso uscire dal reparto: è obbligatorio l'uso di fotocopie (conservate in Medicheria) di parte o di tutta la cartella per consulenze/esami esterni

Il medico di guardia, al momento del ricovero:

- Compila in maniera accurata la cartella clinica (compresi accordo all'informazione e privacy)
- Esegue l'esame obiettivo
- imposta il piano diagnostico
- inserisce la terapia nella Scheda Terapeutica Unica (vedi P.O. MGB 11 rev 0)
- compila la scheda del dolore (vedi P.O. MGB 12 rev 0)

Successivamente:

- aggiorna quotidianamente i parametri clinici e dettagliatamente il **diario clinico**
- richiede gli esami ematochimici, sierologici, colturali e strumentali (**contrassegnare l'esame, identificabile su elenco prestampato presente in cartella, in corrispondenza della data di richiesta)**
- le indagini diagnostico-strumentali e le consulenze richieste devono contenere in maniera chiara e dettagliata la motivazione della richiesta ed il sospetto diagnostico
- riporta nel diario i referti patologici
- motiva dettagliatamente nel diario clinico ogni variazione della terapia, indica eventuali diete
- richiede il consenso per le procedure diagnostiche e terapeutiche (PA 15 Linee di indirizzo per l'acquisizione del consenso informato nei trattamenti sanitari)
- riporta in cartella la terapia trasfusionale con i dati relativi alla sacca infusa (numero di flacone, gruppo sanguigno), la data e l'ora di inizio e di conclusione della trasfusione, appone la propria firma insieme a quella dell'IP che applica la sacca, previa firma da parte del paziente del consenso informato al trattamento con emoderivati
- Annota dettagliatamente nel diario clinico tutte le richieste di indagini/consulenze da eseguire presso altri Presidi Ospedalieri
- Indica i protocolli terapeutici (es MOPP)
- Garantisce la comunicazione con i familiari
- Comunica alla Caposala le problematiche sanitarie e/o socio-assistenziali per attivare la COAD
- Effettua denuncia di traumatismo accidentale e la notifica di malattia infettiva
- annota in cartella l'allontanamento di un paziente dal reparto e contestualmente provvede alla segnalazione del caso ai familiari ed alla CO 118
- demanda agli infermieri di turno la tempestiva comunicazione della dimissione ai familiari
- compila in ogni sua parte la modulistica per la fornitura di ausili, da consegnare ai familiari con congruo anticipo sulla data della dimissione, i moduli per nutrizione (NAD), e fornisce modulo per esenzione per il paziente diabetico di nuova diagnosi
- formula la diagnosi di dimissione
- annota in caso di decesso del paziente le eventuali manovre rianimatorie intraprese e la terapia di urgenza praticata, l'ora del decesso e conserva in cartella un tracciato ECG attestante l'assenza di attività elettrica miocardica
- riporta in epicrisi le informazioni relative a indagini diagnostiche ancora in corso o da effettuare dopo la dimissione. In tal caso la cartella deve essere consegnata alla Capo Sala fino al completamento delle indagini (vedi percorso di post-ospedalizzazione)

- Le **Cartelle Cliniche del Day Hospital Onco-ematologico** vengono compilate nella parte anagrafica dall'infermiere del DH. Il medico referente della UO Oncologia e i medici di reparto compilano i dati anamnestici ed obiettivi ed aggiornano il diario clinico in maniera dettagliata.

LETTERA DI DIMISSIONE

E' informatizzata (ADT WEB) ed indirizzata al MMG; in essa il medico:

- riporta la diagnosi descrittiva e dettagliata, il decorso clinico, i referti degli accertamenti effettuati, la terapia (indicando il nome del principio attivo), e suggerisce eventuali controlli clinico-strumentali
- richiede alla UO Farmacia, mediante apposito ricettario personalizzato di colore verde, i farmaci
- la lettera di dimissione viene stilata in due copie, firmate in originale, di cui una viene consegnata al paziente e l'altra inserita in cartella clinica
- il medico consegna di persona la lettera di dimissione al paziente, oppure ai familiari, nel rispetto della privacy
- in caso di richiesta di dimissione volontaria, il paziente firma nell'apposito spazio dimissione contro il parere dei curanti", e il medico redige la lettera di dimissione.
- Eventuali referti, pervenuti dopo la dimissione, vengono comunicati al paziente, mediante preavviso telefonico e successivamente inviati a domicilio con lettera oppure la documentazione viene ritirata personalmente nel reparto dal paziente o dai familiari, nel pieno rispetto delle normative vigenti in termini di consenso informato.

COMPILAZIONE SCHEDA DI DIMISSSIONE OSPEDALIERA (SDO)

L'infermiere dimette il paziente mediante apposizione di appropriato codice di dimissione su ADT WEB.

Quindi il medico di corsia compila la SDO mediante il sistema informatico ADT WEB e

A) indica:

- la diagnosi principale intendendosi per diagnosi principale la patologia che ha assorbito le maggiori risorse umane e strumentali nel corso della degenza
- le diagnosi secondarie
- le procedure diagnostiche con relativa data di esecuzione

B) firma e appone la data di compilazione sulla SDO: consegna la cartella con la SDO alla Caposala per l'archiviazione

Il medico e l'infermiere, ciascuno per le parti di competenza, al momento della compilazione della SDO, sono tenuti alla compilazione del Modulo "Verifica Cartella Clinica" TP HV 28.

Il Direttore UO, ricevuta dalla Capo Sala la Cartella Clinica compilata dal Medico di corsia

- ne controlla la completezza in ogni sua parte
- controfirma la cartella e la SDO
- consegna alla Caposala la cartella clinica chiusa e la SDO firmata

Il Direttore dell' U.O. reinvia al medico di corsia la cartella e la SDO ogni volta che ravvisi errori o incompletezza dei dati. Dopo le opportune correzioni effettuate dal medico, il Direttore della UO appone la propria firma e consegna cartella e SDO alla Capo Sala per l'archiviazione (per 12 mesi all'interno dell'UO, IO MGB 29).

PERCORSO DI POST- OSPEDALIZZAZIONE PER ACCERTAMENTI STRUMENTALI A COMPLETAMENTO DIAGNOSTICO

Da tali accertamenti consegue la formulazione diagnostica definitiva.

A. Essi vengono programmati durante il ricovero con le consuete e specifiche procedure:

1. compilazione della richiesta dell'esame su apposita modulistica
2. invio della richiesta alla struttura, che erogherà la prestazione
3. prenotazione con GPI per i casi previsti

B. Sulla lettera di dimissione e sulla cartella in epicrisi, devono essere indicate:

1. data, orario e sede dell'esame
2. indicazioni necessarie per la preparazione all'indagine

C. La Cartella Clinica viene consegnata alla Coordinatrice Infermieristica fino alla acquisizione del referto dell'esame

D. il paziente si reca autonomamente presso la struttura che eroga la prestazione programmata e non necessita di impegnativa regionale, in quanto essa è parte integrante del Ricovero Ordinario (RO)

E. Il paziente viene convocato per Visita Internistica, con il medico che ha redatto la lettera di dimissione, nel cui referto verrà formulata la diagnosi definitiva, ovvero saranno date le indicazioni diagnostico-terapeutiche del caso

F. Nel caso di procedure invasive (es. biopsia TC guidata, etc) il paziente dovrà essere ricoverato in regime di RO

COMPILAZIONE DEL REFERTO DELLA VISITE AMBULATORIALI E DELLE CONSULENZE

Il referto deve contenere, oltre ad i dati identificativi del paziente, le notizie anamnestiche e i dati obiettivi, le indicazioni diagnostico-terapeutiche; il medico fornisce al paziente, in caso di visita ambulatoriale, la richiesta di farmaci erogati dalla Farmacia Ospedaliera. Il referto viene consegnato al paziente, debitamente firmato e timbrato

GESTIONE PRENOTAZIONI INTERNE (GPI)

E' attivo sulla rete Intranet.

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore della UO Medicina.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

DGR 24/12/2010 n.61/R
Decreto N. 1623 del 04/05/2011
IO MGB 29 Tenuta ed archiviazione cartelle cliniche

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

T MGB 03 Cartella Clinica
T MGB 04 Cartella Infermieristica
T MGB 22 Cartella di Day Hospital
T MGB 15 Scheda prestazioni ambulatoriali
T MGB 07-08-09 Consenso informato
TP HV 28 Verifica della Cartella Clinica
PP HV 17 Compilazione,registrazione e consegna dei referti

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita al personale medico ed infermieristico.

E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 05

GESTIONE DELLA POMPA PER INFUSIONE

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
20/09/2011	0	Infermiera DH Liana Bianchi	Infermiere Coord. Ianula Barbi RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore U.O. Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 5

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 5

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 5

7. DISTRIBUZIONE 5

1. SCOPO

Lo scopo di questa istruzione operativa è la buona gestione della pompa infusione evitando errori di dosaggio

2. APPLICABILITÀ

Questa istruzione è applicata a tutto il personale infermieristico

3. MODALITA' OPERATIVE

1) Preparazione SET per infusione primaria:

-chiudere il morsetto del deflussore
-inserire il deflussore nella soluzione da infondere
-far riempire la vaschetta di gocciolamento
-assicurarsi che la presa d'aria sia aperta
-aprire il morsetto, tirando verso l'alto, e far scorrere la soluzione
-chiudere il morsetto (si sente un clic)
-inserire il SET nella pompa esercitando una certa pressione
-chiudere la leva nera che è sulla pompa.

2) Avvio

-premere " accensione" (lo strumento fa un test automatico)
-si illumina la pagina di avvio del sistema

3) Programmazione

-si sceglie se programmare il lato A o B
-si preme il tasto vicino alla scritta " FLUSSO"
-si digita la velocità d'infusione
-per dare la conferma si preme il tasto in basso dove è indicata una freccia
-si preme poi il tasto VDE e si inserisce il volume da infondere
-per confermare ancora la freccia
-si preme poi il tasto vicino VI e si inserisce il volume infuso
-per confermare ancora la freccia
-per cancellare un valore premere C

4) **Avvio**

-una volta impostati i valori corretti premere" avvio" in alto sulla pompa

5) **Modalità per cambiare i valori durante il funzionamento**

-non è necessario mettere in attesa per effettuare cambiamenti
-premere il tasto vicino a ciò che si vuole modificare, es. VDE, si cambia e si conferma con la freccia in basso

Nel caso si cui contemporaneamente le due vie, il procedimento è lo stesso, basta stare attenti a selezionare prima la via dove si vuole impostare o fare delle modifiche (premi A o B)

6) **Sostituzione del flacone**

-mettere il canale in attesa
-rimuovere il contenitore esaurito
-collegare il nuovo contenitore (assicurarsi che la vaschetta di gocciolamento sia circa a metà)
-premere il tasto del VDE e inserire i valori desiderati
-lo stesso vale per FLUSSO e VI

7) **Rimozione del SET**

-mettere il canale in attesa
-aprire la leva di fissaggio
-togliere il SET
-chiudere lo sportellino
-spegnere la pompa

ALLARMI

1)Problema alla pompa: l'infusione si arresta con conseguente allarme. Il visualizzatore lampeggia.
2)Avvertimento. La pompa continua a infondere ,ma per es., avverte che sta per finire l'autonomia della batteria.
3)Suggerimento: avverte che non sono state completate le procedure di messa a punto. I messaggi sono segnalati sul display.
Nel caso di " bolle d'aria" l'infusione si arresta;

bisogna mettere in “attesa” , togliere il deflussore, naturalmente staccandolo dal paziente, far uscire l’aria e infine riattaccare

4. RESPONSABILITA’ DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore di U.O. e all’ infermiere coordinatore

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Manuale istruzioni

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a a tutto il personale infermieristico
E’ competenza di ogni Direttore l’applicazione della procedura all’interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 06

UTILIZZO DEI SOLLEVATORI

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
16/05/2013	0	Operat. Socio Sanitari Lucia Abrami Ilaria Andreucci	Inf. coordinatore Ianula Barbi RAQ Dott.ssa Q.Lucchesi	Direttore U.O. Dott. G.Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 5

3. MODALITA' OPERATIVE ..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 5

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 5

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 5

7. DISTRIBUZIONE 5

1. SCOPO

Lo scopo di questa procedura è quello di assicurare il rispetto della sicurezza, del benessere, della dignità della persona e prevenire rischi connessi al sovraccarico del rachide degli operatori.

2. MODALITA' OPERATIVE

Nella movimentazione di un paziente non autosufficiente, agire da soli o comunque non riflettendo su quello che si sta per fare può essere pericoloso per il rachide. Infatti le **azioni** che si devono compiere devono essere intraprese applicando le corrette manovre di **movimentazione**, riflettendo, quindi, su come creare una buona base di appoggio e un giusto **equilibrio**, scomponendo il movimento in più fasi, pensando alle prese giuste, disponendo correttamente le attrezzature.
Il tipo di manovra più adatta sarà in relazione alle caratteristiche del paziente:
necessita di massima assistenza o deve solo essere stimolata la sua attiva collaborazione?

Questa procedura ha lo scopo di disciplinare le alzate, al fine di garantire sia la sicurezza dell'anziano sia quella dell'operatore, nel rispetto delle normative vigenti.

L'effettuazione di manovre corrette e l'impiego di dispositivi tecnici durante le attività di sollevamento e di spostamento del paziente, richiedono la disponibilità di spazi adeguati e di idonee caratteristiche dimensionali degli ambienti che con gli adeguamenti in corso raggiungeranno standard ottimali.

La mobilizzazione dei pazienti dai letti, al fine di prevenire i danni conseguenti alla sindrome da immobilizzazione è riconosciuta come intervento importante. In riferimento al D.Lgs 81/08 che prevede l'introduzione e l'utilizzo di strumenti atti a ridurre il sovraccarico del rachide degli operatori addetti all'assistenza.

TIPOLOGIA DEL PAZIENTE

- paziente non autosufficiente e non collaborante.

Apparecchiatura utilizzata: sollevatore elettrico con imbracatura.

Risorse umane utilizzate: 2 operatori
Procedura di trasferimento.

1 - Spiegare all'ospite le operazioni che verranno effettuate per il trasferimento, per rassicurarlo che la manovra è sicura sia nella sospensione sia nello spostamento del sollevapazienti.

2 - Porre la poltrona o la carrozzina frenata vicino al letto.

3 - Avvicinare il sollevatore al letto.

4 -Posizionare correttamente l'imbracatura variando i decubiti dell'ospite prima su un lato poi sull'altro.

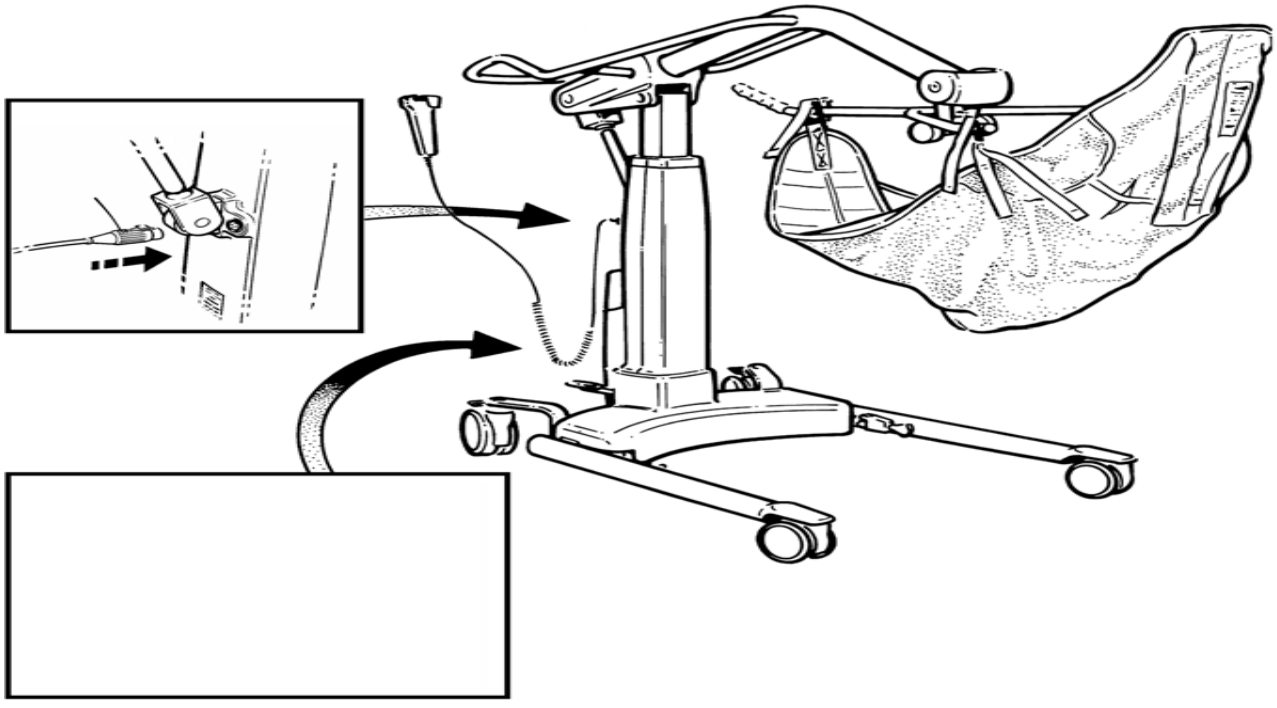
5 - Agganciare l'imbracatura al sollevatore.

6 -Portare il sollevatore alla carrozzina o alla poltrona e allargare la base d'appoggio per una maggior stabilità e permettere un migliore avvicinamento alla carrozzina stessa.

7 - Frenare il sollevatore, sedere l'ospite e sganciare l'imbracatura.

8 - Controllare la corretta postura dell'ospite.

Esiste la necessità di cambiare la batteria scarica. La batteria scarica deve essere lasciata in carica per almeno 8 ore e può essere lasciata in carica senza pericolo che venga danneggiata, in questo modo si garantisce sempre, il massimo livello di carica della batteria.
Ogni 7 giorni lasciare caricare la batteria per almeno 15 ore consecutive. Le batterie , in genere vanno sostituite ogni tre anni, possono durare anche cinque se la manutenzione e l’uso è fatto bene



3. APPLICABILITÀ

Questa procedura è applicata a tutto il personale infermieristico e OSS

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore della U.O. Medicina.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Manuale istruzioni per la manutenzione.
Manuale istruzione d'uso.
I.O.MGB 37 Movimentazione carichi

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

T MGB 29 controllo batterie sollevatori

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale infermieristico e OSS
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 08

GESTIONE DELLA CARTELLA INFERMIERISTICA

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
09/01/2013	Rev.2	Inf. Turriani Silvia Inf. Coord. I. Barbi	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore UO Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 3

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 5

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 5

7. DISTRIBUZIONE 5

1. SCOPO

Lo scopo di questa procedura è quello di personalizzare e pianificare l'assistenza infermieristica ad ogni singolo paziente.

2. APPLICABILITÀ

Questa procedura è applicata a tutto il personale infermieristico

3. MODALITA' OPERATIVE

La cartella infermieristica e' un documento dove sono riportati i problemi della persona e quali sono gli interventi che abbiamo deciso, quali e quanti ne abbiamo realizzato e che risultati abbiamo conseguito (il contenuto del profilo professionale dell'infermiere è proprio questo)

L'infermiere :

a) **Partecipa all'identificazione dei bisogni di salute della persona e della collettività**
b) **Identifica i bisogni di assistenza infermieristica della persona e della collettività e formula i relativi obbiettivi**
c) **Pianifica, gestisce e valuta l'intervento assistenziale infermieristico**

Parti della cartella

DATI ANAGRAFICI E DI RICOVERO → dati anagrafici e di ricovero

VALUTAZIONE B.A.I. E PIANO DI ASSINTENZA

SCHEDE ACCESSORIE →diagnostica, parametri vitali, esami ematici, monitoraggio ulcere da pressione, diario trattamento ulcere da pressione, diario lesioni in genere, diario infermieristico, valutazione rischio cadute (RE-TOS)

SCHEDA MOVIMENTAZIONI

DATI ANAGRAFICI :

è essenziale che compaiano i seguenti dati:

- Apporre etichetta nello spazio apposito
- Identificazione del paziente ; nome, cognome , indirizzo, data di nascita ecc.
- Le persone significative in caso di bisogno ; familiare di riferimento, caregiver ecc.
- Tipologia di ricovero

Tutte le parti devono essere compilate correttamente e la firma dell'infermiere deve essere leggibile e quindi rintracciabile

DATI SUI PROBLEMI O BAI

Compilare la scheda dei BAI (bisogni assistenziali infermieristici)
Dolore all'ingresso
Continuità assistenziale
Allergie
Accessi vascolari
Catetere vescicale

SCHEDE ACCESSORIE

- Esami strumentali, diagnostica per immagini visite specialistiche ecc. Compilare sempre: data di richiesta ed esecuzione

- **Esami ematici, inserire**:

1. Data richiesta
2. Es. routine e urgenti
3. Etichetta urgenti e non

- **Parametri vitali**

PA F.C E SAT. O2

- **Parametri vari** :

T.C., DIURESI, ALVO, PESO

- **Monitoraggio ulcere da pressione**

Compilare anagrafica,eventuali trattamenti precedenti se si specificare riportare la sede dimensioni ecc.

- **Scheda posizionamento**

Si posiziona il paz. In base alla presenza della superficie antidecubito.
Se "SI" si posiziona ogni 4 ore : l' orario da rispettare per la movimentazione, salvo esigenze particolari, è: 7-11-15-19-23-03
L'ispezione della cute viene effettuata la mattina ore 7.
La posizione del paziente verrà indicata seguendo la legenda infondo alla pagina
In caso di pazienti con decubito obbligato, specificarlo nel diario infermieristico, compilando ugualmente la scheda (es. paz. Ventilato sarà sempre seduto, semiseduto o supino

- **Diario clinico del trattamento e valutazioni periodiche**

Va riportato ogni volta il trattamento, data e scala Braden

- **Diario clinico per lesioni in genere**

Valutazioni periodiche e trattamenti delle ulcere ad es. vascolari, ustionati ecc

- **Diario infermieristico**

L'infermiera annoterà le condizioni del paziente nei diversi turni di lavoro

- **Scala Re-Tos ;** le indicazioni per la compilazione sono in allegato alla procedura>
- **Scheda di continuità assistenziale** , è informatizzata, in cartella verrà lasciata una copia

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore di U.O.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

PA 16 Rev. 0 Percorso diagnostico-terapeutico assistenziale nelle ulcere da pressione.
Linee guida sulla documentazione infermieristica
Il modello delle prestazioni infermieristiche area medica I e II ASL5 PISA
Corso aggiornamento dott. Lenzini sulle prestazioni infermieristiche
La buona pratica per la prevenzione delle cadute. GRC..Tommaso Bellandi Regione Toscana
Indicazioni generali per la prevenzione delle cadute e applicazione scala Re-Tos (in allegato alla procedura)

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

T MGB 04 Rev. 1

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale infermieristico.
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

I.O. MGB 10

MODALITA' DI GESTIONE DEL PAZIENTE IN NUTRIZIONE ENTERALE

Confermata il 20/05/2013

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
24/04/2010	0	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore UO Medicina Dott. G.Rinaldi	Direttore UO Medicina Dott. G.Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 5

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 6

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 6

7. DISTRIBUZIONE 6

1. SCOPO
Lo scopo di questa procedura è quello di instaurare un corretto programma di nutrizione enterale.

2. APPLICABILITÀ
La presente IO viene applicata dal medico di reparto e dall'infermiere.

3. MODALITA' OPERATIVE
La nutrizione enterale, mediante l'utilizzo di miscele nutrizionali, scelte in base alle caratteristiche del paziente, viene instaurata con la seguente modalità e successione temporale:

Giorno 1 (induzione)

Quantità da infondere nelle 24 ore: 1 flacone da 500 ml

Apporto calorico: 500 kcal (100 kcal/100 ml) circa

Orario di somministrazione e velocità di infusione: 21 ml/ora – 7 gocce/minuto nelle 24 ore

Acqua da somministrare con siringa: 70 ml ogni 4 ore (totale 420 ml)

Totale dei liquidi infusi: 840 ml *

Giorno 2

Quantità da infondere nelle 24 ore: 1 flacone e ½ da 500 ml = 750 ml

Apporto calorico: 750 kcal circa

Orario di somministrazione e velocità di infusione: 42 ml/ora – 14 gocce minuto nelle 18 ore (es. dalle ore 6 alle ore 24)

Acqua da somministrare con siringa: 70 ml ogni 4 ore (totale 420 ml)

Totale dei liquidi infusi: 1060 ml *

Giorno 3

Quantità da infondere nelle 24 ore: 2 flaconi da 500 ml = 1000 ml

Apporto calorico: 1000 kcal circa

Orario di somministrazione e velocità di infusione: 62 ml/ora – 21 gocce minuto 16 ore (es. dalle ore 8 alle ore 24)

Acqua da somministrare con siringa: 70 ml ogni 4 ore (totale 420 ml)

Totale dei liquidi infusi: 1260 ml*

Giorno 4

Quantità da infondere nelle 24 ore: 2 flaconi e ½ da 500 ml = 1250 ml

Apporto calorico: 1250 kcal circa

Orario di somministrazione e velocità di infusione: 82 ml/ora – 27 gocce minuto 16 ore (es. dalle ore 8 alle ore 23)

Acqua da somministrare con siringa: 70 ml ogni 4 ore (totale 420 ml)

Totale dei liquidi infusi: 1480 ml *

Giorno 5

Quantità da infondere nelle 24 ore: 3 flaconi da 500 ml = 1500 ml

Apporto calorico: 1500 kcal circa

Orario di somministrazione e velocità di infusione: 102 ml/ora – 34 gocce minuto 16 ore (es. dalle ore 8 alle ore 23)

Acqua da somministrare con siringa: 70 ml ogni 4 ore (totale 420 ml)

Totale dei liquidi infusi: 1700 ml *

Giorno 6 e seguenti (nutrizione a regime)

Quantità da infondere nelle 24 ore: 3 flaconi da 500 ml = 1500 ml

Apporto calorico: 1500 kcal circa

Orario di somministrazione e velocità di infusione: 125 ml/ora – 42 gocce minuto 12 ore (es. dalle ore 8 alle ore 20)

Acqua da somministrare con siringa: 70 ml ogni 4 ore (totale 420 ml)

Totale dei liquidi infusi: 1700 ml *

*: l'ultimo bolo di 70 ml di acqua viene somministrato alle ore 24 di ogni giorno per cui nel computo totale di liquidi somministrati va sempre sottratto il volume di 70 ml.

N.B. a seconda delle necessità del paziente è possibile frazionare la somministrazione della miscela secondo lo schema seguente:

1. a 125 ml/ora -42 gocce/minuto dalle ore 7 alle ore 11 500 ml
2. a 125 ml/ora -42 gocce/minuto dalle ore 13 alle ore 17 500 ml
3. a 125 ml/ora -42 gocce/minuto dalle ore 19 alle ore 23 500 ml

In questo caso i boli di acqua da 70 ml vanno somministrati all'inizio ed alla fine di ogni somministrazione intermittente

N.B. nei primi tre giorni di terapia si consiglia di integrare l'apporto di liquidi mediante terapia endovenosa.

L'uso delle **fibre** è indicato nella prevenzione della stipsi e per migliorare la risposta glicemica. Pertanto è consigliabile inserire gradualmente una miscela nutrizionale con fibre iniziando con 250 ml/die, incrementando di 250 ml/die fino ad arrivare a 1000 ml/die.

Griglia di confronto tra Nutrison e Isosource

Nutrison		Isosource
100 kcal/100 ml	**calorie**	150 kcal/100 ml
134	**sodio**	70
201	**potassio**	135
385	**osmolarità**	203
6 g	**proteine**	4 g
18.5 g	**carboidrati**	12.8 g
5.8 g	**lipidi**	3.3 g

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore della UO.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO.

Documentazione allegata ai prodotti in uso nel reparto.

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita al personale medico ed infermieristico
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 11

GESTIONE ED ASSEMBLAGGIO DEL VENTILATORE VELA

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
10/12/2009	0	Infermiere Coordinatore Sig. Ianula Barbi	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 4

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 4

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 4

7. DISTRIBUZIONE 4

1. SCOPO
Lo scopo di questa procedura è quello di gestire in maniera idonea il ventilatore tipo Vela.

2. APPLICABILITÀ
Questa procedura è applicata a tutto il personale infermieristico.

3. MODALITA' OPERATIVE
Il ventilatore deve essere utilizzato nella stanza monitor. La U.O. dispone di due ventilatori Vela.
Il ventilatore deve essere collegato tramite il cavo di alimentazione ad una fonte di alimentazione di corrente alternata. L'autonomia del Ventilatore in caso di mancanza di corrente è di 6 ore.

L'**infermiere**:

1. collega i tubi alla base del video (pannello anteriore) relativi alla connessione del paziente (sinistra la via espiratoria, a destra la via inspiratoria)
2. applica alla maschera il filtro antibatterico da sostituire ogni 24 ore.
3. collega il tubo dell'ossigeno del flussometro con l'apposito connettore rastremato (ingresso O2 a bassa tensione) collocato in alto a destra sul pannello posteriore, ricordando che va tolta l'acqua del gorgogliatore perché il circuito è gia umidificato. NB: è il CONNETTORE PIU' BASSO; quello al di sopra è per l'ossigeno ad alta tensione, erogato direttamente all'impianto centralizzato
4. accende il ventilatore premendo il pulsante posto sul pannello posteriore in alto a sinistra (alla nostra sinistra): sia all'accensione che allo spegnimento viene attivato un segnale acustico: per spegnere l'allarme premere il 1° pulsante in alto a destra per farlo tacere

TIPI DI MASCHERE ORONASALI SENZA FORO

1. **RESPIRONICS PERFORMA TRAK MONOUSO SENZA FLANGE**

MIS L COD. MO5349
MIS M COD. MO5350
MIS S COD. MO5348

2. **REMED ULTRA MIRAGE STERILIZZABILI**

MIS L MO3522
MIS M MO3521
MIS S MO3520

CIRCUITO DOPPIO TUBO MO5800
FILTRO ANTIBATTERICO/VIRALE HME COD. 2862/05 REF.354/5833

Nella stanza al termine del corridoio del Reparto Donne vengono conservate le scorte del materiale e i Ventilatori già assemblati.

L'apparecchio viene controllato al mattino una volta alla settimana, mediante questa procedura:

- collegare il ventilatore alla corrente di rete
- verificare l'accensione
- pulire con panno morbido la superficie esterna
- verificare che il materiale sotto elencato sia presente:

    1. maschere di varie misure
    2. circuito
    3. filtro antibatterico auto umidificato

- registrare su modello apposito l'avvenuto controllo
- controllare il materiale di scorta e le eventuali scadenze

Ogni volta che il ventilatore viene usato reintegrare il materiale usato.

Pulizia e manutenzione:
Ogni sei mesi vengono i tecnici per la manutenzione e questa include la sostituzione di:

1. filtro ingresso aria posteriore
2. filtro ingresso ossigeno
3. il filtro e gli O-ring del silenziatore della turbina
4. filtro ventola

In questa occasione vengono eseguite le seguenti operazioni:

1. rimozione sostituzione delle parti summenzionate
2. calibrazione
3. prova di verifica per confermare che il ventilatore funziona secondo i parametri ottimali

Per la pulizia esterna usare un panno morbido umido.

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore di U.O.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Manuale di istruzione del ventilatore Vela.

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

T MGB 12

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale infermieristico
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 12

SEGNALAZIONE DI DIMISSIONE, SEGNALAZIONE DI RISCHIO DI RICOVERO PROTRATTO E RICOVERO IN OSPEDALE DI COMUNITA'

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
21/01/2012	1	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi I.C. I. Barbi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 3

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 3

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 3

7. DISTRIBUZIONE 3

1. SCOPO

Lo scopo di questa istruzione operativa è quello identificare tra la popolazione fragile, soprattutto anziana, tutte quelle situazioni di criticità, evidenziate durante il ricovero, che possano essere riferite alla Assistenza Territoriale di base che si articola in:

1. Assistenza domiciliare integrata (ADI)
2. Cure intermedie (CI)
3. Assistenza residenziale e semiresidenziale (RSA, RSD-centro diurno)

Punto di riferimento è la **centrale operativa per l'assistenza distrettuale** (PUA/COAD) cui devono giungere tutte le segnalazioni.

La PUA/COAD costituisce il punto di raccordo tra ospedale e territorio.

Le possibili situazioni critiche, che potrebbero ritardare considerevolmente la dimissione del paziente e che pertanto devono essere precocemente individuate dal medico e dall'infermiere, sono costituite da tre ordini di problemi:

- interventi sanitari e/o socio assistenziali domiciliari mediante la formulazione di un progetto terapeutico mirato (ADI), soggetto a periodica revisione da parte del personale e delle strutture territoriali. Per i casi complessi, ovvero socio-sanitari, la PUA/COAD attiva la Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM)
- necessità di assistenza intensiva ed estensiva in ambiente protetto per problematiche sanitarie complesse non gestibili a domicilio (CI). I centri di riferimento sono gli Ospedali di comunità di Gallicano, di Magliano e l'Hospice di Villetta-S. Romano e nei casi urgenti la RSA di Coreglia
- mancato supporto familiare e socio-ambientale al momento della dimissione, situazioni non idonee al rientro del paziente al proprio domicilio, spesso per patologie croniche stabilizzate determinanti condizioni di non autosufficienza grave (RSA con accesso stabilito in sede di UVM)

2. APPLICABILITÀ

La presente istruzione operativa viene applicata dal medico di reparto, dalla Caposala e dagli I.I.P.P.

3. MODALITA' OPERATIVE

La segnalazione del caso viene effettuata dal medico di reparto attraverso una esaustiva compilazione della modulistica, in cui siano chiaramente indicati:

- **diagnosi**: deve comprendere anche la presenza di dispositivi tipo cateteri vescicali, CVC, ventilatori per VAM. Ossigenoterapia, nutrizione parenterale, eventuali terapie del dolore e quanto sia necessario per una corretta presa in carico del paziente da parte del territorio
- **bisogni assistenziali,** intendendo per questi varie opzioni, che devono venir segnalate dal Medico che compila la richiesta, quali:
  - ADI
  - ricovero in Ospedale di Comunità
  - ricovero in Hospice
  - attivazione di pacchetti assistenziali domiciliari compresi anche i percorsi riabilitativi da concordare con i Colleghi della UORRF, i quali devono fornire il percorso idoneo prima della dimissione

La segnalazione viene effettuata mediante il modulo TP HV 33 che deve essere compilato dall'infermiere e dal medico in tutte le sue parti e debitamente firmato.

La segnalazione viene effettuata in forma di:

1. fax al numero 5711,
2. contatto telefonico con il medico della COAD seguita comunque sempre da richiesta scritta (n. tel. 5621)

Il medico compilerà la lettera di dimissione e richiederà gli eventuali ausili necessari per la dimissione mediante apposita modulistica allegata, **da consegnare ai familiari con congruo anticipo rispetto alla data di dimissione** (es. letto articolato)

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore della UO Medicina

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Delibera del D. G. n. 754 del 22/11/2007

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

TP HV 33 Rev. 0 scheda di continuità assistenziale per i soggetti dimessi con attivazione PUA

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a:

- personale medico
- personale infermieristico

E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

I.O. MGB 13

PROTOCOLLO PER LA FORNITURA DI OSSIGENO LIQUIDO

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
09/01/2013	1	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi Inf. S. Turriani I.C. I. Barbi	Direttore U.O. Medicina Dott. G. Rinaldi	Direttore U.O. Medicina Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 4

3. MODALITA' OPERATIVE 4

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 5

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 5

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 5

7. DISTRIBUZIONE 5

1. SCOPO

L'ossigeno-terapia domiciliare a lungo termine è assicurata mediante la fornitura di concentratore di ossigeno o ossigeno liquido ai pazienti affetti da ipossiemia arteriosa cronica nei seguenti casi:

1. ipossiemia cronica da broncopneumopatia cronica ostruttiva –BPCO (bronchite cronica, enfisema polmonare)
2. altri tipi di ipossiemia: fibrosi cistica, interstiziopatie polmonari diffuse, ipossiemia da sforzo in paziente con enfisema polmonare, cifoscoliosi con grave desaturazione da sforzo, neuropatie/miopatie croniche con ipossiemia a riposo e da sforzo

Il protocollo di valutazione prevede l'esecuzione nell'arco di 2 mesi di 5 prelievi emogasanalitici (EGA).

I **criteri di ammissione** alla ossigeno-terapia domiciliare continuativa e a lungo termine si distinguono in:

a) **assoluti**: PaO2 con valori stabilmente≤ 55 mmHg in 5 misurazioni nell'arco di due mesi in condizioni di riposo e di veglia, durante respirazione in aria ambiente

b) **relativi**:

I. PaO2 compresa stabilmente nell'intervallo 55-65 mmHg in 5 misurazioni nell'arco di due mesi. E' necessario dimostrare che nel sonno l'ipossiemia si aggrava oppure che durante il lavoro di lieve entità l'ipossiemia si accentua.

II. PaO2 >65 mmHg ma con ipertensione polmonare (PAP > 28 mmHg)

III. Ipossiemia durante il sonno, documentata da saturimetria notturna

IV. Desaturazione sotto sforzo, evidenziabile mediante test respiratorio da sforzo o meglio test per il consumo di ossigeno

In ogni caso si deve verificare che la somministrazione di ossigeno riesce a correggere l'ipossiemia durante il giorno, la notte, a riposo o in attività.

Le controindicazioni alla ossigeno-terapia domiciliare continuativa e a lungo termine sono:

a) Ipocapnia grave: PaCO2 <25 mmHg in pazienti con ipoafflusso cerebrale cronico

b) Ipercapnia o ritenzione di CO2 >88 mmHg durante il giorno, durante respirazione in aria ambiente

c) Aggravamento pericoloso della ritenzione di CO2 durante il sonno: aumento di PaCO2>15mmHg in pazienti con PaCo2 diurna > 78 mmHg.

L'ossigeno terapia domiciliare prevede:

1. una durata della terapia di circa 24 ore/die
2. la fornitura di contenitori
3. la fornitura di un serbatoio fisso + una unità mobile

I concentratori di ossigeno hanno le seguenti caratteristiche:

1.	capacità	0-5 l/m
2.	peso	20-30 kg
3.	rumorosità	entro 35 dba
4.	consumo energetico	350-400 W

Hanno diritto alla esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria limitatamente alla prestazioni specialistiche le forme morbose indicate dai seguenti codici Regionali:

007 493 –asma

024 5188 – insufficienza respiratoria

011 9 tubercolosi

L'esenzione viene rilasciata dal medico specialista.

2. APPLICABILITÀ

La presente istruzione operativa viene applicata dai medici di reparto in collaborazione con il medico specialista pneumologo.

3. MODALITA' OPERATIVE

I pazienti potenzialmente candidabili alla ossigeno terapia domiciliare a lungo termine devono essere sottoposti a prelievi EGA durante la degenza con le modalità riportate al punto 1 (almeno due prelievi) e alla dimissione deve essere programmato un iter diagnostico da concordare con l'Ambulatorio Pneumologico e da indicare sulla lettera di dimissione (data e ora della visita).

Per i pazienti già in trattamento l'adeguamento del flusso di ossigeno prevede il monitoraggio trans-cutaneo a riposo con flussi crescenti di ossigeno (da 0.5 l/m a 2.0 l/m). In questo caso mediante

apposita modulistica lo specialista pneumologo apporta le modifiche alla terapia in atto indicando la variazione del flusso di ossigeno e la durata del trattamento nelle 24 ore.

Sia la **prima richiesta** di ossigeno liquido che le variazioni di flusso:

- la richiesta firmata viene inviata alla UO Farmaceutica di Barga, e alla ditta fornitrice (vedi strumenti registrazione)

Si inviano i moduli con il frontespizio della pneumologia di Lucca
Una volta inoltrata tutta la documentazione per la richiesta di ossigeno, il paziente può venire dimesso con la prescrizione di ossigeno gassoso sul ricettario regionale.

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore della UO.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Documentazione della Pneumologia di Lucca.

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

TA PNE 1 Rev. 1
TA PNE 2 Rev. 1
TA PNE 3 Rev. 1
Modulo U.O. Pneumologia per frontespizio
Richiesta per presidi domiciliari in pazienti ventilati.

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale medico e infermieristico.
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 14

PRESCRIZIONE DEI TRASPORTI SANITARI

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
09/01/2013	1	Infermiere Coordinatore I. Barbi Inf. Silvia Turriani	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore UO Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 5

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 5

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 5

7. DISTRIBUZIONE 6

1. SCOPO

Lo scopo di questa procedura è quello di garantire una buona gestione del servizio di trasporto sanitario

2. APPLICABILITÀ

La presente istruzione operativa è applicata a tutto il personale medico e infermieristico

3. MODALITA' OPERATIVE

Tipologie di trasporto:

- Trasporto di cittadini infermi
- Trasporto di materiale organico(debitamente confezionato e devono riportare in modo chiaro la destinazione di invio.(vedi modulo per richiesta trasporto materiali allegato e PP HV 31)
- Trasporto di documentazione clinica per cittadini ricoverati per definire diagnosi e terapia. Le documentazioni cliniche devono essere consegnate in plico sigillato per garantire la riservatezza dei dati (vedi stesso modulo del materiale e PP HV 31)
-

Il trasporto può essere **ordinario o urgente**

TRASPORTI URGENTI

E' coordinato dalla centrale operativa del 118. Le richieste che giungono alla centrale sono immediatamente esaudite e sono a carico del sistema sanitario regionale.
Il servizio comprende:

- Trasporto urgente di pazienti da ospedale a ospedale nell'ambito o al di fuori della ASL
- Trasporto urgente di pazienti per accertamenti diagnostici e terapeutici da ospedale a ospedale nell'ambito o al di fuori della ASL
- Elisoccorso regionale Pegaso

TRASPORTI ORDINARI

I trasporti ordinari sono in parte gestiti dalla centrale operativa e in parte dalle U.O. (es dialisi). L'ambito operativo è il territorio aziendale, regionale, nazionale ed estero ed è rivolto ai cittadini residenti
Il servizio comprende:

- Trasporto per dimissioni di paziente non autosufficiente da struttura sanitaria al domicilio o presso RSA aziendali o presso ospedale di comunità.

STRUTTURE AZIENDALI

- Ospedale di comunità Magliano e Gallicano
- RSA Pierotti di Coreglia
- RSA Villetta S. Romano e Hospice
- Ospedale di comunità Marlia
- Hospice San Cataldo Maggiano
- RSA Il sole di Altopascio
- Casa di cura santa Zita Lucca

- Trasferimenti da ospedale a ospedale sia nell'ambito che al di fuori della ASL
- Trasporti per accertamenti diagnostico/terapeutici, sia nell'ambito che al di fuori della asl, quando sono richieste prestazioni sanitarie non eseguibili nelle nostre strutture sanitarie
- Trasporto materiale organico
- Trasporto documentazione clinica

La richiesta di trasporto ordinario deve pervenire alla centrale operativa almeno 24 ore prima dell'effettuazione del servizio comunicandolo via fax entro le ore 11 (n. fax 2588 tel. 2595).

IL REQUISITO NECESSARIO E INDISPENSABILE per imputare l'onere del trasporto al SSR è la NON TRASPORTABILITA' del paziente con mezzo non idoneo a causa delle condizioni cliniche (pazienti barellati o costretti su sedie a rotelle)

Sono a carico del SSR

- Trasporti con autovetture per paz. dializzati o affetti da morbo di Hansen
- Paz. affetti da patologia neoplastica
- Paz. ricoverati che necessitano trasporto verso altre strutture sanitarie in ambito regionale per procedure diagnostico / terapeutiche

Non sono a carico

Tutti i trasporti che non rientrano nelle tipologie suddette oppure i trasporti sanitari che NON presentano il requisito della NON TRASPORTABILITA' con i comuni mezzi a causa delle condizioni cliniche, in particolare:

- I trasporti per dimissione o trasferimento su volontà dell'utente
- I trasporti richiesti in ragione dei disagi di natura socio-economica e/o familiare dell'utente
- Trasporto per cure termali, visite medico /legali, per riconoscimento invalidità,per impianti e ausili protesici (esclusi ausili per arti inferiori)
- Trasporto per ricoveri in RSA(escluso chi è residente o ha il domicilio nella struttura)

Per imputare l'onere del trasporto al SSR è necessaria la relativa **certificazione.**
La richiesta del viaggio ha valore di certificazione e di autorizzazione e deve contenere le seguenti indicazioni:

1. Nome e cognome, domicilio, indirizzo, telefono, codice sanitario
2. Tipo di prestazione da effettuare e mezzo sanitario richiesto

3. Ospedale, presidio, ambulanza presso cui deve essere trasportato l'utente (se fuori dal territorio aziendale deve essere indicato il motivo)
4. Giorno ed ora di effettuazione della prestazione
5. Nei casi di cicli di terapia, il numero dei trasporti previsti (devono essere limitati a 10 e devono essere continuativi)
6. La dicitura: " NECESSITA DI TRASPORTO IN AMBULANZA (O MEZZO ATTREZZATO) IN QUANTO INTRASPORTABILE CON I COMUNI MEZZI DI TRASPORTO A CAUSA DELLE CONDIZIONI CLINICHE IN QUANTO PAZIENTE BARELLATO O COSTRETTO SU SEDIA A ROTELLE
7. Indicazione della situazione clinica che determina la necessità per l'utente di utilizzare mezzi diversi da quelli sanitari (AUTOVETTURA):
   "PAZIENTI DIALIZZATI, PAZIENTI AFFETTI DA MORBO DI HANSEN, PAZIENTI AFFETTI DA PATOLOGIA NEOPLASTICA O PAZIENTI RICOVERATI CHE NECESSITANO DI TRASPORTO VERSO ALTRE STRUTTURE SANITARIE IN AMBITO REGIONALE PER PROCEDURE DIAGNOSTICO/TERAPEUTICHE

   Su tutte le certificazioni va apposto il timbro e firma del medico, il quale è direttamente responsabile di quanto certificato. In caso contrario la certificazione è nulla
   N.B
   Se si rende necessaria la presenza del medico a bordo in caso di spostamenti di pazienti per esami strumentali in altra sede o dimissioni, si invia al 118 il modulo trasporto ordinario specificando medico DEU il quale è presente solo di mattina per queste esigenze.

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore di U.O

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Regolamento Aziendale per trasporti sanitari, Delibera n. 78 del 31/01/2005.

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

Moduli allegati di origine esterna:

1. Modulo trasporto urgente
2. Modulo trasporto ordinario
3. Modulo trasporto elisoccorso
4. Modulo per trasporto materiali e documenti

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale medico e infermieristico

E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

I.O. MGB 15

GESTIONE DEL CARRELLO DELLE URGENZE

Confermato il 17/05/2013

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
15/01/2011	0	Infermieri Corneli Valeria Franchi Sabrina	RAQ Dott. Q. Lucchesi	Direttore U.O. Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 3

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 3

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 3

7. DISTRIBUZIONE 3

1. SCOPO
Lo scopo di questa istruzione è quello di una corretta gestione del carrello urgenza e del controllo periodico delle scadenze.

2. APPLICABILITÀ
La presente istruzione operativa viene applicata a tutto il personale sanitario.

3. MODALITA' OPERATIVE
Il carrello deve essere collocato in luogo facilmente raggiungibile, accessibile e conosciuto da tutti gli operatori dell'U.O. E' collocato nel Reparto Donne vicino all'ambulatorio DH.
Sul carrello è presente la procedura per guasto defibrillatore
I moduli di controllo sono tutti in medicheria nell'apposito contenitore vicino al carrello medicazioni parte uomini più l'elenco scadenze farmaci contenuti nel carrello
L'operatore che effettua il controllo dovrà registrare e firmare su moduli appositi (TP HV 08/Verifica defibrillatorre-Direzione Sanitaria; T MGB 11 .Il controllo del carrello scadenze relativamente ai presidi, farmaci ecc. deve essere fatto:

- Sempre dopo ogni utilizzo (in questo caso è richiesta la verifica del medico coinvolto)
- Semestralmente le scadenze dei farmaci e dei presidi contenuti nei cassetti (T MGB 11 Rev.1/ Controllo del Carrello delle urgenze), avendo cura di inserire farmaci e presidi con scadenza non inferiore ai sei mesi.
- Al termine rimettere sempre il sigillo
- Il venerdi notte controllo sigillo più pulizia

Inoltre quotidianamente deve essere verificata la funzionalità del defibrillatore (IP HV 15 Rev.2)

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA
La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore di U.O.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO
P.P. HV 28

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE
TP HV 08/Verifica defibrillatore-Direzione Sanitaria
T MGB 11
IP HV 15 Rev.2

7. DISTRIBUZIONE
Questa procedura viene distribuita a tutto il personale sanitario.
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 16

PIANO DI LAVORO INF. E OSS

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
23/05/2013	2	Infermiere Coordinatore Personale Infermieristico e OSS	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO....3

2. APPLICABILITÀ....3

3. MODALITA' OPERATIVE....3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA....7

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO....

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE ....

7. DISTRIBUZIONE 7

1. SCOPO

Lo scopo di questa procedura è quello di organizzare il lavoro per una buona qualità dell'assistenza

2. APPLICABILITÀ

Questa I.O. viene applicata a tutto il personale infermieristico e oss

3. MODALITA' OPERATIVE

PIANO DELLE ATTIVITA'

U.O. MEDICINA BARGA

I.C. BARBI IANULA

MATTINA Totale posti letto 40

ATTIVITA'	7.00	7.30	8.00	8.30	09.00	09.30	10.00	10.30	11.00	11.30	12.00	12.30	13.00	13.30	14.00
Presa visione delle cartelle infermieristiche	A B C D a b c														
	H		E F												
Infermiera di front office (trasferimento chiamate su cordless)	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H		

Preparazione terapia e somministrazione Somministrazione terapia im, ev, os, sc Misurazione dei parametri vitali Pa e saturazione O2,			E-F	E-F	E-F	E-F	E-F								
Somministrazione terapia fuori orario e antidiabetica		A B													
Preparazione carrello colazioni, e distribuzione		H													
Aiuto nella somministrazione della colazione dei pazienti non autosuff. e posizionamento per i semi dip.		a	a												
		b	b												
Giro letti : igiene personale e cambio biancheria intima ,rifacimento letti, medicazioni , cambi posturali ecc.		CD	CD	CD	CD	CD									
		AB	AB	AB	AB	AB									
				a	a	a	a	a							
				b	b	b	b	b							
				c	c	c									
Riordino carrelli terapia e medicazioni							CD								
Riordino carrelli giro letti									a						
Controllo menu nuovi ricoveri e variazioni							c	c							
VISITA MEDICA						AB	A B	AB	AB	CD	CD	CD			

Stampa esami urgenti arrivati								EF	EF							
Terapia fuori stich ecc.									EF							
Registrazione,controllo delle prescrizioni, invio delle richieste di esami strumentali, ematici, ecc , invio richieste farmacia nei giorni addetti, programmazione ricoveri, tenuta cartelle non ancora chiuse per mancanza referti,invio fax farmacia, 118 ecc.. Controllo distribuzione opuscoli .								H	H	H	H					
Riordino medicheria in genere								CD	CD	AB						
controllo continuita' assistenziale. (dimissioni, segnalazioni PUA ecc.)							E F	E F	E F	E F						
Controllo pazienti, igiene personale dove necessita, cambi posturali,									c	c						
									b	b						
Distribuzione vitto									a	a	a					
											AB					
Aiuto nella somministrazione alimentazione, SNG ,											c	c	c	c		
											b	b	b	b		
											AB	A B				
Terapia												E F	E F	EF		
igiene bocca , cambi posturali e igiene dove necessita												a				

Riordino carrello visita									AB			CD		
Aggiornamento delle cartelle infermieristiche e passaggio di consegne ai colleghi del turno successivo													A B	A B
													C D	CD
													a	a
													b	b
Ammissione dei pazienti in reparto Accettazione informatizzata ricoveri			H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H	H

CAMPANELLI E CONTROLLO REPARTO TUTTI GLI OPERATORI

Infermieri turnisti N° 4 07.00-14.00 (a b c d) **3** **Infermiere giornaliere 08-14.00 (E) 14.00-20.00** **2° Infermiere DH 07.12-14.12 in aiuto al reparto come front office (al DH solo al bisogno)**	**A B** **C D** **E** **F** **H**	**Operatori socio sanitari 3** **Il sabato mattina e i pomeriggi secondo esigenze si cala di un'unità**	**a** **b** **c**	**Durante il turno ci sono delle attività che non hanno un orario preciso:, posizionamento SAD, preparazione ad esami diagnostici, Queste attività vengono svolte da tutti gli operatori** **IL RIORDINO E' IMPORTANTE !!!!!!!**

PIANO DELLE ATTIVITA'
U.O. MEDICINA BARGA
I.C. BARBI IANULA

POMERIGGIO Totale posti letto 40

ATTIVITA'	14	14.30	15.00	15.30	16.00	16.30	17.00	17.30	18.00	18.30	19.00	19.30	20.00	20.30	21.00
Presa visione delle cartelle infermieristiche Lettura consegne giornalieri	A B C D G a b														
Visione diretta del paziente		AB CD													
Preparazione e sistemazione carrelli terapia e quaderni STU		G	G	G											
Ordinazione vitto e visione diretta		a b	a b												
Controllo continuità assistenziale, sistemazione farmacia e ordinazione nei giorni stabiliti aiuto e sistemazione dimissioni (cartelle , esami ecc.)					G	G	G	G							
Consegna lettere dimissione e farmaci			AB CD	AB CD											
Riordino e rifacimento letti dei dimessi (aiuto ai volontari nello spostamento paziente dal letto alla barella, togliere SAD, mettere materasso e rifacimento) Igiene a chi necessita				a b	a b	a b									

					CD	CD									
					A B	A B	A B								
					G	G			CD	CD	CD	CD	CD	CD	CD
Esecuzione lavori extra assistenza (controllo defibrillatori, troponina, modulo ventilati, carrello urgenze ecc.) secondo i giorni prestabiliti									G	G					
Esecuzione stick glicemici, somministrazione insulino terapia o antidiabetici orali								A B	A B	A B					
Rilevazionje TC, SAT. Clisteri, cambi posturali, igiene personale							CD	CD							
							a	a							
							b	b							
Preparazione pazienti per la cena e sistemazione pazienti e cambi posturali									a	a	a				
									b	b	b				
									C D	C D	C D				
											G				
Scrittura consegna informatizzata												G	G		
Distribuzione vitto e somministrazione ai non autosuff. SNG										a	a				
										b	E				
										C D	C D				
Giro letti dove necessita												a	a		
												b	b		
Terapia orale, i.m. e.v. informazione ai												C D	C D		

pazienti che devono rimanere digiuni dalla mezzanotte per esami												A B	A B		
Riordino carrello terapia														C D	
Riordino carrello giro letti														a	a
Aggiornamento delle cartelle infermieristiche e passaggio di consegne ai colleghi del turno successivo														A B	AB
														C D	CD
														b	b
Infermieri turnisti N° 4 14.00-21.00 (A B C D)	*A B*		*Operatori socio sanitari 2*		*a*	***L'infermiere giornaliero controlla scadenze armadio farmaci e presidi alla fine di ogni mese. Firma su modulo apposito***									
	C D		*Secondo le esigenze e il carico di lavoro a volte si cala dio un'unità*		*b*										
Infermiere giornaliero. 14.00-20.00	*G*														

PIANO DELLE ATTIVITA'
U.O. MEDICINA BARGA
I.C. BARBI IANULA

NOTTE Totale posti letto 40

ATTIVITA'	21.00	21.30	22.00	22.30	23.00	23.30	24.00	01.00	02.00	03.00	04.00	05.00	06.00	06.30	07.00
Presa visione delle cartelle infermieristiche Visione diretta del paziente	AB C D	A B C D													
Preparazione della terapia e somministrazione Misurazione dei parametri vitali Pa-TC e saturazione O2,			A B C D	AB CD											
cambio pannoloni, cambi posturali					CD AB			CD AB		CD AB			CD AB		
Riordino carrello terapia						A B									
Prelievi riordino carrello prelievi														CD	
Controllo sacche diuresi			AB												
Aggiornamento delle cartelle infermieristiche e passaggio di consegne ai colleghi del turno successivo															A B C D
Sorveglianza pazienti Accettazione ricoveri	AB C D	AB C D	AB C D		AB C D	AB C D	AB C D	AB C D	AB C D	AB C D	AB C D	AB C D	AB C D		AB C D

Infermieri turnisti N° 4 07.00-14.00 (a b c d)	A B		**Lunedi: controllo e pulizia carrello urgenza più controllo foglio scadenze** **Martedi: pulizia carrelli visita** **Mercoledi: pulizia carrelli terapiaù** **Giovedi: controllo materiale per ventilazione e pulizia Vela** **Venerdi pulizia carrello defibrillatore più elettrocardiografi** **Sabato pulizia carrelli medicazioni** **Domenica Riordino scrivanie più pulizia computer (spengere).** **I CONTROLLI DEGLI ELETTROMEDICALI SE INF. GIORN. NON E' PRESENTE VANNO FATTI (sarà scritto sulle comunicazioni dagli stessi)** **TUTTE LE SERA PREPARAZIONE CARRELLO VISITA PER LA MATTINA SUCCESSIVA** **Firmare appositi moduli di controllo**
	C D		

L'infermiera giornaliera insieme a quella di front office tiene consegne informatizzate aggiornate a ogni fine turno, naturalmente fa breafing con le colleghe e si informa anche sulle consegne mediche . L'infermiere coordinatore appena entra la mattina riporta sulle consegne varie comunicazioni.

