

ANNO 2008

Le cose da fare e le cose da portare avanti dal gennaio 2008 in poi nella "Riprogettazione Assistenziale 2008-2011".

"RIPROGETTAZIONE ASSISTENZIALE" GENNAIO 2008-2011	
OBIETTIVI GENERALI E AZIONI	Umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza
	<p>Avvio nelle unità operative di degenza del percorso di riorganizzazione, in coerenza con gli obiettivi del PSR, linee guida del DGR 1212/04, degli obiettivi di budget aziendali e degli obiettivi dei coordinatori</p> <p>1) Presa in carico del Cittadino-Utente attraverso piani di assistenza coerenti al bisogno specifico 2) Realizzazione di un modello organizzativo responsabilizzato sui risultati per settori o per livelli di intensità 3) Documentazione integrata dell'attività assistenziale Coordinamento/Integrazione Infermieri-Oss nel piano assistenziale L'inserimento degli Oss nel processo assistenziale comporta necessariamente: - la revisione dell'attuale organizzazione per rendere coerenti le cure prestate rispondendo al fabbisogno organizzativo di coordinamento e integrazione con attribuzioni di attività al personale di supporto che interviene nel piano assistenziale; - la necessità di adeguare la documentazione sanitaria in uso, per una corretta e responsabile trasmissione delle informazioni sull'assistenza prestata, assicurando la tracciabilità delle azioni svolte. Adeguamento alle Linee Guida della 1212/04 - percorso di sviluppo di pianificazione per obiettivi assistenziali, introduzione di diagnosi infermieristiche , schede accessorie e di valutazione dei rischi, scheda unica</p>

OBIETTIVO E AZIONI	<p>di terapia, scheda infermieristica di dimissione (Medicina e Geriatria sono i reparti pilota). Schede accessorie identificative farmaci: conoscenza dei farmaci e sua efficacia, effetti collaterali, sicurezza (progetto formativo dipartimentale 2010-2011)</p> <p>Sicurezza delle cure</p> <p>4) Miglioramento delle competenze nel campo della buona pratica clinica/organizzativa e della ricerca per una revisione critica della operatività quotidiana (percorsi, protocolli, procedure, ...) basandola sulle migliori evidenze scientifiche - Gruppo Risk Management/E.B.P. -</p> <p>Sviluppo di un sistema informativo, di reporting - <u>Progetto Pegaso</u> - per il monitoraggio e la gestione del rischio clinico, per la valutazione degli esiti, per facilitare il passaggio di conoscenze acquisite tra operatori</p> <p>5) Definizione di un sistema integrato e coordinato all'interno della struttura Ospedaliera e tra Ospedale e Territorio per garantire la continuità delle cure.</p> <p>Continuità assistenziale</p>		<p>OBIETTIVO E AZIONI</p> <p>Sviluppo del modello organizzativo dipartimentale</p> <p>Verifica operativa del Regolamento delle Posizioni Organizzative delle aree e dei Coordinatori di Dipartimento</p> <p>Verifica funzioni responsabilità-obiettivi del Coordinatore di U.O.</p> <p>Modello organizzativo responsabilizzato sui risultati</p>
--------------------------	---	--	---

OBIETTTIVO E AZIONI	<p>Adeguamento e Ammodernamento</p> <p>E' sempre più necessario adeguare e ammodernare tutta la struttura ospedaliera, piano per piano, come progetto prioritario aziendale.</p> <p>(Accettazione/Informazioni su 12 ore, segnaletica, paretì e porte Pitturate, condizionatori, letti, barelle, carrozzine, sedie comode nelle stanze delle persone malate, spazi accoglienti nelle sale di attesa,)</p>	<p>Implementazione dell'offerta nell'area dell'emergenza</p> <p>Attivazione degli ambulatori polispecialistici nell'area di P.S. (pediatria-ortopedia-neurologia-cardiologia-)</p>	<p>Attivazione su 24 ore di un servizio di radiologia convenzionale e di ecografia per le urgenze presso l'area di P.S.</p>	<p>Proposta di attivazione di una funzioni di coordinamento per Pronto Soccorso-Emergenza Territoriale (gestione integrata PS-Potes-Croci)</p>	<p>Allestimento sala di attesa con allocazione di comode poltrone e TV per gli operatori dell'Emergenza Territoriale 118 e per la guardia medica notturna (Medici, Infermieri, Autisti soccorritori);</p>	<p>Area in ristrutturazione - Progetto in fase di realizzazione</p>	<p>Riorganizzazione dell'Ambulatorio della Sala Gessi</p> <p>Proposta di un percorso di riorganizzazione in sperimentazione secondo progetto condiviso con il responsabile medico ed infermieristico, con modifica delle regole organizzative, degli orari e degli spazi degli ambulatori ortopedici e di Sala Gessi.</p>
------------------------------------	---	--	---	--	---	---	---

