

ANNO 2007

Nel documento "Riprogettazioni Assistenziali Gennaio 2007" vengono definiti e aggiornati meglio alcuni progetti e inseriti altri da portare avanti.

| | | |
|---|---|---|
|  SERVIZIO INFERMIERISTICO P.O. | | |
| "RIPROGETTAZIONE ASSISTENZIALE" GENNAIO 2007 | | |
| OBIETTIVI GENERALI | Umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza Sicurezza delle cure Continuità assistenziale | 1) Ridefinizione degli attuali schemi di assistenza: erogazione di cure sanitarie finalizzate alla reale presa in carico del Cittadino-Utente per una adeguata risposta ai suoi problemi-bisogni assistenziali. 2) Linee-Guida basate su Evidence Based Nursing, Evidence Based Medicine, Protocolli, Procedure, Percorsi di cura (Prog. Governo Clinico) 3) Definizione di un sistema integrato e coordinato tra servizi Ospedalieri e Territoriali. 4) Sviluppo di un sistema informativo, di reporting (Prog. Pegaso) |
| OBIETTIVO E AZIONI | Revisione e avanzamento del modello organizzativo dipartimentale | FUNZIONI RESPONSABILITÀ OBIETTIVI del Coordinatore di Dipartimento e del Coordinatore di U.O. Attribuzione della GESTIONE DELLE RISORSE UMANE (garantendo l'organico integrativo) al Coordinatore di Dipartimento; Attribuzione della GESTIONE CLINICO-ASSISTENZIALE al Coordinatore di U.O.; Ad uno stesso Coordinatore non potranno essere attribuite entrambe le funzioni MODELLO ORGANIZZATIVO , condiviso, responsabilizzato sui risultati |

| | | |
|---------------------------|---|---|
| OBIETTIVO E AZIONI | REALIZZAZIONE DEL PROGETTO "VERSO L'UMANIZZAZIONE" IMPLEMENTAZIONE DELL'OFFERTA NELL'AREA DELL'EMERGENZA | AMMODERNAMENTO E ADEGUAMENTO di tutta la struttura ospedaliera, piano per piano, come progetto prioritario aziendale. (Accettazione/Informazioni su 12 ore, segnaletica, pareti e porte Pitturate, condizionatori, letti, barelle, carrozze, sedie comode nelle stanze delle persone malate, spazi accoglienti nelle sale di attesa, ..., Implementare il sistema informatico " Prog. Integra, Rete Polivalente") Attivazione degli ambulatori polispecialistici nell'area di P.S. (pediatria-ortopedia-neurologia-cardiologia-) Attivazione su 24 ore di un servizio di radiologia convenzionale e di ecografia per le urgenze presso l'area di P.S. Proposta di attivazione di una funzione di coordinamento per Pronto Soccorso ed Emergenza Territoriale (gestione Potes-Croci) staccata dalla Medicina D'Urgenza 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); |
| OBIETTIVO E AZIONI | Attivazione e Riordino del Dipartimento delle Professioni Sanitarie | Strutturazione dell'organigramma, ruoli e funzioni (L.R. 13 20/06/2003) |

| | | |
|--------------------------|---|--|
| OBIETTIVO E AZIONI | Ridefinizione della Dotazione Organica | Proposta della dotazione organica e criticità in allegato. 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 |
| 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 | Accettazione e Day Surgery Centralizzato | Regole organizzative e strumenti operativi. Implementare l'attività |
| OBIETTIVO E AZIONI | Ambulatori medici centralizzati Terapia del dolore | Proposta di attivazione di una funzione di coordinamento (case management) per l'interesse trasversale dell'obiettivo "Ospedale senza dolore" |

SERVIZIO INFERMIERISTICO
Gennaio 2007

3

Continuano i progetti formativi del Centro di Formazione Aziendale per l'insegnamento e la diffusione delle tecniche di rianimazione cardiopolmonare con i corsi di BLSD, PBLS, e di Retraining, a cui si aggiungono corsi di ACLS e PTC esecutori per il personale dell'Area dell'Emergenza e per il solo personale di assistenza del Pronto Soccorso/Astanteria il corso di Triage infermieristico. Vengono previsti Audit Clinici su casi di rilevante criticità emersi nello svolgimento delle proprie attività, promuovendo sempre di più il concetto di "imparare dagli errori". Si prevede inoltre di inviare tre istruttori del Centro ad acquisire le competenze didattiche per l'insegnamento delle tecniche di PTC Base, per poterlo poi riprodurre all'interno della nostra Azienda.

Viene presentata a tutta la Delegazione Sindacale la situazione del personale di assistenza presente, le proposte di riprogettazione delle aree di degenza dipartimentali e il modello organizzativo indicato, così come formalmente incaricato nell'ambito della contrattazione aziendale, con allegato il verbale con il calendario degli incontri previsti con tutti i coordinatori per la massima condivisione del documento di riorganizzazione proposto.

| | | |
|---|---|---|
| Azienda Sanitaria Unica Regionale Zona Territoriale n°12 San Benedetto del Tronto Servizio Infermieristico Ospedaliero D E A UU.OO Pronto Soccorso/Astanteria Emergenza Territoriale | BLSD PBLS BLSD Retraining Triage Infermieristico Retraining ACLS-PTC ACLS-PTC Esecutori Audit Clinico | Anno 2007 Progetto Formativo n. 1 Pag. 1/6 Referenti per la Formazione: Ceccarani Stefania Fioravanti Roberto Cicconi Sante |
|---|---|---|

PREMESSA

La formazione continua ECM, avviata nell'anno 2002, si prefigge il miglioramento dei comportamenti degli operatori sanitari con l'obiettivo di garantire efficacia, appropriatezza, sicurezza ed efficienza all'assistenza prestata dal SSN.

La formazione permanente è finalizzata a migliorare la qualità offerta, dai servizi sanitari, ai cittadini/pazienti attraverso:

- lo sviluppo e il consolidamento della buona pratica organizzativa, per una maggiore efficienza operativa,
- lo sviluppo e il consolidamento della buona pratica professionale a garanzia di cure sicure e appropriate.

Risulta altrettanto chiara la necessità di formulare progetti formativi di interesse specifico che coinvolgano operatori consapevoli della responsabilità di mantenere elevata la propria professionalità, coerenti con gli obiettivi generali, regionali e con i riferimenti normativi:

- L.69 15.03.2004 "utilizzo dei defibrillatori semiautomatici";
- Legge Regionale n.36 del 30.10.1998 "sistema di emergenza sanitaria";
- Delibera Regionale n.1405 del 19.06.2001 "Formazione ed aggiornamento degli operatori del sistema di emergenza sanitaria: percorsi formativi per le figure professionali sanitarie e non sanitarie del sistema per l'emergenza sanitaria della regione marche".

1. Oggetto e Obiettivo

1.1 Oggetto/Obiettivo

FORMAZIONE INTERNA

- Riaddestramento ed aggiornamento secondo le nuove Linee-Guida 2005, di ILCOR-ERC-IRC, sulle tecniche di rianimazione cardiopolmonare e defibrillazione precoce di tutto il personale sanitario operante all'interno della Zona territoriale 12, prioritariamente per il dipartimento di emergenza.