L'infermiera di front office si occupa anche del DH oncologico quando la collega e' in ferie e tutti i venerdi quando ciè ambulatorio oncologico

Inoltre:

- Trasferimento chiamate su cordless dalle ore 7.00- alle ore 10.00 circa (filtrare e segnare)
- Ammissione pazienti (preparazione cartella infermieristica. , moduli e intestazione – braccialetto e documento)
- Ricoveri programmati e in attesa di referti (nella stanza dell'infermiere coordinatore)
- Fax farmacia e richieste ambulanze
- Segnalazione manutenzione e pc (il personale deve informare sul guasto)
- Fare richieste farmacia nei giorni stabiliti in collaborazione con le colleghe giornaliere
- Modulistica da mandare al centro stampa

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore di U.O e all'Infermiere Coordinatore

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale infermieristico e oss

E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 17

COMUNICAZIONI CON I FAMILIARI DEI PAZIENTI

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
07/04/2010	0	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi CI I. Barbi	Direttore UO Dott. G. Rinaldi	Direttore UO Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 1

2. APPLICABILITÀ 1

3. MODALITA' OPERATIVE 1

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 3

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 4

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 4

7. DISTRIBUZIONE 4

1. SCOPO

Lo scopo di questa procedura è quello di fornire ai pazienti (ricoverati in regime di Ricovero Ordinario, di Area di Osservazione e di Day Hospital) ed ai loro familiari, in maniera comprensibile ed esaustiva, le notizie relative allo stato di salute dei degenti, alle indagini diagnostiche ed al loro esito, alle terapie effettuate o da programmare.

Tali informazioni vengono fornite al paziente e ai familiari o a persone designate dal paziente stesso al momento del ricovero mediante la compilazione dell'apposita modulistica (T MGB 3/ accordo sull'informazione Rev 0, allegata alla presente IO e come specificato nella IO MGB 04 Gestione della Cartella Clinica)

2. APPLICABILITÀ

La presente I.O. viene applicata dal medico di reparto con la collaborazione del personale infermieristico.

3. MODALITA' OPERATIVE

Il tempo per la comunicazione con i familiari viene individuato nell'orario dalle ore 13 alle ore 14 di ogni giorno al termine della visita medica del mattino. È questo infatti il momento in cui è presente il medico che ha effettuato la visita stessa ed è, pertanto, in possesso delle informazioni più aggiornate riguardo alla clinica, alle decisioni diagnostiche e terapeutiche, per le quali talora è opportuno notificare l'avvenuto consenso ai familiari, secondo le modalità previste dalla PA 15 Rev 0- Linee di indirizzo per l'acquisizione del consenso informato nei trattamenti sanitari, e dalla successiva IO MGB 05 rev. 0.
Il colloquio si svolge, nel suddetto intervallo di tempo, nello Studio Medico, dove i medici avranno a disposizione i carrelli delle Cartelle Cliniche.
Il colloquio con i familiari non può svolgersi nella Medicheria, nella quale non è ammesso l'ingresso dei familiari.
Eventuali colloqui pomeridiani o serali, da limitare per quanto possibile, potranno svolgersi nell'Ambulatorio Divisionale.

Il personale infermieristico, interpellato dai familiari in merito alla richiesta di colloquio con il medico, è tenuto a fornire una corretta informazione in merito alle modalità di comunicazione con i medici del reparto.

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore della UO.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Lettera del Direttore della UO avente come oggetto “organizzazione del piano di lavoro dei Medici” punto 6- Orario di ricevimento dei familiari.

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

PA 15 rev. 0
IO MGB 04 Gestione della cartella clinica
IO MGB 05 Consenso informato
T MGB 3/ Accordo sull’informazione Rev 0

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita al Personale Medico ed Infermieristico
E’ competenza di ogni Direttore l’applicazione della procedura all’interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 18

VERIFICA E FUNZIONAMENTO DEL DEFIBRILLATORE

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
20/05/2013	2	Infermiere Coordinatore Ianula Barbi Inf. Silvia Turriani	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore U.O. Medicina Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 4

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 4

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 4

7. DISTRIBUZIONE 4

1. SCOPO

Lo scopo di questa istruzione è quello di garantire che il defibrillatore sia sempre efficiente e funzionante.

2. APPLICABILITÀ

La presente istruzione operativa viene applicata a tutto il personale infermieristico

3. MODALITA' OPERATIVE

L'infermiere esegue in successione le seguenti azioni:

1. Portare l'interruttore in posizione "acceso", controllare luci accese sulle piastre e visualizzare il monitor acceso
2. Controllare sul monitor che appaia la scritta 200 Joules
3. Controllare che sul monitor appaia la scritta PRONTO
4. Premere contemporaneamente i pulsanti anteriori di SCARICA su entrambe le piastre senza estrarle
5. Controllare la registrazione di scarica "autotest ok " sul monitor e riportare la striscia di carta con data , ora e firma di chi ha controllato nell'apposito contenitore
6. Firmare il modulo di avvenuto controllo
7. Riportare l'interruttore in posizione "spento"
8. Controllare la spia della batteria che deve essere di colore giallo, in carica

La verifica viene effettuata durante il turno pomeridiano dalle infermiere giornaliere, quando non sono presenti dal turno notturno. La registrazione viene spillata e inserita in un quaderno appeso vicino al defibrillatore e conservato a cura dell'infermiere coordinatore. Va inoltre firmato il modulo apposito come da procedura di presidio.

In caso di mal funzionamento o rottura di tutti e due gli apparecchi presenti nel reparto si provvederà ad utilizzare l'apparecchio dell'U.O. Riabilitazione come da IO MGB 21.
La mattina successiva si provvederà a mandare fax urgente al n. 2013 con apposito modulo.
Le eventuali problematiche verranno annotate sul modulo di controllo defibrillatore.

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità dell'interpretazione dell'istruzione è demandata al Direttore di U.O. e alla Caposala

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

TP HV 08 Direzione Sanitaria
IO MGB 21 Guasto apparecchiature biomedicali vitali

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

IP HV 15 Istruzioni di Presidio per il controllo e stato di funzionamento del defibrillatore

7. DISTRIBUZIONE

Questa istruzione Operativa viene distribuita a tutto il personale. E' competenza di ogni Direttore l'applicazione dell'Istruzione all'interno della propria Struttura Operativa

IO MGB 19

GESTIONE ARMADIO FARMACI E PRESISI MEDICI

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
21/09/2011	0	Infermiere coord. I. Barbi	RAQ Dott.ssa Q . Lucchesi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi

1. SCOPO

Lo scopo di questa istruzione operativa è quello di gestire in maniera appropriata gli armadi farmaci e i dispositivi medici.

2. APPLICABILITÀ

Questa istruzione è applicata a tutto il personale infermieristico**,** medico e all'infermiere coordinatore.

3. MODALITA' OPERATIVE

IL PERSONALE INFERMIERISTICO E' TENUTO A:

- Mantenere ordinata la disposizione dei farmaci e dei presidi medici secondo quanto disposto dal coordinatore infermieristico
- Controllare le scadenze ed evidenziare la data, se questa è prossima
- Mantenere l'integrità della confezione
- Disporre i farmaci della stessa tipologia in funzione della loro scadenza
- Evidenziare al coordinatore infermieristico eventuali carenze o scorte eccessive
- Attuare la verifica mensile degli armadi farmaceutici e dei dispositivi medici (gli ultimi giorni del mese)

IL PERSONALE MEDICO HA L'ONERE DI:

- Collocare in armadi chiusi **i campioni del farmaco** che ha ricevuto
- Mantenere ordinata la disposizione
- Conservare i campioni correttamente
- Verificare periodicamente le scadenze

IL COORDINATORE INFERMIERISTICO E' RESPONSABILE DI:

- Mantenere ordinata la disposizione dei farmaci e dei presidi medici, gli ordini e i resi
- Controllare che ogni mese sia compilata la scheda dell'auto-ispezione e sottoscriverla
- Conservare tale scheda in un'apposito raccoglitore a disposizione degli organi di vigilanza
- Consegnare una copia di verifica al responsabile di struttura

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore dell'U.O.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

PP HV 18

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

TP HV18 DIR SAN
T MGB 19 Scheda di controllo dei farmaci campione stanza medici

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale infermieristico e medico
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 20

GESTIONE CATETERI VENOSI PERIFERICI

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
21/09/11	0	Infermieri Giovannini Michele Rossi Lara	Infermiere Coordinatore Ianula Barbi RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 6

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 8

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 8

7. DISTRIBUZIONE 8

1. SCOPO

Lo scopo di questa procedura è quello di fornire indicazioni generali sul corretto posizionamento e sulla corretta gestione dei cateteri venosi periferici (cvp) al fine di ridurre l'incidenza delle complicanze.

2. APPLICABILITÀ

Questa istruzione operativa viene applicata a tutto il personale infermieristico.

3. MODALITA' OPERATIVE

I CVP sono dispositivi che vengono inseriti con tecnica percutanea in vene superficiali. Sono indicati in pazienti che devono essere sottoposti a terapia infusiva estemporanea e/o per un tempo limitato.

TIPOLOGIE DI CATETERE

1. **AGO A FARFALLA**
   Di uso sporadico si utilizza per il prelievo venoso e sporadicamente per infondere farmaci.
   Si tolgono dopo l'uso.

2. **AGHI CANNULA**
   Con guida in acciaio e cannula, impiegati per terapie infusive continue o ripetute, in teflon **con tempo di permanenza 72/96 ore al massimo**, presentano "effetto memoria" cioè la cannula rimane inginocchiata in caso di accidentale piegamento. (disponibili nella gamma da 24G a 14 G)

3. **SAF-T-INTIMA**
   La cannula (lunga da 19 a 25 mm e disponibile nella gamma da 24G a 18G) è stata realizzata con il biomateriale Vialon, un poliuretano medicale, brevettato da BD, che garantisce **tempi di permanenza in vena più lunghi. da 7 a 10 giorni.** Il Vialon, infatti, grazie alla sua termoplasticità, evita il repentino insorgere di flebiti meccaniche in quanto la cannula, a contatto col flusso ematico, si ammorbidisce e fluttua all'interno del lume senza toccare l'endotelio di rivestimento (l'intima appunto) della vena evitando così la rimozione precoce del catetere stesso. Inoltre il Vialon non presenta'"l'effetto memoria", cioè la cannula non rimane "inginocchiata" in caso di accidentale piegamento.

SEDE DI INSERZIONE

Criteri da seguire per scegliere il sito d'inserzione:

- Prediligere le vene degli arti superiori, in quanto i cateteri inseriti nelle vene degli arti inferiori si associano ad un maggior rischio di complicanze;
- Il calibro dell'ago deve essere compatibile con quello della vena. Un ago di calibro maggiore è in proporzione meno traumatico e garantisce una migliore infusione dei farmaci;

- La vena non deve presentare sclerosi, ematomi, dolorabilità o segni d'infiammazione
- Preferire le vene del terzo distale dell'avambraccio;
- Se l'infusione è protratta, la sede d'inserimento deve essere lontana da articolazioni mobili (polso, gomito) ed il braccio scelto non deve essere quello dominante, al fine di ridurre il disagio nel paziente
- Evitare vene di arti edematosi e con alterazioni del drenaggio linfatico, arti plegici, zone escoriate o ustionate.
- Si raccomanda di non radere il punto d'inserzione del catetere venoso perché la rasatura può facilitare lo sviluppo di infezioni attraverso la moltiplicazione di batteri nelle microabrasioni che si possono creare, eventualmente rasare con forbici o creme depilatorie o rasoi elettrici
- Evitare aghi a farfalla per la somministrazione di farmaci che potrebbero causare necrosi tissutale se si verifica uno stravaso.

POSIZIONAMENTO DEL CVP

Materiale occorrente:

- Aghi cannula di diverso calibro
- Disinfettante : clorexidina o iodiopovidone
- Telino salva letto non sterile ,reniforme
- Batuffoli e garze
- Laccio emostatico
- Guanti monouso
- Tappini sterili antireflusso
- Cerotti di carta se la cute è integra altrimenti è preferibile una benda
- Medicazione in poliuretano trasparente specifica per CVP
- Forbici a punta curva
- Soluzione infusionale con deflussore ed eventuali raccordi come rubinetti ecc.,
- Contenitore per taglienti

Procedura

- Informare il paziente
- Valutare le condizioni igieniche della zona e se necessario provvedere alla detersione con acqua e sapone ed eventuale rimozione dei peli con forbici ricurve
- Posizionare il telino sotto il braccio del paziente
- Eseguire il lavaggio antisettico delle mani
- Individuare il sito d'inserimento
- Eseguire antisepsi con clorexidina al 2% o iodopovidone al 10% e lasciar asciugare
- Applicare laccio emostatico
- Indossare guanti
- Procedere all'inserimento senza palpare la zona trattata
- Collegare il set d'infusione
- Applicare la medicazione trasparente e fissare la prolunga alla cute
- Riportare sulla medicazione la data di inserzione dell'ago

MEDICAZIONE DEL SITO DI INSERIMENTO

- **La medicazione trasparente** , consente di visualizzare quotidianamente il sito di inserzione e rilevare tempestivamente eventuali processi infiammatori locali
- **La medicazione non deve essere rimossa, salvo problemi, fino alla sostituzione del CVP, ogni 72 ore**
- Rimuovere o sostituire la medicazione solo se sporca, bagnata o staccata
- Cambiare più frequentemente nei pazienti con sudorazione abbondante
- Evitare la contaminazione del sito di inserimento quando si procede al rinnovo della medicazione

Materiale occorrente

- Antisettico: clorexidina o iodopovidone
- Soluzione fisiologica
- Telino salva letto
- Batuffoli o garze
- Guanti monouso
- Pinza sterile
- Cerotti di carta
- Medicazione in poliuretano trasparente

Procedura

- Informare il paziente
- Posizionare il telino
- Effettuare il lavaggio antisettico delle mani, quando non è possibile usare il gel antisettico a base alcolica
- Indossare guanti
- Rimuovere la vecchia medicazione
- Se si rileva la presenza di sangue coagulato, asportarlo con tampone sterile imbevuto di soluzione fisiologica usando le pinze
- Detergere la zona con soluzione fisiologica e asciugare bene
- Disinfettare con clorexidina al 2% o iodiopovidone al 10% o alcool al 70% e lasciare asciugare
- Applicare la medicazione trasparente e fissare la prolunga alla cute
- Registrare l'avvenuta procedura

Non applicare pomate antimicrobiche topiche sul sito d'inserimento del CVP

GESTIONE DEL SISTEMA

a. SOSTITUZIONE DEI DISPOSITIVI INTRAVASCOLARI

- Rimuovere ogni dispositivo intravascolare non appena il suo uso non sia più indicato clinicamente
- Sostituire il CVP e cambiare la sede a rotazione ogni 72 ore (Intima fino a 10 gg.)
- Sostituire i cateteri inseriti in emergenza dopo 24 ore in altra sede
- Rimuovere il CVP ogni qualvolta compaiono segni di flogosi locale

b. SOSTITUZIONE DEI SISTEMI D'INFUSIONE

Per la sostituzione delle linee d'infusione seguire le indicazioni della seguente tabella:

TEMPI DI SOSTITUZIONE

TIPO DI INFUSIONE	DISPOSITIVO	TEMPO DI SOSTITUZIONE
continua	**Deflussori standard** **Deflussori con regolartore di flusso** **Deflussori per pompa**	**24 ore** **48 ore**
sangue	**Deflussore dedicato e prolunga**	**Alla fine di ogni infusione**
Soluzioni contenenti lipidi	**Deflussore e prolunga**	**24 ore**

- Considerare le prolunghe/rubinetto connesse con il catetere come parte integrante del dispositivo stesso. Sostituire tale prolunga quando si sostituisce il dispositivo.

c. SOLUZIONI DI LAVAGGIO ED EPARINIZZAZIONE

- Soluzione di lavaggio: fisiologica sterile
- Soluzione eparinata: eparina 2% in fisiologica

Dopo il loro uso tutti i CVP richiedono un regolare lavaggio per prevenire la formazione di coaguli ematici o precipitati di farmaci all'interno del lume

- Effettuare un lavaggio con 5 ml di fisiologica (NaCl 0.9%)
- Se non utilizzato, il lume del sistema dovrà essere riempito con 3 ml di soluzione di eparina in fisiologica

La concentrazione di eparina in soluzione fisiologica che si deve usare è di 100 U/ml che si ottiene aggiungendo a 100 ml di soluzione fisiologica 2 ml di Eparina Sodica 5000 U/ml (la conservazione dell'eparina così preparata deve essere conservata per non più di 24 ore).
L'uso di eparina deve essere valutato in base alle condizioni del paziente, in quanto nei pazienti scoagulati non si consiglia l'uso di eparina
Dopo aver eparinato, per riutilizzare il CVP dobbiamo aspirare la soluzione e fare un lavaggio con fisiologica.

I tappi di eparina devono essere sostituiti ogni 96 ore

Se il catetere non viene utilizzato, può essere "lavato" con soluzione fisiologica senza eparina (10 ml fisiologica).

COMPLICANZE

Fattori di rischio

Il CVP può colonizzarsi in seguito a contaminazione:

- Del CVP stesso durante il posizionamento
- Del punto di emergenza cutanea
- Dei punti di raccordo lungo la linea d'infusione (catetere-deflussore, prolunghe, rubinetti, deflussore-sacca)
- Del liquido d'infusione (in sede di preparazione dei flaconi)

FONTI ESOGENE: colonizzazione della cute pericatetere da:

- Mani del personale sanitario
- Non rispetto delle norme di asepsi al momento dell'inserimento e/o della successiva gestione

FONTI ENDOGENE

- Durata del cateterismo
- Sito d'inserzione
- Modalità di utilizzo del CVP

FLEBITI

Esistono **3 tipi di flebiti:**

1. **Meccanica : da instabilità dell'accesso venoso**
2. **Chimica: da farmaci irritanti ed ipertonici**
3. **Infettiva: da contaminazione batterica**

Sintomi:
Arrossamento, dolore ed eritema persistente nel punto d'inserzione e decorso del catetere, e/o della vena interessata, iperemia locale ed edema che può coinvolgere tutto l'arto, rallentamento della velocità di infusione.

La presenza di un solo sintomo deve far pensare all'insorgenza di flebiti, quindi dopo un attento giudizio, se ritenuto opportuno sarà necessario interrompere la terapia infusionale, rimuovere l'accesso venoso, ed applicare ghiaccio se presente dolore. L'utilizzo di pomate è sconsigliabile perché non esistono prodotti specifici.
Informare il medico ed annotare l'evento.

INFEZIONI DEL SITO DI INSERIMENTO

Si presenta con dolore, eritema, gonfiore, secrezioni maleodoranti. Intervenire come se si trattasse di una flebite, inoltre un esame culturale sulla punta del CVP

INFILTRAZIONE

E' l'involontaria somministrazione sottocute di un farmaco o di una soluzione non vescicante con sintomi di edemi all'arto, dolore, pallore del sito d'inserimento, rallentamento velocità infusione.
Gli interventi sono gli stessi.

STRAVASO

I sintomi sono simili a quelli dell'infiltrazione.
In caso di stravaso è necessario riaspirare la maggior quantità di liquido possibile prima di togliere l'accesso venoso.

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore di U.O.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

PP HV 41
Raccomazioni e linee guida del Centers for Desease Control di Atlanta
Mazzufero F. Gestione infermieristica degli accessi venosi periferici

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

Cartella Infermieristica e medica.

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale infermieristico e medico.
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 21

GUASTO APPARECCHIATURE BIOMEDICALI VITALI

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
09/01/2013	1	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi Infermiere Coordinatore I. Barbi	Direttore UO Dott. G. Rinaldi	Direttore UO Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 3

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 3

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 3

7. DISTRIBUZIONE 3

1. SCOPO

Lo scopo di questa istruzione è quello di garantire la immediata disponibilità di apparecchiature vitali necessarie per la gestione dell'emergenza, in caso di loro guasto o malfunzionamento.

2. APPLICABILITÀ

La presente istruzione viene applicata a tutto il personale sanitario della UO.

3. MODALITA' OPERATIVE

Nel caso in cui uno degli apparecchi vitali della UO Medicina non funzioni o smetta di funzionare durante la gestione di una emergenza, immediatamente si ricorre all'apparecchio della **UO RECUPERO E RIEDUCAZIONE FUNZIONALE,** cui andrà restituito al termine della procedura.
Il modulo per la riparazione va inviato sia alle tecnologie sanitarie con fax 2013 sia alla direzione sanitaria di Lucca con fax 2114

La presente IO viene apposta sul carrello delle urgenze

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore della UO.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

PA 05 Manutenzione apparecchiature biomedicali
PP HV 14 rev. 2

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

T MGB 14 Scheda di controllo e pulizia apparecchi elettromedicali
T MGB 12 Controllo ventilatori Vela
Modulo TATS01-rev. 0

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita al personale medico ed infermieristico.
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 22

SOSTITUZIONI, EMERGENZE ORGANIZZATIVE, FRUIZIONE FERIE

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
23/05/2013	3	Infermiere coordinatore Ianula Barbi	RAQ Dott. Q. Lucchesi	Direttore U.O. Medicina Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 4

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 4

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 4

7. DISTRIBUZIONE 4

1. SCOPO

Lo scopo di questa istruzione è quello di:

- Garantire la copertura delle posizioni di lavoro in caso di assenza programmata e non del personale oss. Infermieristico e medico.

2. APPLICABILITÀ

Questa procedura è applicata a tutto il personale infermieristico, oss, medico

3. MODALITA' OPERATIVE

Regola principale, non abbandonare mai il servizio se non si è certi dell'arrivo del cambio.
Unità in servizio: 4 infermieri turnisti, , 3 oss la mattina; 4 infermieri turnisti e 2 oss il pomeriggio; 4 turnisti la notte.
Nel periodo invernale Ottobre –Maggio, il turno in quinta è caratterizzato da due unità in ferie e due in sostituzione, come da orario aziendale. In caso di mancanza di un'unità infermieristica viene utilizzata l'unità in sostituzione. In mancanza di due unità o piu' vengono sostituite come segue:

1. Spostamenti all'interno del turno delle 24 ore
2. Richiamo unità con maggiore debito orario
3. Prima di richiamare dal secondo giorno di riposo si chiede a chi usufruisce della L.104 al terzo giorno
4. Operatore nel giorno di riposo
5. Richiamo unità in ferie (chi ne ha meno)
6.

In caso di impossibilita' a ricoprire i turni scoperti con le suddette evenienze si procede a coprire il servizio con le seguenti modalità:

A. Copertura mattina: richiamo unità pomeridiana
B. Copertura pomeriggio: prolungamento dell'orario dell'infermiera/e/o Oss della mattina (una dalle 14 alle 17 e 30, e una dalle 17.30 alle 21)
C. Copertura notte: una unità (quella con debito orario o con minor ferie) eseguirà il turno di mattina e notte nello stesso giorno

Nel periodo estivo Giugno- Settembre il turno in quinta è caratterizzato da quattro unità in ferie .
Per la sostituzione di una o più unità si procede secondo i punti 1 -2 –A-B-C. in quanto non è possibile richiamare dalle ferie estive e non è presente l'unità in sostituzione.

Stabilito in riunione del 30/11/12 quanto segue:

Sostituzioni e fruizione legge 104 :

- **Chi usufruisce della legge 104 viene sostituito dal fuori turno**
- **Stabilito insieme al gruppo infermieri , possibilmente di non prendere il sabato e la domenica**
- **Quando si usufruisce nel turno notturno si mettono due giorni**
- **Nel periodo estivo solo di mattina**
- **Non si prendono la settimana di Ferragosto e la settimana di Natale**

- **Quando è possibile non prenderla più di una nelle 24 ore**
- **Se non serve non si prende**

Dal 1/ gennaio 2013 il turno è informatizzato , le regole sono sempre le stesse cambiano le sostituzioni estive; avendo la presenza da Maggio 2013 di tre infermiere giornaliere saranno loro a sostituirei colleghi in malattia e 104.

NON SI UTILIZZA L'INFERMIERA FUORI TURNO PER SOSTITUZIONI PERSONALI

Ferie:

- **Sono programmate con il turno**
- **Le ferie estive sono programmate nel turno chi ha doppia quindicina estiva si sceglie quella che vogliamo e l'altra si sostituisce o a discrezione dell'I.C.**
- **Chi ha ferie in esubero verranno concesse, oltre a quelle già programmate, a discrezione della C.S., rispettando sempre le esigenze di reparto.**

In caso di assenza di OSS

1. Il fuori turno
2. Chi è in secondo riposo
3. Si fanno cambi nella settimana spostando i riposi
4. Chi è in riposo
5. Se presente si utilizza un'unità infermieristica

La procedura illustrata potrà essere aggiornata ogni qualvolta ce ne sia la necessità.
In mancanza dell'infermiera coordinatrice verrà nominato dalla stessa un sostituto.

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore dell'U.O. e all'infermiere coordinatore

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Verbale riunione N° 9 del 10/08/2012 (resp. Infermieristica, RID e inferm. coord. dipartimento medico)
Doc MGB 05 Rev. 1
IO MI 01 Lucca

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

Turno mensile informatizzato

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a a tutto il personale infermieristico, ed OSS.

E’ competenza di ogni Direttore l’applicazione della procedura all’interno della propria Struttura organizzative

IO MGB 23

GESTIONE E USO CVC TIPO PORTH

Confermata il 10/01/2013

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
01/06/2009	0	Personale infermieristico IC I. Barbi	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore U.O. Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 8

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 8

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE .....

7. DISTRIBUZIONE 8

1. SCOPO

Lo scopo di questa istruzione è la corretta gestione del catetere venoso centrale (CVC) tipo PORTH.

2. APPLICABILITÀ

La seguente istruzione è applicata a tutto il personale infermieristico e medico

3. MODALITA' OPERATIVE

Definizione:

Il porth è un presidio impiantabile usato per infondere farmaci direttamente nel circolo sanguigno. Tale dispositivo è formato da due elementi fondamentali:

1. Il **reservoir o "camera"** : si tratta di un piccolo serbatoio di circa 3 cm. con una parte rialzata chiamata "setto", rappresentato da una membrana costituita da una speciale gomma auto sigillante su cui si inserisce l'ago;
2. Il **catetere venoso centrale** : è un tubicino flessibile, collegato al porth, che serve ad infondere il farmaco direttamente nel circolo sanguigno attraverso una grossa vena (vena cava superiore o vena giugulare interna). E' impiantato completamente sotto la cute e , una volta sistemato ne sarà visibile solo una piccola area sotto la pelle.

E' indicato in oncoematologia ed in particolar modo per :

- Infusione di farmaci (cicli di chemioterapia, soprattutto infusioni continue) ;
- Difficoltà a trovare un accesso venoso periferico

Per utilizzarlo è necessario introdurre un ago di Huber.

Materiale occorrente:

- Garze sterili
- Soluzione fisiologica
- Soluzione iodata
- Siringhe da 10cc
- Guanti sterili
- Eparina (epsodilave)
- Siringhe da 2,5 e 5cc
- Aghi Huber
- Pellicola trasparente (tegaderm) o cerotti di tessuto non tessuto
- Telini sterili

Modalità di applicazione dell'ago di Huber

Preparare il campo sterile:

- Utilizzare tecniche asettiche
- Stendere il telino su un adeguato piano d'appoggio
- Far cadere sul telino sia la medicazione che le garze sterili

Questo per ridurre la manualità e le infezioni crociate

- Aprire l'ago con la prolunga sul telino
- Riempire il sistema con sol. Fis.
- Chiudere il morsetto dell'ago
- Identificare la camera del P. sottocutanea
- Lavarsi le mani e indossare guanti puliti
- Disinfettare con betadine, esercitando sfregamento cutaneo con un movimento centrifugo
- Lasciare trascorrere un minuto prima di asciugare con garza sterile
- Ripetere la disinfezione una seconda volta
- Collocare il porth in un triangolo formato dal pollice e dalle prime due dita ed individuare il punto centrale di quest'area corrispondente al centro del port.
- Inserire l'ago perpendicolarmente tenendo per le apposite alette,far avanzare l'ago fino alla base rigida del reservoir
- Verificare il corretto posizionamento dell'ago con aspirazione ematica
- Rimuovere le alette preposte all'inserimento e coprire con medicazione
- Non inserire sotto gli aghi, garze, cerotti ecc. questi dispositivi sono dotati di una spugnetta apposita antidecubito

MODALITA' DI RIMOZIONE

- Preparare soluzione eparinata ; aspirare 0,2 di eparina più 10cc di soluzione fisiologica
- Indossare guanti puliti
- Rimuovere la medicazione
- Chiudere il morsetto dell'ago e staccare eventuali prolunghe, per evitare fuoriuscite di sangue
- Raccordare la siringa della sol. fis.; riaprire il morsetto e irrigare il sistema premendo ad intermittenza sullo stantuffo. Questo per creare turbolenza all'interno della camera sottocutanea e rimuovere eventuali microaggregati
- Chiudere il morsetto, staccare la siringa e raccordare la siringa con sol. eparinata, riaprire il morsetto. Questo sempre per evitare fuoriuscite di sangue
- Eseguire l'iniezione della sol. eparinata e mantenere la pressione positiva nel sistema estraendo la siringa e l'ago durante l'iniezione degli ultimi 0,5 ml
- Tenere fermo il Porth con due dita durante l'estrazione dell'ago
- Applicare cerotto

LAVAGGIO, EPARINIZZAZIONE E MEDICAZIONE

Materiale occorrente

- Ago gripper
- Singa 10cc
- Betadine
- Soluzione fisiologica
- Guanti sterili
- Cerotti
- Siringa intradermo
- Eparina (epsodilave)
- Guanti non sterili

Esecuzione

- Informare il paziente
- Lavare le mani e indossare guanti non sterili
- Dopo aver rimosso la medicazione precedente preparare campo sterile vicino al paz. e indossare guanti sterili
- Disinfettare con movimento circolare partendo dalla cute sovrastante il port in senso centrifugo per circa 15 cm(ripetere due volte cambiando batuffolo)
- Con il guanto sterile localizzare il setto della porta tramite palpazione,tendere la cute inserire l'ago a fondo nella camera
- Cambiare ogni volta la zona d'inserimento per evitare la necrosi della cute
- Verificare la corretta posizione del gripper aspirando 3-4 ml poi gettare uil tutto nel contenitore rigido
- Aspirare epsodilave 2 fiale da 250 u.i.
- Preparare una siringa con 10cc di fisiologica (preparata in precedenza
- Prima lavare con i 10cc poi iniettare l'altra siringa per eparinizzazione
- Chiudere l'ago e rimuoverlo a seconda delle necessità
- Coprire con cerotto medicato

Devono essere eparinati una volta al mese
L'ago gripper può restare fino a sette giorni

NB:

Quando sono infuse sostanze come albumina, sangue, sacche per alimentazione al termine fare lavaggio con fis. 100-200 cc

PRELIEVO DA PORTH

Materiale occorrente

Lo stesso che viene utilizzato per il lavaggio e in più il seguente;

- Una siringa da 20cc e soluzione fisiologica
- Siringhe di vario calibro per eseguire il prelievo

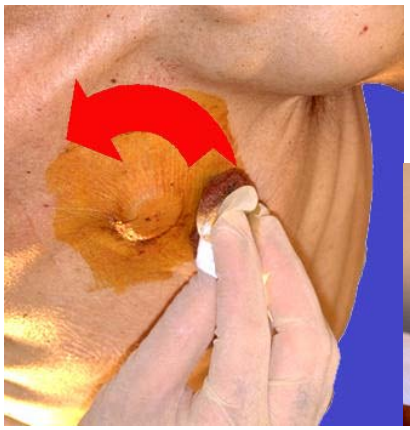
Procedura:

Eseguire le stesse manovre come il lavaggio

- Aspirare 3 ml di sangue e gettarli
- Aspirare la quantità desiderata
- Lavare il sistema con 20ml di soluzione fisiologica

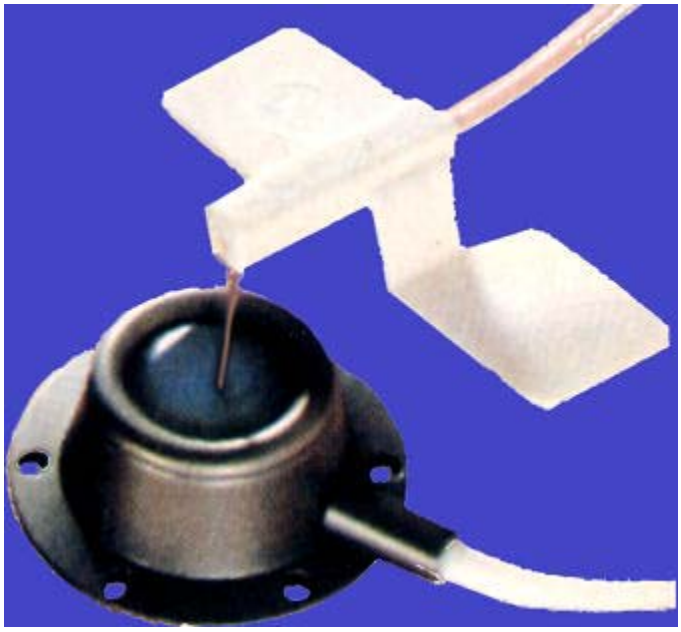
IMPORTANTE

- IN CASO DI **PROVE DI COAGULAZIONE** FAR PRECEDERE AL PRELIEVO UN LAVAGGIO CON 10ML DI FISIOLOGICA ED UN'ULTERIORE ASPIRAZIONE DI 3ML DI SANGUE CHE VERRA' ELIMINATO
- SE SI DEVE ESEGUIRE **EMOCULTURA** NON ASPIRARE 3ML E POI GETTARLI, MA ASPIRARE IMMEDIATAMENTE IL QUANTITATIVO PER L'EMOCOLTURA



togliere

inserire



4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore dell'U.O.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Gav e celt
Linee guida procedura di presidio PP HV 41

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale infermieristico
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 24

GESTIONE DEL PAZIENTE TRACHEOSTOMIZZATO

Confermato il 10/01/2013

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
01/06/2009	0	Personale infermieristico IC I. Barbi	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore Dott. G.Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 5

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 10

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 10

7. DISTRIBUZIONE 10

1. SCOPO

Lo scopo di questa procedura è quello di seguire il paziente tracheostomizzato secondo determinati obbiettivi.

OBBIETTIVI :

- Migliorare la ventilazione alveolare riducendo lo spazio morto anatomico o diminuire il lavoro respiratorio
- Permettere l'aspirazione frequente e facile delle secrezioni dell'albero tracheo-bronchiale
- Escludere il pericolo di inalazione in pazienti defedati e/o comatosi

OBBIETTIVI A BREVE TERMINE :controllo delle complicanze emorragiche e infettivi precoci e , a distanza, responsabili talvolta della morte del paziente

OBBIETTIVI A LUNGO TERMINE: prevenire le complicanze infettivi e le possibili insorgenze della fistola tracheo-esofagea.

Prevenire l'insorgenza di granulomi e di ulcere.

2. APPLICABILITÀ

Questa istruzione è applicata a tutto il personale medico e infermieristico

3. MODALITA' OPERATIVE

DEFINIZIONE

La tracheotomia è una via respiratoria artificiale costituita da un'incisione della trachea a livello del 2° -3° anello cartilagineo, mantenuta pervia da una cannula , che permette il passaggio dell'aria, by-passando le vie aeree superiori, essa viene realizzata attraverso una procedura chirurgica detta tracheotomia, che può rendersi necessaria in presenza dell'ostruzione delle vie aeree superiori o in relazione ad incapacità ventilatoria, trattata mediante prolungata ventilazione assistita. Al contrario della laringectomia, la tracheotomia lascia intatta la struttura delle vie aeree superiori

Esistono diversi tipi di tubi tracheali:in genere però sono tutti costituiti da una cannula interna, che si inserisce all'interno della trachea, e da una placca, che viene posta all'esterno della stomia e fissata al collo attraverso apposite cordelle e che è volta a mantenere in sede la cannula. Alcuni tipi di cannule contengono una contro cannula , che fissata alla placca esterna, può essere rimossa e pulita Le cannule generalmente contengono un "risvolto", o palloncino, che una volta gonfiato le ancora alla trachea, Tali palloncini vengono gonfiati durante la ventilazione assistita, al fine di non permettere perdite di aria, o con l'obbiettivo di ridurre il rischio di aspirazione nelle vie aeree, dato il potenziale effetto lesivo della pressione esercitata dal palloncino sulla trachea, possono essere utilizzate cannule con palloncini a bassa pressione.. Un altro tipo di cannula è quella fenestrata, nella quale la rimozione della contro cannula interna,lo sgonfiamento del palloncino e la chiusura

aspirare, per ridurre le esterna della cannula consentono al paziente, in fase di recupero post-ventilatorio, di ripristinare la respirazione per mezzo delle vie aeree superiori e, quindi, la fonazione.
Di fondamentale importanza è non occludere la cannula quando il palloncino è gonfiato, poiché in tal caso il paziente non può respirare. Molto importante è la cura della medicazione della tracheotomia, che è una potenziale via d'accesso alle infezioni respiratorie, non più protette dalle prime vie aeree.(vedi schema per medicazione)
Nel paziente portatore di tracheotomia si rende necessario, da parte dell'infermiere l'**aspirazione** delle secrezioni respiratorie. Questa procedura può essere dannosa sia a livello fisico che psicologico per cui deve essere condotta solo quando è stata fatta una valutazione completa del paziente. L'esecuzione dell'aspirazione deve avvenire mediante tecnica asettica, al fine di ridurre l'incidenza di infezioni nosocomiali.
Prima di procedere occorre scegliere il sondino, in relazione al diametro della cannula.
Occorre scegliere un sondino di calibro inferiore alla metà di quello della cannula:ciò si rende importante per evitare grandi pressioni negative nelle vie aeree e minimizzare la potenziale caduta della PaO2.
La pressione negativa che si realizza a livello polmonare, infatti, è direttamente proporzionale al calibro del sondino utilizzato. A causa dei potenziali rischi associati, sono richieste agli infermieri abilità procedurali e delicatezza durante l'aspirazione.

1. Assicurare che il paziente sia adeguatamente idratato è un modo con il quale gli infermieri possono facilitare la rimozione delle secrezioni respiratorie.
2. Devono essere utilizzate tecniche asettiche durante l'aspirazione degli adulti ospedalizzati con tracheotomia
3. La misura del catetere di aspirazione non deve occludere più di metà del diametro interno della via respiratoria artificiale per evitare pressioni negative maggiori nelle vie respiratorie e potenzialmente per minimizzare la caduta della PaO2
4. L'opinione degli esperti suggerisce che la durata dell'aspirazione deve essere inferiore ai 10-15 secondi
5. Alcune forme di iperossigenazione prima di compiere l'aspirazione possono ridurre la potenziale ipossiemia post-aspirazione nei pazienti adulti ospedalizzati
6. Quando si iperossigena, lasciare il tempo perché l'aumentata percentuale di ossigeno giunga attraverso i tubi del ventilatore e raggiunga il paziente
7. Dovrebbe essere utilizzato un ventilatore piuttosto che un un dispositivo di rianimazione manuale, per fornire iperventilazione/iperossogenazione prima di alterazioni emodinamiche
8. Una completa valutazione del paziente è necessaria per pianificare gli interventi di aspirazione L'iperventilazione può avere implicazioni cliniche per il paziente che ha un aumentata pressione intracranica, o che ha di recente subito un intervento vascolare o cardochirurgico, o che è emodinamicamente instabile
9. Modificare le attività e ritardare gli interventi che sono riconosciuti responsabili nel determinare un aumento della pressione intracranica media o pressione arteriosa media dopo intervalli di 10 minuti. Le azioni devono essere pianificate su una completa valutazione dei bisogni del paziente; quando possibile occorre considerare le attività di assistenza passo per passo, piuttosto che in una sequenza consolidata.

COMPLICANZE DA TRACHEOSTOMIA

classificazione	Tipi di complicanze
Complicanze immediate	• Emorragia • Pneumomediastino • Pneumotorace • Enfisema sottocutaneo • Lesioni dell'esofago • Lesioni del nervo ricorrente • Perforazione della *pars membranacea* (parte posteriore della trachea, particolarmente fragile perché priva di cartilagine) • Rottura della cartilagine cricoidea o di un anello cartilagineo • Ipossia o ipercapnia transitoria • Mal posizionamento della cannula • Aritmie fino all'arresto cardiaco • decesso
Complicanze precoci	• sanguinamento a livello dello stoma • pneumomediastino • enfisema sottocutaneo • pneumotorace • perdita del controllo delle vie aeree per decannulazione accidentale • ostruzione della cannula • sepsi dello stoma • disfagia e inalazione • mediastinite
Complicanze tardive	• stenosi laringea (sintomatica a riposo o sotto sforzo) • infezione dello stoma (caratterizzato da rossore, calore e tumefazione dello stoma) • infezione delle vie aeree • fistola tracheo-esofagea • erosione dei vasi maggiori • emorragia tardiva • ostruzione della cannula • necrosi • granulomi che si possono sviluppare in sede stomica o sottostomica con rischio

	di ostruzione • fistola tracheo-cutanea per incompleta chiusura spontanea dopo rimozione della cannula • edema sottoglottideo • tracheomalacia

IGIENE CAVO ORALE

Si esegue almeno due volte al giorno, mattina e sera nei pazienti che non si alimentano per via orale. Nei pazienti che si alimentano per via orale, eseguire dopo i pasti principali

INTERVENTO	SPIEGAZIONE SCIENTIFICA
1. Informare l'utente e fargli assumere una posizione idonea: porre i pazienti non coscienti su un fianco con la testata del letto abbassata in modo che la saliva esca per gravità dalla bocca	Prevenire l'aspirazione
2. Eseguire il lavaggio delle mani	Prevenire le infezioni crociate
3. Indossare guanti non sterili	Prevenire il contagio per l'operatore
4. Posizionare la cerata sotto il mento dell'utente	
5. Ispezionare la cavità orale con l'uso dell'abbassalingua e della pila	Osservare e rilevare lo stato della mucosa orale: • Presenza di infiammazioni, ulcerazioni, sanguinamenti • Labbra screpolate, fessurazioni, herpes labiale
6. Rimuovere se presente la protesi dentaria mobile e controllare la dentatura residua	
7. Controllare la pressione della cuffia del tubo endotracheale o della cannula tracheostomica	Per prevenire eventuale inalazione delle soluzioni usate per la pulizia del cavo orale
8. Inumidire lo spazzolino monouso con acqua, soluzione di clorexidina allo 0.2 o acqua ossigenata (1 parte di acqua ossigenata e 3 di acqua)	La soluzione con acqua ossigenata ha un effetto battericida e deodorante grazie all'azione enzimatica e alla liberazione d'ossigeno; la soluzione di clorexidina inibisce la formazione della placca
9. Pulire denti procedendo dalla parte posteriore della cavità orale verso quella anteriore; pulire anche la lingua, la parte interna delle guance e il palato duro e molle cambiando frequentemente il tampone. Eseguire	

la pulizia con movimenti delicati per non provocare conati di vomito	
10. Aspirare la saliva e i residui di soluzione con un sondino monouso	Prevenire eventuale inalazione delle soluzioni usate per la pulizia del cavo orale
11. Applicare sulle labbra un prodotto emolliente (burro di cacao)	
12. Riposizionare i fissatubi se il paziente presenta un tubo oro tracheale e sostituire il cuscinetto in schiuma	
13.Riposizionare il paziente	
14.Eliminare il materiale utilizzato negli appositi rifiuti	
15. rimuovere i guanti e riordinare materiale	
16. eseguire il lavaggio delle mani	

MATERIALE OCCORRENTE

- Tamponi in spugna
- Spazzolino da denti con setole morbide
- Soluzione clorexidina allo 0.2%
- Acqua ossigenata (1 parte di acqua ossigenata, 3 di acqua)
- Siringa e sondino per irrigazione del cavo orale
- Aspiratore
- Abbassalingua
- Creme emollienti per le labbra
- Guanti monouso non sterili
- Cerata
- Pila per ispezione cavo orale
- Bacinella reniforme
- Batuffoli di garza
- Bicchiere

MEDICAZIONE DELLA TRACHEOSTOMIA

La medicazione si fa quotidianamente o quando è sporca. Si assicura l'ambiente adatto, si predispone il materiale,si adottano tecniche asettiche e si controllano i parametri vitali.

INTERVENTO	MOTIVAZIONI
1. Eseguire la medicazione ogni 24 ore e ogni volta che si rende necessario	Mantenere lo stoma asciutto e pulito previene la formazione di un terreno di coltura in cui possono annidarsi e proliferare microrganismi patogeni
2. Eseguire la medicazione in modo sterile	

fino a completa rimarginazione della ferita	
3. Informare quando possibile il paziente	Diminuire l'ansia dell'utente
4. Preparare il materiale necessario: • Garze o batuffoli sterili • Acqua ossigenata (per la pulizia della contro cannula) • Fisiologica • Bacinelle reniforme • Forbici • Guanti sterili • Guanti non sterili • Garza perforata/metalline • Fascia di fissaggio • Telini sterili • Presidi per l'aspirazione • Tamponi per eventuali esame colturale • Contro cannula dello stesso calibro	
5. Posizionare il paziente semiseduto se possibile	
6. Lavarsi le mani	Prevenire la trasmissione delle infezioni
7. Controllare che la cannula tracheostomica sia ben ancorata e controllare la tenuta della cuffia	Evitare che durante la medicazione il tubo della tracheotomia si stacchi o venga espulso in seguito a colpi di tosse
8. Valutare se il paziente ha bisogno di essere broncoaspirato	Evitare se possibile interruzioni della procedura di medicazione poiché la bronco aspirazione aumenta il rischio di contaminazioni ed infezioni
9. Indossare guanti puliti	Ridurre il rischio di trasmissione di microrganismi
10. Allentare di poco la fascetta che regge la placca esterna	Operare sotto la placca senza correre il rischio che la cannula venga espulsa
11. Rimuovere la medicazione sporca e i guanti, e gettarli via	
12. Controllare lo stato della cute peristomale segnalando la presenza di eventuali arrossamenti,infiltrati, granulomi e secreti (eventualmente eseguire tampone colturale	Valutare la presenza e le caratteristiche di secreti che possano far sospettare un'infezione della cute dello stoma
13. Indossare guanti sterili	Riduce la trasmissione di microrganismi
14. Pulire lo stoma sotto la placca esterna	L'acqua ossigenata potrebbe irritare la pelle

con movimenti circolari utilizzando batuffoli sterili imbevuti di soluzione fisiologica. Rimuovere le secrezioni da tutta la superficie esposta della cannula esterna	
15. Togliere le secrezioni schiumose usando garze imbevute di soluzione fisiologica sterile	
16. Disinfettare con soluzioni antisettiche NON ALCOLICHE lo stoma se sono evidenti arrossamenti o se si sospettano infezioni	L'uso di disinfettanti alcolici può provocare irritazione della cute
17. Tamponare la superficie umida con garze sterili per asciugarla	La superficie umida favorisce la crescita di microrganismi e le escoriazioni della pelle
18. Interporre fra la cute e la placca una medicazione per tracheostomia, di tessuto non tessuto opportunamente piegata con taglio centrale a Y rovesciata	Tali presidi devono essere in grado di proteggere la cute e assorbire sudore e secrezioni. Non usare garze di cotone che potrebbero sfrangiarsi e le cui fibre potrebbero venire aspirate nella trachea
19. Utilizzare prodotti specifici in presenza di processi flogistici (es. garze betadine, metalline	
20. Rimuovere l'umidificatore e la fonte di ossigeno o de connettere il paziente dal circuito ventilatorio; sostituire la contro cannula, bloccarla ruotandola in senso orario finchè i due bollini blu sono allineati; durante la manovra monitorare costantemente i P.V. (SpO2, Fc, Fr,)	La sostituzione della contro cannula esige di staccare il ventilatore per il tempo necessario alla prestazione. Prevenire l'espulsione accidentale della controcannula
21. Sostituire l'umidificatore o mount e filtro (come da raccomandazioni)	
22. Togliere e gettare via la fascetta per tracheotomia sporca tenendo sempre la cannula con il pollice e l'indice o eventualmente farsi aiutare da un assistente per tenere in posizione il tubo da tracheostomia	Evitare lo spostamento accidentale del tubo nel caso in cui il paziente si muove o tossisce mentre le legature sono allentate
23. Applicare una fascetta pulita ed accertarsi che sia stretta tanto da far passare un dito tra il laccio e il collo	
24. Togliere i guanti e gettare via il materiale monouso	
25. Aiutare il paziente ad assumere una posizione comoda	

10.. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore di U.O.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Ricerche on line :" la gestione del paziente tracheostomizzato in ventilazione spontanea che necessitano di aspirazione tracheo-bronchiale "Centro studi EBN attività 2000 -2001. Procedure, protocolli e linee guida di assistenza infermieristica Milano, 2000
- Dossier INFAD. Informazioni della letteratura scientifica per una buona pratica infermieristica

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

Cartella infermieristica e medica

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale infermieristico
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 25

PREPARAZIONE ED ESECUZIONE DI MIELIASPIRATO E BIOPSIAOSSEA

Confermata il 10/01/2013

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
01/06/2009	0	Infermieri Corneli Valeria Franchi Sabrina	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 5

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 5

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 5

7. DISTRIBUZIONE 5

1. SCOPO

Lo scopo di questa istruzione è quello di garantire una perfetta preparazione del materiale ed un'adeguata assistenza al paziente.

2. APPLICABILITÀ

La presente istruzione operativa viene applicata a tutto il personale infermieristico

3. MODALITA' OPERATIVE

Preparazione carrello:

Sul carrello deve essere presente il seguente materiale:

- Antisettico cutaneo
- Anestetico locale (soluzione lidocaina al 2%) e cloruro di etile
- Ago da mielo aspirato (Mielocan)
- Siringhe ed aghi monouso per effettuare anestesia locale
- Garze, guanti e telini sterili
- Occhiali protettivi, mascherine e camici monouso
- Guanti monouso
- Vetrini portaoggetti
- Vetrino molato
- Tamponi sterili
- Fissativo mielodec
- Cerotti
- Bacinelle reniforme monouso
- Contenitore rigido per aghi
- Kit sterile di pinze anatomiche
- Alcool al 70%
- Provette

MIELOASPIRATO

Preparazione del paziente

- Garantire la privacy
- Verificare che il paziente abbia ricevuto dal medico tutte le informazioni relative all'esecuzione dell'indagine
- Verificare che il paziente abbia firmato il consenso
- Accompagnare il paziente nella stanza DH e posizionarlo per la puntura sternale in posizione supina, per la puntura della cresta iliaca in posizione prona o laterale.