	<p>OBIETTTIVO E AZIONI</p> <p>Progetto riorganizzazione del Blocco Operatorio e della Sterilizzazione centralizzata</p> <p>Riorganizzazione della programmazione e dell'orario delle sedute operatorie settimanali (programmare l'attività delle sedute operatorie da 6 giorni a 5 giorni attraverso il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari)</p> <p>Riadeguamento/Ottimizzazione dell'organico Infermieristico e degli OSS</p> <p>Adeguamento dell'orario di lavoro e della turnistica programmata</p> <p>Attribuzione del Rischio Radiologico ad un congruo numero di infermieri necessari a garantire una adeguata e sicura funzionalità organizzativa delle sedute operatorie;</p> <p>Programmazione della Pronta Disponibilità con un numero congruo di personale a garanzia delle situazioni di emergenza;</p> <p>Revisione delle regole organizzative interne con aggiornamento degli strumenti operativi (percorsi-protocolli-procedure-check lists-etc)</p> <p>Gestione dei farmaci e del materiale di magazzino informatizzato</p>
	<p>Progetto di riorganizzazione dei Percorsi assistenziali nel Dipartimento Chirurgico</p> <p>Ottimizzazione organizzativa dell'attività di degenza e dei percorsi nel dipartimento chirurgico (chirurgia ambulatoriale, day surgery, one day surgery, week surgery, chirurgia in degenza ordinaria)</p>

OBIETTIVO E AZIONI	<p>Ridefinizione dei PL nell'area di degenza ordinaria con definizione di un'area a ciclo breve polispecialistica con chiusura nel fine settimana (rapporto volume attività chirurgica e posti letto secondo le indicazioni e i vincoli regionali)</p>	<p>Modello assistenziale per aree di intensità di cura (dalla degenza alberghiera diurna alla bassa assistenza, dalla alta assistenza alla terapia semintensiva-intensiva), con organico adeguato e flessibile al volume e alla tipologia dell'attività, a garanzia dell'appropriatezza clinica-organizzativa, della qualità, della sicurezza delle cure e prevenzione dei rischi</p>	<p>Progetto "Ospedale amico dei bambini"</p> <p>Sviluppo delle buone pratiche per la promozione dell'allattamento al seno, attraverso l'adesione al percorso proposto dall'OMS/UNICEF per raggiungere gli standard richiesti.</p>	<p>E' riconosciuto, dalle più autorevoli organizzazioni mondiali che si occupano di salute, l'importanza della nutrizione come determinante principale della salute umana. Fin dalla nascita, promuovere l'allattamento al seno diventa quindi una scelta di salute per la mamma e per il bambino, nonché sociale.</p>	<p>Progetto alle prime fasi di realizzazione (budget 2009)</p>
-----------------------------------	--	---	---	--	--

OBIETTTIVO E AZIONI	<p>Progetto "Ospedale senza dolore" Organizzazione di percorsi per realizzare l'obiettivo "Ospedale senza dolore" Progetto in fase di realizzazione</p> <p>Progetto " Continuità delle cure Ospedale-Territorio" nel Dipartimento salute Mentale</p>	<p>Sviluppo di un'organizzazione assistenziale e un adeguamento organico in grado di promuovere una maggiore integrazione dei percorsi ospedalieri e territoriali, per migliorare la rete della prevenzione del disagio mentale sociale</p> <p>Realizzazione del DPS e strutturazione dell'organigramma con ruoli e funzioni (L.R. 13 20/06/2003 - DGR 1931 del 27/12/2008)</p> <p>Attivazione del Dipartimento delle Professioni Sanitarie</p> <p>Ridefinizione adeguamento della Dotazione Organica</p> <p>Il personale delle UU.OO. deve essere adeguato e rispondente ai reali carichi assistenziali (criticità-instabilità-tempo) a garanzia di cure sicure per i cittadini utenti e degli operatori sanitari</p>	
------------------------------------	--	--	--

OBIETTIVO E AZIONI	Ridefinizione del CCNL Integrativo	Revisione della parte economica che dovrà essere coerente con i cambiamenti proposti (salario produttività, posizioni organizzative indennità di coordinamento, sistema di valutazione e di progressione verticale-orizzontale, prestazioni aggiuntive/libera professione)
OBIETTIVO E AZIONI	Implementazione Day Surgery	Implementare il volume dell' attività e l'appropriatezza dei percorsi Verifica delle regole organizzative e degli strumenti operativi adottati
DIPARTIMENTO DELLE PROFESSIONI Elio Capacci		

Sono state pubblicate le Linee Guida Nazionali per la "Prevenzione delle cadute negli anziani", problema sanitario rilevante, responsabile di un aumento della mortalità e disabilità, che implica alti costi sociali. Il PSR 2007-2009 pone tra gli obiettivi prioritari per le Zone Territoriali la "Gestione del Rischio Clinico e la Prevenzione delle Cadute in Ospedale"; noi abbiamo presentato il nostro progetto che ci impegna dal 2008 al 2009 "Prevenzione delle Cadute in Ospedale e a Domicilio".

	ASUR MARCHE Zona Territoriale 12 San Benedetto del Tronto	
Serv. Inferm.co P.O. Risk Management/EBP	RISK MANAGEMENT: PREVENZIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE E A DOMICILIO	Pag. 1/3 Anno 2007-2009

PREMESSA/INTRODUZIONE

Le cadute rappresentano un problema di significativa importanza nell'ambito del ricovero in ospedale dei pazienti, soprattutto anziani. Da una caduta accidentale nascono spesso spiacevoli conseguenze per il paziente e la sua famiglia, per i sanitari, nonché per l'azienda. Una caduta accidentale, infatti, può provocare lesioni e fratture e può compromettere o peggiorare la qualità della vita del Paziente riducendone la motilità ed aumentando il suo grado di dipendenza. Inoltre, sono eventi frequenti che rappresentano fonte di maggiorazione dei costi durante il ricovero, per il prolungarsi della degenza e per le necessarie procedure diagnostiche e terapeutiche, e sono spiacevoli conseguenze di ordine etico, e talvolta giuridico, per i sanitari coinvolti.