- Formazione di esecutori BLSD (tecniche di rianimazione cardiopolmonare-defibrillazione precoce), secondo le nuove Linee-Guida 2005, di ILCOR-ERC-IRC, tra

il personale sanitario interno residuo non ancora formato negli anni precedenti, e di nuova assunzione.

- Formazione di esecutori BLSD (tecniche di rianimazione cardiopolmonare-defibrillazione precoce), secondo le nuove Linee-Guida 2005, di ILCOR-ERC-IRC, , tra il personale sanitario e laico esterno alla Zona Territoriale.
- Formazione di esecutori PBLs (tecniche di rianimazione cardiopolmonare pediatrica), secondo le nuove Linee-Guida 2005, di ILCOR-ERC-IRC, tra il personale sanitario della Zona Territoriale 12 coinvolto nell'assistenza al paziente pediatrico (Dipartimento d'Emergenza, O.R.L.).
- Formazione di Esecutori PTC ed ACLS (Pre Trauma Care ed Advanced Cardiac Life Support) fra gli operatori sanitari di nuovo inserimento presso il Dipartimento di Emergenza e 118.
- Aggiornamento e riaddestramento sulle tecniche di PTC ed ACLS (Pre Trauma Care, Advanced Cardiac Life Support) degli operatori coinvolti nell'emergenza.
- Triage infermieristico: implementazione di specifiche competenze relazionali degli Infermieri addetti al servizio Triage.
- Audit Clinico: attività finalizzata al miglioramento della qualità dell'assistenza attraverso la valutazione retrospettiva delle attività sanitarie.
- Formazione sul campo: esercitazioni pratiche periodiche, all'interno delle UU.OO della Zona Territoriale 12, su scene simulate che richiedano un intervento di emergenza da parte degli operatori presenti sul luogo dell'evento.

FORMAZIONE ESTERNA

- Formazione di istruttori BLSD secondo le nuove Linee-Guida 2005, di ILCOR-ERC-IRC, tra il personale sanitario e laico esterno alla Zona Territoriale.
- Formazione di Istruttori PTC all'interno del Centro di Formazione aziendale per garantire continuità nel riaddestramento degli operatori coinvolti nell'emergenza..
- Verifica della qualità della formazione erogata dai Centri di Formazione IRC-ERC afferenti al Centro di Riferimento per l'emergenza IRC della Zona Territoriale 12 di San Benedetto del Tronto.

2. Campo di Applicazione

2.1 Personale medico, coordinatore, infermieristico, tecnico, fisioterapista, area della prevenzione, oss, ostetriche, autisti soccorritori interno alla Zona Territoriale 12.

2.2 Personale sanitario e laico esterno alla Zona Territoriale 12 secondo specifiche richieste.

3. Contenuto

3.1 Struttura dei corsi

- BLSD esecutori - 8 ore di corso, rapporto Istruttori/allievi 1/5

- Retraining BLSD - 6 ore di corso, rapporto Istruttori/Allievi 1/5
- PBLS esecutori - 8 ore di corso, rapporto Istruttori/allievi 1/5
- PTC Esecutore - si prevede l'esecuzione di un corso, organizzato in sede, per la formazione di circa 10 operatori .
- ACLS Esecutore - si prevede l'esecuzione di un corso, organizzato in sede, per la formazione di circa 10 operatori .
- Retraining PTC - si prevede l'esecuzione di 02 corsi, organizzati in sede, che prevedono l'aggiornamento di un totale di 50 operatori.
- Retraining ACLS - si prevede l'esecuzione di 02 corsi, organizzati in sede, che prevedono l'aggiornamento di un totale di 50 operatori.
- Triage Infermieristico - si prevede l'esecuzione di un corso in cui sono previste 02 edizioni che vedono coinvolti gli operatori Infermieri del Pronto Soccorso ed Astanteria con l'obiettivo di sviluppare ed implementare specifiche competenze relazionali e comunicative per il rapporto con l'utente.
- Audit Clinico - si prevedono incontri tra gli operatori sanitari inseriti nel sistema di emergenza su casi di rilevante criticità assistenziale emersi nello svolgimento delle proprie attività, orientati al miglioramento della qualità dell'assistenza:
 - identificazione dei problemi assistenziali
 - raccolta ed elaborazione dati per un confronto tra i profili di cura ed i loro esiti clinici documentati
 - definizione delle strategie di miglioramento
- Formazione sul campo: esercitazioni pratiche su scenari simulati all'interno delle Unità Operative di degenza, che richiedano un intervento d'emergenza da parte degli operatori presenti
- Corso istruttori BLSD - 16 ore, rapporto Formatori/Allievi 1/4.
- PTC Istruttore - si prevede l'invio di (3) tre Istruttori del Centro di Formazione permanente per l'emergenza dell'azienda ad acquisire le competenze didattiche per l'insegnamento delle tecniche di PTC BASE (Pre Trauma Care)

E' richiesto l'accreditamento per ciascun corso secondo le direttive ECM.

3.2 Risorse

- N. 2 manichini per esercitazioni BLSD provvisti di skill-meter (presenti in sede);
- N. 2 manichini per esercitazioni PBLS provvisti di skill-meter (in fase di acquisto);
- N. 2 defibrillatori semiautomatici esterni per addestramento (presenti in sede);
diapositive differenziate per ciascun tipo di corso e relativi proiettori (presenti in sede);
- N. 2 aule dedicate (presenti);
- N. 12 Istruttori BLSD certificati secondo Linee-Guida di IRC-ERC (Italian-European Resuscitation Council). Presenti in sede.
- N. 4 Istruttori PBLS certificati secondo Linee-Guida di IRC-MUP (Italian Resuscitation Council, Medicina di Urgenza Pediatrica). Presenti in sede.

- N. 2 Formatori per l'espletamento di corsi Istruttori certificati secondo Linee-Guida IRC-ERC (Italian Resuscitation Council, European Resuscitation Council). Presenti in sede.
- N. 1 Istruttore PTC / ACLS certificato secondo Linee-Guida di IRC-ERC (Italian-European Resuscitation Council). Presente in sede.
- N. 1 Istruttore ACLS certificato secondo Linee-Guida di AHA (America Heart Association). Presente in sede.
- Materiale didattico: n.2 pocket-mask, n.2 palloni autoespansibili (Ambu), cannule abbassalingua (Guedel), n.1 pallone Reservoir. Presenti in sede.
- Manuali esplicativi + attestati. Da acquistare

3.3 Personale coinvolto

Retraining BLSD: 392 operatori tra Medici, Infermieri, Ostetriche, Autisti soccorritori, Coordinatori infermieristici, Tecnici, Fisioterapisti, OSS,

BLSD esecutore: 60 operatori tra personale di nuova assunzione ed OSS.

