

PARTE QUARTA

IL CONTESTO OPERATIVO CON L'ARRIVO DI MARA FANI'

Con l'arrivo, alla AUSL N.12 di Mara Fani', come Direttore Sanitario nel 1 febbraio 2001, **tutto cambia**.

Avviene il primo coinvolgimento diretto della componente infermieristica nelle problematiche e nei percorsi assistenziali senza il tramite del Direttore di Presidio.

Si dà respiro alla spinta di cambiamento proveniente dai vertici della Salute Regionale e al suo Piano Socio Sanitario, forte impulso alla formazione, alla progettazione e al modello di "lavoro di gruppo".

Vengono istituiti numerosi gruppi di lavoro, con obiettivi definiti, coerenti con gli obiettivi regionali, con tutte le componenti professionali. Per la prima volta medici, infermieri, tecnici sanitari e della prevenzione, fisioterapisti, ostetriche, amministrativi, si sono riuniti intorno ad un tavolo, alla pari, per definire un progetto rispondente agli obiettivi dati.

Mara Fanì ritorna purtroppo in Piemonte il 31 luglio 2002.

All'interno della nostra Azienda viene introdotta la "Valutazione permanente" in applicazione del Contratto Collettivo Nazionale del Lavoro e dell'Accordo Integrativo Aziendale, un sistema di sviluppo di carriera per ciascun operatore, con la possibilità di progressioni verticali e orizzontali. I criteri individuati per la selezione sono la valutazione permanente delle prestazioni individuali, l'esperienza lavorativa, i titoli posseduti e la formazione e l'aggiornamento effettuato.

Se non ben governato, la valutazione permanente è un elemento di forte criticità nella gestione del personale.

Di seguito, si allega il verbale della riunione con i coordinatori del giorno 7 febbraio 2001, a cui fa seguito, in data 9 febbraio, una riunione aperta a tutto il personale del Comparto per illustrare e condividere il nuovo sistema di valutazione permanente. Il verbale riporta anche la riunione tenutasi in coda all'incontro con la RSU aziendale, da me richiesta, per cercare soluzioni comuni più stabili per la determinazione dell'organico necessario da attribuire a ciascuna unità operativa e sulle difficoltà gestionali per la cronica carenza di personale.

Regione Marche
Azienda USL n. 12
Presidio Ospedaliero
Servizio Infermieristico

V E R B A L E

Addì 7 del mese di Febbraio 2001 alle ore 12.30 presso la sala convegni dell'ASL 12, si è svolta una riunione con il personale capo-sala del Presidio Ospedaliero ed i referenti incaricati, sono presenti:

Capriotti	Fabiola
Rossi	Marisa
Marchetti	Dolores
Agostini	Franco
Sorgi	Claudio
Capriotti	Peppino
Camela	Marino
Spinozzi	Mariella
Piergallini	Anna Maria
Manari	Maria Sofia
De Angelis	Lino
De Santo	Lucia
Spinozzi	Angela
Spinozzi	Mariella
Palestini	Rita
Di Palma	Valentina
Canala	Innocente
Prete	Angela
Coccia	Giuseppina
Capecci	Elio
Galluzzi	Daniela

All'ordine del giorno: valutazione permanente.

Capecci Elio, Dirigente del Servizio Infermieristico, apre la riunione illustrando ai presenti i seguenti punti relativi all'argomento in oggetto:

-il Contratto del Comparto Sanità(CCNL) e l'Accordo Integrativo Aziendale(CCAL), indicano la possibilità di sviluppo di carriera (progressioni orizzontali e verticali) per ciascun operatore, attraverso un sistema di valutazione permanente delle prestazioni individuali;

-la metodologia della valutazione dovrà necessariamente basarsi su precisi parametri, definiti anticipatamente ed in modo appropriato allo scopo, che rispondano a criteri di **omogeneità di giudizio, riscontri oggettivi e coinvolgimento dell'operatore (C.C.S.e A.I.A.)**;

-la valutazione permanente compete al Dirigente, essendo ispirata ai principi della diretta conoscenza dell'attività del valutato, il Dirigente ha l'obbligo di assumersi la titolarità del giudizio globale del personale appartenente all'équipe così come ribadito dal D.Lgs.vo 286 del 1999, il Servizio Infermieristico ha l'intento di assicurare una omogeneità di giudizio tra le diverse U.O., può esprimere un parere motivato per quanto riguarda la flessibilità oraria e l'aggiornamento di ciascun dipendente, in quanto è in possesso di dati oggettivi relativi a questi due criteri;

-i criteri individuati per la selezione dei dipendenti, candidati ad una progressione di carriera, sono quattro, essi sono rappresentati dalla valutazione del Dirigente, esperienza lavorativa, titoli,

formazione, ognuno di questi criteri costituisce un peso, in percentuale, sul giudizio finale annuo ed a tal fine è bene ricordare che la valutazione del Dirigente, ha un valore che oscilla dal 10% al 30% a seconda della categoria di appartenenza;

-per l'anno 2000 è stato già ipotizzato che il numero degli operatori che resteranno nella categoria iniziale senza effettuare nessun mutamento, sarà una piccola percentuale, circa il 16%.

Capecci, alla luce di queste due ultime affermazioni, invita i presenti a dare la giusta importanza a quanto dovrà essere fatto, sottolineando la necessità di un atteggiamento corretto ma sereno nei confronti del giudizio da esprimere e da confrontare con il singolo dipendente, facendo presente comunque agli intervenuti che un punteggio "a pioggia", privo di differenziazioni, produrrebbe solo sfiducia e demotivazione.

Capecci continua illustrando gli obiettivi generali e specifici del Servizio Infermieristico di cui concretamente, come propaggini all'interno delle singole U.O., ciascun coordinatore è parte integrante.

Tali obiettivi sono la **personalizzazione dell'assistenza** e la **umanizzazione dell'assistenza**, obiettivi raggiungibili attraverso:

- una revisione dell'organizzazione del lavoro (maggiore integrazione del lavoro);
- l'utilizzo di metodologie di pianificazione per un'assistenza per obiettivi (processo del nursing);
- l'implementazione delle competenze specifiche (Formazione/aggiornamento EBM-N Oriented);
- la valorizzazione e responsabilizzazione delle funzioni e del ruolo (realizzazione del diritto alla salute, coinvolgimento nel processo di aziendalizzazione);
- l'utilizzo corretto degli strumenti (linee guida, protocollo, procedure documentazione infermieristica, schede di valutazione);
- flessibilità oraria;
- modelli dipartimentali di lavoro;
- aggiornamento permanente.

La riunione continua ripercorrendo le 12 domande inserite nella scheda di valutazione suggerendo delle indicazioni concrete per una valutazione più mirata e corretta.

Tra i presenti, alcuni suggeriscono l'idea di sottoporre la scheda direttamente al dipendente, affinché egli stesso possa esprimere un'autovalutazione, da confrontare successivamente con il dirigente medico, la caposala ed il dirigente infermieristico per la stesura definitiva del giudizio. Viene stabilito che ogni proposta di metodo potrà essere accettata e sperimentata, fermo restando che il giudizio finale sarà confrontato tra le parti individuate nello stesso Contratto Integrativo e discusso, nel rispetto della privacy, con il valutato.

In data 9 Febbraio 2001 presso la sala convegni Aziendale, alle ore 11, si è svolta la riunione con tutto il personale del comparto avente all'ordine del giorno le tematiche relative alla valutazione permanente.

I partecipanti risultano circa 30.

Sono stati trattati gli stessi temi e sono state ripercorse attentamente tutte le tappe esplicative della riunione precedente (7 Febbraio).

I partecipanti dichiarano di accettare e di condividere il percorso intrapreso.

Al termine della riunione con il personale di comparto, si è riunita in seduta straordinaria l'RSU Aziendale , sono presenti:

Sig. Amatucci Paolo

“ Cameli Giuseppe
“ Fioravanti Roberto
“ Neroni Francesco
“ Rossi Benito
“ Capecci Elio

Capecci Elio informa i presenti dei ritardi nell'assunzione del personale autista, centralinista, infermieristico ed ota, attribuibili al Servizio Personale nonostante le numerose richieste inoltrate dal Servizio Infermieristico di cui esistono note datate dal 31/10/2000 ad oggi.

Il Servizio Infermieristico chiede formalmente di procedere alla determinazione definitiva degli organici da attribuire a ciascuna Unità Operativa , partendo dall'osservazione della situazione esistente ed utilizzando alcuni criteri specifici quali:

- tasso di utilizzo/posti letto;
- presenza media;
- grado di dipendenza del paziente medio;
- numero delle prestazioni ambulatoriali.

La riunione si conclude stabilendo di inoltrare, con lettera scritta, la richiesta di un incontro urgente tra i componenti della R.S.U. Aziendale ed il Direttore Generale per discutere quali provvedimenti adottare per dare soluzione alle problematiche poste.

Il Dirigente del Servizio Infermieristico



SITUAZIONE DEL PERSONALE A FEBBRAIO 2001

La regione il 20 marzo 2001 con la delibera n.606 istituisce le **"Linee guida regionali per le Cure Domiciliari"**

Si dà avvio ai primi progetti a valenza interaziendale, tra le Aziende U.S.L. di Fermo, San Benedetto del Tronto e Ascoli, per raggiungere gli obiettivi di Area Vasta; si nominano i referenti dei progetti e si realizzano gruppi di lavoro interaziendali.

Si progetta la formazione di tre moduli di due giorni con relatori esperti e di indiscusso valore a livello nazionale per la loro esperienza sul campo: "Analisi Organizzativa e Progettazione" con **Annalisa Silvestro**; "Profili di Assistenza EBM-EBN" con **Laura Rasero**; "Il Processo di Accreditamento" con **Gianni Bagni**.

Si allega il documento sul progetto di formazione interaziendale perché è importante comprendere il contesto esistente all'interno delle nostre realtà operative e le aspettative nella programmazione degli anni successivi.

Regione Marche
A.USL 12
S. Benedetto T.
Direzione Generale

PROGETTO DI FORMAZIONE INTERAZIENDALE

CORSO DI DIREZIONE GESTIONALE

PREMESSA

L'attenzione alle aspettative del cittadino passa attraverso l'offerta di un servizio efficiente ed efficace. Ne consegue l'assunzione di iniziative a sostegno di un livello assistenziale di qualità accettabile, che implica la revisione critica dell'attuale organizzazione del lavoro a favore di un modello assistenziale personalizzato centrato sulle attese e reali necessità del cittadino cliente.