Ogni anno circa un terzo delle persone oltre i sessantacinque anni di età sono vittime di cadute accidentali che nella metà dei casi sono ricorrenti e provocano una volta su dieci lesioni importanti, quali fratture dell'anca, altre fratture, ematomi cerebrali sottodurali e ferite dei tessuti molli o della testa (NEJM 2003, 348/1).

Sono state pubblicate le linee guida nazionali 2007 per la prevenzione delle cadute negli anziani (www.pnig.it) poiché importante problema sanitario responsabile di un aumento della mortalità e disabilità implicante alti costi sociali.

Il PSR 2007-2009 pone fra gli obiettivi prioritari per le Zone Territoriali la Gestione del Rischio Clinico e la Prevenzione delle cadute in ospedale.

Il gruppo di lavoro per il Risk Management ed il Servizio Infermieristico hanno posto in essere un percorso che vede come obiettivo la prevenzione delle cadute per i pazienti ospedalizzati e la conseguente riduzione dei costi per l'Azienda.

PERCORSO

Definizione di caduta: "un improvvoso, non intenzionale, inaspettato spostamento verso il basso dalla posizione ortostatica, o assisa, o clinostatica. Per tentare di evitare le cadute, è importante individuare quali sono i pazienti a rischio, in letteratura si trovano diversi strumenti di valutazione, con punteggi di valutazione che permettono di esprimere se il paziente è più o meno a rischio di cadere sulla base della valutazione di una serie di variabili.

Sulla base di tali presupposti, il gruppo di lavoro per il Risk Management ha posto in essere un percorso di valutazione, revisione e sperimentazione in una serie di steps:

1° STEP reperimento, presso la Direzione di Presidio, di tutte le schede di denuncia di cadute, stilate dagli operatori, per i pazienti degenti nella nostra struttura dal 2004 a tutt'oggi.

2° STEP analisi dei dati rinvenuti per evidenziare:

- ➡ Causa della caduta (strutturali, assistenziali, presidi di mobilitazione insufficienti)
- ➡ Età del paziente e patologie correlate al suo stato psicofisico
- ➡ U.O. in cui è avvenuta la caduta
- ➡ Orario della caduta

3°STEP consultazione e confronto con i referenti della formazione e con il referente del Servizio Infermieristico per la formazione e lo sviluppo con i quali si è deciso di progettare un percorso formativo per gli operatori del comparto (Infermieri, OSS).

Il progetto formativo in oggetto pone in essere degli interventi educativi rivolti al personale di assistenza, che deve essere addestrato riguardo i fattori di rischio, le strategie e gli interventi preventivi.

Il percorso formativo prevede l'introduzione e l'utilizzo, da parte degli operatori, di scale di valutazione, che attraverso la misurazione e la valutazione clinica dei fattori di rischio saranno in grado di definire il livello del rischio di cadute con l'obiettivo di porre in essere tutte le strategie necessarie per prevedere e prevenire.

4°STEP introduzione della scheda di incident reporting, modalità di raccolta strutturata (mediante scheda cartacea) delle segnalazioni spontanee da parte degli operatori sanitari di eventi significativi per la sicurezza dei pazienti.

La scheda di incident reporting è considerata strumento indispensabile per lo sviluppo delle attività di gestione del rischio.

La scheda in oggetto, sulla base di quanto predisposto dagli obiettivi del Servizio Infermieristico e del gruppo per il Risk Management, sarà introdotta in prima istanza all'interno dell'U.O. di Medicina dove il Servizio Infermieristico è attualmente presente per la realizzazione del progetto di riorganizzazione ed implementazione dell'assistenza infermieristica. Per l'anno 2009, la scheda di incident reporting sarà introdotta all'interno di tutte le UU.OO. legandola agli obiettivi di budget.

5° STEP il percorso avrà inizio in Settembre 2008 e prevede una parte dedicata alla formazione in aula e una dedicata alla sperimentazione sul campo con la quale si potrà effettuare una prima sperimentazione dell'attuazione delle scale di valutazione.

6°STEP il primo traguardo del percorso si avrà a Dicembre 2008 dove si farà una prima valutazione rispetto alla sperimentazione effettuata, che continuerà per tutto il corso dell'anno 2009.

Il gruppo per il risk management coordinerà i lavori di sperimentazione e terrà un monitoraggio dei dati inserendoli in un data base con il quale si avrà la possibilità di effettuare report, studi scientifici e conseguenti modifiche nell'organizzazione per una migliore qualità e sicurezza delle cure prestate.



**Regione Marche – Azienda Sanitaria Unica Regionale
Zona Territoriale n. 12 San Benedetto del Tronto
Servizio Formazione – Educazione Sanitaria – U.R.P.**

REV. 1

PROGETTO

Azienda organizzatrice in collaborazione con eventuale altro organizzatore
ZT 12 San Benedetto del Tronto

Titolo del progetto

RISK MANAGEMENT: PREVENZIONE DELLE CADUTE IN OSPEDALE E A DOMICILIO (entry level)