- Rassicurare il paziente durante tutta la durata dell'esame, aiutarlo a mantenere la posizione più idonea, informarlo che al momento dell'aspirazione del midollo avvertirà un dolore abbastanza forte ma di breve durata

Esecuzione della puntura

- Creare un campo sterile
- Porgere al medico i guanti sterili
- Disinfettare e porgere al medico la siringa per effettuare l'anestesia locale dopodiché disinfettare nuovamente la parte
- Porgere al medico l'ago per mieloaspirato che con un movimento particolare viene inserito nella cresta iliaca fono al punto in cui si può effettuare l'aspirazione di midollo
- Tolto lo specillo porgere una siringa per raccogliere materiale aspirato (1-2 cc di mieloaspirato) Il midollo viene strisciato dal medico tramite vetrino molato sui vetrini portaoggetti
- Dopo che il medico ha estratto l'ago, disinfettare con tampone sterile imbevuto di disinfettante, esercitare per alcuni minuti una compressione della zona
- Coprire la sede della puntura con una medicazione sterile
- Accompagnare il paziente al proprio letto
- Controllare nelle ore successive le condizioni generali del paziente ed in particolare la zona della puntura

BIOPSIA OSTEO-MIDOLLARE

In caso di diagnosi particolari viene eseguita biopsia ossea dalla cresta iliaca dorsale
Il prelievo di tessuto osseo viene eseguito con ago da biopsia ossea (trapsystem set con ago tipo j)
Il medico introduce l'ago e con movimenti antero posteriori laterolaterali frammenta l'osso che riempie il canale del'ago, quindi estrae l'ago e con l'aiuto dello specillo spinge il frustolo nella provetta contenente fissativo Mielodec (reagente A) dove dovrà rimanere per un'ora e mezzo poi sarà trasferita in alcool al 70%
La procedura comportamentale dell'Inf. è uguale a quella adottata per l'assistenza al mieloaspirato.

Riordino
Dopo l'esecuzione delle manovre

- Riordina il materiale utilizzato
- Raccoglie ed allontana i rifiuti speciali

Preparazione del materiale da inviare

- Biopsia midollare : i vetrini strisciati e corredati di etichetta con i dati anagrafici del paziente vengono posizionati in un vassoio e portati in laboratorio analisi per essere colorati dopodiché vengono rinviati nel reparto dove due verranno fissati poi conservati in frigo e spediti la mattina successiva a Lucca

- Biopsia ossea: la provetta contenente il frustolo di osso viene inviata al laboratorio di anatomia patologica il giorno successivo al prelievo, previa conservazione in frigo. L'inf. compila per la parte di sua competenza la modulistica necessaria all'invio del materiale (moduli informatizzati in rete)

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità dell'interpretazione dell'istruzione operativa è demandata al Direttore di U.O.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Doc AP 28 rev. 0/Guida alle prestazioni UO Anatomia Patologica (conservata in stanza capo sala in "regolamenti vari"

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

Consenso informato alla Biopsia Osteomidollare T MGB 09/Cartelle
Mod . AP 01

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale infermieristico e medico.
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 26

ESECUZIONE PRELIEVO EMATICO

Confermato il 10/01/2013

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
15/2/2010	0	I.C. Barbi Ianula Poli Marta	RAQ Dott. ssa Q. Lucchesi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 8

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 8

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 8

7. DISTRIBUZIONE 8

1. SCOPO

Lo scopo di questa istruzione è quello di eseguire il prelievo ematico nella maniera corretta in modo da evitare errori e rischi sia per il paziente che per l'operatore

2. APPLICABILITÀ

Questa procedura e' applicata a tutto il personale infermieristico

3. MODALITA' OPERATIVE

DISPOSITIVI PER IL PRELIEVO

Utilizzare dispositivi che prevedano l'integrazione di aghi monouso , sistemi di supporto (camicie) e provette sottovuoto (vacuum)

Le siringhe rappresentano una possibile alternativa qualora:

- ✓ In situazioni di emergenza, non sia possibile reperire dispositivi di cui sopra
- ✓ Particolari situazioni anatomiche e/o fisiche rendano impossibile o sconsigliabile utilizzare i dispositivi di cui sopra

Utilizzare dispositivi monouso che prevedano l'eliminazione di tutte le parti a diretto contatto con il sangue del paziente.

Utilizzare sistemi che non consentano di re incappucciare chi e ogni altro possibile oggetto tagliente utilizzato nel corso del prelievo.

Preferire aghi tradizionali

Utilizzare "butterfly" in situazioni specifiche quali:

- ✓ Vene difficilmente accessibili, per sede o calibro, con il dispositivo tradizionale
- ✓ Espressa richiesta da parte del paziente

Preferire aghi di calibro 20 e21G

Riservare aghi di piccolo calibro a prelievi su vene molto piccole

Non utilizzare cannule

NORME RELATIVE AL PAZIENTE

Identificare correttamente il paziente, utilizzando almeno due criteri, nessuno dei quali deve essere il numero di stanza del paziente (es. controllo nome etichetta sulla provetta e comunicazione verbale dell'identità da parte del paziente)

Utilizzare un solo set dio provette destinate ad un solo paziente per volta

Accertarsi delle condizioni fisiche del paziente.

Qualora il paziente non sia in condizioni idonee al prelievo, questo deve essere inevitabilmente differito in altra data .

Siti preferenziali di prelievo (in ordine decrescente) : vene centrali dell'avambraccio (cubitale e cefalica), vena basilica, vene del dorso del braccio, vene del polso e della mano. Le vene dei piedi rappresentano un'ultima risorsa

Sono da evitare prelievi da:

- ✓ Ampie cicatrici a seguito di ustioni o chirurgia, braccio omolaterale ad esito di mastectomia, siti contigui ad ematomi, trombi o edemi.
- ✓ Dispositivi per terapia endovenosa e/o trasfusioni di sangue

Qualora si prelievi da siti d'infusione, il flusso del dispositivo deve essere arrestato per almeno due minuti e devono essere eliminati non meno di 5 ml di sangue
Per favorire il rigonfiamento della vena è possibile:

- ✓ Riscaldare brevemente il sito del prelievo con un panno caldo
- ✓ Massaggiare il sito in senso opposto al flusso
- ✓ Riscaldare brevemente con acqua calda

Non è opportuno percuotere il sito
Non applicare il laccio in presenza di:

- ✓ Vene grosse visibili e palpabili

Se il laccio è necessario:

- ✓ Posizionarlo circa 10 cm al di sopra del sito di prelievo prescelto
- ✓ Utilizzare una pressione sufficiente a generare stasi venosa ma non a causare dolore, fastidio o ostacolare la circolazione arteriosa.
- ✓ Non mantenerlo in sede per più di un minuto
- ✓ Quando è necessario più tempo , rilasciarlo e riapplicarlo

Detergere la cute con un batuffolo di ovatta imbevuto con disinfettante idoneo, procedendo sempre per lo stesso verso e poi far asciugare la cute

NORME RELATIVE AL CAMPIONAMENTO

Indossare guanti
Utilizzare provette già etichettate prima del prelievo
Evitare di accanirsi con l'ago all'interno del sito del prelievo
In caso di fallimento al primo tentativo:

- ✓ Avanzare o arretrare cautamente l'ago
- ✓ Sostituire la provetta
- ✓ Se l'esito è ancora negativo estrarre l'ago e ritentare
- ✓ Dopo due tentativi falliti trasferire il paziente ad un collega

Verificare che la quantità di sangue aspirato sia idonea
Invertire 4-6 volte la provetta contenente anticoagulante
Non aprire mai le provette sottovuoto né trasferire sangue da una provetta all'altra
In presenza di errori, verificare la necessità di raccogliere altri campioni o contattare il laboratorio per delucidazioni
Rilasciare il laccio prima di estrarre l'ago dalla vena, posizionare un batuffolo sul sito, chiedendo al paziente di operare una pressione moderata sullo stesso, mantenendo il braccio disteso

NORME DA ESEGUIRE AL TERMINE DEL PRELIEVO

Eliminare il materiale contaminato in appositi contenitori di sicurezza idonei per il riconoscimento del tipo di materiale
Non re incappucciare, spezzare o frantumare direttamente l'ago utilizzato

Verificare lo stato di salute del paziente e l'insorgenza di eventuali complicazioni

Detto questo l'operatore:

- Prima di effettuare il prelievo l'operatore inserirà sul programma informatizzato la richiesta degli esami da effettuare , stamperà le etichette e preparerà le provette. Importantissimo, il controllo dell'esattezza dei dati anagrafici sia durante l'inserimento che prima del prelievo. Colui che esegue il prelievo è responsabile della corretta etichettatura. Queste riportano per esteso nome e cognome del paziente,data, colore provetta e numero di prelievo.

E' da evitare l'etichettatura manuale dei prelievi da limitare ai soli casi di blocco del sistema informatizzato, nel qual caso si utilizza la modulistica di richiesta di esami cartacea. Tutto questo perché la maggioranza degli errori si concentrano nella fase prima del prelievo vero e proprio

PREPARAZIONE MATERIALE SUL CARRELLO

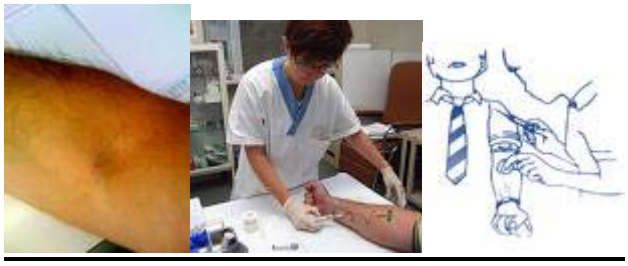
1. Set monouso sterile, per infusione con dispositivo di protezione integrato
2. DPI
3. Tamponi
4. Disinfettante, Clorexina
5. Laccio emostatico
6. Bacinella reniforme monouso
7. Telini non sterili
8. Cerotti
9. Provette già etichettate
10. Porta provette
11. Contenitori o sacchetti per trasporto materiale (come da PP HV 06
12. Contenitori per taglienti

ESECUZIONE DEL PRELIEVO

1. Controllare l'identità del paziente e l'etichetta sulla provetta
2. effettuare il lavaggio sociale delle mani
3. informare ed aiutare il paziente ad assumere la posizione più idonea
4. indossare guanti
5. posizionare il telino sotto la parte interessata
6. applicare il laccio emostatico a monte della vena (10 cm prossimamente alla sede del prelievo)
7. invitare il paziente a stringere il pugno in modo da facilitare l'individuazione del vaso venoso
8. individuare il vaso da cui effettuare il prelievo
9. disinfettare accuratamente la parte lasciando agire il disinfettante per circa un minuto
10. introdurre l'ago avendo scelto quello più adatto

11. inserire la provetta nell'apposita camicia che aspirerà la quantità necessaria (NB la provetta della coagulazione deve essere piena e non inserita per prima se ci sono altre provette)
12. slacciare il laccio emostatico
13. invitare il paziente a rilasciare il pugno
14. appoggiare il batuffolo sul sito di venopuntura
15. estrarre l'ago
16. praticare per qualche istante una leggera pressione sul sito della venopuntura affinché non vi sia fuoriuscita di sangue, facendo particolare attenzione ai pazienti in trattamento anticoagulante
17. applicare cerotto
18. smaltire agli nell'apposito contenitore per taglienti
19. smaltire batuffoli negli appositi contenitori per rifiuti speciali
20. inoltrare il prelievo al laboratorio secondo le modalità della PP HV 06

IMMAGINI



4. RESPONSABILITA' INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore della UO.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale infermieristico
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

I O MGB 27

INVIO ESAMI E RITIRO REFERTI A PISA

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
17/05/2013	3	Infermiere coordinatore Ianula Barbi	RAQ Dott. ssa Q. Lucchesi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 3

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 3

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 3

7. DISTRIBUZIONE 4

1. SCOPO
Lo scopo di questa istruzione operativa è quello di gestire al meglio l'invio di esami, documentazione ecc. fuori usl

2. APPLICABILITÀ
Questa istruzione è applicata a tutto il personale infermieristico e medico dell'u.o.

3. MODALITA' OPERATIVE
Il servizio di trasporto organi,tessuti e campioni a fini clinico diagnostici per Pisa :

Ogni mattina alle ore 10 dal lunedi al Sabato è disponibile un mezzo della Ditta Croce Italia Marche presso la centrale operativa del 118 per l'effettuazione del trasporto campioni
Inoltre il lunedi e mercoledi verrà effettuato un secondo viaggio alle ore 12
I reparti dovranno:

- inviare nei tempi compatibili con gli orari di partenza presso la CO del 118 i campioni o il materiale da inviare (**si prepara in medicheria la mattina quando passa il pool**)
- si compila il modulo della Ditta in tutte le sue parti; **identificazione struttura richiedente, e per ogni campione il luogo di destinazione**
- ricordarsi sempre la richiesta fuori usl autorizzata dalla Direzione sanitaria : il modulo di richiesta va compilato dal medico e mandato via fax a Lucca nei giorni precedenti

Per inviare esame TROPONINA a Castelnuovo usare stesso modulo e mandarlo al 118

Se la richiesta di trasporto è verso altre destinazioni toscane deve essere inoltrato il modulo direttamente alla Ditta per fax 0541/790903 barrando la casella non urgente e deve essere inderogabilmente inviata il giorno precedente la spedizione, in questo caso la ditta provvederà a ritirare il materiale direttamente nel reparto
Le richieste di trasporto urgente devono essere concordate e autorizzate dalla Direzione di Presidio e in subordine dalla CO 118.
Per quello che riguarda **il ritiro dei referti a Pisa** se non vengono spediti direttamente da loro si compila modulo apposito (TP HV 10)spedito alla CO 118 poi l'infermiera penserà ad organizzare il viaggio per il ritiro e la spedizione a noi

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA
La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore di U.O

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO
PP HV 30 procedura per trasporto materiale Vario da / per Centrale Operativa 118
Lettera di accompagnamento al modulo Ditta Croce Italia Marche

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE
- TP HV 10/DIR SAN (richiesta trasporto materiale vario)
- TP HV 26 /DIR SAN (modulo richiesta prestazioni fuori usl)
- Attivazione trasporti sangue vettore ATI Croce Italia Marche- SVS Gestione Servizi

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale infermieristico e medico

E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 28

ORDINAZIONE VITTO

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
14/01/2013	1	Inf. Coord. Ianula barbi Oss Dini Caterina Discini Daniela	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 4

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 4

7. DISTRIBUZIONE 4

.

1. SCOPO

Lo scopo di questa procedura è quello di una corretta gestione dell'ordinazione vitto da parte di tutti gli operatori e quello di garantire al paziente la giusta alimentazione in base alle sue esigenze.

2. APPLICABILITÀ

La presente istruzione operativa viene applicata dagli operatori socio sanitari

3. MODALITA' OPERATIVE

1. Il vitto viene compilato la mattina e si riferisce all'ordinazione del giorno dopo
2. Leggere le cartelle infermieristiche o consultare a voce l'infermiera per verificare se è necessario fare dei vitti per i nuovi ricoveri per il giorno stesso, da inviare immediatamente in cucina tramite fax (5226) e fare conferma
3. Al ricovero si consegna al paz.
   - Acqua
   - Posate e bicchiere monouso

   Tutto questo si trova nella cucinetta di reparto nella corsia uomini

Si ordina il vitto per il pasto del giorno stesso , dopo le ore 12 anche del giorno successivo utilizzando gli appositi moduli

4. Si preparano i moduli appositi dopo il giro letti. I moduli sono in medicheria nell'armadio parte donne. Si controllano i quadri di tutti e due u reparti per vedere se ci sono diete particolari
5. Per la scelta degli alimenti ci sono due schemi suddivisi in prima , seconda , terza e quarta settimana. Per sapere quale proporre si fa riferimento ad uno schema fornito dalla cucina.
6. I moduli a disposizione sono:

Modulo quadrettato; tramite dei puntini si identificano le scelte dei pazienti(ogni alimento può corrispondere a una lettera o a un numero)Nel caso in cui sia richiesta una dieta particolare , nel raccoglitore azzurro (dispense per vitto) ci sono **degli schemi sempre divisi** in prima/seconda e terza/quarta settimana con sette diversi tipi di dieta con specificato il codice per ordinarle. Sempre nello stesso raccoglitore ci sono degli **schemi per diete specifiche : -** preparazioni per indagini diagnostiche (es. colonscopia, clisma opaco ecc.)- diete ipocaloriche (es. 1400 calorie ecc.)- diete proteiche (0,6 gr. Proteine). In questo caso vanno utilizzati gli appositi moduli (**composizione dieta ricettata**) e sul modulo quadrettato iniziale punteggiare la voce "ricettata". **Modulo per le colazioni ,**quello con la scelta personale del paziente rimane a noi in reparto per la distribuzione e uno con il conteggio totale va in cucina.

Tutti i moduli compilati vengono compilati vengono messi nel raccoglitore del servizio pool nello scomparto "cucina" prima che venga consegnato il vitto delle h. 12 quando il personale della cucina lo ritirerà.

Come già detto per i moduli compilati dopo le ore 12 utilizzare il fax per comunicare alla cucina.

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore Dell'U.O.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

Vedi i seguenti allegati:

1 Modulo per scelta colazione che rimane in reparto
2 Modulo per conteggio colazioni che va in cucina
3 Modulo quadrettato da utilizzare per pranzo
4 Modulo quadrettato da utilizzare per cena
5 Modulo per variare o annullare o richiedere un nuovo vitto
6 Modulo per richiedere dieta ricettata
7 Modulo con indicazioni per preparazione CLISMA OPACO
8 Modulo con indicazione per dieta ipocalorica 2000 calorie 1700 e 1400 calorie
9 Moduli diete speciali codificate.

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale oss e infermieristico
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 29

TENUTA E ARCHIVIAZIONE DELLE CARTELLE CLINICHE

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
25/08/2011	0	Infermiere coordinatore Ianula Barbi	RAQ Dott.ssa Q.Lucchesi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 4

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 4

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 4

7. DISTRIBUZIONE 4

1. SCOPO
Lo scopo di questa procedura è quello di ottimizzare la tenuta delle cartelle cliniche

2. APPLICABILITÀ
La presente IO è applicata a tutto il personale medico e infermieristico

3. MODALITA' OPERATIVE
Al momento della dimissione il medico chiude la cartella con il programma informatizzato, stampa SDO e lettera di dimissione e ripone la cartella nello schedario della stanza dell'inf. coord.
L'infermiere coordinatore o un suo delegato controlla sia la cartella medica che quella infermieristica in particolar modo se presente la lettera di dimissione firmata , la SDO firmata e tutto quello inerente la cartella stessa. Le due cartelle vengono messe in buste differenti ; su quella infermieristica ci sara' il timbro e l'etichetta, su quella medica verra' riportato il numero dell'archivio (numero SDO).
La cartella verrà poi visionata e firmata dal Direttore di U.O.
Una volta firmata si ricontrollano tutte le firme i timbri.
Si registra su una rubrica in ordine alfabetico: nome e cognome,data di nascita e SDO.
Si ripongono nell'apposito schedario nell'ultima stanza reparto donne e qui vi restano un anno.
Le schede di "verifica cartella clinica" presenti in tutte le cartelle vengono tenute dall' inf. coord. in un'apposito raccoglitore .

<u>Nel caso una cartella dopo archiviazione venga richiesta dal paziente</u>
- L'addetto alle cartelle cliniche, quando riceve richiesta di cartella, consegna al delegato del reparto il modulo apposito
- Si prende la cartella dall'archivio, si registra nome, cognome, data di nascita e n° SDO sul modulo TP HV 12/Cart. Clin
- Si consegna la cartella all'addetto il quale apporra' la firma sul modulo TPHV12/ cart.clin
- Sulla rubrica viene segnalato che la cartella è in dir. San.
- Queste cartelle non ritornano in reparto, restano in Direzione Sanitaria

<u>Qualora si richiedesse una fotocopia di cartella per uso interno:</u>
- Si compila modulo apposito ,TPHV 13/cart. Clin.
- Si consegna il modulo all'addetto alle cartelle
- In reparto arriverà la fotocopia, l'originale resta in direzione sanitaria

Alla fine di ogni anno le cartelle vengono mandate all'archivio generale:
- Si tolgono le cartelle dallo schedario
- Si registra su modulo apposito TPHV12/cart.clin. e si inviano all'ufficio

A fine anno tutto viene salvato su dischetto e archiviato dall'inf. coord.

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore di U.O.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

TP HV 12/CART. CLIN.
TP HV 13/CART.CLIN.
Richiesta di invio referti all'archivio generale quando la cartella non è più presente in reparto

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale medico e infermieristico
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 31

INFORMAZIONI SULLA CARTA DEI SERVIZI

Confermata il 17/05/2013

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
12/09/2011	0	Infermiere coord Ianula Barbi	RAQ Dott. ssa Q. Lucchesi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 3

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 3

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 3

7. DISTRIBUZIONE 3

1. SCOPO

Lo scopo di questa istruzione operativa e quello di far conoscere a tutti dove si può consultare e cosa è la Carta dei Servizi

2. APPLICABILITÀ

A tutto il personale sanitario e ai cittadini

3. MODALITA' OPERATIVE

La Carta dei Servizi rappresenta un Patto tra l'Azienda USL e i cittadini, all'interno del quale sono definiti gli impegni che l'Azienda ha assunto nei confronti degli utenti stessi.
L'obbiettivo primario è quello di tutelare i diritti di coloro che hanno accesso ai servizi, attraverso l'adozione d'impegni finalizzati a migliorare l'organizzazione sanitaria e quindi la qualità dei servizi erogati.
La Carta dei Servizi si può consultare sul sito dell'Azienda www.usl2.toscana.it

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore di U.O.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Sito dell'azienda USL 2 Lucca

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

In allegato Stampe di alcune parti della carta dei Servizi

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale sanitario e appeso in bacheca alcune informazioni per i cittadini
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 32

DONAZIONE TESSUTI E CORNEE

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
12/09/2011	0	Infermiere Coord. Ianula Barbi	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 3

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 3

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 3

7. DISTRIBUZIONE 3

1. SCOPO

Lo scopo di questa istruzione operativa è quello d'informare tutto il personale sanitario che nella nostra Azienda la struttura che si occupa di coordinare tutta l'attività è il Coordinamento Donazione di Organi e Tessuti

2. APPLICABILITÀ

A tutto il personale sanitario

3. MODALITA' OPERATIVE

Consultare il sito aziendale wwwusl2.toscana.it

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore di U.O.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

In allegato alcune pagine del sito
Cosultare il sito

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale sanitario
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 33

GESTIONE CATETERI ARTERIOSI

Confermata il 17/05/2013

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
21/09/2011	0	Personale infermieristico Corneli Valeria Franchi Sabrina Rossi Lara	Infermiere Coord. Ianula Barbi RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore U.O. Medicina Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 5

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 5

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 5

7. DISTRIBUZIONE 5

1. SCOPO

Lo scopo di questa procedura è quello di uniformare il personale alla gestione dei cateteri arteriosi

2. APPLICABILITÀ

Questa istruzione operativa è applicata a tutto il personale infermieristico e medico

3. MODALITA' OPERATIVE

Per cateterismo arterioso s'intende l'introduzione di una cannula o di un catetere all'interno di un'arteria palpabile (ad eccezione dell'arteria carotide):
Il C.A. permette di misurare in modo continuo la pressione arteriosa (sistolica, media e diastolica) e di prelevare rapidamente campioni di sangue per fare un'emogasanalisi nei soggetti con insufficienza respiratoria sottoposti a ventilazione artificiale
In genere i C.A. sono inseriti in arteria radiale anche se è possibile inserirli in arteria femorale, ulnare, pedidia dorsale, brachiale, ascellare , tibiale posteriore e arteria temporale.
Attualmente questi cateteri nella nostra UO vengono inseriti dagli anestesisti presenti all'interno della struttura.

Materiale occorrente:

- Telini sterili
- Guanti sterili
- Garze sterili
- Cateteri di varie misure
- Disinfettante, betadine o alcol 70%, disinfettante a base di clorexidina al 2%.
- Materiale per medicazione di fissaggio
- Soluzione eparinata e soluzione fisiologica
- Cannule arteriose
- Reniformi monouso

Prima di procedere all'inserimento importante IL LAVAGGIO ANTISETTICO DELLE MANI
L'anestesista procederà all'inserzione del catetere coadiuvato dall'infermiere.
Prima di tale procedura l'infermiera informerà il paziente ,il medico farà firmare il consenso(manovra invasiva). A questo punto posizionare l'arto del paz.,con la mano in estensione possibilmente con il pollice non aperto, ma verso l'interno del palmo della mano. Si raccomanda di fissare in modo da mantenere ben stabile il catetere arterioso.

PRELIEVO PER EMOGASANALISI

Esecuzione:

- Togliere tappo di protezione
- Raccordare siringa per l'aspirazione della soluzione di lavaggio precedentemente infusa
- Aprire il rubinetto rosso e procedere all'aspirazione
- Chiudere rubinetto
- Raccordare siringa EGA , aprire rubunetto e aspirare quantità necessaria
- Richiudere il rubinetto rosso
- Procedere al lavaggio non prima di aver disinfettato il punto di ancoraggio (rimuovendo eventuali incrostazioni di sangue)
- Chiudere con tappo di protezione

NB dopo l'inserimento di un catetere arterioso è necessario tenere sotto controllo il paz. in particolare occorre:

- Guardare e palpare anche attraverso la medicazione la sede dell'inserzione del catetere . Se il p. riferisce dolore al sito d'inserimento, febbre senza altre cause o altre manifestazioni che suggeriscono infezione locale, bisogna rimuovere la medicazione per permettere un esame completo
- Se il p. è cosciente invitarlo a riferire qualunque anomalia legata al sito d'inserzione

LAVAGGIO DEL CATETERE E MEDICAZIONE

Nei reparti di rianimazione esiste un sistema di lavaggio a pressione positiva che garantisce la pervietà della via. Noi procediamo dopo l'uso al lavaggio del catetere dopo lavaggio come segue :

- Dopo lavaggio mani si indossano guanti non sterili
- Si prepara soluzione eparinata (0,2 ml di eparina più 10 cc di soluzione fisiologica)
- si toglie tappo di protezione, facendo attenzione che il rubinetto rosso sia chiuso
- si raccorda la siringa
- si apre il rubinetto rosso
- si inietta la soluzione di lavaggio
- si richiude il rubinetto rosso
- si toglie la siringa
- si sostituisce il tappo blu

Medicazione

La medicazione si esegue circa ogni due giorni e quando c'è necessità .
Si rimuove la vecchia medicazione e si procede come la medicazione del CVC

4.RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità dell'interpretazione di questa istruzione è demandata al Direttore dell'U.O

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO.

Dossier Infad (informazioni dalla letteratura scientifica per una buona pratica infermieristica)

6 . STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

Cartella Infermieristica

7 .DISTRIBUZIONE

Questa istruzione viene distribuita a tutto il personale medico e infermieristico

IO MGB 34

ESECUZIONE REFERTO E G A

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
05/05/2010	0	Infermiere coord. Ianula Barbi Infermiera DH Liana Bianchi	RAQ Dott.ssa Q.Lucchesi	Direttore Dott. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 4

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 5

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 5

7. DISTRIBUZIONE 5

1. SCOPO

Lo scopo di questa istruzione è quello di eseguire l'esame in maniera corretta evitando errori dovuti sia all'errata trascrizione del referto sia a problemi della macchina dovuti a un mal utilizzo

2. APPLICABILITÀ

Questa istruzione è applicata a tutto il personale infermieristico

3. MODALITA' OPERATIVE

L'apparecchio non deve essere esposto a luce diretta o fonti di calore e deve essere distante almeno 10 cm da altri mobili. Può essere sensibile a telefoni cellulari, quindi non tenerli accesi vicino all'apparecchio

Dopo aver fatto il prelievo (il medico) l'infermiera , munita di guanti non sterili:

- cambia modalità di esecuzione secondo che siringa usa : in alto a sx della schermata ,digita "sulla siringa" (dx) oppure inserisce direttamente la siringa
- avvitata la siringa senza spingere o spinge a seconda della modalità
- l'apparecchio segnala"aspira" quindi digitare oppure aspira da se
- aspetta il comando che indica di ritirare la siringa
- Terminato il tutto la macchina stampa il referto, questo va spillato su un cartoncino
- getta la siringa nell'apposito contenitore
- ripulisce eventuali schizzi di sangue sull'apparecchio
- a fine turno riordino apparecchio

NB

ricordarsi di agitare sempre la siringa prima di inserirla nella macchina per evitare la formazione di coaguli ed espellere una goccia di sangue per impedire all'aria di entrare nel circuito. Questo può creare problemi alla macchina.

E' OBBLIGATORIO RIPORTARE I SEGUENTI DATI:

- **Cognome e nome**
- **Tipo di prelievo (arterioso o venoso)**
- **Prelievi in aria o in ossigeno**
- **Modalità (O2 flusso o ventilatore)**

.

Se il prelievo è di un'altra U.O. si riportano i dati sul quaderno vicino alla macchina e si allega la richiesta.

Gli infermieri del DH si occuperanno:

- di riportare la prestazione sul sistema informatizzato (se l' EGA è di un altro reparto)
- fare ordini del materiale mancante
- pulizia giornaliera apparecchio più controllo funzionamento e riportare su modulo apposito T MGB 31

MATERIALE DA ORDINARE

Codice nfs	descrizione	Codice ditta	Pezzi per confezione
613AVSEM001	Soluzione lavaggio S1	3260917184	2
613AVSEM002	Fluid pack S2	3260925184	1
613AVSEM004	Fluid pack S3	3260933184	1
613AVSEM010	Contenitore scarico	3144054001	2
F613AVSEM009	carta	3113361180	6
613AVSEM005	Sensori glu/lact	3260887184	1
613AVSEM008	Deproteinizzante (si può usare acqua ossigenata)	3110435180	1
613AVSEM003	Calibratore HB	311923035	5
613AVSEM013	Auto trol TS plus liv.1	3321223001	40
613AVSEM014	Auto trol TS plus liv 2	3321231001	40
613AVSEM015	Auto trol TS plus liv 3	3321240001	40

TECNICO DA CHIAMARE

N° Verde 800-6160619

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore di U.O.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Manuale istruzioni apparecchio

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

sistema informatizzato per inserimento prestazioni
T MGB 31

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale infermieristico
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 35

GESTIONE TERMOMETRO TIMPANICO

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
10/ 1/2010	0	Infermiere coord. Ianula Barbi	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 5

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 5

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 5

7. DISTRIBUZIONE 5

1. SCOPO

Lo scopo di questa procedura è quello di usare correttamente il termometro affinchè fornisca misurazioni attendibili.

2. APPLICABILITÀ

Questa procedura è applicata a tutto il personale infermieristico e OSS

3. MODALITA' OPERATIVE

PRECAUZIONI IMPORTANTI

- La testa della sonda deve essere pulita e priva d'impronte e detriti
- Il coprisonda deve essere uniforme privo di fori , lacerazioni o pieghe
- La sonda deve chiudere il canale uditivo prima di prendere la temperatura
- I paz. con protesi auricolare devono rimuovere il dispositivo 10 minuti prima della misurazione
- E' possibile che l'eccessiva cicatrizzazione della membrana timpanica causi misurazioni basse della temperatura
- In genere il cerume non riduce la precisione del termometro in normali condizioni. Tuttavia,i tappi di cerume o ostruzioni di diversa natura contengono detriti che possono abbassare la misura della temperatura.
- Attendere almeno due minuti prima di eseguire un'altra misurazione nello stesso orecchio

MISURAZIONE

1. rimuovere il termometro dalla base
2. ispezionare le lenti della sonda, in presenza di detriti pulire la testa della sonda secondo istruzioni
3. istallare il copri sonda
4. ispezionare il copri sonda per assicurarsi che sia inserito che non abbia fri o pieghe
5. inserire la sonda nel canale acustico e chiudere completamente l'apertura con la punta della sonda. per ottenere risultati coerenti assicurarsi che l'asta della sonda sia allineata con il canale acustico
6. premere e rilasciare il pulsante
7. estrarre la sonda dal canale acustico non appena si sente il s triplo segnale
8. vengono visualizzate la temperatura del paziente e le icone espulsione sonda
9. premere il pulsante espulsion3e per togliere la sonda
10. sistemare il termometro sulla base

RICHIAMO DELLA TEMPERATURA

Una volta acquisita la temperatura, il termometro entra in modalità "off" dopo circa 10 secondi. Per richiamare la temperatura, premere e rilasciare il pulsante Scan o tenere premuto il pulsante °C/°F (gradi Celsius e Fahrenheit)

MODALITA' PAUSA

Il termometro entra in modalità pausa se non viene usato per più di 30-40 secondi. La modalità pausa consente di prolungare la durate delle batterie

BATTERIE

Il display visualizza l'icona livello carica della batteria basso.. Rimane visualizzato finchè non viene sostituita o fino a quando non viene visualizzata l'icona di batteria scarica. Dopo che l'icona del livello di carica della batteria viene visualizzata , l'operatore può eseguire altre 100 rilevazioni fino a quando non viene visualizzata l'icona di batteria esaurita

PULIZIA

- Il corpo del termometro può essere pulito con un panno umido. La temperatura dell'acqua non deve superare i 55°. Non bagnare, non immergere il termometro in acqua
- La testa della sonda e la lente devono essere pulite con tampone che non lasci residui.

RISOLUZIONE DEI PROBLEMI

Misura della temperatura particolarmente elevata	controllare che il copri sonda non Presenti lacerazioni
Misura della temperatura particolarmente bassa	controllare che non siano presenti ostruzioni sul copri sonda o sulla punta del termometro o nel canale auricolare
Errore sistema visualizzato	se l'errore di sistema è "4" ,far equilibrare il termometro a temperatura ambiente per 20 minuti Per tutti gli altri errori di sistema Azzerare e installare un coprisonda

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore di U.O.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Istruzioni allegate al termometro

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

Cartella infermieristica T MGB 4

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a:
tutto il personale infermieristico e OSS
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 36

ISOLAMENTO PER CLOSTRIDIUM DIFFICILE

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
19/10/2012	1	Infermiere Coordinatore Ianula Barbi	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 4

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 4

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 4

7. DISTRIBUZIONE 4

1. SCOPO

Lo scopo si questa istruzione è quello di limitare la trasmissione della malattia usando semplici istruzioni per operatori, pazienti e familiari.

2. APPLICABILITÀ

Questa istruzione è applicata a tutto il personale sanitario.

3. MODALITA' OPERATIVE

I pazienti con infezione da Clostridium difficile devono essere presi in carico con le seguenti modalità:

SISTEMAZIONE DEL PAZIENTE	DISPOSITIVI ALL'INTERNO ED ALL'ESTERNO DELLA STANZA	NORME DI COMPORTAMENTO
➢ Collocazione in una camera dedicata con bagno personale da condividere, se necessario, con altri pazienti con la stessa infezione (coorte) ➢ Isolamento fino alla dimissione ➢ Informazione all'utenza mediante affissione sulla porta di cartelli informativi con scritto **" limitare le visite, indossare guanti, camice e sovrascarpe prima di entrare**" ➢ Consegna ai familiari dell'informativa come da PPHV 44	**All'interno:** ➢ Contenitore per rifiuti sanitari pericolosi ➢ Contenitore per taglienti ➢ Sacchi per biancheria sporca ➢ Padella o pappagallo personale (se non mono uso, basta il lavaggio e la disinfezione con il lava padelle) ➢ Materiale sanitario dedicato al paziente (sfigmomanometro, fonendoscopio ecc. ; alla dimissione verranno lavati e disinfettati con Umonium Spray) ➢ Nel bagno: sapone antisettico e salviette monouso **All'esterno:** ➢ Carrello con guanti , sovrascarpe e camici monouso non sterili	➢ Prima di entrare nella stanza indossare guanti e camice ➢ Sostituire guanti subito dopo il contatto con materiale fecale ➢ Togliere guanti e camice prima di uscire dalla stanza ➢ Lavarsi le mami con detergente antisettico **NO SOLUZIONI ALCOLICHE** ➢ Sostituire giornalmente la biancheria, mettere quella sporca nei sacchi appositi e non lasciarla cadere a terra, chiudere il sacco prima di uscire dalla stanza ➢ Utilizzare, quando e' possibile, materiale monouso (bicchieri, piatti, ecc.; se usano la tazza basta lavare in lavastoviglie)

		➢ Pulire gli apparecchi elettromedicali, carrozzine utilizzate, ecc. con Umonium 38 ➢ Fare attenzione agli oggetti che vengono a contatto con le mani del paziente e dell'operatore (cellulare, ecc) ➢ **Quando il paziente viene trasportato in altri servizi avvisare sempre** (radiologia ecc.) ➢ Sostituire, alla dimissione, materasso, coperte , cuscini ecc ➢ Deve essere effettuata pulizia accurata della stanza, del bagno e degli arredi

NB
E' compito dell'infermiere che rileva i parametri, tra cui l'alvo , indicare la cessazione della diarrea al secondo giorno, riferire al medico per la dimissione.

.

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore di U.O.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

PP HV 44
Corso aggiornamento 2012 (infermieri direzione sanitaria)

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

T MGB 04 CARTELLA INFERMIERISTICA
T MGB 03 CARTELLA MEDICA

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale sanitario
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 37

MOVIMENTAZIONE CARICHI

Confermata il 10/01/2013

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
01/06/2009	0	Infermiere Valeria Corneli Franchi Sabrina	Inferm. coord. Ianula Barbi RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO ..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

2. APPLICABILITÀ ..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

3. MODALITA' OPERATIVE ..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 18

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 18

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 18

7. DISTRIBUZIONE 18

1. SCOPO

Lo scopo di questa istruzione è quello di assicurare il rispetto della sicurezza, del benessere e della dignità degli assistiti Inoltre per prevenire rischi connessi al sovraccarico del rachide degli operatori .

2. APPLICABILITÀ

La presente istruzione operativa viene applicata a tutto il personale infermieristico ed operatori socio sanitari

3. MODALITA' OPERATIVA

La movimentazione comporta due categorie di azioni:

1. **SPOSTAMENTO DI TUTTO IL CORPO**

Riguarda paz. Non collaboranti, cioè non in grado di muovere gli arti inf. e sup.
Per questi c'è **l'obbligo dell'uso dei SOLLEVATORI**

Se il peso del p. è superiore a 40 kg. La movimentazione deve essere effettuata con l'utilizzo del sollevatore

2. **SPOATAMENTO DI UNA PARTE DEL CORPO**

Riguarda p. parzialmente collaboranti, ossia con residua capacità di movimento che possono essere utilizzate per aiutare l'operazione di movimento

REGOLE GENERALI

Per una movimentazione corretta è importante seguire alcune regole di riferimento

3. Posizionarsi il più vicino possibile al p.
4. Flettere le ginocchia non la schiena
5. Allargare la base di appoggio al suolo
6. Sfruttare il peso del proprio corpo come contrappeso riducendo lo sforzo muscolare attivo
7. Riuscire ad individuare in ogni p. tutte le possibilità residue di collaborazione
8. Posizionare le mani in punti di presa specifici per consentire il trasferimento del p. in modo sicuro

Collaborazione del paziente

E' bene tentare di coinvolgere sempre il p. nello spostamento, incoraggiandolo in una collaborazione attiva (seppur minima). La valutazione deve essere rivolta alle sue capacità residue, più che a quelle mancanti o perdute.

L'obbiettivo è duplice:

1. Stimolare il p. a superare i suoi limiti, infondendogli fiducia è permettendofli di partecipare attivamente a tutte le operazioni che lo riguardano.
2. Facilitare attraverso questa collaborazione, il lavoro dell'operatore, risparmiando un eccessivo sforzo.

Punti di presa specifici

Per evitare compressioni digitali dolorose su piccole superfici è necessario appoggiare tutta la mano per offrire una presa globale. Per evitare trazioni alle strutture capsulo-legamentose, che possono divenire nocive i punti di presa devono essere preferibilmente:

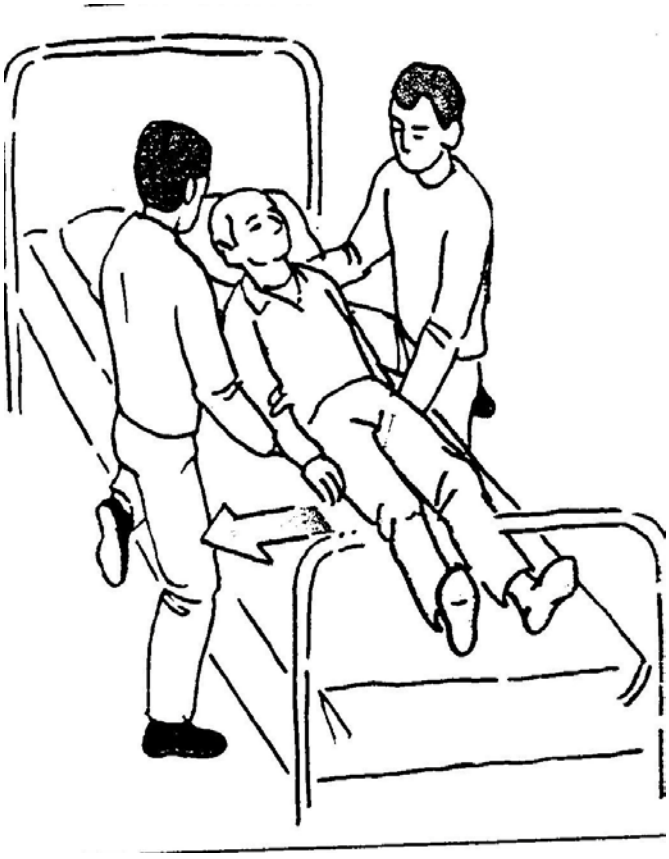
1. Sul cingolo scapolare(complesso articolare della spalla)
2. Sul cingolo pelvico (complesso articolare bacino-anche)
3. Più vicini possibile al tronco (prese prossimali)

La presa crociata

Da preferire a qualsiasi altra presa
L'operatore:

- Posiziona le braccia del p. davanti al tronco
  Flettendogli i gomiti e incrociando gli avambracci
- Entra con la mano sotto le scapole e prosegue fino
  Ad arrivare all'avambraccio, che afferra in prossimità del gomito
- Traziona verso l'alto l'intero complesso braccio- spalla del p., sollevando in questo modo tutto il tronco dello stesso

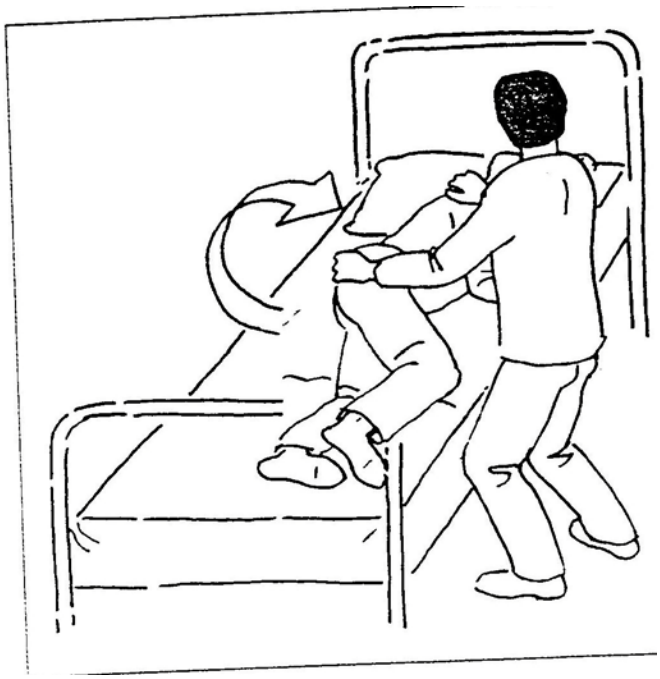
Se l'operatore che effettua la presa è solo, si posiziona alle spalle del p., se sono in due si posizionano a fianco.



Rotazione del paziente

L'operatore:

- Allarga la base di appoggio divaricando le gambe
- Flette le ginocchia oppure appoggia un gomito sul letto
- Afferra il p. a livello del bacino e della scapola
- Ruota il p.



Rotazione sul fianco di paziente collaborante

Il p. :

- Si afferra la mano plegica con la mano sana
- Flette il ginocchio sano
- Sposta l'arto superiore plegico ottenendo anche la rotazione delle spalle

L'operatore:

- Flette il ginocchio plegico del p.
- Flette le proprie ginocchia, oppure appoggia un ginocchio sul letto
- Aiuta la rotazione del bacino del p.

ROTAZIONE DEL P. NON COLLABORANTE SUL FIANCO

Quando si deve spostare il p. verso il cuscino:

NON spostare il p. da soli
NON afferrare sotto le ascelle
NON flettere la schiena tenendo le proprie gambe dritte

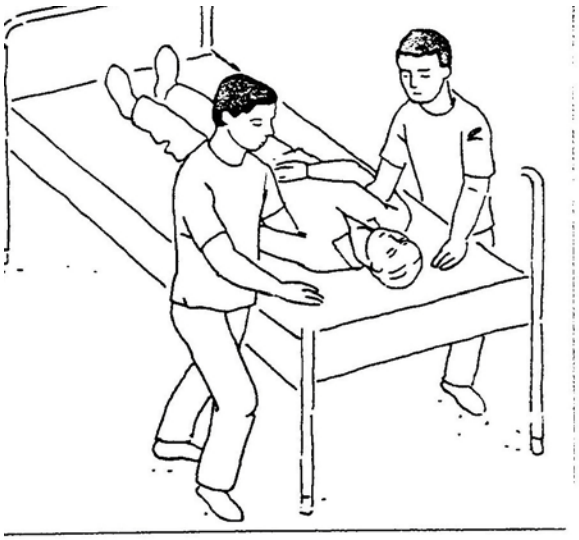
L'operazione va eseguita in due fasi:

1. Passaggio del p. da supino a seduto
2. Spostamento del p. verso il cuscino

Passaggio da supino a seduto

Gli operatori:

- Allargano la base d'appoggio
- Divaricano le gambe (un piede in avanti e uno indietro)
- Flettono le ginocchia
- Appoggiano il dorso di una mano (quella più vicina)dietro le spalle del p.
- Piegano in avanti il tronco del p. facendo forza sugli arti inferiori e sul tronco libero appoggiato sul letto



SPOSTAMENTO DEL P. VERSO IL CUSCINO DEL P. NON COLLABORANTE

Gli operatori:

- Appoggiano un ginocchio sul letto dietro il bacino del p.
- Mettono il p. a " braccia conserte"
- Effettuano la presa crociata afferrando saldamente con una mano entrambi gli arti superiori del p.
- Con l'altra mano afferrano l'arto inferiore dietro il ginocchio
- Sollevano e spostano il p. verso il cuscino

SPOSTAMENTO DEL P. COLLABORANTE VERSO IL CUSCINO

Il p.:

- Flette il ginocchio sano
- Spinge con l'arto sup. e inferiore sani verso il cuscino

L'operatore :

- Flette il ginocchio plegico del p.
- Flette le proprie ginocchia allargando la base d'appoggio oppure appoggia un ginocchio sul letto
- Pone una mano sotto il bacino del p. e l'altra dietro la spalla plegica
- Aiuta la spinta del p. verso il cuscino

TRASFERIMENTO LETTO-CARROZZINA P. NON COLLABORANTE

- Per i p. pesanti vanno usati i sollevatori (oltre i 60 kg.)
- Se siamo soli obbligo sollevatori
- Non va afferrato il p. sotto le ascelle
- Non deve ruotare e/o flettere la schiena
-

L'operazione va eseguita in tre fasi:

1. Passaggio da supino a seduto
2. Presa del p.
3. Trasferimento vero e proprio

Per effettuare questo trasferimento ci sono due modalità:

Prima modalità:

Un' operatore afferra da dietro con una presa avvolgente la spalla e il braccio del p. e guida la rotazione dei cingoli

L'altro operatore si posiziona laterale al letto con le gambe leggermente flesse per non piegare la schiena, afferra le gambe del p. sotto le ginocchia e le caviglie

Muovendosi in sincronia i due operatori effettuano una rotazione del p. a 90°, posizionandolo seduto sul letto

Entrambi gli operatori sostengono il p. , si posizionano sul fianco ed effettuano la presa crociata con una mano appoggiando il ginocchio sul letto

Trasferimento del p.

Entrambi gli operatori afferrano da sotto con la mano rimasta libera il ginocchio del p. ed iniziano in sincronia il trasferimento verso la carrozzina. Fanno attenzione a non piegare la schiena, flettendo eventualmente le gambe

La carrozzina dovrà essere posizionata non troppo vicina al letto, ben frenata

Seconda modalità

L'operatore A

- Sostiene il p. posizionandosi dietro la sua schiena
- Appoggia un ginocchio sul letto
- Effettua da solo la presa crociata

L'operatore B:

- Posiziona la carrozzina accanto al letto

Trasferimento del p.

L'operatore A:

- Solleva il p facendo leva sul ginocchio appoggiato sul letto

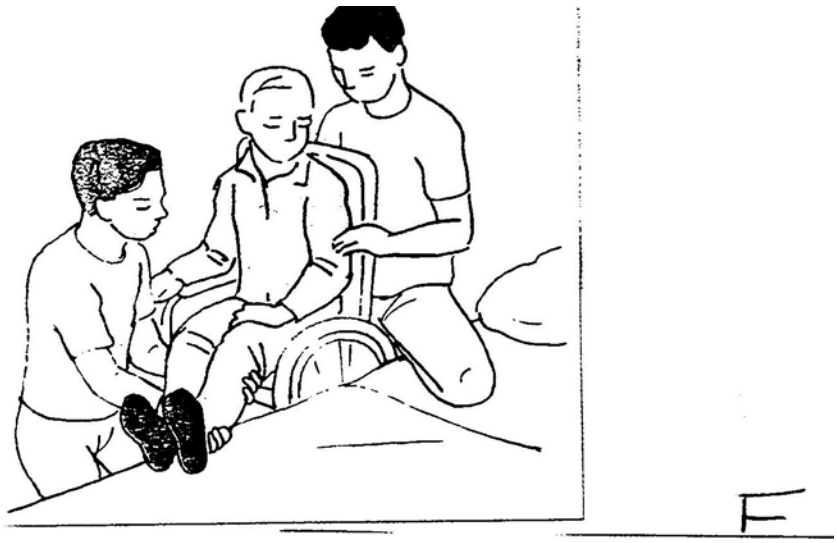
L'operatore B

- Flette le ginocchia
- Sostiene gli arti inferiori del p.durante il trasferimento afferrandoli sotto le ginocchia

SPOSTAMENTO CARROZZINA-LETTO

L'operatore B:

- Posiziona sul letto i piedi del p.
- I movimenti e le prese utilizzate dagli operatori nelle fasi successive sono gli stessi indicatori per il trasferimento letto-carrozzina, eseguiti in ordine inverso



-

SPOSTAMENTO LETTO-CARROZZINA P. COLLABORANTE

Si esegue in tre fasi:

1. **L'operatore posiziona la carrozzina**
2. **Il p. ruota sul letto e si siede**
3. **Trasferimento**

La carrozzina deve essere posizionata dal lato sano del p.
Alzare i poggiapiedi e togliere il bracciolo dalla parte del letto

I l p.:

- Ruota sul letto
- Trascina entrambi gli arti al di fuori del letto
- Con la mano sana prende appoggio sul piano del letto e spingendo raggiunge la posizione seduta
- Il p. NON deve mai sostenersi appoggiando le braccia al collo dell'operatore

L'operatore

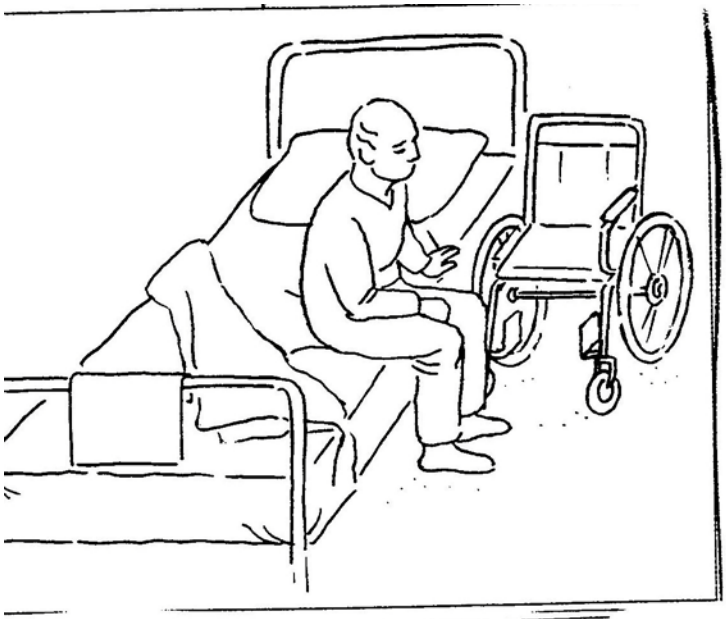
- Può aiutare il p. a sedersi guidando la rotazione del cingolo scapolare con una mano dietro la spalla plegica
- Guida lo spostamento degli arti inferiori
- Esegue l'operazione flettendo le ginocchia e mantenendo gli arti inferiori divaricati

Il p.:

- Porta avanti le spalle
- Fa forza sull'arto inferiore sano e si mette in piedi alzandosi dal letto
- Esegue dei piccoli passi per girare il corpo in modo da potersi sedere sulla carrozzina
- Solo quando è girato e pronto a sedersi afferra il bracciolo della carrozzina con la mano sana, porta in avanti e collabora per mettersi seduto

L'operatore:

- Con la mano corrispondente al lato plegico del p: lo afferra alla vita
- Afferra con le proprie gambe il ginocchio plegico del p. offrendogli sostegno mentre si alza dal letto e durante lo spostamento verso la carrozzina
- Con l'altra mano, posta sul dorso del p. ne guida il movimento
- Si sposta in sincronia con i movimenti del p. e sempre com la stessa posizione delle mani, frena e guida la discesa verso la carrozzina



B

C

POSIZIONAMENTO IN CARROZZINA P. NON COLLABORANTE

Se il p. seduto in carrozzina è scivolato in avanti

- NON afferrare sotto le ascelle
- NON eseguite da soli lo spostamento: questo intervento può essere pericoloso per il p. e per la schiena dell'operatore

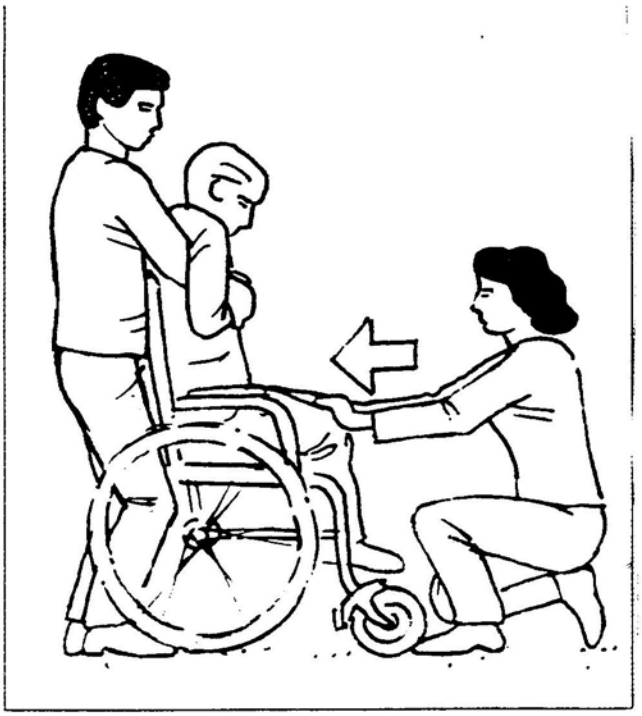
Per eseguire correttamente questo movimento occorrono due operatori:

L'opetatore A:

- Afferra le braccia del p. con presa crociata
- Appoggia le ginocchia dietro lo schienale della carrozzina mantenendole leggermente flesse e divaricate
- Solleva di poco il p.

