

Allegato A



**Cartella Clinica Integrata**  
**Report Progetto di intervento regionale**  
**Dicembre 2016**

| <b>Responsabili del Progetto</b> |   |
|----------------------------------|---|
| Mongardi Maria                   | Servizio Assistenza Ospedaliera RER                   |
| De Palma Alessandra              | Servizio Assistenza Ospedaliera RER – AOU Bologna     |
| Montella Maria Teresa            | Responsabile Servizio Assistenza Ospedaliera RER      |
| Di Ruscio Eugenio                | Ex – Responsabile Servizio Assistenza Ospedaliera RER |

\* Coordinatori gruppi di lavoro

| <b>Gruppo di lavoro regionale</b> |                                      |
|-----------------------------------|--------------------------------------|
| Basaglia Nino                     | AOSP Ferrara                         |
| Bassi Erika                       | RER                                  |
| Bissi Gloria *                    | AUSL Romagna (Sede di Cesena)        |
| Bonaiuti Barbara                  | AUSL Piacenza                        |
| Borciani Nazarena                 | AUSL RE                              |
| Borelli Barbara                   | AUSL Modena                          |
| Borghi Athos                      | AOSP Modena                          |
| Brambilla Antonio                 | RER                                  |
| Brianti Rodolfo                   | AOU Parma                            |
| Brignola Corrado                  | AUSL Imola                           |
| Cabassi Aderville                 | AOU Parma                            |
| Cava Nicoletta                    | Montecatone Rehabilitation Institute |
| Cervellera Maurizio               | AOU Bologna                          |
| Cormons Viviana                   | AOU Bologna                          |
| Corvetta Angelo                   | AUSL Romagna (Sede di Rimini)        |
| Cosentino Eugenio                 | AOU Bologna                          |
| Pelati Cristiano                  | AUSL Ferrara                         |
| Dal Re Serena                     | AUSL Romagna (Sede di Ravenna)       |
| Darchini Anna                     | RER                                  |
| De Palma Alessandra               | RER – AOU Bologna                    |
| Di Denia Patrizio                 | RER                                  |
| Vetri Elena                       | AUSL Romagna (Sede di Forlì)         |
| Fabbri Cristina                   | AUSL Romagna (Sede di Cesena)        |
| Ferrari Marta                     | AUSL Parma                           |
| Ferro Salvatore                   | RER                                  |

|                         |                               |
|-------------------------|-------------------------------|
| Finarelli Alba Carola   | RER                           |
| Incerti Medici Cristina | AUSL Reggio Emilia            |
| La Porta Pierluigi      | RER                           |
| Marata Anna Maria       | RER                           |
| Marri Elena             | RER                           |
| Martuzzi Federica       | AUSL Bologna                  |
| Massa Licia             | AUSL Romagna (Sede di Cesena) |
| Mazzoli Enrico*         | RER                           |
| Maselli Vania *         | AUSL Modena                   |
| Mongardi Maria *        | RER                           |
| Naldi Andrea            | AUSL Romagna (Sede di Cesena) |
| Nanni Ivana             | AUSL Imola                    |
| Nicastro Ottavio        | RER                           |
| Ortolani Paolo          | AOU Bologna                   |
| Palladino Teresa        | AUSL Bologna                  |
| Raselli Roberta         | AUSL Piacenza                 |
| Rolli Maurizia          | IOR                           |
| Romanzi Giampiero       | RER                           |
| Sapigni Ester           | RER                           |
| Seligardi Matteo*       | RER                           |
| Serra Vera Immacolata*  | RER                           |
| Vercilli Francesco      | AOSP Reggio Emilia            |

| <b>Referenti Aziendali</b> |                  |
|----------------------------|------------------|
| Caroli Roberto             | AO Reggio Emilia |
| Vercilli Francesco         | AO Reggio Emilia |
| Fontechiari Simona         | AOU Parma        |
| De Palma Alessandra        | AOU Bologna      |
| Fontana Sabrina            | AOU Bologna      |
| Marinelli Lorenzo          | AOU Ferrara      |
| Caponcelli Paola           | AOU Ferrara      |
| Longhitano Elda            | AOU Modena       |

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Zanin Roberta                            | AOU Modena                     |
| Fiamminghi Meris                         | AUSL Bologna                   |
| Palladino Teresa                         | AUSL Bologna                   |
| Simoni Anna                              | AUSL Bologna                   |
| Canella Ombretta                         | AUSL Ferrara                   |
| Nola Silvano                             | AUSL Ferrara                   |
| Pelati Cristiano                         | AUSL Ferrara                   |
| Zarabini Lucia                           | AUSL Imola                     |
| Nanni Ivana                              | AUSL Imola                     |
| Maselli Vania                            | AUSL Modena                    |
| Borelli Barbara                          | AUSL Modena                    |
| Ferrari Marta                            | AUSL Parma                     |
| Marchini Romano                          | AUSL Parma                     |
| Bonaiuti Barbara                         | AUSL Piacenza                  |
| Bulgarelli Ketty                         | AUSL Piacenza                  |
| Incerti Cristina                         | AUSL Reggio Emilia             |
| Gualtieri Sonia                          | AUSL Reggio Emilia             |
| Amadori Marina                           | AUSL Romagna (Sede di Cesena)  |
| Fabbri Cristina                          | AUSL Romagna (Sede di Cesena)  |
| Fumagalli Maria Angela                   | AUSL Romagna (Sede di Forlì)   |
| Vetri Elena                              | AUSL Romagna (Sede di Forlì)   |
| Zama Linda                               | AUSL Romagna (Sede di Ravenna) |
| Dal Re Serena                            | AUSL Romagna (Sede di Ravenna) |
| Petrone Licia                            | AUSL Romagna (Sede di Ravenna) |
| Fabbri Lorella                           | AUSL Romagna (Sede di Rimini)  |
| Vandi Marco                              | AUSL Romagna (Sede di Rimini)  |
| Rolli Maurizia                           | IOR                            |
| Forni Cristiana                          | IOR                            |
| <b>Gruppo di lavoro Area Descrittiva</b> |                                |
| Alfonso Calogero                         | AOU Bologna                    |
| Bertasi Mario                            | AUSL Ferrara                   |
| Binotti Adriana                          | AUSL Romagna (Sede di Rimini)  |

|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Brianti Rodolfo                          | AOU Parma                      |
| Brignola Corrado                         | AUSL Imola                     |
| Brugaletta Concetta                      | AUSL Bologna                   |
| Bulgarelli Ketty                         | AUSL Piacenza                  |
| Carrozzi Giuliano                        | AUSL Modena                    |
| Cava Nicoletta                           | AUSL Imola                     |
| Fabbri Cristina                          | AUSL Romagna (Sede di Cesena)  |
| Fabbri Lorella                           | AUSL Romagna (Sede di Rimini)  |
| Finarelli Alba Carola                    | RER                            |
| Gibertoni Giancarlo                      | AUSL Modena                    |
| Longanesi Annamaria                      | AOU Bologna                    |
| Mascherini Debora                        | AUSL Bologna                   |
| Maselli Serena                           | AOU Parma                      |
| Massa Licia                              | AUSL Romagna (Sede di Cesena)  |
| Mazzoli Enrico (Coordinatore)            | RER - AUSL Ferrara             |
| Mongardi Maria                           | RER                            |
| Nanni Ivana                              | AUSL Imola                     |
| Ortolani Paolo                           | AOU Bologna                    |
| Passarin M. Grazia                       | AUSL Romagna (Sede di Cesena)  |
| Pedrizzi Silva                           | AUSL Romagna (Sede di Forlì)   |
| Rolli Maurizia                           | IOR                            |
| Sartori Luigi                            | AOU Parma                      |
| Sogno Valin Paola                        | AUSL Imola                     |
| Vandi Marco                              | AUSL Romagna (Sede di Rimini)  |
| <b>Area Descrittiva – Fisioterapiste</b> |                                |
| Bazzanini Laura                          | AUSL Imola                     |
| Bernardoni Lucia                         | AUSL Bologna                   |
| Cardinali Silvia                         | AUSL Reggio Emilia             |
| Cava Nicoletta (Coordinatore)            | Montecatone                    |
| Cavicchioli Antonia                      | AUSL Romagna (Sede di Ravenna) |
| Faenza Manuela                           | AUSL Modena                    |
| Fortunati Claudia                        | AOU Parma                      |

|   |  |
|---|--|
| Morelli Monica  | AOU Ferrara                                |
| Pedrizzi Silva  | AUSL Romagna (Sede di Forlì)               |
| Tosini Tiziana  | AOU Ferrara                                |
| Urlando Cleide  | AUSL Reggio Emilia                         |
| <b>Area Descrittiva - Ostetriche</b>  |  |
| Ghermandi Manuela   | AOU Bologna                                |
| Guerra Silvia   | AOU Modena                                 |
| Lombardini Rita   | AOU Parma                                  |
| Massa Licia (Coordinatore )   | AUSL Romagna (Sede di Forlì)               |
| Naldi Enrico  | AOU Bologna                                |
| Pavesi Cristiana  | AUSL Piacenza                              |
| Sandra Tedioli  | AUSL Romagna (Sede di Ravenna)             |
| Giuseppe Battagliarin   | Responsabile Percorso Nascita AUSL Romanga |
| Borsari Silvana   | RER  |
| <b>Area Descrittiva - Tecnici di Radiologia Medica, Medici Radiologi e Fisici</b> |  |
| Benea Giorgio   | AOU Ferrara                                |
| Bodini Sebastiano   | Università degli studi di Bologna          |
| Canestrini Daniele  | AUSL Romagna (Sede di Forlì)               |
| Canovi Laura  | AO Reggio Emilia                           |
| Cavedagna Davide (coordinatore)   | AOU Ferrara                                |
| Foracchia Davide  | AO Reggio Emilia                           |
| Galbulli Cavazzini Gianluca   | AOU Parma                                  |
| Macellari Romeo   | AUSL Piacenza                              |
| Manco Luigi   | UniBO                                      |
| Mantovani Jhonata   | AUSL Imola                                 |
| Medri Fabio   | AUSL Romagna (Sede di Ravenna)             |
| Messori Pietro  | AO Reggio Emilia                           |
| Minguzzi Roberta  | AOU Ferrara                                |
| Palmieri Alfredo  | AO Reggio Emilia                           |
| Servadei Giorgia  | AUSL Romagna (Sede di Ravenna)             |
| Turra Alessandro  | AOU Ferrara                                |

| <b>Area Descrittiva – Infermieri</b>    |                                |
|---|--------------------------------|
| Bendanti Daniela                        | Ausl Imola                     |
| Bonini Isa                              | AOU Modena                     |
| Bulgarelli Ketty                        | AUSL Piacenza                  |
| Canella Cinzia                          | AOU Ferrara                    |
| Caponcelli Paola                        | AOU Ferrara                    |
| Caroli Roberto                          | AUSL Reggio Emilia             |
| Cenerelli Danilo                        | AOU Bologna                    |
| Colombi Marika                          | AUSL Ferrara                   |
| Fabbri Cristina                         | AUSL Romagna (Sede di Cesena)  |
| Fabbri Lorella                          | AUSL Romagna (Sede di Rimini)  |
| Fiamminghi Meris                        | AUSL Bologna                   |
| Fontana Sabrina                         | AOU Bologna                    |
| Fontechiari Simona                      | AOU Parma                      |
| Forni Cristiana                         | IOR                            |
| Fumagalli Maria Angela                  | AUSL Romagna (Sede di Forlì)   |
| Gualtieri Sonia                         | AUSL Reggio Emilia             |
| Marchini Romano                         | AUSL Parma                     |
| Mazzoli Enrico                          | RER - AUSL Ferrara             |
| Mecugni Daniela                         | UniMO-RE                       |
| Mongardi Maria (Coordinatore)           | RER                            |
| Morsiani Giuliana                       | AUSL Modena                    |
| Nanni Ivana                             | AUSL Imola                     |
| Olmi Sabina                             | AUSL Imola                     |
| Pesci Rosa Eugenia                      | UniBO                          |
| Santacroce Raffaella                    | AOU Parma                      |
| Valentini Orietta                       | AUSL Imola                     |
| Zama Linda                              | AUSL Romagna (Sede di Ravenna) |
| Zanin Roberta                           | AOU Modena                     |
| <b>Gruppo di lavoro Area Operatoria</b> |                                |
| Agnoletti Vanni                         | AO Reggio Emilia               |

|                                       |                                |
|---------------------------------------|--------------------------------|
| Amadori Marina                        | AUSL Romagna (Sede di Cesena)  |
| Bissi Gloria (Coordinatore)           | AUSL Romagna (Sede di Cesena)  |
| Ceccarelli Francesco                  | AOU Parma                      |
| Cerchiari Erga Laura                  | AUSL Bologna                   |
| Colombi Marika                        | AUSL Ferrara                   |
| Cormons Viviana                       | AOU Bologna                    |
| Dal Re Serena                         | AUSL Romagna (Sede di Ravenna) |
| Del Rio Paolo                         | AOU Parma                      |
| Gamberini Emiliano                    | AUSL Romagna (Sede di Cesena)  |
| Guarneri Daniele                      | AUSL Parma                     |
| Marietta Marco                        | AOU Modena                     |
| Martuzzi Federica                     | AUSL Bologna                   |
| Melotti Rita                          | AOU Bologna                    |
| Moro Maria Luisa                      | RER                            |
| Nicastro Ottavio                      | RER                            |
| Nigrisoli Marco                       | IOR                            |
| Patteri Anna                          | AOSP RE                        |
| Petrone Licia                         | AUSL Romagna (Sede di Ravenna) |
| Pettinato Annarita                    | AUSL Bologna                   |
| Zama Linda                            | AUSL Romagna (Sede di Ravenna) |
| <b>Gruppo di lavoro FUT e Grafica</b> |                                |
| Canella Ombretta                      | AUSL Ferrara                   |
| Caponcelli Paola                      | AOU Ferrara                    |
| Caroli Roberto                        | AOU Reggio Emilia              |
| Di Denia Patrizio                     | RER                            |
| Fiacchi Paola                         | AOU Bologna                    |
| Fontana Sabrina                       | AOU Bologna                    |
| Foracchia Marco                       | AO Reggio Emilia               |
| Grimaldi Michela                      | AUSL Romagna (Sede di Rimini)  |
| Longhitano Elda                       | AOU Modena                     |
| Marata Anna Maria                     | RER                            |
| Marri Elena                           | RER                            |



|  |                                |
|--|--------------------------------|
| Masini Carla                                 | IRST Meldola                   |
| Rossi Gianni                                 | AUSL Imola                     |
| Salati Giovanni                              | AOSP RE                        |
| Sapigni Ester                                | RER                            |
| Seligardi Matteo (Coordinatore)              | RER                            |
| Tolomelli Stefano                            | AUSL Reggio Emilia             |
| Valcavi Annamaria                            | AOSP Reggio Emilia             |
| Vercilli Francesco                           | AOSP Reggio Emilia             |
| Vespignani M.G.                              | AUSL Imola                     |
| Zanzi Federico                               | AUSL Romagna (Sede di Ravenna) |
| <b>Gruppo di lavoro Scale di Valutazione</b> |                                |
| Andreati Candida                             | AUSL Ferrara                   |
| Balotta Antonio                              | AUSL Romagna (Sede di Cesena)  |
| Bonaiuti Barbara                             | AUSL Piacenza                  |
| Borelli Barbara                              | AUSL Modena                    |
| Campanini Isabella                           | AUSL Reggio Emilia             |
| Di Domizio Silvia                            | AOU Bologna                    |
| Girardis Massimo                             | AOU Modena                     |
| Guidetti Donata                              | AUSL Piacenza                  |
| Leccabue Maurizio                            | AOU Parma                      |
| Longhitano Elda                              | AOU Modena                     |
| Lunardelli Maria Lia                         | AOU Bologna                    |
| Maestri Antonio                              | AUSL Imola                     |
| Marchini Romano                              | AUSL Parma                     |
| Marri Elena                                  | RER                            |
| Masini Carla                                 | IRST Meldola                   |
| Merlo Andrea                                 | AUSL Reggio Emilia             |
| Mitri Elena                                  | AUSL Bologna                   |
| Mongardi Maria (Coordinatore)                | RER                            |
| Morelli Monica                               | AOU Ferrara                    |
| Naldi Andrea                                 | AUSL Romagna (Sede di Cesena)  |
| Ricciardelli Adelina                         | AUSL Ferrara                   |

|  |             |
|--|-------------|
| Seligardi Matteo                               | RER         |
| Villanova Nicola                               | AOU Bologna |
| Ferro Salvatore                                | RER         |
| Collegio Direttori U.O. Medicina Riabilitativa | RER         |
| Gruppo Regionale Indicatori Stroke             |             |

### Gruppo di lavoro Consenso Informato e Trasfusionale

|                              |                              |
|------------------------------|------------------------------|
| Berlucchi Silvia             | AUSL Modena                  |
| Bini Giulio                  | AUSL Piacenza                |
| Borciani Nazarena            | AUSL RE                      |
| Brini Martina                | AUSL Imola                   |
| Carrieri Giovanni            | AUSL Modena                  |
| Casolari Emilio              | AOU Parma                    |
| Cioni Giorgio                | AUSL Modena                  |
| Del Rossi Carmine            | AOU Parma                    |
| Farolfi Paolo                | AUSL Romagna (Sede di Forlì) |
| Ferrari Marta                | AUSL Parma                   |
| Franceschelli Alessandro     | AOU Bologna                  |
| Gabriele Annalisa            | AUSL Bologna                 |
| Gazzotti Federica            | AUSL Reggio Emilia           |
| Giardina Federico            | IOR                          |
| Giunta Alessandro            | AOSP Reggio Emilia           |
| Gualtieri Sonia              | AUSL Reggio Emilia           |
| Iori Veronica                | AOSP Reggio Emilia           |
| Lippi Claudio                | AUSL Modena                  |
| Marchi Alessandra            | AOU Ferrara                  |
| Maselli Vania (Coordinatore) | AUSL Modena                  |
| Masetti Claudio              | IOR Bologna                  |
| Mastrangelo Stefano          | AUSL Reggio Emilia           |
| Melandri Giovanni            | AOU Bologna                  |
| Montagnani Giuliano          | AOU Modena                   |
| Mucci Teresa                 | RER                          |

|                   |                              |
|-------------------|------------------------------|
| Sandonà Francesco | AOSP Reggio Emilia           |
| Sciascia Nicola   | AOU Bologna                  |
| Terzitta Marina   | AUSL Romagna (Sede di Forlì) |
| Velati Claudio    | AUSL Romagna (Sede di Forlì) |
| Randi Vanna       | AUSL Bologna                 |

### Gruppo di lavoro Dimissione

|                                      |                              |
|--------------------------------------|------------------------------|
| Basaglia Nino                        | AOU Ferrara                  |
| Bonati Pier Angelo                   | AUSL Parma                   |
| Borghi Atos                          | AOU Modena                   |
| Cacciapuoti Imma                     | RER                          |
| Dal Pozzo Michele                    | RER                          |
| Ferri Cinzia                         | AUSL Bologna                 |
| Fumagalli Mariangela                 | AUSL Romagna (Sede di Forlì) |
| Gentili Francesca                    | AUSL Ferrara                 |
| Nasi Annamaria                       | AUSL Reggio Emilia           |
| Palladino Teresa                     | AUSL Bologna                 |
| Pedroni Dante                        | MMG                          |
| Righetti Enzo                        | MMG                          |
| Scopece Luciano                      | AUSL Imola                   |
| Serra Vera Immacolata (coordinatore) | RER                          |
| Simoni Anna                          | AUSL Bologna                 |
| Tacconi Claudio                      | MMG                          |
| Tosini Tiziana                       | AOU Ferrara                  |
| Zarabini Lucia Adele                 | AUSL Imola                   |
| Ziosi Sabina                         | AUSL Bologna                 |

### Gruppo di lavoro CC Elettronica

|                       |                    |
|-----------------------|--------------------|
| Capitani Luca         | Ausl Modena        |
| Foracchia Marco       | Ausl Reggio Emilia |
| Miserendino Gandolfo  | RER                |
| Ghedini Pierfrancesco | Ausl Modena        |
| Pettinato Anna Rita   | Ausl Romagna       |

|              |              |
|--------------|--------------|
| Sistu Silena | Ausl Romagna |
|--------------|--------------|

## Indice

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Introduzione .....</b>  | <b>14</b> |
| <b>Obiettivi.....</b>  | <b>14</b> |
| <b>Aree di studio .....</b>  | <b>15</b> |
| <b>Metodologia del progetto d'intervento.....</b>                            | <b>16</b> |
| <b>Risultati della fase di elaborazione e condivisione .....</b>             | <b>17</b> |
| <b>Parti della cartella clinica integrata.....</b>                           | <b>20</b> |
| <br>   |           |
| <b>Area Descrittiva.....</b>   | <b>20</b> |
| Premessa.....  | 21        |
| Obiettivi.....   | 21        |
| Metodologia di lavoro .....  | 21        |
| Format elaborati ed indicazioni all'utilizzo.....                            |           |
| <b>Area Informazione, Consenso e Terapie Trasfusionali .....</b>             | <b>22</b> |
| Premessa.....  | 22        |
| Obiettivi.....   | 23        |
| Metodologia di lavoro .....  | 24        |
| Format elaborati ed indicazioni all'utilizzo.....                            | 26        |
| <b>Area Operatoria .....</b>   | <b>37</b> |
| Premessa.....  | 37        |
| Obiettivi.....   | 37        |
| Metodologia di lavoro .....  | 37        |
| Format elaborati ed indicazioni all'utilizzo.....                            | 37        |
| <b>Area Ricognizione Farmacologica, FUT e Grafica Multiparametrica .....</b> | <b>42</b> |

|  |           |
|--|-----------|
| Premessa.....  | 42        |
| Obiettivi.....   | 43        |
| Metodologia di lavoro .....  | 43        |
| Format elaborati ed indicazioni all'utilizzo.....                    | 43        |
| <b>Area Scale di Valutazione.....</b>                                | <b>45</b> |
| Premessa .....   | 45        |
| Obiettivi .....  | 45        |
| Metodologia di lavoro.....   | 45        |
| Format elaborati ed indicazioni all'utilizzo .....                   | 45        |
| <b>Area Dimissione e Trasferimento .....</b>                         | <b>48</b> |
| Premessa .....   | 48        |
| Obiettivi .....  | 48        |
| Metodologia di lavoro.....   | 49        |
| Format elaborati ed indicazioni all'utilizzo .....                   | 49        |
| <b>Allegati:</b>   |           |
| <b>All. 1-</b> Area Accertamento e pianificazione assistenziale..... | 53        |
| <b>All.2 -</b> Flow chart TVP.....                                   | 73        |
| <b>All.3 -</b> Tabelle scale di valutazione.....                     | 86        |

## Introduzione

Con il termine di “*documentazione sanitaria*” si intende l’insieme dei documenti che gli operatori sanitari compilano nell’esercizio della loro attività, tali atti possono discendere da fonti normative o da consuetudini e prassi consolidate. La cartella clinica è quindi : “...*la documentazione principale all’interno degli ospedali*”<sup>1</sup> può essere inoltre definita come: “*il documento che raccoglie le informazioni, attinenti il singolo episodio di ricovero, finalizzate alla formulazione di decisioni cliniche e assistenziali: i dati e le informazioni riportate in tale documentazione hanno quindi lo scopo di fornire una base informativa per scelte assistenziali razionali ed efficaci e per garantire la continuità del percorso di cura, documentando il quadro clinico, il processo diagnostico-terapeutico realizzato e i risultati conseguiti*”<sup>2</sup>.

Trattandosi quindi di un irrinunciabile strumento di lavoro, la Giunta Regionale dell’Emilia Romagna ha ritenuto il tema rilevante e ha dato indicazioni operative per la corretta tenuta della documentazione sanitaria con Delibera di Giunta Regionale (*di seguito DGR*) del 9 novembre 2009, n. 1706 “*Individuazione di aree di miglioramento della qualità delle cure e integrazione delle politiche assicurative e di gestione del rischio*”, in linea con le indicazioni normative vigenti.

Successivamente, ne ha valutato il livello di adesione attraverso un audit regionale, che ha evidenziato quanto segue: la documentazione e la gestione del processo informativo delle cure presentava importanti criticità, sia per quanto attiene ai contenuti e alle modalità di tenuta che per l’elevata variabilità dei modelli di cartella clinica esistenti sul territorio regionale.

Le Direzioni Strategiche delle Aziende congiuntamente alla Direzione Generale della Regione hanno pertanto condiviso la necessità di approntare un progetto di miglioramento su questo tema, definendo inoltre i requisiti essenziali della CCI e considerando tale progetto tra obiettivi prioritari.

### **Obiettivi**

Gli obiettivi del progetto sono di seguito esposti:

---

<sup>1</sup> Luca Benci, 2008

<sup>2</sup> Confronta: DGR 1706/2009, pagina 174.

1. individuare linee di indirizzo, su scala regionale, che garantissero uniformità, sicurezza delle cure, qualità della documentazione sanitaria, interdisciplinarietà ed integrazione professionale. Sono state predisposte inoltre puntuali revisioni di letteratura e delle norme vigenti in materia;
2. definire i requisiti essenziali della CCI, si precisa che tale documento può essere utilizzato in area internistico-chirurgica; l'utilizzo, in contesti specialistici, richiede adattamenti che dovranno essere approntati in funzione della disciplina oggetto di trattazione;
3. elaborare indirizzi sulla informatizzazione della CCE, (vedi allegato B), nelle Aziende della Regione, tenendo conto dei vincoli strutturali e tecnologici;
4. aggiornare sistematicamente, i contenuti della CCI che saranno presenti nel sito:  
<http://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/cartella-clinica-integrata>

### **Aree di studio**

Sono stati istituiti otto gruppi di lavoro, in relazione alle aree di interesse, per lo sviluppo dei requisiti essenziali della CCI, ovvero:

1. Area anamnestico-descrittiva
2. Area accertamento e pianificazione assistenziale
3. Area informazione e consenso;
4. Area operatoria;
5. Area FUT e grafica multiparametrica;
6. Area scale di valutazione;
7. Area dimissione e trasferimento;
8. Fascicolo ostetrico

Il presente documento costituisce il report delle attività intraprese dai professionisti coinvolti a far data dal I° semestre 2014 e conclusosi nel II° trimestre 2015.

## **Metodologia del progetto d'intervento**

Le principali fasi di realizzazione del progetto sono di seguito esposte:

- definizione dei gruppi di lavoro regionali;
- formazione;
- divulgazione del progetto;

Stante l'elevato numero di partecipanti ai gruppi di lavoro, è stato individuato un coordinatore in rappresentanza del gruppo; il coordinamento consisteva nel convocare le riunioni, nel predisporre il tempogramma ed il report finale delle attività. Gli incontri dei gruppi sono stati minimo 5 e massimo 10. Ogni gruppo ha predisposto un report individuando gli obiettivi, la letteratura e/o la normativa di riferimento, i criteri adottati e le motivazioni che hanno portato alle scelte proposte. L'armonizzazione delle 8 aree di intervento summenzionate è poi stata realizzata con incontri successivi tra i coordinatori, per evitare duplicazioni dei contenuti. I format elaborati sono stati raccolti e inseriti nella pagina web di SALUTER al seguente link <http://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/cartella-clinica-integrata> la cui visione permette di avere un quadro di insieme della proposta di CCI.

### **Percorso di consultazione e condivisione della CCI con gli operatori sanitari del Servizio Sanitario Regionale**

La cartella clinica integrata, frutto di un lavoro multidisciplinare cui hanno partecipato numerosi professionisti di tutta la Regione, ha quale obiettivo primario quello di proporre su scala regionale un format di riferimento con i medesimi contenuti di base e caratteristiche grafiche.

Il percorso regionale di condivisione, svoltosi nel periodo tra Marzo-Maggio 2015 ha coinvolto tutte le Aziende Sanitarie e circa 1000 professionisti che hanno contribuito alla definizione e al perfezionamento dei contenuti della cartella clinica integrata.



## Risultati della fase di elaborazione e condivisione della CCI

Di seguito si descrivono, in sintesi, le aree che compongono la CCI:

**1. Area anamnestico-descrittiva**, costituita da: *anamnesi sociale e abitudini di vita, anamnesi patologica familiare, anamnesi patologica remota, anamnesi patologica recente e motivo del ricovero, esame obiettivo, pianificazione clinico assistenziale, diario clinico integrato e pianificazione assistenziale*. Per la compilazione del diario si fa riferimento al modello S.B.A.R. (*Situation, Background, Assessment, Recommendation*), trattasi di un metodo strutturato per la trasmissione delle informazioni cliniche che richiedono immediata attenzione e decisione. Lo schema di riferimento è di seguito esposto:

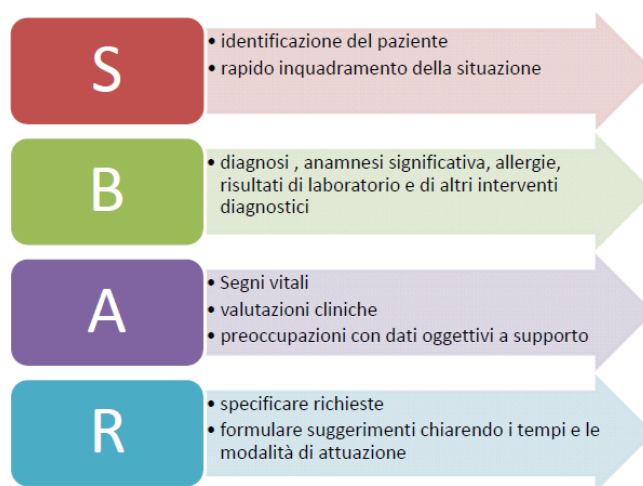


Figura 1 - Acronimo SBAR: Situation, Background, Assessment, Recommendation.

La scelta del metodo SBAR è stata adottata poiché migliora la comunicazione intra ed interprofessionale (Randmaa et al 2014, DeMeesteret al 2013) e minimizza inoltre le differenze di approccio comunicativo tra i diversi professionisti, standardizzandone la modalità, al fine di renderlo più incisivo. La letteratura, al momento, è concorde nel considerare la tecnica SBAR lo strumento più efficace da utilizzare in tutte le situazioni in cui vi sia un passaggio di presa in carico dell'assistito.