Obiettivo Regionale	1
Motivazione nella scelta dell'obiettivo:	La strutturazione di percorsi complessi sul problema degli incidenti che coinvolgono ospedale e territorio, rappresenta una necessità ineludibile del processo assistenziale, in una visione comprensiva delle ricadute sociali ed economiche.
Parole chiave	INCIDENTI, RISCHIO CLINICO, CADUTE
Luogo di svolgimento	ZT 12 San Benedetto del Tronto
Data di svolgimento	Ed1: Inizio :
Orario	1 sessione 8.45-17 Sperimentazione sul campo: 01/10/2008-01/12/2008 dal lunedì al venerdì, orari 8-13/14-20
Durata ore per edizione	Sessioni interattive: 9 ore Sperimentazione sul campo: 80 ore
Numero Edizioni	6
Tipologia dell'evento	PFA
Metodo o metodi d'insegnamento previsti	<ul style="list-style-type: none"> • Lezioni frontali interattive • Sperimentazione sul campo
Metodo di verifica dell'apprendimento	Questionario per la parte teorica Scheda di osservazione per la sperimentazione sul campo
Partecipanti per edizione	25
Scopo Prevalente	<input checked="" type="checkbox"/> accrescere le conoscenze teoriche <input type="checkbox"/> migliorare le abilità pratiche <input checked="" type="checkbox"/> costruire strumenti per la gestione delle attività <input type="checkbox"/> stimolare comportamenti/aspetti relazionali <input checked="" type="checkbox"/> elaborare prodotti/progetti

PRESENTAZIONE : (illustrazione delle motivazioni che hanno sostenuto la progettazione del corso)	Il percorso nasce all'esigenza di affrontare tre ordini di problemi. Il primo riguardante gli incidenti intraospedalieri come le cadute che si manifestano con una frequenza ancora preoccupante per il livello qualitativo di assistenza richiesto dai tempi. Il secondo, si riferisce al contesto domiciliare, dove la popolazione anziana in particolare, è soggetta a fatalità di vario tipo (cadute, errori di somministrazione della terapia, ecc) determinate da solitudine o da assistenza di familiari o
---	---



**Regione Marche – Azienda Sanitaria Unica Regionale
Zona Territoriale n. 12 San Benedetto del Tronto
Servizio Formazione – Educazione Sanitaria – U.R.P.**

REV. 1

	<p>personale dedicato non adeguatamente preparati. Il terzo punto, conseguente ai due precedenti, è rappresentato dai notevoli costi in termini economici e sociali dei suddetti eventi. L'attività formativa considerata "entry level" ha l'intento di introdurre alla cultura del rischio clinico e all'utilizzo di metodi di analisi mirati a prevenire gli eventi avversi. Nella parte dedicata alla formazione sul campo, vengono sperimentati strumenti che alla fine della sessione sperimentale saranno verificati e valutati. Altro obiettivo del corso è quello di creare le condizioni affinché negli operatori si formi la cultura socio-economica come approccio nella visione dei problemi</p>
<p>OBIETTIVI GENERALI: (illustrazione delle finalità per cui è stato progettato il corso)</p>	<p>Come illustrato nella presentazione, il percorso, ha nella finalità principale lo sguardo d'insieme per una gestione completa del problema. Un problema come quello degli incidenti ospedalieri e domestici infatti, va osservato da ogni punto di vista per affrontarlo in maniera efficace e risolutiva. Trattandosi di un livello di base molti concetti introdotti verranno approfonditi in un corso successivo (advanced level)</p>

<p>OBIETTIVI SPECIFICI E SCOPI: (dichiarazione delle competenze/capacità che i partecipanti potranno sviluppare nel corso dell'attività formativa)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Favorire l'approccio socio-economio nella gestione dei problemi; • Creare la consapevolezza delle situazioni di rischio • Promuovere l'utilizzo di strumenti e strategie per la risoluzione dei problemi • Sensibilizzare gli operatori alla cultura del risk management
<p>DESTINATARI ED AMBITI ORGANIZZATIVI: (individuazione delle tipologie di professionisti coinvolti nel processo formativo e delle strutture servizi di riferimento)</p>	<p>Infermieri, Operatori Socio Sanitari</p>
<p>METODOLOGIE: (illustrazione delle metodologie formative (frontali teoriche/operative/interattive, formazione sul campo) utilizzate durante il percorso formativo)</p>	<p>Lezioni frontali interattive sperimentazione sul campo</p>
<p>RIEPILOGO FINALE: (indicazione dei nominativi dei docenti, del direttore del corso, del responsabile scientifico, dei tutor e specificazione della sede del corso, della metodologia didattica e della tipologia di valutazione utilizzata)</p>	<p>Docenti :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dr. Agostini (Riabilitazione) - Dr. Ceccarani Stefania (Risk Management) - Dr. Ceroni Enrico (Risk Management) - Inf. Cicconi Sante (Risk Management)



**Regione Marche – Azienda Sanitaria Unica Regionale
Zona Territoriale n. 12 San Benedetto del Tronto
Servizio Formazione – Educazione Sanitaria – U.R.P.**

REV. 1

- | | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">- Inf. Liodori Andrea (Risk Management)- Dr. Massetti Massimo (Risk Management)- Dr. Paci (Neurologia)- Inf. Romani Nicolino (Risk Management)- Dr. Sobrini Stefania (Risk Management)- Dr. Sorgi Claudio (Formazione e Sviluppo) <p>Resp. Scientifico:</p> <ul style="list-style-type: none">- Dr. Capecci Elio (Dirig. Servizio Inferm.co
P.O. Resp. Gruppo Risk Management-EBP) |
|--|--|

Esce il "Protocollo per il Cateterismo Vescicale".

REGIONE MARCHE
AZIENDA USL 12
SAN BENEDETTO DEL TRONTO
DIREZIONE SANITARIA OSPED.
SERVIZIO INFERM.CO OSPED.
C.I.O.