COSA SI PUO' FARE NELL'IMMEDIATO A PARITA' DI RISORSE

Cambiare il modo di lavorare. Bisogna riesaminare gli attuali processi di assistenza, renderli confacenti alle attuali esigenze, organizzare ed erogare assistenza secondo criteri attuali. Sono infatti disponibili evidenze scientifiche che indicano con chiarezza quale sia il percorso da fare per garantire un'assistenza più qualificata ed efficace per dare risposte concrete al paziente

Il percorso di autorizzazione e di accreditamento promosso dalla Regione, ispirato ai contenuti sopra esplicitati, e tuttora in corso, persegue l'obiettivo di verifica del livello di efficienza e di efficacia raggiunto dalle Aziende sanitarie. In coerenza, le aziende orientano i loro processi verso gli obiettivi regionali.

ANALISI DELL'ESISTENTE

Attualmente si constata la prevalenza di una cultura di lavoro a compartimenti, una divisione gerarchica dell'organizzazione, con una eccessiva divisione di funzioni, mansioni-compiti. Un lavoro routinario, non organizzato, non finalizzato a precisi obiettivi assistenziali. Un approccio al lavoro di tipo individualistico che non consente di rilevare correttamente le priorità assistenziali, metodi di lavoro scarsamente formalizzati, flussi informativi carenti, comportamenti discrezionali e scarsa attitudine al lavoro di equipe e al confronto.

SERVIZI IN USCITA

Come servizi in uscita ne risulta una assistenza al cittadino, parcellizzata, che risponde al bisogno di cure terapeutiche immediate e relativa assistenza di base, e risulta carente di una assistenza

globalmente intesa, centrata su una visione complessiva della persona, caratterizzata da prestazioni finalizzate alla prevenzione, alla riabilitazione ed alla cura, di natura tecnica, relazionale, educativa.

OBIETTIVO GENERALE

Miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso l'introduzione di una metodologia di pianificazione per obiettivi dell'assistenza, associata alla valorizzazione e responsabilizzazione delle risorse umane, e ad un corretto utilizzo delle risorse economiche disponibili.

Il corso è finalizzato all'acquisizione, da parte degli interessati, di metodi e strumenti conoscitivi, in materia di Direzione Gestionale, da utilizzare immediatamente sul campo

OBIETTIVI SPECIFICI

Definire un programma di formazione professionale che metta in grado gli operatori di:

- sviluppare le conoscenze sugli aspetti propri caratterizzanti l'organizzazione: analisi sistematica, piani di lavoro, direzione per obiettivi, progettazione.
- Organizzare e condurre gruppi di lavoro per la revisione e l'implementazione della documentazione infermieristica, e dei protocolli-procedure relative ai profili di assistenza quali strumenti indispensabili per un'adeguata assistenza personalizzata basata sulle EBM-N oriented.
- valorizzare le risorse umane, attraverso un processo di coinvolgimento nella progettazione.
- imparare a confrontarsi con altre realtà.
- imparare a valutare (risultati, se stessi, personale ecc.).
- assumere responsabilità del ruolo.
- cercare soluzioni organizzative e dimostrarle, imparare a proporre.

DESTINATARI

Il corso è destinato al personale responsabile delle U.O./Dip. delle professioni sanitarie, Infermieristiche, Ostetriche, Tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione, delle tre Aziende ASL provinciali.

Il corso è obbligatorio e ci si aspetta un lay out nelle aziende organizzatrici. La promozione del corso da parte delle tre Aziende ASL provinciali avrà il vantaggio di limitare gli spostamenti e lunghe assenze dal lavoro del personale, ma ancor di più, la costruzione di percorsi comuni interaziendali e lo sviluppo di un confronto attivo e stabile nel tempo.

Si farà riferimento ad una Agenzia Formativa accreditata, che dia tutte le garanzie ai sensi della nuova regolamentazione in materia di formazione continua. Alternativamente si opterà per scelte specifiche di relatori rappresentativi ed autorevoli.

Si inserisce il verbale della riunione con i coordinatori e i referenti di tutte le unità operative presenti, sia ospedaliere che territoriali, del 12 giugno del 2002, per avviare la **"Dimissione protetta"**.

Il giorno 11 luglio del 2001 viene presentato presso la nostra Sala Convegni il "Protocollo Assistenziale per il Trattamento delle Lesioni da Decubito" da parte del gruppo multiprofessionale che lo ha elaborato.

Regione Marche
Azienda USL 12
Presidio Ospedaliero
Servizio Infermieristico

Prot. n. 1781 del 4.7.01

Al Direttore Generale
Al Direttore Sanitario A. USL 12
Al Direttore Sanitario Ospedaliero

Oggetto: - continuità assistenziale Ospedale-Territorio;
- presentazione del protocollo assistenziale per il trattamento delle lesioni da decubito;
- formalizzazione della scheda di dimissione per l'accesso facilitato in ADI.

Si comunica che Mercoledì 11 Luglio 2001, dalle ore 16 alle ore 18, presso la sala convegni del Presidio Ospedaliero ASL 12, avrà luogo l'incontro con il personale infermieristico territoriale (ADI- RSA-Distretti) per la presentazione del protocollo assistenziale per il trattamento delle lesioni da decubito elaborato da un gruppo multiprofessionale.

Il protocollo in oggetto, ha la finalità di:

- uniformare i comportamenti;
- uniformare le risposte assistenziali da dare al paziente, sulla base di evidenze scientifiche;
- dare una continuità assistenziale tra presidio ospedaliero e territorio.

Distinti saluti

Il Dirigente del Servizio Infermieristico

REGIONE MARCHE
AZIENDA USL 12
Servizio Inferm.co osped.

VERBALE
RIUNIONE PRESIDIO OSPED.-TERRITORIO
“PROTOCOLLO LESIONI DA DECUBITO”
11 Luglio 2001 ore 16.00-18.00

Presenze Territorio: vedi elenco allegato, Dott. Baiocchi Nicola, De Angelis Giuliana, Guidotti Giovanna.

Servizio Infermieristico ospedaliero: Capecci Elio, Galluzzi Daniela, Ceccarani Stefania.

In data odierna gli Infermieri, Rosini Riccardo e Fioravanti Anna, presentano ufficialmente agli operatori professionali del territorio il Protocollo di profilassi e trattamento delle Lesioni da Decubito. Obiettivo prioritario è quello di garantire continuità assistenziale al paziente che dimesso dal ricovero ospedaliero accede all'ADI.

Il Protocollo elaborato da un gruppo di lavoro multidisciplinare, accettato e concordato tra Presidio e Territorio, è reso ufficiale.

Si da inizio alla sperimentazione.

San Benedetto del tronto 11/07/01.

Respons. Serv. Inferm.co



Avvio del **"Corso di Formazione sulla Qualità"** da parte della dottoressa M. Fanì in collaborazione con l'Agenzia regionale. Avvengono i primi incontri tra i diversi operatori, infermieri, medici, tecnici, amministrativi, tutti insieme in un'aula (oggi è più naturale, allora non lo era). Ricordo un furioso scambio di battute tra me e l'allora sconosciuto giovane medico Carlo Rasetti; ci ha poi unito il percorso formativo effettuato successivamente all'Università Bocconi.

REGIONE MARCHE -AZIENDA U.S.L. N. 12
63039 SAN BENEDETTO DEL TRONTO (AP)
DIREZIONE GENERALE

li, 03 SET. 2001

D.ssa Donatella Donati Sarti
Sig. Mario Neroni
D.ssa Antonietta Lupi
Dr. Alessandro Dardari
Sig. Sante Cicconi
Sig. Nives Ubaldi
Dr. Mauro Persico
Dr. Claudio Rasetti
Sig. Claudio Sorge
D.ssa Fiorella De Angelis
Sig. Marisa Ciotti
D.ssa Francesca Picciotti
D.ssa Gabriella Caputo
Dr. Ezio Sanò
D.ssa Angela Lambertelli
Dr. Domenico Sabatini
Sig. Elio Capecci
D.ssa Nicoletta Guastaferro
D.ssa Anna Mandolini
Dr. Nicola Baiocchi

N.18408

OGGETTO: CORSO DI FORMAZIONE SULLA QUALITA'.

Questa Direzione, di concerto con l'Agenzia regionale alla sanità, ha organizzato un corso di formazione sulla qualità, in ordine alla necessità di costituire un gruppo aziendale omogeneo da dedicare al miglioramento qualitativo complessivo. Una parte delle persone in indirizzo è stata indicata dai Direttori di Dipartimento, altri professionisti sono responsabili dei profili assistenziali ed altri ancora sono stati indicati da questa Direzione.

Il corso è propedeutico una serie di azioni che saranno immediatamente avviate, anche in risposta ad obblighi istituzionali.

In particolare:

- o chi si è occupato di profili assistenziali completerà quelli previsti e supporterà i Dipartimenti/servizi che hanno altri profili da sviluppare;
- o alcuni, selezionati dalla Direzione, saranno avviati ad un corso regionale di formazione specifica per chi si recherà in altre AUSL per scambi di visite fra pari;
- o tutti saranno supporto attivo dei responsabili di servizio nel rispetto dei requisiti di accreditamento della nostra AUSL;
- o tutti saranno gradatamente impegnati in gruppi di miglioramento della qualità tecnica, organizzativa e percepita, secondo una scala di priorità individuata dagli stessi componenti dei gruppi.

Sono state fissate le date dei primi due incontri del corso, che, stante la rilevanza assunta, è obbligatorio. I successivi appuntamenti vi saranno tempestivamente comunicati.
Nella fase iniziale e nella fase finale, saranno presenti, oltre alle persone in indirizzo, anche i Direttori di Dipartimento e di macrofunzione.

PROGRAMMA

PRIMA GIORNATA: 19 settembre 2001, ore 9-18. Relatore: dr. Andrea Gardini

TEMA: DEFINIZIONE DELLA QUALITÀ.

Presso la Sala Convegni dell'ospedale di San Benedetto del Tronto

SECONDA GIORNATA: 25 settembre 2001, ore 9-18. Relatore: dr. Andrea Gardini

TEMA: ANALISI ORGANIZZATIVA SISTEMICA

Presso la Sala Convegni dell'ospedale di San Benedetto del Tronto

TERZA GIORNATA: data da definire

TEMA: PROGETTAZIONE ORGANIZZATIVA

QUARTA GIORNATA: data da definire

TEMA: STRUMENTI PER LA VALUTAZIONE

QUINTA GIORNATA: data da definire

TEMA: IL LAVORO DI GRUPPO

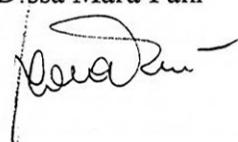
SESTA GIORNATA: data da definire

TEMA: I DATI DI SALUTE E I PROGETTI DI SALUTE DI SAN BENEDETTO DEL TRONTO

Presso la Sala Convegni dell'ospedale di San Benedetto del Tronto

Ringraziando della collaborazione, si porgono cordiali saluti.