**2. Area dell'accertamento e della pianificazione assistenziale** (infermieristica, ostetrica, fisioterapica/logopedica e tecnica radiologica), un importante focus è stato rivolto all'accertamento

ed alla pianificazione assistenziale; per analizzare quest'ultimo aspetto, sono stati riuniti 4 "sottogruppi" di professionisti che hanno lavorato in parallelo per elaborare la rispettiva documentazione assistenziale (vedi modulo accertamento assistenziale e schede pianificazione assistenziale )

**3. Area informazione e consenso**, è costituita da due sezioni, una inerente l'informativa in ambito trasfusionale e l'altra relativa il consenso informato. La documentazione in ambito trasfusionale prevede una *scheda trasfusionale* articolata a sua volta in:

- *foglio di terapia trasfusionale* per i seguenti emoderivati: emazie, sangue e piastrine;
- *foglio di terapia con emoderivati* per albumina, fattori della coagulazione ed immunoglobuline
- *check-list* per la verifica delle informazioni storia trasfusionale del paziente.
- Il consenso informato presenta:
  - un modulo per la *documentazione del processo informativo*,
  - un modulo la *documentazione dell'acquisizione al consenso/dissenso*
  - un esempio di *nota informativa*,

**4. Area operatoria**, costituita dal fascicolo operatorio che prevede l'annotazione di atti chirurgici, anestesiológicos, infermieristici, dei *devices* impiantabili e non ecc..., nonché *items* di valutazione del rischio clinico (es. lato chirurgico). La scelta di indentificare, attraverso un fascicolo ad hoc e con items pre-definiti, il percorso peri-operatorio permette di effettuare analisi e confronti su scala regionale sia per quanto riguarda il rischio clinico che per gli indicatori di attività di sala operatoria. Il fascicolo è così articolato: informazione e consenso all'anestesia, referto di visita anestesiológica pre-operatoria (classifica ASA, presenza/assenza di comorbidità, allergie, necessità di trasfusioni), scheda di valutazione del rischio trombo embolico e relativa profilassi, referto operatorio, lettera di comunicazione al paziente in caso di intubazione difficile, check list SOS-NET, referto operatorio chirurgico e monitoraggio post-operatorio. Per la profilassi antibiotica si fa riferimento ai protocolli aziendali e alle indicazioni nazionali e regionali mentre per la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico si fa riferimento al protocollo regionale SICHER. Inoltre sono stati poi confermati i requisiti previsti dall'accreditamento per quanto riguarda le caratteristiche della lista o nota operatoria.

**5. Area Foglio unico di terapia (FUT) e grafica multiparametrica**, è costituita da:

- modulo di *ricognizione farmacologica* e dal *foglio unico di terapia (FUT)*: il modulo di ricognizione ha l'obiettivo di facilitare il confronto tra la terapia assunta dal paziente al momento del ricovero (ricognizione) e quella necessaria in corso di ricovero, tale processo è definito la

*riconciliazione* farmacologica; il foglio “unico” di terapia ha lo scopo di impedire trascrizioni di terapie (es. riscrittura di terapie mediche nella documentazione infermieristica),

- *grafica multiparametrica*, ovvero il foglio dove vengono raccolti i parametri vitali (respiro, pressione, ecc.) è unico per medici ed infermieri.
- I fogli di terapia e grafica sono utilizzati sia medici che dal personale di assistenza, in un'unica copia, per evitare/minimizzare errori di trascrizione

**6. Area scale di valutazione**, è costituita da: strumenti/scale/score di valutazione. L'identificazione delle scale/score ha tenuto conto della validità, fruibilità e facilità di utilizzo. Sono state identificate 42 scale, raggruppate in tre ambiti: area internistico-geriatrico-riabilitativo-nutrizionale, area critica e “scale utilizzate trasversalmente” quali ad esempio la scala del dolore, la scala di rischio/stadiazione delle lesioni da pressione ecc...

Tutte le scale sono mutuare dalla letteratura ed adattate solo per quanto attiene agli aspetti grafici (es necessità di registrazioni ripetute).

**7. Area dimissione e trasferimento**, è costituita dalla *relazione di dimissione/trasferimento* è un format documentale elaborato al fine di agevolare i professionisti nella descrizione puntuale dell'intero percorso clinico garantendo la continuità assistenziale in caso di dimissione e di trasferimento. Per quanto attiene la relazione medica di dimissione, il modello di riferimento per la trasmissione delle informazioni è lo S.B.A.R. (vedi sopra definizione). Gli *items* previsti sono i seguenti dati anagrafici, contesto sociale, modalità di ricovero/dimissione, diagnosi alla dimissione, motivo del ricovero, sintesi anamnestica e andamento clinico, terapia prescritta, raccomandazioni, indagini programmate/consigliate e riferimento telefonico del reparto in cui il paziente è stato trattato. Inoltre essendo la relazione di dimissione l'atto conclusivo di un iter assistenziale contiene contributi ed indicazioni di parte di tutti i professionisti. In quest'ottica la relazione medica è integrata da una valutazione infermieristica e nonché da altre figure professionali (es. consulenti). La valutazione infermieristica alla dimissione fa riferimento agli 11 modelli funzionali di Gordon descritti nell'allegato 1. Per gli altri professionisti dell'assistenza, la trasmissione delle informazioni fa riferimento al modello SBAR.

**8. Fasciolo ostetrico** è costituito dall' anamnesi: sociale ostetrica, ginecologica/ostetrica remota, gravidanza in corso, categorizzazione del rischio al ricovero. E' presente poi il modulo della visita ostetrica all'ingresso, la valutazione dell'esordio travaglio/parto, le procedure (anestesia, amnioressi, ossitocina, analgesia epidurale, prelievo di sangue fetale, parto operativo ecc.), il partogramma e il decorso clinico del parto. Sono previsti infine il decorso clinico del post-parto, il puerperio, la dimissione post natale materna e neonatale e la lettera dimissione ostetrica. Viene così tracciato il percorso materno fetale e neonatale alla nascita fornendo puntuali informazioni utili in dimissione.

## **Modello grafico di riferimento della CCI**

Tutte le sezioni della CCI, hanno alcune indicazioni che sono messe a fattor comune e di seguito esposte:

- ogni pagina prevede uno spazio per i dati anagrafici del paziente, il codice nosologico ed il numero di cartella (sostituibile dall'etichetta adesiva con il *barcode*);
- in calce ad ogni sezione è presente uno spazio per la registrazione di data, ora, nome del professionista e relativa firma;
- ogni sezione è identificata da un colore specifico.

Obiettivo grafico era quello di ottenere un modello coerente, su scala regionale, in cui le informazioni, i codici colori ed i dati sono reperibili negli medesimi punti della CCI, facilitando così la consultazione.

La documentazione sanitaria dovrebbe risultare pertanto essere facilmente fruibile, completa ed esaustiva sia per gli utenti (titolari del documento) che gli operatori.

## **Parti/Aree che compongono la Cartella Clinica Integrata**

Le parti/ aree che compongono la CCI, il codice colore e il numero di “cartella file”, contenente i file dei moduli della CCI sono scaricabili al seguente link <http://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/cartella-clinica-integrata>, sono riportate nell' Allegato C.

Le otto “cartelle file” sono le seguenti:

1. Area anamnestico-descrittiva
2. Area accertamento e pianificazione assistenziale
3. Area Ricognizione farmacologica, FUT e grafica multiparimetrica
4. Area Informazione, Consenso e Terapie Trasfusionale
5. Area Scale di Valutazione
6. Area Fascicolo Operatorio
7. Area Fascicolo Ostetrico
8. Area Relazione Integrata Dimissione e Trasferimento

## **Descrizione dettagliata delle aree**

### **Area descrittiva:**

#### **Premessa**

L'area-anamnestico descrittiva “area descrittiva” si è occupata dell'accertamento delle condizioni cliniche e assistenziali del paziente. La dicitura “area descrittiva” è stata utilizzata per le sezioni che

classicamente costituiscono l'accertamento e la pianificazione delle cure. In conformità alle indicazioni di letteratura, il gruppo ha deciso di proporre una documentazione quanto più integrata, al fine favorire la continuità e la sicurezza.

Le aree che si è scelto di ricondurre alla sezione descrittiva sono le seguenti:

- anamnesi sociale e abitudini di vita;
- anamnesi patologica familiare;
- anamnesi patologica remota;
- anamnesi patologica recente e motivo del ricovero;
- esame obiettivo;
- diario clinico integrato;
- pianificazione clinico assistenziale
- programmazione esami/accertamenti
- pianificazione assistenziale (infermieristica, fisioterapica, ostetrica)

### **Obiettivi specifici del gruppo**

Il gruppo di lavoro si è posto i seguenti obiettivi:

- studiare e proporre un unico *format* di accertamento che integri le informazioni raccolte dai professionisti coinvolti nel percorso clinico assistenziale, superando così le criticità evidenziate dall'audit regionale;
- documentare le scelte diagnostiche, terapeutiche ed assistenziali messe in campo
- identificare una modalità di pianificazione assistenziale innovativa, che superi l'attuale eterogeneità di modelli presenti nelle le Aziende;

### **Metodologia di lavoro ed aree di studio**

In primis è stata studiata l'area anamnesticca, il principio ispiratore è l'approccio per problemi clinici, pertanto la CCI deve evidenziare il percorso clinico assistenziale del paziente nella sua interezza.

### **Format elaborati ed indicazioni all'utilizzo**

In tale area, sono state declinate variabili relative all'**anamnesi sociale e alle abitudini di vita**, (es abitudine al fumo di sigaretta, all'assunzione di alcol o di sostanze stupefacenti, tipo di attività fisica svolta) ecc...

Relativamente l'**anamnesi familiare è articolata in remota e recente**. Nell'**anamnesi familiare remota**, è stato predisposto un elenco delle patologie epidemiologicamente più frequenti suddivise per apparati ed organi.

Segue l'**anamnesi patologica recente e il motivo del ricovero**, in tale *format* il clinico ha la possibilità di registrare la/e patologia/e che hanno determinato il ricovero. Nell'area "sintesi dei problemi medici principali", è inoltre presente la possibilità di indagare il livello di autonomia del paziente, nel periodo precedente al ricovero;

Per quanto attiene all'**esame obiettivo, i sintomi ed i segni (semeiotica)**: è stato definito un modello strutturato per apparati ed organi, per un contesto clinico non specialistico, è prevista inoltre la possibilità di indicare in modo sintetico l'assenza di segni patologici e l'eventuale impossibilità di effettuare la visita (paziente non indagabile e relative motivazioni).

**Il modulo della programmazione esami/accertamento** permette di monitorare tutti gli accertamenti richiesti, programmati ed eseguiti, offrendo una visione di insieme delle indagini diagnostiche in corso.

La **pianificazione clinico assistenziale** sintetizza le criticità rilevanti ed integra le informazioni necessarie all'iter di cura. In tale area è prevista una compilazione congiunta da parte professionisti. Parimenti il **diario clinico integrato** prevede la partecipazione multiprofessionale ciò per offrire una lettura sincrona ed integrata della gestione del paziente da parte delle *équipes* che concorrono alla cura, evitando così ridondanze od omissioni nella compilazione.

**Nell'area descrittiva è previsto anche l'accertamento e la pianificazione assistenziale (vedi allegato C)**: gli approfondimenti degli argomenti succitati sono stati oggetto di studio da parte di quattro sottogruppi professionali (infermieri, ostetriche, fisioterapisti/logopedisti e tecnici di radiologia) che hanno lavorato in parallelo al gruppo di lavoro dell'area descrittiva. Infermieri, ostetriche e professionisti della riabilitazione si sono occupati di approntare un modello cartaceo di accertamento e pianificazione assistenziale; per quanto riguarda i tecnici di radiologia hanno ideato un modello di accettazione e presa in carico del paziente, sotto forma di *check-list*, differenziato secondo le diverse procedure diagnostico-terapeutiche, medesimo lavoro per l'ambito ostetrico che ha trattato la gravida in corso di travaglio e parto.

## **Area Informazione, Consenso e Terapie Trasfusionali**

### **Premessa**

Il perseguimento di un miglioramento complessivo nella gestione del *processo* di informazione e consenso nei percorsi di cura, finalizzato al superamento dell'approccio della mera acquisizione

di una firma in calce ad un modulo informativo generico<sup>3</sup>, approccio sistematicamente “ignaro” di come il momento informativo rappresenti anche la circostanza effettiva di massima espressione del principio di autonomia e di libertà all’autodeterminazione dell’individuo sancito dalla Costituzione,<sup>4</sup> è esigenza ormai non più procrastinabile.

Si osserva frequentemente che aspetti del percorso informativo formalmente non documentati in modo corretto all’interno delle cartelle cliniche corrispondano, il più delle volte, ad una sub-ottimale gestione dell’informazione al paziente con il rischio effettivo di un’adesione alle cure non sufficientemente consapevole.

L’obbligo di documentare in modo preciso ed esaustivo, al pari di tutte le altre attività sanitarie che vengono descritte nel dossier del paziente, anche *il chi, il che cosa il come e il quando* del processo informativo, è stato più volte affermato anche in ambito giurisdizionale essendo peraltro pacifico che “ ... *Il consenso informato, espressione del diritto personalissimo, di rilevanza costituzionale, all’autodeterminazione terapeutica, è un obbligo contrattuale del medico perché è funzionale al corretto adempimento della prestazione professionale, pur essendo autonomo da esso...* ”. (Cassazione Civile - Sezione Terza, Sent. n. 20806 del 29.09.2009).

Si è posta dunque l’esigenza di riaffermare l’importanza sostanziale prima ancora che formale di questi aspetti, con la precisa finalità di definire le migliori modalità possibili di documentare il c.d. *processo decisionale condiviso*<sup>5,6</sup> come parte integrante ed imprescindibile del racconto della storia clinica del paziente, sia essa rappresentata da un supporto cartaceo o informatizzato.

### **Obiettivi specifici del gruppo:**

Il gruppo di lavoro si è posto i seguenti obiettivi:

- Definire uno schema di riferimento per la *documentazione del processo decisionale condiviso (processo informativo e acquisizione del consenso)* nelle procedure diagnostico-

---

<sup>3</sup> “... Il consenso dev’essere frutto di un rapporto reale e non solo apparente tra medico e paziente, in cui il sanitario è tenuto a raccogliere un’adesione effettiva e partecipata, non solo cartacea, all’intervento ...”. (Sentenza Tribunale di Milano n.3520/05)

<sup>4</sup> Sentenza Corte Costituzionale n.438/2008: “ ... *La circostanza che il consenso informato trova il suo fondamento negli artt. 2, 13 e 32 della Costituzione pone in risalto la sua funzione di sintesi di due diritti fondamentali della persona: quello all’autodeterminazione e quello alla salute, in quanto, se è vero che ogni individuo ha il diritto di essere curato, egli ha, altresì, il diritto di ricevere le opportune informazioni in ordine alla natura e ai possibili sviluppi del percorso terapeutico cui può essere sottoposto, nonché delle eventuali terapie alternative; informazioni che devono essere le più esaurienti possibili, proprio al fine di garantire la libera e consapevole scelta da parte del paziente e, quindi, la sua stessa libertà personale, conformemente all’art. 32, secondo comma, della Costituzione ..*”

<sup>5</sup> Sandman e Munthe, *Shared decision making, paternalism and patient choice* . Health Care Anal 2010;18:60.

<sup>6</sup> Oshima Lee E, Eamuel EJ, *Shared decision making to improve care and reduce costs*. N Engl J Med 2013; 368:6-8.

terapeutiche-riabilitative programmate ovvero svolte non in regime di urgenza-emergenza e per quanto riguarda la *documentazione del processo informativo*:

### **Metodologia di lavoro ed aree di studio**

L'attività del GdL ha preso avvio da un'analisi del contesto di riferimento attraverso la rilettura delle indicazioni contenute nella DGR 1706/2009, alla luce degli aggiornamenti giurisprudenziali e deontologici intervenuti in tema di consenso informato ai trattamenti sanitari (vedi riferimenti bibliografici).

In riferimento alla possibilità di gestione delle criticità più frequenti e dibattute in tema di comunicazione delle informazioni nei percorsi di cura, i risultati dell'analisi effettuata hanno di massima confermato come le indicazioni delineate dal documento del 2009 siano oggi non solo ancora attuali, ma anche fortemente raccomandate.

La seconda fase di attività è stata finalizzata alla predisposizione di un modello "ideale" di supporto informativo strutturato in forma scritta (*Nota Informativa*). Sono stati definiti, raggiungendo peraltro un buon livello di accordo tra i componenti del gruppo, i requisiti di contenuto di una informazione standard in ambito assistenziale, trasferibili nella comunicazione scritta.

Successivamente, con lo scopo di andare a tracciare i requisiti di buona comprensibilità in termini di leggibilità linguistica dei contenuti, ciascun componente del GdL, rappresentativo di singole specialità medico-chirurgiche e con funzioni di tipo direttivo-organizzativo, si è poi cimentato nella elaborazione di note informative-procedura/intervento specifiche in seguito discusse e revisionate con il supporto di un esperto di comunicazione secondo i principi dell'*Health Literacy*<sup>7</sup>.

L'ultima fase del lavoro ha visto proporre e definire criteri di buona comprensibilità in termini di leggibilità grafica, attraverso la revisione ad hoc di una delle note informative realizzate dal GdL.

#### *Principi condivisi dal gruppo*

1. L'informazione al paziente, o altro avente diritto, assume particolare rilievo, in quanto la sua funzione non dovrebbe essere limitata alla trasmissione di informazioni tecniche, spesso attuata attraverso tecnicismi incomprensibili alla maggior parte delle persone. Il colloquio informativo è molto di più di questo: è il momento in cui il professionista, che rappresenta, di fatto, l'équipe di cui fa parte e dunque il contesto di cura che ospiterà il paziente, può posare le basi per un reale rapporto di fiducia con il paziente e con i suoi familiari,

---

<sup>7</sup> Per questo tipo di attività ci si è avvalsi della collaborazione di Federica Gazzotti, Responsabile Comunicazione e Ufficio Stampa dell'AUSL di Reggio Emilia nonché coordinatore Gruppo Regionale *Health Literacy*



fondamentale per garantire una adeguata alleanza terapeutica ed una vera scelta partecipata ed informata alle cure.<sup>8</sup>

2. Al di là dei casi già previsti dal nostro ordinamento, le singole Aziende devono dichiarare (stilando un elenco da mantenere periodicamente aggiornato) per quali procedure/interventi/terapie si ritiene indicata la documentazione del processo decisionale condiviso, ovvero l'espressione del consenso in forma scritta.
3. In considerazione delle componenti etico-deontologiche e giuridiche sottese alle esigenze di una chiara espressione di volontà da parte del paziente, in rapporto alla proposta di un trattamento sanitario, si ravvisa l'opportunità di estendere l'utilizzo di una formalizzazione documentale del processo informativo e dell'acquisizione del consenso informato alle prestazioni diagnostico-terapeutiche che abbiano carattere invasivo o siano correlate ad un rischio non trascurabile di conseguenze lesive dell'integrità psico-fisica. Solo a scopo esemplificativo tali prestazioni di cura potrebbero includere: interventi chirurgici; procedure diagnostiche e/o interventistiche caratterizzate dall'utilizzo di mezzi di contrasto e/o con radiazioni ionizzanti ovvero gravate da un rischio non trascurabile di complicanze o insuccesso; trattamenti/procedure che incidono o possono compromettere la capacità di procreare; terapie associate ad un rischio elevato di reazioni avverse, ecc. A tale proposito, appare inoltre consigliabile prevedere un modello informativo per alcune specifiche procedure (ad es. indagini diagnostiche radiografiche con uso di radiazioni ionizzanti) che, pur non richiedendo una specifica necessità di documentare un consenso scritto, possono potenzialmente avere un impatto sull'integrità biologica del paziente, specialmente in specifiche condizioni (maternità, allattamento, ecc).
4. Le singole Aziende devono altresì esplicitare se e quali supporti informativi strutturati hanno a disposizione da associare all'elenco di procedure suddette. Le *note informative* rappresentano supporti informativi strutturati scritti, elaborati da ciascuna équipe e corrispondenti ad ogni singola procedura/intervento/terapia specificatamente validati e codificati a livello aziendale attraverso strutture/servizi di staff specificamente individuati (uffici comunicazione, medicina legale, direzioni sanitarie, ect) ciascuno per le parti di propria competenza.

---

<sup>8</sup> La revisione della letteratura sull'argomento evidenzia chiaramente una importante evoluzione terminologica dal concetto di *informed consent* verso una forma di "patient –based consent" per arrivare al già citato "*shared –decision making*" che è stato tradotto in "processo decisionale condiviso". I professionisti sanitari sono eticamente obbligati a *guidare* la scelta evidence-based del paziente, fornendo da un lato informazioni complete sul profilo rischi-benefici delle diverse opzioni di trattamento e, dall'altro, supportando tale scelta anche nel rispetto dei valori e delle preferenze del paziente medesimo.

5. Non a tutte le procedure per le quali viene ritenuta opportuna l'espressione del consenso in forma scritta potranno essere associate note informative. L'Azienda dovrà in questi casi motivare specificatamente la mancanza di un supporto informativo strutturato scritto (es: la nota informativa viene sostituita da annotazioni del medico "personalizzate" caso per caso, l'équipe si riferisce esclusivamente al processo informativo orale in quanto l'utilizzo di un supporto informativo non è indicato/opportuno, vengono utilizzati supporti informativi diversi ecc).
6. Riferendoci all'ambito di trattamenti programmati o comunque svolti non in regime di emergenza-urgenza, il processo informativo deve essere temporalmente distinto dal momento di acquisizione del consenso (sottoscrizione del modulo di consenso, previa verifica dell'effettiva comprensione e del grado di consapevolezza del paziente rispetto alla scelta) per consentire al paziente, ovvero a chi lo rappresenta in caso di incapacità, di poter riflettere adeguatamente sulle informazioni ricevute, avendo al contempo la possibilità di porre quesiti, chiedere altri pareri esperti, consultare persone di fiducia, richiedere altri colloqui.
7. Il fondamento del processo informativo è il colloquio con il paziente; in relazione alle caratteristiche del caso (tipo di paziente e capacità di comprensione, livello di informazione accettata, tipo di patologia e "portata" del trattamento proposto, ecc) il processo informativo potrà necessitare di più colloqui informativi.
8. Per particolari percorsi di cura tutta l'équipe coinvolta (medici, infermieri, tecnici, ostetriche, ecc) può collaborare al processo informativo (dunque anche professionisti sanitari non medici purché coinvolti nel percorso e relativamente agli aspetti di competenza); dovranno essere in tali casi definite modalità e ambiti di intervento di ciascun professionista.
9. La "sola consegna" della nota informativa in sostituzione di un adeguato colloquio informativo e/o il fornire informazioni incoerenti/difformi rispetto a quelle indicate dalla *nota informativa* in uso, non può ritenersi pratica conforme ad una corretta gestione del processo informativo, né orientata al perseguimento dell'obiettivo prioritario di un processo decisionale condiviso.

### **Format elaborati ed indicazioni all'utilizzo**

#### *La documentazione del processo informativo*

Il *processo informativo* rappresenta la colonna portante della scelta informata e costituisce la *prima fase* del c.d. processo decisionale condiviso. Il colloquio informativo tra il medico e/o altro professionista dell'équipe proponente la procedura/intervento/terapia ed il paziente viene condotto

nei modi e nei tempi ritenuti più opportuni, eventualmente guidato da supporti informativi strutturati (cartacei, audiovisivi, online) o interattivi (online, test).<sup>9</sup>

Le diverse realtà organizzative ed i differenti contesti assistenziali all'interno delle Aziende sanitarie rendono difficile stabilire univocamente tempi e modi dell'informazione del paziente. Possono infatti esserci situazioni in cui le informazioni necessarie sono di norma esaustivamente fornite già in occasione di un primo contatto del paziente con il sanitario che propone il trattamento (ad esempio, nel corso di una visita ambulatoriale) ed altre in cui può essere opportuno stabilire ulteriori momenti di incontro, durante i quali il sanitario abbia la possibilità di colloquiare con il paziente secondo tempi e modalità maggiormente adeguati.

Particolare attenzione dovrà essere posta alla gestione del processo informativo nel caso in cui, per un intervento chirurgico complesso, debbano partecipare équipe diverse (afferenti a due o più discipline): in questi casi è fortemente raccomandato proceduralizzare il processo informativo in modo tale che la gestione dei tempi e modi dell'informazione sia preventivamente organizzata e condotta in modo congiunto dalle équipe coinvolte, ciascuna per le parti di competenza. In questi casi una gestione parcellizzata del processo informativo è ad elevato rischio di trasmettere informazioni incoerenti, contrastanti ovvero ridondanti o insufficienti. È pertanto utile che, all'interno dei diversi percorsi assistenziali delle diverse Aziende sanitarie, vengano anche definiti e dichiarati modi, tempi e professionisti con cui si concorre all'attuazione il processo informativo.

La *Nota Informativa* è uno dei supporti strutturati più fruibili e di più semplice realizzazione all'interno di un'azienda sanitaria. Il colloquio che, come noto, dovrebbe essere condotto nelle opportune condizioni di setting e con le modalità più adeguate, diviene anche l'occasione di commento e spiegazione dei contenuti della nota che verrà messa a disposizione del paziente e dei suoi familiari per tutto il tempo che precederà l'effettuazione della procedura.

Il processo informativo nel suo complesso, e non la sola consegna della nota informativa, viene tracciato temporalmente e qualitativamente attraverso la compilazione di un *apposito modulo* (Colloquio Informativo- Modulo I) che documenta altresì la partecipazione attiva del paziente o di altro avente diritto in riferimento alle scelte di cura.

Il modulo compilato al termine del processo informativo dovrà essere allegato alla documentazione sanitaria del paziente prestando particolare attenzione alla scrupolosa conservazione dello stesso nel corso di un percorso diagnostico di pre-ricovero (es. nel caso di

---

<sup>9</sup> Questi supporti fanno parte dei i.c.d. PDA (patient decision aid). I PDA hanno tre obiettivi fondamentali: fornire ai pazienti informazioni *evidence based* sulle alternative diagnostico-terapeutiche disponibili; incoraggiare il loro coinvolgimento attivo nel processo decisionale; aiutarli a fare scelte secondo i propri valori e preferenze. Cfr. International Patient Decision Aids Standards Collaborations (IPDAS 2005) – *Criteria for judging the quality of patient decision aids*.

intervento chirurgico programmato). Allo stesso modo il modulo tratterà l'avvenuta informazione e l'eventuale consegna di materiale informativo da parte del medico prescrivente dell'unità operativa, nel caso in cui un paziente già ricoverato debba sottoporsi ad una procedura diagnostica invasiva o ad un re-intervento chirurgico. Nei casi in cui questi trattamenti non si configurino come urgenti, ma siano connotati da un certo margine di differibilità, i tempi organizzativi consentono la conduzione del colloquio informativo anche attraverso la lettura condivisa e commentata del supporto informativo scritto (*Nota informativa*) eventualmente disponibile per quella procedura.

La scelta di utilizzare un modulo dedicato alla documentazione del processo informativo dovrebbe anche facilitare i professionisti nel reperire le informazioni necessarie nel momento in cui il medico dell'équipe proponente la procedura/intervento/terapia, poco prima dell'effettuazione della stessa, dovrà verificare il livello di consapevolezza del paziente e l'effettiva conferma dell'intenzione di sottoporsi al trattamento, ponendo attenzione, ad esempio, ad aspetti particolari discussi o sottolineati nel corso del colloquio informativo e specificatamente annotati nel c.d *Modulo I*.

#### *La documentazione dell'acquisizione al consenso*

L'*acquisizione del consenso*, o del dissenso, alle cure proposte rappresenta la *seconda ed ultima fase* del processo decisionale condiviso che deve distanziarsi temporalmente dalla prima: questo modo di procedere garantisce che il consenso raccolto possa considerarsi valido in quanto attuale e basato su un livello di consapevolezza che viene verificato e confermato poco prima dell'effettuazione del trattamento. Il modulo che documenta questa fase (Espressione/Negazione del consenso - *Modulo II*) verrà compilato a distanza di poche ore dall'effettuazione della procedura.

Se al processo informativo possono concorrere, in casi particolari, diverse professionalità, ancorché facenti parte dell'équipe proponente e/o comunque coinvolte nel percorso di cura, tale fase (*acquisizione del consenso*) è invece di esclusiva pertinenza del medico (uno dei medici dell'équipe proponente il trattamento). Il medico dovrà verificare la reale comprensione da parte del paziente, o di chi lo rappresenta, dei contenuti discussi durante il colloquio informativo: il *Modulo I* e la tipologia di *Nota Informativa* discussa e consegnata precedentemente al paziente supporteranno il medico in questa fase, fungendo da "traccia". La buona riuscita di quest'ultima fase sarà ovviamente fortemente condizionata dalla qualità del processo informativo condotto a monte.

Qualora per le caratteristiche del paziente, della procedura o per eventuali disfunzioni del processo informativo precedente, emergano dubbi/incertezze rilevanti, in ordine al trattamento proposto, il medico dovrà dedicare il tempo necessario alle opportune spiegazioni e rassicurazioni coinvolgendo, se del caso e se disponibili, altri colleghi o chi altro il paziente desideri. Solo dopo aver verificato la sussistenza di un'adesione sufficientemente consapevole alla cura proposta si potrà acquisire la sottoscrizione del modulo di consenso. Ovviamente, nel caso del persistere di forti

perplexità o di determinazioni in senso contrario, il medico provvede a far sottoscrivere attraverso il *Modulo II* il dissenso del paziente, o di chi lo rappresenta, all'effettuazione del trattamento.

Il *Modulo I* e il *Modulo II* devono essere conservati insieme all'interno della cartella clinica del paziente di cui costituiscono parte integrante.

#### *Indicazioni all'utilizzo dei Moduli I-II e Nota Informativa*

- I Moduli devono essere compilati in forma chiara e leggibile utilizzando il carattere stampatello;
- entrambi i Moduli (I e II), al termine del percorso, debbono essere riuniti e allegati insieme nella sezione dedicata della cartella clinica; la presenza del solo Modulo II in assenza del I o viceversa rappresenta una non conformità;
- i Moduli I e II documentano il processo decisionale condiviso per una sola tipologia di atto terapeutico e/diagnostico e/o riabilitativo; i moduli non possono riferirsi dunque "cumulativamente" a procedure/interventi/terapie che vengano effettuate in tempi e con modalità differenti e a diversi scopi;
- la modulistica proposta si adatta alla gestione di un percorso che utilizza supporti informativi (ad es. *nota informativa* scritta illustrata e consegnata al paziente) tali da conferirne carattere di univocità, specificità e comprensibilità; la documentazione del processo decisionale condiviso, che fa riferimento a supporti informativi, garantisce anche il rispetto dei requisiti di migliore comprensibilità dell'informazione per il paziente o altro avente diritto. L'assenza di supporti informativi inficia la completezza e la qualità di questa documentazione e deve necessariamente essere compensata da annotazioni chiare, esaustive e specifiche o negli spazi in testo libero dei Moduli e/o in cartella clinica. In ogni caso le annotazioni del medico in testo libero dovranno riportare fedelmente i contenuti delle informazioni così come trasmesse al paziente.

#### *Modulo I – Colloquio Informativo*

Il modulo dovrà essere intestato con i dati identificativi della struttura/UO proponente il trattamento; nel caso di processi informativi relativi a procedure/interventi/terapie in cui intervengono in forma multidisciplinare differenti équipe dovrà essere proceduralizzato a quale équipe far risalire l'intestazione. Dovrà definirsi altresì anche l'U.O./équipe responsabile della conservazione della documentazione nell'eventuale percorso pre-ricovero, ovvero nelle more dell'apertura di una cartella clinica corrispondente all'avvio di un episodio di ricovero.