L'operatore B

- In posizione accovacciata afferra le ginocchia del p.
- Spinge il bacino del p. verso lo schienale, mentre l'operatore A effettua il sollevamento



MOVIMENTO DA TERRA

Per lo spostamento occorrono due operatori:
Per i pazienti pesanti è obbligo il sollevatore. Determinanti, al fine di attuare una manovra sicura e corretta sono le POSTURE degli operatori che devono utilizzare l'estensione delle gambe partendo dalla posizione accovacciata al suolo
L'operazione va eseguita in tre fasi:

1. **Passaggio del p. da supino a seduto**
2. **Presa e sollevamento del p.**
3. **Trasferimento vero e proprio**

Per effettuare questo trasferimento possono essere utilizzate
Due modalità.

Prima modalità

1. **Passaggio del p. da supino a seduto**

Entrambi gli operatori:

- Si posizionano in ginocchio a fianco del p.
- Appoggiano il ddorso di una mano dietro le spalle del p.
- Piegano in avanti il tronco del p. facendo forza sugli arti inferiori e sul braccio libero appoggiato al suolo

2. **Presa e sollevamento**

Entrambi gli operatori

- Sostengono il p. con un ginocchio appoggiato alla sua schiena effettuano ognuno la presa crociata di un arto superiore con una mano e con l'altra afferrano da sotto l'arto inferiore appena sopra la piega del ginocchio

3. **Trasferimento**

Entrambi gli operatori:

- Facendo forza con l'estensione delle gambe e mantenendo la propria schiena il più dritta possibile, sollevano da terra il p. e lo posizionano in carrozzina o sul letto

Seconda modalità

1. **Passaggio da supino a seduto**

Entrambi gli operatori

- Si posizionano in ginocchio a fianco del p.
- Appoggiano il dorso di una mano dietro le spalle del p.
- Piegano in avanti il tronco del p. facendo forza sugli arti inferiori e sul braccio libero appoggiato al suolo

2. **Presa e sollevamento**

L' operatore A:

- Si posiziona accovacciato dietro uil p. ed effettua la presa crociata degli arti superiori

L'operatore B:

- Si posiziona accovacciato davanti al p. e gli afferra gli arti inferiori dietro le ginocchia

Entrambi gli operatori iniziano in sincronia il movimento

3. **Trasferimento**

Entrambi gli operatori:

facendo forza con l'estensione delle gambe e mantenendo la propria schiena il più dritta possibile sollevano da terra il p. e lo posizionano in carrozzina

NB

E' OBBLIGATORIO L'USO DEI SOLLEVATORI DOVE NECESSARIO E L'UTILIZZO DEI COMANDI DEL LETTO ELETTRICO (es. alzare e abbassare il letto per evitare eccessivi piegamenti della colonna)

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore di U.O.

4. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

- Rischio Movimentazione ASL Brescia (ricerche on line)
- Protocollo Regione Emilia Romagna Dicembre 2009
- D. Lgs 81/2008 (testo unico sulla salute e sicurezza)

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale infermieristico e oss

E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 38

GESTIONE PROTESI DENTARIE E AURICOLARI

Confermata il 17/05/2013

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
20/09/11	0	I.C Ianula Barbi	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore U.O. Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 3

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 3

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 3

7. DISTRIBUZIONE 3

1. SCOPO

Lo scopo di questa istruzione quello di impedire lo smarrimento di protesi dentarie e acustiche dei pazienti ricoverati .

2. APPLICABILITÀ

Questa istruzione è applicata a tutto il personale infermieristico e oss

3. MODALITA' OPERATIVE

Al momento del ricovero il personale deve accertarsi se il paziente è portatore di protesi dentaria o auricolare, qualora lo sia gli viene consegnato un contenitore pre protesi (scatolina verde) con scritto il suo nome e cosa contiene e un modulo di consegna da firmare per ricevuta (la firma può essere anche di un parente o di chi si occupa della persona)

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa istruzione è demandata al Direttore di U.O. e all'infermiere coordinatore

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Elaborazione interna al reparto

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

T MGB 25

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale infermieristico e oss
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 39

PERCORSO ASSISTENZIALE DEL PAZIENTE STOMIZZATO

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
22/11/2012	0	**I.C. Ianula Barbi**	Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore U.O. Dott. G.Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 5

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 5

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 5

7. DISTRIBUZIONE 5

1. SCOPO

Lo scopo di questa istruzione è quello di assistere il paziente stomizzato secondo un percorso ben definito e gestire la stomia come consigliano gli operatori addetti.

2. APPLICABILITÀ

Questa istruzione operativa è applicata a tutto il personale infermieristico

3. MODALITA' OPERATIV

Gestione Stomia:

- Preparare il materiale: spugna marina, sapone di marsiglia, acqua tiepida,carta scottex. Placche e sacche , pasta protettiva (se occorre)
- Rimuovere delicatamente il presidio (placca e sacca) dall'alto in basso togliere l'eccesso di feci con carta scottex
- Lavare con spugna marina con acqua tiepida e sapone lo stoma e la zona peristomale
- Sciacquare con acqua e asciugare tamponando lo stoma e la zona peristomale
- Ritagliare la placca con forbici a punte smussate, fare un foro poco più grande (pochi millimetri) della stomia
- Applicare la placca dal basso verso l'alto distendendo la cute
- Applicare la pasta se occorre intorno alla stomia e distribuire uniformemente picchiettando con del cotone umido
- Applicare il sacchetto sulla placca, assicurarsi della perfetta adesione del sacchetto alla placca
- Chiudere il morsetto infondo alle sacche a fondo aperto
- Il sacchetto a fondo aperto va svuotato al bisogno e cambiato tutti i giorni
- Il sacchetto chiuso va sostituito al bisogno
- La placca se non ci sono infiltrazioni va sostituita ogni tre quattro giorni

Consigli alimentari

Tipi do stomia	**Alimenti consigliati**	**Alimenti da assumere con moderazione**
COLONSTOMIA	Pane, pasta, riso, cereali,pesce, carne formaggio e yogurt Verdure (meglio carote crude e patate) e frutta fresca (banane e mele su tutti)	Cibi che favoriscono la produzione di cattivi odori e la formazione di gas : aglio.uova.cipolla, porro, melone, pesce, funghi, legumi spezie, birra, bevande gassate, superalcolici, cetyrioli, fagioli e cavolo
ILEOSTOMIA	Pane, pasta,riso,pesce cotto al vapore,carni bianche (preferisci la cottura dei cibi che richieda il minor utilizzo di grassi: alla griglia al forno a vapore) Frutta e verdura (meglio se centrifugate ed eventualmente filtrate per facilitarne l'assorbimento ed evitare l'introduzione di fibre)	Gelati e vino (misura massima di 250cc) Cerca di ridurre il consumo di grassi animali troppo cotti cibi fritti, panna, cioccolato, carni grasse,alcuni salumi (lardo e simili) formaggi e pesci grassi ed affumicati Evitare di assumere cibi troppo caldi o troppo freddi
UROSTOMIA	Pane,pasta, patate, riso, cereali, pesce, carne, uova ,formaggio, latte o yogurt, verdure, frutta (agrumi e frutti di bosco in particolare	Alcuni cibi favoriscono l'acidità nelle urine come il pesce , uova, formaggi , insaccati, acciughe, asparagi, cipolle, peperoni, cavolfiore e broccoli

NB
Bere molto , almeno un litro e mezzo ,due litri al giorno .Infine , il consiglio è di mantenere il più possibile un peso costante, può essere d'aiuto tenere un diario alimentare. In caso di necessità a domicilio il paziente si rivolge al personale addetto

SCHEMA RIASSUNTIVO DEL PERCORSO ASSISSTENZIALE

Accoglimento e presa in carico del paziente in reparto

↓

Per gestione di complicanze o informazioni varie invio richiesta per consulenza alla stomaterapista
Fax Lucca 3386
Fax Castelnuovo 5687

↓

Di solito la prima visita viene fatta in seconda giornata (in ch)per educazione alla gestione della stomia più pianificazione del percorso riabilitativo

↓

Quando viene dimesso va sempre fatta segnalazione PUA per servizio ADI

Numeri telefonici utili:
ambulatorio Castelnuovo lun. ven. ore 8.00-13.00 tel 5637
ambulatorio Lucca Mart. –Giov.-sab. ore 8.00-12.30 tel. 2232

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa istruzione a è demandata al Direttore di u.o.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Deplian informativi consegnati dall'infermiere coordinatore delle stomie (consigli alimentari , servizio consulenza Convatel

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

T MGB 28 Diario alimentare

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale infermieristico e oss
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

IO MGB 40

GESTIONE SUPERFICI ANTIDECUBITO

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
07/06/2013	0	OSS Abrami Lucia	I.C. Ianula Barbi RAQ Dott.ssa Q.Lucchesi	Direttore U.O. Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 4

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 5

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 5

7. DISTRIBUZIONE 5

1. SCOPO

Lo scopo di questa istruzione è:

- ✓ Ottimizzazione dell'utilizzo delle superfici antidecubito
- ✓ Gestione del servizio di noleggio
- ✓ Standardizzazione del servizio erogato
- ✓ Riduzione della variabilità di trattamento
- ✓ Aderenza alle strategie di prevenzione e tecniche di trattamento delle ulcere da pressione contenute nelle linee guida regionali (LLGGR)
- ✓ Prevenzione dell'insorgenza di lesioni durante il ricovero ospedaliero
- ✓ Uniformità delle conoscenze

2. APPLICABILITÀ

Viene applicata a tutto il personale infermieristico e OSS.

3. MODALITA' OPERATIVE

Le superfici antidecubito usate nella nostra U.O. sono tre : uno della ditta Zuccato (Quattro Acute ad alto rischio) e due della Ditta Hill-Rom (Clinactiv Mcm ad alto rischio e Clinactiv Bpa medio-alto rischio). Ogni materasso Mcm della hill-rom ha il proprio motore Mcm. Per questo vedi allegato alla procedura.

Per procedura informatizzata delle due ditte vedi procedure allegate.

- Al momento del ricovero l'infermiera dopo aver fatto il piano assistenziale rilevando i bisogni informerà l'operatore socio sanitario sulla necessità o meno dell'utilizzo delle superfici antidecubito, in base anche alla scala Braden. La valutazione poi deve essere eseguita secondo gli intervalli previsti dalla procedura di presidio sulla "prevenzione e trattamento ulcere"
- il materassino adeguato al rischio si toglie dal sacco pulito , il biglietto col numero motore si applica al foglio di attivazione e infine si tengono i sacchi rossi/trasparenti che serviranno a fine terapia per restituirlo
- Attivare con sistema web , stampare foglio da tenere nell'apposita cartellina e in cartella clinica e inviare una copia all'ufficio acquisti di Castelnuovo a fine mese. Il cartaceo che riguarda i materassini è tutto in una cartellina nell'armadio in medicheria.
- I materassi puliti in stand-by vengono tenuti nella stanza magazzino uomini e quelli sporchi nel reparto donne
- Se un paziente viene inviato in un'altra U.O. si procede via web a fare trasferimento
- Per i malfunzionamenti ci si attiva come da istruzioni dell'allegato della ditta

Per istallazione materassini Zuccato vedi allegato

Linee guida materassini Zuccato

L'impostazione automatica è indicata per pazienti con un rapporto peso/altezza nella media. Se l'indice di massa corporea è superiore o inferiore alla media aumentare o diminuire l'impostazione. Per regolare l'impostazione del comfort es. soffice 1, rigido 6
Se il paziente è in posizione seduta aumentare l'impostazione del comfort fino al livello 6 per garantire al paziente un supporto continuo.
Il dispositivo CPR si trova nella zona testa del materasso serve per lo sgonfiamento rapido ruotando la levetta in senso antiorario fino a farla scattare. Per rigonfiare il dispositivo si ruota in senso orario fino a scattare nella posizione chiusa.
Lo sgonfiamento rapido può servire per manovre d'urgenza es. massaggio cardiaco
Per il trasporto del paziente il materasso ha un'autonomia di circa 8 ore staccato dalla presa della luce.
Il rifornimento dei materassi avviene in modo automatico.

Linee guida materassini Hill-Rom

Diversamente dai sistemi di materassi convenzionali il sistema avanzato di superfici per terapia Clinactiv regola la pressione interna istantaneamente indipendentemente dall'altezza, dalla forma, dal peso e dalla posizione del paziente.
Il dispositivo CPR che si trova nella zona piedi del materasso è una speciale valvola di sgonfiaggio, in circa 8/9 secondi la zona toracica si sgonfia per manovre d'urgenza es: massaggio cardiaco ma anche per la semplice rimozione.

Il sistema antidecubito Clinactiv è collegato al cuscino per poltrona (opzionale) Reflex che si adatta alle necessità terapeutiche di qualsiasi paziente.

Il cuscino si collega alla medesima unità gonfiante della superficie Clinactiv, ma può essere scollegato dalla stessa, una volta raggiunta la modalità terapeutica adatta al paziente.

Per assicurare la protezione della cute del paziente durante il trasporto, il materasso rimarrà gonfio per 4 ore una volta attivata la modalità trasporto.

Il rifornimento dei materassi avviene previa richiesta tramite web. Il tecnico consegna i materassi in standby e ritira quelli dismessi il venerdì.

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore di u.o.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Manuale dell'utente therapy on line ditta Hill-Rom
Sistema informatizzato gestione ordini ditta Scaligera
Tipologia di disponibilità materassi antidecubito Direzione infermieristica aziendale
Guida riferimento rapido lineacare
Deplian informativi hill-rom

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

Bolle di attivazione mandate all'ufficio acquisti a fine mese. Il percorso di attivazione è tracciato anche sul programma informatizzato

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale infermieristico e oss
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

ELENCO PROTOCOLLI OPERATIVI

IDENTIFICAZIONE DOCUMENTO		DATA EMISSIONE	ULTIMA REVISIONE		REDAZIONE E LUOGO ARCHIV.	RESPONSABILE	LIVELLO DIFFUSIONE
CODICE	*DENOMINAZIONE*		Rev.	Data			
PO MGB 01	Gestione della scheda della terapia	05.03.09	0	Confermata il 22/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
PO MGB 02	Scheda MEWS	05.09.11	0	Conf. 20/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
	Raccolta protocolli operativi					Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
PO MGB 03	Trattamento del paziente in arresto cardio-circolatorio	29.06.01	1	Conf. 20/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
PO MGB 04	Selezione dei pazienti con insufficienza respiratoria da trattare con ventilazione meccanica non invasiva	12.07.09	0	Conf. 20/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
PO MGB 05	Criteri generali di indirizzo per l'utilizzo della ventilazione meccanica non invasiva	01.06.09	0	Conf. 20/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
PO MGB 06	Trattamento del dolore cronico con farmaci oppiacei	31.08.10	0	Conf. 20/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
PO MGB 07	Gestione del dolore	05.03.09	0	Confermata il 22/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
PO MGB 08	Premeditazione del paziente con storia di allergia al mezzo di contrasto	24.04.10	0	Conf. 20/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
PO MGB 09	Protocollo di sospensione delle biguanidi per esami TC con mezzo di contrasto	06.08.10	0	Conf. 20/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale

Data

22/05/2013

Direttore Struttura Organizzativa

PROTOCOLLI OPERATIVI ANNULLATI O SOSTITUITI

Codice	Titolo	Ultima Revisione	
PO MGB 01	Valutazione appropriatezza ricovero	0 29/06/2001	annullata
IO MGB 02	Area di osservazione per il paziente con dolore toracico	0 29/06/2001	annullata
PO MGB 04		0 29/06/2001	
PO MGB 05	Gestione del paziente con scompenso cardiaco	0 29/06/2001	annullata
PO MGB 06	Utilizzo del ventilatore Bipap per ventilazione assistita controllata	0 29/06/2001	Annullata e sostitutita PO MGB 07 del 01.06.09
PO MGB 07	Criteri generali di indirizzo per l'utilizzo della ventilazione meccanica non invasiva	0 29/06/2001	Annullata e sostitutita da PO MGB 06 del 12.07.09
PO MGB 08		0 29/06/2001	
PO MGB 09	Verifica funzionamento del defibrillatore	0 29/06/2001	Annullata e sostituita da IO MGB 18 del 20.07.11
PO MGB 10	Gestione e controllo carrello delle urgenze	0 29/06/2001	Annullata e sostituita da IO MGB 15 del 15.01.11
PO MGB 11	Gestione e controllo funzionamento ventilatori	0 29/06/2001	Annullata e sostituita da IO MGB 11 del 10.12.09
PO MGB 12	Controllo funzionamento aspiratori	0 29/06/2001	Annullata da TMGB 14 del 08.08.11
PO MGB 13	Prevenzione piaghe da decubito	0 29/06/2001	Annullata e sostitutita da IO MGB 08/Cartella infermieristica DELM 30.05.11
PO MGB 14	Preparazione ed assistenza mieloaspirato e biopsia ossea	0 29/06/2001	Annullata e sostituita da IO MGB 25 del 01.06.09

PO MGB 01

GESTIONE DELLA SCHEDA DELLA TERAPIA

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
05/03/2009	0	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi IC I.Barbi	Direttore UO Dott. G. Rinaldi	Direttore UO Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 4

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 4

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 4

7. DISTRIBUZIONE 4

1. SCOPO

Lo scopo di questo protocollo è quello di disporre di uno strumento che consenta di ridurre la possibilità di errore nella prescrizione e nella somministrazione dei farmaci da parte del personale medico ed infermieristico.

2. APPLICABILITÀ

Presente protocollo viene applicato dai medici del reparto e dagli infermieri.

3. MODALITA' OPERATIVE

La scheda della terapia, su cui vengono indicati in dati identificativi del paziente e la eventuale presenza di allergie, consiste di un modulo suddiviso in colonne in cui vengono indicati, da sinistra verso destra:

- il farmaco, con il dosaggio e la posologia giornaliera
- la data di inizio della terapia
- la firma del medico prescrittore
- 5 giorni consecutivi, ciascuno suddiviso in 7 fasce orarie, corrispondenti all'orario di somministrazione del farmaco

Dall'alto verso il basso la scheda riporta la via di somministrazione dei farmaci:

- via orale
- terapia anticoagulante orale
- via endovenosa

e, sul retro:

- via intramuscolare
- via sottocutanea

Inoltre esiste uno spazio relativo a

- ossigeno terapia
- alimentazione
- ed uno in cui vengono riportati vari farmaci (via transdermica, inalatoria, oculare)

Il medico appone nella casella di orario appropriata e per una durata in giorni stabilita, in corrispondenza del farmaco prescritto, una barra trasversale.
L'infermiere sigla l'avvenuta somministrazione e appone un tratto ortogonale alla barra segnata dal medico.
La sospensione del farmaco viene indicata con una doppia barra trasversale seguita dalla sigla del medico ed evidenziata dal colore giallo.
Ogni 5 giorni la scheda deve essere aggiornata da medico di turno.
La scheda ha una legenda per facilitare l'interpretazione dei simboli riportati.
La terapia in emergenza/urgenza e quella "al bisogno" devono essere scritte in una scheda STU sulla quale vengono riportati i dati identificativi del paziente e indicato TERAPIA URGENTE; al momento si adotta lo stesso modello di STU in uso.

La STU segue la cartella clinica ogni volta che il medico venga chiamato per una qualsiasi urgenza in reparto.

La terapia insulinica viene registrata in modo analogo mediante un modulo valido per 5 giorni in cui oltre ad i dati identificativi del paziente, sono indicati, dall'alto verso il basso:

- gli orari in cui eseguire a discrezione del medico le rilevazioni della glicemia mediante stick glicemico
- il valore dello stick glicemico
- lo schema di somministrazione insulinica variabile in funzione del valore della glicemia
- lo schema di somministrazione insulinica a dosaggio prestabilito. In tal caso i dosaggi di insulina vengono riportati in corrispondenza del tipo di insulina da somministrare (regolare, intermedia e lenta) ed il medico barra trasversalmente le caselle corrispondenti all'orario di somministrazione.

L'infermiere traccia un segno ortogonale alla barra segnata dal medico e sigla l'avvenuta somministrazione.
La sospensione della terapia segue le stesse modalità indicate per la scheda della terapia.
Il medico di turno aggiorna lo schema di terapia insulinica ogni cinque giorni.

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al personale medico ed infermieristico.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

T MGB 17- Scheda Terapeutica Unica

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita al personale medico ed infermieristico
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

PO MGB 02

SCHEDA MEWS

Confermata il 20/05/2013

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
05/09/2011	0	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi IC Sig. I. Barbi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 3

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 3

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 3

7. DISTRIBUZIONE 3

1. SCOPO
Lo scopo di questo protocollo è quello di organizzare la sorveglianza ed intercettare precocemente i segni di deterioramento clinico del paziente critico, mediante l'utilizzo di una scala di valutazione dell'instabilità clinica, denominata MODIFIED EARLY WARNING SCORE (MEWS).

2. APPLICABILITÀ
Il presente protocollo viene applicato dal personale medico ed infermieristico.

3. MODALITA' OPERATIVE
La MEWS è parte integrante della cartella clinica.
Essa adotta parametri oggettivi di valutazione e si applica nelle seguenti fasi del ricovero:

1. **ingresso**
2. **degenza**
3. **trasferimento nei reparti**

All'ingresso, per ogni parametro indicato (sono 5), viene assegnato un punteggio: la somma dei punteggi dà lo SCORE:

SCORE= 0 la valutazione non viene ripetuta.

SCORE <3 rivalutazione ogni 12 ore (l'infermiere informa il medico)

SCORE >3 rivalutazione ogni 6 ore (l'infermiere informa il medico che contatta l'anestesista di guardia concordando l'iter diagnostico-terapeutico da applicare)

Se uno solo dei parametri è alterato la rivalutazione avviene in base alle indicazioni cliniche.

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA
La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore della UO Medicina.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO
PP HV 50 Prevenzione e gestione del paziente critico mediante l'adozione della MEWS (scheda Modified Early Warning Score)

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE
TP HV 30 Dir.San. Scheda MEWS.

7. DISTRIBUZIONE
Questa procedura viene distribuita a tutto il personale medico ed infermieristico.
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

PO MGB 03

TRATTAMENTO DEL PAZIENTE IN ARRESTO CARDIO-CIRCOLATORIO

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
20/06/2010	1	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore UO Dott. G. Rinaldi	Direttore UO Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 6

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 6

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 6

7. DISTRIBUZIONE 6

1. SCOPO

Lo scopo di questa procedura è quello di garantire la conoscenza delle istruzioni per l'immediato trattamento del paziente in arresto cardio-circolatorio.

2. APPLICABILITÀ

Il presente protocollo operativo deve essere applicato dal personale medico e infermieristico.

3. MODALITA' OPERATIVE

3.1 Gestione del paziente in arresto cardio-circolatorio.

La rianimazione cardiorespiratoria (CPR) va praticata immediatamente su qualsiasi paziente che presenti arresto cardiaco o respiratorio. I segni da valutare immediatamente sono:

- stato di coscienza
- pervietà delle vie aeree e respiro
- circolo (pressione arteriosa non rilevabile con assenza del polso carotideo, pallore o cianosi)

Preliminarmente:

1. Assicurarsi che il paziente decomba su piano rigido (realizzabile con materassini antidecubito)
2. Assicurare la pervietà delle vie aeree (aspirare secrezioni e/o vomito, rimuovere protesi)
3. Trasportare il carrello delle urgenze col defibrillatore
4. Pugno precordiale
5. Eseguire in contemporanea
    - **MASSAGGIO CARDIACO ESTERNO:**

      porre il palmo della mano al terzo inferiore dello sterno e l'altra mano sopra la prima comprimere lo sterno di 4-5 cm col peso del corpo, a braccia estese, 100 volte/ min assicurarsi dell'efficacia del massaggio (polsi femorali sincroni col massaggio, ritorno della parete toracica),
    - **VENTILAZIONE ASSISTITA**

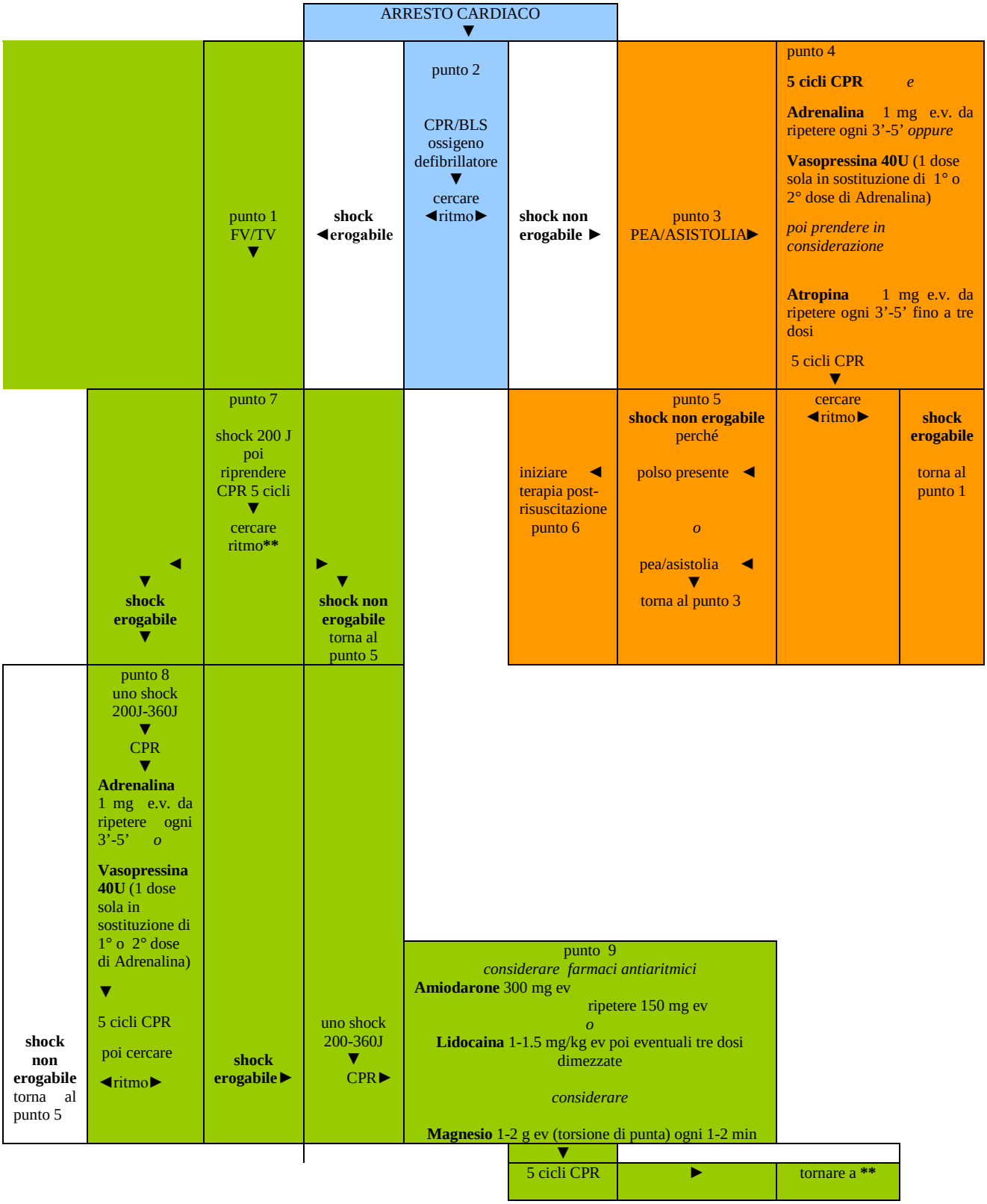
      Iperestendere il collo del paziente e sospingere la mandibola verso l'alto (premere la branca montante

      Inserire la cannula di Mayo

      Applicare la maschera facciale a pressione (deve aderire bene)

      Ventilare col pallone di Ambu collegato a ossigeno 100% con ritmo 15 compressioni seguite da 2 ventilazioni lunghe e lente (almeno 5 cicli, poi verificare il ripristino della circolazione)
6. Incannulare una vena periferica adeguata
7. Registrare l'attività cardiaca dalle piastre del defibrillatore
8. Avvertire il rianimatore per eventuale intubazione

3.2 Diagramma di flusso per il trattamento dell'arresto cardio-circolatorio



3.3 Note al diagramma di flusso per il trattamento dell'arresto cardio-circolatorio

Didascalia.

FV: fibrillazione ventricolare

TV: tachicardia ventricolare

PEA: attività elettrica senza polso

Punto 2. Individuare precocemente i fattori di rischio e assicurare:

- una adeguata ossigenazione (ossigeno ad alto flusso)
- controllo di acidosi post-arresto cardiaco mediante infusione di bicarbonato di sodio (specialmente dopo CPR di lunga durata). Vi sono evidenze, tuttavia, che un'eccessiva somministrazione di bicarbonato può avere effetti negativi
- correzione della iperpotassiemia e della ipocalcemia (calcio gluconato 5-20 ml a 2-4 ml/min). Attenzione alla correzione dell'ipocalcemia (controllare il calcio ionizzato): la correzione dell'ipocalcemia non è effettuata di routine durante la rianimazione cardiopolmonare

Punto 3. Ricercare precocemente cause metaboliche ed altri fattori di rischio causa di PEA. Tra essi si ricordano:

- embolia polmonare
- SCA
- Ipovolemia
- Tamponamento cardiaco
- Pneumotorace iperteso
- Acidosi preesistente
- Overdose di farmaci
- Ipotermia
- iperpotassiemia

Punto 4. Non c'è evidenza che alte dosi di adrenalina apportino un sostanziale beneficio emodinamico al paziente

Punto 6. Se l'attività elettrica cardiaca riprende vanno messe in atto manovre di post-resuscitazione che devono evitare:

- iperventilazione
- ipotensione
- ipo-iperglicemia
- ipotermia

Punto 7. La strategia di uno shock singolo è da preferirsi alla sequenza di 3 scariche per minimizzare il tempo tra le compressioni toraciche e la scarica e la ripresa delle compressioni toraciche. Per defibrillatori bifasici la scarica è 200 J; per i monobasici 360 J per ogni scarica

Punto 9. Alcune forme di TV resistente, ad esempio la torsione di punta possono essere trattate con beta-bloccanti come metoprololo 5-20 mg ev. La lidocaina è da riservare alle aritmie resistenti, secondarie a sindrome coronarica acuta.

**: prendere in considerazione l'interruzione della CPR se non si ottiene alcuna risposta

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore della UO

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

ACC/AHA/ESC 2006 Guidelines for management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden ardiac death.
Manuale del defibrillatore in uso nel reparto.

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita al personale medico ed infermieristico.
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

PO MGB 04

SELEZIONE DEI PAZIENTI CON INSUFFICIENZA RESPIRATORIA DA TRATTARE CON VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
12/07/2009	0	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore UO Dott. G. Rinaldi	Direttore UO Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 6

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 6

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 6

7. DISTRIBUZIONE 6

1. SCOPO

Lo scopo di questa procedura è quello di garantire la corretta selezione e gestione del paziente con insufficienza respiratoria sia acuta che cronica, tramite l'ausilio di ventilatore Vela con gli obiettivi di:

- ridurre la fatica muscolare respiratoria consentendo un adeguato scambio respiratorio con eliminazione di CO_2
- evitare la progressione e l'aggravamento dell'impegno polmonare
- evitare il ricorso a ricovero in Unità di Terapia Intensiva Respiratoria (UTIR) per carbolessia
- migliorare la qualità di vita del paziente

2. APPLICABILITÀ

La presente istruzione operativa viene applicata dal Medico di turno e dal Personale Infermieristico.

3. MODALITA' OPERATIVE

La ventilazione meccanica non invasiva (VMNI) trovo indicazione nelle seguenti patologie:

1. insufficienza respiratoria <u>cronica riacutizzata</u> in pazienti con patologie polmonari quali BPCO, silicosi polmonare, fibrosi polmonare, asma bronchiale
2. Insufficienza respiratoria <u>acuta</u> secondaria a patologie primitive non polmonari quali miopatie, cifoscoliosi, sindromi neurologiche
3. Insufficienza respiratoria <u>acuta</u> in corso di edema polmonare acuto

Va iniziata quando:

- La frequenza respiratoria è > 35 atti/min
- Saturazione O2 < 88% in ossigeno
- Incremento improvviso di PaCO2 > 15- 20 mmHG rispetto al valore basale oppure PaCO2 >55 mmHg
- PH < 7,35
- Segni clinici di distress respiratorio (dispnea, cianosi, movimento addominale paradosso)
- Alterazioni del sensorio (coma escluso)

Sono possibili più modalità di ventilazione non invasiva con il ventilatore Vela. Generalmente vengono adottate le seguenti:

1) **NPPV CPAP/PSV che comprende**
   - VENTILAZIONE NON INVASIVA A PRESSIONE POSITIVA CONTINUA **(CPAP)**
   - VENTILAZIONE NON INVASIVA A PRESSSIONE POSITIVA CONTINUA CON VENTILAZIONE CON SUPPORTO DI PRESSIONE **(PSV)**

2) **NPPV A/C**
   - VENTILAZIONE NON INVASIVA A PRESSIONE POSITIVA ASSISTITA E CONTROLLATA

Nel dettaglio vengono descritte di seguito le caratteristiche delle varie modalità di ventlilazione

MODALITA' NPPV CPAP/PSV

Con questa modalità tutti gli atti respiratori sono innescati dal paziente; se il paziente smette di respirare la ventilazione di apnea interviene automaticamente dopo un intervallo preimpostato.

CPAP (PRESSIONE POSITIVA CONTINUA NELLE VIE AEREE)

Non è una vera modalità di ventilazione in quanto il paziente respira in modo del tutto spontaneo in un sistema in cui è presente una pressione costantemente maggiore di quella atmosferica.

Indicazioni

- EDEMA POLMONARE ACUTO (EPA)
  - La CPAP è efficace nel trattamento dei pazienti EPA, che rimangono ipossiemici nonostante terapia medica massimale; gli effetti positivi della CPAP in questa situazione sono correlati alla riduzione del ritorno venoso e al miglioramento degli scambi gassosi.
- SINDROME DELLE APNEE OSTRUTTIVE NOTTURNE
  - La CPAP risulta efficace in questa condizione in quanto consente di contrastare l'ostruzione mantenendo pervie le vie aeree.

PSV (VENTILAZIONE CON SUPPORTO DI PRESSIONE)

Con questa modalità si fornisce un'assistenza ventilatoria che sostiene e complementa uno sforzo respiratorio spontaneo con un aumento della pressione nelle vie aeree durante la fase inspiratoria.
L'inizio e la fine della inspirazione come la frequenza respiratoria sono regolati dal paziente producendo un metodo piu' fisiologico di ventilazione (COMANDA IL PAZIENTE E NON IL VENTILATORE)

Indicazioni

- INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA IPERCAPNICA IN in BPCO
- PRESENZA DI TRACHEOSTOMIA

MODALITA' NPPV A/C

In questa modalità TUTTI gli atti respiratori del paziente sono a pressione controllata e lo schema respiratorio segue normalmente un ciclo a tempo. TUTTI gli atti respiratori iniziano e sono erogati come obbligatori. L'inizio di un atto respiratorio è innescato da uno dei seguenti meccanismi:
1) lo sforzo del paziente attiva il trigger inspiratorio
2) la durata del ciclo respiratorio, determinata dalla FREQUENZA, è predeterminata.
In pratica il paziente può dare inizio ad ogni atto respiratorio se questi respira più velocemente della frequenza di ventilazione impostata.
Se il paziente non respira il ventilatore fornisce automaticamente ventilazioni con la frequenza impostata. La ventilazione su richiesta (PSV) non è possibile in modalità Assistita/Controllata.

Indicazioni

- INSUFFICIENZA RESPIRATORIA ACUTA IPERCAPNICA IN BPCO RIACUTIZZATA
- SCLEROSI LATERALE AMIOTROFICA

La modalità assistita controllata è una modalità sicura ed efficace di ventilazione che diventa però problematica quando il paziente respira rapidamente. Nel caso in cui la frequenza respiratoria aumenti (a titolo indicativo possiamo dire al disopra dei 30 atti minuto) si corre il rischio di ventilare in maniera eccessiva il paziente con conseguente alcalosi respiratoria anche severa.
Inoltre sempre nel caso di paziente tachipnoico la riduzione del tempo espiratorio determina una iperinsufflazione da inadeguato svuotamento del polmone, quadro che può culminare in una riduzione critica del ritorno venoso che può culminare nella dissociazione elettromeccanica.

VMNI: CONTROINDICAZIONI

- Arresto respiratorio
- Incapacità di proteggere le vie aeree (stato di coma)
- Mancanza di cooperazione o rifiuto del paziente
- Eccessive secrezioni tracheo-bronchiali
- Instabilità cardiocircolatoria
- Traumi facciali, ustioni, deformità anatomiche

Il **medico di reparto** pertanto:

1. seleziona la modalità di ventilazione
2. imposta i parametri ventilatori
3. monitorizza l'emogasanalisi, modificando se è necessario le impostazioni precedenti
4. stabilisce gli orari della ventilazione
5. stabilisce i tempi per lo svezzamento
6. valuta l'esito della ventilazione e l'eventuale trasferimento in UTIR
7. applica il modulo di valutazione allegato

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore della UO.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

Allegata Scheda di valutazione del paziente in VMNI (T MGB 06)

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita al personale medico ed infermieristico.
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

PO MGB 05

CRITERI GENERALI DI INDIRIZZO PER L'UTILIZZO DELLA VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
01/06/2009	0	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 4

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 4

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 4

7. DISTRIBUZIONE 4

1. SCOPO

Lo scopo di questa procedura è quello di dare delle linee guida di indirizzo generale per l'utilizzo della ventilazione meccanica non invasiva in patologie distinte dalla insufficienza respiratoria .

2. APPLICABILITÀ

Il protocollo è applicabile dal personale medico

3. MODALITA' OPERATIVE

Si distinguono le seguenti condizioni:

MODALITA' CPAP PSV	**Edema polmonare acuto** **Sindrome delle apnee ostruttive notturne**

I parametri da impostare sono solo:

- PEEP 5 cm H2O
- Trigger 1
- Fi O2% *

MODALITA' NPPV PSV	**Insufficienza respiratoria ipercapnica in BPCO riacutizzata**

parametri da impostare sono

I parametri da impostare sono:

- NPPV/PSV partire da 10-12 cm H2O
- PEEP 5 cm H2O
- Trigger 1
- Fi O2% *

NB: per la modalità CPAP basta impostare il valore 0ff in NPPV/PSV

MODALITA' NPPV/AC	**Insufficienza respiratoria ipercapnica in BPCO riacutizzata** **Sclerosi laterale amiotrofica**

I parametri da impostare sono:

- FREQUENZA
- NPPV/P insp a partire da 10-12 CM H2O
- Tempo inspiratorio:

  i valori vanno stabiliti in funzione calcolare della frequenza espiratoria. Ad esempio pazienti con BPCO in cui prevalga la broncostenosi:

  - frequenza rspiratoria 15 atti /min
  - durata dell'atto respiratorio: 4 s
  - tempo inspiratorio 1.3 s
- PEEP a partire da 5 cm H2O
- Trigger generalmente 1
- Fi O2% *

**: da stabilire di volta in volta in funzione della Pa O2 e saturazione di ossigeno del paziente*

Tutti i precedenti parametri devono essere modificati a seconda dell'andamento e della riuscita della ventilazione.
NB Ripetere EGA dopo un'ora

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore della UO.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Manuale del Ventilatore Vela

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

T MGB 07/scheda di valutazione della VMNI

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita al personale medico.
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

PO MGB 06

TRATTAMENTO DEL DOLORE CRONICO CON FARMACI OPPIACEI

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
31/08/2010	0	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 4

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 4

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 4

7. DISTRIBUZIONE 4

1. SCOPO

Lo scopo di questo protocollo è quello di assicurare un adeguato trattamento del dolore mediante l'applicazione di uno schema standardizzato di gestione dei farmaci oppoiodi.

2. APPLICABILITÀ

Il presente protocollo protocollo viene applicato dal personale medico ed infermieristico

3. MODALITA' OPERATIVE

Si procede in questo modo:

1. diluire 1 fiala di Morfina da 10 mg in 10 cc di soluzione fisiologica: ogni cc della soluzione ottenuta contiene 1 mg di morfina
2. somministrare 1 cc della soluzione diluita per via endovenosa: se trascorsi 10 minuti il dolore non passa, somministrare un altro cc e così via fino ad ottenere il controllo del dolore
3. stabilito il dosaggio di morfina efficace e tenuto conto che la morfina ha una emivita di 4 ore e che pertanto nelle 24 ore sono necessarie 6 somministrazioni, si moltiplica la dose efficace stabilita x 6 e si ottiene il dosaggio totole da somministrare nelle 24 ore:

esempio:

- 3 cc (corrispondenti a 3 mg di Morfina) sono necessari per controllare il dolore
- 24 ore/ 4 (emivita morfina)= 6 somministrazioni nelle 24 ore
- 6 somministrazioni x 3 mg di morfina= 18 mg di morfina, fabbisogno nelle 24 ore
- 18 mg per via endovenosa /die controllano il dolore nelle 24 ore
- Per passare dalla via endovenosa alla somministrazione orale si deve tener presente che il dosaggio della morfina ev corrisponde ad 1/3 di quella per os pertanto 18 mg ev= **18**x3:**56** mg per os
- A questo punto si ricorre ad un altro oppioide a discrezione del medico facendo riferimento alla tabella delle equivalenze sotto riportata

tramadolo mg	**ossicodone mg**	**morfina c.r. mg**	**fentalyl TTS µg/h**	**buprenorfina TTS µg/h**	**idromorfone cr mg**
CONTRAMAL	OXYCONTIN	MS CONTIN TWICE	DUROGESIC FENTANEST	TRANSTEC	JURNISTA
50	5	10			
100	10	20			4
200	20	40			8
400	30	60	25	35	
	40	80			16
	60	120	50	70	
	80	160			32
	90	180	75	105	
	120	240	100		

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore della UO Medicina

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

Scheda del dolore T MBG 13 REV. 0

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale medico ed infermieristico.
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

PO MGB 07

GESTIONE DEL DOLORE

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
05/03/2009	0	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi Coordinatore infermieristico I. Barbi	Direttore UO Dott. G. Rinaldi	Direttore UO Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 3

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 3

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 3

7. DISTRIBUZIONE 3

1. SCOPO
Lo scopo di questo protocollo è quello di riconoscere rapidamente e precocemente il dolore, darne una valutazione oggettiva, impostare e verificare l'efficacia della terapia istituita.

2. APPLICABILITÀ
Presente protocollo viene applicato dai medici del reparto e dagli infermieri.

3. MODALITA' OPERATIVE
All'ingresso in reparto, al momento della compilazione della cartella clinica, il paziente viene interrogato dal medico in merito alla presenza di sintomatologia dolorosa.
Il medico riporta in cartella l'intensità del dolore riferito dal paziente e la scala di valutazione usata per la rilevazione.
La valutazione dell'intensità del dolore viene effettuata in questa UO Medicina mediante una scala visuo-analogica (scala VAS) che consente, attraverso una graduazione del colore rosso, dal meno al più intenso (meno intenso= dolore minore; più intenso = dolore maggiore), di attribuire all'intensità del colore individuata un valore numerico (dove 0 = assenza di dolore, 10= massimo dolore sperimentabile).
L'infermiere aggiorna la scheda ogni volta che si presenta la sintomatologia dolorosa
In caso di dolore vengono indicati gli effetti della terapia ad intervalli di tempo variabili da caso a caso.
La scheda viene conservata per tutta la degenza insieme alla scheda unica di terapia.

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA
La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al personale medico ed infermieristico.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO
PA 12 Controllo e cura del dolore e allegato PA 12 "controllo e cura del dolore".

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE
Scheda del dolore (T MGB 13)

7. DISTRIBUZIONE
Questa procedura viene distribuita al personale medico ed infermieristico.
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

PO MGB 08

PREMEDICAZIONE DEL PAZIENTE CON STORIA DI ALLERGIA AL MEZZO DI CONTRASTO

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
24/04/2010	0	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi IC I. Barbi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 3

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 3

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 3

7. DISTRIBUZIONE 3

1. SCOPO
Lo scopo di questa procedura è quello di assicurare l'esecuzione di indagini radiologiche, che prevedano l'uso del mezzo di contrasto iodato, nei pazienti con anamnesi allergica positiva. L'esecuzione dell'esame, in tali casi, deve essere effettuata solo in situazioni di comprovata necessità e in assenza di alternative diagnostiche.

2. APPLICABILITÀ
La presente IO viene applicata dai medici di reparto.

3. MODALITA' OPERATIVE
Il medico prescrive sulla scheda unica della terapia il seguente schema terapeutico:
1° giorno: Deltacortene 25 mg: ½ c prima di colazione
Tinset : 1 c ore 8 ed 1 c ore 20

2° giorno: Deltacortene 25 mg: ½ c prima di colazione
Tinset : 1 c ore 8 ed 1 c ore 20

3° giorno: Deltacortene 25 mg: ½ c prima di colazione
Tinset : 1 c ore 8 ed 1 c ore 20

4° giorno: Deltacortene 25 mg: ½ c prima di colazione

L'esecuzione dell'esame è prevista per il 4° giorno.

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore della UO.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO
Comunicazione della UO Radiodiagnostica PO Valle del Serchio

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

7. DISTRIBUZIONE
Questa procedura viene distribuita al personale medico ed infermieristico.
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

PO MGB 09

PROTOCOLLO DI SOSPENSIONE DELLE BIGUANIDI PER ESAMI TC CON MEZZO DI CONTRASTO

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
06/08/2010	0	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 3

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 3

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 3

7. DISTRIBUZIONE 3

1. SCOPO

Lo scopo di questa procedura è quello di prevenire alterazioni significative della funzionalità renale in pazienti diabetici trattati con antidiabetici orali a base di Fenformina o Metformina, che, in regime ordinario, debbano essere sottoposti a esami TC con mezzo di contrasto.

2. APPLICABILITÀ

La presente procedura è applicata dal personale medico di reparto.

3. MODALITA' OPERATIVE

Nei tre giorni precedenti l'esame deve essere sospeso il farmaco a base di Fenformina o Metformina. La sostituzione avverrà con altro principio attivo o insulina.
L'assunzione di Fenformina o Metformina potrà essere ripresa dopo 48 ore dalla conclusione dell'esame.

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore della UO.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Istruzioni per esami TC con mezzo di contrasto in pazienti diabetici- Da protocollo della UO Radiologia del 30/07/2010.