Il Direttore Sanitario
D.ssa Mara Fanì



Al termine del percorso formativo viene costituito il "**Gruppo Qualità Aziendale**".

**REGIONE MARCHE
AZIENDA U.S.L. N. 12
S.BENEDETTO DEL TRONTO**

DELIBERAZIONE N. 356

DEL 26.10.2001

Oggetto: Costituzione Gruppo Qualità Aziendale

IL DIRETTORE GENERALE

Vista la necessità di dare maggiore sviluppo al Piano per il miglioramento della qualità aziendale già presente;

Atteso che è necessaria una rivisitazione periodica del Piano per il miglioramento della qualità;

Preso atto che il sistema qualità implica una partecipazione allargata di professionisti e che, quindi, è indispensabile rivedere il precedente assetto sulla qualità;

Preso atto che si ritiene indispensabile rispondere ai requisiti di qualità indicati nel manuale per l'autorizzazione e nel manuale per l'accreditamento promossi dalla regione;

Preso atto che nel processo di budgeting sono state richieste analisi di utilizzo di farmaci e di indagini diagnostiche fondate sull'Evidence Based Medicine;

Preso atto che alcuni gruppi di lavoro sono dedicati alla costruzione di profili assistenziali di tipo qualitativo;

Preso atto che è necessario avviare ulteriori iniziative di qualità all'interno dell'Azienda;

Preso atto che si sono interpellati i Direttori dei Dipartimenti e delle macrofunzioni per individuare un referente per la qualità in ogni macroarticolazione organizzativa aziendale;

Atteso che si è predisposto un corso di formazione sulla qualità per i soggetti individuati sia dalle macroarticolazioni aziendali che dalla Direzione Generale;

Preso atto che i soggetti proposti ed avviati alla formazione sulla qualità sono:

- 1) D.ssa Donatella Donati Sarti (Dipartimento Chirurgia)
- 2) Sig. Mario Neroni (Dipartimento Chirurgia)
- 3) D.ssa Antonietta Lupi (Dipartimento dei Servizi)
- 4) Dr. Alessandro Dardari (Dipartimento dei Servizi)
- 5) Sig. Sante Cicconi (DEA)
- 6) Dr. Mauro Persico (DEA)
- 7) Sig. Nives Ubaldi (DEA)
- 8) Dr. Carlo Rasetti (Dipartimento di Medicina)
- 9) Sig. Claudio Sorge (Dipartimento di Medicina)
- 10) D.ssa Fiorella De Angelis (DMI)
- 11) Sig. Marisa Ciotti (DMI)

- 12) D.ssa Maria Marcheggiani (DSM)
- 13) D.ssa Francesca Picciotti (Dipartimento Prevenzione)
- 14) D.ssa Gabriella Caputo (Distretti)
- 15) Dr. Ezio Sanò (Veterinari)
- 16) Dott. ssa A. Lambertelli (URP)
- 17) Dr. Domenico Sabatini
- 18) Sig. Elio Capecci
- 19) D.ssa Nicoletta Guastaferro
- 20) D.ssa Anna Mandolini
- 21) Dr. Nicola Baiocchi

Atteso che i soggetti nominati hanno seguito un corso di formazione, attivato da questa Azienda in materia di qualità con determinazione del Servizio Formazione e Educazione Sanitaria n. 20 del 18/09/2001, e che dagli stessi si attendono risultati operativi;

DELIBERA

Il Gruppo Qualità Aziendale, nei professionisti di seguito indicati:

- 1) D.ssa Donatella Donati Sarti (Dipartimento Chirurgia)
- 2) Sig. Mario Neroni (Dipartimento Chirurgia)
- 3) D.ssa Antonietta Lupi (Dipartimento dei Servizi)
- 4) Dr. Alessandro Dardari (Dipartimento dei Servizi)
- 5) Sig. Sante Cicconi (DEA)
- 6) Dr. Mauro Persico (DEA)
- 7) Sig. Nives Ubaldi (DEA)
- 8) Dr. Carlo Rasetti (Dipartimento di Medicina)
- 9) Sig. Claudio Sorge (Dipartimento di Medicina)
- 10) D.ssa Fiorella De Angelis (DMI)
- 11) Sig. Marisa Ciotti (DMI)
- 12) D.ssa Maria Marcheggiani (DSM)
- 13) D.ssa Francesca Picciotti (Dipartimento Prevenzione)
- 14) D.ssa Gabriella Caputo (Distretti)
- 15) Dr. Ezio Sanò (Veterinari)
- 16) Dott.ssa A. Lambertelli (URP)
- 17) Dr. Domenico Sabatini
- 18) Sig. Elio Capecci
- 19) D.ssa Nicoletta Guastaferro
- 20) D.ssa Anna Mandolini
- 21) Dr. Nicola Baiocchi

Di indicare i mandati per i componenti del gruppo. In particolare:

- chi si è occupato di profili assistenziali completerà quelli previsti e supporterà i Dipartimenti/servizi che hanno altri profili da sviluppare;
- tutti saranno supporto attivo dei responsabili di servizio nel rispetto dei requisiti di accreditamento della nostra AUSL;
- tutti saranno gradatamente impegnati in gruppi di miglioramento della qualità tecnica, organizzativa e percepita, secondo una scala di priorità individuata dagli stessi componenti dei gruppi.
- su base volontaria è offerta la possibilità di far parte del GAR (Gruppo per l'Accreditamento Regionale);

Di stabilire che il coordinamento generale del gruppo è affidato al Direttore Sanitario Aziendale, in attesa della costituzione formale di uno specifico ufficio di staff;

Di stabilire che il Direttore Sanitario Aziendale individuerà i group leaders per i singoli progetti operativi.

Di dare atto che la presente deliberazione, a norma dell'art. 4, comma 8, della legge n. 412 del 1991 e dell'art. 28 della L.R. n. 26/96 non è soggetta all'approvazione della Giunta della Regione Marche;

di dare atto che la presente deliberazione è immediatamente esecutiva;

di disporre l'immediata pubblicazione della presente deliberazione all'albo dell'Azienda U.S.L. n. 12;

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Renato Angelone

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Mara Fanì

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Dott. Simplicio Olivieri

La presente deliberazione si compone di n.3 pagine.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Renato Angelone

CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente delibera è pubblicata all'Albo dell'Azienda Unità Sanitaria Locale n. 12, sede legale di

S.Benedetto del Tronto il giorno 26 OTTOBRE 2001

IL COOPERATORE AMMINISTRATIVO
Della SEGRETERIA DELLA DIREZIONE GENERALE

Dott.ssa Giulietta Capocasa



Durante il secondo incontro relativo alla qualità, è emersa la necessità di conoscere la Mission e gli Obiettivi Aziendali.

REGIONE MARCHE
AZIENDA U.S.L. N. 12
63039 SAN BENEDETTO DEL TRONTO (AP)

li, 26.9.01

DIREZIONE GENERALE

D.ssa Donatella Donati Sarti
Sig. Mario Neroni
D.ssa Antonietta Lupi
Dr. Alessandro Dardari
Sig. Sante Cicconi
Sig. Nives Ubaldi
Dr. Mauro Persico
Dr. Claudio Rasetti
Sig. Claudio Sorge
D.ssa Fiorella De Angelis
Sig. Marisa Ciotti
D.ssa Francesca Picciotti
D.ssa Gabriella Caputo
Dr. Ezio Sanò
D.ssa Angela Lambertelli
Dr. Domenico Sabatini
Sig. Elio Capecci
D.ssa Nicoletta Guastaferro
D.ssa Anna Mandolini
Dr. Nicola Baiocchi

N. 1988

OGGETTO: Missione aziendale.

Durante il secondo incontro relativo alla Qualità, è emersa la necessità di conoscere la missione e gli obiettivi aziendali.

Questa Azienda ha predisposto un documento, inoltrato alle organizzazioni sindacali ed ai Direttori di Dipartimento e di macrofunzione.

Per opportuna conoscenza, si inoltra il documento anche alle SSVV.

Augurando una buona prosecuzione del corso, si porgono cordiali saluti.

Il Direttore Sanitario
D.ssa Mara Fanì



- a) una profonda revisione organizzativa, concentrando le energie sullo sviluppo delle logiche dipartimentali, finalizzate all'utilizzo comune di risorse e alla progettualità concordata, per il recupero di efficienza e flessibilità;
- b) spostamento delle risorse sul territorio, che deve incrementare conoscenze ed abilità per esercitare la funzione precipua di primo filtro erogatore di prestazioni; per evitare il ricorso all'istituzionalizzazione; per predisporre risposte ai bisogni con interventi ambulatoriali e domiciliari; per la maturazione di comportamenti sani; per l'integrazione con il medico di medicina generale, attraverso la collaborazione nella determinazione e per il controllo della spesa farmaceutica e del ricorso alla diagnostica ed ai ricoveri;
- c) ottimizzazione dell'uso delle risorse umane, con l'attivazione di corsi di formazione per la riqualificazione del personale, per la diffusione dell'uso degli strumenti informatici, per lo sviluppo del lavoro di équipe, per la crescita della cultura del lavoro per obiettivi;

Le azioni necessarie sono riassumibili in:

- 1) riduzione delle prestazioni di laboratorio, sia attraverso una revisione qualitativa (es. eliminare i test inutili), sia attraverso il coinvolgimento dei medici di medicina generale, sia attraverso la promozione dell'evidence based medicine (EBM); predisposizione di protocolli diagnostici (di laboratorio e radiologici) per i DRG più frequenti di ciascuna disciplina chirurgica;
- 2) razionalizzazione dell'offerta chirurgica, con rideterminazione dei posti letto chirurgici, dall'analisi della produzione delle Case di Cura convenzionate, dall'attivazione del day surgery, all'analisi dell'appropriatezza dei ricoveri, e alla loro riduzione;
- 3) definizione di procedure, protocolli, profili di assistenza, concordati anche con i medici di medicina generale, attraverso la formazione ed il lavoro di équipe interdisciplinari; partecipazione attiva dei medici di medicina generale alla programmazione distrettuale;
- 4) riduzione della spesa farmaceutica, attraverso la formazione, l'adozione di specifici protocolli, sia ospedalieri sia territoriali, la predisposizione del prontuario terapeutico aziendale, l'erogazione diretta di farmaci consentiti anche a livello territoriale;
- 5) razionalizzazione della gestione dei magazzini, contenendo le scorte al fine di recuperare liquidità e scarti;
- 6) miglioramento delle procedure di acquisto di materiali attraverso gare d'appalto;
- 7) definizione delle posizioni organizzative sia per la dirigenza che per il comparto.