**PROTOCOLLO
PER IL
CATETERISMO VESCALE**

Revisione: 0
Pag. 1/11

1. REDAZIONE, EMISSIONE, APPROVAZIONE, VERIFICA, AUTORIZZAZIONE

Redazione	Gruppo di Lavoro U.O. Cardiologia - Utic : CPS Rossi Marisa, I. Grossi Benedetta, I. D'ercoli Maria Grazia Gruppo di Lavoro del Servizio Infermieristico: Nucleo Operativo CIO:
Referente	Coordinatore Professionale Sanitario U.O. Cardiologia - Utic
Verifica dei contenuti	CIO, Dirigente Infermieristico, Dirigente Medico U.O. Cardiologia - Utic
Verifica operativa	Coordinatore Professionale Sanitario U.O. Cardiologia - Utic
Approvvigionamento Risorse e materiali	Otaa o Infermiere delegato Servizi approvvigionanti: Magazzino Economale , Farmacia ospedaliera
Approvazione	CIO, Servizio Infermieristico
Autorizzazione	Direzione Sanitaria di Presidio

2. OGGETTO

Il presente protocollo descrive la procedura per l'introduzione e la gestione del catetere vescicale

3. OBIETTIVO/SCOPO

- Garantire tecniche infermieristiche corrette circa l'introduzione e la gestione del catetere vescicale.
- Migliorare l'aderenza a standard professionali
- Uniformare la tecnica d'esecuzione, onde evitarne la variabilità.

4. STANDARD DI RISULTATO

Massima prevenzione del rischio d'infezioni
Eseguire la tecnica secondo il protocollo

5. VERIFICA DEL PROTOCOLLO

Numero di segnalazioni per carenza di materiale
Numero di comunicazioni per difficoltà di applicazione del protocollo

6. CAMPO DI APPLICAZIONE

Stabilita la necessità a procedere alla cateterizzazione, le indicazioni principali da considerare sono:

- Pazienti critici in cui sia necessario il monitoraggio della diuresi (EPA, SCC, IMA, stato di shock, coma, pz con alterazioni della coscienza)
- Pazienti con ritenzione acuta urinaria.

AUMENTO DEI PUNTI DI DEBOLEZZA - CRITICITA' CRESCENTI

Il 6 maggio ho inviato una comunicazione formale, con la scheda sulla situazione esistente, al Direttore della nostra ZT 12, Giuseppe Petrone, sulle crescenti difficoltà a realizzare i processi di riorganizzazione previsti, anche in considerazione dell'imminente arrivo del periodo estivo per la gestione delle ferie dovute.



REGIONE MARCHE	
A.S.U.R. - ZONA TERRITORIALE N.12	
SAN BENEDETTO DEL TRONTO	
06 MAG. 2008	
PROT.....	11669
TTT.....	CT..... ART.....

Al Direttore della ZT 12
Dott. G. Petrone

Al Responsabile delle Relazioni Sindacali
Al Dott. Massimo Esposito

Loro Sedi

Oggetto: comunicazione

Premesso che, le limitate risorse disponibili ed attualmente impiegate, non consentono di realizzare i necessari processi di riorganizzazione della nostra Zona Territoriale e che l'effettiva dotazione di personale non è sempre adeguata a garantire i livelli di assistenza richiesti dall'attuale assetto organizzativo, e pertanto non rispondente alle reali esigenze di salute e di sicurezza delle cure dei Cittadini-Utenti, mi corre l'obbligo di comunicarVi la mia impossibilità di contribuire alla completa realizzazione degli obiettivi prefissati ed a suo tempo concordati.

Nel contesto sopra rappresentato intendo sottolineare in particolare la crescente difficoltà di rispondere in maniera adeguata alle esigenze gestionali che quotidianamente si presentano. La situazione, già difficile da gestire in occasione delle festività, si aggraverà ulteriormente nel prossimo periodo estivo per l'aumento dell'utenza che graviterà sulla ZT 12 e per la concomitanza delle ferie programmate da parte del personale.

Sono ovviamente disponibile a qualsiasi chiarimento.
Cordiali saluti

SBT 01.05.08

Il Dirigente Assistenza Infermieristica
Elio Capecci

	P.L.	Coord.	ATTUALE D.O.		PROPOSTA		DIFFERENZA	
	Ord.+	U.O.	Inf.	Oss	Inf.	Oss	Inf.	Oss
	Dh-DS	Dipart.						
Chirurgia generale	22	1	15	3	15	3	0	0
Otorinolaringoiatria	15	1	11	1	10	2	1	-1
Ortopedia e Traumatologia	25	1	15	3	15	3	0	0
Medicina + Nefro.	35	1	15	10	15	10	0	0
Nefrologia (letti dialisi)	26	1	19	2	22	2	-3	0
Geriatria/Lungodegenza	32	1	14	11	14	11	0	0
Neurologia-Stroke Unit-Riab. Intens.	21	1	12	8	14	6	-2	2
Ginecologia-Ostetricia	25	1	9	4	9	4	0	0
Pediatria/Ass. Neonatale	15	1	15	2	15	2	0	0
M'Edicina D'Urgenza	10	1	11	2	12	2	-1	0
Cardiologia - Utic	20	1	18	1	18	2	0	-1
P.S./Triage/Emerg. territ.			28	8	30	10	-2	-2
Rianimazione	5	1	14	1	14	2	0	-1
CAD	9	1	6	0	5	1	1	-1
Oncologia	9	1	5	1	5	1	0	0
Centro Trasf.			4		4		0	0
Laboratorio			1	4	4		0	0
Radiologia			1	6	4	5	1	-1
SPDC	10	1	17	1	18	2	-1	-1
CSM-CD			4	2	5	2	-1	0
Blocco Operatorio			1	18	6	19	6	-1
B.O./Area Anestesia/Amb.dolore	1	4			6		-2	0
B.O./Sterilizzazione			3		3		0	0
Amb.Sala gessi/Ortopedia			4		4		0	0
Amb. Chirurgico			2		2		0	0
Amb. Orl-Oculistico			4		4		0	0
Amb. Cardiologico			4		4		0	0
Amb. Densitometrico			2		2		0	0
D.S./Chir.Amb./Acc.Preop./Amb. Chir.	12	1	6	1	6	1	0	0
Endos. diges.			4	0	4	1	0	-1
Medico competente/S.P.P.								
Direz. Sanit. Osped.								
Serv. Inferm.co								
Totale							-10	-7
			Ostetriche					
Ost.-Gin/Sala Parto/Amb.Uro-Ginecol.		1	13		14		-1	
			Fisioterapisti					
Riabilitazione/Riabilitazione Intensiva		1		1		1		