PBLS esecutore: 73 operatori del Dipartimento di Emergenza (Infermieri, Medici, Autisti), + 27 operatori dell'U.O. ORL

Triage Infermieristico: 36 operatori delle UU.OO. Pronto Soccorso/Astanteria/Medicina d'urgenza

ACLS / PTC: 20 operatori delle UU.OO Pronto Soccorso/Astanteria/Medicina d'urgenza

3.3 Calendario dei corsi

Si prevedono per il personale dipendente della Zona Territoriale 12:

- N. 49 corsi di Retraining BLSD
- N. 08 corsi BLSD Esecutore
- N. 7 corsi di Retraining BLS + DP
- N. 10 corsi PBLS Esecutore Rapporto Istruttori/Allievi - 1/5
- N. 2 corsi Triage Infermieristico
- N. 1 corso PTC
- N. 1 corso ACLS
- N. 2 corsi di Retraining PTC
- N. 2 corsi di Retraining ACLS

Sono previsti, per gli operatori non dipendenti della Zona Territoriale 12, corsi BLSD Esecutore, Corsi Istruttore, Retraining BLSD, Retraining BLS + DP Esecutore.

Le date saranno stabilite in seguito a specifica richiesta e conseguentemente sarà richiesto accreditamento ECM.

3.4 Stima dei costi

Gli Istruttori svolgono attività didattica fuori dall’orario di servizio ed è loro corrisposto il compenso forfetario di € 25,00 circa così come previsto dal D.r.g. n.2673 dell’11/12/2000 (gestione delle attività di formazione).

Gli operatori dipendenti della Zona Territoriale 12 frequenteranno i corsi in regime di aggiornamento obbligatorio considerato come regolare orario di servizio.

Gli operatori esterni alla Zona Territoriale 12 parteciperanno ai corsi di formazione corrispondendo una quota di iscrizione secondo modalità e termini decisi dai Responsabili zonali.

San Benedetto del Tronto 04/01/2007.

Servizio Infermieristico P.O.

Prot. n.

494 del 31 GEN. 2007



Servizio Infermieristico P.O.

**Ai componenti esecutivo RSU ZT 12
Z.T. 12**

Quadro Enrico
Cicchi Dalila
Menzietti Fausto
Fioravanti Roberto
Mango Agnese
Massari Francesco
Tesei Roberto

Ai componenti RSU

Castagna Maria Laura
Capriotti Fabiola
Cicconi Sante
De Panicis Diana
Falleroni Amelia
Pezzuoli Leonardo
Pulcini Massimiliano
Talamonti Nadio

Ai Segretari Provinciali

Neroni Francesco
Donati Giuseppe
Rossi Benito
Aldofredi Paola
Brandimarti Paride

Al Dirigente Infermieristico Territoriale

De Angelis Giuliana

Il Servizio Infermieristico Ospedaliero della Zona Territoriale 12 invita quanti in indirizzo, a partecipare ad una riunione che si terrà Giovedì 8 Febbraio 2007 dalle ore 15 alle ore 18, presso la sala convegni del P.O. sugli argomenti di seguito specificati:

- ❖ progetto di riorganizzazione con revisione del Contratto Integrativo Aziendale in coerenza con i cambiamenti proposti;
- ❖ mobilità interna P.O. e tra macrostrutture - anno 2006/2007 - ;
- ❖ varie ed eventuali.

Certi di una Vostra fattiva partecipazione inviamo distinti saluti.

Il Dirigente Infermieristico Ospedaliero

W: convocazioni



VERBALE

A seguito delle proposte di riprogettazione delle varie aree dipartimentali, presentate dal Servizio Infermieristico formalmente incaricato nell'ambito della riunione RSU del 15 Marzo 2007 (vedi verbali dedicati), ha avuto luogo, in data 17 Maggio 2007, un incontro con i Coordinatori di Dipartimento del P.O., per illustrare la bozza scaturita dal “Tavolo Tecnico” e concordare i successivi passaggi di analisi, introducendo nella scheda altri parametri ed indicatori, prima di riproporli definitivamente al tavolo della contrattazione.

Si è deciso contestualmente il calendario degli incontri specifici per ciascuna area dipartimentale ai quali hanno preso parte tutti i Coordinatori delle UU.OO. afferenti:

Dipartimento Chirurgico 21 maggio 2007;

Dipartimento Medico 22 maggio 2007;

Dipartimento Emergenza 23 maggio 2007;

Dipartimento Salute Mentale 23 maggio 2007;

Dipartimento Materno-Infantile 24 maggio 2007.

Nell'ambito degli incontri effettuati, sono state illustrate, condivise e modificate le singole proposte. I progetti di ultima stesura con il loro prospetto riepilogativo, il modello organizzativo esplicitato e la sintesi della riprogettazione assistenziale 2007, sono allegati al presente verbale come parte integrante e saranno presentati alla Direzione di Zona e alla RSU.

Per quanto riguarda la Macroarea Territoriale, il confronto in data precedente, è avvenuto con il Dirigente Infermieristico Territoriale alla presenza della Coordinatrice ADI .

S.Benedetto del Tronto 25 maggio 2007

Il Dirigente Infermieristico Ospedaliero

PROPOSTA DI RIPROGETTAZIONE Maggio 2007

| TOTALE | | | |
|--|------------------------|-------------------|-----------|
| Attuale realtà | Riprogettazione | Differenza | |
| Personale assist. | Personale assist. | | |
| Totale | Totale | | |
| Inf/Ost-Oss | Inf/Ost-Oss | | |
| 440 | 460 | -20 | |
| Inf-Ost | Inf-Ost | | |
| 347 | 355 | -8 | |
| Oss | Oss | | |
| 92 | 104 | -12 | |
| | | | |
| Fisioterapisti Osp/Terr.* | 24 | 28 | -4 |
| Logopedista | 2 | 3 | -1 |
| Psicomotricista | 1 | 1 | 0 |
| Tec.Nerofisiopatologia | 3 | 3 | 0 |
| Tecnici sanitari di Lab./C.Trasf. | 13 | 14 | -1 |
| Tecnici sanitari di Radiologia | 18 | 21 | -3 |
| Ortottista | 1 | 1 | 0 |
| Tecnico Audiometrista | 1 | 1 | 0 |
| Dietiste | 3 | 3 | 0 |
| Assistente Sociale | 3 | 3 | 0 |
| Assistente Sanitario | 0 | 1 | -1 |
| | | | |

* Fisioterapisti a P.T. N. 5 (per una sottrazione di ore pari a n.2 operatori)