Obiettivi interaziendali

Questi si fondono sulla collaborazione fra le ASL nella razionalizzazione di percorsi che accomunano le diverse realtà. I principi sono molto simili agli obiettivi aziendali, con la differenza che si richiedono risultati congiunti:

- a) razionalizzazione dell'offerta dei servizi di laboratorio, con il contenimento della spesa sanitaria, e il miglioramento della qualità delle prestazioni;
- b) razionalizzazione dell'offerta chirurgica, con il contenimento della spesa per le prestazioni chirurgiche e il miglioramento della qualità delle stesse;
- c) razionalizzazione della rete di continuità assistenziale, pronta disponibilità, reperibilità e guardia medica;
- d) ottimizzazione nell'uso delle risorse umane, attraverso la ricognizione del personale, l'eventuale esubero e mobilità verso aziende carenti;
- e) razionalizzazione dei costi di trasporto sanitario, con riduzione dei costi;
- f) riduzione del costo per beni e servizi.

Obiettivi di PSN e PSR:

- I. realizzazione del programma di screening per il ca. mammario e ca. del collo dell'utero;
- II. sviluppo e consolidamento dei Dipartimenti aziendali, con razionalizzazione delle risorse umane, strutturali e strumentali e con l'integrazione fra gli operatori sanitari;
- III. realizzazione dei profili di assistenza, valutandone l'efficacia per quelli predisposti l'anno precedente, e costruendo un ulteriore profili per ciascun Dipartimento clinico aziendale. Inoltre applicazione di 6 profili indicati;
- IV. riduzione del tasso di ospedalizzazione, con l'adozione di un piano di intesa con i medici di medicina generale, per il potenziamento dei regimi alternativi (ADI, RSA, attività ambulatoriali, distrettuali) e delle attività ambulatoriali. In parallelo, verifica dell'appropriatezza dei ricoveri sia nelle case di cura sia in ospedale;
- V. attuazione dei progetti previsti dal PSR per i diversi servizi del Dipartimento di Prevenzione e perseguitamento degli obiettivi di miglioramento del DIP;
- VI. stesura della relazione di Distretto;
- VII. rispetto dei tempi per la realizzazione delle opere art. 20;
- VIII. rispetto dei termini per l'invio dei flussi informativi verso il Ministero e la Regione;

Oltre a questi obiettivi, seppur corposi, ci sono azioni indispensabili alla vita dell'Azienda, e sono quelle relative alla realizzazione dei requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio di strutture sanitarie e sociosanitarie (L.R. 20/2000, art. 6).

Il rispetto di questi requisiti condizionerà l'esistenza di servizi o dell'intera ASL. Quindi sarà necessario adoperarsi alla loro realizzazione, mettendo in campo ogni abilità possibile.

Contemporaneamente si è rivisitato il rapporto con le Case di Cura e con i laboratori privati accreditati, concentrando la concertazione sugli aspetti

sostanziali di livelli attesi di tipologie e qualità delle prestazioni integrative all'erogazione della struttura pubblica.

AZIONI STRATEGICHE

Le azioni strategiche della Direzione Generale, che coinvolgono l'intera organizzazione, finalizzate a chiarire ruoli, funzioni e compiti di ciascuno, nel 2001 saranno:

- il completamento della copertura dei ruoli direzionali dell'Azienda, dalle macroarticolazioni organizzative, seguendo le leggi nazionali e regionali;
- l'affidamento formale delle funzioni di gestione ai dirigenti, in particolare modo ai dirigenti delle unità operative complesse amministrative e ai direttori delle macroarticolazioni organizzative sanitarie;
- l'organizzazione di un corso di direzione gestionale per tutti i dirigenti responsabili dei settori amministrativo, tecnico, sanitario;
- lo sviluppo di programmi e di azioni congiunte con le ASL limitrofe, sia nel rispetto degli obiettivi regionali, sia in funzione della riduzione dei costi;
- definizione di un organigramma che cominci a chiarire i vari livelli organizzativi dell'Azienda, dalle funzioni della Direzione Generale;
- costruzione di organigrammi e funzionigrammi dei Distretti e dei Dipartimenti;
- la diffusione del concetto di valutazione, attraverso una revisione dei meccanismi incentivanti;
- la costruzione di reti di relazione operativa con le ASL limitrofe.

E' bene ricordare che nulla può realizzarsi senza lo sforzo di tutti e senza un profondo convincimento di lavorare non tanto per "l'Azienda", quanto per il "cliente".

Di qui discendono ulteriori stimoli:

- se "il cittadino al centro del sistema" non è uno slogan, dobbiamo dimostrarlo. La maggior parte degli operatori di questa Azienda lo fa, ma lo sforzo deve essere incrementato ulteriormente, attraverso un'attenzione particolare alla cortesia, all'ordine, al rispetto della persona e dei colleghi, indipendentemente dalle pulsioni individuali.
- L'attenzione alla persona non è solo uno sforzo di disponibilità individuale, è anche una progettazione di accoglienza, attraverso la capacità di farsi carico delle diverse problematiche portate, con la creazione di percorsi facilitati, la cura nel fornire informazioni e nell'accertarsi della comprensione delle stesse. E' anche accertarsi che le informazioni fornite siano corrette e quindi vuol dire avere noi per primi le informazioni giuste. Tutto questo, normalmente, non nasce da sé, ma occorre progettare un'organizzazione adatta allo scopo.
- Ancora, l'attenzione al cittadino è complementare all'attenzione all'operatore, perché ogni persona ha diritto a risposte puntuali, corrette e precise, così come ogni operatore. Una maggiore cura del proprio lavoro,

da tutti i punti di vista, poi, solitamente porta ad una migliore vivibilità nella propria sede e nei rapporti fra colleghi.

Per tutto questo, e per altro ancora, però, occorre, indiscutibilmente, il consenso e la motivazione a scommettere per questa Azienda e a valorizzare l'enorme patrimonio umano che possiede. L'immagine dell'Azienda, da un punto di vista sostanziale, e non solo estetico, dipende da tutti ed è sempre e comunque collettiva, e solo con la collaborazione di tutti sarà possibile dimostrarne il valore.

Permangono e permarranno alcune zone grigie, legate, essenzialmente, all'assenza di patrimonio, con difficoltà oggettive di reperire risorse indispensabili per:

- a. rinnovamento strutturale del presidio ospedaliero (necessario per compattare i Dipartimenti e per effettuare opere manutentive di una certa rilevanza);
- b. miglioramento dell'accesso dall'esterno dell'ospedale (attraverso una partecipazione alla creazione di un parcheggio migliore dell'attuale e la revisione degli accessi al pronto soccorso oltre che ai servizi ad alto afflusso)
- c. adeguamento strutturale dei principali presidi territoriali;
- d. rinnovamento tecnologico delle attrezzature medicali;
- e. adeguamento del sistema informatico con collegamenti aziendali;
- f. avviare sperimentazioni gestionali reperendo supporti esterni all'AUSL

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

Nel frattempo si rinnova il "Comitato per le Infezioni Ospedaliere".

REGIONE MARCHE

AZIENDA USL N. 12

63039 SAN BENEDETTO DEL TRONTO

Presidio Ospedaliero

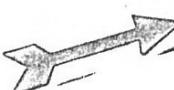
"Madonna del Soccorso"

San Benedetto del Tronto

DIREZIONE SANITARIA P.O.

Prot. n° 7739 del 08 Ottobre 2001

Dott. Corrado Pellegrini
Dott. Luciano Iommi
Dott. Domenico Sabatini
Dott.. Nicola Baiocchi
Dott. Mariella Cagnetti
Dott. Giovanna Acciarri
Dr.ssa Donatella Donati Sarti
Dott. Fausto Bartolomei
Dr.ssa Marta Ursini
D.A.I. Elio Capecci
I.P. PierLorenzo Giarrusso
I.P. Fabiola Capriotti



LORO SEDI

OGGETTO: Rinnovo del Comitato per le Infezioni Ospedaliere (C.I.O.).
Convocazione 1^a riunione.

Si comunica che con determinazione n. 14 dell' 8/8/2001 la Direzione Sanitaria Ospedaliera ha provveduto al rinnovo della composizione del C.I.O. per il triennio 2001/2003, nominando le SS.LL. quali componenti della stessa.

Nell'allegare copia della determinazione si informa che la prima riunione del rinnovato organismo avrà luogo il giorno 15/10/2001 alle ore 13.00 presso la sala riunioni della Direzione Generale con il seguente Ordine del Giorno :

- 1) Costituzione del gruppo operativo.
- 2) Resoconto dell'attività svolta nel triennio 1998/2000.
- 3) Definizione programma di attività per il periodo ottobre – dicembre 2001.

Stante la natura e la materia di interesse del C.I.O. , la partecipazione alle riunioni è obbligatoria e non delegabile; assenze non giustificate comporteranno la decadenza dell'incarico.

Distinti saluti.

IL DIRIGENTE MEDICO DI P.O.

Dr. Giuliano Anconetani

All. n. 01

GA/pm



Il Direttore Generale richiede le proposte, i temi ritenuti principali a tutti i Direttori dei Dipartimenti, delle Macro-funzioni e dei Dirigenti Infermieristici per individuare gli obiettivi di budget per il 2002.

REGIONE MARCHE
AZIENDA U.S.L. N. 12
63039 SAN BENEDETTO DEL TRONTO (AP)

li, 09 OTT. 2001

DIREZIONE GENERALE

N. 21032

Alle OOSS

Ai Direttori di Dipartimento:

Dr. Leopoldo Acciarri
Dr. Angelo Canciullo
Dr. Franco Guidotti
Dr. Mario Narcisi
Dr. Franco Piccioni
Dr. Piero Ripani

Ai Direttori delle Macrofunzioni:

Dr. Luigi Persiani
D.ssa Giovanna Picciotti
Dr. Gaetano Savelli
Dr. Giuliano Anconetani
Giuseppe D'Ercoli

p.c. Dirigenti Infermieristici:

sig. Elio Capecci
sig. Giuliana De Angelis

OGGETTO: Richiesta proposte.

Durante gli incontri con le OOSS è stata presentata la richiesta che i reparti/servizi possano proporre gli obiettivi. Tale richiesta è stata accolta, e ci si è verbalmente accordati che vi sarebbero stati inviati i principali temi sui quali individuare obiettivi di budget per il 2002.

Come noto a tutti (dato che è stato consegnato il documento sulla missione e sugli obiettivi aziendali), esistono obiettivi provenienti dal Piano Sanitario Nazionale, da quello Regionale, oltre quelli di AUSL. Di conseguenza il livello di discussione su cui attestarsi è relativo ai soli obiettivi aziendali, in attesa di formali indicazioni nazionali e regionali.