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

Il 22 maggio è stata inviata la Scheda di Budget e i progetti collegati alla Produttività "Quota B", con gli obiettivi da conseguire nell'anno.

OBIETTIVO	CONTROLLO DI GESTIONE			
	SCHEDA BUDGET 2008			NOTE
	INDICATORE	ATTESO	Peso%	
Adeguamento alle Linee Guida (DGR 1212/04) per la corretta compilazione e gestione della Documentazione Sanitaria che dovrà adeguarsi ai criteri contenuti nelle Linee guida. 1°fase: introduzione di un modello teorico di riferimento per l'identificazione dei problemi del paziente, inquadramento iniziale propedeutico per la pianificazione del percorso assistenziale. Il progetto verrà realizzato completamente entro il 31/12/2009.	Redazione e consegna della Documentazione Sanitaria base.	Al 31/12/2008 consegna bozza della documentazione sanitaria base da sperimentare a partire dal 1/1/2009	70%	UU.OO.Coinvolte: Medicina D'Urgenza, Cardiologia/Utic, Ortopedia, ORL, Chirurgia, Geriatria, Medicina, Neurologia, Ginecologia/Ostetricia,
Obiettivo proposto dalla U.O.			70%	UU.OO.Coinvolte: P. S./Emergenza Territoriale, Blocco Operatorio, Farmacia, Laboratorio, Radiologia, Centro Trasfusionale, Riabilitazione, Dipartimento Salute Mentale, Day-Surgery, Ambulatorio medico e Terapia del Dolore, CAD, Ambulatori di Neurofisiopatologia, Oncologia, Pediatria, S. Gastroenterologia
Scheda unica di terapia integrata medico-Infermieri	Redazione, consegna e applicazione	Al 31/12/2008 consegna scheda sperimentata. Dal 1/1/2009 utilizzo definitivo	30%	Coinvolti medici e infermieri
OBIETTIVO	INDICATORE	ATTESO	Peso% obiettivo	NOTE
Gestione delle infezioni ospedaliere da cateterismo venoso centrale e catetere venoso periferico				Rianimazione OB da continuare
	Monitoraggio della gestione del CVC nell' anno corrente			Coinvolgere altre UU.OO.di Chirurgia?
	Studio e analisi per eventuali azioni correttive	Relazione al 31/12/2008	70%	

PROGETTO QUOTA B - DISPONIBILITÀ € 88.000,00

N.	PROGETTO	RISULTATO ATTESO	DURATA	PERSONALE COINVOLTO	N. operatori coinvolti	INDICATORI	IMPORTO	NOTE
1	"Garanzia della copertura dei turni di servizio del personale sanitario" : interventi su carenze non strutturali, trasporti urgenti, per assenze impreviste ed imprevedibili, in momenti di maggior criticità coincidenti con il periodo estivo, mediante disponibilità dei dipendenti a tempo indeterminato e determinato ad effettuare rientri non programmati nei giorni di riposo o ferie. (Non incompatibile con altri altri progetti)	Copertura delle assenze a garanzia dello standard assistenziale	1/6/2008 31/12/2008	Infermieristico, Ostetrico, Tecnico, Riabilitazione, Oss e Autisti, Tecnici di Laboratorio.	N. non quantificabile preventivamente (tutte le U.O. interessate, a chiamata)	Relazione del Servizio Infermieristico sulle criticità emerse ed evidenziate dai coordinatori delle UU.OO. interessate con i dati sulla copertura dei turni effettuati	34.000,00	A) personale infermieristico che parteciperà al progetto, verrà attribuito per ogni rientro su turni non programmati un compenso di € 40 per turni di almeno 6 ore e € 50 per turni di almeno 8 ore.
2	Progetto di riorganizzazione "Integrazione personale di assistenza infermieri ed Oss. dell'Area della Medicina e Geriatria": revisione dell'attuale organizzazione per rendere coerenti le cure prestate rispondendo al fabbisogno organizzativo di coordinamento e integrazione con attribuzione di attività al personale di supporto che interviene nel piano assistenziale. Necessità di adeguare la documentazione sanitaria in uso, per una corretta e responsabile trasmissione delle informazioni sull'assistenza prestata, assicurando la tracciabilità delle azioni svolte.	Modello organizzativo per settori o per livelli di intensità, pianificazione assistenziale, documentazione integrata dell'attività assistenziale.	31/12/2008	Infermieri e Oss	50		9.000,00	
3	"Ambulatorio Uro-Ginecologico" : attività ambulatoriale di riabilitazione Uro-Ginecologica	Riabilitazione del pavimento pelvico.	31/12/2008	Ostetriche	2	Report sulle prestazioni effettuate	3.000,00	Prestazioni effettuate con circa 25 rientri pomeridiani annuali della durata media di 5 ore.
4	"Assistenza Domiciliare per pazienti in Venilazione meccanica continuativa a mezzo Tracheostomia": miglioramento della qualità della vita dei pazienti affetti da patologie croniche invalidanti che necessitano di ventilazione invasiva per via tracheostomica con totale dipendenza dal ventilatore.	Assistenza domiciliare a pazienti in Ventilazione Meccanica Assistita o portatori di cannule Tracheostomiche	31/12/2008	Infermieri	18	Numero interventi effettuati a domicilio	3.500,00	Interventi programmati a domicilio del gruppo di infermieri che partecipa volontariamente al progetto.
5	Progetto di riorganizzazione Blocco Operatorio: "Goccia d'acqua" : Introduzione di una metodologia sistematica che consenta attraverso steps formativi e report di autoanalisi la valutazione ed il monitoraggio dei rischi associati all'attività assistenziale.	Gestione del rischio clinico, standardizzazione degli interventi, tracciabilità delle fasi operative.	31/12/2008	Infermieri e Oss.	35	Monitoraggio e analisi dell'attività.	4.500,00	

