



AZIENDA SANITARIA LOCALE DELLA PROVINCIA DI BARI

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N.	<u>0508</u>
Del	<u>13 MAR. 2018</u>

Oggetto: Adozione della “*Check-list per la registrazione delle attività di verifica*” nella ASL Bari – Gestione del Rischio Clinico nell’ADI di III livello.

IL DIRETTORE GENERALE

con l’assistenza del Segretario, sulla base della istruttoria del Funzionario Amministrativo di Direzione Generale - Direzione Sanitaria Aziendale Avv. Gianpaolo Parisi e della proposta formulata dal Direttore U.O.C. Rischio Clinico e Qualità Dott. Vincenzo Defilippis, che ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità, considera e determina quanto segue.

PREMESSO :

- che la C.V.L.P. Commissione Aziendale Permanente Verifica, Controllo e Validazione Linee Guida e Percorsi Diagnostico - Terapeutici ed Assistenziali della ASL BARI, nella seduta del 09.02.2018 - giusta convocazione prot. n. 24613/1 del 29.01.2018 - ha esaminato, espresso parere positivo ed approvato la “*Check-list per la registrazione delle attività di verifica*” nella ASL Bari – Gestione del Rischio Clinico nell’ADI di III livello, al fine di essere adottata con apposito provvedimento deliberativo della Direzione Generale della ASL Bari, così come risulta agli atti e da verbalizzazione del 09.02.2018 - prot. n. 52509/1 del 27.02.2018;

PRESO ATTO :

- della nota del 09.02.2018 - a margine della check list *de quo* proposta dalla Direzione U.O.C. Rischio Clinico - ed a seguito di quanto nella medesima disposto, d’ordine del Direttore U.O.C. Rischio Clinico e Responsabile Sanitario della Commissione C.V.L.P. della ASL Bari di predisporre apposito atto deliberativo di adozione della “*Check-list per la registrazione delle attività di verifica*” nella ASL Bari – Gestione del Rischio Clinico nell’ADI di III livello, così come da schema allegato che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

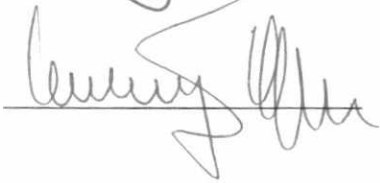
IL FUNZIONARIO RESPONSABILE

AVV. GIANPAOLO PARISI



IL DIRETTORE U.O.C. RISCHIO CLINICO

DOTT. VINCENZO DEFILIPPIS



Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario.

Assunto quanto in premessa.

Per le motivazioni esposte in premessa, che qui si intendono completamente acquisite e che formano parte essenziale e fondamentale del presente atto dispositivo.

DELIBERA

- di prendere atto che la narrativa sopra riportata è ritenuta parte costitutiva e basilare della presente disposizione deliberativa;
- di adottare la “*Check-list per la registrazione delle attività di verifica*” nella ASL Bari – Gestione del Rischio Clinico nell’ADI di III livello, così come da allegato atto che forma parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
- di trasmettere copia del presente provvedimento alle Direzioni Mediche e Amministrative dei Presidi Ospedalieri, alle Direzioni dei Distretti Socio Sanitari, alle Direzioni di Area di Gestione della ASL BARI per la predisposizione degli adempimenti successivi di competenza;

Il Dirigente Responsabile del Procedimento, sulla base della propria istruttoria e proposta ne attesta la regolarità formale del procedimento ed il rispetto della legalità; nel sottoscrivere il presente atto, evidenzia che la stesso non comporta alcun onere, ovvero alcun costo aggiuntivo a carico della ASL BARI.

9/2/2018
 Apposito
 [Signature]

GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO NELL'ADI DI III LIVELLO

PAZIENTE (Nome e Cognome): Data di nascita: .../.../.....

DSS n.:

Check-list per la registrazione delle attività di verifica

GESTIONE PRESIDI

Data compilazione check- list: ____/____/____ Ora: ____:____:____

Fasi del processo	Oggetto di verifica	Valutazione POSITIVA	Insufficienza rilevata	Insufficienza risolta
Ricognizione presidi	<input type="checkbox"/> Cannule tracheostomiche: presenti almeno 2 confezioni integre aventi le stesse caratteristiche della cannula del paziente (azienda produttrice, OD, ID, fenestrata/non fenestrata)	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Pallone AMBU (pallone rigido con valvola espiratoria) presente a domicilio ed immediatamente disponibile	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Circuiti paziente: presenti almeno 2 circuiti di ricambio uguali a quello in dotazione al paziente (ad es. a doppio tubo con bicchierini raccogli condensa)	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Cateteri MOUNT: almeno 30 pezzi disponibili	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Sondini di aspirazione: almeno 200 pezzi disponibili	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Filtri HME: almeno 30 pezzi disponibili <u>oppure</u> <input type="checkbox"/> Camere di Umidificazione per Termoumidificatore: almeno 1 pezzo disponibile	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione