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita al personale medico di reparto.
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

Cap. 5.4

Modalità di Registrazione

ELENCO MODULI

IDENTIFICAZIONE DOCUMENTO		DATA EMISSIONE	ULTIMA REVISIONE		REDAZIONE E LUOGO ARCHIV.	RESPONSABILE	LIVELLO DIFFUSIONE
CODICE	*DENOMINAZIONE*		Rev.	Data			
T MGB 01	Scheda di dimissione infermieristica	2001	1	Annullata sostituita dalla TP HV 33 il 27/02/2012	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 02	Verbale di Riunione	30.08.11	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 03	Cartella Clinica	2001	1	07.06.11	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 04	Cartella Infermieristica	2001	1	30.05.11	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 05	Cartella di Area di Osservazione	06.06.11	1		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 06	Scheda di valutazione del paziente in VMNI	13.01.10	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 07	Consenso informato alla paracentesi	05.05.10	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 08	Consenso informato alla toracentesi	05.05.10	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 09	Consenso informato alla biopsia osteo-midollare e mieloaspirato	05.05.10	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 10	Lettera di Dimissione	2001	1	ADT WEB 30.09.11	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 11	Scheda di gestione del carrello delle urgenze	2001	1	15.01.11	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 12	Controllo Ventilatori	15.01.11	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 13	Scheda del dolore	15.01.11	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale

T MGB 14	Controllo apparecchi elettromedicali	15.01.11	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 15	Scheda prestazioni ambulatoriali	26.01.11	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 16	Verifica materassino antidecubito	03.01.11	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 17	Scheda terapeutica unica (STU)	04.04.09	2	2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 18	Elenco pazienti ventilati	13.01.10	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 19	Gestione armadio farmaci campione stanza medici	21.09.11	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 20	Accordo sull'informazione	30.09.11	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 21	Scheda STU paziente diabetico	04.04.09	0	ANNULLATA APRILE 2012	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 22	Cartella Day Hospital	2001	1	2011	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 23	Informativa gestione Port-CVC	23.09.11	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 24	Manutenzione e verifica apparecchi biomedici	23.09.11	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 25	Modulo consegna contenitore per protesi	20.09.11	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
TG MGB 26	Scheda controllo disinfezione endoscopi e accessori				UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 27	elettrocardiogramma	2/03/2012	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 28	Diario alimentare	05/03/2012	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 29	Controllo batterie sollevatori	16/05/2013	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale

T MGB 30	Mascherina fax	21/05/2013	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 31	Controllo e pulizia emogasanalizzatore	10/06/2013	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
T MGB 32	Curva enzimatica cardiaca	03/07/2014	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale

Data 03/07/2013

Direttore Struttura Organizzativa

In da barga 09/08/2012 alle ore__14.30 vi è stata la riunione presso_sala riunioni

Ordine del giorno

	qualifica	firma
Infermiere Coordinatore Ianula Barbi	**Infermiere Coordinatore**	
ABRAMI LUCIA	OSS	
ASTI EMILIANA	infermiere	
BACCI PAOLA	infermiere	
BACCI SIMONA	infermiere	
BANCHIERI CLAUDIA	infermiere	
BERTEI PAOLA	infermiere	
BERTOLI MICHELA	infermiere	
BIANCHI LIANA	infermiere	
ANDREUCCI ILARIA	OSS	
GONNELLA GENY	OSS	
CORNELI VALERIA	infermiere	
CORRIERI MANUELA	infermiere	
DELFINO DEBORA	infermiere	
DINI CATERINA	OSS	
DINELLI CARLO	OSS	
DISCINI DANIELA	OSS	
FAVELLI FABRIZIO	infermiere	
FRANCHI SABRINA	infermiere	
FILIPPI MARTA	infermiere	
FUSARI MARIA G.	infermiere	
GIANNOTTI LUIGINA	infermiere	
LOMBARDI SIMONA	OSS	
GONNELLA ROSSANA	infermiere	
LAZZERINI MONIA	infermiere	
PARDINI ELENA	infermiere	
PAVLOVIC LILIANA	infermiere	
PELLEGRINI VALERIA	infermiere	
PIERONI ROSANNA	OSS	
PISANI ORNELLA	infermiere	
PUCCI SILVIA	infermiere	
ROSSI LARA	infermiere	
SANTI PATRIZIA	infermiere	
SORAGGI SILVIA	infermiere	
TERNI SILVANA	infermiere	
TURRIANI SILVIA	infermiere	
VERGAMINI ROBERTA	infermiere	
BERTONI OLGA	infermiera	

	qualifica	firma
Direttore Dott. Guidantonio Rinaldi	**Direttore UO**	
Dott.ssa Dini Francesca	Dirigente medico	
Dott.ssa Biondi Roberta	Dirigente medico	
Dott. ssa Iacopetti Valentina	Specialista ambulatoriale	
Dott.ssa Bertieri Maria Chiara	Dirigente medico	
Dott.ssa Gigli Cristina	Dirigente medico	
Dott.ssa Sterpi Chiara	Specialista ambulatoriale	
Dott.ssa Lucchesi Quintilia	Dirigente medico	

AZIENDA USL 2 LUCCA

T MGB 03 Rev.1

Presidio Ospedaliero Valle del Serchio
Stabilimento Ospedaliero di Barga
U.O. MEDICINA INTERNA
Direttore Dott. Guidantonio Rinaldi

Cartella clinica N° _____ **Letto N°_____**

Cognome e nome_____

Nato il _____ a _____

Residente a _____via _____

Titolo di studio _____

Professione _____Telefono N. _____

Stato civile _____Familiare di riferimento _____

Medico curante _____ Codice Fiscale _____

Data di ammissione	N° Scheda nosologica	Data di dimissione

	NON SCRIVERE NEI RIQUADRI DI LATO SPAZI RISERVATI AL PROCEDIMENTO DI MICROFILMATURA SOSTITUTIVA	

Trasferimento interno da: _____ in data_____

Trasferimento interno a: _____ in data_____

DIAGNOSI DI USCITA_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Cartella Clinica

ANAMNESI FAMILIARE ☐ **Diabete/Dislipidemie** ☐ **Cardiopatia/Ischemia**
☐ **Ipertensione Arteriosa** ☐ **Neoplasie** ☐

_____

_____

_____

_____

ANAMNESI FISIOLOGICA

Scolarità_____ **Lavoro** _____

Menarca_____ **Flussi**_____ **Menopausa**_____ **S.milit.** _____

Gravidanze_____ **Aborti**_____

Alimentazione_____ **Dieta**_____ **Alcool**_____

Fumo e sost. Voluttuarie_____

Alvo_____ **Diuresi**_____

ALLERGIE E INTOLLERANZE

_____

TERAPIA DOMICILIARE

_____

_____

_____

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA E PROSSIMA

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

ESAME OBIETTIVO

Altezza _____m_____ Peso_____ kg_____ S m²_____ IMC _____kg/m²

LINFONODI ☐ LINFOADENOMEGALIE ASSENTI

TIROIDE ☐ NORMALE

MAMMELLE

CUTE E ANNESSI ☐ NORMALI

MUCOSE ☐ NORMALI

APP. CARDIOVASCOLARE ☐ Az. Cardiaca ritmica, toni puri, pause libere
☐ Aa. Normopulsanti ☐ Flebopatie assenti

APP. RESPIRATORIO ☐ MV FVT SP NORMALI

ADDOME ☐ c.o. introflessa, trattabile, non masse, non dolore né dolorabilità
☐ Murphy (-) ☐ Blumberg (-) ☐ Giordano bilat. (-)
☐ Fegato nei limiti ☐ Milza nei limiti

SIST. NERVOSO ☐ NORMALE

SISTEMA OSTEO ARTICOLARE

ESAMI SPECIALISTICI E CONSULENZE	Richiesto	Effettuato	Richiesto	Effettuato
Rx Torace				
Rx Diretta Addome				
Ecografia Addome				
Ecografia Tiroide				
EcoCG				
Ecodoppler Vasi Cerebro Afferenti				
Ecodoppler Venoso/Arterioso Arti Inf				
EGDS				
Colonscopia				
TC Cranio				
TC Torace				
TC Addome				
RM Encefalo				
RM Torace				
RM Addome				
E.E.G.				
Holter ECG				
Scintigrafia Polmonare				
Scintigrafia Ossea				
Broncoscopia				

CONSULENZE SPECIALISTICHE

DATA						
Fibrinogeno						
Dimero D						
APTT						
AT III						
Sideremia						
Ferritina						
T. Coombs						
Aptoglobina						
Reticolociti						
Vit B_{12}/Ac.Folico						
R:S:O: feci						
Es. completo feci						
Ac. Biliari						
PCHE						
NH4						
Markers B						
HCV						
Albumina						
T.TG x os						
HbA1c						
Colesterolo LDL/HDL						
Trigliceridi						
FT3 FT4 TSH						
ATA Test/Trab						
Cortisolo/ACTH						
PTH						
Calcitonina						
Aldosterone/Renina						
Catecolamine						
α Fetop						
PSA/PAP						
CEA						
CA 19. 9						
CA 125						
CYFRA						
CA 15.3						
ANA AMA ANTI DNA						
CH 100						
RF						
Crioglobuline						
Sieromucoidi						
PCR						
IgG IgA IgM						
Urinocoltura						
Coprocoltura						
Emocoltura						
Bronco/Gastroasp. x BK						
Digossina						
Teofillina						

Data	Diario Clinico	Terapia

DATA																													
Giornata di malattia																													
Ore	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24
41																														
40																														
39																														
38																														
37																														
36																														
PA																														
FC																														
ALVO																														
DIURESI																														
GLICEMIA																														
AZOTEMIA																														
CREATININA																														
GRX10																														
Hb gr%																														
HCT%																														
GB x 10^3																														
PLT x 10^3																														
Na +																														
K +																														
Ca ++																														
PO4 ---																														
EGA Ph																														
pO2																														
pCo2																														
HCo3																														
CPK/CK MB																														
LDH																														
SGOT																														
SGPT																														
TROPONINA I																														
AMILASI																														
LIPASI																														
INR																														
VES																														
URICEMIA																														
BILIRUBINA																														
PALK																														
γ GT																														
ES. URINE																														
ELETTROFORESI:																														
Albumina																														
α_1																														
α_2																														
β																														
γ																														

Data	Diario Clinico	Terapia

DATA																													
Giornata di malattia																													
Ore	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24
41																														
40																														
39																														
38																														
37																														
36																														
PA																														
FC																														
ALVO																														
DIURESI																														
GLICEMIA																														
AZOTEMIA																														
CREATININA																														
GRX10																														
Hb gr%																														
HCT%																														
GB x 10^3																														
PLT x 10^3																														
Na +																														
K +																														
Ca ++																														
PO4 ---																														
EGA Ph																														
pO2																														
pCo2																														
HCo3																														
CPK/CK MB																														
LDH																														
SGOT																														
SGPT																														
TROPONINA I																														
AMILASI																														
LIPASI																														
INR																														
VES																														
URICEMIA																														
BILIRUBINA																														
PALK																														
γ GT																														
ES. URINE																														
ELETTROFORESI:																														
Albumina																														
α_1																														
α_2																														
β																														
γ																														

Data	Diario Clinico	Terapia

DATA																														
Giornata di malattia																														
Ore	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24
41																														
40																														
39																														
38																														
37																														
36																														
PA																														
FC																														
ALVO																														
DIURESI																														
GLICEMIA																														
AZOTEMIA																														
CREATININA																														
GRX10																														
Hb gr%																														
HCT%																														
GB x 10^3																														
PLT x 10^3																														
Na +																														
K +																														
Ca ++																														
PO4 ---																														
EGA Ph																														
pO2																														
pCo2																														
HCo3																														
CPK/CK MB																														
LDH																														
SGOT																														
SGPT																														
TROPONINA I																														
AMILASI																														
LIPASI																														
INR																														
VES																														
URICEMIA																														
BILIRUBINA																														
PALK																														
γ GT																														
ES. URINE																														
ELETTROFORESI:																														
Albumina																														
α_1																														
α_2																														
β																														
γ																														

Data	Diario Clinico	Terapia

DATA																								
Giornata di malattia																								
Ore	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24
41																														
40																														
39																														
38																														
37																														
36																														
PA																														
FC																														
ALVO																														
DIURESI																														
GLICEMIA																														
AZOTEMIA																														
CREATININA																														
GRX10																														
Hb gr%																														
HCT%																														
GB x 10^3																														
PLT x 10^3																														
Na +																														
K +																														
Ca ++																														
PO4 ---																														
EGA Ph																														
pO2																														
pCo2																														
HCo3																														
CPK/CK MB																														
LDH																														
SGOT																														
SGPT																														
TROPONINA I																														
AMILASI																														
LIPASI																														
INR																														
VES																														
URICEMIA																														
BILIRUBINA																														
PALK																														
γ GT																														
ES. URINE																														
ELETTROFORESI:																														
Albumina																														
α_1																														
α_2																														
β																														
γ																														

Data	Diario Clinico	Terapia

DATA																												
Giornata di malattia																												
Ore	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24
41																														
40																														
39																														
38																														
37																														
36																														
PA																														
FC																														
ALVO																														
DIURESI																														
GLICEMIA																														
AZOTEMIA																														
CREATININA																														
GRX10																														
Hb gr%																														
HCT%																														
GB x 10^3																														
PLT x 10^3																														
Na +																														
K +																														
Ca ++																														
PO4 ---																														
EGA Ph																														
pO2																														
pCo2																														
HCo3																														
CPK/CK MB																														
LDH																														
SGOT																														
SGPT																														
TROPONINA I																														
AMILASI																														
LIPASI																														
INR																														
VES																														
URICEMIA																														
BILIRUBINA																														
PALK																														
γ GT																														
ES. URINE																														
ELETTROFORESI:																														
Albumina																														
α_1																														
α_2																														
β																														
γ																														

CONSENSO A PRELIEVO DI SANGUE PER HIV

Il sottoscritto/a.....
ricoverata presso la U.O. di .....
nata a..... il.....
dà il proprio consenso a sottoporsi a prelievo di sangue per HIV.

Data Firma

....

CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE DI SANGUE

Io sottoscritto/a.....sono stato informato dal Dr./Prof.....
che per le mie condizioni cliniche potrebbe essere necessario ricevere trasfusioni di sangue (globuli rossi, piastrine, plasma) da donatore; che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione, benché molto rara, del virus dell'immunodeficenza, dell'epatite, ecc.). Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal Dr./Prof..... sia in ordine alle mie condizioni cliniche, sia ai rischi connessi alla trasfusione, come a quelli che potrebbero derivarmi se non mi sottoponessi alla trasfusione. Quindi ☐ ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO ad essere sottoposto al trattamento trasfusionale ritenuto necessario dai Medici del Reparto, per tutto il decorso della mia malattia.

Data..... Firma del paziente .....

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO CON EMODERIVATI

Io sottoscritto/a..... sono stato informato dal Dr./Prof. .....
che per le mie condizioni cliniche devo essere sottoposto ad un trattamento terapeutico con emoderivati (albumina umana, immunoglobuline, fattori della coagulazione, ecc.); che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione, benché molto rara, del virus dell'immunodeficenza, dell'epatite, ecc.). Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal Dr./Prof. sia in ordine alle mie condizioni cliniche, sia ai rischi connessi alla trasfusione, come a quelli che potrebbero derivarmi se non mi sottoponessi alla trasfusione. Quindi ☐ ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO ad essere sottoposto al trattamento terapeutico con emoderivati necessario per tutto il decorso della mia malattia.

Data..... Firma del paziente .....

RICHIESTA DI DIMISSIONI CONTRO IL PARERE DEI CURANTI

Io sottoscritto/a..... degente presso l'U.O. .....
di codesto Ospedale dal..... perché affetto da .....
avanza formale richiesta di essere dimesso in data..... ore.....
Il Responsabile della U.O. rifiuta di aderire in quanto .....
.....
Preso atto di quanto sopra, pur avendo perfettamente compreso i rischi ai quali si espone insiste nel suo proposito dichiarandosi di assumersi la piena responsabilità in ordine a qualsiasi danno derivi dalla dimissione.

Visto, IL PRIMARIO.....

Data..... Firma del paziente .....

CONSENSO INFORMATO PER TORACENTESI

Io sottoscritto _____
nato a _____ il _____
a cui il Dott. _____ propone la toracentesi
dichiaro di essere stato informato:

della mia condizione clinica
delle modalità di esecuzione della TORACENTESI a scopo:

- ❑ **diagnostico**
- ❑ **terapeutico**

delle sue finalità ed eventuali alternative
di aver fornito tutti i dati a me noti sulle mie malattie pregresse e sul mio stato di salute, sulle terapie in atto (anticoagulanti, antiaggreganti piastrinici)
delle potenziali complicanze
della eventualità, pertanto, qualora si verificassero le complicanze indicatemi che si renda necessario un intervento chirurgico d'urgenza e/o emotrasfusioni

Dichiaro inoltre di aver letto l'informativa fornitami e di aver avuto tempo e modo di porre tutte le domande che ho ritenuto opportune e di aver avuto in merito risposte esaurienti, che ho compreso e che mi hanno soddisfatto. La mia malattia non trattata può evolvere in **persistenza o aggravamento del disturbo, con rischio di grave insufficienza respiratoria.** Sono stato informato che verrà osservata ogni cautela dettata da prudenza, diligenza e perizia al fine di evitare eventi dannosi che potrebbero compromettere la mia salute e che in caso di reale necessità, che si verificasse nel corso dell'esame, sempre a tutela della mia salute, i Sanitari potranno adottare, secondo scienza e coscienza, ogni misura diagnostica e terapeutica ritenuta indispensabile per la mia salvaguardia.

Preso atto di ciò, in piena coscienza e libertà di giudizio, pur potendo in qualunque momento revocare tale decisione

- ❑ **Acconsento** ad essere sottoposto a TORACENTESI
- ❑ **Non acconsento ad** essere sottoposto TORACENTESI

Data……Firma……(Paziente/Tutore legale/Genitore)

Io sottoscritto Dott. ……confermo di aver spiegato al paziente le modalità di esecuzione dell'esame, i motivi, gli scopi, i benefici e le possibili complicanze della toracentesi diagnostica e/o evacuativa

Data…… Firma……(Medico che ha informato il paziente)

Data…… Firma……(Medico che esegue la toracentesi)

Le condizioni psico-fisiche del paziente non consentono una adeguata informazione, poiché il paziente è affetto da……Si procede comunque alla procedura per motivi di necessità. I parenti vengono informati e prendono atto della situazione.

Data……Firma……(Grado di parentela)

CONSENSO INFORMATO ALLA PARACENTESI

Io sottoscritto _____
nato a _____ il _____
a cui il Dott._____ propone la paracentesi
dichiaro di essere stato informato:

della mia condizione clinica
delle modalità di esecuzione della PARACENTESI a scopo:

- ❑ **diagnostico**
- ❑ **terapeutico**

delle sue finalità ed eventuali alternative
di aver fornito tutti i dati a me noti sulle mie malattie pregresse e sul mio stato di salute, sulle terapie in atto (anticoagulanti, antiaggreganti piastrinici)
delle potenziali complicanze
della eventualità, pertanto, qualora si verificassero le complicanze indicatemi che si renda necessario un intervento chirurgico d'urgenza e/o emotrasfusioni

Dichiaro inoltre di aver letto l'informativa fornitami e di aver avuto tempo e modo di porre tutte le domande che ho ritenuto opportune e di aver avuto in merito risposte esaurienti che ho compreso e che mi hanno soddisfatto. Sono stato informato che verrà osservata ogni cautela dettata da prudenza, diligenza e perizia al fine di evitare eventi dannosi che potrebbero compromettere la mia salute e che in caso di reale necessità, che si verificasse nel corso dell'esame, sempre a tutela della mia salute, i Sanitari potranno adottare, secondo scienza e coscienza, ogni misura diagnostica e terapeutica ritenuta indispensabile per la mia salvaguardia.
Preso atto di tutto ciò, in piena coscienza e libertà di giudizio, pur potendo in qualunque momento revocare tale decisione,

- ❑ **Acconsento** ad essere sottoposto a PARACENTESI
- ❑ **Non acconsento ad** essere sottoposto PARACENTESI

Data ..... Firma ..... (Paziente/Tutore legale/Genitore)

Io sottoscritto Dott..... confermo di aver spiegato al paziente le modalità di esecuzione dell'esame, i motivi, gli scopi, i benefici e le possibili complicanze della Paracentesi diagnostica e/o terapeutica.

Data..... Firma..... (Medico che ha informato il paziente)

Data.....Firma.....(Medico che esegue l'esame)

Le condizioni psico-fisiche del paziente non consentono una adeguata informazione, poiché il paziente è affetto da..... Si esegue comunque la procedura per motivi di necessità. I parenti vengono informati e prendono atto della situazione.

Data ..... Firma ..... (Grado di parentela)

CONSENSO INFORMATO ALLA BIOPSIA OSTEO-MIDOLLARE E/O AGOASPIRATO

Io sottoscritto _____
nato a _____ il _____
a cui il Dott. _____ propone la biopsia osteo-midollare e/o agoaspirato midollare

dichiaro di essere stato informato:

della mia condizione clinica
delle modalità di esecuzione della MO/BOM:
delle sue finalità
di aver fornito tutti i dati a me noti sulle mie malattie pregresse e sul mio stato di salute, sulle terapie in atto (anticoagulanti, antiaggreganti piastrinici)
delle potenziali complicanze
della eventualità, pertanto, qualora si verificassero le complicanze indicatemi che si rendano necessarie emotrasfusioni

Dichiaro inoltre di aver letto l'informativa fornitami e di aver avuto tempo e modo di porre tutte le domande che ho ritenuto opportune e di aver avuto in merito risposte esaurienti, che ho compreso e che mi hanno soddisfatto.

Preso atto di tutto ciò, in piena coscienza e libertà di giudizio, pur potendo in qualunque momento revocare tale decisione

- ❑ **Acconsento** ad essere sottoposto a BIOPSIA OSTEO-MIDOLLARE
- ❑ **Acconsento** ad essere sottoposto ad AGOASPIRATO MIDOLLARE
- ❑ **Non acconsento ad** essere sottoposto ad BIOPSIA OSTEO-MIDOLLARE/AGOASPIRATO MIDOLLARE
- ❑ **Acconsento** alla somministrazione di anestetico locale

Data ..... Firma ..... (Paziente/Tutore legale/Genitore)

Io sottoscritto ..... confermo di aver spiegato al paziente le modalità di esecuzione dell'esame, i motivi, gli scopi, i benefici e le possibili complicanze della MO e/o della BOM

Data..... Firma..... (Medico che ha informato il paziente)

Data……..Firma……..(Medico che esegue l'esame)

Le condizioni psico-fisiche del paziente non consentono una adeguata informazione, poiché il paziente è affetto da…… Si esegue comunque la procedura per motivi di necessità. I parenti vengono informati e prendono atto della situazione.

Data ……. Firma……..……..…… (Grado di parentela)

AZIENDA USL 2 LUCCA

Presidio Ospedaliero Valle del Serchio

TUTELA DELLA PRIVACY
INFORMATIVA AI CITTADINI E PRESTAZIONE DEL CONSENSO

Si informa che la normativa di tutela della privacy (D.Lgs. 196/03) ha la finalità di garantire la riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli riguardanti la salute (dati sensibili).

Ogni persona che richiede prestazioni all'Azienda Sanitaria è tenuta a fornire i dati personali e/o sensibili indispensabili per ricevere gli opportuni trattamenti sanitari.

In particolare la raccolta dei dati è finalizzata:

- alla tutela della salute e dell'incolumità fisica dell'interessato, di un terzo o della collettivà;
- alla ricerca scientifico-statistica diretta alla tutela della salute e dell'incolumità fisica dell'interessato, di un terzo o della collettività;
- all'accertamento e certificazione dello stato di salute dell'interessato e agli adempimenti amministrativo-contabili necessari per la gestione delle attività istituzionali.

In assenza di tali informazioni l'Azienda Sanitaria potrebbe non essere in grado di effettuare le prestazioni richieste.

I dati raccolti saranno utizzati in modo corretto, lecito e trasparente, tutelando la riservatezza e i diritti dell'interessato, nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio e in forma anonima nell'ipotesi di ricerca scientifico-statistica.

Tali dati, raccolti a mezzo di strumenti manuali e/o informatici, verranno custoditi in modo da garantirne la sicurezza.

La comunicazione di dati ad altri soggetti pubblici e a privati, verrà effettuata in esecuzione di obblighi di legge, di regolamento e per lo svolgimento delle funzioni istituzionali ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs. 196/03 e dalle ulteriori disposizioni integrative. L'Azienda Sanitaria non da luogo a diffusione dei dati personali raccolti.

Ai sensi dell'art 7 del D.Lgs. 196/03 l'interessato ha diritto di ottenere:

- la conferma dell'esistenza o meno dei dati che lo riguardano
- ed essere informato del nome, sede del titolare e del responsabile, nonchè delle finalità e modalità del trattamento
- - ottenere il blocco, la trasformazione in forma anonima, la cancellazione (sempre che non esistano obblighi di conservazione), l'aggiornamento, la rettifica dei dati e di ottenere altresì l'attestazione che le predette operazioni sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, a meno che ciò non risulti impossibile o eccessivamente oneroso, e di opporsi in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati che lo riguardano.
- di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano.

Le richieste per l'esercizio dei diritti di cui sopra devono essere presentate al Responsabile o al Titolare del trattamento.

Titolare del trattamento dei dati (raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, etc.) è l'Azienda USL 2 di Lucca. L'elenco aggiornato dei Responsabili dei Trattamenti è consultabile presso la U.O. Affari Generali e Legali

Consenso

Letta l'informativa che precede, dichiaro, ai sensi del D.Lgs. 196/03, di prestare il mio consenso al trattamento di tutti i miei dati personali.

Data

_____

(firma)

Data di dimissione _____

Esito: ☐ Guarito ☐ Invariato ☐ Deceduto
☐ Miglioramento netto ☐ Peggiorato ☐ Non accertato
☐ Miglioramento lieve ☐ Aggravato ☐

Osservazioni: _____
_____
_____
_____
_____

Il Medico del Reparto **Il Primario**

_____ _____

LO SPAZIO SOTTOSTANTE E' RISERVATO ALL'UFFICIO CERTIFICAZIONE SANITARIA

FOTOCOPIA DELLA CARTELLA CLINICA	**FOTOCOPIA DELLA CARTELLA CLINICA**
Data_____ **n. copie** _____ **rilasciata a:** _____	**Data**_____ **n. copie** _____ **rilasciata a:** _____
Data_____ **n. copie** _____ **rilasciata a:** _____	**Data**_____ **n. copie** _____ **rilasciata a:** _____

Visto, per l'autenticità della fotocopia conforme all'originale della cartella clinica composta di n. _____ pagine.

Il Dirigente Medico del Presidio Ospedaliero

_____

Barga, _____

AZIENDA USL 2 LUCCA

Presidio Ospedaliero Valle del Serchio
Stabilimento Ospedaliero di Barga

CARTELLA INFERMIERISTICA

U.O. Medicina Generale – Infermiere Coordinatore Ianula Barbi
Direttore Dott. Guidantonio Rinaldi

Letto n. _____

COGNOME_____ NOME_____

Nato/a il_____ a_____ Prov._____

Comune res._____ Via_____ n.____

Tel._____ Cell._____ Cell._____

Professione_____ C.F.: | | | | | | | | | | | | | | | | |

Stato civile_____Religione_____Nazionalità_____

Familiare di riferimento _____Tel._____Cell._____

Familiare di riferimento _____Tel._____Cell._____

Assenza familiari ☐

Caregiver di riferimento_____Tel._____Cell._____

Medico di riferimento_____ Medico curante_____

Ammissione Data_____ Diagnosi clinica_____

☐ **Ricovero Ordinario** ☐ **Ricovero Urgente Trasferimento da _____**

Ricoveri nella U.O. NO ☐ **SI** ☐

Infermiere alla ammissione _____

CONDIZIONI ALL'INGRESSO

B.A.I. Comunicazione

Comunicazione
- ❑ Normale
- ❑ Difficile per _____

Stato di coscienza:
- ❑ Vigile
- ❑ Orientato
- ❑ Collaborante
- ❑ Soporoso
- ❑ Disorientato
- ❑ No collaborante
- ❑ Altro_____

Stato emotivo
- ❑ Ansioso
- ❑ Agitato
- ❑ Depresso
- ❑ Altro_____

Protesi auricolare:
- ❑ No
- ❑ Si

Bisogno da
Indagare_____

B.A.I. Respirare

Colorito cute e mucose
- ❑ Roseo
- ❑ Cianotico
- ❑ Altro_____

Tipo di respiro
- ❑ Eupnoico
- ❑ Dispnoico
- ❑ Altro_____

Tracheostomia
- ❑ No
- ❑ Si □□

Tosse
- ❑ No
- ❑ Si

Espettorato
- ❑ No
- ❑ Si

Fumo
- ❑ No
- ❑ Si quanto_____

Ossigeno terapia
- ❑ No
- ❑ Si volume lt._____
- ❑ Occhialini
- ❑ Mascherina
- ❑ Ventilatore

Bisogno da
Indagare_____

B.A.I. Alimentazione

Peso kg._____
Altezza cm._____
Cavo orale_____
Protesi dentaria mobile
- ❑ Si
- ❑ No

Tipo di alimentazione
Dieta_____
□□
- ❑ SNG il _____
- ❑ PEG il _____
- ❑ NPT il _____

Idratazione
Uso di alcool
- ❑ No
- ❑ Si

Diabetico
- ❑ No
- ❑ Ipoglicemizzanti orali
- ❑ Insulina

Restrizione idrica
- ❑ Si quantità_____

Bisogno da
Indagare_____

B.A.I. Igiene

Autonomo per l'igiene personale
- ❑ Si
- ❑ No

Autonomo per l'igiene orale
- ❑ Si
- ❑ No

Autonomo nel vestirsi
- ❑ Si
- ❑ No

Cute integra:
- ❑ Si
- ❑ No

Tipo lesione_____
Sede_____
Tipo lesione_____
Sede_____
Bisogno da
Indagare_____

B.A.I. Movimento

Uso di ausili:
- ❑ Tripode
- ❑ Carrozzina
- ❑ Girello
- ❑ Altro_____

Scala di Braden
Valore all'ingresso_____
Richiesta mat. Antidecubito
- ❑ No
- ❑ Si

Bisogno da
Indagare_____

B.A.I. Eliminazione

Eliminazione urinaria:
- ❑ Continente
- ❑ Incontinente
- ❑ Catetere vescicale tipo_____ ___ applicato il _____
- ❑ Stomia tipo_____
- ❑ Presidi/Disp. tipo_____

Eliminazione intestinale:
- ❑ Continente
- ❑ Incontinente
- ❑ Alterazioni
- ❑ Diarrea
- ❑ Stomia tipo_____
- ❑ Presidi/Disp. tipo_____

Bisogno da
Indagare_____

B.A.I. Funzione Cardio-Circolatoria

Parametri rilevati all'ammissione:

P.A._____

F.C._____

T.C._____

Edemi

- ❑ No
- ❑ Si

dove_____

_____

_____

_____

E.C.G. all'ingresso:

- ❑ Si
- ❑ No

Bisogno da

Indagare_____

B.A.I. Riposo/Sonno

Disturbi del sonno:

- ❑ Assenti
- ❑ Risvegli frequenti
- ❑ Risvegli precoci
- ❑ Insonnia
- ❑ Altro_____

Uso di farmaci per indurre il sonno

- ❑ Si
- ❑ No

Abitudini personali per favorire

Il sonno:

_____

Bisogno da

Indagare_____

B.A.I. Ambiente Sicuro

Consegnato opuscolo informativo sull'organizzazione della U.O.:

- ❑ Si
- ❑ No

Illustrata organiz. Della U.O.:

- ❑ Si
- ❑ No

Rischio Infezioni per presenza di:

- ❑ Catetere vescicale
- ❑ Catetere venoso periferico
- ❑ SNG
- ❑ CVC
- ❑ Drenaggi vari
- ❑ Altro_____

_____

Bisogno da

Indagare_____

ALLERGIE RIFERITE

- ❑ NO
- ❑ SI_____

_

DOLORE ALL'INGRESSO

- ❑ NO
- ❑ SI

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

- ❑ NO
- ❑ SI

ACCESSI VASCOLARI/CAT. VESCICALI/ALTRO:

Tipo di accesso_____ in sede dal_____ rimosso il _____

Tipo di accesso_____ in sede dal_____ rimosso il _____

Tipo Cate. Vesci._____ inserito il _____sostiuito il _____

Altro_____ in sede dal_____ rimosso il _____

Altro_____ _____in sede dal_____ rimosso il _____

Infermiere all'ammissione_____

Bisogno da indagare
Piano di assistenza

ESAMI RADIOLOGICI	**DATA RICH.**	**DATA ESEC.**	**ESAMI CARDIOLOGICI**	**DATA RICH.**	**DATA ESEC.**
RX TORACE			ECG		
RX TORACE (controllo)			ECOCARDIOGRAMMA		
RX CLISMA OPACO			ECOSTRESS		
RX TUBO DIGERENTE			ECOTRANSESOFAGEO		
RX UROGRAFIA			ECG DA SFORZO		
RX _____			HOLTER EMODINAMICO		
RX _____			HOLTER PRESSORIO		
TAC ENCEFALO			CORONAROGRAFIA		
TAC TORACE			**ESAMI NEUROLOGICI**	**DATA RICH.**	**DATA ESEC.**
TAC ADDOME			EEG		
TAC _____			ELETTROMIOGRAFIA		
TAC _____			_____		
RMN ENCEFALO			**ESAMI ENDOSCOPICI**	**DATA RICH.**	**DATA ESEC.**
RMN _____			EGDS		
RMN _____			COLONSCOPIA		
SCINTIGRAFIA POLMONARE			RETTOSCOPIA		
SCINTIGRAFIA TIROIDEA			BRONCOSCOPIA		
SCINTIGRAFIA OSSEA			ECO DOPPLER VCA		
SCINTIGRAFIA_____			ECO DOPPLER AA.II.		
VISITE SPECIALISTICHE	**DATA RICH.**	**DATA ESEC.**	ECO ADDOME		
VISITA_____			ECO _____		
VISITA_____			ECO _____		
VISITA_____			**VARIE**	**DATA RICH.**	**DATA ESEC.**
VISITA_____			_____		
VISITA_____			_____		
VISITA_____			_____		
VISITA_____			_____		

Esami ematici

DATA RICHIESTA	NORMALI	URGENTI	ETICHETTA AVVENUTO PRELIEVO	

SCHEDA RILEVAZIONE PARAMETRI VITALI

DATA	ORA	P.A.	F.C.	SAT.O2		DATA	ORA	P.A.	F.C.	SAT.02

SCHEDA RILEVAZIONE PARAMETRI VITALI E VARI (T.C. - DIURESI - ALVO E PESO)

DATA	ORA	T.C.	DIURESI	ALVO	PESO KG.
	07				
	16				
	07				
	16				
	07				
	16				
	07				
	16				
	07				
	16				
	07				
	16				
	07				
	16				
	07				
	16				
	07				
	16				
	07				
	16				
	07				
	16				
	07				
	16				
	07				
	16				
	07				
	16				
	07				
	16				
	07				
	16				
	07				
	16				
	07				
	16				

Azienda USL 2 Lucca – Servizio Sanitario della Toscana	D. Infermieristico	**MONITORAGGIO ULCERE DA PRESSIONE (UdP)**	**TA DPIO 01** Rev. 0 Pag. 1 di 2

Struttura Organizzativa _____ **Data** _____

Cognome e nome _____ **Data di nascita** _____

Provenienza: ☐ **Domicilio** ☐ **RSA** ☐ **altra U.O.** _____ **Altro ospedale** _____

Data ***(ricovero/presa in carico)*** _____ **Indice di Braden** _____

Lesione presente all'ingresso : ☐ **NO** ☐ **SI** **Allergie**: _____

Eventuali trattamenti precedenti: _____

(Legenda tabella: sul retro)

N° SEDE Lesione	**A) VALUTAZIONE INIZIALE**	**B) PIANIFICAZIONE TRATTAMENTO**
_____ **Dimensioni** *cm* **:**	**Grado** 1° 2° 3° 4° **Dolore:**_____ **Aspetto**: ☐ detersa(**D**) ☐fibrina (**F**) ☐essudato(**E**) ☐necrosi (**N**) ☐infetta (**I**) **Bordi:** ☐lineari (**L**) ☐ macerati (**M**) ☐necrotici (**N**) ☐infetti (**I**) ☐frastagliati (**F**) **Cute perilesionale**: ☐integra (**I**) ☐arrossata (**A**) ☐macerata (**M**)	**- Detersione :** **- Medicazione:** **da effettuarsi ogni :**
_____ **Dimensioni** *cm* **:**	**Grado :** **Dolore:**_____ **Aspetto**: **Bordi:** **Cute perilesionale**:	**- Detersione :** **- Medicazione:** **da effettuarsi ogni :**
_____ **Dimensioni** *cm* **:**	**Grado :** **Dolore:**_____ **Aspetto**: **Bordi:** **Cute perilesionale**:	**- Detersione :** **- Medicazione:** **da effettuarsi ogni :**
_____ **Dimensioni** *cm* **:**	**Grado :** **Dolore:**_____ **Aspetto**: **Bordi:** **Cute perilesionale**:	**- Detersione :** **- Medicazione:** **da effettuarsi ogni :**
_____ **Dimensioni** *cm* **:**	**Grado :** **Dolore:**_____ **Aspetto**: **Bordi:** **Cute perilesionale**:	**- Detersione :** **- Medicazione:** **da effettuarsi ogni :**
_____ **Dimensioni** *cm* **:**	**Grado :** **Dolore:**_____ **Aspetto**: **Bordi:** **Cute perilesionale**:	**- Detersione :** **- Medicazione:** **da effettuarsi ogni :**

Altro: _____

Infermiere: _____ *(firma)* **Medico:** _____ *(firma e timbro)*

C) DIARIO CLINICO DEL TRATTAMENTO E VALUTAZIONI PERIODICHE

☐ **modulo specifico** ☐ **STU** ☐ **altro**

D) VALUTAZIONE FINALE

Data _____ **Indice di Braden** _____

Valutazione finale: _____

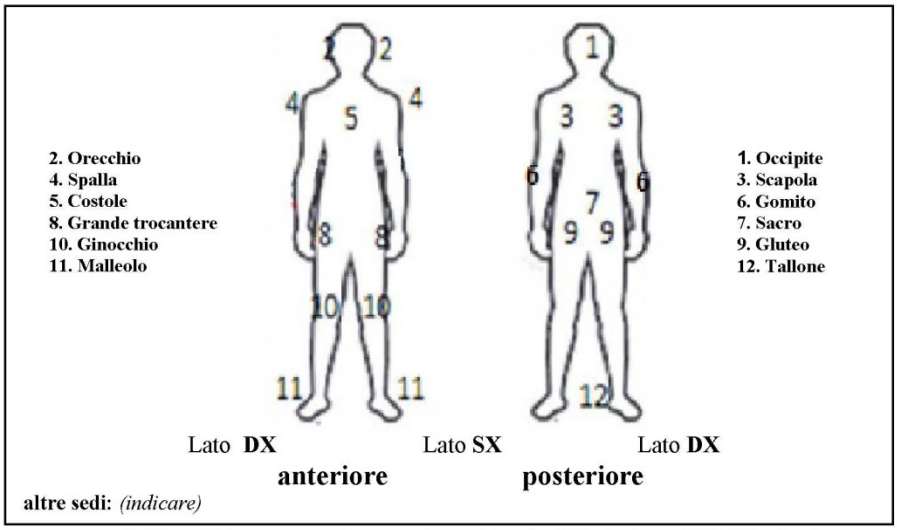
_____

_____

Infermiere _____ *(firma)* **Medico** _____ *(firma e timbro)*

LEGENDA

➢ **Figura sede lesione:**



NOTA: *Per la lesione principale (P) valutare escara se presente, poi grado della lesione, infine l'estensione*

- **Dolore** : *VAS o altra scala*
- **Grado:** 1° - 2° - 3° - 4° (classificazione Epuap)
- **Aspetto**: *detersa* **(D)** *fibrina* **(F)** *essudato* **(E)** *necrosi* **(N)** *infetta* **(I)**
- **Bordi:** *lineari* **(L)** *macerati* **(M)** *necrotici* **(N)** *infetti* **(I)** *frastagliati* **(F)**
- **Cute perilesionale**: *integra* **(I)** *arrossata* **(A)** *macerata* **(M)** **(indicare sigla in grassetto in parentesi)**

SCALA DI VALUTAZIONE BRADEN

INDICATORI	VARIABILI			
	4	3	2	1
PERCEZIONE SENSORIALE	Non limitata	Leggermente limitata	Molto limitata	Completamente limitata
UMIDITÀ	Raramente bagnato	Occasionalmente bagnato	Spesso bagnato	Costantemente bagnato
ATTIVITÀ	Cammina frequentemente	Cammina occasionalmente	In poltrona	Completamente allettato
MOBILITÀ	Limitazioni assenti	Parzialmente limitata	Molto limitata	Completamente immobile
NUTRIZIONE	Eccellente	Adeguata	Probabilmente inadeguata	Molto povera
FRIZIONE E SCIVOLAMENTO		Senza problemi apparenti	Problema potenziale	Problema

SCALA BRADEN MODIFICATA PER USO PEDIATRICO (bambini di età < 5 anni)

INDICATORI	VARIABILI			
	4	3	2	1
MOBILITA'	Nessuna limitazione	Leggermente limitata	Molto limitata	Completamente immobile
ATTIVITA'	Cammina occasionalmente	In poltrona	Allettato	Costantemente bagnato
PERCEZIONE SENSORIALE	Non limitata	Leggermente limitata	Molto limitata	Completamente limitata
UMIDITA'	Raramente bagnato	Occasionalmente bagnato	Spesso bagnato	Costantemente bagnato
FRIZIONE E SCIVOLAMENTO	Nessun apparente problema	Problemi potenziali	Problema	Problemi rilevanti
NUTRIZIONE	Eccellente	Adeguata	Inadeguata	Molto povera
PERFUSIONE TESSUTALE & OSSIGENAZIONE	Eccellente	Adeguata	Compromessa	Estremamente Compromessa

Nota *L'indice Braden identifica come cut-off del rischio il punteggio 16*

L'esperienza clinica suggerisce di identificare un livello basso/ medio intorno al punteggio 12/13, al di sotto del quale si rientra in un livello alto rischio (Linee Guida Regione Toscana)

Azienda USL 2 Lucca – Servizio Sanitario della Toscana	D. Infermieristico	SCHEDA DI POSIZIONAMENTO PAZIENTI A RISCHIO ULCERE DA PRESSIONE (UdP)	TA DPIO 02 Rev 0

Struttura Organizzativa _____ Cognome _____ Nome_____ Letto ____

Superficie antidecubito: SI *(Se SI mobilizzare il paziente ogni 4 ore)* NO *(Se NO mobilizzare il paziente ogni 2 ore)*

	Ora	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Data	Posizione *																								
	Isp. Cutanea G. **	☐ *Cute integra* (I), ☐ *Cute arrossata* (A), ☐ *Presenza di lesione* (L) **Sede:**																							
	Firma ***																								
Data	Posizione *																								
	Isp. Cutanea G. **	☐ *Cute integra* (I), ☐ *Cute arrossata* (A), ☐ *Presenza di lesione* (L) **Sede:**																							
	Firma ***																								
Data	Posizione *																								
	Isp. Cutanea G. **	☐ *Cute integra* (I), ☐ *Cute arrossata* (A), ☐ *Presenza di lesione* (L) **Sede:**																							
	Firma ***																								
Data	Posizione *																								
	Isp. Cutanea G. **	☐ *Cute integra* (I), ☐ *Cute arrossata* (A), ☐ *Presenza di lesione* (L) **Sede:**																							
	Firma ***																								
Data	Posizione *																								
	Isp. Cutanea G. **	☐ *Cute integra* (I), ☐ *Cute arrossata* (A), ☐ *Presenza di lesione* (L) **Sede:**																							
	Firma ***																								
Data	Posizione *																								
	Isp. Cutanea G. **	☐ *Cute integra* (I), ☐ *Cute arrossata* (A), ☐ *Presenza di lesione* (L) **Sede:**																							
	Firma ***																								
Data	Posizione *																								
	Isp. Cutanea G. **	☐ *Cute integra* (I), ☐ *Cute arrossata* (A), ☐ *Presenza di lesione* (L) **Sede:**																							
	Firma ***																								

* **Posizione:** *Supina* (S), *Fianco dx* (DX), *Fianco sx* (SX), *Seduto* (C), *Semiseduto* (SC), *Seduto con gambe fuori dal letto* CGFL), *Seduto in poltrona* (CP), *Prono* (P) *ove possibile e/o consigliato*

** **Ispezione cutanea giornaliera** (L.C.G) da eseguire mattino / pomeriggio: *Cute integra* (I), *Cute arrossata* (A), *Presenza di lesione* (L) per la SEDE della lesione vedere figura sulla scheda TA DPIO 01

*** **Firma** : *obbligatoria, in quanto documenta l'avvenuto posizionamento*

Data _____ **Infermiere Coordinatore** _____

Azienda USL 2 Lucca – Servizio Sanitario della Toscana	D. Infermieristico	**SCHEDA DI POSIZIONAMENTO** **PAZIENTI A RISCHIO ULCERE DA PRESSIONE (UdP)**	**TA DPIO 02** Rev 0

Struttura Organizzativa _____ **Cognome** _____ **Nome** _____ **Letto** ____

Superficie antidecubito: **SI** *(Se SI mobilizzare il paziente ogni 4 ore)* **NO** *(Se NO mobilizzare il paziente ogni 2 ore)*

	Ora	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24
Data	Posizione *																								
	Isp. Cutanea G. **	☐ *Cute integra* (I), ☐ *Cute arrossata* (A), ☐ *Presenza di lesione* (L) **Sede:**																							
	Firma ***																								
Data	Posizione *																								
	Isp. Cutanea G. **	☐ *Cute integra* (I), ☐ *Cute arrossata* (A), ☐ *Presenza di lesione* (L) **Sede:**																							
	Firma ***																								
Data	Posizione *																								
	Isp. Cutanea G. **	☐ *Cute integra* (I), ☐ *Cute arrossata* (A), ☐ *Presenza di lesione* (L) **Sede:**																							
	Firma ***																								
Data	Posizione *																								
	Isp. Cutanea G. **	☐ *Cute integra* (I), ☐ *Cute arrossata* (A), ☐ *Presenza di lesione* (L) **Sede:**																							
	Firma ***																								
Data	Posizione *																								
	Isp. Cutanea G. **	☐ *Cute integra* (I), ☐ *Cute arrossata* (A), ☐ *Presenza di lesione* (L) **Sede:**																							
	Firma ***																								
Data	Posizione *																								
	Isp. Cutanea G. **	☐ *Cute integra* (I), ☐ *Cute arrossata* (A), ☐ *Presenza di lesione* (L) **Sede:**																							
	Firma ***																								
Data	Posizione *																								
	Isp. Cutanea G. **	☐ *Cute integra* (I), ☐ *Cute arrossata* (A), ☐ *Presenza di lesione* (L) **Sede:**																							
	Firma ***																								
Data	Posizione *																								
	Isp. Cutanea G. **	☐ *Cute integra* (I), ☐ *Cute arrossata* (A), ☐ *Presenza di lesione* (L) **Sede:**																							
	Firma ***																								

* **Posizione:** *Supina* (S), *Fianco dx* (DX), *Fianco sx* (SX), *Seduto* (C), *Semiseduto* (SC), *Seduto con gambe fuori dal letto* CGFL), *Seduto in poltrona* (CP), *Prono* (P) *ove possibile e/o consigliato*

** **Ispezione cutanea giornaliera** (I.C.G) da eseguire mattino / pomeriggio: *Cute integra* (I), *Cute arrossata* (A), *Presenza di lesione* (L) per la **SEDE** della lesione vedere figura sulla scheda TA DPIO 01

*** **Firma** : *obbligatoria, in quanto documenta l'avvenuto posizionamento*

Data _____ **Infermiere Coordinatore** _____

Azienda USL 2 Lucca – Servizio Sanitario della Toscana	D. Infermieristico	**DIARIO CLINICO DEL TRATTAMENTO E VALUTAZIONI PERIODICHE DELLE ULCERE DA PRESSIONE**	**TA DPIO 03** Rev. 0

COGNOME E NOME _____ **Data di nascita** _____

Data	Indice di Braden	DIARIO DEL TRATTAMENTO E VALUTAZIONI PERIODICHE	Firma/ e

Azienda USL 2 Lucca – Servizio Sanitario della Toscana	D. Infermieristico	**DIARIO CLINICO DEL TRATTAMENTO E VALUTAZIONI PERIODICHE DELLE ULCERE DA PRESSIONE**	**TA DPIO 03** Rev. 0

Data	Indice di Braden	DIARIO DEL TRATTAMENTO E VALUTAZIONI PERIODICHE	Firma/ e

Nota: *La presente scheda, (completata o a fine trattamento)con le pagine progressive è da assemblare al modulo TA DPIO 01 " Monitoraggio ulcere da pressione".*

La valutazione finale viene sempre riportata nella sezione D dello stesso modulo.

Azienda USL 2 Lucca – Servizio Sanitario della Toscana	D. Infermieristico	**DIARIO CLINICO DEL TRATTAMENTO E VALUTAZIONI PERIODICHE DELLE ULCERE DA PRESSIONE**	**TA DPIO 03** Rev. 0

Data	Indice di Braden	DIARIO DEL TRATTAMENTO E VALUTAZIONI PERIODICHE	Firma/ e

Nota: *La presente scheda, (completata o a fine trattamento)con le pagine progressive è da assemblare al modulo TA DPIO 01 " Monitoraggio ulcere da pressione".*

La valutazione finale viene sempre riportata nella sezione D dello stesso modulo.

Data	Sede	VALUTAZIONE PERIODICA DELLE LESIONI IN GENERE	Firma

Data	Ora	DIARIO INFERMIERISTICO	Firma

Data	Ora	DIARIO INFERMIERISTICO	Firma

Data	Ora	DIARIO INFERMIERISTICO	Firma

Data	Ora	DIARIO INFERMIERISTICO	Firma

Data	Ora	DIARIO INFERMIERISTICO	Firma

Data	Ora	DIARIO INFERMIERISTICO	Firma

Data	Ora	DIARIO INFERMIERISTICO	Firma

Data	Ora	DIARIO INFERMIERISTICO	Firma

Data	Ora	DIARIO INFERMIERISTICO	Firma

Data	Ora	DIARIO INFERMIERISTICO	Firma

Data	Ora	DIARIO INFERMIERISTICO	Firma

Data	Ora	DIARIO INFERMIERISTICO	Firma

Data	Ora	DIARIO INFERMIERISTICO	Firma

Data	Ora	DIARIO INFERMIERISTICO	Firma

Data	Ora	DIARIO INFERMIERISTICO	Firma

Data	**Ora**	**DIARIO INFERMIERISTICO**	**Firma**

Data	Ora	DIARIO INFERMIERISTICO	Firma

Data	**Ora**	**DIARIO INFERMIERISTICO**	**Firma**

Scala ReTos

Valutazione del rischio di cadute

REGIONE TOSCANA GRC Gestione Rischio Clinico SICUREZZA DEL PAZIENTE

Da applicare per tutti i pazienti con età > o = a 65 anni, ricoverati per più di 24 ore ed in stato di coscienza

Nome e Cognome paziente _____

Anno di nascita _____ Data del ricovero _____ N° nos. ☐☐☐☐☐☐☐

? Domande da rivolgere al paziente (D)	Ingresso	Data rivalutazioni / /	/ /	/ /
1. È caduto o ha rischiato di cadere nel corso degli ultimi sei mesi?	2 ○	2 ○	2 ○	2 ○
2. Ha manifestato episodi di vertigini o capogiri nel corso degli ultimi sei mesi?	1 ○	1 ○	1 ○	1 ○
3. La vista le crea problemi nelle attività di vita quotidiana?	2 ○	2 ○	2 ○	2 ○
4. Ha problemi di udito?	2 ○	2 ○	2 ○	2 ○
5. Ha difficoltà nel compiere le sue attività quotidiane (spogliarsi, vestirsi, igiene personale)?	3 ○	3 ○	3 ○	3 ○
Osservazioni sulle condizioni di salute del paziente (O)				
6. Si osserva nel paziente la mancanza di senso del pericolo	2 ○	2 ○	2 ○	2 ○
7. Si osserva che il paziente è agitato	2 ○	2 ○	2 ○	2 ○
8. Si osserva nel paziente un'andatura compromessa (marcia instabile, passo strisciante, scarso equilibrio, cammina con le gambe larghe)	3 ○	3 ○	3 ○	3 ○
9. Si osserva che il paziente si muove in almeno una delle seguenti condizioni: • utilizzando stampelle, bastone, deambulatore, sedia a rotelle; • senza uso di ausili aggrappandosi agli arredi; • con asta per flebo, sacchetto urine, drenaggio e pertanto necessita di una persona che lo aiuti negli spostamenti.	1 ○	1 ○	1 ○	1 ○
Rilevazioni sulla documentazione clinica (R)				
10. Si rileva che il paziente è affetto da almeno una delle seguenti patologie: cerebrovascolari, cardiache, neurologiche e psichiatriche	2 ○	2 ○	2 ○	2 ○
11. Si rileva che il paziente assume almeno uno dei farmaci per uso sistemico appartenenti alle seguenti tipologie: • vasodilatatori • antiipertensivi • diuretici • antistaminici • antidolorifici	1 ○	1 ○	1 ○	1 ○
Score RCP*	☐	☐	☐	☐
Sigla infermiere	☐	☐	☐	☐

*Lo Score RCP si ottiene sommando i punteggi corrispondenti ai fattori di rischio rilevati nel paziente e va impiegato come orientamento per la scelta della azioni di prevenzione delle cadute

© Centro Gestione Rischio Clinico, Regione Toscana

AZIENDA USL 2 LUCCA

T MGB 05 rev. 1

Presidio Ospedaliero Valle del Serchio
Stabilimento Ospedaliero di Barga

U.O. MEDICINA GENERALE

Direttore Dott. Guidantonio Rinaldi

AREA DI OSSERVAZIONE

DIARIO DI OSSERVAZIONE SANITARIA n° _____

Cognome e nome_____

Nato/a il _____

Residente a _____

Professione _____ Stato civile _____

Telefono _____

Familiare di riferimento _____ Telefono _____

Medico di Medicina Generale _____

Codice Fiscale_____

INIZIO OSSERVAZIONE Data _____ Ora _____

DIAGNOSI DI INGRESSO

_____

_____

TERMINE OSSERVAZIONE Data _____ Ora _____

ESITO OSSERVAZIONE

☐	Dimissione
☐	Ricovero U.O. _____ il _____
☐	Decesso Data _____Ora _____

DIAGNOSI DI USCITA

_____

_____

ANAMNESI FAMILIARE E PATOLOGICA REMOTA

ANAMNESI PATOLOGICA PROSSIMA

TERAPIA IN ATTO

ALLERGIE

ESAME OBIETTIVO GENERALE

Data	Diario Clinico	Terapia

DATA																												
Giornata di malattia	1						2						3						4						5			
Ore	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24	4	8	12	16	20	24
41																														
40																														
39																														
38																														
37																														
36																														

PA																														
FC																														
ALVO																														
DIURESI																														
GLICEMIA																			**SIDEREMIA**											
AZOTEMIA																			**FERRITINA**											
CREATININA																			**PCHE**											
GRX10																			**EMOGL. GLICATA**											
Hb gr%																			**TSH**											
HCT%																			**fT3**											
GB x 10^3																			**fT4**											
PLT x 10^3																			**PCR**											
Na +																														
K +																														
Ca ++																														
PO4 ---																														
EGA Ph																														
pO2																														
pCo2																														
HCo3																														
CPK/CK MB																														
LDH																														
SGOT																														
SGPT																														
TROPONINA I																														
AMILASI																														
T% QUICK																														
DIMERO D																														
NH4																														
PALK																														
Ygt																														
VES																														
URICEMIA																														
CLEARANCE CR																														
BILIRUBINA																														
ES. URINE																														
ELETTROFORESI																														

CONSULENZE SPECIALISTICHE

Data	Diario Infermieristico	Firma

CONSENSO A PRELIEVO DI SANGUE PER HIV

Il sottoscritto/a.....
ricoverata presso la U.O. di .....
nata a..... il.....
dà il proprio consenso a sottoporsi a prelievo di sangue per HIV.

Data ..... Firma .....

CONSENSO INFORMATO ALLA TRASFUSIONE DI SANGUE

Io sottoscritto/a.....sono stato informato dal Dr./Prof.....
che per le mie condizioni cliniche potrebbe essere necessario ricevere trasfusioni di sangue (globuli rossi, piastrine, plasma) da donatore; che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione, benché molto rara, del virus dell'immunodeficenza, dell'epatite, ecc.). Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal Dr./Prof..... sia in ordine alle mie condizioni cliniche, sia ai rischi connessi alla trasfusione, come a quelli che potrebbero derivarmi se non mi sottoponessi alla trasfusione. Quindi ☐ ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO ad essere sottoposto al trattamento trasfusionale ritenuto necessario dai Medici del Reparto, per tutto il decorso della mia malattia.

Data..... Firma del paziente .....

CONSENSO INFORMATO AL TRATTAMENTO CON EMODERIVATI

Io sottoscritto/a..... sono stato informato dal Dr./Prof. .....
che per le mie condizioni cliniche devo essere sottoposto ad un trattamento terapeutico con emoderivati (albumina umana, immunoglobuline, fattori della coagulazione, ecc.); che tale pratica terapeutica non è completamente esente da rischi (inclusa la trasmissione, benché molto rara, del virus dell'immunodeficenza, dell'epatite, ecc.). Ho ben compreso quanto mi è stato spiegato dal Dr./Prof. sia in ordine alle mie condizioni cliniche, sia ai rischi connessi alla trasfusione, come a quelli che potrebbero derivarmi se non mi sottoponessi alla trasfusione. Quindi ☐ ACCONSENTO ☐ NON ACCONSENTO ad essere sottoposto al trattamento terapeutico con emoderivati necessario per tutto il decorso della mia malattia.

Data..... Firma del paziente .....

RICHIESTA DI DIMISSIONI CONTRO IL PARERE DEI CURANTI

Io sottoscritto/a..... degente presso l'U.O. .....
di codesto Ospedale dal..... perché affetto da .....
avanza formale richiesta di essere dimesso in data..... ore.....
Il Responsabile della U.O. rifiuta di aderire in quanto.....
.....
Preso atto di quanto sopra, pur avendo perfettamente compreso i rischi ai quali si espone insiste nel suo proposito dichiarandosi di assumersi la piena responsabilità in ordine a qualsiasi danno derivi dalla dimissione.

Visto. IL PRIMARIO .....

Data..... Firma del paziente .....

AZIENDA USL 2 LUCCA

Presidio Ospedaliero Valle del Serchio

TUTELA DELLA PRIVACY
INFORMATIVA AI CITTADINI E PRESTAZIONE DEL CONSENSO

Si informa che la normativa di tutela della privacy (D.Lgs. 196/03) ha la finalità di garantire la riservatezza dei dati personali e in particolare di quelli riguardanti la salute (dati sensibili).

Ogni persona che richiede prestazioni all'Azienda Sanitaria è tenuta a fornire i dati personali e/o sensibili indispensabili per ricevere gli opportuni trattamenti sanitari.

In particolare la raccolta dei dati è finalizzata:

- alla tutela della salute e dell'incolumità fisica dell'interessato, di un terzo o della collettivà;
- alla ricerca scientifico-statistica diretta alla tutela della salute e dell'incolumità fisica dell'interessato, di un terzo o della collettività;
- all'accertamento e certificazione dello stato di salute dell'interessato e agli adempimenti amministrativo-contabili necessari per la gestione delle attività istituzionali.

In assenza di tali informazioni l'Azienda Sanitaria potrebbe non essere in grado di effettuare le prestazioni richieste.