La data nell'intestazione corrisponderà a quella di fine percorso informativo che, nella maggior parte dei casi coinciderà con quella di un unico colloquio informativo; tuttavia qualora siano stati necessari più colloqui informativi in tempi diversi, l'Azienda ovvero l'U.O./équipe potrà anche

prevedere di redigere un “*Modulo I-bis/ter ...*”, per ogni colloquio informativo effettuato, sottoscritto ogni volta dal medico/professionista dell’*équipe* che conduce il colloquio.

Dovrà essere specificato altresì l’interlocutore ovvero gli interlocutori presenti a/i colloqui (barrare o annerire la/e voci che interessano), annotando anche la presenza di altri collaboratori (sanitari) ovvero di familiari e persone di fiducia richiesti dal paziente (es. moglie, fratello, medico curante, avendo altresì cura di annotarne il nome e cognome); l’identità dell’interlocutore principale (es. Amministratore di Sostegno) andrà sempre riportata in questo modo (*nome-cognome-data di nascita*). Si dà per acquisito che in caso di paziente incapace il/i professionisti abbiano preso visione e fatto copia (da allegare alla documentazione sanitaria) del provvedimento di nomina di chi lo rappresenta legalmente (sia esso Amministratore di Sostegno, curatore o tutore).

E’ possibile barrare/spuntare i contenuti informativi oggetto del colloquio; alcune voci infatti potrebbero non essere pertinenti alla tipologia di procedura/trattamento proposto e non andranno quindi spuntate, vi è la possibilità di annotazioni in testo libero in calce al modulo: in questo spazio il/i professionisti coinvolti nel processo informativo potranno annotare tutto ciò che ritengono rilevante del colloquio ovvero potranno utilizzare questo spazio (soprattutto nel caso in cui non siano disponibili note informative specifiche) per esprimere nel dettaglio una sintesi delle informazioni fornite. Lo spazio potrebbe essere in questo caso non sufficiente per cui si consiglia di riportare tali annotazioni in cartella clinica. Se si procede in questo modo, nello spazio apposito del Modulo I dovrà essere annotato che ulteriori specificazioni rispetto ai contenuti delle informazioni sono riportate in cartella clinica.

Qualora l’Azienda non abbia ancora provveduto alla validazione e codifica di tutte le note informative relative alle principali procedure/trattamenti effettuati al Modulo I dovrà necessariamente essere allegata anche una copia della Nota Informativa utilizzata nel caso specifico e consegnata al paziente.

#### *Modulo II (espressione /negazione del consenso)*

La sottoscrizione dell’espressione ovvero della negazione del consenso andrà sempre effettuata riportando, oltre alla firma, i dati identificativi (Nome e Cognome) dell’interessato in stampatello.

Il Modulo II non potrà essere compilato senza disporre del corrispondente Modulo I precedentemente compilato.

Le aziende potranno prevedere l’eventuale stesura di istruzioni sulla compilazione e modalità di utilizzo sul retro di ciascuno dei moduli.

#### *Nota Informativa*

Il lavoro svolto dal gruppo nella realizzazione di un modello ideale di nota informativa, ovvero di un supporto scritto alla conduzione di un adeguato processo informativo, ha preso avvio dalle

premesse concettuali della c.d. *Health Literacy*<sup>10</sup>, disciplina nata negli Stati Uniti negli anni '80 che invita a valutare il grado di comprensibilità e quindi della capacità delle persone di ottenere e comprendere informazioni sanitarie in modo da prendere decisioni consapevoli e informate<sup>11</sup>.

La *Nota Informativa* non si propone solo come supporto alla comunicazione medico-paziente e al buon funzionamento del processo informativo, ma diventa anche una traccia standardizzata dei contenuti specifici e delle modalità espositive degli stessi, a cui i professionisti di una data équipe possono riferirsi. Questo favorisce la riduzione del rischio di fornire informazioni qualitativamente diverse ad un paziente da parte dei membri di una stessa équipe (in momenti diversi) e da operatori diversi. In estrema sintesi, il linguaggio comune evita che possano generarsi situazioni di sospetto o sfiducia nel paziente basate sulla falsa percezione che alcune informazioni possano essere celate piuttosto che edulcorate e così via, riducendo in questo modo l'humus favorevole all'innescio di eventuali rapporti conflittuali.

La *Nota Informativa* illustrata e commentata già nel corso del primo colloquio informativo, viene consegnata e lasciata nella disponibilità del paziente e di persone di riferimento (familiari, medico di medicina generale, altri esperti consultati come *second-opinion*, ecc): essa rappresenta così un forte stimolo all'approfondimento di alcuni aspetti e, magari, alla richiesta di ulteriori chiarimenti da parte del paziente.

---

<sup>10</sup> Per Health Literacy (HL) si intende “il grado con cui le persone hanno la capacità di ottenere, processare e comprendere le informazioni sanitarie di base ed i servizi necessari per prendere decisioni appropriate in campo sanitario”. L'importanza dell'applicazione di questi principi viene ormai riconosciuta a livello nazionale ed internazionale. Studi internazionali, in particolare lo studio canadese ALLS del 2003, dimostrano che in Italia il livello di alfabetizzazione medio si colloca al di sotto di quello necessario per usare utilmente i materiali comuni legati ad attività quotidiane (in banca, in posta, al supermercato, in farmacia, in ospedale). La Health Literacy comprende tre principali aree di applicazione: la comunicazione verbale tra operatore sanitario e paziente, la comunicazione scritta, l'accessibilità delle strutture sanitarie in termini di facilità di orientamento e di accoglienza.

<sup>11</sup> Tenuto conto delle difficoltà che i pazienti spesso incontrano nel loro rapporto con i medici e con la documentazione sanitaria, nel luglio 2011 la Regione Emilia-Romagna ha puntato all'obiettivo ambizioso di migliorare la relazione tra il medico e il paziente attraverso una comunicazione comprensibile, costituendo il gruppo di lavoro “Applicazione dei principi e delle pratiche della Health Literacy”.

Il gruppo ha condiviso i requisiti minimi di contenuto di una *Nota Informativa*, illustrati in tabella 1.

Tabella 1 – Requisiti minimi di contenuto di una Nota Informativa

| <b>CONTENUTO</b>   | <b>TITOLO NOTA INFORMATIVA</b>             | <b>ARGOMENTI CORRELATI</b>   |
|--|--|--|
| Indicazioni e scopo del trattamento proposto   | Che cos'è?<br>Di che cosa si tratta?       | Indicare per quali patologie, sospetti diagnostici e disturbi viene proposto il trattamento.   |
| Modalità di esecuzione   | Come si svolge?                            | Descrivere semplicemente (evitare tecnicismi o informazioni ridondanti per il paziente) l'aspetto esecutivo del trattamento e la durata dell'intervento (anche i tempi che prevedibilmente dovranno attendere i familiari prima di avere notizie, ecc).  |
| Vantaggi e limiti prevedibili  | Vantaggi –Benefici attesi –<br>Limiti      | Descrivere i benefici attesi dal trattamento rispetto al problema di partenza (anche in termini di probabilità quando possibile). I limiti si riferiscono in modo particolare a procedure diagnostiche (possibilità di rispondere al quesito clinico-sospetto diagnostico, falsi positivi, negativi, ecc). |
| Eventuali trattamenti alternativi  | Trattamenti alternativi                    | Elencare ed illustrare quali altri provvedimenti (diagnostico-terapeutici-riabilitativi) potrebbero essere disponibili per il problema di partenza ed i motivi per cui non rientrano tra le soluzioni proposte.  |
| Conseguenze prevedibili della non effettuazione del trattamento proposto ( <i>If not</i> ) | Cosa può succedere se non si effettua ...? | Descrivere le conseguenze sulla salute della mancata effettuazione del trattamento proposto .  |
| Rischi e complicanze   | Rischi e complicanze                       | Vedi sotto*  |
| Accertamenti, visite, terapie necessari nel percorso dg/tp che precede il trattamento      | Cosa succede prima ..?                     | Fornire informazioni su eventuale percorso di accertamenti-terapie prima dell'effettuazione della procedura, sui tempi necessari (tempi d'attesa) e su aspetti organizzativi del percorso che il paziente/familiari è importante che conoscano; come si svolge la preparazione all'intervento, ecc.        |
| Terapie, visite, indicazioni di comportamento necessari/opportuni dopo il trattamento      | Cosa succede dopo ...?                     | Descrivere con quali presidi il paziente si risveglia, ad esempio, dopo un intervento chirurgico (SNG, drenaggi, CVC, ect). Fornire inoltre info rispetto a tempi di degenza, tempi prevedibili di ripresa, necessità di cure alla dimissione, segni/sintomi da monitorare alla dimissione, ecc.           |



Per quanto riguarda l'ambito rischi e complicanze\*, il gruppo ha condiviso l'orientamento di seguito esposto in ordine alle modalità e ai contenuti della *comunicazione del rischio*:

- è preferibile una rappresentazione quantitativa quando la fonte è disponibile e sufficientemente attendibile: la nota deve citare la fonte;
- qualora fossero istituzionalmente pubblicati *performance data* dal contesto Aziendale di riferimento, fatto un inquadramento generale dei rischi e delle complicanze riferito ai dati di evidenze scientifiche validate, l'UO/équipe può dare conto della rappresentazione del rischio sulla base della propria casistica (devono essere dichiarati gli anni di riferimento). Questo comporta ovviamente un controllo molto attento e scrupoloso dei dati che devono ovviamente essere aggiornati ed attuali (es: monitoraggio delle performance dell'anno precedente). Questa scelta comporterà anche una revisione molto frequente delle note informative;
- rappresentato in linea generale il rischio per ciascuna complicanza, l'informazione verbale dovrebbe supportare questo tipo di comunicazione attuando una sorta di epicrisi sulle principali complicanze, in termini di gravità e probabilità, rispetto alle specificità del paziente (rischio ASA, comorbidità, ecc.) e del trattamento proposto. La sintesi di questa epicrisi potrebbe essere riportata (se e quando rilevante nel caso specifico a giudizio dell'équipe) nello spazio delle annotazioni in testo libero del Modulo I;
- non devono essere citate né dichiarate in forma scritta percentuali ovvero rappresentazioni qualitative del rischio che corrispondano a mere dichiarazioni del Responsabile della UO o di altro professionista, che non siano suffragate da *performance data* ricavati da un'attività di monitoraggio istituzionale (regionale/nazionale).

Per quanto riguarda inoltre le indicazioni relative alla sicurezza/idoneità della struttura per una specifica tipologia di trattamento, il gruppo ha condiviso che tale informazione non debba essere inserita di default nei contenuti delle Note Informative trattandosi di comunicazione doverosa dal punto di vista etico e deontologico nelle situazioni descritte dalla Suprema Corte ma che, in quanto legata a circostanze particolari e variabili nel tempo, deve essere lasciata all'informazione verbale e, se del caso, a specifiche annotazioni sul Modulo I o in cartella clinica.

Per la modalità espositiva il gruppo di lavoro, concordemente a quanto condiviso con l'esperto di comunicazione, ha optato per l'utilizzo della modalità impersonale in terza persona (es. il paziente viene posizionato ..., l'intervento si svolge ...) ritenendo comunque non vincolante la scelta di questa o di altre modalità ai fini di una migliore comprensibilità.

La Nota Informativa dovrà riportare in calce l'indicazione di riferimenti da poter contattare nel caso il paziente necessiti di ulteriori chiarimenti, precisazioni e/o voglia richiedere altri colloqui informativi (numero telefonico, indirizzo email di UO, segreteria di reparto, altro). La Nota

informativa potrà altresì riportare, qualora disponibili e solo se indicati allo scopo dall'equipe/UO, riferimenti di opuscoli, pagine web aziendali, indirizzi *internet* di società scientifiche ove poter reperire informazioni sul trattamento proposto per eventuali /ulteriori approfondimenti da parte del paziente.

### **Area documentazione terapie trasfusionali**

Il Gruppo di Lavoro dell'Area Informazione e Consenso facendo riferimento alle professionalità competenti presenti ed afferenti all'ambito dei Servizi Immuno-Trasfusionali, si è anche occupato della tracciabilità delle attività trasfusionali che possono essere effettuate durante un episodio di ricovero.

L'analisi delle cartelle cliniche condotta nel corso dell'Audit regionale aveva evidenziato alcune criticità in questo ambito, non solo in ordine alla corretta documentazione del c.d Consenso Informato (la cui espressione in forma scritta è, nella fattispecie, prevista dalla normativa vigente) ma anche in riferimento alla completa e chiara tracciabilità della sequenza di attività che caratterizzano ogni trattamento trasfusionale. È stato ben evidente fin dalle prime valutazioni che l'assenza di un collettore cartaceo di tutta la documentazione riguardante tali trattamenti ovvero di una sezione dedicata della cartella clinica potesse favorire in modo significativo la dispersione, fisica e concettuale, delle informazioni specifiche.

Il rigore, la precisione e la completezza della registrazione di tali informazioni nella documentazione sanitaria sono parte fondamentale dello svolgimento in sicurezza di tutte le fasi dell'attività trasfusionale oltre che riscontro retrospettivo indispensabile per valutazioni di qualità, efficacia, sicurezza ed appropriatezza di queste terapie.

La *Raccomandazione n.5 del 2008* (Raccomandazione per la prevenzione della Reazione Trasfusionale da Incompatibilità ABO) con specifico riferimento alla fase di somministrazione della terapia trasfusionale e all'importanza della sua tracciabilità, riporta quanto segue: “...*l'operatore che esegue la trasfusione deve sempre registrare nella cartella clinica l'avvenuta trasfusione con l'indicazione della presenza o assenza di reazioni avverse, apponendo la propria firma; notificare l'avvenuta trasfusione alla ST (n.d.a “struttura trasfusionale”) attraverso la specifica modulistica; segnalare alla ST ogni eventuale evento avverso”*.

Il Gruppo ha esaminato differenti modelli di “cartelle trasfusionali” in uso presso alcune Aziende della Regione e ha ridefinito, con il supporto degli esperti, le informazioni/campi indispensabili per l'adeguata documentazione di ogni trattamento trasfusionale sia per pazienti ricoverati in area medica e chirurgica. La progettazione di un preliminare modello cartaceo a supporto della migliore documentazione ed organizzazione delle informazioni necessarie è anche funzionale alla

realizzazione di quell'infrastruttura informatica, che potrebbe consentire, in tempo reale, i SIT una interfaccia tra servizi di immunoematologia e trasfusionale e reparti di degenza. Il rispetto di tali terapie, tutti i sistemi tecnologici a supporto dello svolgimento in sicurezza del processo (es: *sistemi di identificazione automatica - "bar-code" o "RFID" utilizzabili al letto del paziente per il corretto appaiamento paziente-campione per la determinazione del gruppo sanguigno- emocomponente da somministrare*).

La progettazione del suddetto modello cartaceo ha anche tenuto conto delle recenti disposizioni normative (DM 2 novembre 2015- *Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti*), realizzando quanto previsto in ordine alla tracciabilità delle verifiche e dei controlli che devono essere messi in atto a garanzia della sicurezza della trasfusione: "*.... Le procedure atte a garantire la sicurezza della trasfusione relative a prelievi, richiesta, assegnazione, consegna, trasporto e tracciabilità sono condotte in conformità a quanto prescritto nell'Allegato VII ...*" - art. 25 comma 4-.

Al Punto 6 Paragrafo D dell'Allegato VII - Consegna, trasporto e tracciabilità degli emocomponenti assegnati - è previsto:

*" ... La trasfusione deve essere registrata nella cartella o documentazione clinica del ricevente; devono essere registrati numero, tipo e codice identificativo degli emocomponenti trasfusi (anche mediante apposizione in cartella/documentazione sanitaria della etichetta di assegnazione dell'unità di emocomponente), data e ora dell'inizio della trasfusione, parametri vitali all'inizio della trasfusione, data e ora della fine della trasfusione, parametri vitali al termine della trasfusione registrati entro e non oltre 60 minuti dal termine della trasfusione, eventuali reazioni avverse rilevate ed il trattamento conseguentemente effettuato ..."*

Ai seguenti punti del Paragrafo F - *Procedure per la prevenzione delle reazioni da incompatibilità ABO al letto del paziente* è ulteriormente previsto che:

*" [... ] 6. Il paziente candidato alla trasfusione di emocomponenti, preventivamente informato che tale procedura può non essere completamente esente da rischio, è tenuto ad esprimere per iscritto il proprio consenso o dissenso, attraverso il modulo di cui al paragrafo G. Il medico responsabile della trasfusione deve verificare la presenza in cartella del consenso informato sottoscritto dal paziente. 7. Un medico e un infermiere devono procedere ai controlli di identità, corrispondenza e compatibilità immunologica teorica confrontando i dati presenti su ogni singola unità di emocomponenti con quelli della richiesta e della documentazione resa disponibile dal servizio trasfusionale, quali il referto di gruppo sanguigno e le attestazioni di compatibilità delle unità con il paziente. Tali controlli devono essere documentati. 8. L'identificazione del ricevente deve essere effettuata al letto del paziente individualmente da due operatori sanitari immediatamente prima dell'inizio della trasfusione. I controlli devono essere documentati e registrati su una scheda, secondo lo schema riportato al paragrafo H, compilata e sottoscritta da entrambi gli operatori ...10. La registrazione dell'evento trasfusionale deve essere effettuata conformemente a quanto prescritto al paragrafo D, punto 6. 11. La trasfusione è eseguita sotto la responsabilità del medico, che deve essere tempestivamente disponibile in caso di reazioni avverse. Il paziente è tenuto sotto osservazione, in particolare nei primi 15-20 minuti dall'inizio della trasfusione, al fine di rilevare tempestivamente eventuali reazioni avverse.*

Immediatamente prima e non oltre 60 minuti dopo la trasfusione sono rilevati e registrati in cartella i segni vitali (temperatura, frequenza cardiaca, pressione arteriosa). Inoltre, il paziente è monitorato nelle 24 ore successive alla trasfusione per l'insorgenza di eventuali reazioni avverse tardive. In caso di dimissione di paziente in ricovero ordinario entro le 24 ore dalla trasfusione e in caso di paziente in day hospital, ambulatoriale o domiciliare, lo stesso è adeguatamente istruito in merito alla necessità di contattare un medico di riferimento in caso di comparsa di segni o sintomi inattesi ...”.

Allo stesso modo il modello cartaceo realizzato ha ulteriormente tenuto conto delle specifiche indicazioni del disposto normativo in merito alle modalità di gestione del processo informativo (Art.24)<sup>12</sup>, proponendo un modello di *Nota Informativa* specifica annessa alla Cartella Trasfusionale ed un modulo di acquisizione di consenso conforme a quello proposto dalla norma.

---

<sup>12</sup> “1. Il ricevente la trasfusione di sangue o di emocomponenti e/o la somministrazione di emoderivati, preventivamente informato, anche attraverso l'utilizzo di apposito materiale informativo, che tali procedure possono non essere completamente esenti da rischio, è tenuto ad esprimere per iscritto il proprio consenso o dichiarare esplicitamente il proprio dissenso alla trasfusione. 2. Nei casi che comportano trattamenti trasfusionali ripetuti, il consenso raccolto all'inizio del trattamento si considera formulato per tutta la durata della terapia, salvo esplicita revoca da parte del paziente. ...”

## **AREA OPERATORIA - Fascicolo operatorio**

### **Premessa**

L'esigenza di definire indicazioni più dettagliate, per l'area peri-operatoria con particolare riferimento al fascicolo operatorio, è emersa dall'esito dell'audit regionale in ordine dell'applicazione dei contenuti della DGR 1706/2009: i risultati hanno evidenziato aspetti eterogenei, talora insoddisfacenti e con rilevanti lacunosità. Gli aspetti critici più rilevanti osservati riguardano: la valutazione preoperatoria, l'anamnesi e l'esame obiettivo anestesilogico, l'identificazione del paziente e del sito chirurgico, il referto operatorio. Una successiva analisi dei modelli di cartella clinica utilizzati ne ha non solo la lacunosità ma anche la difformità, da qui la necessità di rendere i *format* concordi e confrontabili, garantendo la sicurezza delle cure ed evitando inoltre inutili e pericolose ridondanze. La presenza di format condivisi consente poi di confrontare, su scala regionale, una rilevante quantità di informazioni utili alla sicurezza delle cure. Inoltre una corretta ed esaustiva tenuta della documentazione sanitaria è uno strumento efficace di prevenzione del rischio clinico, indicatore di qualità professionale e presupposto fondamentale per poter dimostrare la correttezza del proprio operato.

### **Obiettivi specifici del gruppo**

Definire un fascicolo operatorio che integri le informazioni raccolte dai diversi professionisti coinvolti nel percorso perioperatorio superando così le criticità evidenziate dall'audit regionale.

### **Metodologia di lavoro**

Si sono svolti 5 incontri ricercando un modello di riferimento di facile utilizzo, si è mutuato a tal fine il modello *safe and smart*. Dove con il termine "*safe*" si vuole rappresentare la necessità di individuare un set minimo di informazioni sufficientemente esaustivo e completo così da garantire un adeguato livello di sicurezza delle cure, tale scelta è coerente, nella modalità di acquisizione dei dati, con i requisiti di una corretta compilazione della cartella clinica (DRG 1706/2009); "*smart*" indica la facilità di utilizzo, la chiarezza del *format*, nonché la possibilità di adattarlo alle diverse realtà organizzative e integrandolo con i sistemi presenti.

### **Format elaborati ed indicazioni all'utilizzo**

**Il fascicolo operatorio** raccoglie la documentazione sanitaria: chirurgica, anestesilogica, infermieristica e di valutazione del rischio clinico relativa agli interventi/procedure chirurgiche.

La scelta di raggruppare in un fascicolo unico ogni atto operatorio, rendendolo così ben identificabile. Tutta la documentazione sanitaria, risponde al criterio di avere, anche sotto il profilo documentale, una continuità del percorso tracciata secondo *standard* informativi di riferimento omogenei, ciò facilita la rintracciabilità della documentazione e consente l'acquisizione di dati e indicatori utili alla programmazione, gestione e valutazione delle attività chirurgiche.

Il fascicolo operatorio si compone delle seguenti parti: informativa esemplificativa per intervento chirurgico, consenso informato, informativa all'anestesia del paziente adulto e del paziente in età pediatrica, dichiarazione di avvenuta informazione e consenso all'anestesia, visita anestesiologicala pre-operatoria, profilassi TVP, check list sos.net, scheda assistenziale intraoperatoria, referto anestesia operatoria, modulo referto operatorio, informativa intubazione difficile, monitoraggio post operatorio, opuscoli contenenti le informazioni relative all'anestesia [Anestesia Informativa] generale e per l'età pediatrica [Anestesia Pediatrica Informativa] , moduli di "Dichiarazione di avvenuta informazione e consenso all'anestesia". Gli opuscoli contenenti informazioni inerenti l'anestesia, hanno l'obiettivo di descrivere tale procedura, i possibili effetti collaterali e le complicanze e la loro frequenza.. Sono inoltre dettagliate le differenti tipologie di anestesia, la classificazione ASA, la gestione del dolore nel post-operatorio. Tale opuscolo informativo dovrà essere consegnato al paziente prima della visita anestesiologicala, così da ridurre l'asimmetria informativa e permette così lettura attenta e approfondita da parte del paziente E' stato inserito anche un modulo informativo, da allegare alla relazione integrata di dimissione. In dimissione, per il paziente con intubazione difficile e difficoltà di controllo delle vie aeree, è stato inserito un modulo (si ricorda che circa 1/3 delle intubazioni difficili è nota solo al momento dell'intervento chirurgico) al fine di facilitare la trasmissione di notizie rilevanti per aumentare la sicurezza in corso di successiva anestesia generale.

La scheda di raccolta dei dati relativi alla Visita anestesiologicala pre-operatoria prevede oltre ai dati anagrafici, la data della visita, età, BMI, diagnosi, tipo di intervento proposto con specificazione della modalità (elezione/urgenza/emergenza) e del reparto. L'anamnesi e l'esame obiettivo sono distinti per apparati e organi. Un campo specifico riguarda la valutazione delle vie aeree per l'intubazione che si collega al modulo per intubazione difficile e sono inoltre presenti indicazioni specifiche terapeutiche, profilattiche e di assistenza rianimatoria post-chirurgica.

**Profilassi Tromboembolismo Venoso (TEV)-** Il TEV costituisce una delle principali cause di morbilità e mortalità intraospedaliera, con un rischio assoluto di eventi sintomatiche che, in assenza di adeguata profilassi, pari ad un minimo dell'1% dei casi nei pazienti internistici e del 5% dei casi nei pazienti chirurgici (NICE, 2012). La valutazione puntuale e dinamica del rischio tromboembolico è fondamentale per una stima precisa del rischio individuale, per la conseguente

adozione di strategie profilattiche appropriate. È anche opportuno, anche a fini medico-legali, che tale processo di valutazione sia effettuato su tutti i pazienti, in modo standardizzato e conforme alle migliori evidenze scientifiche disponibili, e tracciando tale valutazione nella CCI.

E' stato poi necessario approntare una puntuale revisione di letteratura di seguito riportata: Le ultime LG dell'American College of Chest Physicians trattano la prevenzione del TEV [Gould MK et al. *Chest* 2012] raccomandano di utilizzare strumenti per la valutazione del rischio individuale quale lo score di Caprini [Caprini JADis Mon. 2005;]

Lo score di Caprini è stato validato retrospettivamente in una ampia popolazione di pazienti sottoposti a chirurgia generale, vascolare, urologica, plastica e ricostruttiva [Bahl V et al. *Ann Surg*,2010 e Pannucci J Am Coll Surg.2011], mentre lo score di Rogers non risulta aver avuto una validazione esterna.

Analoghi score sono stati proposti per i pazienti internistici [Chopard P et al. *J Thromb Haemost* 2006, Barbar S. et al *J Thromb Haemost* ,2010, Spyropoulos AC et al. *Chest* 2011], due quali validati esternamente [Mahan CE et al. *J Thromb Haemost* ,2014, e Nendaz M. et al. *J Thromb Haemost* ,2014] e le stesse LG dell'ACCP [Kahn SR et al. *Chest* 2012] ne raccomandano l'utilizzo. [Bahl V et al. *Ann Surg*,2010].

Sono anche disponibili *score* per la valutazione del rischio emorragico, che va tenuto nella debita considerazione nel momento in cui si decida di somministrare farmaci anticoagulanti che inevitabilmente comportano un aumento, per quanto modesto, dell'incidenza di emorragie maggiori e minori [Decousus H. et al. *Chest* 2011].

Questi score costituiscono strumenti utili per migliorare il processo decisionale in merito alla profilassi del TEV da offrire ai pazienti ospedalizzati, ma per contro presentano alcuni limiti di cui bisogna essere consapevoli, primo fra tutti la mancata validazione in specifiche categorie di pazienti. Inoltre, il peso attribuito ai vari fattori di rischio cambia fra i diversi score, ed alcuni di essi sono di non semplice applicazione nella pratica clinica per la numerosità dei fattori considerati.

Per questo motivo si è deciso di fare riferimento, nell'ambito della cartella clinica, alle Linee Guida sulla prevenzione del TEV pubblicate nel 2010 dal *National Institute for Clinical Excellence* [Nice *Clinical Guideline* 92].

Le Linee Guida del NICE non propongono *score*, ma forniscono una chiara indicazione ai clinici sul percorso diagnostico e terapeutico per la prevenzione del TEV, indicando i fattori di rischio sia trombotici sia emorragici dei quali tener conto nella decisione della strategia di profilassi da adottare.

Tali fattori di rischio sono stati riportati nella cartella in forma da questionario da compilare, allo scopo di rendere esplicito e tracciabile il processo di valutazione del rischio individuale.

Le singole Unità Operative potranno, se lo riterranno opportuno, approfondire la problematica anche attraverso l'adozione di procedure aziendali appositamente sviluppate.

Si raccomanda di applicare questo algoritmo di valutazione a tutte le procedure chirurgiche, in base alla tipologia di intervento e a prescindere dal regime di erogazione della prestazione (ricovero ordinario, DH, Day-Surgery, ecc), in quanto nonostante la sostanziale assenza di evidenze in questi ambiti specifici, le LG NICE [*Nice Clinical Guideline 92*] considerano anche quest'ultima chirurgia alla stessa stregua della chirurgia che richiede ospedalizzazioni più lunghe.

Si raccomanda infine fortemente di implementare percorsi di monitoraggio sia dell'aderenza alle Linee Guida sia della reale incidenza delle complicanze tromboemboliche ed emorragiche nei pazienti ricoverati, nonché di aggiornare le procedure di prevenzione del rischio di TEV in base alle eventuali nuove evidenze di letteratura.

Per la TVP si fa riferimento alla traduzione puntuale delle clinici pathway "Venous Thromboembolism: reducing the risk", NICE January 2010 vedi allegato 2.

**Check list SOS.net** proposta dall'OMS nel 2009 è stata adottata, nel 2010, in ambito regionale con il progetto regionale Rete delle Sale Operatorie Sicure (SOS.net) promosso dall'Agenzia Sanitaria dell'Emilia Romagna. La Surgical Safety Check List (SSCL) è uno strumento a supporto delle *équipe* operatorie per l'esecuzione dei controlli di aderenza agli standard di sicurezza raccomandati, per prevenire incidenti e ridurre la mortalità e le complicanze post-operatorie. La *checklist* regionale è composta da due moduli, include un insieme di controlli da effettuare nel corso dell'intervento chirurgico e rileva eventuali non conformità alle buone pratiche. Come le analoghe versioni dell'OMS e del Ministero della salute, la *check list* regionale è organizzata secondo 3 fasi (*sign in, time out, sign out*); a differenza delle altre, si articola però in due moduli, che consentono sia il monitoraggio della compilazione degli item della *check list* sia la registrazione delle eventuali criticità che si dovessero verificare:

- modulo 776/a (allegato 1): *check list* con 20 item corrispondenti ai controlli da effettuare nel corso dell'intervento chirurgico
- modulo 776/b (allegato 2): contiene l'elenco delle deviazioni dallo standard ritenute più frequenti e che possono verificarsi nei singoli *steps* di controllo previsti dalla *check list*; il modulo è specifico dell'esperienza dell'Emilia-Romagna e contempla complessivamente 36 *items* relativi a possibili deviazioni dallo standard.

Per la gestione della *checklist* di Sala Operatoria si rimanda alla circolare n. 18 del 5 dicembre 2016 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare - RER.

Inoltre al seguente link <http://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/sicurezza-cure/sale-operatorie-sicure-sos-net> si trova la documentazione di riferimento a livello regionale.



**Il referto operatorio** deve rispondere a quanto previsto dalla circolare n. 900.2/2.7/190 del 14 Marzo 1996 del Ministero della Sanità anche a seguito del parere espresso dal Consiglio Superiore di Sanità nella seduta del 13 settembre 1995 che ha definito non solo i requisiti formali e sostanziali del registro operatorio ma anche le modalità di tenuta e conservazione. I requisiti del referto operatorio sono previsti anche nel Manuale per la Sicurezza in Sala Operatoria: Raccomandazione ottobre 2009 Ministero della Salute. Il registro operatorio così come la cartella clinica è atto pubblico, redatto da un pubblico ufficiale nel compimento delle sue funzioni; è inoltre uno strumento di comunicazione fra gli operatori e l'utenza.