<p>"Emergenza/Urgenza in mare": ottimizzazione degli interventi in mare</p> <p align="center">PROGETTO SOSPESO</p>	<p>Garanzia dell'assistenza in situazioni di emergenza in mare</p>	<p>31/12/2008</p>	<p>Infermieri</p>	<p>N. non quantificabile preventivamente (a chiamata)</p>	<p>Numero interventi effettuati in mare</p>	<p>1.500,00</p>	<p>Al personale infermieristico che parteciperà al progetto su base volontaria verrà riconosciuto un compenso lavorativo di € 100,00 ad intervento.</p>
<p>6</p>	<p>"Gestione integrata delle attività di fronti-office e di riscossione di denaroli denaro"</p>	<p>Gestione e soluzione delle problematiche connesse al maneggio di denaro. Miglioramento della gestione integrata, anche mediante introduzione di tecniche e procedure innovative, al fine di ridurre il disagio per l'utenza.</p>	<p>31/12/2008</p>	<p>Personale amministrativo e tecnico</p>	<p>17</p>	<p>Report attività svolta con piani di lavoro.</p>	<p>Al progetto partecipa tutto il personale amministrativo e tecnico a tempo indeterminato che opera presso gli Uffici Cassa delle varie Strutture. L'erogazione dei compensi sarà effettuata proporzionalmente in base alle presenze in servizio ed al valore economico gestito.</p>
<p>7</p>	<p>"Fatturazione attiva mensa personale dipendente anno 2007 e visite fiscali anni 2004 e 2006!"; - fatturazione attiva, contabilizzazione e versamento dell'IVA</p> <p>- controllo, ricerca e completamento dei dati anagrafici e fiscali, riordino dati, preparazione file per fatturazione mediante accorpamento delle partite IVA e/o codici fiscali uguali, fatturazione attiva e contabilizzazione.</p>	<p>- Fatturazione attiva (circa n. 600 fatture) - Riordino dati (circa n. 2460 nominativi) - Fatturazione attiva e contabilizzazione (circa n. 1200 fatture)</p>	<p>10</p>	<p>Report attività svolta e rispetto della tempistica di norma</p>	<p>5.000,00</p>	<p>Tale attività necessaria veniva precedentemente svolta da altri Servizi. Al progetto partecipano i dipendenti a tempo indeterminato direttamente coinvolti nelle attività.</p>	
<p>8</p>	<p>"Espletamento procedure per le progressioni verticali ed orizzontali ai sensi dell'art. 19 del CCNL 2002/2005 e art. 15 del CCNL 1998/2001"</p>	<p>- Indizione avvisi per progressioni orizzontali e verticali. (31/10/2008) - Ammissione candidati per progressioni verticali. - Costituzione d'esame per progressioni verticali</p>	<p>31/12/2008</p>	<p>8</p>	<p>Rispetto dei tempi di realizzazione e relazione finale sull'attività svolta</p>	<p>5.000,00</p>	<p>Al progetto partecipano i dipendenti a tempo indeterminato direttamente coinvolti nelle attività</p>
<p>9</p>	<p>"Rischio clinico e Formazione - attività in rete per la qualità": Analisi del fabbisogno formativo top-down da parte dei referenti della formazione sulla base delle criticità rilevate dal Risk Management Group (RMG). Definizione degli obiettivi di qualità, economia e sicurezza legati al rischio clinico da conseguire mediante interventi formativi mirati. Rilevazione informatizzata del fabbisogno formativo previo confronto bottom-up con i soggetti interessati.</p>	<p>Redazione della mappa delle criticità/aree di rischi. Redazione mappa del fabbisogno formativo. Piano formativo 2009 (comparto ruolo sanitario e tecnico)</p>	<p>31/12/2008</p>	<p>Referenti della Formazione e Risk Management Group</p>	<p>30</p>	<p>Verbali delle riunioni periodiche sull'individuazione delle criticità e rilevazione finale del fabbisogno formativo</p>	<p>5.000,00</p>