I dati raccolti saranno utizzati in modo corretto, lecito e trasparente, tutelando la riservatezza e i diritti dell'interessato, nel rispetto del segreto professionale e d'ufficio e in forma anonima nell'ipotesi di ricerca scientifico-statistica.

Tali dati, raccolti a mezzo di strumenti manuali e/o informatici, verranno custoditi in modo da garantirne la sicurezza.

La comunicazione di dati ad altri soggetti pubblici e a privati, verrà effettuata in esecuzione di obblighi di legge, di regolamento e per lo svolgimento delle funzioni istituzionali ai sensi di quanto previsto dal D.Lgs. 196/03 e dalle ulteriori disposizioni integrative. L'Azienda Sanitaria non da luogo a diffusione dei dati personali raccolti.

Ai sensi dell'art 7 del D.Lgs. 196/03 l'interessato ha diritto di ottenere:

- la conferma dell'esistenza o meno dei dati che lo riguardano
- ed essere informato del nome, sede del titolare e del responsabile, nonchè delle finalità e modalità del trattamento
- - ottenere il blocco, la trasformazione in forma anonima, la cancellazione (sempre che non esistano obblighi di conservazione), l'aggiornamento, la rettifica dei dati e di ottenere altresì l'attestazione che le predette operazioni sono state portate a conoscenza di coloro ai quali i dati sono stati comunicati o diffusi, a meno che ciò non risulti impossibile o eccessivamente oneroso, e di opporsi in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati che lo riguardano.
- di opporsi, in tutto o in parte, per motivi legittimi, al trattamento dei dati personali che lo riguardano.

Le richieste per l'esercizio dei diritti di cui sopra devono essere presentate al Responsabile o al Titolare del trattamento.

Titolare del trattamento dei dati (raccolta, registrazione, elaborazione, conservazione, etc.) è l'Azienda USL 2 di Lucca. L'elenco aggiornato dei Responsabili dei Trattamenti è consultabile presso la U.O. Affari Generali e Legali

Consenso

Letta l'informativa che precede, dichiaro, ai sensi del D.Lgs. 196/03, di prestare il mio consenso al trattamento di tutti i miei dati personali.

Data

_____

(firma)

Data di dimissione _____

Osservazioni

_____

_____

_____

_____

Il Medico del Reparto **Il Direttore**

_____ _____

Azienda USL 2 Lucca – Servizio Sanitario della Toscana **Presidio Ospedaliero Valle del Serchio** **Dipartimento Ospedaliero** **U.O Medicina Generale**	**SCHEDA DI VALUTAZIONE DEL PAZIENTE IN VENTILAZIONE MECCANICA NON INVASIVA**	**T MGB 06** Rev. 0 Pag. 1 di 1

Nome e cognome_____data di nascita_____

Diagnosi

☐	BPCO	☐	Obesità ed ipoventilaione
☐	Deformità della gabbia toracica	☐	Insufficienza respiratoria tipo 1
☐	Edema polmonare	☐	Insufficienza respiratoria tipo 2
☐	Malattie neuromuscolari	☐	

Rx Torace:_____

Comorbidità_____
_____

				ORARIO VMNI			**EMOGASANALISI**				
DATA E MODALITA' VENTILAZIONE	**PEEP**	**P insp**	**FiO_2**	**M**	**P**	**N**	**pH**	**PaO_2**	**$PaCO_2$**	**HCO_3**	**SaO_2**

Inizio VMNI:

PS VDS	PS LUCCA	ICU	PNEUMOLOGIA	UO MEDICINA

Esito della VMNI

☐	successo			
☐	fallimento/nessun beneficio	per	☐	intolleranza
			☐	eccessive secrezioni
			☐	peggioramento

Durata ricovero:_____ **ore di VMNI**: _____ **giorni di VMNI**: _____

Dimissione

☐	dimissione senza VMNI	☐	decesso per cause respiratorie
☐	dimissione con VMNI	☐	decesso per cause non respiratorie
☐	**dimissione con OTLT**	☐	**trasferimento**

Azienda USL 2 Lucca Servizio Sanitario della Toscana **Presidio Ospedaliero Valle del Serchio** **Dipartimento Ospedaliero** **U.O Medicina Generale**	**CONSENSO INFORMATO ALLA PARACENTESI**	**T MGB 07** Rev. 0 Pag. 1 di 1

Io sottoscritto _____
nato a _____ il _____
a cui il Dott._____ propone la paracentesi
dichiaro di essere stato informato:

della mia condizione clinica
delle modalità di esecuzione della PARACENTESI a scopo:

- ❑ **diagnostico**
- ❑ **terapeutico**

delle sue finalità ed eventuali alternative
di aver fornito tutti i dati a me noti sulle mie malattie pregresse e sul mio stato di salute, sulle terapie in atto (anticoagulanti, antiaggreganti piastrinici)
delle potenziali complicanze
della eventualità, pertanto, qualora si verificassero le complicanze indicatemi che si renda necessario un intervento chirurgico d'urgenza e/o emotrasfusioni

Dichiaro inoltre di aver letto l'informativa fornitami e di aver avuto tempo e modo di porre tutte le domande che ho ritenuto opportune e di aver avuto in merito risposte esaurienti che ho compreso e che mi hanno soddisfatto. Sono stato informato che verrà osservata ogni cautela dettata da prudenza, diligenza e perizia al fine di evitare eventi dannosi che potrebbero compromettere la mia salute e che in caso di reale necessità, che si verificasse nel corso dell'esame, sempre a tutela della mia salute, i Sanitari potranno adottare, secondo scienza e coscienza, ogni misura diagnostica e terapeutica ritenuta indispensabile per la mia salvaguardia.
Preso atto di tutto ciò, in piena coscienza e libertà di giudizio, pur potendo in qualunque momento revocare tale decisione,

- ❑ **Acconsento**
- ❑ **Non acconsento**

Data ..... Firma ..... (Paziente/Tutore legale/Genitore)

Io sottoscritto Dott.…… confermo di aver spiegato al paziente le modalità di esecuzione dell'esame, i motivi, gli scopi, i benefici e le possibili complicanze della Paracentesi diagnostica e/o terapeutica.

Data..... Firma..... (Medico che ha informato il paziente)

Data……..Firma……..……..(Medico che esegue l'esame)

Data …… Firma ……...……. (Grado di parentela)

Azienda USL 2 Lucca – Servizio Sanitario della Toscana **Presidio Ospedaliero Valle del Serchio** **Dipartimento Ospedaliero** **U.O Medicina Generale**	**CONSENSO INFORMATO ALLA TORACENTESI**	**T MGB 08** Rev. 0 Pag. 1 di 1

Io sottoscritto _____
nato a _____ il _____
a cui il Dott. _____ propone la toracentesi
dichiaro di essere stato informato:

della mia condizione clinica

delle modalità di esecuzione della TORACENTESI a scopo:

- ❑ **diagnostico**
- ❑ **terapeutico**

delle sue finalità ed eventuali alternative

di aver fornito tutti i dati a me noti sulle mie malattie pregresse e sul mio stato di salute, sulle terapie in atto (anticoagulanti, antiaggreganti piastrinici)

delle potenziali complicanze

della eventualità, pertanto, qualora si verificassero le complicanze indicatemi che si renda necessario un intervento chirurgico d'urgenza e/o emotrasfusioni

Dichiaro inoltre di aver letto l'informativa fornitami e di aver avuto tempo e modo di porre tutte le domande che ho ritenuto opportune e di aver avuto in merito risposte esaurienti, che ho compreso e che mi hanno soddisfatto. La mia malattia non trattata può evolvere in **persistenza o aggravamento del disturbo, con rischio di grave insufficienza respiratoria.** Sono stato informato che verrà osservata ogni cautela dettata da prudenza, diligenza e perizia al fine di evitare eventi dannosi che potrebbero compromettere la mia salute e che in caso di reale necessità, che si verificasse nel corso dell'esame, sempre a tutela della mia salute, i Sanitari potranno adottare, secondo scienza e coscienza, ogni misura diagnostica e terapeutica ritenuta indispensabile per la mia salvaguardia.

Preso atto di ciò, in piena coscienza e libertà di giudizio, pur potendo in qualunque momento revocare tale decisione

- ❑ **Acconsento**
- ❑ **Non acconsento**

Data……Firma……..…(Paziente/Tutore legale/Genitore)

Io sottoscritto Dott. ……confermo di aver spiegato al paziente le modalità di esecuzione dell'esame, i motivi, gli scopi, i benefici e le possibili complicanze della toracentesi diagnostica e/o evacuativa

Data…… Firma……..….(Medico che ha informato il paziente)

Data…… Firma……..……..(Medico che esegue la toracentesi)

Data……Firma…….……..…(Grado di parentela)

Azienda USL 2 Lucca – Servizio Sanitario della Toscana **Presidio Ospedaliero Valle del Serchio** **Dipartimento Ospedaliero** **U.O Medicina Generale**	**CONSENSO INFORMATO ALLA BIOPSIA OSTEO-MIDOLLARE E MIELOASPIRATO**	**T MGB 09** Rev. 0 Pag. 1 di 1

Io sottoscritto _____
nato a _____ il _____
a cui il Dott. _____ propone:

- ❑ **Biopsia osteo-midollare**
- ❑ **Mieloaspirato midollare**

dichiaro di essere stato informato:

della mia condizione clinica
delle modalità di esecuzione della BOM/MO:
delle sue finalità
di aver fornito tutti i dati a me noti sulle mie malattie pregresse e sul mio stato di salute, sulle terapie in atto (anticoagulanti, antiaggreganti piastrinici)
delle potenziali complicanze
della eventualità, pertanto, qualora si verificassero le complicanze indicatemi che si rendano necessarie emotrasfusioni

Dichiaro inoltre di aver letto l'informativa fornitami e di aver avuto tempo e modo di porre tutte le domande che ho ritenuto opportune e di aver avuto in merito risposte esaurienti, che ho compreso e che mi hanno soddisfatto.

Preso atto di tutto ciò, in piena coscienza e libertà di giudizio, pur potendo in qualunque momento revocare tale decisione

- ❑ **Acconsento**
- ❑ **Non acconsento**
- ❑ **Acconsento** alla somministrazione di anestetico locale

Data ..... Firma ..... (Paziente/Tutore legale/Genitore)

Io sottoscritto …… confermo di aver spiegato al paziente le modalità di esecuzione dell'esame, i motivi, gli scopi, i benefici e le possibili complicanze della MO e/o della BOM

Data..... Firma..... (Medico che ha informato il paziente)

Data……..Firma…….……(Medico che esegue l'esame)

Data …… Firma……..……...…… (Grado di parentela)

Azienda USL 2 Lucca Servizio Sanitario della Toscana	**Presidio Ospedaliero Valle del Serchio** **Dipartimento Ospedaliero** **U.O Medicina Generale**	**LETTERA DI DIMISSIONE**	**T MGB 10** Pag. 1 di 1

DATA	FIRMA	NOTE

Controllo e assemblaggio dopo l'uso

data	firma	note

NOTE:

1. **Il controllo si esegue ogni sei mesi.**
2. **Ogni volta che si usa si provvede all'assemblaggio.**
3. **I farmaci inseriti nel carrello non devono avere scadenza inferiore a sei mesi.**

Presidio Ospedaliero Valle del Serchio Dipartimento Ospedaliero U.O Medicina Generale	***CONTROLLO VENTILATORI VELA***	T MGB 12 Rev 0

DATA	FIRMA	DATA	FIRMA
I			

ASL 2 Lucca – P.O. Valle del Serchio	Scheda di valutazione del dolore	

U.O./S.A. _____ **Data di Ingresso** _____
Cognome e Nome _____ **Nato/a il** _____
Diagnosi di Ingresso _____

Terapia analgesica in atto a domicilio **Si** ☐ **No** ☐
Terapia analgesica prescritta al ricovero **Si** ☐ **No** ☐
Caratteristiche temporali del dolore **Acuto** ☐ **Cronico** ☐

Data																									
Ora																									
Scala di Riferimento V.A.S.	**10**																								
	9																								
	8																								
	7																								
	6																								
	5																								
	4																								
	3																								
	2																								
	1																								
	0																								

Sede del dolore																									
Capo																									
Collo																									
Torace																									
Addome																									
Arti Sup.																									
Arti Inf.																									

Sintomi Associati																									
Nausea/Vomito																									
Inappetenza																									
Stipsi																									
Febbre/Brivido																									
Edema																									
Confusione																									
Sigla Operatore																									
Firma Medico																									

Servizio Sanitario della Toscana	**Presidio Ospedaliero Valle del Serchio Dipartimento Ospedaliero U.O Medicina Generale**	***SCHEDA DI CONTROLLO, PULIZIA APPARECCHI ELETTROMEDICALI E CARRELLI***	T MGB 14 Rev 0

CONTROLLI	FIRMA	NOTE

T MGB 15 Rev.0

AZIENDA USL 2 LUCCA
PRESIDIO OSPEDALIERO DELLA VALLE DEL SERCHIO
STABILIMENTO OSPEDALIERO DI BARGA

UO MEDICINA GENERALE
DIRETTORE DOTT. GUIDANTONIO RINALDI

SCHEDA PRESTAZIONI AMBULATORIALI

COGNOME E NOME_____

Nato/a il _____ a _____

Indirizzo _____

Recapito telefonico _____

Codice fiscale _____

Medico curante _____

Data _____

DATA	DIARIO

DATA	DIARIO

ELENCO PRESTAZIONI AMBULATORIALI

1. **Infusione di emoderivati**
2. **Infusione di prostaglandine**
3. **terapie marziali ev**
4. **farmaci ev di uso ospedaliero**
5. **procedure invasive ecoguidate (toracentesi, paracentesi)**
6. **bom/mieloaspirato**
7. **EGA**
8. **Medicazioni varie**
9. **Lavaggio Porth CVC**

Azienda USL 2 Lucca – Servizio Sanitario della Toscana **Presidio Ospedaliero Valle del Serchio** **Dipartimento Ospedaliero** **U.O Medicina Generale**	***SCHEDA DI VERIFICA MATERASSINI ANTIDECUBITO***	T MGB 16 Rev 0

MESE ANNO	**RILEVAZIONI DISSERVIZI se SI specificare**	**NO**	**FIRMA**
GENNAIO			
FEBBRAIO			
MARZO			
APRILE			
MAGGIO			
GIUGNO			
LUGLIO			
AGOSTO			
SETTEMBRE			
OTTOBRE			
NOVEMBRE			
DICEMBRE			

ANNO____________

N SDO paz. ventilati	N SDO paz. inviati in rianimazione	N° SDO paz. ritornati dalla rianimazione	Giorni di attesa per paz.che devono essere trasf. dalla rianimazione

ANNO_____

MESE	NOTE	FIRMA
GENNAIO		
FEBBRAIO		
MARZO		
APRILE		
MAGGIO		
GIUGNO		
LUGLIO		
AGOSTO		
SETTEMBRE		
OTTOBRE		
NOVEMBRE		
DICEMBRE		

Azienda USL 2 Lucca – Servizio Sanitario della Toscana **Presidio Ospedaliero della Valle del Serchio** **Dipartimento Ospedaliero** **U.O.Medicina Generale**	**ACCORDO SULL'INFORMAZIONE**	**T MGB 20**

Io sottoscritto/a Sig._____nato il _____

a _____

dichiaro di essere stato/a informato/a dal Medico Dott./Dott.ssa_____

di avere diritto:

- ☐ Al rispetto della mia persona e della mia dignità
- ☐ Ad essere informato in modo completo e comprensibile riguardo:
  - ☐ Al mio stato di salute e all'evoluzione della malattia
  - ☐ Alle procedure diagnostico-terapeutiche necessarie, per la cui esecuzione potrò esprimere o meno il consenso
- ☐ A poter esprimere la mia volontà di non essere informato/a sulla mia situazione di malattia, conservando il diritto al miglior trattamento previsto dagli standard terapeutici attuali

Dichiaro, inoltre, che le notizie relative al mio stato di salute vengano fornite:

- ☐ Solo a me
- ☐ A me e a_____(specificare)
- ☐ Sola a _____ (specificare)
- ☐ In caso di incoscienza a _____ (specificare)

Chiedo che vengano rispettate le mie scelte dettate dalla mia fede religiosa, dalla mia cultura, dai miei ideali e valori etici e che esse vengano tenute in massima considerazione nel momento in cui mi verrà suggerita una proposta terapeutica, in relazione soprattutto alla qualità della mia vita futura.

Chiedo pertanto di poter usufruire dell'assistenza religiosa della fede che professo:

- o Si _____(specificare)
- o No

Autorizzo il personale dell'Unità Operativa al trattamento dei dati sensibili (DL n. 196 del 30.06.2003).

Firma del Medico_____

Firma del Paziente_____

Data _____

COS'E' IL PORTH

E' un presidio impiantabile che viene usato per infondere farmaci direttamente nel circolo.
E' completamente sotto cute e una volta impiantato sarà visibile solo una piccola area sotto la pelle.
Non richiede manutenzione particolare e non interferisce con le Sue attività giornaliere. E' possibile che nelle 24-48 ore dopo l'impianto compaia rossore e/o gonfiore sulla cute attorno all'area, eventualmente associato a dolore, comunque di modesta entità. Si tratta di fenomeni che tendono a regredire rapidamente. Se al contrario questi fenomeni persistono anche a distanza di tempo dall'impianto è necessario che si rivolga al Suo medico oncologo o al personale infermieristico. E' importante evitare sforzi nel corso della prima settimana dal posizionamento per evitare uno spostamento del Porth sotto la cute. Dopo circa 10 giorni potrà svolgere qualsiasi attività quotidiana. Quando il Porth non è in uso non è necessario nessun bendaggio. Se , invece viene attuata un'infusione continua di farmaci , il bendaggio si rende necessario in modo da garantire la protezione e la corretta posizione dell'ago inserito nel setto.

MANUTENZIONE

La manutenzione richiede dei periodi di lavaggi (ogni tre , quattro settimane) eseguiti dal personale infermieristico, anche quando il sistema non è in uso. Le verrà consegnato dall'infermiera un cartellino tascabile dove verrà riportata la data di impianto e i successivi lavaggi mensili. Tali lavaggi richiedono soluzioni adatte ad evitare l'ostruzione del catetere . Per poter valutare la regolarità del flusso ed il corretto posizionamento dell'ago , i lavaggi verranno effettuati anche prima del normale uso previa aspirazione, così come dopo ogni utilizzo del porth (prelievo ematico o terapia)

QUANDO RIMUOVERLO

Il porth può rimanere in sede per tutto il tempo che il medico lo ritenga necessario (mesi, anni). Nel momento che l'utilizzo del catetere venoso centrale non sia più necessario, il porth verrà rimosso. Tale rimozione richiede un piccolo intervento simile a quello per l'impianto.

Presidio Ospedaliero Valle del Serchio **Dipartimento Ospedaliero** **UO Medicina Generale**	**CONTROLLO E MANUTENZIONE APPARECCHI BIOMEDICI**	**T MGB 24** Rev. 0 Pag. 1 di 1

ANNO_____________________		CONTROLLO ELETTRICO ANNUALE	MANUTENZIONE PREVENTIVA ANNUALE	MANUTENZIONE PREVENTIVA SEMESTRALE	
APPARECCHIO	N. INVENTARIO			I	II

Azienda USL 2 Lucca – Servizio Sanitario della Toscana **Presidio Ospedaliero Valle del Serchio** **Dipartimento Ospedaliero** **UO Medicina Generale**	**Modulo consegna contenitore per protesi**	**T MGB 25** Rev 0 Pag. 1 di 1

In data…….

viene consegnato il contenitore per protesi……..

Al
Sig./ra…….

Firma per ricevuta

Azienda USL 2 Lucca Servizio Sanitario della Toscana **Presidio Ospedaliero Valle del Serchio** **Dipartimento Ospedaliero** **U.O Medicina** **Ambulatorio endos.**	***SCHEDA DI CONTROLLO, DISINFEZIONE ENDOSCOPI E ACCESSORI***	T MGB 26 Rev 0

CONTROLLI mese di	FIRMA	NOTE

Azienda USL 2 Lucca – Servizio Sanitario della Toscana **Presidio Ospedaliero Valle del Serchio** **Dipartimento Ospedaliero** **UO Medicina Generale**	**ELETTROCARDIOGRAMMA**	**T MGB 27** Rev 1 Pag. 1 di 1

Cognome e nome_____

Nato/a_____il_____

Reparto_____data_____

□ **Tracciato normale** □ **Tracciato invariato** □ **Tracciato modificato rispetto al precedente**

Disturbi dell'automatismo

□ **Aritmia sinusale**
□ **Tachicardia sinusale**
□ **Bradicardia sinusale**
□ **Pause sinusali**
□ **Ritmo giunzionale**
□ **Extrasistolia soprav.**
□ **Fibrillazione atriale**
□ **Flutter atriale**
□ **Ritmo ventricolare**
□ **Extrasistolia ventric.**
□ **Ritmo indotto da Pace Maker**
□_____

Difetti di conduzione

□ **Blocco seno atriale**
□ **Blocco atrio ventricolare**
□ **Emiblocco anteriore sx**
□ **Emiblocco posteriore sx**
□ **Blocco di branca sx**
□ **Blocco di branca dx**
□ **Preeccitazione ventri**

Analisi del tratto ST-T

□ **Anomalie a carattere aspecifico**
□ **Anomalie da sovraccarico vent. sx**
□ **Anomalie da sovraccarico vent.dx**
□ **Segni di ischemia miocardica**
□ **Segni di lesione**
□ **Necrosi miocardica acuta**
□ **necrosi miocardica pregressa**
□_____

Anomalie dell'onda A e del QRS

□ **Anomalie dell'atriogramma**
□ **Basso voltaggio del ventricolo gramma**
□ **Ipertrofia ventricolare sx**
□ **Ipertrofia ventricolare dx**

Caselle contrassegnate N°_____ **IL MEDICO_____**

……..

……

……....

……

……....

Cognome e Nome_____

DATA	COLAZIONE	PRANZO	CENA	FIRMA

MESE ANNO

BATTERIE	DATA	FIRMA
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
luna		

MEZZO SOLE 74067 PARTE UOMINI
SOLE 58601 PARTE NUOVA
LUNA 60075 PARTE DONNE

MESE ANNO

BATTERIE	DATA	FIRMA
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
luna		

MEZZO SOLE 74067 PARTE UOMINI
SOLE 58601 PARTE NUOVA
LUNA 60075 PARTE DONNE

MESE ANNO

BATTERIE	**DATA**	**FIRMA**
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		
Mezzo sole		
Sole		
Luna		

MEZZO SOLE 74067 PARTE UOMINI
SOLE 58601 PARTE NUOVA
LUNA 60075 PARTE DONNE

Azienda USL 2 Lucca – Servizio Sanitario della Toscana **Presidio Ospedaliero Valle del Serchio** **Dipartimento Ospedaliero** **UO Medicina Generale**	**MASCHERINA FAX**	**T MGB 30** Rev0 Pag. 1 di 1

Barga,li _____

A:	**Da:** **U.O.MEDICINA BARGA** **Via dei Frati, 1** **55051 Barga**
Tel.:	**Tel.:** **0583729265** **0583729267**

Fax:	**Fax:** **0583729318**

Oggetto:

Pagine inclusa copertina n°

□ **URGENTE** □ **ATTESA RISPOSTA** □ **VS COMMENTI**

Note/Commenti:

MESE ANNO	Pulizia giornaliera	Controllo funzionalità	Controllo da parte del tecnico addetto	FIRMA	NOTE
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					

19					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					

Compilare con una X

T 0	T1	T2
T3	T4	T5
T6	T7	T8

.

Cap. 5.5
Documenti Vari

ELENCO DOCUMENTI

IDENTIFICAZIONE DOCUMENTO		DATA EMISSIONE	ULTIMA REVISIONE		REDAZIONE E LUOGO ARCHIV.	RESPONSABILE	LIVELLO DIFFUSIONE
CODICE	*DENOMINAZIONE*		Rev.	Data			
Doc MGB 01	Gestione del Paziente con gastrostomia endoscopica per cutanea (PEG)	20.11.2012	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
Doc MGB 06	Depliant Informativo	2001	1	28.09.11	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
Doc MGB 07	Rischio Clinico	20.09.11	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
Doc MGB 08	Informativa per paracentesi, toracentesi, biopsia osteo-midollare e mileoaspirato	05.05.10	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
Doc MGB 09	Modalità di ricovero	20.09.10	0	Conf. II 22/05/2013	UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale
Doc MGB 10	Pianificazione e controllo dell'attività manutentiva delle apparecchiature sanitarie	20.09.11	0		UO Medicina Generale PO Valle del Serchio	Direttore UO Medicina Generale	Tutto il personale della UO Medicina Generale

Data

22/05/2013

Direttore Struttura Organizzativa

Doc MGB 01

GESTIONE DEL PAZIENTE CON PEG

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
20/11/2012	0	Dott.ssa C. Sterpi I.C. Ianula Barbi	Dott. Q. Lucchesi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 5

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 5

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 5

7. DISTRIBUZIONE 5

1. SCOPO

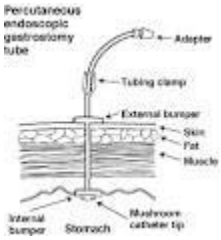
Lo scopo di questo documento è quello di ottimizzare la gestione del paziente portatore di gastrostomia endoscopica per cutanea (PEG), sia durante il ricovero che a domicilio o presso strutture sanitarie residenziali.

2. APPLICABILITÀ

Il presente documento viene applicato al personale medico ed infermieristico ed OSS.

3. MODALITA' OPERATIVE

3.1 ASSISTENZA AL PAZIENTE



0-24 ore (stabilizzazione):

- non utilizzare la PEG per l'alimentazione
- aspirazione a caduta
- controllare la corretta posizione della PEG

24-48 ore:

- inizio alimentazione
- mantenere eventuale terapia antibiotica
- mantenere pulita la medicazione

1° settimana:

- mantenere la medicazione (rimuoverla a termine della settimana)
- controllo corretta posizione PEG

Successivamente:

- controllare giornalmente la cute attorno alla sonda
- verificare se ci sono arrossamenti, pus o fuoriuscita di materiale gastrico
- Controllo corretto posizionamento PEG
- Non mettere garze tra la cute e l'anello esterno

3.2 CONTROLLO DELLA CORRETTA POSIZIONE DELLA PEG

La sonda che permette la comunicazione tra esterno e cavità gastrica allo stesso tempo rende solidali la parete dello stomaco e quella addominale tramite due strutture una posizionata in cavità gastrica e l'altra sulla cute.
La perfetta aderenza della campana interna alla mucosa gastrica e del disco esterno è estremamente importante.
E'quindi opportuno controllare ad intervalli regolari la perfetta aderenza del disco esterno alla superficie cutanea poiché durante i movimenti il disco sulla cute viene sollecitato e tende a scivolare allontanandosi dalla parete addominale. In caso di eccessiva mobilità della protesi riposizionare il disco esterno a contatto con la cute e verificare la possibilità di eseguire piccoli movimenti di trazione esterna evitando le trazioni eccessive.

3.3 ALIMENTAZIONE

- somministrazione in boli
- valutazione del fabbisogno giornaliero in calorie
- distribuzione delle calorie ai pasti cercando di mantenere il ritmo: colazione-pranzo-merenda-cena
- posizionare il paziente seduto-semiseduto (almeno a 30°)
- somministrare il pasto in circa 20 minuti
- effettuare il lavaggio della sonda al termine del pasto o della somministrazione delle terapie con 200 ml di acqua
- in caso di somministrazione continua con prodotti appositi effettuare il lavaggio della sonda ogni 3-4 ore con 200 ml di acqua

3.4 FARMACI

- non mescolarli con gli alimenti ma somministrarli a parte

- preferire farmaci in forma liquida e se non possibile, frantumare le compresse e mescolarle con acqua per la somministrazione
- effettuare sempre lavaggio con 200 ml di acqua al termine della somministrazione

3.5 COMPLICANZE E RIMEDI

1. **Perdita di succo gastrico:** medicare, verificare corretto posizionamento della sonda e se necessario far sostituire la sonda
2. **Arrossamento della cute per perdita di succo gastrico:** vedi sopra
3. **Ostruzione della sonda:** si verifica per insufficiente pulizia. Spremere delicatamente il tubo tra pollice ed indice e poi effettuare il lavaggio con acqua tiepida e bicarbonato di sodio o coca-cola o succo di limone. Se non efficace avvisare il medico e se necessario far sostituire.
4. **Rimozione completa accidentale:** coprire la stomia con garza, mantenere il paziente digiuno, avvisare il medico e far riposizionae. Eventualmente contattare il Pronto Soccorso
5. **Nausea e/o vomito:** sospendere momentaneamente l'alimentazione
6. **Diarrea:** è la complicanza più frequente per varie cause (intolleranza al lattosio, contaminazione degli alimenti, elevata osmolarità della nutrizione, elevata velocità di somministrazione, temperatura troppo fredda). Segnalare al medico.
7. **Altre:** emorragie gastro-intestinali, sepsi, perforazione, peritonite, ascesso della parete addominale.

NUMERI UTILI:
Endoscopia digestiva Barga 0583 729341
UO Medicina Generale PO Valle del Serchio Stabilimento Ospedaliero di Barga 0583 729265/7

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore della UO Medicina.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale medico ed infermieristico.
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

Doc MGB 06

Depliant Informativo

.

DEPLIANT INFORMATIVO DELL'U.O. MEDICINA GENERALE DI BARGA

PERSONALE DI REPARTO

Direttore: Dr. Guidantonio Rinaldi
Medici : Dott. Ssa C. Gigli, Dr.ssa M.Chiara Bertieri, Dr.ssa R. Biondi, Dr.ssa V. Iacopetti, Dr.ssa Q. Lucchesi, Dr. F. Rosatti, Dr.ssa C. Sterpi
Infermiere Coordinatore: Ianula Barbi; è individuabile dalla striscia rossa sulla divisa
Infermieri : individuabili dalla striscia azzurra sulla divisa
OSS : individuabili dalla striscia verde sulla divisa
Personale pulizie: individuabili dalla casacca verde
Personale DH oncologico : Infermiera Bianchi Liana

Tipologia delle prestazioni erogate:

- Cardiopatia ischemica cronica nelle sue varie manifestazioni (eccetto IMA STEMI/NSTEMI)
- Cerebrovasculopatie acute e croniche
- Patologie vascolari acute e croniche degli arti
- Diabete mellito e sue complicanze
- Insufficienza renale acuta e cronica
- Ipertensione arteriosa
- Broncopneumopatie croniche
- Insufficienza respiratoria acuta e cronica (presenza di 2 letti monitor con Ventilatori per ventilazione meccanica non invasiva)
- Neoplasie ematologiche e tumori solidi
- Patologie gastrointestinali ed epatopatie non infettive
- Patologie endocrinologiche
- Patologie infettive che non comportino necessità di isolamento (eccetto colite da Clostridium difficile)
- Patologie immunologiche e reumatologiche

L'Unità Operativa ha un rapporto di collaborazione e consulenza con realtà cliniche appartenenti alla ASL 2 e alla'Area Vasta Nord-Ovest; in particolare con:

- UO Medicina Nucleare del PO di Lucca
- UO Cardiologia del P.O. di Lucca
- UO Pneumologia del P.O. di Lucca
- Ecografia Chirurgica del P.O. di Lucca per procedure interventistiche
- Dipartimento Immagini di Cisanello per la diagnostica angiografica
- Chirurgia Vascolare della AUOP
- UO Ematologia della AOUP
- Neurochirurgia Ospedaliera della AOUP
- UO Chirurgia Toracica della AOUP

- Istituto di Fisiologia Clinica CNR - S. Cataldo

Operatori responsabili delle prestazioni erogate:

Medici

- 1 Responsabile e 1 referente Medico di Ecografia internistica
- 1 referente del Rischio Clinico
- 2 Referenti Medici di Endoscopia digestiva (tra essi il Direttore)
- 1 Referente Medico del Day Hospital
- 1 Referente Medico dell'Ambulatorio internistico e della Privacy
- 1 Referente Medico della Ventilazione meccanica non invasiva e della Assicurazione Qualità
- 1 Referente di Reumatologia

Infermiere Coordinatore

- Coordina il personale infermieristico e di supporto
- Collabora con il Direttore della U.O. all'organizzazione del lavoro e organizza l'attività infermieristica e ausiliaria
- Promuove la cortesia e l'umanizzazione nell'ambito delle attività infermieristiche

Infermiere

- Garantisce l'assistenza generale infermieristica al paziente, preventiva, curativa, palliativa, riabilitativa, relazionale ed educativa
- Garantisce l' identificazione dei bisogni di salute della persona
- Garantisce la pianificazione e la gestione dell'intervento assistenziale infermieristico

Personale di supporto

- Garantisce l'assistenza diretta alla persona ed l'aiuto domestico alberghiero
- Garantisce l'intervento igienico sanitario e di carattere sociale

PRINCIPI DA RISPETTARE

- L' orario di visita ai pazienti è dalle ore 7,30 alle ore 8,30 e dalle ore 12,00 in poi.
- Durante tutte le attività mediche e infermieristiche tutti i visitatori devono lasciare il reparto
- I visitatori sono pregati di non sovraffollare le stanze di degenza; nella stanza con letti monitorizzati ogni ricoverato può ricevere una persona per volta
- E' proibito ai visitatori di compiere qualsiasi attività assistenziale. Ogni visitatore deve assumere un comportamento idoneo e rispettare il bisogno di riposo e la privacy di tutti i pazienti
- E' proibito sedersi sui letti.
- Evitare di mettere troppi oggetti personali sui comodini, ma riporli negli appositi scompartimenti (CASSETTO e SPORTELLINO INFERIORE)
- E' vietato fumare nelle stanze e nei corridoi, ma è necessario recarsi negli apposti spazi fuori dal reparto

- Il personale di reparto ha il dovere di far rispettare le norme interne ed eventualmente di allontanare visitatori fuori orario
- I pazienti possono ricevere telefonate dall'esterno dalle ore 13,00 alle 14,00 e dalle 19,00 alle 20,00 (tel. Donne 0583/729268 Uomini 0583/729264)

PREZZI E/O TARIFFE

Il reparto dispone di una stanza a pagamento, che può essere utilizzata solo in caso di disponibilità. Per il costo e il pagamento l'utente dovrà rivolgersi all'Ufficio Ticket (il reparto rilascia esclusivamente il modulo di richiesta della stanza).
Per tutte le prestazioni ambulatoriali (costi e tariffe) rivolgersi all'Ufficio Ticket.

COLLOQUIO CON IL DIRETTORE ED I MEDICI E COMUNICAZIONE CON L'UTENTE

I Medici ricevono i familiari al mattino, dopo la visita medica in reparto, dalle ore 13.00 alle ore 14.00 **esclusivamente** nello Studio Medico, al fine di garantire il rispetto della Privacy.
Il personale sanitario non può dare informazioni sui ricoverati telefonicamente.

I referti di esami non disponibili al momento della dimissione verranno comunicati al paziente e, in casi particolari ai familiari, nel pieno rispetto delle normative vigenti in termini di Privacy, mediante raccomandata o ritirati direttamente in reparto.

Le fotocopie delle cartelle cliniche devono essere richieste all'Ufficio Cartelle Cliniche (vicino all'Ufficio Ticket) il LUNEDI', MERCOLEDI' E VENERDI' dalle ore 10.30 alle ore 12.30.

La consegna della Lettera di Dimissione avviene a partire dalle ore 15.30 insieme ai farmaci prescritti.

COSA PORTARE AL MOMENTO DEL RICOVERO

- Esami ed accertamenti diagnostici precedenti
- Lettere di dimissione di precedenti ricoveri
- La terapia domiciliare
- Occorrente per l'igiene personale
- Biancheria personale

ALTRE INFORMAZIONI

Volontariato: sono presenti in reparto i Volontari dell'Arciconfraternita della Misericordia di Barga tutti i giorni negli orari dei pasti (assistenza nella alimentazione ore 12.15 e ore 18.15); inoltre sono disponibili per colloqui di sostegno psicologico.

Assistenza religiosa: è presente un Sacerdote, che fa visita ai degenti ogni mattina dalle ore 8 e in altri orari, su chiamata. Ogni domenica S.Messa ore 10 nella Cappella a Piano Terra.

Servizio Mensa per i Familiari: per usufruire della Mensa richiedere buono alla Caposala o al personale infermieristico. La mensa è aperta dal lunedì al sabato dalle ore 12 alle ore 15.
NUMERI DI TELEFONO UTILI
Centralino dell'Ospedale di Barga 0583 7290

Direttore 0583 729262
Caposala 0583 729955
Stanza Infermieri 0583 729265 (Reparto Uomini)-729267 (Reparto Donne)
Corridoio Reparto Uomini 0583 729264
Corridoio Reparto Donne 0583 729268
Studio Medici 0583 729286

Doc MGB 07

RISCHIO CLINICO

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
20/09/2010	0	Dott.ssa Q. Lucchesi I.C. Ianula Barbi	Dott. M.C. Bertieri	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 3

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 4

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 4

7. DISTRIBUZIONE 4

1. SCOPO

Lo scopo di questo documento è quello di garantire la sicurezza del paziente attraverso l'analisi delle criticità che emergono dall'assistenza, la comprensione degli errori sia attivi che latenti, che possono verificarsi nella pratica clinico-infermieristica quotidiana ed il miglioramento conseguente delle pratiche cliniche (Gestione del Rischio Clinico- GRC).

2. APPLICABILITÀ

Il presente documento viene applicato al personale medico ed infermieristico.

3. MODALITA' OPERATIVE

Conoscenza ed applicazione di:

- BUONE PRATICHE (scheda terapeutica unica, igiene delle mani, uso appropriato degli antibiotici e morbilità, audit clinico, incident reporting, gestione eventi sentinella, corretta identificazione del paziente, prevenzione del rischio nutrizionale, misura e gestione del dolore, adesione alla rete di sorveglianza microbiologica, gestione dei chemioterapici antibalstici, utilizzo dei cateteri venosi centrali, prevenzione e trattamento delle ulcere da pressione, adozione MEWS, prevenzione cadute in reparto, gestione della relazione e della comunicazione interna con il cittadino e/o familiari per gli eventi avversi)
- RACCOMANDAZIONI MINISTERIALI (Osservatorio nazionale eventi sentinella, raccomandazione per la prevenzione dell'osteonecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati, raccomandazione sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di KCl ed altre soluzioni concentrate di potassio, prevenzione del suicidio impaziente in ospedale, raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO, raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o danno grave derivati da errori in terapia farmacologica, raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari, raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici/apparecchi elettromedicali)

La UO ha i facilitatori del Rischio Clinico (segnalazione degli eventi potenzialmente in grado di produrre un danno al paziente):
- un Dirigente Medico
- un Infermiere

Il personale è tenuto ad una costante e attenta attività di documentazione sul sito GRC aziendale.

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore della UO Medicina.

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Estratto dal Verbale della seduta del 11/07/2011 n. 578
Documentazione INTRANET "Gestione del Rischio Clinico".
PP HV 42 Rev 0

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

Elenco Linee Guida- Cap. 6 del MQ MGB

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita a tutto il personale medico ed infermieristico.
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

Doc MGB 08

INFORMATIVA PER PARACENTESI, TORACENTESI, BIOPSIA OSTEO-MIDOLLARE E MIELOASPIRATO

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
05/05/2010	0	RAQ Dott.ssa Q. Lucchesi I.C. Ianula Barbi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 6

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 6

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 6

7. DISTRIBUZIONE 6

1. SCOPO

Lo scopo di questo documento è quello di informare il paziente al fine di ottenere il consenso per le indagini diagnostiche/terapeutiche di paracentesi, toracentesi e biopsia osteo-midollare (BOM) e mielo-aspirato (MO).

2. APPLICABILITÀ

La presente istruzione operativa viene applicata dal medico di guardia e dagli infermieri.

3. MODALITA' OPERATIVE

Per ogni tipo di esame si dispone di un modello plastificato di informativa, che viene fornita al paziente prima dell'esame, dando la possibilità di leggerla e comprenderla, fornendo tutti i chiarimenti necessari.
Le informative plastificate sono conservate in Medicheria.

A. INFORMATIVA ALLA PARACENTESI

Al fine di essere chiaramente informato/a circa questa procedura Le chiediamo di leggere attentamente questo documento. In caso di dubbi riguardanti l'esame (scopo, utilità, rischi) La invitiamo a rivolgersi per chiarimenti al Medico che ha richiesto l'esame stesso.

La paracentesi è una procedura mediante la quale viene prelevato del liquido dalla cavità peritoneale in cui si trovano gli organi addominali (intestino, stomaco, etc).

Le **indicazioni** alla paracentesi sono:

1. diagnostiche: analizzano il liquido
2. terapeutiche: drenano una quantità di liquido allo scopo di ridurre il volume e la pressione all'interno dell'addome

Il liquido che si accumula nell'addome è detto **ascite** e si forma in molte malattie che interessano il fegato e altri organi addominali.

Lo **scopo** della paracentesi è quello di giungere alla diagnosi dell'ascite o alla sua riduzione con il conseguente miglioramento delle condizioni cliniche del paziente (riduzione del volume e della pressione in addome con miglioramento della respirazione).

L'esame non necessità di alcuna preparazione e viene eseguito al letto del paziente con le seguenti modalità:

1) rasatura della parete addominale se necessaria
2) assunzione della posizione supina con testa sollevata o semiseduta
3) disinfezione della cute ed eventuale anestesia locale, non sempre necessaria e da evitare in caso di allergia agli anestetici locali

4) creazione di un adeguato campo sterile
5) inserimento in addome di un apposito ago, di regola nella parte bassa dell'addome, a sinistra. In alcuni casi può essere preventivamente stabilito il punto esatto di inserzione dell'ago con ecografica.

- Nel caso di paracentesi terapeutica, verrà raccordato all'ago un tubo di drenaggio per lasciare defluire lentamente il liquido ascitico stesso.
- Nel caso di parecentesi diagnostica una parte del liquido ascitico verrà raccolto in provette ed inviato per le opportune analisi in Laboratorio.

Al termine della manovra, dopo la rimozione dell'ago, viene eseguita una medicazione sterile: raramente è necessario un singolo punto di sutura.

Complicanze.
La paracentesi è una procedura sicura. Molto raramente po' verificarsi la puntura accidentale di un organo addominale, con sanguinamento, una complicanza infettiva, la reazione allergica all'anestetico locale.

Alternative. Per la diagnosi di presenza di ascite: l'esame obiettivo, l'ecografia addominale, la TC dell'addome. È invece una procedura non sostituibile nel caso di necessità di caratterizzazione del liquido ascitico allo scopo di instaurare una idonea terapia e della sua evacuazione per ottenere un miglioramento clinico delle condizioni del paziente, in quanto la terapia diuretica risulta solo parzialmente efficace.
Conseguenze del rifiuto della procedura. La mancata esecuzione della procedura comporta enormi difficoltà diagnostiche e terapeutiche oltre che il mancato benefico clinico immediato.

B. INFORMATIVA ALLA TORACENTESI

Al fine di essere chiaramente informato/a circa questa procedura Le chiediamo di leggere attentamente questo documento. In caso di dubbi riguardanti l'esame (scopo, utilità, rischi) La invitiamo a rivolgersi per chiarimenti al Medico che ha richiesto l'esame stesso.
La toracentesi è una procedura mediante la quale viene prelevato del liquido dalla cavità toracica, mediante introduzione di un ago.
Le **indicazioni** alla toracentesi sono:

3. diagnostiche: analizzano il liquido
4. terapeutiche: drenano una quantità di liquido allo scopo di ridurre il volume e la pressione all'interno della cavità toracica migliorando la respirazione e riducendo l'affanno mediante la miglior espansione del polmone.

Lo **scopo** della toracentesi è quello di giungere alla diagnosi delle cause del versamento pleurico o alla sua riduzione con il conseguente miglioramento delle condizioni cliniche del paziente (minor affanno, ripresa di una respirazione il più possibile normale).
L'esame non necessità di alcuna preparazione e viene eseguito solitamente al letto del paziente con le seguenti modalità:

6) assunzione della posizione supina con testa sollevata o semiseduta
7) disinfezione della cute ed eventuale anestesia locale, non sempre necessaria e da evitare in caso di allergia agli anestetici locali
8) creazione di un adeguato campo sterile
9) inserimento in torace di un apposito ago. In alcuni casi può essere preventivamente stabilito il punto esatto di inserzione dell'ago con ecografica.

- Nel caso di toracentesi terapeutica, verrà raccordato all'ago un tubo di drenaggio per lasciare defluire lentamente il liquido stesso.

- Nel caso di toracentesi diagnostica una parte del liquido verrà raccolto in provette ed inviato per le opportune analisi in Laboratorio.

Al termine della manovra, dopo la rimozione dell'ago, viene eseguita una medicazione sterile.
La Sua tranquillità e collaborazione agevolano la manovra, la cui durata dipende dalla quantità di liquido da estrarre ed in genere è dell'ordine di una decina di minuti.
Complicanze. tale manovra può raramente comportare talune sporadiche complicanze:
Emotorace: raccolta di sangue nel cavo pleurico dovuta a lesione di un'arteria intercostale; può richiedere un intervento per rimuovere i coaguli ed eseguire l'emostasi
Pneumotorace: presenza di aria nel cavo pleurico, dovuto a perforazione polmonare; può richiedere il posizionamento per qualche giorno di un drenaggio toracico.
Infezione della cavità toracica, dovuta a inquinamento del cavo stesso, può richiedere un trattamento antibiotico ed eventuale drenaggio con lavaggio pleurico
Raramente **lesioni da puntura di organi endotoracici** (pericardio, cuore, grandi vasi, diaframma); richiedono di volta in volta trattamenti specifici, ivi inclusi intervento chirurgico di correzione.
Di norma non è previsto l'utilizzo di trasfusioni di sangue.
I risultati attesi da questo trattamento non possono comunque essere completamente garantiti: in alcuni casi, infatti, è possibile il riformarsi del versamento.
Alternative**. Per la diagnosi di presenza di versamento pleurico: l'esame obiettivo, l'ecografia addominale/toracica, la TC del torace. È invece una procedura non sostituibile nel caso di necessità di caratterizzazione del liquido allo scopo di instaurare una idonea terapia e della sua evacuazione per ottenere un miglioramento clinico delle condizioni del paziente, in quanto la terapia diuretica risulta solo parzialmente efficace. La mancata esecuzione della procedura comporta enormi difficoltà diagnostiche e terapeutiche oltre che il mancato benefico clinico immediato.**

C. INFORMATIVA ALLA BIOPSIA OSTEO-MIDOLLARE E/O AGOASPIRATO

Al fine di essere chiaramente informato/a circa questa procedura Le chiediamo di leggere attentamente questo documento. In caso di dubbi riguardanti l'esame (scopo, utilità, rischi) La invitiamo a rivolgersi per chiarimenti al Medico che ha richiesto l'esame stesso.

L'Agoaspirato Midollare (MO) e la Biopsia osteo-midollare (BOM) sono procedure mediante le quali viene prelevato del midollo osseo oppure un frammento di tessuto osseo con midollo osseo, che è il l'organo che produce globuli bianchi, globuli rossi e piastrine.
Il materiale prelevato viene analizzati al microscopio ed eventualmente sottoposto ad indagini più approfondite di tipo biochimico e di biologia molecolare.

Queste procedure sono indicate in tutti i casi in cui si sospetti una malattia ematologica e, meno frequentemente, infettiva o neoplastica non ematologica. Consentono pertanto di fare diagnosi e di impostare una adeguata terapia.

L'esame non necessità viene eseguito al letto del paziente o in ambulatorio con le seguenti modalità:

1. esecuzione di emocromo e INR prima della procedura
2. assunzione della posizione fetale (sdraiato su un fianco, con le ginocchia flesse) oppure prona
3. disinfezione accurata della cute
4. anestesia locale, da evitare in caso di allergia agli anestetici locali
5. creazione di un adeguato campo sterile
6. inserimento di un apposito ago in corrispondenza del bacino, più raramente dello sterno.

7. Osservazione per circa un'ora (poi in caso di paziente ambulatoriale o afferente al Day Hospital potrà essere consentito il ritorno a casa) e riposo per circa tre ore

Nel caso prelievo inadeguato vi sarà chiesto di ripetere la procedura.

Al termine della manovra, dopo la rimozione dell'ago, viene eseguita una medicazione sterile.

Complicanze. Qualunque procedura medica invasiva comporta un rischio, se pur minimo, di complicanze anche se è ritenuta una procedura sicura. Complicanze rarissime sono ematomi, sanguinamenti locali, infezioni (in casi di pazienti immunologicamente compromessi) e eccezionalmente lesioni di organi interni.

Alternative. **Non esistono** alternative all'esame. La mancata esecuzione dell'esame comporta l'impossibilità di porre una corretta diagnosi e quindi di iniziare una terapia adeguata.

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore della UO

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

T MGB 07
T MGB 08
T MGB 09

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita al personale medico ed infermieristico.
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

Doc MGB 09

MODALITA' DI RICOVERO

Confermato il 22/05/2013

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
20/09/2010	0	Dott.ssa Q. Lucchesi I.C. Ianula Barbi	Dott. ssa Q. Lucchesi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO ..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

2. APPLICABILITÀ..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

3. MODALITA' OPERATIVE..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA . **Errore. Il segnalibro non è definito.**

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO ..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

7. DISTRIBUZIONE..... **Errore. Il segnalibro non è definito.**

1. SCOPO
Lo scopo di questa procedura è quello di organizzare la modalità di ricovero in reparto.

2. APPLICABILITÀ
La presente istruzione operativa viene applicata dal medico di guardia e dalla Caposala o da un suo delegato.

3. MODALITA' OPERATIVE
Il processo di ricovero avviene con due modalità:

A. urgente
B. programmato

RICOVERO URGENTE

1. **PRONTO SOCCORSO**
2. **CO del 118 contattata dal MMG**, regolamentata dall'accordo tra il Direttore della UO e il Direttore Sanitario del 22 ottobre 2008, come da documento allegato, e si articola nelle seguenti fasi:

- il MMG contatta la Centrale Operativa (CO) 118 notificando la necessità di ricovero
- il medico della CO 118 esclude le seguenti tipologie di pazienti:
  - traumatizzati
  - con sintomatologia addominale di pertinenza chirurgica
  - cardiopatici con possibile sindrome coronarica acuta
  - neurologici con eventi cerebrovascolari non ancora sottoposti ad accertamenti neuroradiologici

e, verificata la disponibilità di posti letto, avverte il medico di guardia della UO Medicina

- il MMG compila la impegnativa regionale per il ricovero

3. **personale medico del reparto nel corso di visite ambulatoriali o Day Hospital.**
   In questo caso si deve compilare il modulo di ricovero TP HV 11/Dir. San

L'**infermiere** inserisce il ricovero mediante sistema informatico ADT WEB.

Quindi per i casi **2 e 3** si eseguono:

1. esami ematici urgenti
2. ECG
3. radiografia del torace

RICOVERO PROGRAMMATO

Viene organizzato in base alla disponibilità dei posti letto in reparto ed effettuato come ricovero diretto. La Caposala prenota gli accertamenti diagnostici richiesti dai medici nel più breve
Contatta il paziente , comunica data e ora del ricovero; fornisce le informazioni logistiche utili e verifica che siano state recepite e lascia il numero di telefono del reparto.

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore della UO

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Accordo tra Direttore UO Medicina e Direttore Sanitario.
TP HV 11 Dir. San
Lista di attesa per il ricovero.

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita al personale medico ed infermieristico.
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

Doc MGB 10

PIANIFICAZIONE E CONTROLLO DELL'ATTIVITA' MANUTENTIVA DELLE APPARECCHIATURE SANITARIE

Data	Rev.	Redatto	Verificato	Approvato
20/09/2010	0	Dott.ssa Q. Lucchesi I.C. Ianula Barbi	Dott. ssa Q. Lucchesi	Direttore UO Medicina Dott. G. Rinaldi

Sommario

1. SCOPO 3

2. APPLICABILITÀ 3

3. MODALITA' OPERATIVE 3

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA 4

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO 4

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE 4

7. DISTRIBUZIONE 4

1. SCOPO

Lo scopo di questo documento è quello di verificare, mediante sorveglianza da parte del personale della UO, la manutenzione preventiva e correttiva, il collaudo e la verifica delle apparecchiature biomediche per garantire la salvaguardia dei pazienti.

2. APPLICABILITÀ

La presente istruzione operativa viene applicata dal tutto il personale di reparto.

3. MODALITA' OPERATIVE

Il reparto dispone dei seguenti apparecchi biomedici:

1. Grandi apparecchiature
2. Apparecchi vitali
3. Apparecchi critici

La **manutenzione preventiva** può essere:

1. Annuale
2. semestrale

annuale:

- Defibrillatore
- Ecografo

semestrale:

- Ventilatore VELA
- Cappa a flusso laminare

Inoltre vi sono apparecchi in comodato d'uso per i quali non è prevista una manutenzione preventiva; se ne chiede, in caso di guasto, la sostituzione alla Farmacia Ospedaliera del PO di Castelnuovo:

- Pompe per infusione
- Pompe enterali

L'infermiere del Day Hospital segnala il guasto come da IO MGB 34:

- Emogasanalizzatore

È previsto **solo il controllo elettrico** per

- Elettrocardiografi
- Monitor (controllo)
- Frigo emoteca
- Alza-persone elettrico
- Letti elettrici

La sicurezza elettrica viene verificata annualmente su tutti gli elettromedicali.

La UO Tecnologie Sanitarie effettua i controlli nei tempi previsti.
Il personale della UO verifica che tali controlli siano effettuati e in caso contrario sollecita la UO Tecnologie Sanitarie affinchè il controllo avvenga nel più breve tempo possibile.
La UO è dotata di moduli di registrazione dei controlli ordinari e della manutenzione preventiva e conserva le ricevute degli avvenuti controlli nonché verifica che su alcuni apparecchi sia stata correttamente apposta l'etichetta dell'avvenuto controllo.