### **Rilevazione del Rischio Infettivologico**

Il protocollo regionale per la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico (SICCh-ER) ha l'obiettivo di monitorare un gruppo di procedure chirurgiche, prevedendo il follow-up post-intervento, in conformità alle indicazioni di letteratura, variabile in ragione dell'impianto di materiale protesico. Il protocollo di sorveglianza delle infezioni include la raccolta dati sulla tipologia e la durata dell'intervento chirurgico, il livello di rischio del paziente, ecc.. Per migliorare il livello di partecipazione degli ospedali e la qualità e completezza dei dati, il flusso delle infezioni SICChER è incluso tra i flussi del Sistema Informativo Politiche per la Salute e Politiche Sociali. Per la sorveglianza delle infezioni del sito chirurgico si rimanda al protocollo regionale per la sorveglianza (Sich-ER) e alla circolare n. 18 del 5 dicembre 2016 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare-RER. Inoltre al seguente link <http://salute.regione.emilia-romagna.it/assistenza-ospedaliera/sicurezza-cure/sale-operatorie-sicure-sos-net> si trova la documentazione di riferimento a livello regionale.

**La scheda assistenziale intraoperatoria**, composta da diversi *format*, ha l'obiettivo di raccogliere in modo ordinato le principali informazioni di ordine assistenziale riguardanti il paziente durante la permanenza nel blocco operatorio. E' presente una *check list* iniziale (diversa da quella dell'OMS/WHO) che in modo sintetico consente una verifica rapida e dettagliata dei principali elementi utili a garantire la sicurezza del paziente; nella *check list* sono presenti i seguenti items: la posizione del paziente sul tavolo operatorio (prono, supina ecc..), la necessità di riscaldamento del paziente, il posizionamento di piastra per uso elettrosistemi, il laccio pneumatico, i cateteri e sondini ecc. In fase operatoria va segnalato il conteggio dei materiali di consumo (es garze, aghi ecc..), in conformità alle indicazioni ministeriali, il prelievo di campioni da processare (campioni per anatomia patologica o microbiologia). E' previsto uno spazio per applicare le etichette per tracciare i *container* dello strumentario ed i dispositivi medici utilizzati.

Al termine dell'intervento sono previste indicazioni per l'unità operativa che dovrà trattare il paziente es. necessità di drenaggi, profilassi TEV medicazioni della ferita ecc. Infine il conteggio

dettagliato delle garze, aghi, ecc. va ripetuto anche a fine intervento e viene validato da strumentista, infermiere e medico.

**Il Referto operatorio anestesilogico o “cartellino anestesilogico”,** descrive la posizione del paziente, l'età il peso, l'altezza, l'indice di massa corporea (BMI) e tutte le indicazioni tecniche specialistiche, i farmaci (inalatori ed infusivi), la ventilazione, il monitoraggio dei parametri vitali, i bilanci idrico e volemico e il punteggio Aldrete (Post anestesia Recovery Score-PAR) da utilizzare il fase di risveglio, tale classificazione utilizza 5 parametri vitali : pressione, coscienza, saturimetria, capacità motoria e respiro con punteggio che va da 2 a 10 (il punteggio di Aldrete viene utilizzato al termine dell'intervento), vanno poi indicate le prescrizioni farmacologiche post-operatorie (da riportare quali indicazioni terapeutiche nel FUT).

### **Monitoraggio post-operatorio**

Il monitoraggio postoperatorio viene documentato attraverso una scheda che prevede la rilevazione dei principali parametri vitali (pressione arteriosa, frequenza cardiaca, saturazione di ossigeno, livello di coscienza, diuresi, ecc.) con livelli di frequenza differenti a seconda dell'intensità del monitoraggio indicato dall'anestesista secondo il giudizio clinico.

#### **Le tipologie di monitoraggio sono:**

**frequente** prevede un primo rilievo all'arrivo, poi ogni 15 minuti nella prima ora, successivamente ogni trenta e dalla 3° ora ogni sessanta minuti;

**intermedio** viene effettuato con un rilievo entro 15 minuti dall'arrivo, poi una volta ogni ora .

**standard** prevede la prima rilevazione entro 30 minuti dall'arrivo, poi alla 3° ora e entro la prima giornata dell'intervento.

## **Area Scheda Ricognizione farmacologica, Foglio Unico di Terapia (FUT) , Grafica Multiparametrica**

### **Premessa**

I criteri di compilazione del Foglio Unico di Terapia (FUT) sono presenti nella DGR 1706/2009. Il FUT contiene indicazioni operative per la prescrizione dei farmaci, identificando altresì medico prescrittore ed infermiere colui che somministra.

Ha l'obiettivo di rendere semplice e sicura la tracciabilità di ogni intervento terapeutico: dal momento della prescrizione sino a quello dell'assunzione del farmaco prescritto. L'utilizzo del FUT non è appannaggio ospedaliero, ma deve essere usato *in tutte le articolazioni assistenziali territoriali che utilizzano farmaci a scopo diagnostico, preventivo, terapeutico*<sup>13</sup>. E' stato poi

---

<sup>13</sup> DGR 1706/2009

proposto il foglio di grafica multiparametrica, dove vengono raccolti i parametri vitali che guidano la prescrizione farmacologica del paziente.

Tra le azioni da mettere in campo per minimizzare/ridurre il rischio fondamentale è la ricognizione farmacologica; si tratta di un *bilancio di tipo comparativo dei farmaci*<sup>14</sup> prescritti/assunti dal paziente in quel dato momento, che deve essere preciso e attendibile. L'obiettivo è quello di stilare, sulla base della documentazione a disposizione (intervista al paziente, intervista al caregiver, lettere di dimissioni, ecc), un elenco dei farmaci prescritti e assunti al momento del ricovero e quelli necessari per la cura del problema di salute cogente in modo da attuare la così detta *riconciliazione* farmacologica. Occorre precisare che la ricognizione farmacologica va eseguita ad ogni nuovo ricovero e ad ogni cambiamento di *setting* di cura.

### **Obiettivi specifici del gruppo**

- Confrontare diversi format di FUT presenti nella documentazione sanitaria delle aziende sanitarie della RER
- Analizzare le disposizioni in materia di Foglio Unico di Terapia e Grafica contenute nella DGR 1706/2009 oltre alle disposizioni in materia di riconciliazione/ricognizione farmacologica e di Gestione Clinica dei Farmaci
- Elaborare un modello di Foglio Unico di Terapia, Grafica e Ricognizione Farmacologica.

### **Metodologia di lavoro**

Il gruppo dopo aver analizzato tutta la documentazione presa in esame ha provveduto ad elaborare i format previsti.

### **Format elaborati ed indicazioni all'utilizzo:**

**Il modulo di Ricognizione Farmacologica:** può essere anteposto, in cartella clinica, al FUT, in quanto attività preliminare alla prescrizione farmacologica; è da considerarsi come "*start format*" sul quale porre eventuali modifiche necessarie; unico per tutti i setting (OBI, DH, DS, ricovero ordinario in elezione e in urgenza ecc);

Consta di due sezioni:

1. la prima, relativa alle informazioni di rilievo sulla terapia farmacologica assunta dal paziente al momento della presa in carico, suddivisa per categorie (es. anticoagulante, antiepilettica, insulinica, oppioide, immunosoppressiva, O<sub>2</sub> ) e comprensiva di informazioni relative ad eventuali terapie sperimentali, non convenzionali (erboristiche/omeopatiche), devono essere inoltre descritte allergie al farmaco o alla difficoltà di assunzione della terapia a domicilio.

---

<sup>14</sup> Procedura Regionale per la gestione clinica dei farmaci - Rev.01/ Giugno 2008

2. La seconda, costituita da una griglia dove riportare l'elenco dei farmaci assunti dal paziente al momento dell'ingresso, la relativa forma farmaceutica ed il dosaggio, via di somministrazione e posologia, oltre alla ultima dose assunta (data/ora) e a un campo note. In calce a questa seconda sezione è previsto uno spazio per la data, l'ora e la firma dell'operatore che ha eseguito la ricognizione, attuabile anche in momenti diversi per consentirne l'aggiornamento.

Modello grafico di riferimento:

- il formato può essere proposto a seconda dei setting assistenziali nei quali dovrà essere utilizzato, con particolare riferimento al numero di giorni da prevedere in base alla durata della degenza (giornaliero/settimanale);

- il modello proposto come “*start format*” è base sulla quale porre eventuali modifiche necessarie;

- nel FUT è prevista anche la prescrizione di terapie farmacologiche anche i medici consulenti;

nella fase di utilizzo, è necessario definire una legenda, contenente le abbreviazioni da utilizzare in modo condiviso per poter descrivere le diverse fattispecie che si possono verificare (es. motivi di mancata somministrazione, orari di somministrazione standard, ecc);

- non allegare al FUT eventuali protocolli farmacologici, includenti i farmaci prescritti.

**Il FUT** si presenta strutturato in colonne e diviso in sezioni. Le colonne descrivono gli spazi relativi alla data/ora, alla firma del medico (per la prescrizione e la sospensione), al nome del farmaco prescritto e agli orari di somministrazione, prevedendo a fianco di quest'ultimi uno spazio per la firma dell'infermiere. Le sezioni riguardano invece il tipo di terapia prescritta: terapia orale, endovena, sottocute, intramuscolare ed inalatoria (O<sub>2</sub> / aerosol). Sono inoltre presenti sezioni relative alla nutrizione enterale e alla terapia al bisogno; in merito a quest'ultima si segnala l'introduzione degli item *ripetibilità massima* e *intervallo minimo tra due somministrazioni* e i parametri di riferimento quali ulteriori elementi per presidiare la sicurezza.

**Grafica Multiparimetrica** avente le dimensioni di un foglio A3, si sviluppa su di un'unica facciata e si articola in una struttura su righe e colonne: le righe identificano i parametri da monitorare e le colonne i giorni della settimana, consente la registrazione dei parametri per sette giorni consecutivi; ogni giorno è suddiviso in fasce orarie. I parametri selezionati del presente format di Grafica sono i seguenti: temperatura; frequenza cardiaca; pressione arteriosa; frequenza respiratoria; saturazione; glicemia; evacuazione; diuresi; drenaggi; dieta; Inoltre è previsto uno spazio dedicato alla registrazione del dolore con le scale NRS e PAINAD o altra scala.

Inoltre sono state elaborate :

- la *scheda dispositivi medici (devices)*, ovvero uno spazio nel quale registrare i dispositivi da monitorare nel tempo (catetere vescicale, cateteri venoso centrale o periferico, ecc), di durata bisettimanale;
- la scheda ASEPSIS score per il monitoraggio della ferita chirurgica.

## **Area Scale di Valutazione**

### **Premessa**

La possibilità di misurare correttamente segni e sintomi clinici o di rischio rappresenta la base per definire obiettivi terapeutici e assistenziali di qualità. Misurare significa anche consentire una verifica affidabile degli effetti di uno o più interventi, volti alla cura dei pazienti. Gli operatori sanitari sono in grado di fornire, anche grazie alla applicazione del metodo EBM (Evidence Based Medicine) un quadro univoco esaustivo sia delle condizioni cliniche del paziente che di quelle di eventuali rischi. Le scale di valutazione sono uno strumento efficace per descrivere e misurare i suddetti fenomeni e sono presenti in tutte le discipline mediche. La scelta della scala deve tenere conto delle variabili da misurare ed è necessaria una accurata selezione delle scale poiché l'inadeguatezza di questi strumenti potrebbe condurre a conclusioni potenzialmente dannose per il paziente. Altro elemento importante è il seguente: scegliere scale che siano "valide" e "validate", ovvero che soddisfino gli standard di validità interna, esterna, di costrutto, ecc, in modo che possano restituire risultati attendibili e riproducibili.

### **Obiettivi specifici del gruppo**

- identificare, secondo criteri di validità, fruibilità e facilità di utilizzo, un set di scale da inserire come "pacchetto base" nella cartella clinica integrata.
- identificare un set di scale specifiche per i seguenti aree di cura internistico-geriatrico-riabilitativo-nutrizionale e area critica.

### **Metodologia di lavoro**

Il gruppo si è direttamente confrontato per la scelta delle scale da includere nella CCI relative a scenari di cura differenti. In primis sono state verificate 110 scale di utilizzo nei setting di cura, di queste ne sono state selezionate 42 secondo i criteri di scelta di seguito esposti:

1. Sono state escluse tutte le scale di tipo psicometrico riconducibili all'area psichiatrico/psicologica.
2. Sono stati ricercati gli studi di validazione per ogni scala alla luce delle evidenze. Il lavoro di ricerca delle evidenze è stato effettuato interrogando le banche dati Medline e CINAHL Plus. Determinazione alla luce della letteratura dei valori di validità e affidabilità delle differenti scale, sono di seguito esposti:

2 a. studi di validazione di cui fosse disponibile in prima istanza l'*abstract*, per poter effettuare un'iniziale selezione "macro".

2b. Studi di validazione, selezionati attraverso l'abstract, di cui fosse accessibile anche il full-text attraverso le riviste indicizzate nelle due piattaforme sopracitate.

2c. Molte scale hanno studi di validazione molto vecchi (1960-1985)

2d. Sono stati poi analizzati i seguenti parametri qualitativi: sensibilità (SN); specificità (SP); Likelihood Ratio positive (LR+); Likelihood Ratio negative (LR-); Internal Consistency (IC); Inter-Rater Reliability (IRR); Test-Retest Reliability (TrR); Predictive Validity (PV) (Phelan 2006-[www.rehabmeasures.com](http://www.rehabmeasures.com)).

La scelta definitiva delle scale da inserire nella cartella clinica integrata ha seguito tre criteri metodologico/organizzativi per la scelta degli strumenti:

1. validità in termini statistici e metodologici (vedi figura 3);
2. diffusione dello strumento in ambito clinico;
3. facilità d'utilizzo dello strumento da parte dei diversi professionisti coinvolti nel percorso di cura.

Le scale 43 (la scala "The confusion Assessment Method Diagnostic Algorithm" è stata inserita nell'esame obiettivo della CCI) . Lo step finale di questo lavoro è stato definire le aree nelle quali suddividere le scale individuate, al fine di costituire il set base relativo alla Cartella Clinica Integrata. Le tre aree identificate sono:

1. area internistico - geriatrico - nutrizionale – riabilitativa e altre scale (tabella 4);
2. area critica (tabella 5);

Si è deciso di classificare sotto la dicitura "altre scale" tutti quegli strumenti di utilizzo trasversale come: scale relative al dolore, rischio/stadiazione delle lesioni da pressione e medicazioni/infezioni del sito chirurgico.

### **Format elaborati ed indicazioni all'utilizzo**

Le scale di valutazione selezionate sono state adottate così come disponibili in letteratura. L'unico aspetto di "adattamento locale" è stata la veste grafica elaborata per alcune tipologie di scale; a titolo esemplificativo, per scale quali la GCS o la NRS, è stata predisposta la possibilità di ripetere la registrazione del punteggio inserendo un apposito spazio per data, ora e firma dell'operatore che effettua la rilevazione. Inoltre scale quali lo score di Wells o la EGSYS, che prevedono l'identificazione di diversi livelli di rischio, sono state corredate di un box con i rispettivi cut-off in modo da agevolare la lettura del punteggio ottenuto.

Le scale scelte sono riportate nella "cartella file" N.5,

## **Scale di Valutazione in ambito riabilitativo**

Con la circolare n. 6 del 7.7.2016 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare sono state fornite le indicazioni sulla nuova Scheda di Dimissione Ospedaliera (SDO) in vigore a partire dal 1 Gennaio 2017 che prevede una apposita SDO riabilitativa distinta dalla SDO per acuti. Pertanto al fine di descrivere sia la complessità clinico riabilitativa che gli esiti delle prestazioni erogate in regime ordinario sono state proposte due specifiche scale: il Barthel Index, quale scala di valutazione della disabilità e la Rehabilitation Complexity Scale quale scala di valutazione della complessità clinico-riabilitativa in tutte le discipline della riabilitazione ospedaliera (codici di disciplina 56, 75, 28 e 60) delle strutture pubbliche e private accreditate.

In aggiunta alle suddette, sono state altresì previste specifiche scale per la riabilitazione respiratoria (Scala Six Minute Walk Test (6MWT), Scala di Borg modificata (M-Borg) - Borg Dispnea Misurata al Picco di Esercizio, Scala Barthel Dyspnea Index (BI) e per la riabilitazione cardiologica (Scala Six Minute Walk Test (6MWT); Scala di Borg modificata (M-Borg) - Borg Dispnea Misurata al Picco di Esercizio).

Per *i setting* delle alte specialità riabilitative, codice di disciplina 75 adulti, sono previste: Glasgow Coma Scale (GCS) , scala DRS (Disability Rating Scale), scala LCF (Levels of Cognitive Functioning) e GOS (Glasgow Outcome Scale); per la disciplina codice 28 (lesione neurologica) la scala ASIA e la Scala Spinal Cord Independency Measure (SCIM).

Le suddette scale dovranno essere compilate per i singoli item in cartella clinica mentre nella SDO riabilitativa verrà inserito solo il punteggio totale. La somministrazione delle scale riabilitative dovrà avvenire entro le 72 ore dall'ingresso ed entro le 72 ore prima della dimissione da tutti i *setting* riabilitativi.

## Area Dimissione e Trasferimento

### Premessa

La relazione integrata di dimissione, unitamente alla cartella clinica, sono “atti pubblici”, in quanto redatti da pubblici ufficiali o incaricati di un pubblico servizio (medici, infermieri, ecc.), nell’esercizio delle loro funzioni di interesse pubblico. La relazione integrata di dimissione rappresenta il contributo alle cure da parte dei diversi professionisti che hanno concorso al percorso di cura; essa costituisce la sintesi degli atti assistenziali e terapeutici predisposti durante il ricovero ed è indispensabile per permettere trasferire informazioni cliniche fondamentali nella transizione ospedale-domicilio/territorio.

In quest’ottica la relazione integrata di dimissione assolve alla funzione di *link* tra le diverse strutture assistenziali, domiciliari o di lungodegenza, secondo i principi di garanzia della continuità assistenziale, di uguaglianza, globalità e territorialità, istituiti in primis dalla Legge 833/78 e richiamati dal più recente Decreto Bindi 229/99. Obiettivo del presente lavoro è fare sì che la documentazione sanitaria sia integrata, organica e coordinata in coerenza con una organizzazione multiprofessionale e interdisciplinare, il fine ultimo è garantire al paziente informazioni complete e non ridondanti che lo tutelino sia per quanto attiene gli aspetti relativi alla cura che a quelli sociali. Tale necessità di integrazione trova rispondenza anche sul piano deontologico; a tale riguardo, il Codice di Deontologia Medica in vigore dal 2006, all’art 66, esorta il medico alla “più ampia collaborazione con tutti gli operatori”, nel rispetto delle “peculiari competenze” di ciascuno. Analogamente il Codice di Deontologia Infermieristica, aggiornato nel 2009, si sofferma su tale aspetto sottolineando il valore dell’informazione integrata multi-professionale, della collaborazione reciproca e della valorizzazione del proprio apporto professionale attraverso l’integrazione nell’*équipes* interprofessionale.

La trasposizione documentale degli atti che scaturiscono da questo operare sincrono e multidisciplinare, si riflette anche nella relazione di dimissione integrata, quale componente formale e sostanziale della cartella clinica integrata (CCI).

### Obiettivi specifici del gruppo

Il gruppo si è posto i seguenti obiettivi:

- elaborare un format per la relazione/scheda di dimissione, ragionamento che descriva il percorso clinico assistenziale e garantisca la continuità assistenziale;



## **Metodologia di lavoro**

Il gruppo di lavoro ha analizzato e definito gli elementi che dovrebbero essere presenti nella relazione di dimissione raccogliendoli in una lista. E' stato poi ideato un format di relazione di dimissione individuando delle macroaree, sono state identificate 3 sezioni così articolate: informazioni cliniche, informazioni assistenziali (in funzione del contesto socio-familiare di inserimento della persona) e trattamenti farmacologici (via di somministrazione, orari/die, ecc). A fronte di questo lavoro è stata ipotizzata una possibile struttura per la relazione di dimissione integrata, comprensiva di:

- dati identificativi del paziente;
- recapiti utili al paziente come punti di riferimento per eventuali problemi;
- elementi che costituiscono la componente clinica e quella assistenziale/tecnica.

I criteri cui attenersi per la della relazione di dimissione, sono stati condivisi dal GdL e sono i seguenti: non usare acronimi; effettuare riconciliazione e ricognizione delle terapie ante e post ricovero; effettuare la valutazione del contesto socio-famigliare di afferenza; valutare la necessità di elaborare una relazione di dimissione anche per il trasferimento presso altra UO; garantire che gli elementi contenuti nella relazione di dimissione siano standard, essenziali, utili e che la sua struttura consenta una compilazione integrata, attraverso il contributo dei diversi componenti dell'*equipes* curante.

Lo *step* successivo è stato caratterizzato dalla revisione/condivisione di alcuni modelli di relazione di dimissione già in uso presso altre realtà. Gli *items* identificati che ricorrono nei modelli esaminati sono: patologia che ha causato il danno e patologie associate; valutazione del paziente all'ingresso; progetto riabilitativo impostato; programmi; patologia di ammissione; bisogni del paziente; *empowerment* del paziente.

Il gruppo di lavoro ha definito gli item della relazione di dimissione/ trasferimento così come visionabile nella "cartella file n. 8" ed ha individuato un elenco di items essenziali per garantire la continuità clinico-assistenziale. In fine sono state definiti i campi della cartella clinica integrata indispensabili per la stesura della relazione di dimissione e, tendendo altresì in debito conto una eventuale informatizzazione.

## **Format elaborati ed indicazioni all'utilizzo**

La relazione integrata di dimissione, ha l'obiettivo di portare a sintesi il percorso clinico assistenziale del paziente attraverso il contributo dei professionisti che hanno assistito il paziente. Il format consta di due parti: una relazione medica e una valutazione infermieristica alla dimissione e di altri professionisti, le distinte aree del format andranno compilate per gli aspetti di competenza.

## **La relazione medica**

Sezione relativa all'ambito "Situation" (situazione)

Situation è un campo della cartella clinica integrata in cui è possibile inserire i dati anagrafici del paziente, quelli relativi al suo contesto sociale ed al ricovero alla struttura sanitaria/UE di degenza, alla modalità di ricovero e alla diagnosi alla dimissione. Nella relazione di dimissione è opportuno indicare anche i contatti che relativi alla rete familiare e sociale, per garantire continuità delle cure anche in termini di coinvolgimento dei *caregiver*.

La dimissione/trasferimento, è uno snodo critico, gravata dal rischio di perdita di informazioni o incompleta comunicazione tra professionisti; tale criticità è ancora più rilevante nelle strutture organizzate per intensità di cura e/o disciplina specialistica. E' pertanto necessario che la documentazione sanitaria individui in modo puntuale la valutazione clinica e le responsabilità (percorso del follow up, esami specialisti ulteriori ecc.) indicando in caso di trasferimento i motivi e gli obiettivi assistenziali, quanto sopra, a garanzia della continuità delle cure.

La diagnosi dovrebbe essere comprensiva delle comorbilità significative e dei problemi clinici attivi, allo scopo di rendere agevole un rapido inquadramento diagnostico che trovi nella relazione clinica i supporti interpretativi più dettagliati. I risultati dei test diagnostici, possono trovare un opportuno rilievo nella sintesi diagnostica soprattutto quando utili nel follow-up del paziente o nella fase di espletamento delle procedure terapeutiche e diagnostiche.

Sezioni relative agli ambiti "Background" e "Assessment" (valutazione)

Nella sezione *background* è prevista la descrizione della situazione pregressa del paziente in riferimento al problema principale: vanno esplicitate le circostanze nelle quali il problema si è verificato, ossia deve essere contestualizzato il problema principale. Afferiscono a questa sezione i campi motivo del ricovero/intervento e Sintesi anamnestica.

Nella sezione *assessment* è necessario delineare la situazione clinica, attraverso le informazioni reperite attraverso le indagini diagnostiche e l'esame fisico del paziente facendo poi una valutazione complessiva del paziente.

Sezione relativa all'ambito "Recommendation" (raccomandazione)

La presente sezione risponde alla domanda "Cosa è necessario fare, - da parte di ogni professionista coinvolto nel percorso di cura, per risolvere i problemi ancora aperti alla dimissione o per presidiarne l'evoluzione? Di quali informazioni ha bisogno il clinico accettante/il care-giver/il paziente per gestire le criticità alla dimissione? In questa sezione dovranno perciò essere indicate: la terapia prescritta, i presidi prescritti, le indagini programmate, le modalità di follow-up ed ulteriori raccomandazioni in relazione al contesto sociale del paziente.

Terapia prescritta alla dimissione

Prima di tutto è necessario che la terapia sia prescritta e non solo consigliata, per poter garantire la continuità assistenziale e la dispensazione dei farmaci per i successivi 30 giorni, in conformità alla L. 405/2001. Per terapia prescritta alla dimissione si intende l'elenco dei farmaci che il paziente dovrà assumere dopo la dimissione comprensivo dei farmaci pre-ricovero eventualmente riconfermati. La colonna "Ultima terapia assunta oggi alle ore..." inserita in tabella "Terapia Farmacologica Prescritta" trova particolare utilità sia per la dimissione al domicilio, sia in caso di trasferimento del paziente in altra UO: nella durante la giornata di trasferimento potrebbero infatti non essere effettuate le somministrazioni negli orari previsti e il format summenzionato ha l'obiettivo di colmare questa criticità, inoltre presenta uno spazio dedicato alle "note particolari" può essere, ad esempio, utilizzato per segnalare eventuali non sostituibilità dei farmaci prescritti.

#### *Presidi Prescritti*

La prescrizione dei presidi ha l'obiettivo di garantire il alla necessità di utilizzare presidi per il recupero funzionale correlato alla sua patologia, va tracciata poiché è elemento importante per la cura del paziente, è possibile, in tale area del format, indicare sia le azioni intrprese per educare pazienti e caregiver all'uso del/dei presidio/i sia registrare se in fase di dimissione/trasferimento è stata avviata la procedura amministrativa per richiedere tali ausili.

#### *Indagini consigliate e programmate alla dimissione*

Le indagini diagnostiche post ricovero o follow-up costituiscono una fase potenzialmente critica dal punto di vista gestionale per il rischio di una insufficiente comprensione delle informazioni da parte del paziente/caregiver, cui potrebbero sommare difficoltà gestionali nel programmare le visite. Le indagini post ricovero o di follow-up possono rientrare in talune fattispecie (es controllo post chirurgico) nel DRG s del ricovero e pertanto vanno prenotate in fase di dimissione, cioè per minimizzare i disagi del paziente-. A questo proposito è stata prevista un'apposita sezione per il programma alla dimissione che prevede la possibilità di inserire il tipo di indagine, la data, l'ora ed il luogo della prestazione pianificata.

#### *Indagini di follow up*

Nella relazione di dimissione può essere necessario fornire raccomandazioni aggiuntive, in base alle caratteristiche cliniche del paziente, alle peculiarità dei dati inerenti il ricovero concluso e sulle previsioni di andamento clinico, talvolta in senso prognostico. Si possono annoverare in questo ambito le raccomandazioni per controlli di follow-up, l'adozione di cautele e riguardi di ordine generale dopo la dimissione, fino al riposo dal lavoro per un tempo definito (spetterà comunque al medico di famiglia la certificazione apposita). Quanto sopra esposto, dovrebbe dar luogo a raccomandazioni operative puntuali nella relazione di dimissione.

È inoltre possibile prevedere in questa sezione la registrazione di indicazioni che illustrino le offerte del servizio sanitario o le opportunità esistenti sul territorio in merito ad iniziative per la promozione di stili di vita salutari (ad es. iniziative per l'attività fisica promosse da enti locali, ecc) al fine di aumentare l'empowerment del paziente e la partecipazione consapevole al proprio percorso di cura.

### **La valutazione infermieristica alla dimissione e delle altre professioni**

Di concerto con l'accertamento degli 11 modelli funzionali di Gordon eseguito alla presa in carico in ospedale per poter pianificare gli interventi assistenziali, la valutazione infermieristica alla dimissione viene fatta avvalendosi dei suddetti e per ognuno vengono riportate le seguenti informazioni (le alterazioni funzionali/dati disfunzionali, le diagnosi infermieristiche, gli obiettivi, e gli interventi raccomandati. In aggiunta un'area note per eventuali altre informazioni.

Questa parte è integrata da una terza parte riguardante la trasmissione di altre comunicazioni da parte di altre professioni (es. fisioterapisti ecc.) secondo il codice SBAR.

## **ALLEGATO 1 – AREA Accertamento e Pianificazione assistenziale**

### **Area infermieristica: il razionale scientifico**

#### ***Il percorso di lavoro della documentazione infermieristica***

Il contenuto di questa sezione è frutto delle riflessioni condivise da un gruppo di professionisti e si propone di ricercare un modello organizzativo di assistenza infermieristica, da applicare su scala regionale, più rispondente ai bisogni espressi dalla popolazione. Obiettivo del sottogruppo era pertanto definire una documentazione infermieristica condivisa. Le Direzioni Infermieristiche e Tecniche (DIT) delle Aziende sanitarie e i Direttori dei Corsi di Laurea in Infermieristica delle Università degli Studi della RER hanno contribuito a dare avvio a tale lavoro.

La riflessione ha preso spunto dalle criticità evidenziate nell'audit regionale, ovvero la presenza di una documentazione disomogenea e di diversi modelli teorici di riferimento. L'audit inoltre evidenziava quanto segue: nel 41% dei casi la documentazione si ispirava ai principi di Virginia Henderson (teoria basata sui bisogni di Abraham Maslow, Henderson ne identifica 14 di cui l'infermiere deve tenere conto per mettere in atto un'assistenza adeguata ed efficace), nel 23% a un mix di teorie assistenziali ed infine nel 21% dei casi non aveva modelli di riferimento. Occasionalmente sono stati reperiti modelli assistenziali che individuavano un percorso informativo completo, in tutte le sue fasi, si cita ad esempio il modello bifocale di Carpenito che esplicita: il problema assistenziale del paziente, la puntuale definizione degli obiettivi assistenziali, la pianificazione e la descrizione degli interventi assistenziali oltre agli esiti dell'assistenza.

L'audit aveva evidenziato un'ulteriore criticità: persisteva un'organizzazione del lavoro per compiti e solo nel 3% dei casi per piccole *équipes* o per intensità di cura e complessità assistenziale. La documentazione sanitaria era pertanto lo specchio dei modelli organizzativi di riferimento.

Le lacunosità documentali, rilevate dall'indagine regionale, erano presenti nelle seguenti aree: accertamento, descrizione degli interventi e degli esiti, inoltre vi era una importante carenza sugli obiettivi assistenziali e pianificazione degli interventi.

#### **Obiettivi specifici del gruppo**

- analisi e confronto dei modelli organizzativi ad oggi in uso presso le Aziende della RER, tenendo conto dell'audit;
- definizione di un modello concettuale di riferimento dell'assistenza infermieristica da proporre come indirizzo e parte integrante della CCI;
- definizione di un modello "base" regionale di documentazione assistenziale.