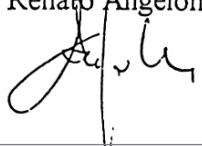
Pertanto, in allegato, si individuano alcuni settori per i quali è possibile proporre obiettivi interni.

Le SSLL sono pregate di informare colleghi e collaboratori e di presentare, attraverso i Direttori di Dipartimento e/o di macrofunzione, le proposte di obiettivi, per unità operativa, entro e non oltre il 15 novembre prossimo.

Questa Direzione Generale si farà carico di verificare le proposte realizzabili per l'eventuale attribuzione fra gli obiettivi del budget 2002.

Si coglie l'occasione per porgere cordiali saluti.

Il Direttore Generale
Dr. Renato Angelone



ELEMENTI ALLA BASE DELLÀ COSTRUZIONE DEGLI OBIETTIVI AZIENDALI PER IL 2002

- 1) integrazione fra reparti per concretizzare l'organizzazione dipartimentale
- 2) miglioramento della comunicazione/informazione all'interno dei dipartimenti, dei comitati di dipartimento e fra dipartimenti
- 3) messa in comune di risorse nei dipartimenti
- 4) collaborazione formale fra servizi e reparti
- 5) unificazione di attività nei diversi reparti/unità operative per la conduzione di uno stesso problema, razionalizzando l'impegno
- 6) diffusione di iniziative/attività centrate su gruppi di professionisti, piuttosto che su abilità individuali
- 7) sviluppo quali quantitativo Day Hospital e del Day Surgery
- 8) incremento del valore dei DRG
- 9) miglioramento dell'indice operatorio per i reparti chirurgici
- 10) miglioramento del tasso di occupazione del posto letto
- 11) sviluppo di accordi/protocolli/profilo fra Pronto Soccorso (DEA) e reparti volti a semplificare e rendere efficiente la gestione dei casi
- 12) sviluppo delle dimissioni protette ed incremento dell'attività sul territorio, anche con la collaborazione delle professionalità ospedaliere
- 13) sviluppo di progetti congiunti con i Distretti, sulla scorta degli obiettivi del Piano Sanitario Regionale, che prevede un ridimensionamento dei posti letto ospedalieri (concentrandosi esclusivamente sull'acuzie) e sviluppando residenze sul territorio (per anziani, per disabili fisici e psichici, ecc.)
- 14) attenzione ai consumi e al pieno utilizzo delle risorse presenti
- 15) utilizzo comune di alcune attrezzature (es. ecografi)
- 16) rispetto dei tempi, valorizzando il tempo come risorsa
- 17) miglioramento/revisione dei sistemi informativi, prestando attenzione non solo agli aspetti quantitativi, ma anche a quelli qualitativi, in particolare per il Dipartimento di Prevenzione, il Distretto ed i servizi che non operano prevalentemente per prestazioni enumerabili
- 18) sviluppo del concetto di valutazione (autovalutazione individuale e interna al reparto/servizio, valutazione del personale e dell'attività svolta, con criteri, indicatori e standard)



- 19) diffusione e, soprattutto, applicazione di procedure operative, protocolli, profili e valutazione di efficienza/efficacia
- 20) sviluppo di percorsi di qualità e potenziamento dell'EBM
- 21) sviluppo del medical audit interno ai reparti/servizi
- 22) sviluppo di riunioni periodiche per affrontare casi complessi fra reparti/servizi diversi
- 23) diffusione di progettualità finalizzata a sperimentazioni, innovazioni, sia tecniche che gestionali
- 24) responsabilizzazione individuale e di gruppo nella gestione delle iniziative
- 25) riorganizzazione dei servizi e del personale in ordine alla specificità dell'AUSL, che ha la maggiore attività nel periodo estivo
- 26) costruzione di processi formali di relazione positiva con il cittadino, processi che prevedano obiettivi, procedure, regole eguali per tutti, nonché sistemi di verifica
- 27) percorsi di accoglienza per il cittadino e collegamenti con le prenotazioni (integrazione fra amministrativi e sanitari)
- 28) sburocratizzazione degli atti
- 29) sviluppo di sistemi finalizzati all'efficienza operativa dei servizi amministrativi
- 30) semplificazione degli atti amministrativi
- 31) collaborazione formale fra servizi amministrativi e sanitari
- 32) sviluppo dei sistemi finalizzati alla trasparenza amministrativa nei confronti nei confronti del cittadino e del personale interno all'Azienda
- 33) revisione dell'organizzazione dei servizi amministrativi, razionalizzando gli accessi al fine di dedicare la maggiore attenzione possibile alle esigenze del cittadino e degli operatori dell'AUSL (es. orari dedicati all'utenza interna, all'utenza esterna, impegni a risolvere quesiti in tempi predefiniti, ecc.)
- 34) incremento dei processi di comunicazione efficiente interni all'Azienda, fornendo informazioni tempestive e precise



A seguito di questa decisione vengono fissate le riunioni con le diverse aree, emergenza, chirurgica, medica e materno-infantile, e con i coordinatori e i referenti della qualità dell'area per condividere il contenuto della proposta, definire gli obiettivi da perseguire e il percorso da effettuare. Si allega di seguito il verbale di una sola riunione in quanto i contenuti sono simili.

Regione Marche
AUSL 12
Presidio Ospedaliero
Servizio Infermieristico

VERBALE

RIUNIONE CAPOSALA AREA MATERNO INFANTILE 08.11.2001

In data 08.11.2001, alle ore 13, presso la sala convegni aziendale, si è svolta una riunione con il personale caposala dell'area dipartimentale materno infantile, sono presenti:

Capecci Elio,
Ceccarani Stefania,
Ciotti Marisa (referente per la qualità aziendale),
Galluzzi Daniela,
Imbrescia Emidia,
Marchetti Dolores.

Capecci Elio, Dirigente del servizio Inf.co, ricorda ai presenti il contenuto della nota scritta del 9 Ottobre 2001 prot. n°21032 inoltrata dalla Direzione Generale ed indirizzata a tutti i Direttori di Dipartimento e di Macrofunzione, nella quale sono richieste proposte di individuazione di obiettivi di budget per il 2002 sulla base di alcuni temi in essa contenuti, con la raccomandazione di renderne informati colleghi e collaboratori della stessa U.O.

A tal fine Capecci ribadendo la necessità di individuare, tra quelli suggeriti, obiettivi fattibili e congrui alle potenzialità strutturali ed alle risorse umane di ciascuna U.O., consegna ai presenti un preciso mandato:

- Specificare con metodo e chiarezza di contenuti, il percorso da seguire:
 - a) definizione dell'obiettivo
 - b) individuazione delle risorse necessarie per il suo raggiungimento
 - c) modalità e ritmi di svolgimento del progetto
 - d) indicatori di verifica;
- Individuare l'obiettivo con il Dirigente di U.O. o in ogni caso mettere a conoscenza di quanto stabilito, sia il Dirigente di U.O. che il Direttore di Dipartimento, in particolare quando l'obiettivo è comune a tutte le UU.OO. di un'area Dipartimentale;
- Informare gli operatori sanitari coinvolti;
- Presentare la bozza del progetto al Servizio Infermieristico, per l'elaborazione definitiva dell'obiettivo;
- Consegnare ufficiale del progetto, entro i tempi richiesti dalla stessa nota aziendale (15 Novembre 2001), alla Direzione Generale ed al Servizio Infermieristico.

Il Dirigente Infermieristico Ospedaliero

Nel prosieguo delle attività rispetto alla documentazione sanitaria, nel periodo agosto - settembre 2001 vengono analizzate cento cartelle cliniche per esaminare i contenuti della documentazione infermieristica rispetto a definiti criteri; si allega la relazione e lo schema riepilogativo finale, dove si evince chiaramente la situazione esistente.

Regione Marche
Azienda USL 12
Servizio Infermieristico

Relazione finale sulla Documentazione Infermieristica.

Nel periodo di Agosto-Settembre 2001 sono state esaminate, sottoponendole a criteri di valutazione (vedi allegato A) le Documentazioni Infermieristiche.

Sono state prese in esame 10 Documentazioni Infermieristiche delle seguenti UU.OO.:

- Medicina
- Geriatria
- Neurologia
- Cardiologia
- Ortopedia
- Otorino
- Oculistica
- Chirurgia
- Ostertricia/Ginecologia
- Pediatria.

Dalla stima effettuata si evince che gli operatori sanitari sono per lo più scrupolosi nel registrare i dati per ogni singolo paziente, ma hanno difficoltà ad individuare gli obiettivi assistenziali ed i bisogni specifici del paziente. Gli obiettivi assistenziali ed i relativi interventi pertinenti si evincono, solo nel caso in cui, l'operatore, ha a sua disposizione una guida da seguire (vedi Profilo d'assistenza per l'Ictus).

Lo stato del paziente è, per lo più, oggetto di una valutazione continua, ma rare sono le note di osservazione che rispettano l'assistenza erogata al paziente.

Non esistono registrazioni di note riguardanti informazioni o insegnamenti da fornire al paziente o familiari, all'atto della dimissione.

Si è reso necessario effettuare tale analisi per valutare, in itinere, la qualità dell'assistenza infermieristica erogata, cosicché partendo dalla realtà attuale e rilevando le relative lacune, si possano programmare ed eseguire aggiornamenti a livello dipartimentale, effettuati come Formazione continua.

I temi di cui si tratterà nelle giornate di studio saranno:

- Riferimenti normativi della professione infermieristica;
- La Documentazione Infermieristica;
- Esempi pratici sulla compilazione della Documentazione Infermieristica;
- I Bisogni di assistenza, soddisfacimento del Paziente/Utente.
- Medicina basata su prove di efficacia EBM-N oriented;
- Il processo di assistenza;
- Linee guida e Protocolli.

In una terza fase, si proseguirà continuando nella valutazione della Documentazione Infermieristica applicando i criteri utilizzati nella prima fase del progetto.