4. RESPONSABILITA' DELLA INTERPRETAZIONE DELLA PROCEDURA

La responsabilità della interpretazione di questa procedura è demandata al Direttore della UO

5. DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

PA 05 Manutenzione apparecchiature vitali
PA 06 Acquisizione e controllo collaudo apparecchi biomedicali e dispositivi medici
PP HV 28 Gestione carrello emergenza
Doc TS 02 Apparecchiature soggette a manutenzione preventiva
IO MGB 34 Esecuzione e referto EGA

6. STRUMENTI DI REGISTRAZIONE

T MGB 24 Controllo/manutenzione apparecchi biomedici
All. 5.5 cap 5

7. DISTRIBUZIONE

Questa procedura viene distribuita al personale medico ed infermieristico.
E' competenza di ogni Direttore l'applicazione della procedura all'interno della propria Struttura organizzativa.

.

Cap. 6

Documenti di origine esterna alla struttura

ELENCO DOCUMENTI DI ORIGINE ESTERNA

IDENTIFICAZIONE DOCUMENTO		DATA EMISSIONE	ULTIMA REVISIONE		REDAZIONE E LUOGO ARCHIV.	RESPONSABILE	LIVELLO DIFFUSIONE
CODICE	*DENOMINAZIONE*		Rev.	Data			
	Raccolta Procedure Aziendali						
PA 01	Gestione della documentazione del sistema qualità	06.05.10	2		Direttore u.o. qualità Dott.ssa M.L .Catania	Direttore Generale Ing. O. Tavanti	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PA 02	Programmazione e controllo di gestione	23.10.07	1		Direttore u.o. Informativo Programmazione e Controllo	Direttore Generale Ing. O. Tavanti	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PA 03	Sistema informativo aziendale	30.10.11	1		Direttore u.o. Informativo Programmazione e Controllo	Direttore Amministrativo	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PA 04	Formazione permanente del personale	09.03.10	2		Direttore u.o. formazione	Direttore Amministrativo	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PA 05	Manutenzione apparecchiature bio medicali	31.10.09	1		Direttore u.o. Tecnologie Sanitarie	Direttore Amministrativo	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PA 06	Acquisizione e controllo collaudo apparecchi biomedicali e dispositivi medici	25.06.01	0		Direttore u.o.Aquisiziione Beni e servizi	Direttore Amministrativo	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PA 07	Manutenzione impianti ed immobili	30.08.04	1		Direttore u.o. manutenzioni e patrimonio	Direttore Amministrativo	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PA 08	Inserimento personale di nuova acquisizione	24.06.11	1		Direttore risorse umane Direttore u.o. qualità		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PA 09	Verifica e miglioramento del sistema qualità	23.03.10	2		Direttore u.o. qualità Dott.ssa M.L .Catania	Direttore Generale Ing. O. Tavanti	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PA 10	Accertamento di morte encefalica	29.10.08	2		Responsabile coordinamento per la donazione ed il prelievo di organi e tessuti	Direttore sanitario	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PA 11	Analisi dei rischi lavorativi	01.01.07	0		Responsabile u.o. prevenzione e protezione dai rischi	Direttore Generale Ing. O. Tavanti	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PA 12	Controllo e cura del dolore	29.06.07	0		Direttore u.o. qualità Dott.ssa M.L .Catania	Direttore sanitario	A tutto il personale sanitario della UO Medicina

PA 13	Definizione delle responsabilità aziendali relative all'applicazione del sistema di gestione della salute e della sicurezza sul lavoro	08.08.08	0		Responsabile u.o. prevenzione e protezione dai rischi	Direttore Generale Ing. O. Tavanti	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PA 14	Percorso aziendale delle prestazioni ambulatoriali	12.12.08	0		Direttore PPOO Direttore sanitario Direttore amministrativo	Direttore Generale Ing. O. Tavanti	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PA 15	Linee d'indirizzo per l'acquisizione del consenso informato nei trattamenti sanitari	22.02.10	0		Direttore u.o. qualità Direttore GRC Responsabile affari legali	Direttore sanitario	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PA16	Percorso diagnostico terapeutico assistenziale nelle ulcere da pressione (udp)	25.11.10	0		Direzione infermieristica	Direttore sanitario	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PA 17	Programma di orientamento del personale neo assunto	24.06.11	0		Direttore u.o. risorse umane Direttore assicurazione qualità Area diagnostica di laboratorio Responsabile protezione e prevenzione Direttore formazione	Direttore Generale Ing. O. Tavanti	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
DG 08	Politica per la qualità linee d'indirizzo per le strutture organizzative	22.03.10	2		Direttore u.o. qualità Dott.ssa M.L .Catania	Direttore Generale Ing. O. Tavanti	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
DG 09	Piano miglioramento qualità 2010-2012	22.03.10	0		Direttore u.o. qualità Dott.ssa M.L .Catania	Direttore Generale Ing. O. Tavanti	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Raccolta Procedure area vasta						
P.A.V. 01	Percorso: gestione del paziente con aneurisma dell'aorta addominale (AAA) rotto o sospetto tale	18.05.11	0		Direttore u.o. chirurgia gen e. vascolare univ.Prof. Ferrari	Coordinatore Direttori Generali Area Vasta Nord Ovest Dott.ssa M. Calamai	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Raccolta Procedure Presidio						
PP HV 01	Gestione rifiuti sanitari	28.04.01	2	04.03.09	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Emanuela De Franco	A tutto il personale sanitario della UO Medicina

PP HV 05	Procedura per la sterilizzazione e disinfezione	28.04.01	2	20.10.09	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HV 06	Trasporto campioni biologici P.O. VdS	28.04.01	2	20.01.11	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HV 07	Emergenze trasfusionali nel P.O. Valle del Serchio	15.03.01	2	25.10.10	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HV 10	Gestione emergenze intraospedaliere VdS	18.02.03	4	08.03.11	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HV 14	Guasto apparecchi vitali	14.05.03	2	10.04.08	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Emanuela De Franco	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HV 17	Compilazione, registrazione e consegna dei referti	05.11.03	2	20.01.11	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HV 18	Smaltimento farmaci scaduti	12.02.05	2	24.03.11	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HV 20	Procedura per la profilassi post esposizione occupazionale a materiali biologici o presidi sanitari potenzialmente infettanti	21.03.05	2	24.03.11	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HV 21	Consulenza interdivisionale nel P.O. Valle del Serchio	05.04.05	1	30.03.09	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr. Roberto Biagini	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HV 25	Prestazioni sanitarie ambulatoriali non erogate a causa di sciopero	09.01.07	1	15.10.10	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HV 27	Certificazione del medico competente per il personale sanitario del comparto	24.07.06	1	22.03.11	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HV 28	Gestione carrello emergenza	01.02.07	1	17.01.11	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina

PP HV 29	Gestione appoggi Valle del Serchio	17.02.07	1	28.12.07	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Emanuela De Franco	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HV 31	Trasporto materiale vario da/per centrale operativa 118	24.01.08	1	24.03.11	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PPHV 33	Gestione armadi dei farmaci e dei dispositivi medici di reparto	28.03.08	1	24.03.11	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PPHV 34	Procedura di presidio per la sicurezza trasfusionale	17.04.08	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Emanuela De Franco	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HV 35	Regolamento delle attività di Polizia Mortuaria	03.06.08	2	28.03.11	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HV 36	Gestione punto di primo soccorso S.O. Barga	10.06.10	1	04.03.11	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HV 37	Percorso assistenziale per paziente con frattura di femore	09.07.08	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Emanuela De Franco	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HV 38	Accesso differenziato alle prestazioni ambulatoriali per utenti interni ed esterni	17.06.07	1	27.01.10	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HV 39	Controllo servizi in appalto global service	12.01.09	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Emanuela De Franco	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HV 41	Gestione del CVC e del CVP	20.10.09	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HV 42	Corretto utilizzo delle soluzioni cloruro di potassio (KCL)	24.06.10	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HV 44	Controllo infezioni a trasmissione via oro fecale	26.07.10	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina

PP HV 45	Fornitura farmaci e dispositivi dalla farmacia ospedaliera alle UU.OO/SS.AA e Servizi del	17.01.11	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HV 47	Richieste esami di laboratorio su sistema operativo informatizzato	07.07.11	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HV 48	Sorveglianza epidemiologica della west nile disease (malattia del nilo)	07.07.11	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HV 50	Prevenzione e gestione del paziente critico mediante l'adozione della Mews	16.09.11	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HV 51	Continuità assistenziale	28.09.11	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Raccolta procedure Presidio Ospedale Lucca						
PP HL 31	Modalità di gestione del rilascio in copia conforme della documentazione sanitaria	08.02.08	1	22.06.11	Direzione sanitaria ospedaliera Lucca	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
PP HL 45	Gestione di emergenze sanitarie sostenute da virus aerotrasmessi ad elevata e rapida diffusione nuova influenza AH1N1	09.07.09	0		Direzione sanitaria ospedaliera Lucca	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Raccolta Linee guida di presidio						
LP HV 02	Gestione in Pronto Soccorso casi clinici con sospetta meningite	21.06.11	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	U .O .Radiologia/ Pronto Soccorso /Pool trasporti
	Istruzioni di presidio						
IP HV 01	Gestione rifiuti sanitari	19.09.05	2	04.03.09	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Emanuela De Franco	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
IP HV 02	Gestione materiali da sterilizzare e sterilizzati	24.05.05	2	20.10.09	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina

IP HV 06	Percorsi differenziati per il trasporto dei materiali sporchi, puliti e percorso per i pazienti/utenti	15.05.01	1	27.10.09	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
IP HV 10	Controllo infezioni ospedaliere	03.05.04	1	18.09.07	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Emanuela De Franco	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
IP HV 12	Prelievi acque per ricerca legionella pneumophila	03.07.03	1	04.03.09	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Emanuela De Franco	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
IP HV 15	Controllo e stato di funzionamento del defibrillatore	01.07.05	2	17.01.11	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Raccolta Buone Pratiche						
	Cadute: DGR 225 del 03.04.06						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Incident reporting (segnalazione volontaria dei quasi eventi e degli eventi senza danno): DGR 267 del 16.04.07						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Rassegna di mortalità e morbilità: DGR 267 del 16.04.07						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Le mani pulite: DGR 267 del 16.04.07						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Adesione alla rete di sorveglianza microbiologica: DGR 1005 del 01.12.08						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Scheda terapeutica unica: DGR 267 del 16.04.07						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Prevenzione trattamento ulcere da pressione: DGR 1005 del 01.12.08						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Corretta identificazione del paziente				Allegato A GRC		A tutto il personale sanitario della UO Medicina

	Raccolta Linee guida Regione Toscana						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
n.1	Mal di schiena: raccomandazioni per la costruzione di percorsi assistenziali aziendali nelle cure primarie	2005					A tutto il personale sanitario della UO Medicina
n.2	Diagnosi e cura dell'ictus	2005					A tutto il personale sanitario della UO Medicina
n.3	Ulcere da pressione: prevenzione e trattamento	2005					A tutto il personale sanitario della UO Medicina
n. 6	Percorsi riabilitativi	2008					A tutto il personale sanitario della UO Medicina
n.10	Asma bronchiale	2010					A tutto il personale sanitario della UO Medicina
n.11	Prevenzione oncologica, alimentazione, obesità ed attività fisica	2010					A tutto il personale sanitario della UO Medicina
n.12	Insufficienza respiratoria	2010					A tutto il personale sanitario della UO Medicina
n.13	Prevenzione oncologica: cancerogeni occupazionali	2010					A tutto il personale sanitario della UO Medicina
n.14	Prevenzione oncologica: percorsi diagnostici e terapeutici	2010					A tutto il personale sanitario della UO Medicina
n.15	Sindrome demenza: diagnosi e trattamento	2011					A tutto il personale sanitario della UO Medicina
n.16	Bronco-pneumopatia cronica ostruttiva (BPCO)	2011					A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Epilessia						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Diagnosi e cura dello scompenso cardiaco						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Percorsi preventivi, diagnostici e terapeutici per la donna in menopausa	2003					A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Percorso diagnostico terapeutico per l'utilizzazione delle grandi attrezzature della diagnostica per immagini	2002					A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Linee guida per la diagnosi e la cura dello scompenso cardiaco	2009					A tutto il personale sanitario della UO Medicina

	Ipertensione arteriosa	2003					A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Nefropatia diabetica	2004					A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Emorragie digestive	2003					A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Documento di indirizzo regionale sui follow-up in oncologia						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Allergopatie	2003					A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Patologie di interesse immuno-reumatologico						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Diagnosi e cura delle malattie reumatiche						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Diagnosi e cura delle malattie reumatiche						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Raccomandazioni Ministeriali						
n.1	Corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio KCl ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
n.5	Raccomandazione per la prevenzione della reazione trasfusionale da incompatibilità ABO						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
n.7	Raccomandazione per la prevenzione della morte, coma o grave danno derivati da errori in terapia farmacologica						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
n.8	Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
n. 9	Raccomandazione per la prevenzione degli eventi avversi conseguenti al malfunzionamento dei dispositivi medici-apparecchi elettromedicali						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
n.10	Raccomandazione per la prevenzione dell'ostenecrosi della mascella/mandibola da bifosfonati						A tutto il personale sanitario della UO Medicina

	Progetto Ministero della salute “farmaci LASA e sicurezza dei pazienti						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
n .12	Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci LASA			31/12/2010			A tutto il personale sanitario della UO Medicina
n. 13	Raccomandazione per la prevenzione e la gestione della caduta del paziente nelle strutture sanitarie			01/12/2011			A tutto il personale sanitario della UO Medicina
”	Percorso “latex safe” in reparto degenza			Dicembre 2004			A tutto il personale sanitario della UO Medicina

201/05/2013

Direttore Struttura Organizzativa

ELENCO MODULI DI ORIGINE ESTERNA

IDENTIFICAZIONE DOCUMENTO		DATA EMISSIONE	ULTIMA REVISIONE		REDAZIONE E LUOGO ARCHIV.	RESPONSABILE	LIVELLO DIFFUSIONE
CODICE	*DENOMINAZIONE*		Rev.	Data			
	Raccolta Moduli di Presidio						
TP HV 017/igiene	Richiesta sterilizzazione	28.04.01	2	20.10.09	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 18/igiene	Richiesta sterilizzazione alla C.O. di sterilizzazione P.O. Lucca	28.04.01	2	20.10.09	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 19/igiene	Consegna materiale da sottoporre a sterilizzazione c/o C.O. di sterilizzazione P.O. Lucca	28.04.01	2	20.10.09	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 20/igiene	Verifica risultato di processo servizi in appalto global service	12.01.09	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 22/igiene	Segnalazione disservizi global service	12.01.09	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 23/igiene	Richiesta intervento di sanificazione straordinario global service	12.01.09	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 24/Igiene	Indagine epidemiologica per Clostridium Difficile	26.07.10	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 25/igiene	Questionario per individuazione del personale che può aver avuto un contatto “ a rischio” con paziente affetto da infezione meningococcica	13/10/2011	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 26/igiene	Consenso informato chemioprofilassi meningococcica	13/10/11	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	ALLEGATO 1 Sorveglianza delle meningiti batteriche e delle malattie invasive da meningococco, pneumococco						

TP HV 27/igiene	Schema verifica lavaggio mani	Nov. 2011	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 03bis	Avviso di morte	03.06.08	2	28.03.11	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 23necr	Richiesta riscontro diagnostico	03.06.08	2	28.03.11	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 21 necr	Esclusione del sospetto di morte dovuta a reato o malattie infettive	03.06.08	2	28.03.11	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 22 necr	Informativa per i familiari	03.06.08	2	28.03.11	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 24/necr	Constatazione di morte	03/06/08	2	28/03/11	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 27 necr	Certificazione per il trasporto di cadavere ai fini della veglia funebre (art.3, comma 5 lg RT 31 del 23.06.09)	03.06.08	2	28.03.11	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Certificato accertamento di morte				Regione Toscana Presidio VdS		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 01 dir.san	Cambio turno di pronta disponibilità/guardia del personale medico/infermieristico	22.11.03	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr. Mauro Giraldi	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 02 dir. san	Scheda segnalazione eventi indesiderati – infortunio a pazienti	22.11.03	2	02/05/2013	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 03 dir.	Scheda informativa consenso alla trasfusione di sangue ed emoderivati (art.5 DM 1.9.95)	30.10.05	1	06.05.07	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Emanuela De Franco	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 08 dir.san	Modulo di verifica per il defibrillatore	01.07.05	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr. Mauro Giraldi	A tutto il personale sanitario della UO Medicina

TP HV 09 dir.	Prestazione sanitaria non eseguita a causa di adesione a sciopero del personale medico e/o tecnico-sanitario	15.09.03	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Emanuela De Franco	A tutto il personale sanitario
TP HV 10 dir. san	Richiesta trasporto materiale da/per CO 118	.27.04.04	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 11 dir. san	Modulo di ricovero	24.08.05	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 12	Autorizzazione accesso sale operatorie P.O. Valle del Serchio	14/12/2011	1				
TP HV 13 dir. san	Trasmissione posti letto dalle UU.OO/SS.AA al Pronto Soccorso	05.06.07	2	25/03/2013	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Emanuela De Franco	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 15 dir. san	Questionario per la profilassi post esposizione parenterale a sangue o altri liquidi biologici potenzialmente infettanti	07.09.03	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Emanuela De Franco	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 16 dir. san	Richiesta esami post infortunio	07.09.03	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Emanuela De Franco	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 17 dir. san	Sorveglianza post esposizione	07.09.03	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Emanuela De Franco	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 18 dir.san	Scheda di controllo per la gestione degli armadi/frigo dei farmaci e dei dispositivi medici di reparto	28.03.08	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 19 dir.san	Scheda di consegna alla S.A. farmaceutica ospedaliera dei farmaci scaduti per il loro smaltimento come rifiuti sanitari speciali non pericolosi	25.07.03	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina

TP HV 20/dir san dir.san	Controllo carrello emergenza urgenza	01.02.07	1	17.01.11	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 22 dir.	CHECK – LIST	22.06.2010	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 23 dir. San.	Modulo per richiesta di soluzioni concentrate di potassio alla farmacia ospedaliera	22.06.2010	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 24 dir. San.	Modulo per richiesta di soluzioni concentrate di potassio in reparto autorizzato alla tenuta	22.06.2010	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 24 bis dir san	Consegna materiale farmaceutico	14/05/2012	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 25/ dir san	Consenso informato per la chemioprofilassi	07/09/03	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Emanuela De franco	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 26 dir. San.	Modulo richiesta di prestazioni ad altre aziende sanitarie	24/05/2011	1	29/09/2011	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 27 dir. San.	Sorveglianza West Nile Disease	07.07..2011	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 28 dir. San.	Verifica della cartella clinica	07.06..2013	5	26/04/2012	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 29 dir. San.	Scheda segnalazione di infezione correlata all'assistenza (I.C.A.)	21.07..2011	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 30 dir.San.	Scheda Modified Early Warning Score (Mews)	16.09.2011	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina

TP HV 33 dir.san.	Scheda di continuità assistenziale	17/11/2011	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 35 dir	Scheda gestione CVC	03/10/11	1	09/05/2012	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario
TP HV 34 dir.san	Scheda di trasferimento	05/10/2011	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 36dir san	Profilassi del TEV in medicina interna eparine a basso peso molecolare e fondaparinux	08/05/2012	1		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 44/dir san	Valutazione infermieristica multidimensionale dei bisogni assistenziali	21/11/2011	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 05 cart. clin	Cartella clinica aperta	13.09/20011			Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 12 Cart. cliniche	Elenco cartelle cliniche inviate all'archivio centrale	13.09.2001	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 13 Cart. cliniche	Richiesta cartella clinica per uso interno	13.09.2001	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 18 Cart. cliniche	Dichiarazione cartella clinica aperta	13.09.2001	0		Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 01/rifiuti	Dichiarazione raccolta ed allontanamento dei rifiuti sanitari pericolosi che devono essere raccolti e smaltiti applicando precauzioni particolari per evitare infezioni cod. 180103	15.05.2001	2	04.03.2009	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina

TP HV 02/rifiuti	Dichiarazione raccolta ed allontanamento dei rifiuti sanitari pericolosi " sostanze chimiche pericolose o contenenti sostanze pericolose" codice CER 180106	15.05.2001	2	04.03.2009	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 03/rifiuti	Dichiarazione raccolta ed allontanamento dei Rifiuti " Sanitari pericolosi Medicinali citotossici e citostatici" codice CER 180108		2	04.03.2009	Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
Allegato 2 PP HV 44	Informazione per pazienti e familiari per la prevenzione da clostridium difficile a domicilio				Direzione sanitaria ospedaliera valle del serchio	Dr.ssa Michela Maielli	A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Raccolta moduli rischio clinico						
	Alert report						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Scheda di segnalazione eventi senza danno al paziente						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Scheda di analisi senza danno al paziente						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Modulo Audit						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 37	Algoritmo per la definizione del rischio trombo embolico medicina interna (TP HV 37 Dir San Rev. 0 del 02/11/11)	02/11/2011	1				A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Scala RE-TOS valutazione del rischio cadute						A tutto il personale sanitario
	Raccolta Moduli Aziendali e varie						
TA FO 02	Aggiornamento individuale facoltativo		4				A tutto il personale sanitario della UO Medicina

TA FO 03	Aggiornamento individuale facoltativo personale infermieristico		1				A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TA FO 04	Aggiornamento individuale obbligatorio		1				A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TA FO 07	Aggiornamento individuale sponsorizzato		3				A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TA FO 09	Scheda di sintesi per la presentazione di proposta di corso collettivo aziendale per inserimento nel piano di formazione anno…..	10/02/10	0				A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TA FO 10	Scheda di valutazione dell'evento formativo da parte dei partecipanti	10/02/10	0				A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TA FO 19	RECLAMI	10/02/10	0				A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TA RU 04	Scheda di valutazione del programma di orientamento per il personale neo assunto		1				A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TA RU 01	Valutazione e verifica del personale di nuova acquisizione		3				A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TA RU 02	Piano inserimento del personale di nuova acquisizione		3				A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TA RU 03	Competenze del personale		0				A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TA AGL 03	Tutela della privacy informativa ai cittadini e prestazione al consenso		1				A tutto il personale sanitario della UOMedicina
TA TS 01	Richiesta intervento apparecchi elettromedicali		0		u.o. tecnologie sanitarie/intranet		A tutto il personale sanitario della UO Medicina

TA TS 02	Richiesta fuori uso attrezzatura sanitaria		1		u.o. tecnologie sanitarie/intranet		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TR XV 01	Richiesta esami radiologici ed ecografici per pazienti in regime di ricovero		2				A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TRXV 08	Richiesta esami t.c. per pazienti in regime di ricovero		2				A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TRXV 08	Richiesta rsami RM per pazienti ricoverati (a Castelnuovo Lucca su GPI)		2				
TRXV 17	Richiesta per radiografie e/o copie CD		1				A tutto il personale sanitario della UO Medicina
MOD. AP 18	Tracciabilità percorso campioni per l'anatomia patologica		0				A tutto il personale sanitario della UO Medicina
MOD AP 01	Richiesta esami u.o. anatomia patologica		0				A tutto il personale sanitario della UO Medicina
MOD. AP 08	Ritiro esami e delega u.o. anatomia patoliogica		0				A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TSPP 11	Modello di denuncia di infortunio		1				A tutto il personalesanitario della UO Medicina
	Raccolta modelli farmacia Sulla intranet u.o. farmaceutica ospedaliera						
TA F 04 A	Personalizzati antibatterici/antimicotici		1				
TA F 04 B	Personalizzati con prodotti biosimilari		1		u.o. farmaceutica		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Richiesta farmaci e dispositivi fuori orario con motivazione d'urgenza CODICE ROSSO				u.o. farmaceutica		A tutto il personale sanitario della UO Medicina

	RICHIESTA URGENTE CASTELNUOVO						
TA F 05	Prescrizioni off label		0		u.o. farmaceutica		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TA F 06	Farmaci da acquistare in economia (non prevesti PTA-PTAV		0		u.o. farmaceutica		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TA F 07	Richiesta introduzione farmaci in PTA		0				A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Richiesta di reso				Magazzino farmaceutico centralizzato area vasta Nord Ovest		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Modulo perla segnalazione di anomalia riscontrata dal “centro di richiesta				Magazzino farmaceutico centralizzato area vasta Nord Ovest		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Modulo per la segnalazione di un evento sentinella				Modulo perla segnalazione di anomalia riscontrata dal		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TA BS 02	Proposta inserimento dispositivi medici nel prontuario		0				A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TA BS 01	modulo richiesta attrezzature						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Richiesta prodotti per nutrizione parenterale				Centro nutrizione clinica e NAD u.o. farmaceutica		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Piano di trattamento e modulo di richiesta prodotti nutrizione enterale				Centro nutrizione clinica e NAD u.o. farmaceutica		A tutto il personale sanitario della UO Medicina

	Modulo piano trattamento nutrizione enterale						
	Richiesta albumina umana				u.o. farmaceutica		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Richiesta intervento di facchinaggio				u.o. programmazione acquisti /intranet		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Proposta fuori uso di beni , attrezzature ecc.				Ufficio patrimonio /intranet		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Richiesta variazioni inventario beni immobili				Ufficio patrimonio /intranet		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Richiesta per indagini in medicina nucleare						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
MOD. LAB. 04	Richiesta analisi				u.o. laboratorio analisi BARGA		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Richiesta esami ematici urgenti				u.o. laboratorio analisi BARGA		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Modulo richiesta esami immunoematologia				.o. immunoematologia e medicina trasfusionale Barga		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Modulo richiesta globuli rossi				u.o. immunoematologia e medicina trasfusionale Barga		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Modulo richiesta di plasma o piastrine				u.o. immunoematologia e medicina trasfusionale Barga		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Modulo richiesta timbri				u.o. programmazione acquisti /intranet		A tutto il personale sanitario della UO Medicina

	Modulo richiesta forniture				u.o. programmazione acquisti /intranet		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Richiesta materiale magazzino				u.o.programmazione e acquisti e logistica		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Notifica obbligatoria malattia infettiva				Regione toscana		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Attivazione trasporti sangue vettore ati croce italiana marche- sva gestione servizi						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Modulo per congedo straordinario				u.o. risorse umane		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Modulo ferie del comparto				u.o. risorse umane		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Modulo ferie dirigenza				u.o. risorse umane		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Modulo per la dotazione divise al personale dipendente				u.o.programmazione e acquisti e logistica		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Richiesta ricovero in regime libero professionale area medica				Direzione sanitaria		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Congedo parenterale Modulo per aspettativa senza assegni				u.o. risorse umane		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Modello per missione				u.o. risorse umane		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Modulo orario corso aggiornamento				u.o. risorse umane		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Segnalazione assenza per malattia all'ufficio inf				u.o. assistenza infermieristica		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Assenza malattia figlio						

	Disposizione di servizio				u.o. assistenza infermieristica		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Prenotazione sala riunioni						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Modello unificato di richiesta certificazione e autorizzazione al trasporto sasnitario ordinario				CO 118		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
T 118 03	Scheda richiesta trasferimento intraospedaliero con ambulanza		2		CO 118		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Richiesta di elisoccorso regionale Pegaso						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Modulo griglia consenso informato						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TA NAV 28	Consenso per procedure invasive	22/02/2012					
	Scala Glasgow						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TP HV 50 dir/san	Monitoraggio ulcere da pressione	04/05/2012	1	13/08/2012	u.o. assistenza infermieristica		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Richiesta di visita d'invalidità in reparto o a domicilio						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Prescrizione di presidi medici						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Richiesta al cup di sospensione ambulatori						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Delega alla riscossione di pensione						A tutto il personale sanitario della UO Medicina

	Proposta convalida trattamento sanitario obbligatori						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Modulo per assistenza integrativa per diabetici						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Richiesta rieducazione funzionale						A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TA PNE 1	Modulo accertamento di avvio ossigenoterapia lungo termine		Rev. 1		u.o. pneumologia		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TA PNE 2	Modulo modifica flusso ossigeno in pazienti già in OTLT		Rev. 1		u.o. pneumologia		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
TA PNE 3	Modulo di sospensione di ossigeno terapia domiciliare		Rev. 1		u.o. pneumologia		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Richiesta per presidi domiciliari in pazienti ventilati				u.o. pneumologia		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
T MN 24	Modulo di prenotazione PET/TAC		Rev.0		Medicina nucleare		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
DOC MN 10/e	Deplian informativo scintigrafia ossea “total Body”		Rev.0		Medicina nucleare		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
Doc MN 10/xy	Deplian informativo PET-TAC		Rev.0		Medicina nucleare		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
	Moduli TSO				Psichiatria		A tutto il personale sanitario della UO Medicina
T CI	Richiesta coronarografia		Rev. 0				

Data 21/05/2013

.

Cap. 7
Verifica e Miglioramento della Qualità

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno -2013

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Implementazione e sviluppo del Manuale Qualità (MQ) di UO	30/06/2013	Manuale approvato					
2	Gestione pazienti con insufficienza respiratoria trattati con VMNI	Utilizzzo del Ventilatore Vela e monitor stanza monitorizzata	Re-ricovero per VMNI	20%	Mancano fotocopie sdo	Inf. Coord Ianula Barbi	Direttore U.O. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2013

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione n° paz. per morte ACR	30/06/2013	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi	Raccolta dato	2/688	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Riduzione n°paz. per morte ACR	31/12/2013	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi	Raccolta dato		i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2013

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione n° paz. per morte ACR	30/06/2013	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi n° morti per ACR (4275)/ n° schede Mews fatte	Raccolta dato	2//688 2/688	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi i	
2	Riduzione n°paz. per morte ACR	31/12/2013	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi n° schede Mews fatte	Raccolta dato		i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2013

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione di riammissioni rispetto alla misurazione precedente dei paz. dimessi dalla terapia intensiva	30/06/2013	N° paz. che tornano dalla terapia intensiva	Dato rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Riduzione di riammissioni rispetto alla misurazione precedente dei paz. dimessi dalla terapia intensiva	31/12/2013	N° paz. che tornano dalla terapia intensiva	Dato rilevato		i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*

** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*

*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2013

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1								
2								

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2013

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione rispetto alla misurazione precedente	30/06/2013	Numero di pazienti inviati in terapia intensiva	Dato rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Raq. Dott.ssa Q. Lucchesi	
2		31/12/2013	Numero di pazienti inviati in terapia intensiva	Dato Rilevato		i.c. Ianula Barbi	Raq. Dott.ssa Q. Lucchesi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2013

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione rispetto alla misurazione precedente	30/06/2013	Numero di giorni di attesa dalla rianimazione per mancanza di posti letto in degenza	Dato rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2		31/12/2013	Numero di giorni di attesa dalla rianimazione per mancanza di posti letto in degenza	Dato Rilevato		i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2012 2013

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Pazienti con insufficienza respiratoria in VMNI	31/12/13	SDO	20%				
2								
3								

* *Se le rilevazioni sono complesse indicare" monitoraggio allegato". (Tutti i monitoraggi sono comunque da documentare).*

** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2013

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Pazienti con insufficienza respiratoria in VMNI	30/06/2013	SDO	20%	29/688	Inf. coord. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2								
3								

* *Se le rilevazioni sono complesse indicare" monitoraggio allegato". (Tutti i monitoraggi sono comunque da documentare).*

** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2013

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Richieste attivazione PUA/totale dimessi eleggibili	30/06/2013	Scheda PUA	Dato rilevato	80 attivazioni 688 dimessi (29 attivazioni ADI)	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Richieste attivazione PUA/totale dimessi eleggibili	31/12/2013	Scheda PUA	Dato rilevato		I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
3	N° paz. con inf. CVC/n°giorni di degenza di paz. con CVC	Dicembre 2013				I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2013

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Pazienti con insufficienza respiratoria in VMNI	31/12/13	SDO	20%		Inf. coord. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2								
3								

* *Se le rilevazioni sono complesse indicare" monitoraggio allegato". (Tutti i monitoraggi sono comunque da documentare).*

** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2013

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Numero pazienti con braccialetto identificativo/numero dimissioni	30/06/2013	Sceda verifica cartella TPHV 28 REV.5	100%	688/688			
2	Numero pazienti con braccialetto identificativo	31/12/2013						
3								

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno -2013

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Implementazione e sviluppo del Manuale Qualità (MQ) di UO	30/06/2013	Manuale approvato					
2	Gestione pazienti con insufficienza respiratoria trattati con VMNI	Utilizzzo del Ventilatore Vela e monitor stanza monitorizzata	Re-ricovero per VMNI	20%		Inf. Coord Ianula Barbi	Direttore U.O. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2013

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione n° paz. per morte ACR	30/06/2013	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi	Raccolta dato		i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Riduzione n°paz. per morte ACR	31/12/2013	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi	Raccolta dato		i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione n° paz. per morte ACR	30/06/2013	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi n° morti per ACR (4275)/ n° schede Mews fatte	Raccolta dato		i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi i	
2	Riduzione n°paz. per morte ACR	31/12/2013	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi n° schede Mews fatte	Raccolta dato		i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione di riammissioni rispetto alla misurazione precedente dei paz. dimessi dalla terapia intensiva	30/06/2013	N° paz. che tornano dalla terapia intensiva	Dato rilevato		i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Riduzione di riammissioni rispetto alla misurazione precedente dei paz. dimessi dalla terapia intensiva	31/12/2013	N° paz. che tornano dalla terapia intensiva	Dato rilevato		i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2013

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1								
2								

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione rispetto alla misurazione precedente	30/06/2013	Numero di pazienti inviati in terapia intensiva	Dato rilevato		i.c. Ianula Barbi	Raq. Dott.ssa Q. Lucchesi	
2		31/12/2013	Numero di pazienti inviati in terapia intensiva	Dato Rilevato		i.c. Ianula Barbi	Raq. Dott.ssa Q. Lucchesi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2011

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione rispetto alla misurazione precedente	30/06/2013	Numero di giorni di attesa dalla rianimazione per mancanza di posti letto in degenza	Dato rilevato		i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2		31/12/2013	Numero di giorni di attesa dalla rianimazione per mancanza di posti letto in degenza	Dato Rilevato		i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 20122013

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Pazienti con insufficienza respiratoria in VMNI	31/12/13	SDO	20%				
2								
3								

* *Se le rilevazioni sono complesse indicare" monitoraggio allegato". (Tutti i monitoraggi sono comunque da documentare).*

** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2011

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Pazienti con insufficienza respiratoria in VMNI	31/12/11	SDO	20%	13 ricoveri 1° semestre 2011 1 re- ricovero nel 2° semestre 2011	Inf. coord. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	8% dei ventilati del 1° semestre
2								
3								

* *Se le rilevazioni sono complesse indicare" monitoraggio allegato". (Tutti i monitoraggi sono comunque da documentare).*

** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2011

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Richieste attivazione PUA/totale dimessi eleggibili	30/06/2011	Scheda PUA	Dato rilevato	50 attivazioni 479 dimessi	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Richieste attivazione PUA/totale dimessi eleggibili	31/12/2011	Scheda PUA	Dato rilevato	47 attivazioni 535 dimessi	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
3	N° paz. con inf. CVC/n°giorni di degenza di paz. con CVC	Dicembre 2011	TPHV 35(gestione CVC) TPHV 29(segnalazione infezione)	Dato rilevato	0	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2012

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Pazienti con insufficienza respiratoria in VMNI	31/12/12	SDO	20%	ricoveri 1° semestre 2012 re- ricovero nel 2° semestre 2012	Inf. coord. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2								
3								

* *Se le rilevazioni sono complesse indicare" monitoraggio allegato". (Tutti i monitoraggi sono comunque da documentare).*

** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2012

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Richieste attivazione PUA/totale dimessi eleggibili	30/06/2012	Scheda PUA	Dato rilevato	attivazioni dimessi	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Richieste attivazione PUA/totale dimessi eleggibili	31/12/2012	Scheda PUA	Dato rilevato	attivazioni dimessi	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
3	N° paz. con inf. CVC/n°giorni di degenza di paz. con CVC	Dicembre 2012	TPHV 35(gestione CVC) TPHV 29(segnalazione infezione)	Dato rilevato		I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2011-2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Implementazione e sviluppo del Manuale Qualità (MQ) di UO	31/12/2011	Manuale approvato					
2	Gestione pazienti con insufficienza respiratoria trattati con VMNI	Utilizzzo del Ventilatore Vela e monitor stanza monitorizzata	Re-ricovero per VMNI	20%	13 ric. nel 1° semestre 2011 1 re-ricovero 2° semestre 2011	Inf. Coord Ianula Barbi	Direttore U.O. Dott. G. Rinaldi	8% dei ventilati del 1° semestre

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2011

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione n° paz. per morte ACR	30/06/2011	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi	Raccolta dato	2/479	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Riduzione n°paz. per morte ACR	31/12/2011	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi	Raccolta dato	2/535	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione n° paz. per morte ACR	30/06/2012	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi n° morti per ACR (4275)/ n° schede Mews fatte	Raccolta dato	2/573 2/	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi i	
2	Riduzione n°paz. per morte ACR	31/12/2012	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi n° schede Mews fatte	Raccolta dato		i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2011

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione di riammissioni rispetto alla misurazione precedente dei paz. dimessi dalla terapia intensiva	30/06/2011	N° paz. che tornano dalla terapia intensiva	Dato rilevato	non rilevati	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Riduzione di riammissioni rispetto alla misurazione precedente dei paz. dimessi dalla terapia intensiva	31/12/2011	N° paz. che tornano dalla terapia intensiva	Dato rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione di riammissioni rispetto alla misurazione precedente dei paz. dimessi dalla terapia intensiva	30/06/2012	N° paz. che tornano dalla terapia intensiva	Dato rilevato		i.c. Ianula Barbi	Raq. Dott.ssa Q. Lucchesi	
2	Riduzione di riammissioni rispetto alla misurazione precedente dei paz. dimessi dalla terapia intensiva	31/12/2012	N° paz. che tornano dalla terapia intensiva	**Dato rilevato**		i.c. Ianula Barbi	Raq. Dott.ssa Q. Lucchesi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*

** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*

*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione rispetto alla misurazione precedente	30/06/2012	Numero di pazienti inviati in terapia intensiva	Dato rilevato		i.c. Ianula Barbi	Raq. Dott.ssa Q. Lucchesi	
2		31/12/2012	Numero di pazienti inviati in terapia intensiva	Dato Rilevato		i.c. Ianula Barbi	Raq. Dott.ssa Q. Lucchesi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2011

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione rispetto alla misurazione precedente	30/06/2011	Numero di giorni di attesa dalla rianimazione per mancanza di posti letto in degenza	Dato rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2		31/12/2011	Numero di giorni di attesa dalla rianimazione per mancanza di posti letto in degenza	Dato Rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 20122013

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Pazienti con insufficienza respiratoria in VMNI	31/12/13	SDO	20%				
2								
3								

* *Se le rilevazioni sono complesse indicare" monitoraggio allegato". (Tutti i monitoraggi sono comunque da documentare).*

** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2012

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Pazienti con insufficienza respiratoria in VMNI	31/12/12	SDO	20%		Inf. coord. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2								
3								

* *Se le rilevazioni sono complesse indicare" monitoraggio allegato". (Tutti i monitoraggi sono comunque da documentare).*

** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2012

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Richieste attivazione PUA/totale dimessi eleggibili	30/06/2012	Scheda PUA	Dato rilevato		I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Richieste attivazione PUA/totale dimessi eleggibili	31/12/2012	Scheda PUA	Dato rilevato		I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
3	N° paz. con inf. CVC/n°giorni di degenza di paz. con CVC	Dicembre 2012	TPHV 35(gestione CVC) TPHV 29(segnalazione infezione)	Dato rilevato	0	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2013

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Pazienti con insufficienza respiratoria in VMNI	31/12/13	SDO	20%			Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2								
3								

* *Se le rilevazioni sono complesse indicare" monitoraggio allegato". (Tutti i monitoraggi sono comunque da documentare).*

** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2012

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Richieste attivazione PUA/totale dimessi eleggibili	30/06/2012	Scheda PUA	Dato rilevato	attivazioni dimessi	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Richieste attivazione PUA/totale dimessi eleggibili	31/12/2012	Scheda PUA	Dato rilevato	attivazioni dimessi	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
3	N° paz. con inf. CVC/n°giorni di degenza di paz. con CVC	Dicembre 2012	TPHV 35(gestione CVC) TPHV 29(segnalazione infezione)	Dato rilevato		I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 20122013

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Pazienti con insufficienza respiratoria in VMNI	31/12/13	SDO	20%				
2								
3								

* *Se le rilevazioni sono complesse indicare" monitoraggio allegato". (Tutti i monitoraggi sono comunque da documentare).*

** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2012

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Pazienti con insufficienza respiratoria in VMNI	31/12/12	SDO	20%		Inf. coord. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2								
3								

* *Se le rilevazioni sono complesse indicare" monitoraggio allegato". (Tutti i monitoraggi sono comunque da documentare).*

** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2011

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Richieste attivazione PUA/totale dimessi eleggibili	30/06/2011	Scheda PUA	Dato rilevato	50 attivazioni 479 dimessi	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Richieste attivazione PUA/totale dimessi eleggibili	31/12/2011	Scheda PUA	Dato rilevato	47 attivazioni 535 dimessi	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
3	N° paz. con inf. CVC/n°giorni di degenza di paz. con CVC	Dicembre 2011	TPHV 35(gestione CVC) TPHV 29(segnalazione infezione)	Dato rilevato	0	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2012

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Pazienti con insufficienza respiratoria in VMNI	31/12/12	SDO	20%	ricoveri 1° semestre 2012 re- ricovero nel 2° semestre 2012	Inf. coord. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2								
3								

* *Se le rilevazioni sono complesse indicare" monitoraggio allegato". (Tutti i monitoraggi sono comunque da documentare).*

** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2012

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Richieste attivazione PUA/totale dimessi eleggibili	30/06/2012	Scheda PUA	Dato rilevato	attivazioni dimessi	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Richieste attivazione PUA/totale dimessi eleggibili	31/12/2012	Scheda PUA	Dato rilevato	attivazioni dimessi	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
3	N° paz. con inf. CVC/n°giorni di degenza di paz. con CVC	Dicembre 2012	TPHV 35(gestione CVC) TPHV 29(segnalazione infezione)	Dato rilevato		I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2011-2012

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Pazienti con insufficienza respiratoria in VMNI	31/12/12	SDO	20%				
2								
3								

* *Se le rilevazioni sono complesse indicare" monitoraggio allegato". (Tutti i monitoraggi sono comunque da documentare).*

** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2012

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Pazienti con insufficienza respiratoria in VMNI	31/12/11	SDO	20%	13 ricoveri 1° semestre 2011 1 re- ricovero nel 2° semestre 2011	Inf. coord. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	8% dei ventilati del 1° semestre
2								
3								

* *Se le rilevazioni sono complesse indicare" monitoraggio allegato". (Tutti i monitoraggi sono comunque da documentare).*

** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2012

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Richieste attivazione PUA/totale dimessi eleggibili	30/06/2012	Scheda PUA	Dato rilevato	55 attivazioni 566 dimessi	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Richieste attivazione PUA/totale dimessi eleggibili	31/12/2012	Scheda PUA	Dato rilevato	attivazioni dimessi	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
3	N° paz. con inf. CVC/n°giorni di degenza di paz. con CVC	Dicembre 2012	TPHV 35(gestione CVC) TPHV 29(segnalazione infezione)	Dato rilevato	0	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno -2013

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Implementazione e sviluppo del Manuale Qualità (MQ) di UO	30/06/2013	Manuale approvato					
2	Gestione pazienti con insufficienza respiratoria trattati con VMNI	Utilizzzo del Ventilatore Vela e monitor stanza monitorizzata	Re-ricovero per VMNI	20%		Inf. Coord Ianula Barbi	Direttore U.O. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2013

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione n° paz. per morte ACR	30/06/2013	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi	Raccolta dato		i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Riduzione n°paz. per morte ACR	31/12/2013	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi	Raccolta dato		i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione n° paz. per morte ACR	30/06/2013	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi n° morti per ACR (4275)/ n° schede Mews fatte	Raccolta dato		i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi i	
2	Riduzione n°paz. per morte ACR	31/12/2013	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi n° schede Mews fatte	Raccolta dato		i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione di riammissioni rispetto alla misurazione precedente dei paz. dimessi dalla terapia intensiva	30/06/2013	N° paz. che tornano dalla terapia intensiva	Dato rilevato		i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Riduzione di riammissioni rispetto alla misurazione precedente dei paz. dimessi dalla terapia intensiva	31/12/2013	N° paz. che tornano dalla terapia intensiva	Dato rilevato		i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1								
2								

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione rispetto alla misurazione precedente	30/06/2013	Numero di pazienti inviati in terapia intensiva	Dato rilevato		i.c. Ianula Barbi	Raq. Dott.ssa Q. Lucchesi	
2		31/12/2013	Numero di pazienti inviati in terapia intensiva	Dato Rilevato		i.c. Ianula Barbi	Raq. Dott.ssa Q. Lucchesi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2011

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione rispetto alla misurazione precedente	30/06/2013	Numero di giorni di attesa dalla rianimazione per mancanza di posti letto in degenza	Dato rilevato		i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2		31/12/2013	Numero di giorni di attesa dalla rianimazione per mancanza di posti letto in degenza	Dato Rilevato		i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno -2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Implementazione e sviluppo del Manuale Qualità (MQ) di UO	30/06/2012	Manuale approvato					
2	Gestione pazienti con insufficienza respiratoria trattati con VMNI	Utilizzzo del Ventilatore Vela e monitor stanza monitorizzata	Re-ricovero per VMNI	20%	22 ric. nel 1° semestre 2012 re-ricovero 2° semestre 2012	Inf. Coord Ianula Barbi	Direttore U.O. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione n° paz. per morte ACR	30/06/2012	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi	Raccolta dato	2/566	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Riduzione n°paz. per morte ACR	31/12/2012	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi	Raccolta dato	3/608	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione n° paz. per morte ACR	30/06/2012	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi n° morti per ACR (4275)/ n° schede Mews fatte	Raccolta dato	2/566	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi i	
2	Riduzione n°paz. per morte ACR	31/12/2012	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi n° schede Mews fatte	Raccolta dato	3/608	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*

** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*

*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione di riammissioni rispetto alla misurazione precedente dei paz. dimessi dalla terapia intensiva	30/06/2012	N° paz. che tornano dalla terapia intensiva	Dato rilevato	1	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Riduzione di riammissioni rispetto alla misurazione precedente dei paz. dimessi dalla terapia intensiva	31/12/2012	N° paz. che tornano dalla terapia intensiva	Dato rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1								
2								

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione rispetto alla misurazione precedente	30/06/2012	Numero di pazienti inviati in terapia intensiva	Dato rilevato	3	i.c. Ianula Barbi	Raq. Dott.ssa Q. Lucchesi	
2		31/12/2012	Numero di pazienti inviati in terapia intensiva	Dato Rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Raq. Dott.ssa Q. Lucchesi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2011

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione rispetto alla misurazione precedente	30/06/2012	Numero di giorni di attesa dalla rianimazione per mancanza di posti letto in degenza	Dato rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2		31/12/2012	Numero di giorni di attesa dalla rianimazione per mancanza di posti letto in degenza	Dato Rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno -2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Implementazione e sviluppo del Manuale Qualità (MQ) di UO	30/06/2012	Manuale approvato					
2	Gestione pazienti con insufficienza respiratoria trattati con VMNI	Utilizzzo del Ventilatore Vela e monitor stanza monitorizzata	Re-ricovero per VMNI	20%	22 ric. nel 1° semestre 2012 re-ricovero 2° semestre 2012	Inf. Coord Ianula Barbi	Direttore U.O. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione n° paz. per morte ACR	30/06/2012	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi	Raccolta dato	2/566	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Riduzione n°paz. per morte ACR	31/12/2012	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi	Raccolta dato	3/608	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione n° paz. per morte ACR	30/06/2012	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi n° morti per ACR (4275)/ n° schede Mews fatte	Raccolta dato	2/566	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi i	
2	Riduzione n°paz. per morte ACR	31/12/2012	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi n° schede Mews fatte	Raccolta dato	3/608	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*

** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*

*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione di riammissioni rispetto alla misurazione precedente dei paz. dimessi dalla terapia intensiva	30/06/2012	N° paz. che tornano dalla terapia intensiva	Dato rilevato	1	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Riduzione di riammissioni rispetto alla misurazione precedente dei paz. dimessi dalla terapia intensiva	31/12/2012	N° paz. che tornano dalla terapia intensiva	Dato rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1								
2								

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione rispetto alla misurazione precedente	30/06/2012	Numero di pazienti inviati in terapia intensiva	Dato rilevato	3	i.c. Ianula Barbi	Raq. Dott.ssa Q. Lucchesi	
2		31/12/2012	Numero di pazienti inviati in terapia intensiva	Dato Rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Raq. Dott.ssa Q. Lucchesi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2011

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione rispetto alla misurazione precedente	30/06/2012	Numero di giorni di attesa dalla rianimazione per mancanza di posti letto in degenza	Dato rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2		31/12/2012	Numero di giorni di attesa dalla rianimazione per mancanza di posti letto in degenza	Dato Rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno -2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Implementazione e sviluppo del Manuale Qualità (MQ) di UO	30/06/2012	Manuale approvato					
2	Gestione pazienti con insufficienza respiratoria trattati con VMNI	Utilizzzo del Ventilatore Vela e monitor stanza monitorizzata	Re-ricovero per VMNI	20%	22 ric. nel 1° semestre 2012 re-ricovero 2° semestre 2012	Inf. Coord Ianula Barbi	Direttore U.O. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione n° paz. per morte ACR	30/06/2012	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi	Raccolta dato	2/566	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Riduzione n°paz. per morte ACR	31/12/2012	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi	Raccolta dato	3/608	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione n° paz. per morte ACR	30/06/2012	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi n° morti per ACR (4275)/ n° schede Mews fatte	Raccolta dato	2/566	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi i	
2	Riduzione n°paz. per morte ACR	31/12/2012	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi n° schede Mews fatte	Raccolta dato	3/608	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*

** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*

*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione di riammissioni rispetto alla misurazione precedente dei paz. dimessi dalla terapia intensiva	30/06/2012	N° paz. che tornano dalla terapia intensiva	Dato rilevato	1	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Riduzione di riammissioni rispetto alla misurazione precedente dei paz. dimessi dalla terapia intensiva	31/12/2012	N° paz. che tornano dalla terapia intensiva	Dato rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1								
2								

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione rispetto alla misurazione precedente	30/06/2012	Numero di pazienti inviati in terapia intensiva	Dato rilevato	3	i.c. Ianula Barbi	Raq. Dott.ssa Q. Lucchesi	
2		31/12/2012	Numero di pazienti inviati in terapia intensiva	Dato Rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Raq. Dott.ssa Q. Lucchesi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2011

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione rispetto alla misurazione precedente	30/06/2012	Numero di giorni di attesa dalla rianimazione per mancanza di posti letto in degenza	Dato rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2		31/12/2012	Numero di giorni di attesa dalla rianimazione per mancanza di posti letto in degenza	Dato Rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno -2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Implementazione e sviluppo del Manuale Qualità (MQ) di UO	30/06/2012	Manuale approvato					
2	Gestione pazienti con insufficienza respiratoria trattati con VMNI	Utilizzzo del Ventilatore Vela e monitor stanza monitorizzata	Re-ricovero per VMNI	20%	22 ric. nel 1° semestre 2012 re-ricovero 2° semestre 2012	Inf. Coord Ianula Barbi	Direttore U.O. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione n° paz. per morte ACR	30/06/2012	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi	Raccolta dato	2/566	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Riduzione n°paz. per morte ACR	31/12/2012	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi	Raccolta dato	3/608	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione n° paz. per morte ACR	30/06/2012	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi n° morti per ACR (4275)/ n° schede Mews fatte	Raccolta dato	2/566	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi i	
2	Riduzione n°paz. per morte ACR	31/12/2012	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi n° schede Mews fatte	Raccolta dato	3/608	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*

** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*

*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione di riammissioni rispetto alla misurazione precedente dei paz. dimessi dalla terapia intensiva	30/06/2012	N° paz. che tornano dalla terapia intensiva	Dato rilevato	1	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Riduzione di riammissioni rispetto alla misurazione precedente dei paz. dimessi dalla terapia intensiva	31/12/2012	N° paz. che tornano dalla terapia intensiva	Dato rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1								
2								

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione rispetto alla misurazione precedente	30/06/2012	Numero di pazienti inviati in terapia intensiva	Dato rilevato	3	i.c. Ianula Barbi	Raq. Dott.ssa Q. Lucchesi	
2		31/12/2012	Numero di pazienti inviati in terapia intensiva	Dato Rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Raq. Dott.ssa Q. Lucchesi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2011

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione rispetto alla misurazione precedente	30/06/2012	Numero di giorni di attesa dalla rianimazione per mancanza di posti letto in degenza	Dato rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2		31/12/2012	Numero di giorni di attesa dalla rianimazione per mancanza di posti letto in degenza	Dato Rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno -2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Implementazione e sviluppo del Manuale Qualità (MQ) di UO	30/06/2012	Manuale approvato					
2	Gestione pazienti con insufficienza respiratoria trattati con VMNI	Utilizzzo del Ventilatore Vela e monitor stanza monitorizzata	Re-ricovero per VMNI	20%	22 ric. nel 1° semestre 2012 re-ricovero 2° semestre 2012	Inf. Coord Ianula Barbi	Direttore U.O. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione n° paz. per morte ACR	30/06/2012	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi	Raccolta dato	2/566	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Riduzione n°paz. per morte ACR	31/12/2012	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi	Raccolta dato	3/608	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione n° paz. per morte ACR	30/06/2012	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi n° morti per ACR (4275)/ n° schede Mews fatte	Raccolta dato	2/566	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi i	
2	Riduzione n°paz. per morte ACR	31/12/2012	n° morti per ACR (4275)/ n° paz. dimessi n° schede Mews fatte	Raccolta dato	3/608	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*

** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*

*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione di riammissioni rispetto alla misurazione precedente dei paz. dimessi dalla terapia intensiva	30/06/2012	N° paz. che tornano dalla terapia intensiva	Dato rilevato	1	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Riduzione di riammissioni rispetto alla misurazione precedente dei paz. dimessi dalla terapia intensiva	31/12/2012	N° paz. che tornano dalla terapia intensiva	Dato rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1								
2								

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2012

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione rispetto alla misurazione precedente	30/06/2012	Numero di pazienti inviati in terapia intensiva	Dato rilevato	3	i.c. Ianula Barbi	Raq. Dott.ssa Q. Lucchesi	
2		31/12/2012	Numero di pazienti inviati in terapia intensiva	Dato Rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Raq. Dott.ssa Q. Lucchesi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio. Anno 2011

N °	Obiettivo	Scadenza	Indicatore di risultato	Standard	Dati rilevati*	Responsabile della rilevazione** *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note ***
1	Riduzione rispetto alla misurazione precedente	30/06/2012	Numero di giorni di attesa dalla rianimazione per mancanza di posti letto in degenza	Dato rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2		31/12/2012	Numero di giorni di attesa dalla rianimazione per mancanza di posti letto in degenza	Dato Rilevato	0	i.c. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

* *Numerico o SI/NO . I relativi monitoraggi sono da documentare.*
** *Responsabile della rilevazione:1)interno alla U.O.(firma e data) 2) esterno alla U.O (indicare qualifica e la documentazione firmata viene allegata)*
*** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2012-2013

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Pazienti con insufficienza respiratoria in VMNI	31/12/13	SDO	20%				
2								
3								

* *Se le rilevazioni sono complesse indicare" monitoraggio allegato". (Tutti i monitoraggi sono comunque da documentare).*

** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2012

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Pazienti con insufficienza respiratoria in VMNI	31/12/12	SDO	20%		Inf. coord. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2								
3								

* *Se le rilevazioni sono complesse indicare" monitoraggio allegato". (Tutti i monitoraggi sono comunque da documentare).*

** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2012

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Richieste attivazione PUA/totale dimessi eleggibili	30/06/2012	Scheda PUA	Dato rilevato		I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Richieste attivazione PUA/totale dimessi eleggibili	31/12/2012	Scheda PUA	Dato rilevato		I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
3	N° paz. con inf. CVC/n°giorni di degenza di paz. con CVC	Dicembre 2012	TPHV 35(gestione CVC) TPHV 29(segnalazione infezione)	Dato rilevato	0	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2013

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Pazienti con insufficienza respiratoria in VMNI	31/12/13	SDO	20%			Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2								
3								

* *Se le rilevazioni sono complesse indicare" monitoraggio allegato". (Tutti i monitoraggi sono comunque da documentare).*

** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2012

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Richieste attivazione PUA/totale dimessi eleggibili	30/06/2012	Scheda PUA	Dato rilevato	attivazioni dimessi	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Richieste attivazione PUA/totale dimessi eleggibili	31/12/2012	Scheda PUA	Dato rilevato	attivazioni dimessi	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
3	N° paz. con inf. CVC/n°giorni di degenza di paz. con CVC	Dicembre 2012	TPHV 35(gestione CVC) TPHV 29(segnalazione infezione)	Dato rilevato		I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2012-2013

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Pazienti con insufficienza respiratoria in VMNI	31/12/13	SDO	20%				
2								
3								

* *Se le rilevazioni sono complesse indicare" monitoraggio allegato". (Tutti i monitoraggi sono comunque da documentare).*

** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2011

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Pazienti con insufficienza respiratoria in VMNI	31/12/11	SDO	20%	13 ricoveri 1° semestre 2011 1 re- ricovero nel 2° semestre 2011	Inf. coord. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	8% dei ventilati del 1° semestre
2								
3								

* *Se le rilevazioni sono complesse indicare" monitoraggio allegato". (Tutti i monitoraggi sono comunque da documentare).*

** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2011

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Richieste attivazione PUA/totale dimessi eleggibili	30/06/2011	Scheda PUA	Dato rilevato	50 attivazioni 479 dimessi	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Richieste attivazione PUA/totale dimessi eleggibili	31/12/2011	Scheda PUA	Dato rilevato	47 attivazioni 535 dimessi	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
3	N° paz. con inf. CVC/n°giorni di degenza di paz. con CVC	Dicembre 2011	TPHV 35(gestione CVC) TPHV 29(segnalazione infezione)	Dato rilevato	0	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2012

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Pazienti con insufficienza respiratoria in VMNI	31/12/12	SDO	20%	ricoveri 1° semestre 2012 re- ricovero nel 2° semestre 2012	Inf. coord. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2								
3								

* *Se le rilevazioni sono complesse indicare" monitoraggio allegato". (Tutti i monitoraggi sono comunque da documentare).*

** *Scrivere eventuali annotazione o allegarle a parte. Le azioni correttive/di miglioramento vengono esplicitate nel modulo* ***TA AQ 01*** *(allegato alla PA 09)*

U.O. Medicina Generale PO Valle del Serchio Anno 2012

N °	Indicatore	Scadenza	Strumento di rilevazione	Standard definito	Dati rilevati *	Responsabile della rilevazione *(data e firma)*	Responsabile dell'analisi *(data e firma)*	Note**
1	Richieste attivazione PUA/totale dimessi eleggibili	30/06/2012	Scheda PUA	Dato rilevato	attivazioni dimessi	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
2	Richieste attivazione PUA/totale dimessi eleggibili	31/12/2012	Scheda PUA	Dato rilevato	attivazioni dimessi	I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	
3	N° paz. con inf. CVC/n°giorni di degenza di paz. con CVC	Dicembre 2012	TPHV 35(gestione CVC) TPHV 29(segnalazione infezione)	Dato rilevato		I.C. Ianula Barbi	Direttore u.o. Dott. G. Rinaldi	

.