*Presenti nel prospetto non incluso nei totali: Operatori Tecnici-Puericultrici-Infermieri Psichiatrici

| PROPOSTA DI RIPROGETTAZIONE MAGGIO 2007 | | | | | | | | | |
|--|---|---|---|------------|---------------|------------|---------------|----------------|-----------|
| DIPARTIMENTO CHIRURGICO | | Riprogettazione | | Differenza | | | | | |
| Attuale realtà | | Personale assist. | | | | | | | |
| Personale assist. | | Totale | | | | | | | |
| Inf/Oss | | Inf/Oss | | | | | | | |
| 58 | 57 | 1 | | % Inf | | | | | |
| 86 | 82 | 3 | | % Oss | | | | | |
| 14 | 18 | -2 | | | | | | | |
| Livello di intensità | | | | | | | | | |
| P.L./D.S. | OSS | presenti | % | Pers. ass. | Articolazione | Pers. ass. | Articolazione | Coord. Dipart. | Req. Min. |
| | O.T. | presenti | % | Totali | organizzativa | Totali | organizzativa | U.O. | 20/2000 |
| | | O.T. | | Inf-Oss | Inf-Oss | Inf-Oss | Inf-Oss | L.G. Asur | |
| | | | | M.P.N. | M.P.N. | M.P.N. | M.P.N. | | 2006 |
| Chirurgia generale/Amb. | 22 | Assist. di base/Media assistenza | | 24H 2-2-2 | 24H 2-2-2 | 24H 2-2-2 | 24H 2-2-2 | | |
| ORL /Amb. | 15 | | | 16H 2-1 | 12H 2-1(Oss) | 12H 2-1 | 12H 2-1(Oss) | 1 | 14,87 |
| Ortopedia | 25 | Assistenza di base | | 16H 1-1 | 12H 1-1 | 12H 1-1 | 12H 1-1(Oss) | | 66% 1029 |
| Acc. Pre op./Day-Surgery Polispisc./Ch.Amb./Amb.Cf | 12 | Volume e tipologia territoriale e di attività | | 16H 1-1 | 12H 1-1(Oss) | 12H 1-1 | 12H 1-1(Oss) | | 8,11 506 |
| Organico integrativo a copertura Legge 104 e P.T. | | | | 16H 2-2 | 12H 2-2 | 12H 2-2 | 12H 2-2 | | 16,90 949 |
| TOTALE | | | | 12H 2-2 | 12H 2-2 | 12H 2-2 | 12H 2-2 | | 16,90 949 |
| Blocco Operatorio* | | Volume e tipologia di attività | | 12H 2-2 | 12H 2-2 | 12H 2-2 | 12H 2-2 | | 16,90 949 |
| Servizio di Sterilizzazione | | Volume e tipologia di attività | | 12H 2-2 | 12H 2-2 | 12H 2-2 | 12H 2-2 | | 16,90 949 |
| Anestesia | | Volume e tipologia di attività | | 12H 2-2 | 12H 2-2 | 12H 2-2 | 12H 2-2 | | 16,90 949 |
| Sala Gessi/Accettaz. | | Volume e tipologia di attività | | 12H 2-2 | 12H 2-2 | 12H 2-2 | 12H 2-2 | | 16,90 949 |
| TOTALE | | | | 12H 2-2 | 12H 2-2 | 12H 2-2 | 12H 2-2 | | 16,90 949 |
| Note | | | | | | | | | |
| * Un Oss dell'ORL risponde ad una articolazione organizzativa dipartimentale oper la fruizione delle ferie | | | | | | | | | |
| * Una unità infermieristica a P.T. dall'Ortopedia | | | | | | | | | |
| * Operatore tecnico in Sterilizzazione | | | | | | | | | |
| Assenze AGP | 1Inf(Ch) | 1 Inf(BO) | | | | | | | |
| Assenze lunghe mal., aspetta, | 1Inf(Ch) | 1 Inf(Or) 1 Acc. Preop. | | | | | | | |
| Lavoro P.T. | 1 Inf (S.G.) 1 Inf (Or) 1 Inf (Acc. Preop.) | | | | | | | | |
| Legge 104 | 3 Inf (Ch) 2(Or) | | | | | | | | |
| Idoneità limitata | 4 Inf (D.S.) 3 (Ch) 4(Or) | | | | | | | | |
| ALLEGATI: | | | | | | | | | |
| Relazione di budget | | | | | | | | | |
| Indicatori di attività | | | | | | | | | |
| CRITICITÀ: | | | | | | | | | |
| Difficoltà nella programmazione delle sedute ordinarie settimanali | | | | | | | | | |
| RIPROGETTAZIONE | | | | | | | | | |
| Ridefinizione dei P.L. | | | | | | | | | |
| Implementazione dell'attività di D.S. con revisione dell'organizzazione attuale (percorsi, tipologia d'interventi, di ricoveri...) | | | | | | | | | |
| Riorganizzazione Sala Gessi | | | | | | | | | |

| PROPOSTA DI RIPROGETTAZIONE Maggio 2007 | | | | | | | | | |
|---|-------------------|--|-------------------|------------|---------------|-----------|---------------|------------------|--------------|
| DIPARTIMENTO SALUTE MANTALE | | | | | | | | | |
| Attuale realtà | | Riprogettazione | | Differenza | | | | | |
| Personale assist. | Personale assist. | Personale assist. | Personale assist. | | | | | | |
| Totale | | Totale | | | | | | | |
| Inff/Oss | | Inff/Oss | | | | | | | |
| 24 | | 26 | | -2 | | | | | |
| % Inf | | % Inf | | | | | | | |
| 83 | | 65 | | 3 | | | | | |
| % Oss | | % Oss | | | | | | | |
| 17 | | 35 | | -5 | | | | | |
| Livello di intensità | | | | | | | | | |
| P.L. | | OSS | INF. | Pers.ass. | Articolazione | Pers.ass. | Articolazione | Coord. | Req. Min. |
| I.Psich. | | % presenti | % presenti | Totalle | organizzativa | Totalle | organizzativa | Dipart. | 20/2000 |
| presenti | | | | | | | | U.O. | L.G.Asur |
| SPDC | | | | | | | | M.P.N. | 2006 |
| 10 | | Elevata assistenza | 2 | 11 | 16 | 89 | 18 | 24H 3-3-3* | |
| | | | | | | | | 12H 1-1 | |
| CSM-CD | | Volum e tipologia territoriale e di attività | 2 | 33 | 4 | 67 | 6 | 24H 2-2-2 | |
| | | | | | | | | 12H 1-1 (Oss) | |
| TOTALE | | | | 4 | 20 | 24 | 9 | 24H 2-2-2 | 14,11 |
| Note | | | | | | | | | |
| Al Centro Diurno è presente n. 1 Autista (non presente nel numero totale del personale) | | | | | | | | | |
| *Presenti nel totale n. 3 Infermieri Psichiatrici | | | | | | | | | |
| *Presenti nel territorio n. 4 operatori (2 Inf. Cooperativa sociale "Oleandro", 2 Oss prog. D.2,3) | | | | | | | | | |
| Assenze AGP | | | | | | | | | |
| Assenze lunghe mal., a: | | | | | | | | | |
| Lavoro P.T. | | | | | | | | | |
| Legge 104 | | | | | | | | | |
| Idoneità limitate | | | | | | | | | |
| 2Inf | | | | | | | | | |
| ALLEGATI: | | | | | | | | | |
| Relazione di budget | | | | | | | | | |
| Indicatori di attività | | | | | | | | | |
| RIPROGETTAZIONE | | | | | | | | | |
| Progetto Azendale di ristrutturazione logistica/organizzativa del DSM (gestione domiciliare, casa famiglia, progetti lavoro, ...) | | | | | | | | | |
| Implementazione di un'organizzazione più integrata con il Territorio (Dipartimento trasmuraile; spedale-territorio) | | | | | | | | | |