24 Settembre 2001.

Servizio Infermieristico



Regione Marche
Direz. Sanit. Ospedaliera
Serv. Inferm.co

Allegato B

Criteri di valutazione
Documentazione infermieristica

Periodo: Agosto-Settembre 2001

N° cartelle esaminate: 100

Criteri di valutazione	si	no	raramente	note
Completezza nella compilazione della Documentazione infer.ca.	10%	90%		
Si evincono gli obiettivi assistenziali?	3,75%	95%	1,25%	
Dati aggiornati rispetto alle modifiche dello stato generale del paziente?	30%	70%		
Lo stato del paziente è oggetto di una valutazione continua?	54%	46%		
Emergono i mutamenti determinati dalla malattia e dall'ospedalizzazione?	18%	82%		
Le note di osservazione, segnalate sul diario infermieristico, rispettano l'assistenza erogata al paziente?	6%	94%		
Gli interventi sono scritti in modo chiaro da permettere continuità tra gli operatori?	5%	95%		
Gli interventi sono pertinenti alle cause?	3,75%	95%	1,25%	
Nel piano di nursing vi sono note riguardanti informazioni o insegnamenti da fornire alla dimissione?		100%		

Con la delibera n. 350 del 15 ottobre 2001, nella nostra ASL N.12, vengono istituite le prime Posizioni Organizzative Dipartimentali, in applicazione del CCNL del Comparto Sanità per il quadriennio 1998/2001.

Continuano le riunioni con i coordinatori sulle criticità presenti nel percorso riferito a vari aspetti organizzativi, gestionali e clinici.

VERBALE
RIUNIONE CAPOSALA 29-10-01.

PRESENTI: Imbrescia Emilia – Coccia Giuseppina – Manari M.Sofia – Rossi Marisa – Piergallini A.Maria – Capriotti Fabiola – Capriotti Peppino – Spinozzi Angela – Spinozzi Mariella – Palestini Rita – Cameli Mauro – Sorge Claudio – Marchetti Dolores – Agostini Franco – De Santo Lucia – Camela Marino.

TUTORS: Capecci – Galluzzi – Ceccarani.

Capecci inizia a parlare agli intervenuti informandoli su alcune circolari, inviate ai Responsabili delle U.O., che dovevano essere poste anche all'attenzione dei Coordinatori Infermieristici. Molti dei Caposala presenti non sono a conoscenza di tali informative:

- **Gruppo GAR:** ogni Dipartimento avrebbe dovuto produrre dei nomi di Operatori sanitari, (infermieri,medici) come candidati nel gruppo GAR.
- **Richiesta di proposte sugli obiettivi di budget 2002:** Capecci legge ciò che il Direttore Generale scrive in merito alla richiesta di proposte da fare relative agli obiettivi aziendali per l'anno 2002. Se non verranno presentate delle proposte, il budget delle U.O. e quindi di quel Dipartimento, sarà nullo.

E' molto importante,dice Capecci, essere a conoscenza di queste cose e tenersi continuamente informati ed aggiornati anche perché il salario dei Caposala adesso è sempre più legato al raggiungimento di determinati obiettivi. Alcuni di questi obiettivi vertono sull'integrazione fra i Servizi.

Cameli Mauro esprime i suoi dubbi sul fatto che all'interno delle U.O. non esiste informatizzazione. Capecci risponde che nonostante questo, si può lavorare con metodo e che i gruppi di lavoro che attualmente si riuniscono, coadiuvati dal Servizio Infermieristico, hanno la reale possibilità di incidere sull'attuale organizzazione e sull'appropriatezza dei processi assistenziali.

Rossi Marisa chiede, vista la mancanza di passaggio di informazioni da parte del Responsabile dell'U.O., che il Servizio Infermieristico possa far pervenire al personale Caposala eventuali Circolari e Documenti.

- **Trasmissione di informazioni rispetto a Patogeni potenzialmente infetti, protocolli di comportamento in merito al terrorismo biologico e batteriologico:** Capecci chiede ai

presenti se è stata data diffusione del materiale all'interno di ciascuna U.O. e se ognuno è già al corrente dei contenuti dei documenti. Ciascun capo-sala afferma di averne ricevuta una copia e di averla letta al fine di essere in grado di trasmettere informazioni precise e corrette sull'argomento.

- **Malattia del dipendente:** è cambiato l'atteggiamento dell'Azienda nei confronti delle malattie, attualmente la tendenza è quella di richiedere più visite fiscali.
- **Dotazione organica:** Capecci con l'ausilio di diapositive, illustra ai Caposala presenti, come poter calcolare la dotazione organica del personale, per avere uno strumento con il quale evidenziare, laddove esista il problema, effettive carenze di risorse umane e trovare quindi idonee soluzioni eventualmente anche con il supporto del Servizio Infermieristico.

Rossi Marisa chiede qual è il modo migliore di comportarsi nel caso in cui all'interno dell'U.O. ci fossero più malattie contemporaneamente. Capecci risponde che in questi periodi il personale va educato alla disponibilità come, dall'altro canto, deve esserci la disponibilità del Caposala in altri periodi che lo consentono, di agevolare il più possibile le richieste di congedi ordinari da parte degli operatori. E' necessario stabilire in ogni U.O. delle regole insieme al personale.

- **Scheda di valutazione:** Capecci propone di effettuare una riunione nel periodo immediatamente precedente alle valutazioni per cercare di trovare, insieme, dei criteri che possano essere il più possibile oggettivabili, tutto ciò per evitare di commettere gli stessi errori commessi nell'anno precedente.
- **Nuova ipotesi di turno:** a partire dal mese di Dicembre, spiega Galluzzi, sarà sperimentato un nuovo prospetto di turno. Ciascun prospetto sarà consegnato alla relativa U.O., entro il 15 del mese precedente per lo sviluppo del mese successivo (esempio entro il 15 Novembre per lo sviluppo del mese di Dicembre). Ciascun Caposala organizzerà e svilupperà le sostituzioni riguardo a congedi ordinari, straordinari, malattie e quant'altro, nonché eventuali cambi di turno relativi alla propria U.O. Sviluppato il turno, ogni caposala farà pervenire una copia al Servizio Infermieristico, come programmazione, entro la fine del mese precedente a quello sviluppato (entro la fine di Novembre per il turno di Dicembre) mentre, una successiva copia sarà inviata, come consuntivo, con le eventuali modifiche apportate in corso d'opera, alla fine del mese sviluppato (entro il mese di Dicembre per il turno di Dicembre).

Marchetti Dolores chiede come gestire nel caso in cui la Caposala fosse assente per un lungo periodo. Galluzzi risponde che in quel caso prima di assentarsi la Caposala provvederà ad individuare una persona che farà le sue veci.

Le Caposala chiedono come comportarsi rispetto alle festività natalizie. Capecci risponde di fare delle scelte tenendo presenti anche gli anni precedenti.

Sorge Claudio chiede se per quei Servizi, che già da tempo hanno consolidato un turno autogestito, è previsto che qualcosa cambi. Galluzzi risponde che nulla cambierà se non il fatto che il Servizio Infermieristico chiede di avere oltre al turno consuntivo anche un turno preventivo inviato all'inizio del mese.

Gli obiettivi da perseguire, nella gestione delle risorse umane, saranno la flessibilità oraria e l'abbattimento delle ferie (alla fine dell'anno, ogni operatore non dovrà avere più di 7-10 giorni di residuo ferie).

Capecci ribadendo che i dati relativi alla situazione ferie ed al monte ore annuo saranno criteri misurabili, raccomanda ai presenti un'oculatezza nella gestione del personale.

Per concludere s'informano i presenti che saranno indette delle riunioni a cadenza bimensile, a meno che non si verifichino situazioni che richiedano riunioni straordinarie.

Il Dirigente Infermieristico Ospedaliero



SI ricostituisce il "Comitato Aziendale per il Sangue" con determina del 20 novembre 2001 con la individuazione formale del percorso operativo per l'emotrasfusione.

**REGIONE MARCHE
AZIENDA SANITARIA LOCALE N.12
SAN BENEDETTO DEL TRONTO (AP)**

UNITA' OPERATIVA DIREZIONE MEDICA P.O.

DETERMINAZIONE N. 18 DEL 20.11.2001

OGGETTO: COMITATO AZIENDALE PER IL SANGUE.

IL DIRIGENTE MEDICO P.O.

Viste le delibere n° 1044 del 24.11.1995 del Commissario Straordinario dell'Azienda USL n° 12 di costituzione del Comitato per il buon uso del sangue;

Vista che la delibera n°545 del 29/12/1997 con la quale si è proceduto alla riconferma del Comitato per il buon uso del sangue aveva validità per il triennio 1998-2000, ed inoltre diversi componenti il Comitato alla data odierna risultano collocati a riposo per pensionamento, mentre altri sono decaduti dall'incarico;

Ritenuto dover procedere alla nomina dei nuovi componenti al fine di dare piena funzionalità al Comitato per il buon uso del sangue nelle persone di:

Dr. Giuliano Anconetani Direttore Sanitario P.O.;
Dr.ssa Maria Antonietta Lupi Direttore Centro Trasfusionale;
Dr. Isidoro Mazzoni Responsabile Farmacia Ospedaliera;
Prof. Saverio Farella, Dr. Valerio Primangeli, Dr. Orlando Di Matteo, Dr. Mario Narcisi Dr. Giorgio De Signoribus (Medici dei reparti che praticano Trasfusioni)
Sig. Elio Capecci, Dirigente Assistenza Infermieristica
Sig.ra Capriotti Fabiola rappresentante infermieri AFD
Sig.na Maria Angellotti, rappresentante AVIS;
Rag. Falaschetti Pasquale Responsabile CED;
Dr.ssa Lambertelli Arcangela, collaboratore amministrativo.

Atteso che tutti i componenti sono attualmente in servizio, e ritenuto di dover nominare quale Presidente del Comitato il Dr. Giuliano Anconetani che riveste la posizione di Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero.

Ritenuto che il Comitato per il buon uso del sangue debba esercitare le funzioni e le attività nonché avere i poteri indicati nell'allegato documento;

DETERMINA

Di rinnovare per il triennio 2001-2003 i componenti il Comitato Aziendale per il buon uso del sangue con la nomina dei seguenti componenti:

REGIONE MARCHE
AZIENDA SANITARIA ASL 12
DIREZIONE SANITARIA
UFFICIO INFERMIERISTICO

PERCORSO OPERATIVO PER EMOTRASFUSIONE

- Prescrizione medica per emotrasfusione
- Il Medico rende edotto il Paziente sulle reali necessita' dell'indicazione alla trasfusione e sugli eventuali rischi derivanti dal trattamento. Il Paziente quindi firma, alla presenza del Medico, il consenso informato.
- Il Medico compila e sottoscrive i moduli predisposti per la richiesta e l'esecuzione delle prove crociate e la determinazione del gruppo sanguigno.

IN REPARTO

- L'Infermiere provvede alla compilazione delle etichette, da apporre sulle provette, con nome, cognome, data di nascita e n. del letto, verificando tali dati, direttamente con il Paziente.
- L'Infermiere esegue il prelievo ematico alla presenza del Medico.
- Il Medico provvedera' al controllo dell'esattezza dei dati anagrafici del Paziente, servendosi della Cartella Clinica.
- Il prelievo ematico dovrà essere eseguito da personale Infermieristico , il quale provvedera' ad apporre la sua firma sull'etichetta della provetta, congiuntamente a quella del Medico, e sulla documentazione Infermieristica del Paziente in oggetto.