<p><i>"Gestione della logistica con interventi straordinari in occasione dei lavori di ristrutturazione dell'Area dell'Emergenza" il Progetto prevede interventi anche straordinari di manutenzione e impiantistica per verifica di funzionalità, smantellamento e riposizionamento dei sistemi elettrico ed idraulico, nonché di attrezzature ed arredi a supporto delle attività di ristrutturazione dei primi due livelli del Presidio Ospedaliero.</i></p>		Limitazione dei disagi derivanti, per gli operatori e per gli utenti, dall'esecuzione dei lavori.	Geometra, Idraulici, Elettricisti, Muratore, Falegname	Report mensile sugli interventi effettuati	Lo svolgimento del Progetto sarà articolato sia in orario di servizio che mediante prestazione lavorativa extra orario.
		31/12/2008	10	4.500,00	
				TOTALE	88.000,00

Altri obiettivi formalmente fissati e proposti:

- "Riorganizzazione attività Ambulatoriale Ortopedia-Traumatologia" con l'obiettivo di risolvere le lunghe attese per la Traumatologia d'Urgenza e gli ambulatori conseguenti, soprattutto nel periodo estivo, per l'aumento considerevole della popolazione residente; si rimodula con i responsabili medici ed infermieristici l'attuale organizzazione, anche a seguito della riorganizzazione del BO con la possibilità di un utilizzo maggiore del personale infermieristico afferente all'area ortopedica; vengono garantite le visite dal PS tutti i giorni per 24 ore con medico e infermiere: di giorno in presenza attiva, in pronta disponibilità la notte e nei festivi; a medio termine, considerato anche il volume di attività nelle urgenze/emergenze, si dovrà garantire la doppia presenza di medico e infermiere nella fascia diurna; si adeguano con le attrezzature tutti e tre gli ambulatori; da valutare la possibilità di attivare l'ambulatorio nell'area del PS con un aumento della dotazione organica medica ed infermieristica.
- "Riorganizzazione Settore Assistenza Neonatale": si riorganizzano le attività diurne ambulatoriali programmate e le attività di PS, con un'organizzazione maggiormente integrata di tutto il Dipartimento Materno Infantile.
- "Week Surgery - Progettazione assistenza Infermieristica Integrata per le UU. OO. Di Chirurgia e ORL", per l'alta percentuale di ricoveri di DS e ricoveri ordinari inferiori a 4 giorni, con attivazione del WS, un regime di degenza a ciclo breve non superiore a 5 giorni (dal lunedì al venerdì), per consentire di gestire i casi a bassa/media intensità assistenziale, a partire dalla Chirurgia e l'ORL; conseguente rimodulazione delle sedute operatorie e della distribuzione del personale di assistenza, permettendo alla degenza di operare di più, snellendo le liste d'attesa, e di dedicare più tempo ai pazienti a maggiore carico assistenziale.
- "Stage Blocco Operatorio", rivolto al personale Infermieristico da assegnare al BO a seguito della revisione dell'organizzazione, con l'obiettivo di creare un percorso di formazione per il personale neo-inserito in ambiti specialistici, per fare acquisire quelle conoscenze specifiche e tecnologiche dell'area (know-how), tali da consentire l'inserimento immediato e sicuro del nuovo personale di assistenza. Erano previsti stage di formazione sul campo con tutori Infermieri esperti del BO e valutazione di apprendimento.

Il 28 settembre 2009, con la delibera n. 1513, la Regione approva il "Programma Regionale di Gestione del Rischio Clinico".

ANNO 2009

Il 1 febbraio 2009 Remo Appignanesi diventa Direttore Sanitario della nostra ZT 12.

Il 9 febbraio sono inviate le prime indicazioni del nuovo Direttore Sanitario con ricognizione complessiva degli aspetti igienico organizzativi della struttura a firma congiunta.



Direzione medica ospedaliera

San Benedetto del Tronto, 9 FEB. 2009

Servizio Infermieristico ospedaliero

Prot. 472

Ai Direttori

Ai Coordinatori

UO Anestesia e rianimazione
UO Cardiologia - UTIC
UO Chirurgia
UO Diabetologia
UO Endoscopia
UO Farmacia
UO Geriatria
UO Immunotrasfusionale
UO Laboratorio analisi
UO Medicina
UO Nefrologia
UO Neurologia
UO Oculistica
UO Oncologia
UO ORL
UO Ortopedia

UO Ostetricia e ginecologia
UO Pediatria
UO Pronto Soccorso M. d'U.
UO Radiologia
UO Riabilitazione
UO Salute mentale

UOS Blocco operatorio
UOS Day surgery

e pc Direttore di Zona
Direzione amministrativa di presidio
Servizio prevenzione e protezione
Servizio tecnico

LLSS

Oggetto: ricognizione complessiva degli aspetti igienico organizzativi della struttura.

A seguito di quanto emerso da una prima verifica di massima, si segnala che dalla prossima settimana, concordando preventivamente gli orari, si procederà ad una verifica analitica dell'intera struttura per la rilevazione degli aspetti igienico organizzativi con particola attenzione a:

- requisiti di autorizzazione / destinazione d'uso dei locali / dispositivi elettromedicali;
- condizioni dei punti di lavaggio delle mani;
- materiale per l'emergenza;
- procedure invasive e procedure di disinfezione;
- gestione dei farmaci (con particolare attenzione: stupefacenti, scadenze, frigoriferi, campioni, soluzioni concentrate di potassio);
- gestione dei rifiuti;
- gestione degli alimenti;
- eventuali percorsi di pazienti con immunodepressione;
- rilevazione delle procedure / protocolli interni esistenti.

Nel rimanere a disposizione per quanto ritenuto necessario, si porgono distinti saluti.

Il Dirigente Assistenza Infermieristica
(Dott. Elio Capocci)

Il Direttore medico di presidio
(Dott. Remo Appignanesi)