PROPOSTA DI RIPROGETTAZIONE GIUGNO 2007

DIREZIONE SANITARIA - UFFICI DI STAFF - SERVIZIO INFERNERISTICO/DPS

| DIREZIONE SANITARIA - ORGANICO | | Attuale realtà | | Riprogettazione | |
|---|-----------|--------------------------------|----------|-----------------|----------|
| | | | | | |
| Dirigente Professioni Sanitarie | 0 | 1 | | | |
| D.A.I. | 2 | 0 | | | |
| Coordinatori di Area | 2 | 6 | | | |
| Coordinatori | 1 | 2 | | | |
| Infermieri | 5 | 5 | | | |
| Assistente Sanitaria | 1 | | | | |
| Assistente Sociale | 1 | 1 | | | |
| Ausiliari-Operatori Tecnici | 6 | 8 | | | |
| | | | | | |
| TOTALE | 17 | 24 | | | |
| | | | | | |
| | | Personale attualmente presente | | | |
| | | Ausiliari | D.A.I. | | |
| | | INF. | | | |
| | | Coord. | | | |
| | | O.T. | | | |
| | | Ass.Soc. | | | |
| | | Ass.Sn. | | | |
| Direzione Sanitaria Ospedaliera | 6 | 4 | | | |
| Servizio Prevenzione Protezione I.O. | | | | | |
| | | 1 | | | |
| | | | 1 | | |
| Servizio Infermieristico/D.P.S. | | | | | |
| | | 1 | 2 | | |
| Area Professionali: R. - T/S. - P. | | | 4 | | |
| Uffici Staff | | | | 8 | |
| | | 3 | 3 | | |
| TOTALE | 6 | 6 | 2 | 18 | 8 |
| | | | | | |
| Note | | | | | |
| La D.S.O. si compone di uffici/servizi: Informazione, Archivio, Obitorio, Trasporti (Attualmente all' Informazione un Coad.a.) | | | | | |
| Il S.I. si compone della parte Ospedaliera e Territoriale | | | | | |
| Lo Staff si compone di | | | | | |
| | | | | | |
| RIPROGETTAZIONE | | | | | |
| Implementare il modello organizzativo responsabilizzato sui risultati, su attività trasversali e strategiche con contenuti specifici, (come il governo del rischio clinico, ricerca EBN, ...) anche attraverso l'istituzione di coordinamenti/posizioni organizzative | | | | | |
| Externalizzazione servizi periferici a costi cessanti | | | | | |

Notes

Note La D.S.O. si compone di uffici/servizi: Informazione, Archivio, Obitorio, Trasporti

Attualmente all'Informazione Un Coad.a.)
Il S.I. si compone della parte Ospedaliera e Territoriale
Lo Staff si compone di

PIRELLA GÖTTSCHE LOWE

MODELLO ORGANIZZATIVO

Modello organizzativo personalizzato differenziato su livelli di complessità assistenziale

CONTENUTI

Centralità della persona

Approccio olistico

Pianificazione dell'assistenza

Livelli di complessità assistenziali

FINALITA' DELL'ASSISTENZA INFERNIERISTICA

- 1) Personalizzazione ed Umanizzazione delle cure, con erogazione di cure finalizzate alla reale Presa in Carico del Cittadino-Utente per una Adeguata risposta ai suoi problemi-bisogni assistenziali
- 2) Garantire la Sicurezza delle cure
- 3) Garantire la Continuità assistenziale
- 4) Garantire un fruibile sistema informativo

MODALITA' ATTUATIVE

Individuazione di un numero congruo di pazienti, o settore, da assegnare ad un Infermiere che ha la responsabilità, con l'aiuto dell' Oss, cooperando con i familiari, di garantire le finalità dell'intero processo assistenziale

| REPARTI | P.L. | Consumutivo: | Dicembre 2006 | | | | | | Consumativo a tutto: | | | | | | Dicembre 2006 | | | | | | |
|---|------------|--------------|---------------|------------------|----------------|--------------|-----------------|-----------------|----------------------|------------------|----------------|---------------|-----------------|-----------------|---------------|------------------|----------------|--------------|-----------------|-----------------|--|
| | | | Ricov. | Giornate Degenza | Presenza Media | Durata Media | Indice Turnover | Indice Utilizzo | Ricov. | Giornate Degenza | Presenza Media | Durata Media | Indice Turnover | Indice Utilizzo | Ricov. | Giornate Degenza | Presenza Media | Durata Media | Indice Turnover | Indice Utilizzo | |
| AREE FUNZIONALI OMogenee | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| A - RICOVERI ORDINARI | 247 | 784 | 5.718 | 184,45 | 7,29 | 2,47 | 74,68% | 10,53% | 69,297 | 189,85 | 6,58 | 1,98 | 76,86% | | | | | | | | |
| 1 - Afo media | 130 | 325 | 3.362 | 108,45 | 10,34 | 2,06 | 83,42% | 4,27% | 40,051 | 109,73 | 9,38 | 1,73 | 84,41% | | | | | | | | |
| 10801 CARDIOLOGIA | 15 | 68 | 339 | 10,94 | 4,99 | 1,85 | 72,90% | 9,48 | 4,256 | 11,66 | 4,49 | 1,29 | 77,74% | | | | | | | | |
| 11901 DIABETOLOGIA-MALATTIE RICAMBIO | 1 | 1 | 7 | 0,23 | 7,00 | 24,00 | 22,58% | 9 | 102 | 0,28 | 11,33 | 29,22 | 27,95% | | | | | | | | |
| 12101 GERIATRIA | 25 | 61 | 737 | 23,77 | 12,08 | 0,62 | 95,10% | 766 | 9,582 | 26,25 | 12,51 | -0,60 | 105,01% | | | | | | | | |
| 12601 MEDICINA GENERALE | 32 | 72 | 917 | 29,58 | 12,74 | 1,04 | 92,44% | 985 | 11,259 | 30,85 | 11,43 | 0,43 | 96,40% | | | | | | | | |
| 15601 MEDICINA RIABILITATIVA | 4 | 0 | 103 | 3,32 | | | | 83,06% | 29 | 1,044 | 2,86 | 36,00 | 14,34 | 71,51% | | | | | | | |
| 13201 NEUROLOGIA | 18 | 37 | 449 | 14,48 | 12,14 | 2,95 | 80,47% | 497 | 5,356 | 14,67 | 10,78 | 2,44 | 81,52% | | | | | | | | |
| 14001 PSICHIATRIA | 10 | 27 | 260 | 8,39 | 9,63 | 1,85 | 83,83% | 330 | 3,152 | 8,64 | 9,55 | 1,51 | 86,36% | | | | | | | | |
| 15101 ASTANTERIA | 9 | 38 | 147 | 4,74 | 3,87 | 3,47 | 52,69% | 403 | 1,521 | 4,17 | 3,77 | 4,38 | 46,30% | | | | | | | | |
| 15401 NEFROLOGIA DIALISI | 3 | 9 | 103 | 3,32 | 11,44 | -1,11 | 110,75% | 127 | 1,026 | 2,81 | 8,08 | 0,54 | 93,70% | | | | | | | | |
| 15801 GASTROENTEROLOGIA ED ENDOSCOPIA | 3 | 0 | 4 | 0,13 | | | | 4,30% | 70 | 507 | 1,39 | 7,24 | 8,40 | 46,30% | | | | | | | |
| 16001 UNGODEGENZA-GERIATRIA CURE INTER. | 10 | 12 | 296 | 9,55 | 24,67 | 1,17 | 95,48% | 106 | 2,246 | 6,15 | 21,19 | 13,25 | 61,53% | | | | | | | | |
| 2 - Area chirurgica | 64 | 178 | 1.337 | 43,13 | 7,51 | 3,63 | 67,39% | 2,471 | 16,029 | 43,92 | 6,49 | 2,97 | 68,62% | | | | | | | | |
| 10901 CHIRURGIA GENERALE | 28 | 75 | 577 | 18,61 | 7,69 | 3,88 | 66,47% | 1,085 | 6,668 | 18,27 | 6,15 | 3,27 | 65,24% | | | | | | | | |
| 13601 ORTOPEDIA | 25 | 68 | 503 | 16,23 | 7,40 | 4,00 | 64,90% | 810 | 6,295 | 17,25 | 7,77 | 3,49 | 68,99% | | | | | | | | |
| 13801 OTORINOLARINGOLOGIA | 11 | 35 | 257 | 8,29 | 7,34 | 2,40 | 75,37% | 576 | 3,066 | 8,40 | 5,32 | 1,65 | 76,36% | | | | | | | | |
| 3 - Afo delle terapie intensive | 10 | 65 | 191 | 6,16 | 2,94 | 1,83 | 61,61% | 840 | 2,358 | 6,46 | 2,81 | 1,54 | 64,60% | | | | | | | | |
| 15001 UNITÀ INTENSIVA CORONARICA | 5 | 49 | 101 | 3,26 | 2,06 | 1,10 | 65,16% | 591 | 1,217 | 3,33 | 2,06 | 1,03 | 66,68% | | | | | | | | |
| 18201 ANESTESIA E RIANIMAZIONE | 5 | 16 | 90 | 2,90 | 5,63 | 4,06 | 58,06% | 249 | 1,141 | 3,18 | 4,58 | 2,75 | 62,52% | | | | | | | | |
| 4 - Area materno infantile | 43 | 216 | 828 | 26,71 | 3,83 | 2,34 | 62,12% | 2,953 | 10,859 | 29,75 | 3,68 | 1,64 | 69,19% | | | | | | | | |
| 13101 NIDO | 5 | 46 | 123 | 3,97 | 2,67 | 0,70 | 79,35% | 643 | 1,817 | 4,98 | 2,83 | 0,01 | 99,56% | | | | | | | | |
| 13701 OSTETRICIA E GINECOLOGIA | 23 | 92 | 370 | 11,94 | 4,02 | 3,73 | 51,89% | 1,230 | 4,962 | 13,59 | 4,03 | 2,79 | 59,11% | | | | | | | | |
| 13901 PEDIATRIA | 15 | 78 | 335 | 10,81 | 4,29 | 1,67 | 72,04% | 1,080 | 4,080 | 11,18 | 3,78 | 1,29 | 74,52% | | | | | | | | |
| TOTALE GENERALE | 247 | 784 | 5.718 | 184,45 | 7,29 | | | | | 10,534 | 69.297 | 189,85 | | | | | | | | | |