Inoltre il gruppo ha definito le finalità a medio-lungo termine di seguito elencate:

- favorire l'implementazione della pianificazione assistenziale, la standardizzazione di strumenti di lavoro con particolare riferimento alla integrazione interprofessionale;
- accompagnare l'evoluzione dell'assistenza infermieristica nelle Aziende della RER;
- garantire la sicurezza e la tracciabilità delle cure prestate.

## **Metodologia di lavoro**

Il lavoro di gruppo ha seguito le seguenti fasi:

### ***1. Confronto/brainstorming su modelli concettuali/ teorie assistenziali***

Per quanto riguarda l'accertamento infermieristico, il modello elaborato da M. Gordon è risultato quello maggiormente presente nelle Aziende sanitarie, oltre ad essere modello di riferimento nel percorso universitario del corso di laurea in infermieristica, pertanto è stato preso a riferimento dal sottogruppo di lavoro.

### ***2. Up to date informativo sui modelli teorici e organizzativo agiti in RER.***

Il gruppo ha sentito la necessità di aggiornare le informazioni sui modelli teorici e organizzativi in essere presso le Aziende sanitarie per cui ha condotto un'indagine con la collaborazione delle DIT, ed ha rilevato quanto segue: rispetto all'audit regionale vie è stata una maggiore adesione ai modelli per intensità di cura e complessità assistenziale, a quello del Case Management, tuttavia l'assistenziale funzionale/ per compiti rimane quella prevalente.

### ***3. Refresh informativo su accertamento Gordon e modelli concettuali/teorie dell'assistenza***

E' stato approntato un aggiornamento, a cura dei Direttori dei corsi di Laurea in Infermieristica della RER, sui modelli di assistenza presenti ed è stata organizzata una giornata di studio che ha analizzato il modello teorico di Virginia Henderson, diagnosi infermieristiche NANDA, i principali sistemi di classificazione/tassonomie, le diagnosi infermieristiche NANDA e il modello bifocale di Linda Juall Carpenito).

### ***4. Scelta del modello riferimento per l'accertamento e la pianificazione assistenziale***

Il modello elaborato da Gordon per l'accertamento assistenziale è stato preso a riferimento e si è ritenuto opportuno mutuare il linguaggio del Modello Bifocale della pratica clinica teorizzato da Lynda Juall Carpenito per la pianificazione assistenziale.

Si riportano in sintesi le definizioni di:

- accertamento secondo il Modello Gordon e il modello bifocale della pratica clinica teorizzato da LJCarpnito che consta delle diagnosi infermieristiche LJCarpnito e di problemi collaborativi.

L'accertamento consiste nella raccolta e classificazione dei dati che conduce alla formulazione della diagnosi. In seguito l'infermiere stabilisce il piano di assistenza, seguito dagli interventi e dalla valutazione. Il modello dell'accertamento fisiologico sviluppato da Gordon propone che

l'infermiere ripartisca i dati raccolti in 11 diverse aree e poi le valuta per determinare se l'area o il modello sia funzionale o non funzionale per il singolo paziente. Gli 11 Modelli di Gordon sono riportati di seguito nella descrizione dei format elaborati.

Il modello bifocale della pratica clinica di Carpenito pubblicato nel 1983 ha identificato le responsabilità degli infermieri di trattare due tipi di situazioni cliniche; le diagnosi infermieristiche e i problemi collaborativi. Si riportano le rispettive definizioni:

*La diagnosi infermieristica: è un giudizio clinico riguardante le esperienze/risposte della persona, della famiglia o della comunità a problemi di salute/risposte della persona, della famiglia o della comunità a problemi di salute/processi vitali attuali o potenziali. Una diagnosi infermieristica costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a raggiungere dei risultati di cui l'infermiere ha la responsabilità (NANDA-I 2009).*

*I problemi collaborativi: Carpenito, 1999 li definisce come: determinate complicanze di cui gli infermieri rilevano l'eventuale insorgenza o cambiamento. Gli infermieri gestiscono i problemi collaborativi con interventi di prescrizione medica o infermieristica finalizzati a limitarne le conseguenze. I problemi collaborativi vengono enunciati sempre con il titolo diagnostico complicanza potenziale (CP) seguito da ciò che deve essere monitorato nel piano di assistenza (per esempio CP: emorragia).*

Va precisato che si tratta di “determinate” complicanze in quanto non tutte sono relative a problemi collaborativi. Se l'infermiere, infatti, è in grado di prevenire l'insorgenza della complicanza o di deciderne il trattamento principale allora si tratta di una diagnosi infermieristica. Per valutare la fattibilità del modello bifocale. J L Carpenito un gruppo di infermieri ha scelto un set di n. 18 diagnosi infermieristiche al fine di testarlo. La cultura presente oggi nelle organizzazioni non ha consentito di implementare il modello Carpenito “puro”, tuttavia la condivisione di un modello teorico assistenziale da adottare su scala regionale rappresenta una scelta migliorativa ed innovativa che ha l'obiettivo di garantire la qualità e sicurezza delle cure.

### **Format elaborati ed indicazioni all'utilizzo**

L'accertamento Gordon è stato declinato, integrando le informazioni raccolte nell'anamnesi medica ed il set di diagnosi infermieristiche/problemi collaborativi è stato selezionato sulla base dei seguenti elementi:

1. frequenza delle diagnosi nell'ambito del target-pazienti che quotidianamente si assistono;
2. principi espressi dal DM 739/94 – Profilo Professionale dell'Infermiere;
3. diagnosi infermieristiche per le quali gli infermieri hanno l'autonomia assistenziale, dove per diagnosi infermieristica si intende un giudizio clinico sulle risposte dell'individuo, della famiglia e/o della comunità ai problemi di salute e ai processi di vita reali o potenziali. La diagnosi

infermieristica serve ad individuare la procedura assistenziale più idonea e gli interventi infermieristici da mettere in atto volti a raggiungere obiettivi assistenziali di cui l'infermiere è responsabile

Oltre all'accertamento medico è previsto l'accertamento infermieristico e (vedi allegato X) che consiste nella raccolta e classificazione dei dati finalizzati ad individuare i problemi assistenziali, a formulare le diagnosi infermieristiche ed a pianificare gli interventi necessari, quali: sostegno, guida, compensazione o sostituzione.

Gli 11 modelli "funzionali-fisiologici" di Gordon sono:

1. percezione e gestione della salute;
2. nutrizione e metabolismo;
3. eliminazione;
4. attività e esercizio fisico;
5. riposo e sonno;
6. cognitivo e percettivo;
7. sessualità e riproduzione;
8. ruolo e relazioni;
9. percezione e concetto di sé;
10. adattamento e tolleranza allo stress;
11. valori e convinzioni.

La raccolta dei dati è da effettuare all'ingresso del paziente; sarà da valutare l'opportunità di ripeterla quando le condizioni cliniche del paziente cambiano oppure alla dimissione:

Così come per l'accertamento medico è finalizzato alla pianificazione degli interventi medici è prevista la pianificazione degli interventi infermieristici.

La scelta delle diagnosi infermieristiche è stata dettata da alcune esperienze regionali consolidate rispetto all'utilizzo delle diagnosi Carpenito, soprattutto per quanto riguarda l'esplicitazione dei fattori correlati e degli obiettivi. Negli esempi non sono stati declinati gli interventi. Le diagnosi infermieristiche selezionate sono elencati di seguito:

1. Sindrome da deficit nella cura di sé;
2. Disturbo del sonno;
3. Diarrea;
4. Stipsi;
5. Inefficace autogestione della salute;
6. Paura;



7. Fatigue;
8. Rischio di cadute;
9. Rischio di infezione;
10. Rischio di integrità cutanea tissutale;
11. Integrità tissutale compromessa;
12. Confusione mentale;
13. Eliminazione urinaria compromessa;
14. Tensione nel ruolo di caregiver;
15. Comunicazione compromessa;
16. Intolleranza all'attività;
17. Mobilità compromessa
18. Dolore acuto.

Periodo post operatorio (Problema collaborativo).

La necessità di definire la pianificazione assistenziale relativa al periodo post operatorio (Pianificazione assistenziale denominata "Periodo post-operatorio" è stata richiesta dai chirurghi presenti nel GDL "area descrittiva", tale richiesta è stata accolta esclusivamente per questa situazione e sono stati sviluppati i relativi Problemi Collaborativi (PC) .

Il *format* cartaceo pensato da utilizzare per la pianificazione assistenziale (vedi "cartella file" N. 2) consta di un foglio A3 (uno per ciascuna diagnosi/PC) strutturato "a griglia", su righe e colonne. L'intestazione prevede l'identificazione dell'Azienda Sanitaria, la registrazione dei dati identificativi del paziente e l'enunciazione della diagnosi infermieristica o PC. A queste informazioni seguono, in colonna, tre serie di dati: fattori correlati, obiettivi e interventi. Alla colonna degli interventi ne segue una che fa riferimento a procedure, protocolli aziendali di riferimento per le buone pratiche assistenziali. A completamento il *format* c'è una parte dedicata alla registrazione temporale degli interventi e un'area dedicata agli indicatori.

Il gruppo di lavoro ha identificato dei possibili *items*, già pre-definiti, sia per i fattori correlati che per gli obiettivi. Gli infermieri che utilizzano questo *format* di pianificazione possono avvalersi degli item già selezionati semplicemente spuntandoli; in alternativa è previsto uno spazio in ciascuna colonna per poter annotare ulteriori fattori correlati, obiettivi o interventi che si ritengano adeguati al piano assistenziale del paziente preso in carico. A titolo di esempio la diagnosi infermieristica "*eliminazione urinaria compromessa*" è corredata dei seguenti fattori correlati (si citano i primi tre):

- diminuzione della capacità vescicale o irritazione vescicale;
- effetti di un intervento chirurgico;

- effetti di indagine diagnostica.

Per la stessa diagnosi infermieristica sono stati pensati questi possibili obiettivi (si citano i primi tre):

- la persona ridurrà gli episodi di incontinenza un attento monitoraggio della funzionalità urinaria durante la degenza;
- la persona riconoscerà la necessità di svuotare la vescica a intervalli regolari.
- la persona non presenterà complicanze correlate alla compromissione dell'eliminazione urinaria durante la degenza;

Per quanto riguarda invece gli interventi si citano i seguenti:

- monitorare le caratteristiche delle urine;
- monitorare la diuresi;
- fornire/utilizzare presidi idonei (pappagallo/comoda/padella/urocontrol/pannolone).

Il format cartaceo di pianificazione assistenziale prevede inoltre, adiacente alla colonna dei possibili "interventi", una griglia che consente la registrazione, turno per turno, dell'effettuazione degli interventi. Nella parte inferiore del foglio è previsto uno spazio per i possibili indicatori di esito da monitorare. In riferimento all'esempio già illustrato sopra, gli indicatori di esito identificati sono:

- Avverte lo stimolo di svuotare la vescica: si no
- Episodi di incontinenza urinaria si no se si specificare: N.....

La registrazione del verificarsi dell'esito, sia esso un risultato di cura o un evento avverso, può essere effettuata utilizzando la stessa griglia prevista per la registrazione degli interventi assistenziali. Infine, sempre nella parte inferiore del foglio, è previsto un campo bianco per eventuali note/osservazioni.

Il presente format di pianificazione assistenziale è disponibile anche nella versione "in bianco" ossia completamente da compilare e dotata solo della struttura a griglia predefinita, da utilizzare per quelle diagnosi infermieristiche che l'equipe decide di attivare anche se non ricomprese tra quelle sopra elencate. Questo *set* di diagnosi rappresenta solo l'inizio di un percorso di implementazione della pianificazione assistenziale; il gruppo di lavoro ha previsto che il numero della diagnosi infermieristiche possa evolversi nel tempo ed essere allargato in modo da accompagnare i professionisti nel miglioramento continuo dell'assistenza che si prefiggono.

## **Area ostetrica - Il Fascicolo ostetrico**

Nell'ambito della documentazione sanitaria, il fascicolo ostetrico documenta le fasi di accertamento dello stato di salute materno-fetale e del neonato, il processo diagnostico, la

pianificazione e la realizzazione delle cure, tenendo conto dei bisogni della sfera fisica, psico-emotiva e sociale della donna, della coppia e del neonato.

Esso è composto da tre macro aree di assistenza che riguardano la gravidanza, il travaglio, il travaglio-parto, il puerperio e il periodo post natale.

### **Obiettivi**

Il gruppo di lavoro è stato inizialmente invitato a definire gli elementi essenziali di una cartella ostetrica affinché risulti coerente con le linee di indirizzo regionale, come previsto dalla DGR 533/2008 e successive modifiche/integrazioni. Il gruppo si è quindi posto i seguenti obiettivi:

- valutare ed individuare eventuali componenti aggiuntivi sulla parte della raccolta anamnestica (sociale e abitudini di vita, anamnesi patologica familiare, anamnesi remota, esame obiettivo);
- identificare e selezionare nella letteratura disponibile i requisiti a cui deve rispondere la cartella ostetrica;
- elaborare un format per l'anamnesi ostetrico-ginecologica che segua il ragionamento clinico assistenziale sotteso al percorso di ricovero e cura, a garanzia della continuità assistenziale, compresa la lettera di dimissione.

### **Metodologia di lavoro**

Il gruppo di lavoro ha seguito le seguenti fasi di lavoro:

- analisi dell'esistente;
- confronto delle realtà regionali;
- individuazione di modelli di riferimento nazionali e internazionali attraverso la consultazione della letteratura disponibile;
- analisi di fattibilità per quanto concerne il trasferimento dei modelli individuati nelle Aziende della RER;
- identificazione di un'ipotesi di modello regionale di fascicolo ostetrico;

### **Format elaborati ed indicazioni all'utilizzo**

Per l'ideazione del format si è tenuto conto:

- dell'attuale normativa vigente nazionale e regionale, che prevede la compilazione quotidiana da parte del personale ostetrico/medico rispettivamente per basso e medio/alto rischio ostetrico;
- della letteratura reperita;
- delle cartelle ad oggi in uso nelle Aziende della RER.

### **Il fascicolo ostetrico è composto dai seguenti moduli:**

- *Anamnesi sociale e ostetrica* prevede la raccolta di informazioni prioritarie (come anagrafica materna e del compagno/marito, dati del certificato di assistenza al parto (CEDAP), etnia, anamnesi psico-sociale ecc.).

- **Anamnesi ginecologica-ostetrica remota** raccoglie informazioni come la fase prenatale, complicanze, notizie relative al travaglio, parto, terzo stadio, perineo, allattamento, periodo post natale e infine implicazioni come di natura psico-sociali. Questa sezione comprende anche le gravidanze interrotte precocemente (interruzioni volontarie di gravidanza, aborti spontanei) che vanno a completare il quadro complessivo richiesto in tale segmento.
- **Anamnesi della gravidanza in corso permette di conoscere la data dell'ultima mestruazione** certa o incerta, utilizzo o meno di tecniche di fecondazione assistita, la presenza o meno di fattori di rischio antenatali, gruppo sanguigno, dati richiesti a completamento del CEDAP, fattori di rischio per tromboembolismo, etc.
- **Visita ostetrica all'ingresso include** le informazioni riguardanti il bishop score, presentazione, manovre di Leopold, Liquido amniotico, BCF (battito cardiaco fetale), MAF (movimenti attivi fetali), Questa sezione comprende inoltre la valutazione del gruppo TORCH, esami infettivologici, esami prenatali in gravidanza, BMI, sinfisi – fondo,etc. e il **MEOWS score che comprende : le patologie preesistenti e le patologie della gravidanza attuale** è stata costruita attraverso una strutturazione dei campi tenendo conto dei suggerimenti della letteratura vigente a confronto con le cartelle cliniche in uso ( in particolare la cartella dell'Ospedale S.Orsola-Malpighi che ha integrato gli item presenti nella DGR 533/2008);
- **Categorizzazione del rischio ostetrico al momento del ricovero/esordio travaglio**, è stata costruita una griglia che comprende i fattori materni, fetali e intrapartum che possono costituire fattore di rischio ostetrico in travaglio/parto. La condivisione con i Ginecologi sarà indispensabile per definire la suddivisione dei percorsi: basso, medio e alto rischio ostetrico, oltre alle responsabilità professionali identificate.
- **Valutazione al ricovero-Esordio travaglio/parto** completa la valutazione della presa in carico della donna.
- **Procedure.** Per ogni procedura applicata occorre definire data e ora, descrivere la procedura che si vuole applicare, i rischi e i benefici, la condivisione con la donna e la raccolta del consenso. Tra le procedure è prevista l'episiotomia, fino ad oggi esclusa dalla raccolta del consenso, utile per tracciare tale pratica chirurgica da usare solo in casi assolutamente necessari.
- **Partogramma.** Sono stati presi a riferimento i moduli dei partogrammi dell'OMS e della realtà anglosassone, ed è stato elaborato un formato con alcune revisioni apportate dal gruppo di lavoro.
- **Valutazione Benessere fetale** permette la valutazione del benessere fetale in travaglio di parto (vedi legenda allegata) e la modalità di registrazione e tracciabilità nella lettura e archiviazione dell'indagine eseguita.

- ***Decorso clinico del parto*** dall'inizio travaglio, rottura delle membrane, liquido amniotico, presentazione, parto, neonato, secondamento, suture, introduzione di conteggio garze/tamponi vaginali, indagini su tessuti e annessi ecc..
- ***Post partum*** prevede una periodicità del controllo della donna dopo il parto a trenta minuti, un'ora e a due ore dal parto, definendo la fisiologicità o meno dell'evento.
- ***Puerperio*** raccoglie le informazioni prioritarie nelle giornate successive al parto (e più volte nella giornata se necessario) sull'andamento del periodo post natale materno tenendo conto di vari fattori, in particolare la condizione psico-sociale e gli esercizi perineali di riabilitazione post natali.
- ***Pianificazione clinico assistenziale*** è stata costruita attraverso una strutturazione dei campi tenendo conto dei suggerimenti della letteratura vigente, definisce la pianificazione clinico/assistenziale in base alla classificazione del rischio ostetrico, prevedendo quindi sullo stesso format attività a responsabilità medica ed attività a responsabilità dell'ostetrica.
- ***Lettera di dimissione ostetrica*** prevede: **la check list di dimissione post natale**, che permette di convalidare le attività eseguite, le particolarità da trasmettere sia al territorio (continuità assistenziale: consultorio familiare) che al MMG e al Ginecologo privato; **la lettera di dimissione ostetrica** per i casi a basso rischio e comunque per tutti i casi a medio alto rischio per le attività di competenza; **la dimissione post natale materna** che raccoglie le notizie riguardanti il travaglio-parto e le condizioni materne; **la dimissione post natale neonatale**, che raccoglie le notizie riguardanti il travaglio-parto e le condizioni neonatali;
- In casi particolari la relazione di dimissione, può riportare i riferimenti per contatti, accordi, informazioni ed attività educative che coinvolgono la rete familiare e psico-sociale, al fine di allineare le informazioni rivolte al medico di famiglia con quelle fornite ai caregiver.
- Legenda Acronimi

## **Area dei Terapisti della Riabilitazione**

I riferimenti normativi sottesi al lavoro e alle scelte del presente gruppo di professionisti della riabilitazione, sono stati i seguenti:

1. DGR 427/200 - Linee di indirizzo regionali di attuazione del PSSR 2008-2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali. Tale delibera riferita all'attività riabilitativa nell'ambito delle cure primarie, contiene riferimenti che possono essere estesi anche all'attività riabilitativa in degenza. "(...) L'area di intervento specifica è quella del soggetto con disabilità. Tale impostazione, però, richiede ulteriori specificazioni, in quanto vi possono essere situazioni di disabilità con diversi livelli di gravità ed evoluzione; inoltre, gli interventi possono avere un contenuto prettamente tecnico, o rivolgersi invece al contesto di vita

della persona, per analizzarne ed eventualmente modificarne in senso funzionale le caratteristiche ambientali, o le attività. Si possono pertanto distinguere due livelli di bisogno riabilitativo: quello complesso e quello semplice. Il primo, quello complesso, prevede l'elaborazione in team di un progetto riabilitativo individuale e l'intervento di diversi professionisti della riabilitazione (fisioterapista, logopedista, terapeuta occupazionale) coordinati dal medico specialista. Il bisogno riabilitativo semplice, invece, trova risposta in un sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali destinati alla gestione riabilitativa di disabilità lievi, alla continuità assistenziale post degenza e alla gestione della cronicità (...)"

2. Art. 2 L. 251/2000 - Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione nonché della professione ostetrica. "Gli operatori delle professioni sanitarie dell'area della riabilitazione svolgono con titolarità e autonomia professionale, nei confronti dei singoli individui e della collettività, attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale, al fine di espletare le competenze proprie previste dai relativi profili professionali".

La presa in carico da parte del professionista sanitario della riabilitazione, sia per un bisogno riabilitativo complesso che per un bisogno riabilitativo semplice, si deve avvalere di una documentazione sanitaria dedicata, che consenta la tracciabilità dei diversi momenti della presa in carico riabilitativa:

- accertamento, valutazione funzionale, definizione degli obiettivi e stesura del piano riabilitativo;
- aggiornamento del diario;
- partecipazione al progetto riabilitativo individuale;
- verifica dei risultati;
- stesura della relazione di dimissione.

### **Obiettivi specifici del gruppo**

L'obiettivo del gruppo di lavoro è stato quello di ideare un *format* di documentazione ad uso dei terapisti della riabilitazione diversificato in funzione dei bisogni e flessibile, in grado adattarsi alle diverse realtà assistenziali e utilizzabile anche da parte dei professionisti di discipline riabilitative affini (logopedisti, terapisti occupazionali, ecc. ) in quanto strutturato nell'ottica di una presa in carico trasversale che includa:

1. valutazione iniziale delle singole aree e funzioni;
2. individuazione degli obiettivi (suddivisi per area funzionale, con previsione dei tempi di raggiungimento ed indicazione dei sistemi di misurazione);
3. declinazione dei programmi da attuare in funzione degli obiettivi da raggiungere;
4. verifica ed eventuale nuova pianificazione.

## **Metodologia di lavoro**

Il lavoro del gruppo dei professionisti della riabilitazione è di seguito esposto:

- introduzione al progetto Cartella Clinica Integrata (CCI) descritto puntualmente.
- Ricognizione della documentazione utilizzata dai professionisti della riabilitazione presente nelle Aziende della RER
- Condivisione della documentazione in uso nelle singole Aziende Sanitarie e valutazione dei punti di forza e delle criticità.
- Analisi ed adattamento dei format proposti nei reparti di degenza ordinaria distinguendo tra bisogno riabilitativo complesso (riferimento al progetto riabilitativo) e bisogno riabilitativo semplice (ad es. protocollo ortopedico, protocollo pazienti chirurgici, ecc).

## **Format elaborati ed indicazioni all'utilizzo**

Durante la fase di condivisione della documentazione ad oggi in uso nelle singole Aziende Sanitarie della RER, sono stati individuati quali riferimenti da utilizzare i documenti elaborati presso le seguenti strutture: AUSL di Modena (ospedale di Baggiovara), AUSL della Romagna (ospedale di Montecatone e AUSL di Bologna. La documentazione elaborata e proposta dal presente gruppo di lavoro si compone di due sezioni imprescindibili da pensare come un continuum una dell'altra:

- **Modulo di presa in carico "A"**: ha l'obiettivo di raccogliere tutte le informazioni e le valutazioni necessarie ad inquadrare il paziente, anche in relazione al suo contesto di vita. Da tale valutazione scaturisce la definizione degli obiettivi e la declinazione degli interventi necessari (programmi). Il modulo di presa in carico "A" è visionabile nella "cartella file N.2".

- **Modulo di presa in carico "B"**: integra il modulo "A" e ne completa le informazioni (del quale viene riportata una sintesi attraverso la declinazione degli obiettivi/tempi ed i programmi/interventi corrispondenti) e consente la tracciabilità dell'attuazione del programma riabilitativo impostato, attraverso la registrazione degli interventi in funzione del raggiungimento degli obiettivi con riferimento a protocolli riabilitativi specifici o scale di valutazione ad hoc. Il modulo di presa in carico "B" è visionabile nella "cartella file" N. 2.

La documentazione proposta deve essere integrata con le scale di valutazione più appropriate in funzione dell'ambito di intervento e può essere integrata da schede analitiche per ambiti di elevata specialità (es. riabilitazione cardiologica).

*Indicazioni per la compilazione del modulo di presa in carico "A" (Vedi Tab. 1 )*

Il format può essere utilizzato da tutti i professionisti sanitari della riabilitazione. La valutazione deve essere sempre compilata all'inizio della presa in carico ed ogni qualvolta si verificano cambiamenti tali da richiedere una rivalutazione del caso e la definizione di ulteriori obiettivi. Qualora l'ambito di valutazione non fosse previsto, è possibile selezionare l'opzione *altro* fornire le

necessarie specifiche. In tabella 1 sono riportate le indicazioni per la compilazione del modulo di presa in carico “A”.

Tabella 1- Indicazioni per la compilazione del modulo di presa in carico “A”

|  |   |
|--|---|
| <p>Il professionista compila la valutazione selezionando gli aspetti più rilevanti in base all’ambito di intervento e agli obiettivi della presa in carico e utilizzando un linguaggio chiaro e sintetico.</p> |   |
| <p><b>RACCORDO ANAMNESTICO</b></p>   | <p><b>Anamnesi Funzionale:</b> comprende anche l’utilizzo di ausili (mobilità, comunicazione e attività di vita quotidiana) e ortesi.</p>   |
| <p><b>FATTORI CONTESTUALI AMBIENTALI E PERSONALI</b></p>   | <p><b>Ambiente Fisico:</b> caratteristiche dell’abitazione, caratteristiche del contesto esterno (presenza barriere architettoniche).</p> <p><b>Ambiente Sociale e Fattori Personali:</b> nucleo familiare, caregiver, relazioni sociali, abitudini, interessi, ecc.</p>  |
| <p><b>VALUTAZIONE FUNZIONI E STRUTTURE CORPOREE</b></p>  | <p><b>1. Descrizione delle principali menomazioni</b></p> <p><b>Coscienza:</b> vigilanza (occhi aperti- occhi chiusi), responsività (risposta ad uno stimolo).</p> <p><b>Cognitiva:</b> confusione, linguaggio, memoria, attenzione, attenzione spaziale, ecc.</p> <p><b>Comportamentale:</b> agitazione, inerzia, impulsività, aggressività, disinibizione, adeguatezza comportamentale; ecc.</p> <p><b>Senso-motoria:</b> vista, udito, dolore, sensibilità, ROM, forza, tono, movimento involontario (es. tremore, stereotipie), movimento volontario (es. coordinazione, controllo movimenti semplici e complessi), ecc.</p> <p><b>Fono- articolatoria:</b> disartrie, disfonie, ecc.</p> <p><b>Deglutizione:</b> disfagia. Indicare anche dove presente: via di somministrazione del cibo/liquidi (bocca, parenterale ed enterale), consistenza del cibo/ liquidi.</p> <p><b>Cardio-respiratoria:</b> saturazione, frequenza cardiaca, O2-terapia pre-post trattamento, pep-bottiglia, indicare anche dove presente il tipo di supporto ventilatorio.</p> <p><b>Funzioni urinarie:</b> indicare anche dove presente se catetere, urocontrol, pannolone, ecc.</p> <p><b>2. Test e misure</b></p> <p>Accanto alla descrizione della menomazione possono essere riportati i punteggi di test o scale di misura a supporto di una definizione più accurata della natura e del grado della menomazione stessa.</p> <p><b>3. Schede/ moduli specifici ad integrazione della valutazione generale</b></p> |
| <p><b>VALUTAZIONE ATTIVITA’ E PARTECIPAZIONE</b></p>   | <p><b>1. Descrizione delle principali limitazioni di attività e restrizione di partecipazione</b></p> <p><b>Attività:</b> descrizione delle difficoltà relative all’esecuzione di un’attività funzionale (es. camminare, cambiare posizione, eseguire trasferimenti, sollevare e trasportare oggetti, comunicare, ecc.),al prendersi cura della propria persona (ADL), ecc.</p> <p><b>Partecipazione:</b> descrizione dei problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni di vita, ad es. interazioni e relazioni interpersonali, lavoro, ecc.</p> <p>Limiti e restrizioni a livello di attività e partecipazione possono essere il risultato di menomazioni motorie, cognitive e/o comportamentali, a volte presenti contemporaneamente in uno stesso individuo.</p> <p><b>2. Test e misure</b></p> <p>Accanto alla descrizione della menomazione possono essere riportati i punteggi di test o scale di valutazione a supporto di una definizione più accurata della natura e del grado della menomazione</p>  |



|  |   |
|--|---|
|  | stessa.<br><b>3. Schede/ moduli specifici ad integrazione della valutazione generale</b>  |
| <b>CONCLUSIONI VALUTAZIONE</b>         | Identificazione delle principali menomazioni, limitazioni di attività, restrizioni alla partecipazione esistenti, fattori contestuali.                            |
| <b>OBIETTIVI dell'INTERVENTO</b>       | Definizione di obiettivi raggiungibili e significativi per il paziente. Specificare se si tratta di valutazione, educazione terapeutica/counseling o trattamento. |
| <b>PIANIFICAZIONE degli INTERVENTI</b> | Definire le modalità di intervento (programmi) necessari al raggiungimento degli obiettivi pianificati.   |

*Indicazioni per la compilazione del modulo di presa in carico "B"*

Il modulo ideato rappresenta la continuazione della sezione "A" ed ha come obiettivo quello di consentire il monitoraggio degli interventi e degli obiettivi raggiunti, in riferimento a particolari protocolli riabilitativi o scale di valutazione:

- Nella colonna *area/funzione* vengono riportate le aree di intervento selezionate in funzione della valutazione di presa in carico.
- Nella colonna *obiettivi* sono sintetizzati gli obiettivi declinati nella scheda "A". In corrispondenza di ogni obiettivo, declinato con i tempi ipotizzati per il raggiungimento, vengono elencati i programmi scelti in riferimento alla valutazione iniziale, al risultato atteso ed al tempo disponibile.
- Nella colonna *protocollo di riferimento/scale di valutazione* è possibile indicare l'applicazione di un protocollo di trattamento specifico e/o di scale di valutazione selezionate ad hoc.
- Le singole celle con la firma del professionista sono predisposte per la registrazione dell'intervento eseguito (informazioni principali e data).
- L'ultima colonna permette la verifica dello stato di raggiungimento degli obiettivi individuati.

*Indicazioni per la compilazione del diario integrato*

Per quanto riguarda la compilazione del diario integrato, l'indicazione del gruppo di lavoro è che siano da annotare solo le informazioni di rilievo, ossia quelle che rappresentano una criticità o una deviazione rispetto a quanto previsto nella definizione del percorso.