OPERATORE (nome, cognome e firma)



h4

Fasi del processo	Oggetto di verifica	Valutazione POSITIVA	Insufficienza rilevata	Insufficienza risolta
Ricognizione presidi	<input type="checkbox"/> Filtri spugnette antipolvere riutilizzabili ove presenti nel ventilatore: almeno 1 pezzo disponibile	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Metalline: almeno 30 pezzi disponibili	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Collarini reggi-cannula o fascetta di fissaggio: almeno 6 pezzi disponibili	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> SONDA PEG: almeno 2 sonde disponibili aventi le stesse caratteristiche di quella del paziente (azienda produttrice, diametro in Fr o Ch)	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Il Paziente non ha sonda PEG	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Deflussori per nutrizione artificiale attraverso PEG: almeno 30 pezzi disponibili	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Siringoni da 50-60 ml con connessione compatibile con PEG: almeno 30 pezzi disponibili	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Confezione/Flacone per nutrizione enterale: almeno la quantità necessaria per 30 giorni di alimentazione	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Filtro per aspiratore: almeno 1 pezzo disponibile	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
<input type="checkbox"/> Tubo per aspiratore: almeno 1 pezzo disponibile	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione	

OPERATORE (nome, cognome e firma)



llh

Fasi del processo	Oggetto di verifica	Valutazione POSITIVA	Insufficienza rilevata	Insufficienza risolta
Ricognizione Apparecchiature <u>DISPONIBILITA' APPARECCHIATURE</u>	<u>PAZ. VENTILATO H24</u> <input type="checkbox"/> Ventilatori: presenti a domicilio del paziente 2 ventilatori automatici identici	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<u>PAZ. VENTILATO DISCONTINUAMENTE</u> <input type="checkbox"/> Ventilatori: presente a domicilio del paziente ALMENO 1 ventilatore automatico (se presenti 2 ventilatori, questi devono essere identici)	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Aspiratori: : presenti a domicilio del paziente 2 aspiratori uno dei quali funzionanti sia ad alimentazione elettrica che a batteria integrata.	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Termoumidificatore:	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Il Paziente non ha il termoumidificatore	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Saturimetro funzionante ad alimentazione elettrica ed a batteria	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Nutripompa per nutrizione artificiale ad alimentazione elettrica ed a batteria	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Il Paziente non ha la Nutripompa	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione

OPERATORE (nome, cognome e firma)



llh

Fasi del processo	Oggetto di verifica	Valutazione POSITIVA	Insufficienza rilevata	Insufficienza risolta
	<input type="checkbox"/> Materassino antidecubito	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Bombola di O ₂ presente a domicilio del paziente	<input type="checkbox"/> OK <input type="checkbox"/> Il Paziente non ha la Bombola di O ₂ perché non prescritta	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
VERIFICA COLLEGAMENTI	<input type="checkbox"/> Verifica generale del buono stato di cavi e prese e della presenza di alimentatore e batteria esterna del ventilatore correttamente posizionati.	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Ventilatori entrambi collegati alla rete elettrica	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Aspiratori entrambi collegati alla rete elettrica	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Termoumidificatore collegato alla rete elettrica	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Nutripompa per nutrizione artificiale collegata alla rete elettrica (se previsto nella scheda tecnica)	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione

OPERATORE (nome, cognome e firma)



llk

Fasi del processo	Oggetto di verifica	Valutazione POSITIVA	Insufficienza rilevata	Insufficienza risolta
VERIFICA FUNZIONAMENTO	<input type="checkbox"/> Materassino antidecubito collegato alla rete elettrica	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Corretto collegamento tra Bombola di O ₂ e ventilatore (in particolare verificare che NON sia interposta camera di umidificazione)	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Ventilatori: i 2 ventilatori automatici identici hanno la stessa impostazione di modalità di ventilazione e parametri secondari, e sono normofunzionanti	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Aspiratori: i 2 aspiratori sono normofunzionanti (1 di essi sia ad alimentazione elettrica che a batteria integrata)	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Il circuito paziente (doppi tubi o monotubo con valvola espiratoria e bicchieri <i>raccogli condensa</i>) è correttamente posizionato	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Termoumidificatore normofunzionante	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Saturimetro normofunzionante	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione

OPERATORE (nome, cognome e firma)

Pagina 5 di 6



llh

Fasi del processo	Oggetto di verifica	Valutazione POSITIVA	Insufficienza rilevata	Insufficienza risolta
	<input type="checkbox"/> Nutripompa normofunzionante	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Materassino antidecubito normofunzionante	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione
	<input type="checkbox"/> Verifica dell'effettiva erogazione del flusso di O ₂ dal tubo che dalla bombola di O ₂ va al ventilatore oppure al paziente	<input type="checkbox"/> OK	<input type="checkbox"/> Descrizione	<input type="checkbox"/> Descrizione

OPERATORE (nome, cognome e firma)



Parere del Direttore Amministrativo Gianluca Capochiani	Parere del Direttore Sanitario Silvana Fornelli
--	--

Il Segretario
Off. Segretario

Il Direttore Generale
Vito Montanaro

Area Gestione Risorse Finanziarie	
Esercizio 2018	
La spesa relativa al presente provvedimento è stata registrata sui seguenti conti:	
Conto economico n. _____	per € _____
Conto economico n. _____	per € _____
Conto economico n. _____	per € _____
..... (rigo da utilizzare per indicare finanziamenti a destinazione vincolata)	
Il Funzionario	Il Dirigente dell'Area
.....

SERVIZIO ALBO PRETORIO

33

Publicazione n.

Si attesta che la presente deliberazione è stata pubblicata sul sito Web di questa ASL BA in data
 14 MAR. 2018

Bari:
 14 MAR. 2018

L'Addetto all'Albo Pretorio on line

Ai sensi della vigente normativa, la presente deliberazione – con nota n. del
 è stata/non è stata trasmessa alla Regione Puglia per gli adempimenti di
 competenza.