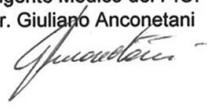
UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

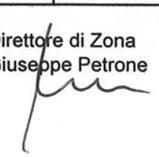
Nel mese di luglio, come richiesto dal nuovo Direttore Giuseppe Petrone, si presentano gli obiettivi di budget per il 2007.

Si allega la scheda di budget della Direzione Infermieristica e alcune schede di budget del Comparto e la scheda del progetto "Integrazione del personale di assistenza Infermieri ed Oss".

| CONTROLLO DI GESTIONE | | | | |
|---|---|--|-------------------------|-------------|
| | | SCHEDA BUDGET 2007 C. di R. DIREZIONE INFERMIERISTICA DI P.O. | | |
| OBIETTIVO | INDICATORE | ATTESO | Peso % obiettivo | NOTE |
| Definizione di un progetto finalizzato all'utilizzo del personale OSS per l'attività di assistenza al paziente | Formazione gruppo di lavoro finalizzato alla redazione di uno strumento operativo | 31/07/2007 | 10 | |
| | Formazione agli OSS dell'area campione sull'utilizzo dello strumento operativo | Formazione n. 27 OSS al 30/09/2007 | 10 | |
| | sperimentazione nell'area campione con tutoraggio guidato | Relazione sugli esiti della sperimentazione al 31/12 | 30 | |
| Verifica con i coordinatori di dipartimento dei corretti livelli di assistenza (con verifica anche delle dotazioni organiche) | Documento di analisi | entro 31/12/07 | 10 | |
| Verifica dei requisiti minimi di accettabilità della cartella clinica in relazione al DGR 1212/04 come richiesto da delibera 207/06 | Verifica cartelle cliniche | 5% per reparto dei ricoveri 1° trim 2007 | 20 | |
| | Documento di analisi finale sulle non conformità | consegna relazione entro il 31/12/07 | 20 | |

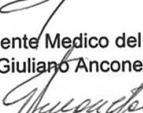
Il Dirigente Infermieristico
Dr. Elio Capecci 

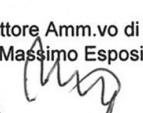
Il Dirigente Medico del P.O.
Dr. Giuliano Anconetani 

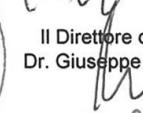
Il Direttore di Zona
Dr. Giuseppe Petrone 

| CONTROLLO DI GESTIONE | | | | |
|---|-----------|--|-----|--|
| | | SCHEDA BUDGET 2007 C. di R. DIREZIONE INFERMIERISTICA DI P.O. | | |
| OBIETTIVI COMPARTO SANITARIO E AMMINISTRATIVO ASSEGNATO ALLA DIREZIONE INFERMIERISTICA DI P.O. | | | | |
| Riorganizzazione dell'archivio del personale del ruolo sanitario del comparto di uso corrente | Relazione | trimestrale | 100 | |