Tabella 2- Indicazioni per la compilazione del diario integrato

| <b>Intervento riabilitativo</b>  | <b>Indicazioni/ attività suggerite</b>  |
|--|---|
| <p><b>Intervento</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Esercizio terapeutico (motorio, fonoarticolatorio, cognitivo, deglutitorio)</li> <li>- Attività della vita quotidiana (ADL)</li> <li>- Passaggi posturali/ trasferimenti</li> <li>- Casting/ ortesi</li> </ul> | <p><b>Modalità</b></p> <p>Trasferimenti, posture, posizionamento ortesi (modalità e tempi), comunicazione, alimentazione pazienti disfagici (postura, consistenza del cibo,</p> |

| Intervento riabilitativo   | Indicazioni/ attività suggerite  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Valutazione/ addestramento ausili</li> <li>- Training funzionale (cammino, scale, trasferimenti, ecc.)</li> <li>- Esercizi respiratori</li> <li>- Terapie fisiche/ elettroterapia</li> <li>- Educazione terapeutica pz./caregiver incluse indicazioni per selfcare</li> <li>- Counselling ad altri professionisti sanitari.</li> </ul> <p><b>Obiettivi e raggiungimento degli obiettivi</b></p> <p><b>Rivalutazioni/somministrazione scale e/o test</b></p> <p><b>Reazioni avverse durante il trattamento</b></p> <p><b>Sospensione dal trattamento</b></p> | <p>adattamenti per posate, ecc.).</p> <p><b>Attività</b></p> <p>Motorie o cognitive/comunicative, che il paziente può svolgere in reparto in autonomia o con assistenza di parenti /caregiver.</p> <p><b>Stimolazione</b></p> <p>Su compiti cognitivi/comunicativi, allenamento attività funzionali.</p> |

### *Contributo delle professioni sanitarie della riabilitazione al progetto riabilitativo*

Al Progetto Riabilitativo Individuale (PRI) inteso come insieme di proposizioni, elaborate dall'équipe riabilitativa per un determinato paziente, che:

- tiene conto in maniera globale dei bisogni, delle preferenze del paziente, delle sue menomazioni, disabilità ed abilità residue e recuperabili;
- definisce quali siano gli esiti desiderati;
- definisce nelle linee generali i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti;
- costituisce il riferimento obbligato per ogni intervento svolto dall'équipe riabilitativa;

il professionista della riabilitazione partecipa attivamente contribuendo alla valutazione dei bisogni della persona, alla definizione degli esiti e degli obiettivi a breve, medio e lungo termine, e all'individuazione delle azioni e delle condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati.

Il modulo per la stesura del PRI, corredato dalle firme dei partecipanti, documenta la stesura del PRI in team. In esso devono trovare evidenza:

- valutazione iniziale;
- definizione degli outcome in condivisione con il paziente;
- individuazione dei programmi da attuare;
- definizione dei tempi previsti;
- partecipazione dei diversi professionisti (firma sul progetto);
- partecipazione e condivisione col paziente e la famiglia (firma sul progetto);
- verifica dei risultati.

I professionisti della riabilitazione, alla dimissione, scrivono per ogni paziente un documento sintetico che illustra il quadro funzionale iniziale e finale, gli obiettivi identificati e gli interventi attuati, i risultati raggiunti, suggerimenti e proposte.



## **Area tecnica di radiologia medica e radioterapica**

L'innovazione tecnologica in campo radiodiagnostico ha modificato in maniera sostanziale l'approccio alle prestazioni radiologiche. Si tratta di procedure interventistiche diagnostiche e terapeutiche.

La cartella clinica rappresenta per tutti i professionisti che operano in area tecnica (radiologo, tecnico di radiologia, fisico ecc.) un elemento fondamentale per erogare la procedura diagnostica/interventistica più pertinente ed appropriata dell'azione tecnico-diagnostica mediante procedure cliniche condivise e, sul versante clinico-medico, del complesso sistema dell'appropriatezza.

I contesti documentali di riferimento sono due “sotto-insiemi” di sviluppo: area specifica del contesto radiologico-diagnostica per immagini (flusso HIS, RIS, PACS) ed area d'interazione della tenuta documentale del percorso paziente (progetto CCI).

Riprendendo i concetti espressi dalla DGR 1707 del 19 novembre 2012 (“Requisiti per l'accreditamento delle strutture radiologiche”), una gestione dell'attività diagnostica polisettoriale che utilizzi sistemi di acquisizione digitale delle immagini, deve essere garantita da programmi informatizzati (Radiology Information System - RIS), che consentano la prenotazione, l'accettazione, la refertazione dell'esame radiologico possibilmente interfacciato con il programma di prenotazione CUP, ed infine l'archiviazione delle immagini radiologiche digitali refertate, comprendente tutte le funzioni necessarie per l'analisi e la consultazione, anche a distanza, delle immagini stesse (Picture Archiving and Communication System – PACS). Il sistema RIS/PACS è il centro operativo di un servizio di radiologia moderno ed efficiente e lo strumento di comunicazione con le unità operative di degenza e la medicina territoriale. Ogni struttura sanitaria pubblica regionale presenta un RIS settato in base alle singole peculiarità locali, nel rispetto comunque dei requisiti di accreditamento e sicurezza informatica. E' auspicabile che il sotto-insieme costituito dal sistema informativo radiologico trovi la giusta collocazione all'interno dell'ampio disegno relativo al progetto sulla Cartella Clinica Integrata. Si può quindi considerare il futuro sviluppo elettronico della cartella clinica (CCIE) come lo strumento per la gestione organica, strutturata e trasversale dei dati riferiti alla storia clinica di un paziente in regime di ricovero o ambulatoriale, garantendo il supporto dei processi clinico-diagnostico-terapeutici durante gli episodi di cura favorendo la continuità della presa in carico mediante la condivisione ed il recupero dei dati clinici registrati (vedi figura 2).

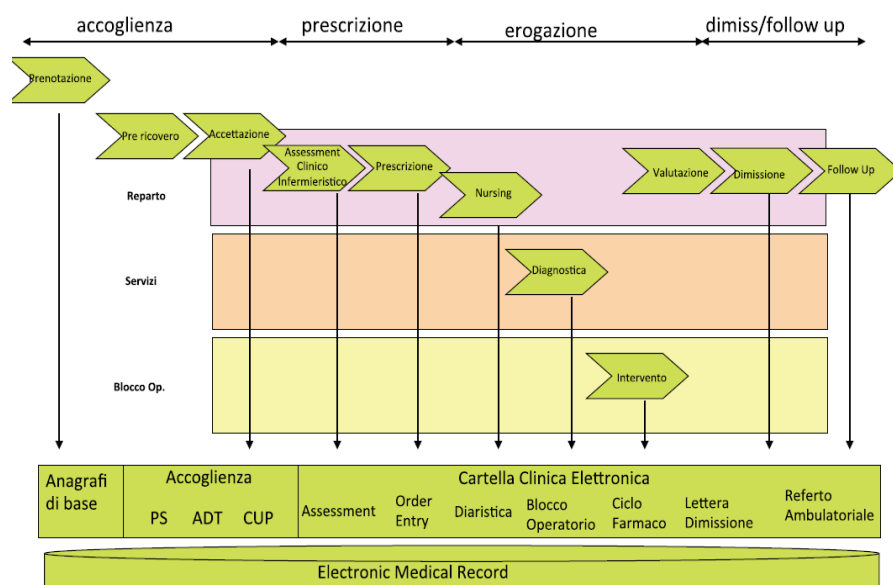


Figura 2 - CCI quale strumento di gestione dei processi clinico-diagnostico-terapeutici

Il secondo sotto-insieme riguarda lo sviluppo di un quadro sinottico diagnostico-terapeutico da collocare nell'ambito della presente cartella clinica integrata. Tale strumento deve integrarsi con quelli elaborati delle altre aree di sviluppo (infermieristica, ostetrica, riabilitativa, ecc) definendo gli ambiti specifici della diagnostica per immagini al fine di ideare un format che consenta immediata identificazione dell'iter-paziente dal reparto inviante al servizio di radiologia e viceversa.

### Obiettivi specifici del gruppo

Obiettivo del presente lavoro di gruppo è stato ideare un format specifico per la sezione di diagnostica per immagini, che:

- si integri alla restante documentazione che compone la cartella clinica del paziente;
- ne consenta un'efficace e sicura presa in carico per gli ambiti di responsabilità propri dei professionisti dell'area tecnica;
- risponda a criteri di semplicità operativa, immediatezza e completezza delle informazioni trasmesse dal reparto di degenza al servizio di radiodiagnostica e viceversa.

### Metodologia di lavoro

Il gruppo di lavoro ha definito, col supporto della letteratura di riferimento e cercando di coniugare la semplicità operativa con la completezza informativa, il contenuto sinottico del format dell'area diagnostica per immagini al fine di permettere un'immediata, e quanto più possibile efficace-efficiente-integrata, presa in carico del paziente. Il lavoro del presente GdL è stato inoltre integrato dal contributo di medici radiologi e fisici medici per gli ambiti di specifica competenza.

E' stata effettuata una ricerca bibliografica preliminare sul concetto di cartella clinica radiologica estrapolando informazioni relative a:

- identificazione ed informazione del paziente;

- registrazione esami diagnostici, allergie e patologie pregresse;
- diario sanitario;
- radiazioni ionizzanti e detrimento sanitario;
- incident-reporting;
- anamnesi remota, anamnesi patologica recente, motivo del ricovero e dimissioni.

Le informazioni reperite sono state organizzate nella sinossi in tabella 3.

Tabella 3 - Sinossi ricerca bibliografica sul concetto di cartella clinica radiologica

|  |  |
|--|--|
| <b>Identificazione ed informazione del paziente</b>                          | <p>- L'univoca, corretta e tempestiva identificazione del paziente rappresenta il requisito base di ogni cartella clinica, dal momento che ogni trattamento deve essere riconducibile univocamente a quel paziente (sistemi di identificazione braccialetto, RFID, ecc)</p> <p>- Risulta fondamentale l'adozione di una informativa e di consensi specifici per le tipologie d'esame e relative preparazioni (I Consensi informati. Società Italiana di Radiologia Medica - 2014).</p>   |
| <b>Registrazione esami diagnostici, allergie e patologie pregresse.</b>      | <p>- Necessaria all'interno della sezione inerente "esami ematochimici e parametri vitali" la codifica immediata di dati relativi a: coagulazione, fibrinogeno, creatinina, velocità di filtrazione glomerulare, indice di massa corporea. Vanno inoltre evidenziati dati quali pregresse reazioni allergiche-anafilattoidi e presenza di glaucoma (per l'utilizzo di antispastici quali la utilscolamina). Tali dati, se non riportati all'interno del modulo di consenso, devono essere facilmente visibili all'operatore-tecnico ai fine di una ottimale esecuzione dell'esame.</p> <p>- Importante nel FUT e nella Ricognizione farmacologica stabilire una precisa area per segnalare o evidenziare allergie da mezzo di contrasto organoiodato o agente di contrasto di risonanza magnetica (prevalentemente Gadolinio).</p> |
| <b>Diario sanitario</b>  | <p>Per sollecitare la partecipazione alla documentazione del percorso sanitario da parte del personale di area tecnica è possibile identificare una sezione nell'ambito del diario sanitario, identificabile come "diario clinico-assistenziale e di area diagnostica" dove poter annotare proiezioni aggiuntive, variazioni di tipo tecnico nelle restazioni radioterapiche e di medicina nucleare, complicanze tecniche, e qualsiasi altra comunicazione che il personale sanitario di area riterrà opportuna.</p>   |
| <b>Radiazioni ionizzanti e detrimento sanitario</b>                          | <p>- Numerose pubblicazioni riportano la sottostima del detrimento sanitario delle radiazioni ionizzanti in funzione delle tipologie di esami, da parte del personale sanitario non appartenente al contesto di radio-diagnostica (Doctors' knowledge of radiation exposure: questionnaire study. BMJ 2003;327:371-2).</p> <p>- Può essere importante proporre una scheda che raffiguri, vicino ad ogni macroarea di esame diagnostico la dose media di radiazioni ed il relativo detrimento sanitario associato.</p>  |
| <b>Incident-reporting</b>  | <p>Fondamentale l'implementazione della scheda di incident reporting (modello regionale), se si considerano i rischi legati alla mobilitazione dei pazienti dal reparto di degenza al servizio di diagnostica per immagini (e viceversa) o alla possibilità di evento avverso da reazione a mezzo di contrasto, ecc.</p>   |
| <b>Anamnesi patologica remota, recente, motivo del ricovero e dimissioni</b> | <p>- Sempre in funzione dell'integrazione documentale potrebbe essere utile inserire una sezione inerente gli esami radiologici eseguiti in altre strutture/ospedali nell'ambito delle info raccolte attraverso l'anamnesi. Per lo stesso motivo potrebbe si inserire nella un raccogliatore dove riporre referti/CD non presenti nel RIS/PACS Aziendale.</p> <p>- Nella sezione della CCI relativa alla dimissione si potrebbe inserire, alla voce "indagini programmate", uno spazio per eventuali procedure preparatorie o note informative sugli esami radiologici da effettuare.</p>  |

## **Format elaborati ed indicazioni all'utilizzo**

Il gruppo di lavoro ha elaborato tre format relativi ai seguenti ambiti del servizio di radio-diagnostica:

- sezione radiologia – radiologia interventistica e complementare;
- sezione medicina nucleare – terapia radio metabolica;
- sezione radioterapia.

La struttura scelta per l'ideazione dei format è riconducibile ai tre momenti che caratterizzano la presa in carico del paziente presso il servizio di radio-diagnostica, ovvero:

1. accettazione (check-list per il controllo dell'identità del paziente e dell'adeguata preparazione all'indagine);
2. esecuzione dell'indagine (registrazione di note tecniche relative alla modalità di conduzione);
3. comunicazioni al reparto di degenza post indagine.

### *Sezione radiologia – radiologia interventistica e complementare*

Come accennato sopra, il format ideato consta di una serie di campi la cui compilazione risulta coerente con le fasi di presa in carico del paziente.

Al momento dell'accettazione del paziente è prevista la registrazione dei seguenti item:

- esame richiesto (CT con/senza mezzo di contrasto, RM, ecografia, RX complesso, ecc)
- identità del paziente controllata (SI/NO)
- check-list pre-indagine compilata (SI/NO)
- modulo di consenso compilato (SI/NO).

Per quanto riguarda invece la registrazione delle note relative all'esecuzione dell'indagine è stato previsto un campo denominato “annotazioni di tecnica radiologica” e per le segnalazioni di varia natura uno chiamato “comunicazioni al reparto”, seguiti da uno spazio per la firma dell'operatore che esegue le annotazioni, come per tutte le altre sezioni della CCI.

A questo format, ideato per il personale del servizio di radiologia, è allegata una check-list pre-indagine ad uso del medico di reparto prescrivente la prestazione radio-diagnostica. Essa contiene una serie di item che il medico prescrivente ha la responsabilità di presidiare, tra cui:

- stato di gravidanza (SI/NO)
- creatinina sierica (SI/NO, valore)
- GRF (SI/NO, valore, data esame)
- digiuno da almeno 6 ore (SI/NO)
- preparazione all'esame (SI/NO)
- allergie note (SI/NO, specificare)

- presa visione delle indagini radiologiche precedenti (SI/NO)
- premedicazione effettuata (SI/NO, specificare).

Questo strumento di verifica è stato ideato con una duplice finalità: da un lato supportare il medico prescrivente con una sorta di promemoria rispetto alle procedure pre-indagine e dall'altra fornire all'operatore della radiologia, che accetta il paziente, uno strumento per verificare in modo veloce ed efficace che il paziente sia stato adeguatamente preparato ed informato.

#### *Sezione medicina nucleare – terapia radio metabolica*

La sezione medicina nucleare – terapia radio metabolica ricalca nella sua struttura quella della sezione radiologia – radiologia interventistica e complementare se non per alcune differenze legate al tipo di esame richiesto “selezionabile” (scintigrafia – SPECT, PET – CT) e all'integrazione delle annotazioni di tecnica radiologica con una specifica tabella per la registrazione del radio farmaco utilizzato, la dose e le modalità di somministrazione.



## TRADUZIONE DIAGRAMMI DI FLUSSO DI :

### QUICK REFERENCE GUIDE

ISSUE DATE: JANUARY 2010

#### VENOUS THROMBOEMBOLISM: REDUCING THE RISK

Reducing the risk of venous thromboembolism (deep vein thrombosis and pulmonary embolism) in patient admitted to hospital

The guideline updates NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence)

#### **ABBREVIAZIONI**

TEV: Tromboembolia Venosa

BMI: Body Mass Index

TI: Terapia Intensiva

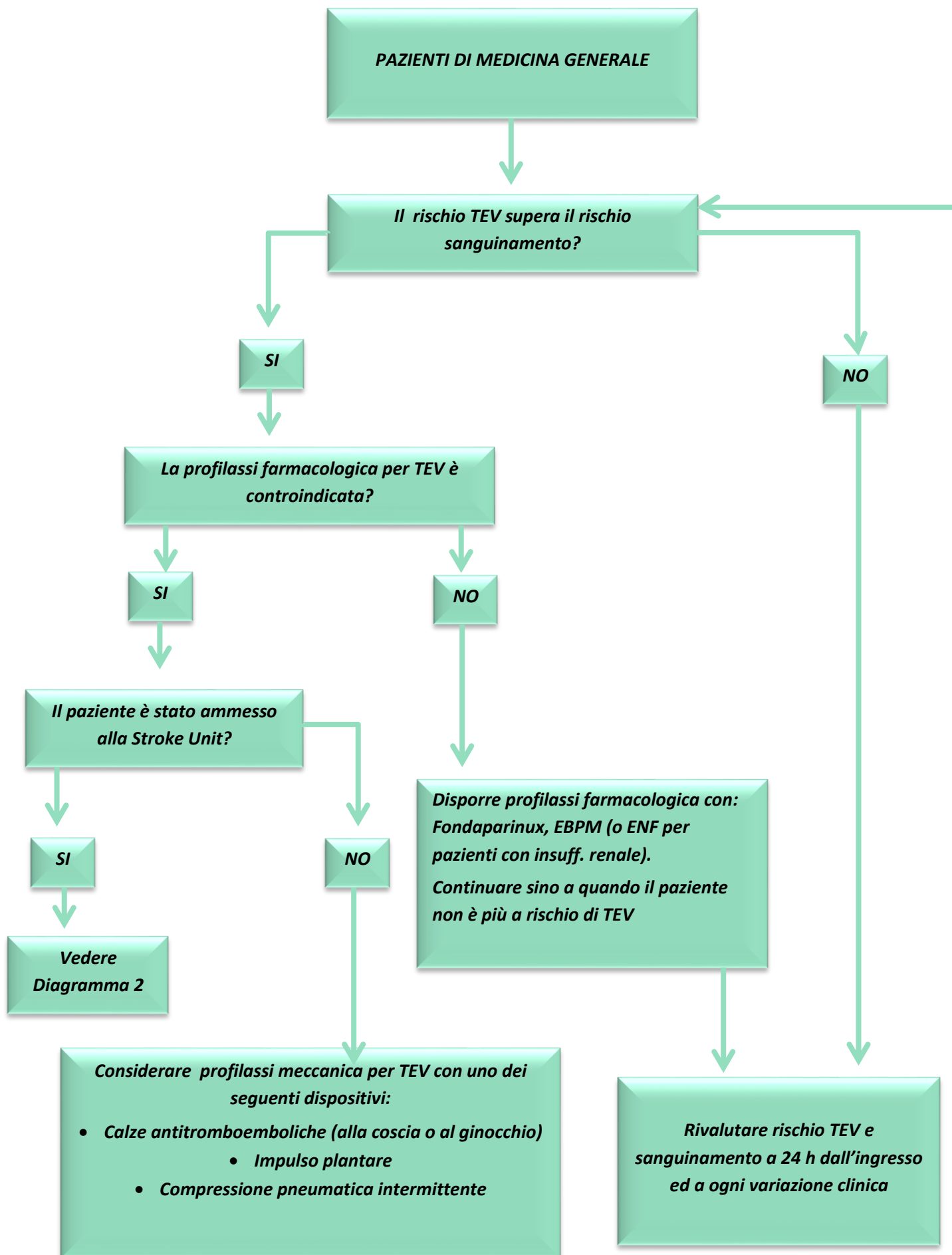
EBPM: Eparina a Basso Peso Molecolare

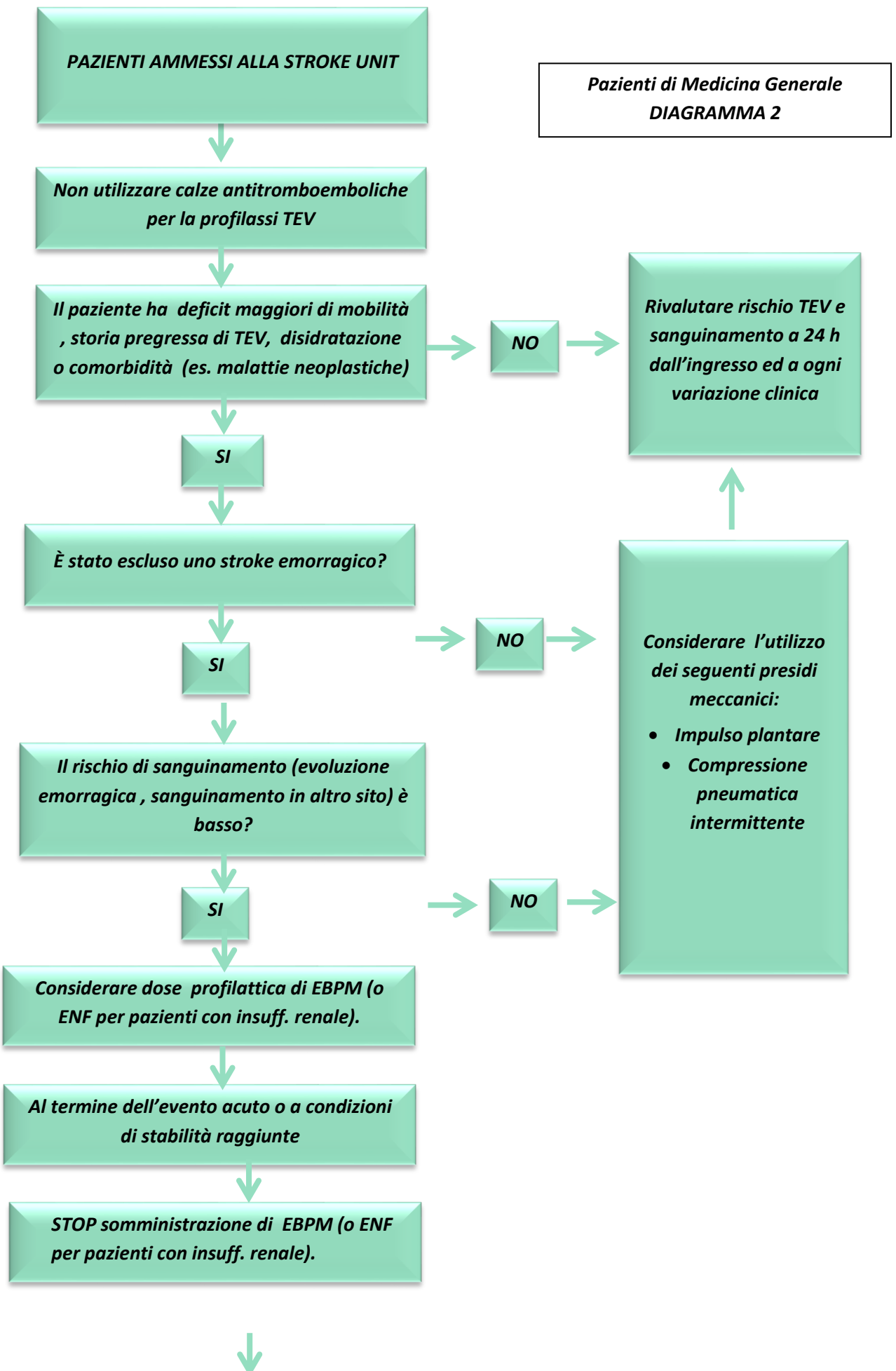
ENP: Eparina non Frazionata

#### **SIMBOLI**

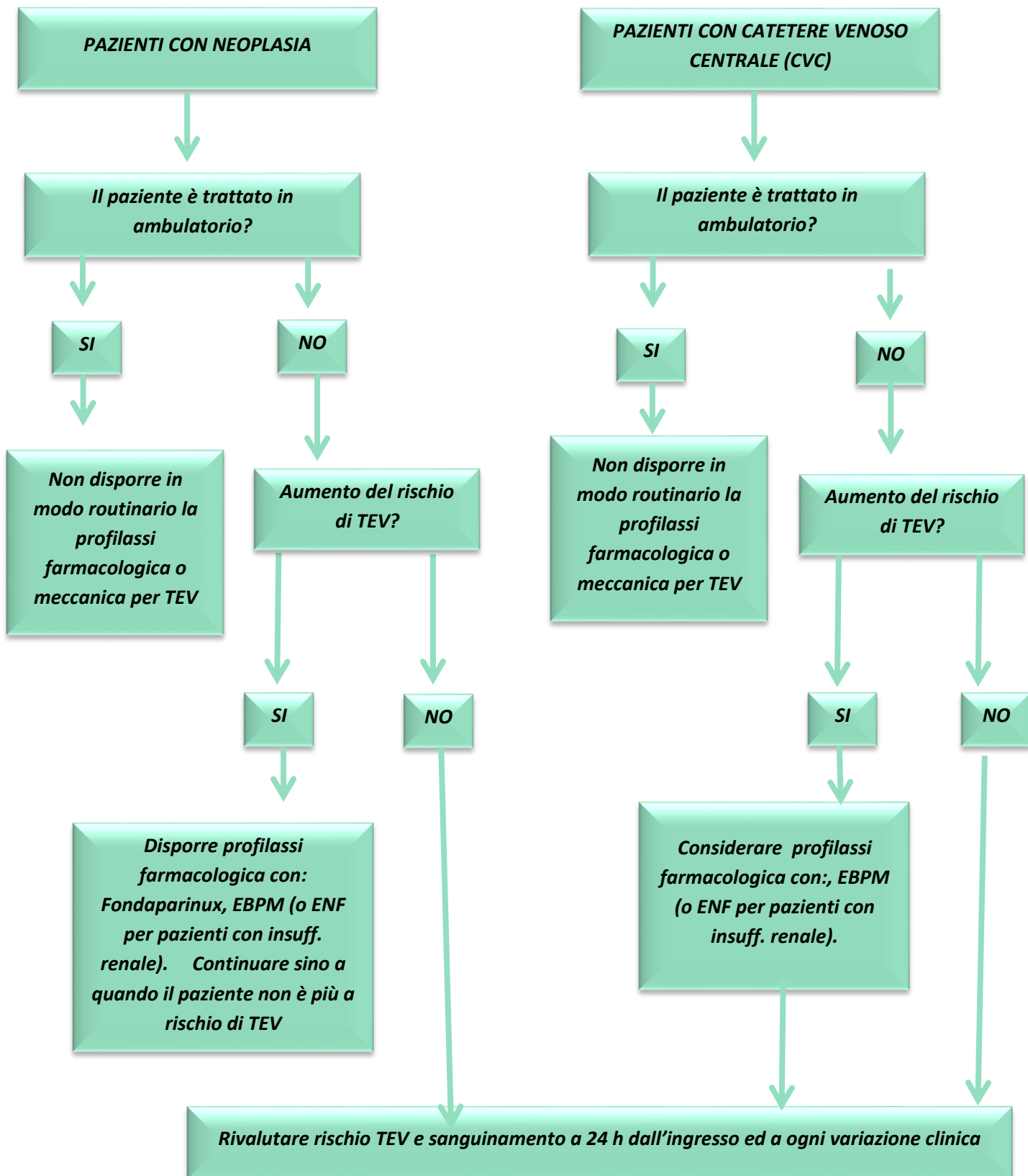
- \* presidi meccanici per la prevenzione della TEV
- Calze antitromboemboliche (alla coscia o al ginocchio)
- Impulso plantare
- Compressione pneumatica intermittente
- \*\* = in riferimento al trattamento con cautela dei device di tipo meccanico (rif. Pag 10, documento originale)