Cap. 8
Glossario

Glossario
(Estratto del Decreto Dirigenziale n. 1623 del 4 maggio 2011)

Accessibilità
Possibilità del singolo utente (o di un gruppo omogeneo di utenti) di usufruire del servizio di cui ha bisogno nel tempo e nel luogo più opportuno, in quantità adeguata e nei limiti delle risorse disponibili.

Accettabilità
Atteggiamento dei potenziali utenti nei confronti del ricorso ad un servizio o ad una prestazione. Grado di apprezzamento del servizio da parte dell'utente

Accuratezza
Una variabile viene rilevata in modo accurato se il valore osservato corrisponde al valore vero delle cose misurate.

Accreditamento
Processo formale attraverso il quale un ente o un organismo valuta, riconosce ed attesta che un servizio o un'istituzione corrispondano a standard predefiniti.

Accreditamento volontario: (detto anche accreditamento professionale tra pari) processo promosso autonomamente da gruppi professionali e da società scientifiche, al fine di garantire un costante adeguamento dei livelli professionali garantiti.

Accreditamento istituzionale: riconoscimento pubblico del possesso dei requisiti previsti dagli standard nazionali/regionali per i potenziali erogatori di prestazioni sanitarie per conto del Servizio sanitario nazionale/regionale.

Adeguatezza
Rapporto fra servizi disponibili e bisogni della popolazione, strettamente correlata all'accessibilità.

Analisi del problema
Indagine sugli antecedenti, sulle circostanze e sulle conseguenze di un comportamento problematico per individuarne le cause (ad es. situazioni di stress o di affaticamento o mancanza di conoscenza o incentivi sbagliati).

Apparecchiatura biomedica
Qualsiasi dispositivo corredato di accessori, come definito dal D.Lgs. n. 46 del 27/02/97 art. 1 commi a), b), c), d), e), e successive modifiche ed integrazioni, classificato secondo il codice CIVAB (Centro di Informazione e Valutazione Apparecchiature Biomediche).

Apparecchio vitale
Apparecchio al cui funzionamento è affidata la vita del paziente.

Appropriatezza
Componente della qualità dell'assistenza che fa riferimento a validità tecnico-scientifica, accettabilità, tempestività e pertinenza delle prestazioni sanitarie. Misura in cui un particolare intervento è indicato, cioè efficace (costo-efficace) ed è indicato per la persona che lo riceve. Per appropriatezza del livello di effettuazione (ad es. domicilio, ambulatorio, day hospital, ricovero) si

intende se un intervento appropriato viene erogato al livello più gradito all'utente e/o meno costoso. E' una parola chiave della qualità professionale. Viene talvolta indicata anche come pertinenza.

Assicurazione della qualità o garanzia della qualità
Tutte le attività pianificate e sistematiche, attuate nell'ambito del sistema qualità e di cui, per quanto occorre, viene data dimostrazione, messe in atto per dare adeguata confidenza che un'entità (prodotto/servizio) soddisferà determinati requisiti di qualità.

Audit
Consiste essenzialmente nella revisione retrospettiva della pratica professionale con l'obiettivo di individuare le opportunità di miglioramento e di introdurle nella pratica professionale. Attività di verifica di tipo professionale, basata sulla documentazione clinica, volta a valutare, in modo volontario, retrospettivo in base a criteri predefiniti, le azioni compiute in contesti e tempi determinati. Il termine è spesso usato come sinonimo di revisione tra colleghi o tra pari (PEER REVIEW).

Audit clinico: esame attento dei dati raccolti nella pratica clinica routinaria, allo scopo di identificare aspetti possibili di miglioramento sia per quanto riguarda l'efficienza sia per quanto riguarda l'efficacia.

Audit della qualità: esame sistematico e indipendente per determinare se le attività svolte per la qualità e i risultati ottenuti sono in accordo con quanto pianificato, e se quanto predisposto viene attuato efficacemente e risulta idoneo al conseguimento degli obiettivi.

Autorizzazione
Procedura, che si conclude con un atto amministrativo, con la quale viene verificato il possesso, da parte di chi lo richiede, di requisiti, previsti da norme e regolamenti, e che è richiesta per l'inizio di un'attività o, periodicamente per il suo proseguimento.

Azienda sanitaria
Soggetto giuridico che offre attività o prestazioni sanitarie.

Azione correttiva
Azione intrapresa per eliminare le cause di esistenti non conformità, difetti o altre situazioni non desiderate, al fine di prevenirne il ripetersi.

Azione preventiva
Azione intrapresa per eliminare le cause di potenziali non conformità, difetti o altre situazioni non desiderate, al fine di evitarne il verificarsi.

Bioetica
Ambito disciplinare in cui sono esaminate le problematiche relative alla determinazione dei fini generali e specifici dell'assistenza sanitaria ed all'equità delle sue modalità in riferimento ai principi dell'Etica e nel rispetto dei valori soggettivi di ciascuna persona e del diritto che ogni individuo ha di determinare autonomamente le condizioni e le scelte relative al proprio stato di salute.

Bisogno
In MCQ è inteso come bisogno riconosciuto professionalmente, ossia come condizione sanitaria, psicologica, sociale per la quale è opportuno intervenire. Il bisogno può essere percepito o meno, ed

essere espresso o meno, diventare cioè o meno domanda. D'altra parte la domanda di prestazioni può anche non corrispondere a un bisogno inteso in questo senso, può essere cioè inappropriata.

Bisogno formativo
Differenza tra le competenze possedute e quelle necessarie per svolgere bene il proprio ruolo professionale.

Budget
Il sistema di obiettivi e risorse attribuite al responsabile di una struttura organizzativa o di un livello gestionale. Il sistema budgetario è costituito da documenti previsionali che, con riguardo all'esercizio o a periodi più circoscritti, definiscono, per i diversi ambiti di attività e per le specifiche responsabilità gestionali, gli obiettivi da perseguire e le risorse a tal fine disponibili, e ne verificano i risultati raggiunti sulla base di documenti consuntivi. (LR 40/2005 art. 126)

Carrello per la gestione dell'emergenza
Dotazione minima :
- defibrillatore;
- pallone autoespansibile corredato di maschere facciali e cannule orofaringee;
- apparecchio per la misurazione della pressione e fonendoscopio;
- laccio emostatico, siringhe e farmaci;
- materiale per medicazione.

Nel caso in cui vengano effettuate procedure invasive, ricerche diagnostiche con manovre complesse, oltre alla dotazione di cui sopra, deve comprendere:
- pulsiossimetro;
- aspiratore.

Carta dei servizi
La Carta dei servizi costituisce un patto fra soggetto erogatore e cittadino, finalizzato al miglioramento della qualità dei servizi offerti nell'interesse della collettività e dei singoli.
All'interno di tale patto vengono definiti gli obiettivi, gli impegni assunti per il raggiungimento, gli standard di riferimento, le modalità per misurare i risultati ed il livello di soddisfazione dell'utente.
La Carta dei servizi è adottata in conformità con la Direttiva del Consiglio 27.01.1994 e con il DPCM del 19.05.1995 e resa vincolante per gli enti erogatori di prestazioni per conto e a carico del Servizio sanitario nazionale dalla Legge 273/95.

Centro di costo
Unità o sottounità organizzativa che costituisce un'aggregazione contabile significativa ai fini di particolari analisi e valutazioni della gestione. ("Il sistema della contabilità dei costi" – Regione Toscana)

Centro di responsabilità
Insieme di uno o più centri di costo che costituiscono una ideale area aziendale posta sotto il controllo di un determinato soggetto (il responsabile), alla quale affluiscono risorse (input) che vengono utilizzate per lo svolgimento di una data attività e dalla quale si ottengono prodotti/servizi. Le risorse possono essere espresse in termini quantitativo-fisici o in termini quantitativomonetari (valore).
Al responsabile del centro sono attribuite responsabilità economiche, gestionali, inerenti determinati livelli quantitativi e qualitativi di attività da porre in essere e di risorse da impiegare. L'attribuzione

di tali responsabilità deve rispettare una coerenza tra obiettivi/risorse assegnati al responsabilità di un soggetto e leve concretamente attivabili dal soggetto per perseguirli.

Cerchio della qualità/spirale della qualità
Modello concettuale per indicare le attività che, interagendo fra loro, influenzano la qualità di un prodotto o di un servizio nelle varie fasi che vanno dall'identificazione delle esigenze da soddisfare alla verifica del loro soddisfacimento (ISO 8402).

Certificazione
Consiste nella rilevazione e garanzia della presenza nella struttura di requisiti minimi previsti da leggi, regolamenti o standard riconosciuti. Atto mediante il quale una terza parte ndipendente dichiara che un determinato prodotto, processo o servizio è conforme ad una specifica norma od altro documento normativo.
Uno dei riferimenti più adottati per la certificazione dei sistemi qualità sono le norme ISO9000.

Cittadini fragili
Gruppi di cittadini fragili e particolarmente vulnerabili quali ad esempio:
- senza fissa dimora,
- nomadi,
- richiedenti asilo e rifugiati,
- carcerati ed ex carcerati,
- vittime di violenza,
- vittime di tratta e sfruttamento,
- dipendenti da sostanze,
- indigenti,
- reduci di guerra.

Cliente/utente
Destinatario di un prodotto e/o di un servizio.

Competenza
Insieme delle capacità professionali richieste per svolgere un compito o una funzione.

Competenza tecnica
Livello di applicazione delle conoscenze scientifiche, delle abilità professionali e delle tecnologie disponibili.

Conduzione aziendale per la qualità
La componente della conduzione aziendale rivolta alla definizione ed all'attuazione della politica per la qualità (ISO 8402)

Contabilità analitica
Strumento che consente di determinare, congiuntamente o alternativamente, costi, ricavi e risultati relativi a centri di responsabilità, ad aree di attività, a servizi, alla gestione di determinati beni, a categorie di prestazioni o prodotti. (LR 40/2005, art. 127)

Contabilità generale

La contabilità generale è lo strumento con il quale mediante la registrazione dei fatti gestionali nel libro giornale e la loro imputazione ai conti relativi a singole categorie di valori omogenei, si provvede alla rilevazione dei costi e dei ricavi e alle variazioni negli elementi attivi e passivi del patrimonio, in modo da darne rappresentazione nel bilancio di esercizio e nei relativi allegati. (LR 40/2005, art. 125)

Contabilità finanziaria
Strumento contabile che ha la funzione di autorizzare l'azienda a svolgere determinati atti di gestione utilizzando le risorse preventivamente stanziate. Coerentemente con tale natura, la contabilità finanziaria rileva esclusivamente le variazioni monetarie (entrate/uscite) relative alla gestione dell'azienda.

Continuità
Coordinamento dell'assistenza nel tempo e tra i vari professionisti, in modo che non si abbia interruzione dell'assistenza e/o cambiamento ingiustificato dei professionisti che assistono i pazienti.

Controllo della documentazione
Il controllo della documentazione consiste nel regolamentare le seguenti attività:
- creazione/emissione del documento
- identificazione e/o codifica e appropriazione
- archiviazione e conservazione
- diffusione
- modifiche ed aggiornamento
- eliminazione dei documenti superati

Controllo di gestione
Attività di guida svolta dai manager, applicando il meccanismo di retroazione per assicurarsi l'acquisizione e l'impiego delle risorse in modo efficace ed efficiente al fine di conseguire gli obiettivi economici prestabiliti.
Processo mediante il quale una organizzazione si assicura che le finalità siano raggiunte nel modo maggiormente efficace, garantendo quindi una corretta utilizzazione delle risorse ed una adeguatezza qualiquantitativa delle prestazioni erogate rispetto agli obiettivi programmati.
("Il sistema della contabilità dei costi" - Regione toscana - anno 1994) Procedura diretta a verificare lo stato di attuazione degli obiettivi programmati e, attraverso l'analisi delle risorse acquisite e della comparazione tra i costi e la quantità e qualità dei servizi offerti, la funzionalità dell'organizzazione dell'ente, l'efficacia e l'efficienza ed il livello di economicità nell'attività di realizzazione dei predetti obiettivi.

Controllo di qualità
Le tecniche e le attività a carattere operativo messe in atto per soddisfare i requisiti di qualità.

Correttezza tecnica
Effettuazione di una prestazione professionale in accordo con lo "stato dell'arte" (ad es. nell'esecuzione di un intervento chirurgico o di un colloquio medico o di una psicoterapia).
La scelta dell'intervento rientra invece nell'appropriatezza.

Criterio
Argomento, tema, aspetto da prendere in considerazione per valutare e decidere. Per criterio, nella valutazione della qualità in sanità, si intende un componente o un aspetto della struttura di un sistema sanitario, del processo o degli esiti dell'assistenza.
I criteri possono essere classificati come derivati da "norme" o derivati dall' "esperienza".
Variabile (rilevabile in modo riproducibile) che permette di esprimere un giudizio sulla qualità dell'assistenza.

Deroga
Autorizzazione scritta rilasciata prima della produzione (o della prestazione di un servizio), a scostarsi dai requisiti prestabiliti per una determinata quantità o per un determinato periodo di tempo.
Deroga dopo la produzione (concessione) Autorizzazione scritta ad utilizzare o rilasciare un prodotto che risulta non conforme ai requisiti specificati.

Discipline di base
Medicina, chirurgia generale, ortopedia, ostetricia e ginecologia, pediatria.

Disinfezione
Processo che permette l'eliminazione di tutti i microrganismi patogeni ma non delle spore.
Questa si articola in 3 livelli:
Alta Disinfezione: quella che distrugge tutti i batteri, i funghi ed i virus ad esclusione di gran parte dei batteri sporigeni;
Media Disinfezione: quella che distrugge tutti i batteri (compreso il Micobacterium tubercolosis varietà bovis - microrganismo altamente resistente, utilizzato come test di riferimento) e funghi, della maggior parte de virus, con esclusione degli sporigeni;
Bassa Disinfezione: quella che distrugge tutti i batteri (con esclusione del Micobacterium tubercolosis varietà bovis), la maggior parte dei funghi ed alcuni virus.

Documento
L'atto assunto, nelle forme rituali, da parte del responsabile della funzione specifica, nell'ambito delle competenze proprie attribuitegli dall'ordinamento aziendale.

Efficacia
Capacità di un sistema di raggiungere i risultati desiderati ed è misurata dal confronto tra i risultati raggiunti e quelli attesi.
Efficienza
Operativa : capacità di effettuare gli interventi voluti con risparmio di risorse (tempo-denaro) o di effettuare un maggior numero di interventi con lo stesso impegno di risorse. Fare le cose bene.
Economica: rapporto favorevole fra costi sostenuti ed esiti ottenuti (buon rapporto costo/efficacia) o anche capacità di erogare servizi sanitari dell'efficacia desiderata a basso costo o di erogare servizi sanitari di maggior efficacia a costi fissi. Fare le cose giuste bene e spendendo poco.

Epidemiologia
Studia la distribuzione degli stati di salute ed i suoi determinanti

Epidemiologia clinica
Studia la distribuzione degli esiti degli interventi sanitari ed i suoi determinanti.

Esito
Modificazioni delle condizioni di salute dovute agli interventi sanitari. Un esito particolare è rappresentato dalla soddisfazione dei pazienti, dei familiari e della popolazione.

Evento sentinella
Eventi o procedure indesiderate, potenzialmente evitabili e che sollecitano ulteriori analisi ed indagini ogni volta che si verificano. Il verificarsi di un solo caso è già sufficiente per dare luogo ad un'indagine conoscitiva diretta ad accertare se vi abbiano contribuito fattori eliminabili o riducibili.

Gestione totale per la qualità
Modo di governo di un'organizzazione incentrato sulla qualità, basato sulla partecipazione di tutti i suoi membri, che mira al successo a lungo termine ottenuto attraverso la soddisfazione del cliente, e che comporta benefici per tutti i membri dell'organizzazione e per la collettività.

Indagine di soddisfazione
Predisposizione di un piano di campionamento, rilevazione dei dati attraverso questionario o intervista, opportunamente validato/a, elaborazione e analisi di tali dati con idonea metodologia in modo da fornire un'adeguata conoscenza del grado di soddisfazione dell'utente.

Indicatori
Variabili quantitative o parametri qualitativi che registrano un certo fenomeno, ritenuto appunto "indicativo" di un fattore di qualità. La variabile quantitativa è di solito rappresentata da una media o da una percentuale, da una proporzione o da un tasso.
Gli indicatori di qualità possono essere di diversi tipi:
- indicatori di processo, derivanti da misure o valutazioni effettuate in continuo sullo svolgimento delle attività
- indicatori di struttura, derivanti da rilevazioni periodiche sullo stato delle strutture fisiche e delle procedure
- indicatori di esito, che nel caso della qualità del servizio assumono la forma di indicatori di soddisfazione degli utenti, derivanti da valutazioni degli utenti raccolte con appositi strumenti
Con riguardo al laboratorio di genetica medica, per la qualità dei test, si fa riferimento agli indicatori di qualità riportati nel disciplinare per i servizi di genetica approvato e raccomandato dalla Conferenza Stato Regioni e pubblicato dal Ministero del Lavoro e della Salute.

Input
Le risorse utilizzate.

Inventario
Elenco in cui sono definiti in modo concreto i beni mobili.
I beni mobili sono classificati in maniera da tenere distinti:
a) il mobilio per uso sanitario da quello per uso ufficio;
b) le attrezzature, gli apparecchi e gli strumenti sanitari dalle attrezzature, dai macchinari tecnici ed economali, dalle macchine per ufficio e dagli automezzi;
c) i libri, le riviste e le pubblicazioni scientifiche dalle altre variamente attinenti la materia sanitaria, comunque in dotazione a biblioteche delle aziende;
d) le opere d'arte, non facenti parte integrante di immobili, dai beni che rivestono interesse storico, culturale o scientifico Registro inventariale la cui tenuta è disciplinata dalla regolamentazione interna adottata dal Direttore generale di ciascuna azienda sanitaria (LR 40/2005)

Linee guida
Insieme di indicazioni procedurali suggerite, finalizzate ad assistere gli operatori in specifiche circostanze.
Requisiti di qualità delle linee guida:
-utilità (aumento dell'efficacia e contenimento dei costi)
-affidabilità (altri gruppi, a parità di condizioni, dovrebbero pervenire alle stesse conclusioni)
-applicabilità (si applicano alla popolazione per cui sono previste)
-flessibilità (prevedono opportune eccezioni)
-chiarezza (le indicazioni sono chiare, interpretate in modo univoco da tutti gli operatori che le devono applicare)
-multidisciplinarietà (vengono considerati diversi possibili aspetti della stessa condizione)
-aggiornamento (riflettono le conoscenze più recenti).

Linee guida cliniche
Insieme di indicazioni procedurali suggerite, prodotte attraverso un processo sistematico, finalizzate ad assistere gli operatori a decidere quali siano le modalità assistenziali più
adeguate in specifiche circostanze cliniche.

Manuale della qualità
Documento che enuncia la politica per la qualità e descrive il sistema qualità di un'organizzazione.
Il Manuale della Qualità comprende di regola, o richiama, come minimo: politica per la qualità sistema di responsabilità e autorità procedure ed istruzioni del sistema qualità.

Manutenzione programmata
Manutenzione eseguita ad intervalli preordinati o in accordo a criteri e volta a ridurre la probabilità di guasto o la degradazione del funzionamento di una entità. La manutenzione ordinaria rientra in questa tipologia.

Manutenzione correttiva
Manutenzione eseguita a seguito della rilevazione di un'avaria e volta a riportare una entità nello stato in cui essa possa eseguire una funzione richiesta. La manutenzione straordinaria rientra in questa tipologia.

Miglioramento della qualità
Le azioni intraprese nell'ambito di un'organizzazione per accrescere l'efficienza e l'efficacia delle attività e dei processi a vantaggio sia dell'organizzazione, sia dei suoi clienti.
(ISO 8402)

Missione
La missione rappresenta la ragione di essere dell'organizzazione ed i valori cui si ispira: ciò che l'organizzazione sceglie di fare per ottenere riconoscimento, soddisfare i bisogni dei clienti/utenti e realizzare i propri obiettivi.
Non conformità
Non soddisfacimento di requisiti specificati.

Obiettivo
Una situazione, una condizione misurabile che ci si aspetta di raggiungere in un determinato tempo e luogo come risultato di procedure e risorse.

Obiettivo di intervento sanitario
L'evento (ad esempio morte-malattia) o la condizione (disabilità-menomazione) di cui vogliamo limitare il verificarsi con un determinato insieme di azioni oppure l'evento o la condizione che desideriamo rendere più frequente (nel caso di eventi o di condizioni desiderabili)

Operatore principale
Colui che legge i dati dell'atto sanitario ed elabora le conclusioni.

Outcome
Risultato inteso come esito o conseguenza sull'ambiente esterno

Output
Risultato inteso come prodotto o prestazione così come viene erogata dal sistema

PDCA
Acronimo di plan/do/check/act (pianificare/attuare/verificare/reagire), anche detto "Ruota di Deming"; costituisce il modello base dell'approccio al miglioramento continuo della qualità.
Plan: pianificare a fondo prima di agire
Do: mettere in atto le azioni studiate
Check: verificare qual è l'esito delle azioni
Act: ripetere il processo se l'esito non è stato positivo.

Piano della qualità
Documento che precisa le modalità operative, le risorse e le sequenze di attività che influenzano la qualità di un determinato prodotto, servizio, contratto o progetto (ISO 8402).

Piano di comunicazione aziendale
Un sistema pianificato di comunicazione che si caratterizza per la capacità di individuare contenuti, tempi e strumenti di comunicazione personalizzati in funzione dei vari interlocutori, interni ed esterni all'azienda. I contenuti del sistema di comunicazione devono essere rivolti ad assicurare come minimo l'accessibilità, l'orientamento nella struttura e la tutela dei diritti.

Politica per la qualità
Gli obiettivi e gli indirizzi generali di un'organizzazione per quanto riguarda la qualità, espressi in modo formale dall'alta direzione.
La politica per la qualità costituisce uno degli elementi della politica aziendale. (ISO 8402)

Presidio
Complesso unitario delle dotazioni strutturali e strumentali organizzate per lo svolgimento di attività omogenee e per l'erogazione delle relative prestazioni. Un presidio può articolarsi in più edifici o stabilimenti; uno stesso edificio o stabilimento può peraltro ospitare più presidi. (LR 40/2005)

Procedure
Insieme di azioni professionali finalizzate ad un obiettivo. In genere una procedura mira a definire le modalità di gestione ed il sistema di responsabilità di uno specifico processo.
Una procedura individua chi fa cosa, come, con quali strumenti, quando e quali registrazioni vengono eseguite.
Per ogni procedura devono essere definite le seguenti caratteristiche:
1. finalità - scopo: individuazione del motivo della indispensabilità della procedura
2. oggetto: individuazione della sequenza delle operazioni che devono essere svolte sistematicamente.
3. responsabilità: identificazione per ogni fase del processo dei livelli di responsabilità.
4. applicabilità: strutture organizzative e uffici coinvolti.
5. documenti di riferimento: eventuali normative di legge o altri documenti ufficiali presi a riferimento (es. linee guida nazionali o regionali, circolari interne della Direzione aziendale).
6. termini, definizioni, sigle ed abbreviazioni: glossario col quale vengono specificati eventuali sigle o termini particolari.
Le procedure possono essere di azienda, presidio, struttura organizzativa e devono essere documentate.
E' possibile effettuare diverse classificazioni delle procedure:
- procedure generali, di carattere generalmente gestionale, che descrivono le attività di livello più globale;
- procedure operative, di carattere spesso funzionale, che descrivono chi, cosa, quando, come e dove relativamente alle attività specifiche;
- procedure trasversali, finalizzate alla gestione omogenea dei rapporti intercorrenti tra unità operative, servizi ambulatoriali e servizi trasversali;
- procedure interne comuni a diverse strutture organizzative (gestione della documentazione, ad esempio cartella clinica). Per procedure interne comuni occorre intendere che sussiste una standardizzazione della modulistica che definisce modalità di emissione, controllo, diffusione, archiviazione, rintracciabilità;
- procedure peculiari di ciascuna struttura organizzativa, UO, servizio.
Non potendo definire una regola guida è comunque necessario che l'azienda definisca le modalità generali con cui devono essere elaborate e cioè le specifiche a cui devono uniformarsi le singole UU.OO. o servizi.

Procedure invasive
Introduzione di strumenti o attrezzature attraverso orifizi naturali o superfici corporee. Per maggior chiarezza si escludono la puntura venosa, l'introduzione di tamponi negli orifizi naturali per prelievo di secrezioni e le situazioni a queste assimilate.

Processo
Sequenza strutturata di attività formalizzate, tra loro logicamente interrelate, ciascuna delle quali, partendo da un determinato input, aggiunge valore e produce un certo output, prodotto o servizio, finalizzato al raggiungimento di obiettivi tesi a soddisfare il cliente interno od esterno.
I fattori classici che caratterizzano un processo sono:
- le risorse umane (comprensive del relativo grado di istruzione, formazione, informazione, professionalità, motivazione e coinvolgimento):
- gli strumenti (macchine e materiali) -i metodi (procedure o prassi, modalità di misure e prova, aspetti organizzativi e gestionali, di controllo).
Il processo non si identifica con la struttura organizzativa: le attività che compongono il processo in genere si riferiscono a diverse linee di responsabilità e cioè a più strutture organizzative.

Prodotto/servizio
Risultato di una sequenza di azioni organizzate e finalizzate (processo); (prodotto materiale o prodotto immateriale quale un servizio, un programma di elaboratore, un progetto, una istruzione per l'uso).

Protocollo
Un pre-definito schema di comportamento diagnostico-terapeutico comporta la definizione di una sequenza di comportamenti, assai ben definiti, come avviene ad esempio all'interno di un programma di ricerca clinica.

Qualità
L'insieme delle proprietà e delle caratteristiche di un prodotto o di un servizio che conferiscono ad esso la capacità di soddisfare esigenze espresse o implicite (ISO 8402)
Qualità percepita = soddisfazione del cliente
Qualità tecnico-professionale = cultura, formazione ed addestramento di tutto il personale
Qualità organizzativa = equilibrio tecnico-economico di tutti i fattori, per la continuità.

Qualità di sistema sanitario
La qualità di un sistema sanitario ha lo scopo di garantire che ciascun paziente riceva l'insieme degli interventi diagnostici terapeutici ed educativi più indicato ed al costo minore possibile per lo stesso risultato, con il rischio minore possibile di complicazioni iatrogene e con la sua soddisfazione rispetto agli interventi ricevuti, i contatti umani con il personale ed agli esiti (O.M.S.)

Referente
Operatore presente all'interno della struttura che agisce in proprio o su delega del responsabile per l'assolvimento di uno o più compiti.

Regolamenti interni
Definiscono le modalità di comportamento o successione di azioni definite da documenti formali o dalla normativa che devono essere sistematicamente ottemperate.

Responsabilità da prodotto
Termine generico relativo all'obbligo di un produttore, o di altri, a risarcire danni alle persone o alle cose, o altri danni, causati da un prodotto o da un servizio difettoso, entro limiti di responsabilità conformi alle leggi vigenti (ISO 8402).

Revisione fra "pari" esterni
Processo di adesione volontaria, finalizzato al miglioramento delle organizzazioni e della erogazione dei servizi sanitari, basato sulla valutazione di gruppi di pari e coordinato da un'organizzazione imparziale coinvolgente, una indipendente, da utenti, fornitori, acquirenti e governi.

Rintracciabilità
Capacità di ricostruire la storia e di seguire l'utilizzo o l'ubicazione di un oggetto o di un'attività (o di oggetti ed attività analoghi), mediante identificazione documentata e predisposta (ISO 8402).

Sala
Locale per l'esecuzione di prestazioni.

Sistema qualità
La struttura organizzativa, le responsabilità, le procedure, i procedimenti e le risorse messi in atto per la conduzione aziendale per la qualità (ISO 8402)

Standard
Può assumere le connotazioni di:
- punto di riferimento per orientare l'azione;
-specificazione quantitativa che precisa un certo criterio, definendo il valore soglia (minimo o massimo) di un determinato indicatore o di frequenza di offerta di un certo servizio o di performance per un determinato intervento

Sterilizzazione
Processo che permette, mediante l'utilizzo di procedure fisiche o chimiche, la distruzione completa di tutti i microrganismi, comprese le spore.

Struttura organizzativa funzionale
Insieme di più funzioni operative riconosciute appartenenti a settori omogenei di attività (L.R. 40/2005).

Struttura organizzativa professionale
Insieme di professionalità omogenee, attinenti ad una specifica funzione operativa (L.R. 40/2005).

Tariffa nella cessione dei servizi
Si riferisce sia alle tariffe applicate alle prestazioni fornite ai cittadini su prescrizione medica, in regime di assistenza in forma diretta e in regime libero-professionale, sia alle tariffe applicate per prestazioni e/o servizi forniti a qualsiasi titolo.

Valutatore della qualità
Persona qualificata ad eseguire verifiche ispettive della qualità (cfr). (ISO 8402)

Valutazione
Momento essenziale di ogni programma pubblico.
La valutazione non ha finalità sanzionatorie ma costituisce:
- verifica e approfondimento sui risultati conseguiti;
- analisi dei problemi;
- individuazione delle linee di sviluppo di un programma pubblico.
Principi per lo sviluppo del processo di valutazione:
- principio dell'autovalutazione: ogni soggetto interessato dalla valutazione è responsabile e pieno utilizzatore della propria valutazione. La valutazione non costituisce azione di controllo né tanto meno di ispezione, ma costituisce un momento di verifica ed approfondimento per il miglioramento dei risultati. L'autovalutazione deve essere accompagnata da riscontri esterni.
- principio dei diversi livelli di valutazione: il processo di valutazione interessa tutti i livelli istituzionali del SSN (aziendale, regionale...). Ogni livello procede ad una valutazione del proprio operato e dei risultati ottenuti.
- principio di non autoreferenzialità: per quanto possibile la valutazione deve essere basata su riscontri oggettivi o comunque esterni al soggetto valutatore.
- principio di confrontabilità: le valutazioni devono essere condotte sulla base di un metodo omogeneo al fine di fornire una base utile per la valutazione dei livelli superiori (regionali e nazionali).

Processo della valutazione:
- obiettivi, impegni, standard
- monitoraggio (indicatori)
- verifiche dei risultati (analisi cause e scostamenti)
- utilizzo delle verifiche.

Valutazione della qualità dell'assistenza
La valutazione della qualità dell'assistenza tende a far sì che ogni paziente riceva l'insieme di atti diagnostici e terapeutici che portano ai migliori esisti in termini di salute, tenendo conto dello stato attuale delle conoscenze scientifiche, con il minor costo possibile ed i minori rischi iatrogeni, ottenendo la sua soddisfazione rispetto agli interventi ricevuti, agli esiti ottenuti e alle interazioni umane avute all'interno del sistema sanitario (O.M.S.)

Valutazione e miglioramento della qualità
Tali attività hanno lo scopo di garantire all'utente che le prestazioni od i servizi ricevuti siano di buona qualità. Per iniziative di valutazione e di miglioramento della qualità si intendono progetti che prevedono:
1) l'identificazione di un problema (intesa come occasione di miglioramento);
2) la determinazione delle cause possibili;
3) la definizione dei criteri, degli indicatori e dei livelli soglia di buona qualità;
4) la progettazione e l'effettuazione di uno o più studi per precisare la differenza tra i valori attesi e quelli osservati nonché per identificare le cause di tale discrepanza;
5) la progettazione e l'effettuazione dell'intervento migliorativo;
6) la valutazione di impatto a breve e medio termine dell'intervento migliorativo nei confronti del problema affrontato;
7) la diffusione dei risultati a tutti gli interessati.
Tali iniziative possono riguardare processi/esiti di prestazioni dirette agli utenti o processi/esiti delle attività di supporto (gestionali, organizzativi, amministrative, ecc.).

Vision
Esprime le norme, i valori di fondo e un'immagine di insieme di ciò che l'organizzazione vuole essere nel suo complesso. La vision è alla base della definizione della mission e come questa deve essere esplicitata dal vertice dell'organizzazione per sviluppare coesione fra tutti i membri dell'organizzazione

☐ Presidio Ospedaliero Lucca

Struttura Aziendale interessata U.O. XX

Processo di Ricovero rev 0 - 20/06/2011

	1	2	3	4	5	
FASI	***Accettazione Paziente***	***Accoglienza Paziente***	***Visita Medica***	***Informazione e consenso informato***	***Prescrizione indagini diagnostiche***	***FASI***
Respons	**Infermiere**	**Medico / Infermiere**	**Medico**	**Medico**	**Medico**	**Respons**
Istruz/proc oc	LA AGL 01 Trattamento dati ai sensi del D.LGS 196/03 Procedura Modalità di accesso (Presidio)	Procedura Accoglienza Paziente	IO Valutazione medica Raccolta procedure del Rischio Clinico	IO Gestione documentazione sanitaria	IO Gestione documentazione sanitaria	**Istruz/proc oc**
	IO Valutazine infermieristica	IO Gestione documentazione sanitaria	PA 12 Controllo e cura del dolore	PA 15 Linee di indirizzo per l'acquisizione del consenso informato nei trattamenti sanitari	Raccolta protocolli diagnostico-terapeutici Raccolta Linee Guida Società Scientifiche	
	Raccolta Informazioni utili**		IO Gestione documentazione sanitaria Raccolta protocolli diagnostico-terapeutici* Raccolta Linee Guida*		Procedura di Presidio	
Registraz	Modulo (P.S.,altre UU.OO., ambulatorio specifico) *** Cartella Clinica T Modulo di ricovero	Modulo (P.S.,altre UU.OO., ambulatorio specifico) Cartella Clinica Modulo di ricovero**	Cartella clinica*	Cartella clinica*	Cartella clinica	**Registraz**
	Scheda/cartella infermieristica (modulo codificato nelle specifiche UU.OO) SDO ****	Scheda/cartella infermieristica (modulo codificato nelle specifiche UU.OO)	Scheda terapeutica Unica (STU)*	Raccolta modulo/i consenso informato**	Modulistica varia per richieste	
	Programma informatizzato ADT WEB TA AGL 03 Informativa ai cittadini e prestazione del consenso	Scheda terapeutica Unica (STU)			Programma Informatizzato GPI	
	*** specificato in ogni U.O in appositi elenchi.*	** secondo le specifiche competenze*	**specificato in ogni U.O in appositi elenchi.*	*Al paziente viene chiesto il nominativo di familiari / conoscenti a cui ritiene di dover dare sue notizie cliniche e si fa firmare dopo l'indicazione del nome e del numero di telefono*		
Note		*** Modulo della Direzione di Presidio*		** specificato in ogni U.O in appositi elenchi.*		*Note*

eventuali	****l paziente può essere inviato:dal Medico di P.S./ altra struttura interna.Il paziente può essere visitato nell'ambulatorio specialistico su richiesta del MMG e successivamente ,valutata l'appropriatezza del ricovero, viene programmato il ricovero **** Il paziente arriva con la SDO dal P.S., negli altri casi viene compilata dall'infermiere dell'accettazione*			*** Il consenso informato ove necessario ed è specifico di U.O. .In alcune UU.OO. fa parte integrante della cartella clinica*		*eventuali*
	1	**2**	**3**	**4**	**5**	
FASI	***Accettazione Paziente***	***Accoglienza Paziente***	***Visita Medica***	***Informazione al paziente e consenso informato***	***Prescrizione indagini diagnostiche***	***FASI***
FATTORI di QUALITA' - Cliente Utente	Identificazione operatore riferimento	Identificazione operatore riferimento	Cortesia, gentilezza, disponibilità	Informazione chiara e dettagliata	Informazione dettagliata indagini diagnostiche	**FATTORI di QUALITA' - Cliente Utente**
	Cortesia, disponibilità, rispetto	Rispetto della privacy	Valutazione appropriata	Firma contestuale del Medico del modulo per consenso informato	Adeguata preparazione indagini diagnostiche	
	Rispetto della privacy	Informazioni chiare e dettagliate	Ascolto e risposta ai quesiti		Rispetto tempi previsti per indagine	
		Presa in carico	Informazione chiara e dettagliata su diagnosi		Corretta esecuzione dei prelievi	
			Rispetto della privacy			
FATTORI di QUALITA' - Cliente INTERNO	Corretta applicazione delle procedure	Corretta applicazione delle procedure	Corretta compilazione schede e moduli	Rispetto procedure definite	Chiara e completa trasmissione richieste diagnostiche (operatori interni e di altre UU.OO.)	**FATTORI di QUALITA' - Cliente INTERNO**
	Corretta compilazione Scheda/Cartella infermieristica	Corretta compilazione Cartella clinica			Corretta applicazione procedure	
		Corretta compilazione STU				
FATTORI di QUALITA' - Cliente AZIENDA	Soddisfazione dell'utente	Rispetto delle procedure definite	Soddisfazione dell'utente	Rispetto procedure definite	Appropriatezza	**FATTORI di QUALITA' - Cliente AZIENDA**
	Assenza di reclami	Soddisfazione dell'utente	Assenza di reclami			

Responsabile del Processo	Direttore U.O.

6	7	8	9	10	
Invio richieste e campioni	*Definizione diagnosi*	*Prescrizioni terapeutiche*	*Informazione al paziente*	*Valutazione clinica periodica*	*FASI*
Infermiere	Medico	Medico	Medico	Medico	Respons
PP HL 12 Trasporto materiale biologico Procedura Invio richieste e campioni	IO Valutazione medica	IO Gestione documentazione sanitaria	IO Gestione documentazione sanitaria	IO Valutazione medica IO DML 02 Gestione documentazione sanitaria	
Guida alle prestazioni dell'Area Laboratorio Doc AP 02 Modalità raccolta e invio campioni	Raccolta protocolli diagnostico-terapeutici* Linee Guida Società Scientifiche*	Raccolta protocolli diagnostico-terapeutici Raccolta Linee Guida Società Scientifiche	Raccolta Depliant per patologie specifiche*	Raccolta protocolli diagnostico-terapeutici Linee Guida Società Scientifiche	**Istruz/protoc**
	IO DML 02 Gestione documentazione sanitaria	IO Valutazione medica			
Modulistica varia per richieste	Cartella clinica*	Cartella clinica	Cartella clinica	Cartella clinica	
Programma Informatizzato GPI		Scheda terapeutica Unica (STU)*		Scheda terapeutica Unica (STU)	**Registraz**
	** specificato in ogni U.O in appositi elenchi.*	** specificato in ogni U.O in appositi elenchi.*	**di Struttura Organizzativa se necessari. Da codificare nel Manuale Qualità di U.O.*		
					Note

					eventuali

6	7	8	9	10	
Invio richieste e campioni	***Definizione diagnosi***	***Prescrizioni terapeutiche***	***Informazione al paziente***	***Valutazione clinica periodica***	***FASI***
	Diagnosi tempestiva	Informazione sulla terapia ed eventuali effetti collaterali	Informazione completa sul decorso e procedure programmate	Informazione sulla valutazione	**FATTORI di QUALITA' - Cliente Utente**
			Rispetto privacy		
			Cortesia e disponibilità		
			Uniformità di informazioni		
Corretta applicazione delle procedure definite	Corretta applicazione delle procedure definite	Aggiornamento STU (Direttore U.O. e Infermieri)	Uniformità informazioni (Direttore U.O.)	Rispetto Protocolli e Istruzioni Operative definite (Direttore U.O)	**FATTORI di QUALITA' - Cliente INTERNO**
Corretta modalità di preparazione campioni (Direttori Area/Dipartimento Diagnostica e U.O. Anatomia Patologica)	Corretta compilazione cartella clinica (Direttore U.O.)	Chiarezza e completezza nella compilazione (Infermiere Coordinatore e infermieri)		Integrazione professionale nell'uso della documentazione (Direttore U.O.,Infermiere Coordinatore, Medici, Infermieri)	
Rspetto delle procedure definite	Rspetto delle procedure definite	Appropriatezza prescrizione	Assenza di reclami	Corretta applicazione delle procedure definite	**FATTORI di QUALITA' - Cliente AZIENDA**
		Ottimizzazione delle risorse	Informazioni corrette		

Struttura Aziendale interessata

11	12	13	14	15	
Valutazione infermieristica	*Gestione del Rischio Clinico*	*Gestione emergenze*	*Valutazione dimissibilità*	*Organizzazione attività dimissione*	*FASI*
Infermiere	Direttore U.O.	Direttore U.O./Medico/Inf. Coord./Inf.*	Direttore U.O. / Medico di turno*	Infermiere Coordinatore	Respons
IO Valutazine infermieristica	Procedura Gestione dei rischi*	Procedura Gestione emergenze organizzative** Procedura Gestione emergenze tecnologiche** PO Gestione emergenze cliniche	IO Valutazione medica	Procedura per la continuità assistenziale	
IO DML 02 Gestione documentazione sanitaria	Raccolta procedure di origine esterna (Rischio Clinico)	Raccolta protocolli diagnostico-terapeutici IO Gestione documentazione sanitaria	Raccolta protocolli diagnostico-terapeutici	Procedura 118	**Istruz/protoc**
		PP HL 07 Guasto apparecchi vitali PP HL 10 Gestione emergenze cliniche intraospedaliere	Procedura per la continuità assistenziale		
Scheda/cartella infermieristica (modulo codificato nelle specifiche UU.OO)	Cartella clinica*	Cartella clinica	Moduli per continuità assistenziale (allegato B e C)	Modulo richiesta trasporto a domicilio	
Modulistica varia	Scheda terapeutica Unica (STU)* Modulistica varia		Modulo per eventuali prescrizioni ausili	Modulo per continuità assistenziale	**Registraz**
	Scheda/cartella infermieristica (modulo codificato nelle specifiche UU.OO)		Cartella clinica Scheda/cartella infermieristica		
	** specificato in ogni U.O in appositi elenchi.*	**Per quanto di competenza*	** Il Direttore concorda la dimissione con il Medico di turno che poi la esegue*		
		***specificato in ogni U.O in appositi elenchi.*			*Note*

					eventuali

11	12	13	14	15	
Valutazione infermieristica	***Gestione del Rischio Clinico***	***Gestione emergenze***	***Valutazione dimissibilità***	***Organizzazione attività dimissione***	***FASI***
Completa presa in carico secondo i bisogni	Sicurezza	Tempestività nell'intervento	Rispetto tempi di ricovero previsti in coerenza con il miglioramento percepito	Informazione chiara sulle modalità della dimissione	**FATTORI di QUALITA' - Cliente Utente**
		Completa presa in carico	Informazioni sulla dimissione		
			Informazioni precise per programmare la dimissione (familiari)		
Corretta compilazione scheda/catella infermieristica (Infermiere Coordinatore)	Rispetto delle procedure definite (Direttore U.O.)	Rispetto delle procedure definite (Direttore)	Completezza informazioni (ADI e Medico del Distretto)	Rispetto del protocollo definito (118)	**FATTORI di QUALITA' - Cliente INTERNO**
Integrazione professionale nell'uso della documentazione (Direttore U.O.,Infermiere Coordinatore, Medici, Infermieri)				Corretta compilazione dei moduli specifici	
Corretta applicazione procedure definite	Corretta applicazione procedure definite	Corretta applicazione procedure definite	Soddisfazione dell'utenza	Rispetto procedure definite	**FATTORI di QUALITA' - Cliente AZIENDA**
		Assenza di reclami	Rispetto procedure definite	Ottimizzazione delle risorse	
		Soddisfazione del paziente			

Presidio Ospedaliero Lucca

U.O. XX

16	17	18	19	20	
Compilazione lettera di dimissione	***Dimissione***	***Compilazione SDO***	***Chiusura cartella clinica***	***Archiviazione***	***FASI***
Medico	**Medico di turno**	**Medico di corsia**	**Direttore U.O.**	**Inf. Coord.**	**Respons**
IO Gestione documentazione sanitaria	Procedura di Presidio per la dimissione	IO Gestione documentazione sanitaria	IO Gestione documentazione sanitaria	IO Gestione documentazione sanitaria	**Istruz/protoc**
	IO Gestione documentazione sanitaria				
Programma informatizzato*	Lettera di dimissione	SDO	Cartella clinica	Documentazione sanitaria (Cartella clinica, scheda, cartella infermieristica, lettera di dimissione, etc.)	**Registraz**
Cartella clinica	Cartella clinica	Cartella clinica			
	Modulo per prescrizione terapeutica Modulistica varia				
** la lettera di dimissione è informatizzata ed è specifica in ogni UU.OO.é codificata negli elenchi del Manuale Qualità di Struttura Organizzativa. La lettera di dimissione firmata e datata viene redatta in duplice esemplare di cui uno viene inserito in cartella clinica, l'altro viene consegnato al paziente alla dimissione*					
					Note

					eventuali

16	17	18	19	20	
Compilazione lettera di dimissione	***Dimissione***	***Compilazione SDO***	***Chiusura cartella clinica***	***Archiviazione***	***FASI***
Completezza delle informazioni sulla diagnosi e terapia per domicilio	Lettera di dimissione contestuale alla dimissione (paziente e familiari)		Cartella clinica disponibile per eventuale richieste di copia	Rispetto privacy	**FATTORI di QUALITA' - Cliente Utente**
Completezza delle informazioni sulla diagnosi e terapia per domicilio	Informazioni dettagliate sul contenuto				
	Prescrizione farmaci e/o ausili				
Rispetto delle procedure definite (Direttore U.O.)	Rispetto delle procedure definite (Direttore U.O.)	Rispetto delle procedure definite (Direttore U.O. e Responsabile Macrostruttura Ospedaliera)	Rispetto delle procedure definite (Direttore U.O. e Responsabile Macrostruttura Ospedaliera)	Rispetto privacy	**FATTORI di QUALITA' - Cliente INTERNO**
	Informazione completa(MMG)		Completezza dati e leggibilità (MMG)	Rispetto delle procedure definite (Direttore U.O)	
Rispetto procedure definite	Corretta applicazione procedure definite	Rispetto procedure definite	Rispetto procedure definite	Rintracciabilità	**FATTORI di QUALITA' - Cliente AZIENDA**
	Assenza di reclami	Rispetto dei tempi defniti		Rispetto privacy	
	Soddisfazione utente				

21	22	23	24	25
Collegamenti interfunzionali	***Gestione farmaci e materiali***	***Gestione Apparecchiature***	***Gestione rifiuti***	***Gestione dati e monitoraggio attività***
Direttore U.O.	**Inf. Coord.**	**Direttore U.O.**	**Inf. Coord.**	**Direttore U.O.**
Doc 01 Tipologia di prodotto ed attività	IO Gestione farmaci e materiali	Procedura Gestione Apparecchiature*	PP HL 01/a Gestione rifiuti sanitari pericolosi	PA 03 Sistema Informativo Aziendale
Procedure specifiche all'interno delle Strutture Organizzative*	Raccolta Procedure Rischio Clinico*	IP HL 06 Istruzioni operative in caso di guasto apparecchi vitali	IP HL 08 Movimentazione rifiuti sanitari	
Procedura per la continuità assistenziale	PP HL 29 Gestione armadi dei farmaci e dispositivi medici di reparto PP HL 11 Smaltimento farmaci scaduti	IP HL 04 Istruzione operativa per il controllo e lo stato di funzionamento del defibrillatore IP HL 05 Istruzione operativa gestione carrello emergenza	IP HL 09 Gestione rifiuti sanitari:Contenitori e loro confenzionamento	
	All. N.1 PP HL 29 Scheda di controllo	Moduli controllo apparecchiature	Modulo	Programma informatizzato
		Moduli calendarizzazione manutenzione ordinaria e preventiva		Report
** Eventuali procedure di Presidio o con altre UU.OO. sono elencate nei documenti di origine esterna del Manuale Qualità*	** La raccolta di procedure pertinenti alla Struttura Organizzativa è indicata in appositi elenchi nel Manuale Qualità*	**specifico di Struttura Organizzativa ove necessario*		*I report sono informatizzati*

21	**22**	**23**	**24**	**25**
Collegamenti interfunzionali	***Gestione farmaci e materiali***	***Gestione Apparecchiature***	***Gestione rifiuti***	***Gestione dati e monitoraggio attività***
Buona integrazione tra specialisti	Rispetto dei tempi di cura	Sicurezza e funzionalità delle apparecchiature		
Corretta presa in carico				
Rispetto delle procedure definite (Direttore U.O. e Responsabile Macrostruttura Ospedaliera)	Rispetto delle procedure definite (Direttore U.O. e Responsabile Macrostruttura Ospedaliera)	Rispetto delle procedure definite (Direttore U.O.)	Rispetto delle procedure definite (Direttore U.O., Infermiere Coordinatore)	
	Corretta gestione dell'approvvigionamento (Direttore U.O.)			
Soddisfazione utente	Corretta applicazione delle procedure definite	Corretta applicazione delle procedure	Ottimizzazione delle risorse	Ottimizzazione delle risorse
Buona integrazione ospedale-territorio	Assenza di reclami	Sicurezza e funzionalità delle apparecchiature	Rispetto procedure definite	Rispetto programmazione
Assenza di reclami		Assenza di reclami		