Il Dirigente Infermieristico
Dr. Elio Capecci 

Il Dirigente Medico del P.O.
Dr. Giuliano Anconetani 

Il Direttore Amm.vo di P.O.
Dr. Massimo Esposito 

Il Direttore di Zona
Dr. Giuseppe Petrone 

12 8 GIU. 2007



UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

|  | | CONTROLLO DI GESTIONE | | |
|--|---|--|--|---|
| SCHEDA BUDGET 2007 C.di R. ANESTESIA RIANIMAZIONE | | | | |
| OBIETTIVI COMPARTO | | | | |
| OBIETTIVO | INDICATORE | ATTESO | Peso % obiettivo | NOTE |
| Gestione delle infezioni ospedaliere da cateterismo venoso centrale e da cateterismo vescicale | Costituzione del Nucleo di controllo delle infezioni ospedaliere all'interno delle UU.OO. | Comunicazione nucleo controllo entro il 30/06/2007 | 10 | |
| | Redazione e consegna scheda monitoraggio | 30/09/2007 | 30 | |
| | Monitoraggio del dato dal 1/10/07 al 31/12/07 | consegna report al 31/12/2007 | 60 | |
| rilievo scorte reparto | report | annuale | 10 | |
| Il Coordinatore di U.O. Sig. Mauro Cameli <i>Cameli</i> | Il Coordinatore di Dipartimento Sig. Mauro Cameli <i>Cameli</i> | Il Responsabile del CDR Dr. Mario Narcisi <i>Narcisi</i> | Il Direttore di Zona Dr. Giuseppe Petrone <i>Petrone</i> |  28 GIU. 2007 |
| Il Dirigente Infermieristico Dr. Elio Capecci <i>Capecci</i> | | | | |

|  | | CONTROLLO DI GESTIONE | | |
|---|---|--|--|--|
| SCHEDA BUDGET 2007 C.di R. CHIRURGIA | | | | |
| OBIETTIVI COMPARTO | | | | |
| OBIETTIVO | INDICATORE | ATTESO | Peso % obiettivo | NOTE |
| Monitoraggio infezioni ospedaliere Catetere Venoso Centrale e ove necessaria eventuali correttivi della procedura con verifica finale | report | consegna entro il 30/09/2007 | 30 | |
| | Relazione sulle criticità rilevate | 31/12/2007 | 20 | |
| | scheda di assistenza | redazione e consegna entro il 30/06/2007 | 10 | |
| Integrazione delle figure di supporto: metodologia e strumenti | formazione operatori (inf.-Oss) | n. 19 operatori formati al 30/09/2007 | 10 | |
| | Relazione sull'applicazione e sulle eventuali criticità | relazione finale al 31/12/07 | 20 | |
| | rilievo scorte reparto | report | annuale | 10 |
| Il Coordinatore di U.O. Sig.ra Mariella Spinazzi <i>Mariella Spinazzi</i> | Il Coordinatore di Dipartimento Sig.ra Fabiola Caprilli <i>Fabiola Caprilli</i> | Il Responsabile del CDR Dr. Eugenio Morsiani <i>Eugenio Morsiani</i> | Il Direttore di Zona Dr. Giuseppe Petrone <i>Petrone</i> |  28 GIU. 2007 |
| Il Dirigente Infermieristico Dr. Elio Capecci <i>Capecci</i> | | | | |



CONTROLLO DI GESTIONE

SCHEDA BUDGET 2007 C.di R.
OSTETRICIA-GINECOLOGIA

OBIETTIVI COMPARTO

| OBIETTIVO | INDICATORE | ATTESO | Peso % obiettivo | NOTE |
|---|---|--|------------------|------|
| Percorso assistenziale del neonato | verbali lavori di gruppo per stesura del percorso | n 3 verbali | 25 | |
| | consegna del percorso ed attivazione | consegna percorso e relazione sull'avvivazione al 30/09/2007 | 25 | |
| Integrazione delle figure di supporto: metodologia e strumenti | scheda di assistenza | redazione e consegna entro il 30/06/2007 | 10 | |
| | formazione operatori (inf.- Oss) | n. 12 operatori formati al 30/09/2007 | 10 | |
| | Relazione sull'applicazione e sulle eventuali criticità | relazione finale al 31/12/07 | 20 | |
| | rilievo scorte reparto | report annuale | 10 | |

Il Coordinatore di U.O.
Sig.ra Alessandra Catasta

Il Coordinatore di Dipartimento
Sig.ra Marisa Ciotti

Il Dirigente Infermieristico
Dr. Elio Capecci

Il Responsabile del CDR
Dr. Marco Mattucci

Il Direttore di Zona
Dr. Giuseppe Petrone



20 GIU. 2007

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA



CONTROLLO DI GESTIONE

SCHEDA BUDGET 2007 C.di R.
ASTANTERIA- PRONTO SOCCORSO

OBIETTIVI COMPARTO

ASTANTERIA

| OBIETTIVO | INDICATORE | ATTESO | Peso % obiettivo | NOTE |
|--|--|---|------------------|------|
| Revisione documentazione per ricovero in OBI e degenza ordinaria | Documentazione revisionata | consegna documentazione e relazione sull'applicazione entro il 30/09/07 | 25 | |
| | Rilievo delle eventuali criticità dopo il trimestre di sperimentazione | relazione al 31/12/07 | 25 | |
| Integrazione delle figure di supporto: metodologia e strumenti | scheda di assistenza | redazione e consegna entro il 30/06/2007 | 10 | |
| | formazione operatori (inf.- Oss) | n. operatori formati al 30/09/2007 | 10 | |
| | Relazione sull'applicazione e sulle eventuali criticità | relazione finale al 31/12/07 | 20 | |
| rilievo scorte reparto | report | annuale | 10 | |

Il Coordinatore di U.O.
Sig.ra Sofia Manari

Il Dirigente Infermieristico
Dr. Elio Capecci

Il Coordinatore di Dipartimento
Sig. Mauro Cameli

Il Direttore di Zona
Dr. Giuseppe Petrone

PRONTO SOCCORSO/118

| OBIETTIVO | INDICATORE | ATTESO | Peso % obiettivo | NOTE |
|---|--|--|------------------|------|
| Revisione organizzazione : Check list, scheda osservazione temporanea e piani di attività | Documenti revisionati e loro utilizzo | Consegna documenti revisionati e relazione sul loro utilizzo entro il 31/08/2007 | 40 | |
| Stesura protocollo triage | consegna protocollo e avvio | consegna protocollo e relazione sull'avvio dello stesso al 31/12/2007 | 40 | |
| rilievo scorte reparto | report | annuale | 10 | |
| Compilazione scheda ambulanza (seconda uscita) secondo i profili centrale operativa (profili IMA, ICTUS, trauma e ACC) | schede compilate/interventi effettuati | 90% | 10 | |