**Pazienti di Medicina Generale**  
**DIAGRAMMA 1**

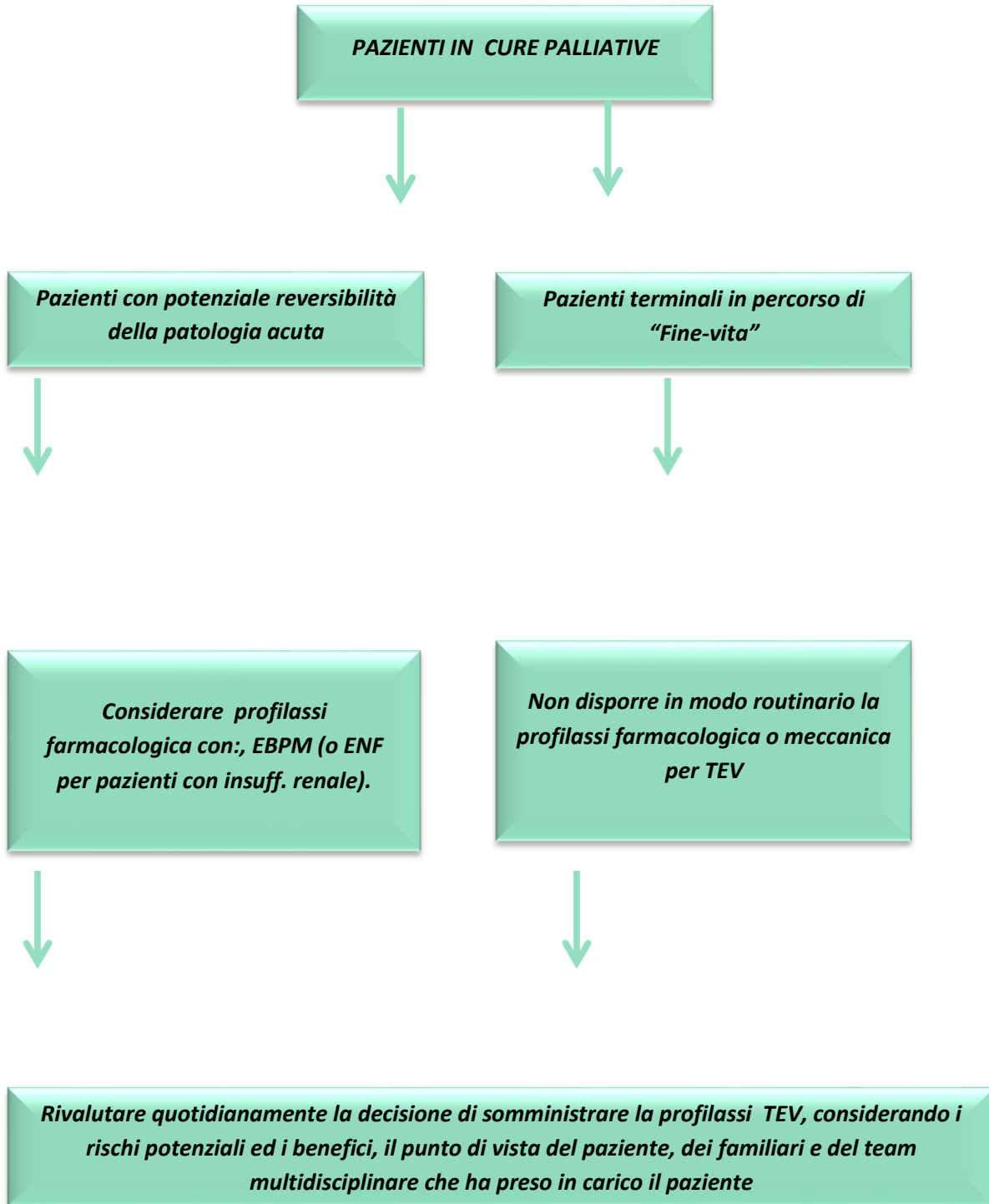




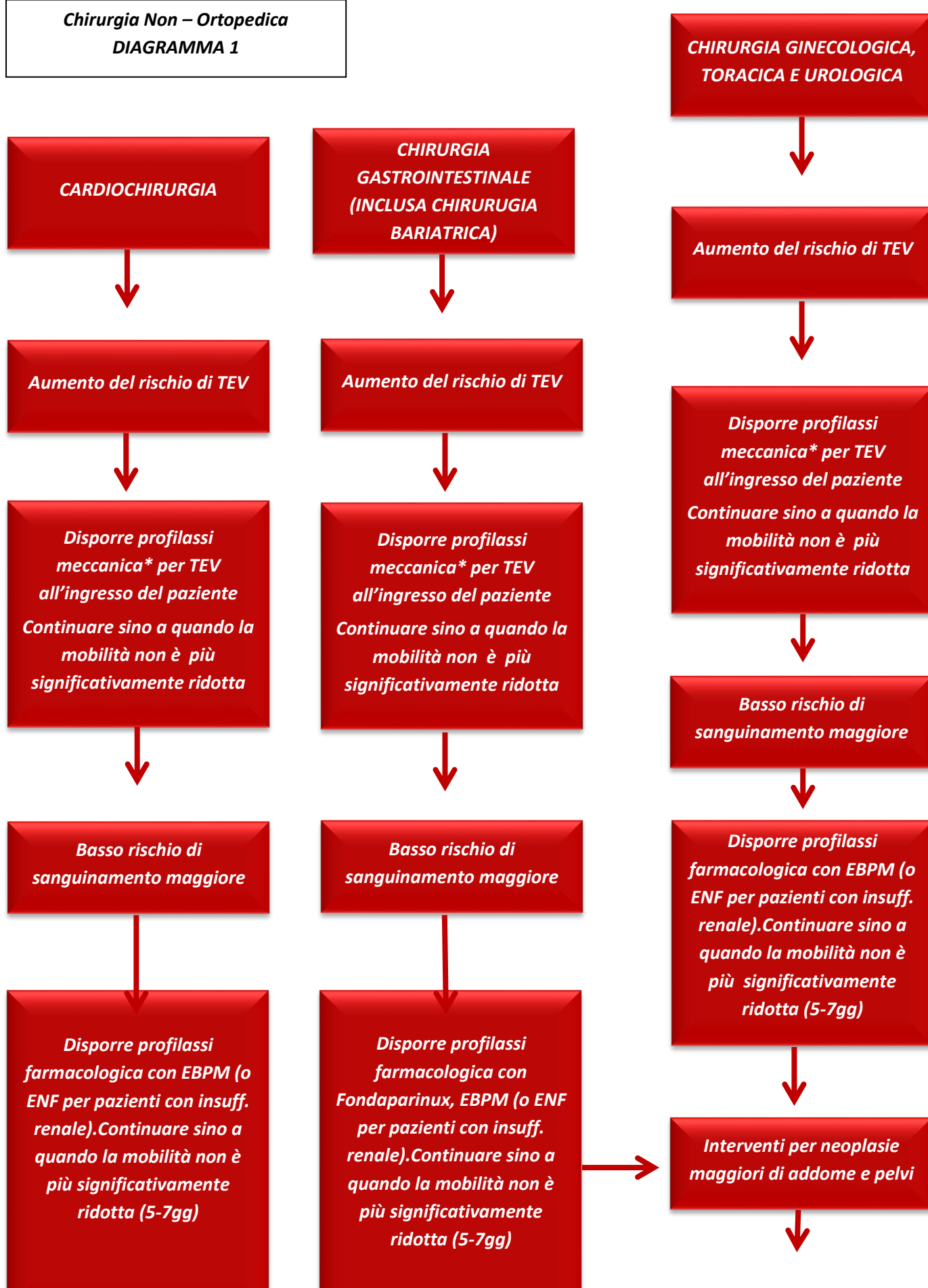
**Pazienti di Medicina Generale  
DIAGRAMMA 3**



*Pazienti di Medicina Generale*  
**DIAGRAMMA 4**

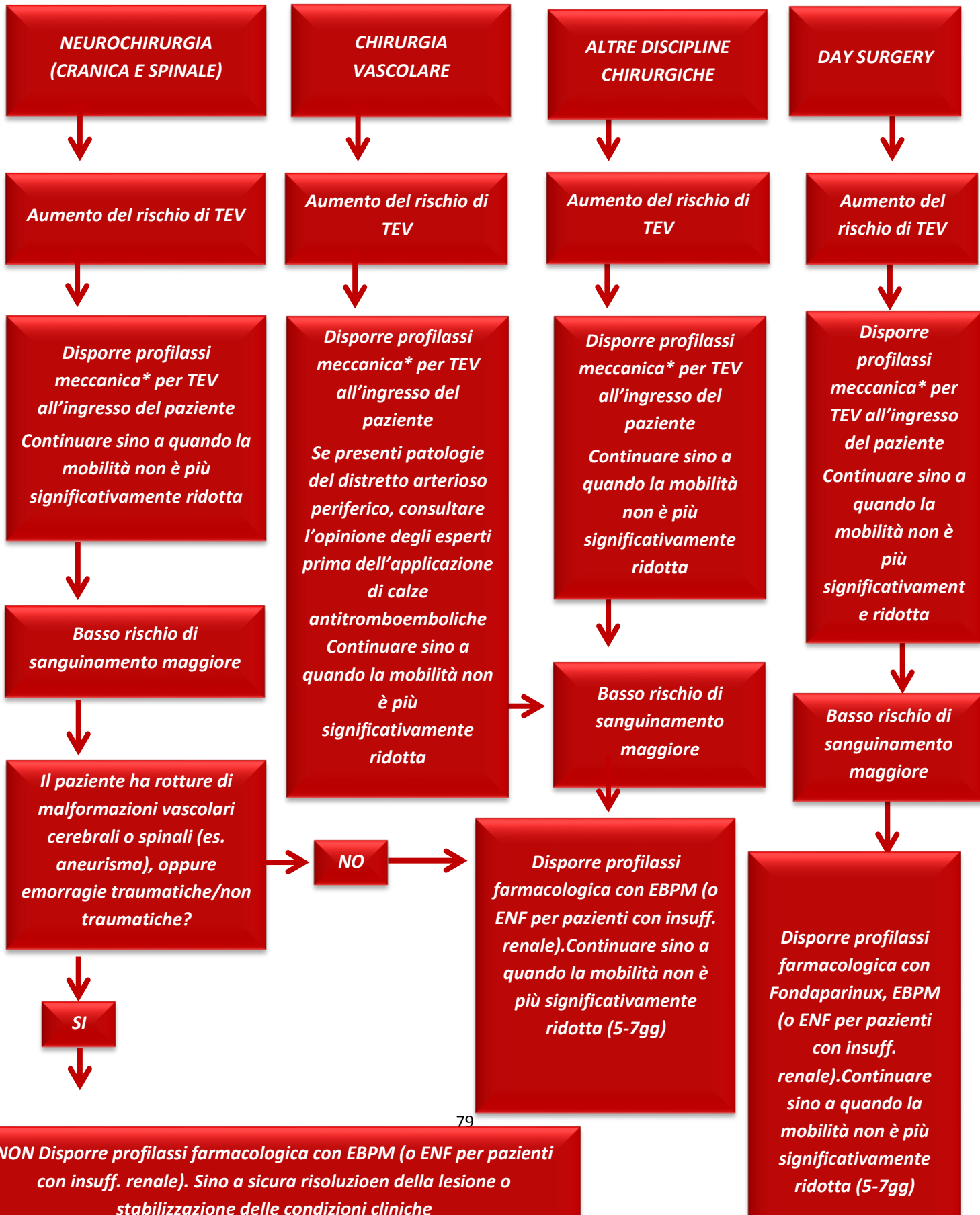


**Chirurgia Non – Ortopedica  
DIAGRAMMA 1**



**Chirurgia Non – Ortopedica**  
**DIAGRAMMA 2**

*Continuare profilassi  
farmacologica per TEV per  
28 gg dopo l'intervento*



**Chirurgia Ortopedica**  
**DIAGRAMMA 1**

**PROTESI D'ANCA IN ELEZIONE**

**PROTESI DI GINOCCHIO IN ELEZIONE**

**ALL' INGRESSO DEL PAZIENTE**

*disporre profilassi meccanica per TEV con uno dei seguenti dispositivi:*

- *Calze antitromboemboliche (alla coscia o al ginocchio), utilizzare con cautela\*\**
- *Disporre profilassi farmacologica per TEV pre- o post-operatoria*

**PREOPERATORIA**

**POSTOPERATORIA**

**EBPM (O ENF per pazienti con  
insuff. renale)**

**Da 1 a 12 h DOPO L'INTERVENTO CHIRURGICO**

*secondo scheda tecnica del farmaco:*

*Dabigatran iniziare 1-4 ore dopo l'intervento chirurgico*

*Rivaroxaban, iniziare 6-10 ore dopo l'intervento chirurgico*

*Fondaparinux, iniziare 6 ore dopo la sutura della ferita chirurgica, ad emostasi assicurata*

*EBPM (O ENF per pazienti con insuff. renale) iniziare (o continuare in caso di profilassi preoperatoria) 6-12 ore dopo l'intervento chirurgico*

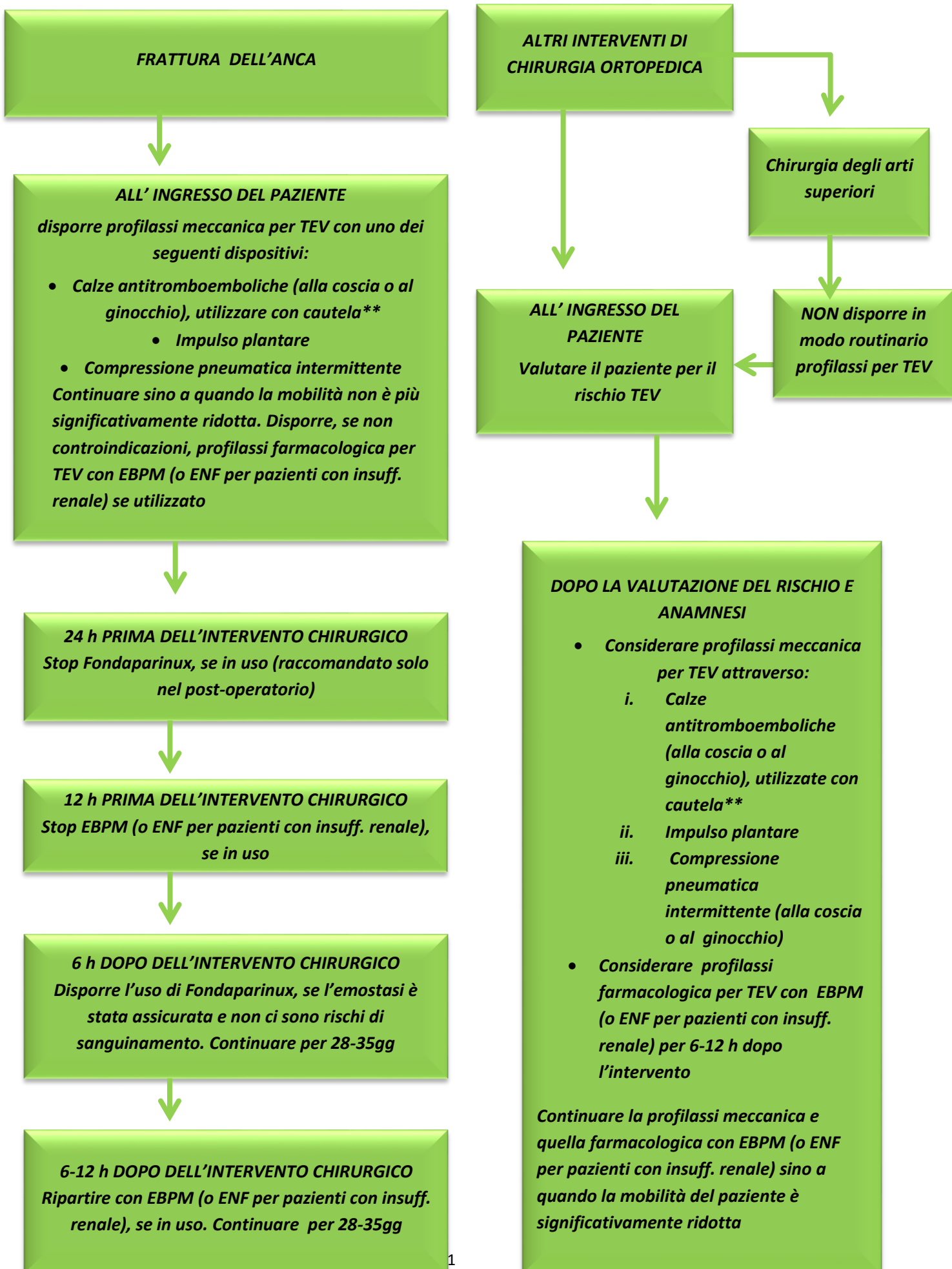
**Alla dimissione, sospendere profilassi meccanica per TEV con calze antitromboemboliche**

**Continuare profilassi  
farmacologica del TEV per 28-35  
gg dopo l'intervento chirurgico**

**Continuare profilassi  
farmacologica del TEV per 10-14  
gg dopo l'intervento chirurgico**



**Chirurgia Ortopedica**  
**DIAGRAMMA 2**



**Trauma Maggiore o Danno Spinale**

**PAZIENTI AMMESSI CON TRAUMA  
MAGGIORE**

**PAZIENTI AMMESSI CON DANNO SPINALE**

*Offrire profilassi meccanica per TEV all'ingresso o appena le condizioni cliniche lo permettono attraverso i seguenti presidi:*

- *Calze antitromboemboliche (alla coscia o al ginocchio), utilizzare con cautela\*\**
  - *Impulso plantare*
  - *Compressione pneumatica intermittente*

*Continuare sino a quando la mobilità non è più significativamente ridotta*

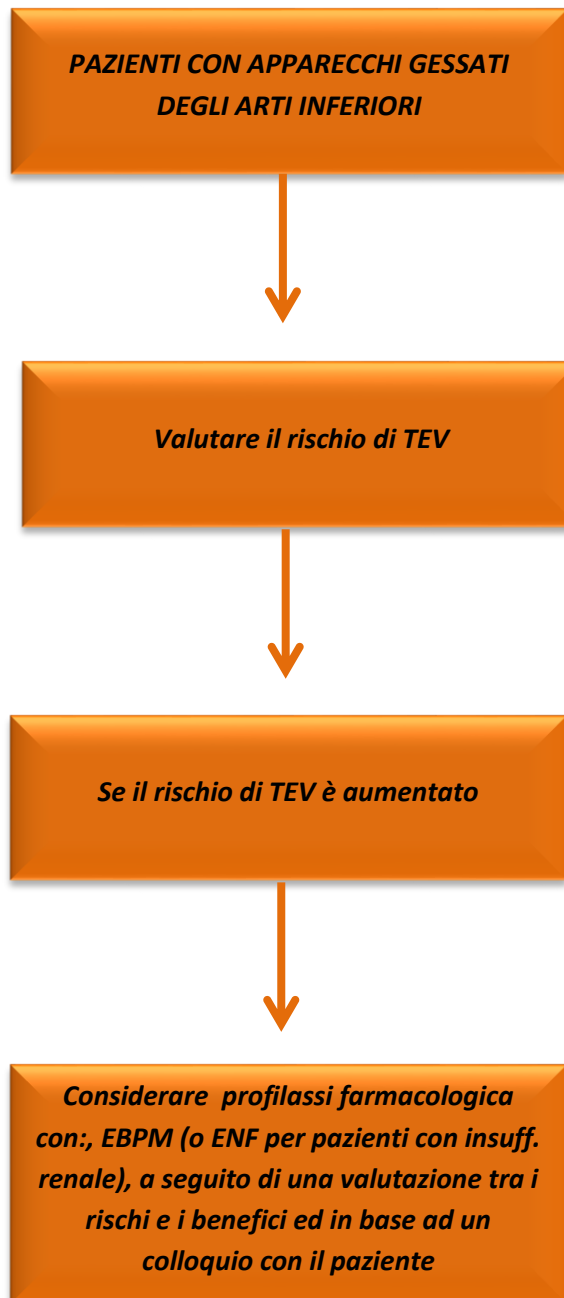
*Valutazione del rischio TEV e sanguinamento*

*Se rischio TEV supera il rischio sanguinamento*

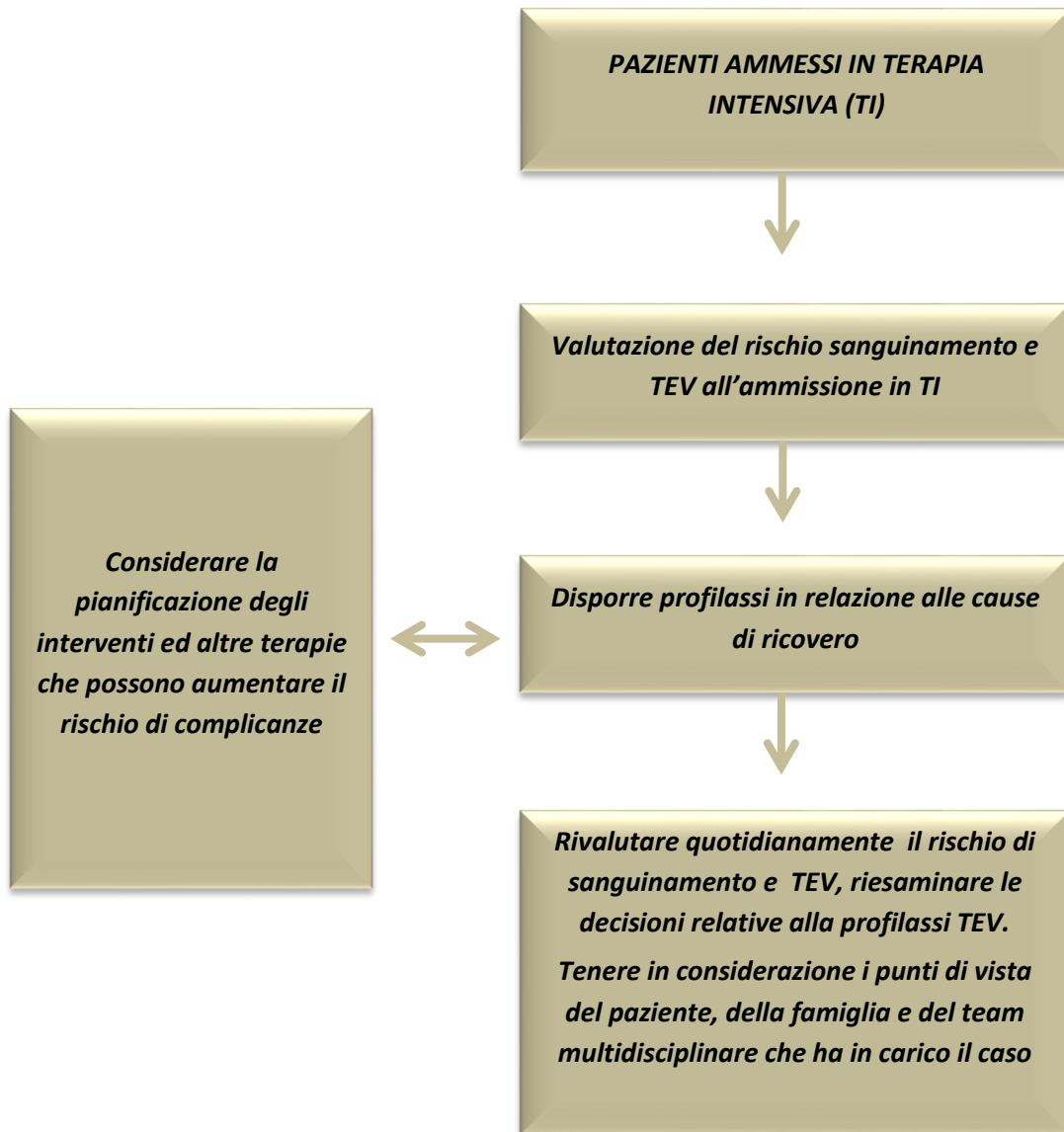
*Se basso rischio sanguinamento*

*Disporre profilassi farmacologica per TEV con EBPM (o ENF per pazienti con insuff. renale). Continuare sino a quando la mobilità non è più significativamente ridotta*

*Regolare rivalutazione del rischio TEV e sanguinamento*



**Pazienti Critici**



**Gravidanza e 6 Settimane Post-Parto**

**DONNE AMMESSE IN OSPEDALE  
DURANTE LA GRAVIDANZA E SINO A 6  
SETTIMANE DOPO IL PARTO**

**Interventi chirurgici pianificati (incluso  
taglio cesareo) ?**

**SI**

**NO**

**Considerare profilassi  
meccanica\* per TEV +  
EBPM (o ENF per pazienti  
con insuff. renale)**

**Considerare profilassi  
farmacologica per TEV  
con EBPM (o ENF per  
pazienti con insuff.  
renale), se presente  
almeno un fattore di  
rischio →**

#### **FATTORI DI RISCHIO**

- *Attesa riduzione della mobilità per un periodo ≥ 3gg.*
- *Neoplasia in fase attiva o in trattamento*
  - *Età > 35 aa*
- *Ricovero da terapia intensiva*
  - *Disidratazione*
- *Eccessiva perdita di sangue o trasfusione*
  - *Trombofilia conosciuta*
- *Obesità pre-gravidanza (BMI>30)*
- *Comorbidità significative come : cardiopatie, malattie endocrino-metaboliche o respiratorie, infezioni in fase acuta, patologie infiammatorie*
- *Storia personale positiva per TEV*
- *Gravidanza a rischio (incluso iperstimolazione ovarica, gravidanze multiple, pre-eclampsia, iperemesi gravidica, vene varicose con flebiti)*

- **Prima di somministrare la profilassi TEV:**
  - I. Valutare i rischi e i benefici**
  - II. Discuterla profilassi TEV con la donna e con i professionisti che sono a conoscenza dei protocolli di profilassi durante la gravidanza ed il post-parto**
  - III. Pianificare la profilassi TEV per minimizzare il rischio di sanguinamento**

### **ALLEGATO 3 – Tabelle Scale di Valutazione/ Strumenti**

Sistema di classificazione delle evidenze utilizzato per la selezione delle scale

#### **GRADING DELLE EVIDENZE**

A + = Più studi metodologicamente ben condotti e di buona grandezza campionaria

A = Studio metodologicamente ben condotto e di buona grandezza campionaria

B+ = Più studi contenenti almeno un bias importante (selezione, campionamento)

B = Studio contenente almeno un bias importante (selezione, campionamento)

C = Studio contenente più di un bias importante (selezione, campionamento)

Tabella 4 - Strumenti area internistico - geriatrico - nutrizionale - riabilitativa

| SCALA  | ACRONIMO | VARIABILE MISURATA  | VALIDITA'  | RIFERIMENTO BIBLIOGRAFICO   | GRADING |
|--|----------|---|--|---|---------|
| <b>Indice di Karnofsky</b>   | KPS      | Performance status  | IRR Pearson $\rho$ 0.95<br>IRR (diff. Obsv) Pearson $\rho$ 0.95  | <i>BMC Medical Informatics and Decision Making, 2013 Vol 13(72):supp.</i>   | A       |
| <b>Barthel Modificata</b>  | BI & BIM | Performance individuale in ADL  | Ammissione:<br>BI = IC Cronbach $\alpha$ 0.86<br>BIM= IC Cronbach $\alpha$ 0.90<br>Dimissione:<br>BI = IC Cronbach $\alpha$ 0.92<br>BIM= IC Cronbach $\alpha$ 0.92 | <i>J Clin Epidemiol 1989, Vol 42(8): 703-709.</i>   | A       |
| <b>Instrumental Activities Of Daily Living</b>                         | IADL     | Indice di dipendenza nelle attività strumentali della vita quotidiana | IRR Pearson $\rho$ 0.85  | <i>Best practice in Nursing Care to Older Adults 2013, Vol 23.</i>  | B(CAMP) |
| <b>Disability Rating Scale</b>   | DRS      | Valutazione disabilità  | IRR (r 0.93-0.98)<br>IC (Cronbach $\alpha$ 0.83-0.84)<br>CV (r 0.35-0.78)  | <a href="http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/">http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/</a> | A+      |
| <b>American Spinal Injury Association-Quantitative Sensory Testing</b> | ASIA_QST | Valutazione danno spinale   | TrTR Spearman $\rho$ 0.84-0.95   | <i>Journal of Rehabilitation Research &amp; Development 2009, Vol 46 (1): 69-84.</i>                              | A       |
| <b>Spinal Cord Independence Measure</b>                                | SCIM     | Valutazione indipendenza mieloleso                                    | IRR (Cohen k 0.65-0.98)<br>IC (Cronbach $\alpha$ 0.92)<br>CV (r 0.70-0.85)   | <a href="http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/">http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/</a> | A+      |
| <b>Motricity Index</b>   | MI       | Menomazione motoria   | IRR Spearman $\rho$ (0.76-0.88)  | <i>Journal of Neurology, Neurosurgery ,and</i>  | A+      |

| SCALA  | ACRONIMO | VARIABILE MISURATA             | VALIDITA'   | RIFERIMENTO BIBLIOGRAFICO   | GRADING |
|--|----------|--------------------------------|---|---|---------|
|  |          |                                |   | <i>Psychiatry 1990, Vol 53:576-579.</i>   |         |
| <b>Six minutes walking test</b>                | 6MWT     | Endurance del cammino          | TrR (ICC 0.80-0.99)<br>IRR (ICC 0.74-0.99)<br>CV (r 0.07-0.86 )                             | <a href="http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/">http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/</a> | A+      |
| <b>Confusion Assessment Method</b>             | CAM      | Delirium                       | SN 94-100 %<br>SP 89-955 %  | <i>JAGS 2008, Vol 56 (5): 823-830.</i>  | A+      |
| <b>Clock Drawing Test</b>                      | CDT      | Area cognitivo-comportamentale | TrR (r 0.70-0.94 )<br>IRR (r 0.88-0.97)<br>CV (r 0.10-0.22)<br>SN 55-74%<br>SP 42-74%       | <a href="http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/">http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/</a> | A+      |
| <b>Geriatric Depression Scale _SF15</b>        | GDS      | Area cognitivo-comportamentale | TrR (r 0.75)<br>IC (Cronbach $\alpha$ 0.89-0.99)<br>SN 75-81%<br>SP 65-78%                  | <a href="http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/">http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/</a> | A+      |
| <b>Mini Mental State Examination</b>           | MMSE     | Deterioramento cognitivo       | TrR (r 0.38-0.99)<br>IRR (ICC 0.69)<br>IC (Cronbach $\alpha$ 0.54-0.96)<br>CV (r 0.66-0.78) | <a href="http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/">http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/</a> | A+      |
| <b>Medical Research Council Dyspnoea Scale</b> | MRC-DS   | Valutazione dispnea            | IRR Cohen k 0.66-0.92   | <i>Chest 1988, Vol 93 (3):580-586.</i>  | B(CAMP) |
| <b>Charlson Comorbidity Index</b>              | CMI      | Indice di comorbidità          | C-stat (ROC curve)<br>0.83 (0.80-0.86)  | <i>BMJHeart 2014, Vol 100:288-294.</i>  | A       |
| <b>Modified Ranking</b>                        | MRS      | Disabilità globale             | TrTR Cohen k 0.81-0.99  | <i>Stroke 2007, Vol 8:1091-1096.</i>  | A+      |



| SCALA   | ACRONIMO | VARIABILE MISURATA               | VALIDITA'  | RIFERIMENTO BIBLIOGRAFICO   | GRADING |
|---|----------|----------------------------------|--|---|---------|
| <b>Scale</b>                                  |          |                                  |  |   |         |
| <b>Trunk Control Test</b>                     | TCT      | Controllo del tronco             | IRR (r 0.76 )<br>IC (Cronbach $\alpha$ 0.83-0.86)<br>CV (r 0.70-0.79)  | <a href="http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/">http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/</a> | A+      |
| <b>Mini Nutritional Assessment Short Form</b> | MNA-SF   | Stato nutrizionale               | SN 88.3-90.0%<br>SP 76.2-87.1 %<br>C-stat (ROC curve) 0.95<br>Spearman Correlation $\rho$ 0.88-0.90 (to comparison MNA)  | <i>The Journal of Nutrition, Health &amp; Aging 2009, Vol 13(9):782-788.</i>                                      | A       |
| <b>Nutritional Risk Screening</b>             | NRS      | Valutazione rischio denutrizione | SN 71-81%<br>SP 46-77 %<br>SN 80% (0.84-0.92)<br>SP 0.89% (0.84-0.92)  | 1. <i>Clinical Nutrition 2003, Vol 22(3):321-336.</i><br>2. <i>Clinical Nutrition 2012, Vol 31(2):206-211.</i>    | A+      |
| <b>Malnutrition Universal Screening Tool</b>  | MUST     | Malnutrizione                    | Concordance analysis to Youden test = Cohen k 0.86<br>SN 0.80<br>SP 0.89   | <i>British Journal of Nutrition 2012, Vol 108:343-348</i>   | A       |
| <b>Blaylock Risk Assessment Screening</b>     | BRASS    | Valutazione dimissione complessa | BRASS total score Spearman $\rho$ 0.93 (NL version)<br>BRASS total score IRR Cohen k 0.84 (USA version_ Blaylock et al.1992)<br>SN 21-56 %<br>SP 78-100 % Relativo a PADQ (questionario facente parte degli strumenti BRASS) | <i>Journal of Advanced Nursing 1999 Vol 30(5):1050-1056.</i>  | A       |