CONSEGNA DEL PRELIEVO

- Il prelievo con le rispettive richieste dovrà essere consegnato al Centro Trasfusionale dal Personale Infermieristico oppure dal Personale Ota. Presso il Centro Trasfusionale, si procederà contestualmente a verificare la congruenza dei dati apposti sulla provetta con quelli riportati sul modulo di richiesta.

IN REPARTO

- L'Infermiere eseguirà il secondo prelievo per la determinazione del gruppo solo al momento di recarsi al Centro Trasfusionale per il ritiro delle unita' ematiche da trasfondere. Apporrà la propria firma sull'etichetta della provetta, congiuntamente a quella del Medico, sulla documentazione Infermieristica e provvederà al controllo dell'esattezza dei dati anagrafici del Paziente in oggetto.
- Il Medico, presente all'esecuzione del prelievo ematico, eseguito dall'Infermiere, effettuerà il controllo sull'esattezza dei dati anagrafici del Paziente servendosi della Cartella Clinica.

AL CENTRO TRASFUSIONALE

- Il secondo prelievo sarà consegnato al Centro Trasfusionale, dal Personale Infermieristico o dal Personale Ota, unitamente al modulo, firmato dal Medico, per il ritiro delle Unità di Sangue.
- Il Centro Trasfusionale, testera' il sangue della seconda provetta e provvedera' alla consegna delle unita' richieste, previa firma dell'incaricato al ritiro.
- Non è richiesta la seconda provetta solo nel caso in cui il Paziente sia già stato trasfuso oppure abbia già eseguito, con doppio prelievo, la determinazione del Gruppo, testimoniata dalla presenza in Cartella del referto con indicazione "verifica gruppo", che va quindi esibito all'atto del ritiro delle unita' di sangue.

REGIONE MARCHE
AZIENDA USL
SAN BENEDETTO DEL TRONTO
DIREZIONE SANITARIA

IN REPARTO

- L'Infer.re controllerà l'esattezza e la corrispondenza dei dati fra il Paziente e le Unità di Sangue.
- Il Medico verificherà che il Gruppo Sanguigno evidenziato sulle Unità di Sangue, corrisponda a quello del Paziente.

AL LETTO DEL PAZIENTE

- L'Infer.re allestirà il set per l'infusione e provvederà a creare un accesso venoso, attraverso il quale si inizierà l'emotrasfusione.
- Il Medico dovrà essere presente al letto del paziente nel corso delle manovre eseguite dall'Infermiere, e si tratterà all'interno dell'Unità operativa, nel corso dell'infusione al Paziente, per rilevare tempestivamente eventuali reazioni da Trasfusione.
- Al termine della Trasfusione è necessario restituire, al Centro Trasfusionale, una copia del modulo trasfusionale, firmata dal Medico, sulla quale siano indicate eventuali reazioni da Trasfusione.

Normative di riferimento:

DPR 1256/1971 art. 91

L. 04/05/1990 n. 107 art.3-5-12-24

DM 27/12/1990 art.27

DM 15/01/1991 art.19

DPR 07/04/1994

DM 01/03/2000

San Benedetto del Tronto 06/09/2000

Il Servizio Infermieristico

Il Responsabile del Centro Trasfusionale

REGIONE MARCHE
AZIENDA USL N.12
SAN BENEDETTO DEL TRONTO
DIREZIONE SANITARIA
10 NOV. 2000

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

Il 24 dicembre 2001, la dott.ssa M. Fanì formalizza l'istituzione del "Gruppo Formazione Permanente per l'Emergenza" interna alla USL 12, individuando la Direzione di Presidio come garante della promozione della cultura dell'emergenza e sede dello sviluppo di tutte le iniziative formative, nelle figure del Dirigente Infermieristico e del Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero, lasciando alla formazione la sola funzione di supporto.

*Regione Marche
AUSL 12 San Benedetto del Tronto*

DIREZIONE GENERALE

N. 26 f 22

24 DIC. 2001

C.a. D.ssa A. Mandolini
p.c. Direttore DEA
Dr. Mario Narcisi
p.c. Dirigente Infermieristico ospedaliero
Sig. Elio Capecci
p.c. sig. Stefania Ceccarani
p.c. Direttore Presidio Ospedaliero
Dr. G. Anconetani
p.c. Direttore Dipartimento Amministrativo
rag. Giuseppe D'Ercoli

GRUPPO DI FORMAZIONE PERMANENTE PER L'EMERGENZA

Con atto della Direzione Generale è stato istituito il gruppo di formazione permanente per l'emergenza interno all'AUSL 12.

Tale gruppo si occuperà di tutti gli aspetti formativi legati all'emergenza aziendale e sarà supportato dall'ufficio di staff che si occupa di formazione aziendale.

Per garantire la promozione della cultura dell'emergenza, nonché l'operatività in tutta l'AUSL, si individua la Direzione di Presidio quale garante dello sviluppo delle iniziative, nelle figure professionali del Dirigente Infermieristico di presidio e del Direttore del Presidio ospedaliero.

Si demanda infine al gruppo l'individuazione del modello organizzativo/operativo più opportuno.

Tanto si doveva per opportuna conoscenza.

AZ. U.S.L. N. 12 San Benedetto del Tronto PRESIDIO OSPEDALIERO S. BENEDETTO DIREZIONE SANITARIA
27 DIC. 2001
PROT. N° 3739 ARRIVO

Cordiali saluti
Il Direttore Sanitario
D.ssa Mara Fanì



REGIONE MARCHE
AZIENDA U.S.L. N. 12
S.BENEDETTO DEL TRONTO

DELIBERA N. 405 DEL 21.12.2001

OGGETTO: Istituzione del gruppo di formazione permanente per l'emergenza dell'AUSL 12 di San Benedetto del Tronto.

IL DIRETTORE GENERALE

Atteso che alcuni dipendenti di questa AUSL 12 , di seguito indicati, sono formatori BLS (Basic Life Support) e DP (Defibrillazione precoce) e certificati dall'Italian Resuscitation Council:

- 1) Stefania Ceccarani (Infermiera Professionale) - Coordinatrice del gruppo formatori;
- 2) Sante Cicconi (Infermiere Professionale);
- 3) Del Zompo Nazzareno (Infermieri Professionale);
- 4) Armando Nasso (Dirigente Medico)
- 5) Silvano Papiri (Dirigente Medico)
- 6) Nicolino Romani (Infermieri Professionale)
- 7) Benito Rossi (Infermieri Professionale)
- 8) Giuseppe Rossi (Infermieri Professionale)
- 9) Giacomo Sabini (Infermieri Professionale)
- 10) Liliana Talamonti (Dirigente Medico)
- 11) Nives Ubaldi (Infermiera Professionale)

Preso atto che i suddetti operatori erano costituiti in associazione no profit e che, per accordi interni hanno condiviso l'opportunità di sciogliere l'associazione per espletare l'attività all'interno dell'AUSL;

Preso atto dello scioglimento dell'associazione no profit, come da verbale dell'assemblea straordinaria del 5/12/2001;

Ritenuto opportuno costituire a livello aziendale un Gruppo di Formatori BLS e DP, denominato : "Centro di Formazione Heart & Soul – Rianimazione Cardiopolmonare – AUSL 12 San Benedetto del Tronto", che sarà condotto, a livello organizzativo, dalla Direzione di Presidio ospedaliero, nelle figure del dirigente infermieristico e del direttore sanitario del presidio, anche al fine di garantire continuità e sviluppo;

Atteso che il gruppo di formazione si atterrà al "Progetto BLS – Gruppo di formazione permanente per l'emergenza", nonché al regolamento dell'Italian Resuscitation Council, che si allega e forma parte integrante del presente atto;

Su proposta del Direttore Sanitario d'Azienda;

Acquisito il parere favorevole del Direttore Amministrativo;

DELIBERA

Di costituire un Gruppo Aziendale di Formatori BLS e DP denominato "Centro di Formazione Heart & Soul – Rianimazione Cardiopolmonare – AUSL 12 San Benedetto del Tronto", costituito dai dipendenti indicati in premessa;

Di approvare un eventuale ulteriore incremento del numero di dipendenti partecipanti al gruppo di lavoro, su proposta della Direzione Sanitaria di Presidio;

Di approvare il modello organizzativo che prevede il coordinamento a livello della direzione del presidio ospedaliero indicata in premessa;

Di approvare il "Progetto BLS – Gruppo di formazione permanente per l'emergenza", nonché del regolamento dell'Italian Resuscitation Council, che si allegano e formano parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

Di dare mandato al Servizio Formazione ed Educazione Sanitaria di registrare e conseguentemente liquidare le spese derivanti dalle attivazione dei corsi;

Di dare atto che la presente deliberazione, a norma dell'art. 4, comma 8, della legge n. 412 del 1991 e dell'art. 28 della L.R. n. 26/96 non è soggetta all'approvazione della Giunta della Regione Marche;

di dare atto che la presente deliberazione è immediatamente esecutiva;

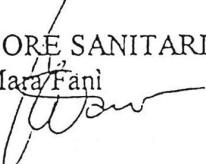
di disporre l'immediata pubblicazione della presente deliberazione all'albo dell'Azienda U.S.L. n. 12;

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Renato Angelone

IL DIRETTORE SANITARIO

Dott.ssa Mara Fani



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

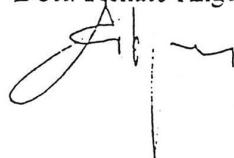
Dott. Simplicio Olivieri



La presente deliberazione si compone di n. 11 pagine, di cui n. 9 pagine di allegati.

IL DIRETTORE GENERALE

Dott. Renato Angelone



CERTIFICATO DI PUBBLICAZIONE

La presente delibera è pubblicata all'Albo dell'Azienda Unità Sanitaria Locale n. 12, sede legale di S.Benedetto del Tronto il giorno

24 DIC. 2001

IL COOPERATORE AMMINISTRATIVO



UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

Il 28 dicembre l'Agenzia Regionale chiede un "Ipotesi di Riordino dei Posti Letto per Acuti", tenendo conto delle indicazioni ministeriali e delle decisioni prese negli incontri di budget avuti.

Si allega la richiesta dell'Agenzia e le proposte conseguenti del personale di assistenza redatte da parte del Servizio Infermieristico.

 AGENZIA REGIONALE SANITARIA Ancona, 21 dicembre 2001 Prot. 2753 /ARS/DG		TRASMESSO A: D.R. <input checked="" type="checkbox"/> D.S. <input type="checkbox"/> D.A. <input checked="" type="checkbox"/> D. A. <input type="checkbox"/> Segreteria <input type="checkbox"/> Serv. AA. II. <input type="checkbox"/> Serv. legale <input type="checkbox"/> Serv. Econ. Fin. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Serv. Personale <input type="checkbox"/> Serv. Provvedit. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Serv. Tecnico <input type="checkbox"/> Serv. Informativo <input type="checkbox"/> NOTE: <input type="checkbox"/> AIS <input type="checkbox"/>	REGIONE MARCHE AZIENDA SANITARIA USL N° 12 S. BENEDETTO DEL TRONTO 28 DIC. 2001 PROT. 26991 TIT. ST. REP.
		DIRETTORI GENERALI Aziende Sanitarie Locali Aziende Ospedaliere Magnifico Rettore Università di Ancona Commissario straordinario INRCA Presidente Regionale AIOP LORO SEDI	
OGGETTO: Ipotesi di riordino posti letto per acuti			
<p>Trasmettiamo in allegato l'<u>ipotesi</u> di redistribuzione dei posti letto per acuti. L'<u>ipotesi</u>, come già descritto in occasione degli incontri di budget, è stata formulata utilizzando come base il movimento ricoveri del 2000 (lasciando quindi inalterato il tasso di ospedalizzazione del 212 per 1.000), corretto:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. sulla base dei DRG definiti potenzialmente inappropriati (come degenza ordinaria) nella delibera sui LEA (sono stati considerati inappropriati l'80% dei ricoveri ordinari) b. sulla base della lista delle procedure eseguibili in chirurgia ambulatoriale (allegato 5 della "Proposta per l'organizzazione, lo sviluppo e la regolamentazione delle attività chirurgiche a ciclo diurno" Ministero della Sanità, febbraio 2001-12-21) <p>Un'ulteriore correzione è stata apportata confrontando i risultati di questa prima elaborazione con le proposte da voi effettuate in occasione degli incontri sulla concertazione dei posti letto effettuati lo scorso anno con l'Agenzia Regionale.</p> <p>I dati vi vengono proposti:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. per singola ASL, raggruppati per AFO, e distinguendo i posti letto ordinari da quelli indistinti/Day Surgery / Day Hospital. b. per l'intera area vasta (provincia) di riferimento, suddivisi per specialità <p>Sulla base dell'<u>ipotesi</u> inviata, tenuto conto dei dati di attività e delle eventuali <u>modifiche realizzatesi nelle singole aziende nel corso del 2001 e delle prospettive del 2002</u>, <u>entrò il termine improrogabile del 15 gennaio 2002</u>, dovrà pervenire a questa Agenzia, la vostra proposta di riordino, possibilmente già "concertata" in area vasta., tenendo conto di quanto presente nelle indicazioni di piano, e in particolare:</p> <ul style="list-style-type: none"> * • il rispetto dei moduli minimi di dimensionamento delle specialità * • il mantenimento di attività secondo le fasce previste dal piano, nelle aziende individuate da PSR <p>La documentazione può anche essere inviata in formato elettronico (fogli di calcolo, oppure documenti in videoscrittura) all'indirizzo di posta elettronica presente nel sito ARS, che vi rammentiamo : agenzia.sanitaria@regione.marche.it</p> <p>Nel ringraziarvi per la collaborazione, vi invio i più cordiali auguri di Natale.</p> <p style="text-align: right;"><i>[Handwritten signature]</i></p> <p style="text-align: right;">IL DIRETTORE GENERALE Prof. Francesco Di Stanislao</p>			

**IPOTESI DI RIDISTRIBUZIONE POSTI LETTO PER ACUTI
per AZIENDA SANITARIA E AFO**

AFO	ASL 11	ASL 12	ASL 13	TOTALE AP
AFO CHIRURGIA				
PL ordinari	111	102	105	318
PL indistinti/DS/DH	34	24	34	92
TOTALE AFO	145	126	139	410
				-
AFO EMERGENZA	21	19	24	64
				-
AFO MAT-INFANTILE				-
PL ordinari	34	51	30	115
PL indistinti/DS/DH	2	3	6	11
TOTALE AFO	36	54	36	126
				-
AFO MEDICINA				-
PL ordinari	254	170	225	649
PL indistinti/DS/DH	16	20	17	53
TOTALE AFO	270	190	242	702
Totali acuti	472	389	441	1.302

PRESIDIO OSPEDALIERO

Situazione aggiornata al 5.9.2001

PARAMETRI REGIONALI	NUOVA DOTAZIONE ORGANICA	PERSONALE IN SERVIZIO
1,80 x 339,7 p.l.pesati = n. 611 posti totali		
0,9 di 611 = n. 305 posti pers.inf.co	N. 319 posti personale inf.co	N. 297 posti personale inf.co
0,6 di 611 = n. 204 posti altro personale	N. 211 posti altro personale	N. 173 posti altro personale
0,3 di 611 = n. 102 posti pers.medico e laureato ruolo sanit.	N. 155 posti pers. medico e laureato ruolo sanitario	N. 128 posti pers. Medico e laureato ruolo sanitario
= N. 611 TOTALE	N. 685 TOTALE	N. 598 TOTALE

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

P.L.	P.L. al 31/12/2001			Personale di ruolo presente			IPOTESI RIDUZIONE POSTI LETTO			Pers.nece.oggi-pre.ristrutturaz.					
	Totale	Servizi	Pers.di ass.	Totale	Servizi	Assistenza	Totale	Totale	Servizi	Pers.di ass.	Totale	Totale			
	P.L.	Ambulatori	in funz.dei	Person.	Ambulatori	diretta	Person.	Dipart.	Inf/Ota	min. di ass.	Dipart.	Person.			
Chirurgia generale	60	2	14,66		2	14,0		32	2	15,64		2	14,66		
Oculistica	11	1	5,37		1	6,5		-	1	-		1	7		
Otorinolaringoiatrica	13	2	6,35		2	6,5		15	2	7,33		2	7		
Criptopedia e traumatologia	47		22,97			19		35		17,10			22,97		
Letti indistinti di area	13	144	6,35	55,70	0	46	12	94	5,86	45,93			51,63		
Medicina generale	48		23,45			21		47		22,97			23,45		
Geriatrica	20		14,66			14		20		9,77			14,66		
Neurologia	20		14,66			14,5		20		14,66			14,66		
Nefrologia in med.	2		2,44			0		2		2,44					
Nefrologia/DH/Emodialisi	3		18			18		3		18			18		
D.S.M.	10		12,22			15,5		10		12,22			16		
CAD/DH	9	5,5			5,5			9	5,5			5,5			
Oncologia/DH	6	5,5			5,5			8	5,5			5,5			
Letti indistinti di area					0			22		10,75					
Cardiologa	14	132	3	10,26	77,69	3	6,5	14	155	3	10,26	83,07	3	10	78,77
UTI	5		12,22			12		5		12,22			12		
Rianimazione	5		12,22			12,5		5		12,22			12,22		
Asianteira	8	18	3,91	28,34		6	30,5	9	19	4,40	28,83		6	30,22	
Ginecologia /Ostetricia	26		1	12,70		1	13	26		1	12,70		1	12,7	
Pediatria/Ass. Neonatale	15		10,99			17		14		10,26			16		
Letti indistinti di area		41		23,70		0	30	3	43	2,20	25,16			28,7	
Anestesia		4			4					4			4		
Blocco operatorio		23			23					23			25		
Centro trasf.		3			3					3			3		
Direz. Sanit. Osped.		5			5					5			5		
Serv. Inferm.co		3			3					3			12		
Endoscopia digestiva		3			3					3			3		
Laboratorio		5			5					5			4		
Medico competente/S.P.P.		2			2					2			2		
P.S./Triage/Emerg. terit.		19			19					19			20		
Radiologia		8			8					8			7		
Riabilitazione/Ter. Antalg.		2			2					2			2		
Sala gessi		4			4					4			4		
Sala parto		0			0					0			2		
Serv. Trasp./C.O.		1			1					1			1		
Sterilizzazione		3			3					3			3		
Amb. Densitometrico		2			2					2			2		
TOTALE	335	125	+	185	125	+	178	311	125	+	183	137	+	189	
TOTALE				310			303				308			326	

IPOTESI DI RIORDINO POSTI LETTO E DOTAZIONE ORGANICA

RIDUZIONE P. L. SULLA BASE DELLA PROPOSTA AZIENDALE

N. 24

P.L. PREVISTI SULLA BASE DELLA PROPOSTA AZIENDALE

N. 311

PERSONALE DI ASSISTENZA AL 31/12/01 E' CALCOLATO SU 312 PL

N. 315

Chirurgia: il personale di assistenza al 31/12/01 è considerato su 30 PL.

Letti indistinti: non è al 31/12/01 previsto personale dedicato.

Geriatrica: il personale di assistenza al 31/12/01 è considerato su 30 PL.

Personale in part time: n.6

Personale in aspettativa per gravidanza: n.12

D.S.M.: n. 4 unità infermieristiche inserite nella dotazione organica territoriale. L'organico inferm.complessivo al 31/12/01 è di 18 unità.

Emergenza territoriale: n. 5 unità infermieristiche inserite nella dotazione organica del territorio. L'organico inferm.complessivo al 31/12/2001 è di 21 unità.

Cad/DH, Nefrologia/DH/Emodialisi, Oncologia/DH, Servizi e Ambulatori, il personale dedicato è rapportato alla tipologia, complessità e volume dell'attività.

La dotazione di personale va ridiscussa con i responsabili di Dipartimento e delle U.O.(Contrattazione/Concertazione), sia a seguito di processi di ristrutturazione strutturale e tecnologica o a processi di riorganizzazione, sia sulla base di altri indicatori, che meglio ci permettono orientativamente di determinare i carichi di lavoro, legati ai modelli organizzativi e al volume di attività (%di pazienti con alta dipendenza, Case mix, o meglio, Disease staging che si basa su un sistema di classificazione a iso-gravità e non ad iso-risorse come il case mix, etc...), per un uso efficientedelle risorse umane.

Il Servizio Infermieristico è orientato verso una diminuzione del personale infermieristico a favore di una maggiore presenza di personale OTA/OSS, iniziando dalle U.O. con bassa complessità assistenziale, dopo un'analisi delle attività delegabili al personale di supporto.

.Gennaio 2002

Servizio Infermieristico Ospedaliero

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

A.U.S.I. N. 12 PRESIDIO OSPEDALIERO SITUAZIONE PERSONALE INFERMIERISTICO DI ASSISTENZA