Tabella 5 - Strumenti area critica

| SCALA  | ACRONIMO | VARIABILE MISURATA | VALIDITA'  | RIFERIMENTO BIBLIOGRAFICO                       | GRADING |
|--|----------|--------------------|--|---|---------|
| <b>Glasgow Coma Scale (ambito medico/internistico)</b> | GCS      | Stato di coscienza | SN 79-96 % (trauma)<br>SP 77-97 % (trauma)<br>LR+ 5.5-32 (trauma)<br>LR- 0.04-0.53 (trauma)<br>SN 66-84 % (non trauma)<br>SP 77-96 % (non trauma)<br>LR+ 2.9-21 ( non trauma)<br>LR- 0.16-0.45 (non trauma)<br>IC Cronbach $\alpha$ 0.69<br>IRR Pearson $\rho$ 0.95<br>TrTV Spearman $\rho$                                  | <i>J ClinEpidemiol 1996, Vol 49(7):755-763.</i> | A+      |
| <b>Glasgow Pediatric Coma Scale</b>                    | GPCS     | Stato di coscienza | < 2aa predittività (ROC curve) per TAC 0.72 (0.56-0.87)<br>< 2aa predittività (ROC curve) per intervento in acuto 0.97 (0.94-1.00)<br>> 2aa predittività (ROC curve) per TAC 0.82 (0.76-0.87)<br>> 2aa predittività (ROC curve) per intervento in acuto 0.87 (0.83-0.92)<br>< 2aa IRR Cohen k 0.77<br>> 2aa IRR Cohen k 0.89 | <i>AcadEmerg Med 2005, Vol 12(9):814-818.</i>   | A+      |
| <b>Simplified Acute</b>                                | SAPS II  | Severity disease   | APD 0.83 (0.80-0.86)   | <i>1. British J of Anaesthesia 2008,</i>        | A+      |

| SCALA  | ACRONIMO     | VARIABILE MISURATA              | VALIDITA'  | RIFERIMENTO BIBLIOGRAFICO   | GRADING |
|--|--------------|---------------------------------|--|---|---------|
| <b>Physiology Score adulto e pediatrico</b>                                    |              | classification                  | ADP (Roc curve) 0.88 (0.87-0.90)<br>IC Cronbach $\alpha$ 0.81-0.95   | <i>Vol 101 (6):798-80.</i><br><i>2. JAMA 1993, Vol 270 (24):2957-2963.</i>  |         |
| <b>Ramsay Score</b>  | Ramsay Score | Livello di sedazione            | IRR Cohen k 0.87-0.93<br>IRR Cohen k 0.79-0.87<br>Spearman $\rho$ 0.89-0.92  | <i>1. Iranian J of CritCare Nursing S 2010, Vol 3(1): 39-44.</i><br><i>2. Intensive Care Med 2000, 26: 275-285.</i> | A+      |
| <b>American Society of Anesthesiologists Classification of Physical Status</b> | ASA          | Severity disease classification | IRR Cohen k 0.68<br>predict mortality<br>Spearman $\rho$ 0.74 (0.68-0.80)<br>predict myocardial injury<br>Spearman $\rho$ 0.75 (0.71-0.79)<br>IRR Cohen k 0.61 | <i>British Journal of Anaesthesia 2014</i>  | A       |
| <b>Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit</b>                 | CAM-ICU      | Delirio in TI                   | SN 94-100 %<br>SP 89-955 %   | <i>JAGS 2008, Vol 56 (5): 823-830.</i>  | A       |
| <b>Wells Score (ambito medico/internistico )</b>                               | WELLS        | Predittivo di embolia polmonare | IRR Cohen k 0.41-0.80 per criteri 1-3<br>IRR Cohen k 0.79-1.0 per criteri 4-7  | <i>Ann Emergency Med 2004, Vol 44 (5):503-510.</i>  | B       |
| <b>Evaluation Guideline Syncope Study_ Risk Score</b>                          | EGSYS        | Sincopi e presincopi            | SN 92.0% (76.9-98.2)<br>SP 69.0% (62.7-75.2)<br>LR +2.97 (2.40-3.25)<br>LR -0.12 (0.04-0.32)   | <i>Heart 2008, Vol 94:1620-1626.</i>  | A       |
| <b>Acute Physiology and Chronic Health</b>                                     | APACHE II    | Severity disease classification | (0.5 predicted risk)<br>SN 47%   | <i>1. Critical Care Medicine 1985, Vol 13(10):818-829.</i>  | A+      |

| SCALA   | ACRONIMO | VARIABILE MISURATA               | VALIDITA'   | RIFERIMENTO BIBLIOGRAFICO  | GRADING |
|---|----------|----------------------------------|---|--|---------|
| <b>Evaluation</b>   |          |                                  | SP 94.9 %<br>Corr 85.5 %<br>(0.9 predicted risk)<br>SN 7.3%<br>SP 99.8%<br>Corr 81.5 %<br>APD 0.80 (0.76-0.83)  | 2. <i>British J of Anaesthesia</i> 2008, Vol 101(6):798-803.   |         |
| <b>Sequential Organ Failure Assessment (ambito medico/internistico)</b>       | SOFA     | Sepsi/MOF                        | APD (Roc curve )<br>0.88 (SE 0.012)   | <i>Intensive Care Med</i> 1999, Vol25: 686-696.  | A       |
| <b>Clinical Prehospital Stroke Scale (ambito medico/internistico)</b>         | CPSS     | Valutazione ictus preospedaliero | SN 11-66% (physicians)<br>SP 87-99% (physicians)<br>SN 13-59% (ph care providers)<br>SP 88-98% (ph care providers)<br>Calcolate separatamente per i 3 item SN 66% SP 87% (item 1) | <i>Ann Emergency Med</i> 1999, Vol 33 (4):373-378.   | B       |
| <b>National Institute of Health Stroke Scale (ambito medico/internistico)</b> | NIHSS    | Valutazione ictus                | (SN 72-99%<br>SP 25-89%<br>Calcolate separatamente per 4 intervalli di score SN 93% SP 46% (intervallo 3)<br>TrR (ICC 0.75-0.99)IRR (ICC 0.95)                                    | <i>Stroke</i> 1999, Vol 30:1534-1537.<br><br><a href="http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/">http://www.rehabmeasures.org/Lists/RehabMeasures/</a> | A+      |
| <b>Global Registry Acute Coronary Events</b>                                  | GRACE    | Sindromicoronariche acute        | C-stat (ROC curve)<br>0.84 (0.82-0.86) H Mortality<br>C-stat (ROC curve)  | 1. <i>Am Heart J</i> 2009, Vol 158: 392-399.<br>2. <i>Heart</i> 2006, Vol 92:905-909.  | A+      |

| SCALA  | ACRONIMO    | VARIABILE MISURATA                              | VALIDITA'   | RIFERIMENTO BIBLIOGRAFICO   | GRADING |
|--|-------------|---|---|---|---------|
| <b>(ambito medico/internistico)</b>  |             |   | 0.76-0.81post dis Mortality<br>C-stat (ROC curve)<br>0.82-0.86H Mortality<br>0.78-0.816mon Mortality<br>C-stat (ROC curve)<br>0.861(0.80-0.91 Mortality   | 3. <i>Am Heart J</i> 2010, Vol 160: 826-834.<br>4. <i>Rev Esp Card</i> 2010, Vol 63(6): 640-648.          |         |
| <b>Age Blood pressure<br/>Clinical features<br/>Duration on symptoms and diabetes 2<br/>(ambito medico/internistico)</b> | ABCD2       | Valutazione TIA                                 | SN 1.8-100% (TIA a 7d)<br>SP 0.7-97.1% (TIA a 7d)<br>SN 1.4-99.3% (TIA a 90d)<br>SP 0.7-97.4% (TIA a 90d)<br>Calcolate separatamente per i 6 item SN 71% SP 32% (item 3)<br>C-stat (ROC curve)<br>0.62-0.83 | 1. <i>CMAJ</i> 2011, Vol 183(10):1137-1145.<br>2. <i>Lancet</i> 2007, Vol 369: 283-292.                   | A+      |
| <b>Congestive heart failure,<br/>Hypertension, Age &gt;75 years, Diabetes mellitus, prior Stroke Vasc2</b>               | CHADSVAS C2 | Predittiva sulla FA                             | SN 33-92%<br>SP 12-96%<br>Calcolate separatamente per 4 intervalli di score SN 79% SP 42% (intervallo 2)  | <i>ThrombHaemost</i> 2011, Vol 106: 528-538.  | A       |
| <b>Glasgow-Blatchford Bleeding score</b>   | GBS         | Prognosi sanguinamento tratto gastrointestinale | SN 78-99%<br>SP 6-75%<br>Calcolate separatamente per 7 intervalli di score SN 91% SP 46% (intervallo4)<br>SN 86.5-100%<br>SP 1.4-69%<br>Calcolate separatamente per 4 intervalli                            | 1. <i>Am J of Emerg Med</i> 2012, Vol 30:673-679.<br>2. <i>Turk J Gastroent</i> 2012, Vol 23(5): 448-455. | A+      |

| SCALA   | ACRONIMO | VARIABILE MISURATA                 | VALIDITA'  | RIFERIMENTO BIBLIOGRAFICO  | GRADING |
|---|----------|------------------------------------|--|--|---------|
|   |          |                                    | di score SN 96% SP 37% (intervallo2)   |  |         |
| <b>Revised Trauma Score DEU</b>   | RTS      | Valutazione paziente traumatizzato | SN 59-94 %<br>SP 26-82 %   | <i>JEPHC 2004, Vol 2 (1-2):1-9.</i>  | A       |
| <b>Confusion Urea Respiratory Blood pressure 65 (&gt; age) (ambito medico/internistico)</b> | CURB65   | Predittiva mortalità per polmonite | SN 2.5-100%<br>SP 0-99% (score 0-5) Calcolate separatamente per 6 intervalli di score<br>SN 71% SP 69% (intervallo 3)<br>SN 2.5-100%<br>SP 0-99% (score 0-4) Calcolate separatamente per 5 intervalli di score<br>SN 73% SP 59% (intervallo 2)<br>SN 5-100%<br>SP 0-99% (score 0-5) Calcolate separatamente per 6 intervalli di score<br>SN 75% SP 74% (intervallo 3)<br>SN 5-100%<br>SP 0-99% (score 0-4) Calcolate separatamente per 5 intervalli di score<br>SN 80% SP 61% (intervallo 2) | <i>1. Thorax 2007, Vol 62:253-259.<br/>2. Thorax 2003, Vol 58:377-382.</i> | B+      |

#### Abbreviazioni utilizzate nelle tabelle

|   |   |
|---|---|
| AUC = Area Under Curve<br>APD = Adjustment Probabilities of Death<br>CV = Construct Validity<br>IC = Internal Consistency<br>ICC = Intraclass Correlation<br>IRR = Inter – Rater Reliability<br>LR+ = Likelihood Ratio positive | LR - = Likelihood Ratio negative<br>ROC Curve = Receiver Operating Characteristic Curve<br>SN = Sensibilità<br>SP = Specificità<br>TrR = Test –Retest Reliability<br>NR = Non Reperiti studi di validazione |
|---|---|

Tabella 6 – Elenco scale scelte - area internistico - geriatrico - nutrizionale - riabilitativa, area critica e altre scale.

| N. | SCALA   | ACRONIMO   | GRADING |
|----|---|------------|---------|
| 1  | 6 Minute Walking Test   | 6MWT       | A+      |
| 2  | Age Blood pressure Clinical features Duration of symptoms and Diabetes 2                | ABCD2      | A+      |
| 3  | American Society of Anesthesiologists Classification Status                             | ASA        | A       |
| 4  | American Spinal Association - Quantitative Sensory Testing                              | ASIA-QST   | A       |
| 5  | Barthel Index Modified  | BIM        | A       |
| 6  | Bheavioral Pain Scale   | BPS        | B       |
| 7  | Braden Scale  | BRADEN     | manca   |
| 8  | Blaylock Assessment Screening   | BRASS      | A       |
| 9  | Confusion Assessment Method   | CAM        | A+      |
| 10 | Confusion Assessment Method for the Intensive Care Unit                                 | CAM-ICU    | A       |
| 11 | Clock Drawing Test  | CDT        | A+      |
| 12 | Congest. heart fail. Hyperten. Age Diab. Stroke Vasc dis. Age Sex                       | CHADS vasc | A       |
| 13 | Clinical Prehospital Stroke Scale   | CPSS       | B       |
| 14 | Confusion Urea Respiratory Blood pressure 65 (> age)                                    | CURB65     | B+      |
| 15 | Disability Rating Scale   | DRS        | A+      |
| 16 | Evaluation Guideline Syncope Study Risk Score   | EGSYS      | A       |
| 17 | Face Legs Activity Cry Consolability Scale  | FLACC      | A       |
| 18 | Glasgow Blatchford Bleeding Score   | GBS        | A+      |
| 19 | Glasgow Coma Scale  | GCS        | A+      |
| 20 | Geriatric Depression Scale  | GDS-SF15   | A+      |
| 21 | Glasgow Pediatric Coma Scale  | GPGS       | A+      |
| 22 | Hypertension Abnormal renal and liver function Stroke Bleeding Elderly Drugs or alcohol | HASBLED    | A       |
| 23 | Instrumental Activities of Daily Living   | IADL       | B       |
| 24 | Karnofsky Performance Status  | KPS        | A       |
| 25 | Motricity Index   | MI         | A+      |

|           |  |                 |                |
|-----------|--|-----------------|----------------|
| 26        | Mini Mental State Examination  | MMSE            | A+             |
| 27        | Mini Nutritional Assessment - Short Form                                       | MNA-SF          | A              |
| 28        | Medical Research Council Dyspnoea Scale  | MRC-DS          | B              |
| 29        | Modified Ranking Scale   | MRS             | A              |
| 30        | Malnutrition Universal Screening Tool  | MUST            | A              |
| 31        | National Institute of Health Stroke Scale                                      | NIHSS           | A+             |
| 32        | Neonatal Infant Pain Scale   | NIPS            | B+             |
| 33        | National (US) Pressure Ulcer Advisory Panel - European Press. Ulcer Adv. Panel | NPUAP-EPUAP     | A+             |
| 34        | Numerical Rating Scale   | NRS             | A+             |
| 35        | Nutritional Risk Screening   | NRS (nutriz)    | A+             |
| 36        | Padua Prediction Score   | PPS             | A              |
| 37        | Pain Assessment Advanced Dementia  | PAINAD          | A              |
| 38        | Ramsay Score   | Ramsay          | A+             |
| 39        | Revised Trauma Score   | RTS             | A              |
| 40        | Spinal Cord Independence Measure   | SCIM            | A              |
| 41        | Short Physical Performance Battery   | SPPB            | A              |
| 42        | Trunk Control Test   | TCT             | A+             |
| 43        | Wells Score  | Wells Score     | B              |
| <b>N.</b> | <b>APPLICATIVI /SCALE</b>  | <b>ACRONIMO</b> | <b>GRADING</b> |
| 44        | Acute Physiology and Chronic Evaluation  | APACHE II       | A+             |
| 45        | Charlson Comorbidity Index   | CMI             | A              |
| 46        | Global Registry Acute Coronary Events  | GRACE           | A+             |
| 47        | Sequential Organ Failure Assessment  | SOFA            | A              |
| 48        | Semplified Acute Physiology Score  | SAPS II         | A+             |



## **BIBLIOGRAFIA**

### **Area anamnestico-descrittiva e Area Accertamento e Pianificazione assistenziale infermieristica**

- DGR 1706/2009
- Timby BK. Fondamenti di assistenza infermieristica, McGraw-Hill, Milano, 2011.
- Fabbri C, Montalti M. L'infermiere. Manuale teorico-pratico di infermieristica. Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2013.
- Magon G, Suardi T. Primary Nursing. Maggioli Editore, Santarcangelo di Romagna, 2013.
- McCloskey Dochterman J, Bulechek GM. Classificazione NIC degli interventi infermieristici. CEA, Milano, 2007.
- Carpenito LJ. Diagnosi infermieristiche. Applicazione alla pratica infermieristica. CEA, Milano, 2010.
- Carpenito LJ. Manuale tascabile delle diagnosi infermieristiche. CEA, Milano, 2011.
- Carpenito LJ. Piani di assistenza infermieristica e documentazione. CEA, Milano, 2011.
- Lunney M. Il pensiero critico nell'assistenza infermieristica. Casi clinici con NANDA-I, NOC e NIC. CEA, Milano, 2010.
- Johnson M. Diagnosi infermieristiche, risultati, interventi. Collegamenti NANDA, NOC, NIC. CEA, Milano, 2005.
- Gordon M. Diagnosi infermieristiche. Processo e applicazioni. CEA, Milano, 2009.
- Casati M. La documentazione infermieristica. McGraw-Hill, Milano, 2005.
- Nanda International. Diagnosi infermieristiche. Definizioni e classificazione 2009-2011. CEA, Milano, 2009.
- Chiari P, Santullo A. L'infermiere case manager. Dalla teoria alla prassi, McGraw-Hill, Milano, 2010.
- Moorhead S, Johnson M, Maas M. Classificazione NOC dei risultati infermieristici. CEA, Milano, 2007.
- De Meester K, Verspuy M, Monsieurs KG, et al. SBAR improve nurse-physician communication and reduces unexpected death: a pre and post intervention study. Resuscitation 2013;84:1192-6.
- Cartella Paziente Integrata (CPI), Ministero della Salute
- Castellucci M, Nanni I. Processo infermieristico. Utilizzo delle diagnosi secondo il modello carpenito. In Mongardi M. L'assistenza all'anziano. Ospedale, territorio, domicilio. McGraw Hill, Milano, 2011.

- Randmaa M, Mårtensson G, Leo Swenne C, et al. SBAR improve communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: a prospective intervention study. *BMJ Open* 2014;4:1-8.
- DM 739/94 – Profilo Professionale dell’Infermiere

### **Area ostetrica**

- Delibera n.533 del 21/4/2008 “Direttiva alle Aziende sanitarie in merito al programma percorso nascita” individua l’ostetrica/o come competente all’assistenza/sorveglianza delle gravidanze a basso rischio;
- La Delibera n.1803 del 16/11/2009 “Indicazioni generali alle Aziende sanitarie per l’attivazione, l’organizzazione ed il funzionamento delle attività di Day Service ambulatoriale (DSA)”;
- Delibera n.427 del 6/4/2009 “Linee di indirizzo regionali di attuazione del PSSR 2008 - 2010 per l’ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali”;
- Delibera n. 1097 del 27 luglio 2011 “Indicazioni alle Aziende Sanitarie per la presa in carico della gravidanza a basso rischio in regime di DSA2 a gestione dell’ostetrica”;
- Delibera n. 1704 del 19 novembre 2012 “Recepimento delle linee guida “Gravidanza fisiologica” del Sistema Nazionale Linee Guida ed indicazioni per l’accesso alle prestazioni a tutela della maternità in regione Emilia-Romagna”;
- Circolare 13/2013 “Indicazioni alle Aziende sanitarie per l’assistenza alla gravidanza nell’ambulatorio della gravidanza fisiologica a termine organizzato e gestito da ostetriche”;
- ACOG Practice Bulletin. Clinical management guidelines for obstetrician-Gynecologists. Intrapartum Fetal Heart Rate Monitoring: Nomenclature, Interpretation, and General Management Principles. Number 106, July 2009.
- American College of Obstetricians and Gynecologists. Management of intrapartum fetal heart rate tracings. ACOG practice bulletin no. 116. *Obstet Gynecol* 2010;116: 1232-40.
- NHS: Perinatal Institute - Pregnancy Notes Versione 14.1 - Marzo 2014;
- NHS: Perinatal Institute - Birth notes Versione 13.1 - Settembre 2013;
- NHS: Perinatal Institute - Postnatal Notes for Mother Versione 13.2 - Agosto 2013;
- NHS: Perinatal Institute - Postnatal Notes for Baby Versione 13.2 - Settembre 2013;
- NHS: Labour Risk Assessment Proforma for care in labour Versione 3.0 - Mar 2012;
- Canterbury DHB Volume 11: Clinical Early Warning Score (EWS) Management Protocol  
Giugno 2013;
- NHS: Norfolk and Norwich University Hospitals,- Trust Guideline for the use of the Modified Early Obstetric Warning Score (MEOWS) in detecting the seriously ill and deteriorating woman. Agosto 2014.

## **Area informazione e consenso**

### *Riferimenti Normativi*

Accertamento diagnostico HIV Art. 5 L. 135 del 5/6/1990

### *Donazione e Trasfusione di sangue*

Art.3 L. n.107 del 4/5/90 DM del 15/1/1991, in G.U. n. 20 del 24/1/1991

Art.12 DM 25/1/2001 in G.U. n. 78 del 3/4/01

Art.10 DM 26/1/2001 in G.U. n. 78 del 3/4/01 Art.4 L. n.52 del 6/3/2001

L. n.219 del 21/10/2005

Decreto Legislativo 9/11/2007, n. 207

Attuazione della direttiva 2005/61/CE che applica la direttiva 2002/98/CE per quanto riguarda la prescrizione in tema di rintracciabilità del sangue e degli emocomponenti destinati a trasfusioni e la notifica di effetti indesiderati ed incidenti gravi

Decreto Legislativo 20/12/2007, n. 261 (G.U. 23.01.2008)

Revisione del decreto legislativo 19 agosto 2005, n. 191, recante attuazione della direttiva 2002/98/CE che stabilisce norme di qualità e di sicurezza per la raccolta, il controllo, la lavorazione, la conservazione e la distribuzione del sangue umano

Decreto Ministeriale 21/12/2007 (GU n. 13 del 16-1-2008)

Nuova disciplina delle attività trasfusionali e della produzione nazionale di emoderivati

Decreto Ministeriale 2 novembre 2015 (GU Serie Generale n.300 del 28-12-2015 - Suppl. Ordinario n. 69) Disposizioni relative ai requisiti di qualità e sicurezza del sangue e degli emocomponenti –

Art. 24- Art. 25 –Allegato VII

### *Donazione di tessuti e di Organi tra persone viventi*

Art. 2 e 4 L. n. 458 del 26/6/1967, Art. 1 L n. 483 del 16/12/1999

*Elettroshockterapia* – Circolare Ministero della Sanità del 13/3/1999

*Interruzione volontaria di gravidanza - Art 5 e 12 L. n. 194 del 22/5/1978*

*Prelievo e Innesto di cornea - Art. 1 L. n. 301 del 12/8/1993*

*Procreazione medicalmente assistita- Art. 6 L. n. 40 del 19/2/2004*

DM del 21/7/2004, in G.U. n. 191 del 16/8/2004

DM del 1/7/2015 in G.U. Serie Generale , n. 161 del 14/07/2015 Linee guida contenenti le indicazioni delle procedure e delle tecniche di procreazione medicalmente assistita

### *Sperimentazione clinica*

DM del 27/4/1992 (all.1, cap. I, 1.8 – 1.15 ), in G.U. n. 139 del 15/6/1992

DM del 15/07/1997 (all. 1 paragrafo 4.8), in G.U. n. 191 del 18/8/97

DL n. 23 del 17/2/1998 convertito in L. n. 94 del 8/4/1998 (art. 1, comma 2; art. 3 comma 2 e art. 5 comma 3)

Art. 5 comma 6 DLgs n..187 del 26/5/2000

Art.4 DM 8/5/2003 in G.U. Serie Generale , n. 173 del 28/07/2003

Art. 3 comma 1 DLgs n..211 del 24/6/2003

Art. 3 comma 4 DLgs n..200 del 6/11/2007

#### *Riferimenti deontologici*

Codice di deontologia medica del 18 maggio 2014- Titolo IV “Informazione e comunicazione. Consenso e dissenso”.

Art. 33. Informazione e comunicazione con la persona assistita

Art. 34. Informazione e comunicazione a terzi

Art. 35. Consenso e dissenso informato

Art. 36. Assistenza di urgenza e di emergenza

Art. 37. Consenso o dissenso del rappresentante legale

Art. 38. Dichiarazioni anticipate di trattamento

Art. 39. Assistenza al paziente con prognosi infausta e con definitiva compromissione dello stato di coscienza

#### *Riferimenti giuridici*

Cassazione Civile, Sez. III, 8 ottobre 2011, n. 24791

Cassazione Civile, Sez. III, 16 maggio 2013, n. 11950

Cassazione Civile, Sez. III, 4 giugno 2013, n. 14024

Cassazione Civile, Sez. III, 31 luglio 2013, n. 18334

Cassazione Civile, Sez. III, 20 agosto 2013, n. 19220

Cassazione Civile, Sez. III, 24 ottobre 2013, n. 24109

Cassazione Civile, Sez. III, 19 settembre 2014, n. 19731

Cassazione Civile, Sez. III, 30 settembre 2014, n. 20547

Cassazione Civile, Sez. III, 13 febbraio 2015, n. 2854

Cassazione Civile, Sez. III, 12 giugno 2015, n. 12205

Cassazione Penale, Sez. IV, 19 aprile 2013, n.18185

Cassazione Penale, Sez. IV, 17 ottobre 2013, n. 42656

Cassazione Penale, Sez. III, 11 dicembre 2013, n. 27751

Cassazione Penale, Sez. IV, 22 maggio 2015, n. 21537

#### *Altri Riferimenti*

Raccomandazione n.5/ 2008 - Raccomandazione per la prevenzione della Reazione Trasfusionale da Incompatibilità ABO – Ministero della Salute – Dipartimento della Qualità – Direzione Generale della Programmazione sanitaria, dei Livelli di assistenza e dei principi etici di sistema (Ufficio III)

Tecnologie per la sicurezza nell'uso del sangue. Sussidi per la gestione del rischio 5. Dossier 122-2006 Agenzia Sanitaria RER

### **Area operatoria**

- Circolare N. !8 del 5 dicembre 2016 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare
- Protocollo regionale Sorveglianza Infezioni del Sito Chirurgico,2006
- Circolare Ministeriale n.61 del 19 dicembre 1986
- Nota Ministero Sanità Prot. N. 900.2/2.7/190 del 14 Marzo 1996
- Legge 675/96 e successive modifiche ed integrazioni (D.Lgs n. 196/2003)
- Manuale per la sicurezza in sala operatoria: Raccomandazioni e Checklist, Raccomandazione del Ministero della Salute Ottobre 2009
- Linee guida “Tracciabilità, Raccolta, Trasporto, Conservazione e Archiviazione di cellule e tessuti per indagini diagnostiche di Anatomia Patologica, Ministero della Salute, Maggio 2015

### *Profilassi Tromboembolismo Venoso (TEV)*

- Gould MK et al. Prevention of VTE in Nonorthopedic Surgical Patients. Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. Chest 2012;141(2)Suppl):E227s–E277s.
- Caprini JA. Thrombosis risk assessment as a guide to quality patient care. Dis Mon. 2005;51(2-3):70-78.
- Caprini JA et al. Clinical assessment of venous thromboembolic risk in surgical patients. Semin Thromb Hemost. 1991;17(suppl 3):304-312
- Rogers SO Jr et al. Multivariable predictors of postoperative venous thromboembolic events after general and vascular surgery: results from the patient safety in surgery study. J Am Coll Surg. 2007;204(6):1211-122.
- Bahl V et al. A validation study of a retrospective venous thromboembolism risk scoring method. Ann Surg. 2010; 251(2):344-350.
- Pannucci CJ et al. Validation of the Caprini risk assessment model in plastic and reconstructive surgery patients. J Am Coll Surg. 2011;212(1):105-112.
- Chopard P, Spirk D, Bounameaux H. Identifying acutely ill medical patients requiring thromboprophylaxis. J Thromb Haemost 2006; 4: 915-916.
- Barbar S, Noventa F, Rossetto V, Ferrari A, Brandolin B, Perlati M, De Bon E, Tormene D, Pagnan A, Prandoni P. A risk assessment model for the identification of hospitalized medical

patients at risk for venous thromboembolism: the Padua Prediction Score. *J Thromb Haemost* 2010; 8: 2450–7.

- Spyropoulos AC, Anderson FA Jr, Fitzgerald G et al. Predictive and Associative Models to Identify Hospitalized Medical Patients at Risk for VTE. *Chest* 2011; 140(3):706–714.
- Mahan CE, Liu Y, Turpie AG et al. External validation of a risk assessment model for venous thromboembolism in the hospitalised acutely-ill medical patient (VTE-VALOURR). *Thromb Haemost* 2014; 112: 692–699.
- Nendaz M, Spirk D, Kucher N, et al. Multicentre validation of the Geneva Risk Score for hospitalised medical patients at risk of venous thromboembolism. Explicit ASsessment of Thromboem- bolic RiSk and Prophylaxis for Medical PATients in SwitzERland (ESTIMATE). *Thromb Haemost* 2014; 111: 531-538.
- Kahn SR, Lim W, Dunn AS Prevention of VTE in Nonsurgical Patients. *Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis*, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012; 141(2)(Suppl):e195S–e226S.
- Decousus H, Tapson VF, Bergmann JF et al. Factors at Admission Associated With Bleeding Risk in Medical Patients. Findings From the IMPROVE Investigators. *CHEST* 2011; 39(1):69–79.
- Prevention of Venous Thromboembolism. NICE clinical guideline 92. Reducing the risk of venous thromboembolism (deep venous thrombosis and pulmonary embolism) in patients admitted to hospital. Downloaded from: [www.nice.org.uk/guidance/CG92](http://www.nice.org.uk/guidance/CG92)

#### - **Scale di valutazione**

- I riferimenti bibliografici sono inseriti nelle tabelle 4,5,6 alla voce *riferimento bibliografico*
- Circolare N. 6 del 7 luglio 2016 della Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare
- Santullo A. Le scale di valutazione in sanità. McGraw-Hill, Milano, 2008.

#### **Area Ricognizione Farmacologica, FUT e Grafica multiparametrica**

- DGR 1706/2009
- Raccomandazione Regionale Sicurezza nella terapia farmacologica per la sicurezza nella terapia farmacologica : Corretta gestione delle forme farmaceutiche orali” N° 4, Ottobre 2015
- Linee di indirizzo per la gestione clinica dei farmaci rivolta alle strutture del Servizio Sanitario Regionale, Revisione della versione novembre 2011 (Rev. 4/2014)
- Raccomandazioni Regionali: la ricognizione e la riconciliazione farmacologica: Raccomandazione regionale n. 2, ottobre 2015 e Raccomandazione regionale n. 3, novembre 2013.

## **Relazione integrata dimissione/trasferimento**

- Dlgs 502/92 e successive modificazioni (definizione delle figure professionali art. 6, comma 3).
- Decreto Ministeriale 29 marzo 2001.
- Codice di Deontologia Medica, 16 dicembre 2006.
- Disposizioni in materia di professioni sanitarie. Legge 26 febbraio 1999, n. 42.
- Codice Deontologico dell'Infermiere, febbraio 1999.
- DM 739/1994.
- Legge n. 251 del 10 agosto 2000.
- Istituzione del servizio sanitario nazionale. Legge n. 833 del 23 dicembre 1978.
- Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge n. 419 del 30 novembre 1998. Decreto Legislativo n. 229 del 19 giugno 1999.
- Occorsio V. Dalla Relazione clinica alla Cartella Clinica. In: Occorsio V (a cura di). Cartella clinica e responsabilità medica (Capitolo 2). Milano: Giuffrè Editore, 2011; pp. 15-68
- Codice dell'Amministrazione Digitale. Decreto legislativo n. 235/2010.
- Boscolo-Berto R, Viel G et al., L'infermiere e la lettera di dimissione integrata quale strumento emergente: principi teorici, deontologici e normativi. Pratica Medica & Aspetti Legali. Vol 6. N 3, 2012.
- Haig KM, Sutton S, Whittington J. SBAR: A Shared Mental Model for Improving Communication Between Clinicians. Journal on quality and patient safety 2006, 32(3): 167-175.  
<http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/SBARToolkit.aspx>