Il Coordinatore di U.O.
Sig.ra Sofia Manari

Il Responsabile del CDR
Dr. Francesco Novelli

ordinatore di Dipartimento
Sig. Mauro Cameli

Il Dirigente Infermieristico
Dr. Elio Capecci

Il Direttore di Zona
Dr. Giuseppe Petrone

SCHEMA SINTETICO DEL PROGETTO

| TITOLO DEL PROGETTO | | "Integrazione personale di assistenza Infermieri ed Oss" | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|-----------|--|------------|---|--------|--|---|------------------------------|--|-----------|---|--|--|-----------|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| Responsabile | Responsabile Servizio Infermieristico | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Descrizione sintetica | <p>L'inserimento degli Oss nel processo assistenziale comporta necessariamente:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) 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; 2) 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. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contesto | <p>Oggi il Sistema Sanitario si trova sempre più a dover affrontare una nuova tipologia di domanda, che richiede modalità diversificate di trattamento. Di fronte al mutare del contesto, infatti, non è più sufficiente una organizzazione dell'assistenza per compiti, oggi la domanda richiede la presa in carico di ciascun paziente per realizzare la personalizzazione e l'umanizzazione delle cure. La necessità di un'organizzazione sempre più vicina alle esigenze reali dell'utente, con l'emergere di una cultura del diritto alla qualità delle cure, si affianca un altrettanto necessario cambiamento della cultura Infermieristica: l'Infermiere deve essere in grado di scegliere una risposta adeguata con modalità convenienti ad un problema specifico e deve essere capace di programmare un intervento coerente al bisogno particolare.</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obiettivi specifici (rappresentano lo scopo predominante del progetto, la meta da raggiungere) | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">1</td><td>Coordinamento/Integrazione Infermieri-Oss nel piano assistenziale</td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr> <tr> <td>2</td><td>Pianificazione assistenziale</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>3</td><td>Modello organizzativo per gruppi di pazienti</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>4</td><td>Realizzazione di una documentazione integrata</td><td></td><td></td></tr> </table> | | | | 1 | Coordinamento/Integrazione Infermieri-Oss nel piano assistenziale | | | 2 | Pianificazione assistenziale | | | 3 | Modello organizzativo per gruppi di pazienti | | | 4 | Realizzazione di una documentazione integrata | | | | | | | | | | |
| 1 | Coordinamento/Integrazione Infermieri-Oss nel piano assistenziale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Pianificazione assistenziale | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 | Modello organizzativo per gruppi di pazienti | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4 | Realizzazione di una documentazione integrata | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Fasi di realizzazione (Indicare i termini temporali entro cui devono essere portate a compimento le diverse attività che rappresentano i contenuti del progetto) | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">ATTIVITA'</th><th colspan="3">TEMPI</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Incontro fra Servizio Infermieristico e Coordinatrice di U.O.</td><td style="width: 15%;">1.9.2007</td><td style="width: 15%;"></td><td style="width: 15%;">15.9.2007</td></tr> <tr> <td>Incontro fra Servizio Infermieristico , Coordinatrice e Responsabile Medico di U.O.</td><td>17.9.2007</td><td></td><td>29.9.2007</td></tr> <tr> <td>Presentazione del progetto a tutto il personale dell'U.O. e creazione dei gruppi di lavoro</td><td>4.12.2007</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Presentazione a tutto il personale del materiale prodotto dal gruppo di lavoro</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr> <td>Realizzazione del progetto con verifiche</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> | | | | ATTIVITA' | TEMPI | | | Incontro fra Servizio Infermieristico e Coordinatrice di U.O. | 1.9.2007 | | 15.9.2007 | Incontro fra Servizio Infermieristico , Coordinatrice e Responsabile Medico di U.O. | 17.9.2007 | | 29.9.2007 | Presentazione del progetto a tutto il personale dell'U.O. e creazione dei gruppi di lavoro | 4.12.2007 | | | Presentazione a tutto il personale del materiale prodotto dal gruppo di lavoro | | | | Realizzazione del progetto con verifiche | | | |
| ATTIVITA' | TEMPI | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Incontro fra Servizio Infermieristico e Coordinatrice di U.O. | 1.9.2007 | | 15.9.2007 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Incontro fra Servizio Infermieristico , Coordinatrice e Responsabile Medico di U.O. | 17.9.2007 | | 29.9.2007 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentazione del progetto a tutto il personale dell'U.O. e creazione dei gruppi di lavoro | 4.12.2007 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presentazione a tutto il personale del materiale prodotto dal gruppo di lavoro | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Realizzazione del progetto con verifiche | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Strutture coinvolte (Una o più UU.OO.) | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">1</td><td>Tutte le U.O. di degenza</td><td style="width: 10%;"></td><td style="width: 10%;"></td></tr> <tr> <td>2</td><td>Reparti pilota: Medicina</td><td></td><td></td></tr> </table> | | | | 1 | Tutte le U.O. di degenza | | | 2 | Reparti pilota: Medicina | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 | Tutte le U.O. di degenza | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 | Reparti pilota: Medicina | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Personale coinvolto (U.O. di appartenenza) | <p>Servizio Infermieristico Personale Infermieristico ed Oss delle UU.OO. di degenza e i Coordinatori di UU.OO. e di Dipartimento</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Risultati attesi (Esito finale programmato dallo sviluppo del progetto) | <p>Piani di cura coerenti al bisogno Cure personalizzate Modello organizzativo per settori o per livelli di intensità Documentazione integrata dell'attività assistenziale</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Indicatori di risultato (Parametri che permettono di valutare lo stato di avanzamento ed i risultati conseguiti anche in misura numerica o percentuale) | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">INDICATORE</th><th style="width: 25%;">VALORE 2006</th><th style="width: 25%;">ATTESO</th></tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1 Monitoraggio degli obiettivi esplicitati, rilievo delle incongruenze con relazione</td><td></td><td></td></tr> <tr> <td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> | | | | INDICATORE | VALORE 2006 | ATTESO | 1 Monitoraggio degli obiettivi esplicitati, rilievo delle incongruenze con relazione | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| INDICATORE | VALORE 2006 | ATTESO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 Monitoraggio degli obiettivi esplicitati, rilievo delle incongruenze con relazione | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

- Il "Progetto Pegaso", un applicativo informatizzato inserito nella rete aziendale per facilitare la comunicazione tra il Servizio infermieristico e le UU.OO, la Farmacia, l'Economato, Provveditorato, e il Settore Gestione Risorse Umane del Servizio Personale.

Il Dipartimento delle professioni, da me diretto, è stato da sempre favorevole alla massima informatizzazione possibile, sia dei processi gestionali organizzativi presenti sia della cartella clinica, per l'enorme potenzialità che offre per agevolare la comunicazione, facilitare la rimozione degli ostacoli presenti, ridurre i tempi utilizzati e semplificare la normale attivazione dei sistemi di valutazione corrente e di fine anno.

| | | |
|--|--|--|
|  <p>Responsabile del progetto: Servizio Infermieristico Ospedaliero <i>Elio Capecci</i></p> <p>Gruppo di lavoro: <i>Cristina Capretti Stefania Ceccarani Daniela Galluzzi Massimo Massetti Claudio Sorgi</i></p> <p>Progetto "Pegaso"</p>  | | |
| <p>Com'è nato: Pegaso nasce nel gennaio 2007, dall'esigenza di dare una risposta concreta alle criticità rilevate in merito ai canali di comunicazione ed alla necessità di facilitare la gestione delle risorse all'interno dell'intero Presidio Ospedaliero e del Territorio.</p> <p>Com'è strutturato: Pegaso è un applicativo informatizzato inserito nella rete aziendale, che permettendo la comunicazione tra il Servizio Infermieristico, le UU.OO, Farmacia interna, Economato, Provveditorato e settore amministrativo consente di far viaggiare e interfacciare le informazioni riducendo tempo e spostamenti, a quanto strettamente indispensabile. L'accesso sarà controllato da password per la rintracciabilità dei visitatori ed in linea con le normative della privacy e sicurezza degli accessi. Le aree di intervento riguardano:<ul style="list-style-type: none">- la semplificazione e razionalizzazione dei percorsi;- miglioramento dell'organizzazione nella gestione delle risorse umane e materiali;- allineamento secondo i criteri definiti dalla Regione Marche nel DGR 1212/04 per una "corretta compilazione gestione custodia e archiviazione della documentazione sanitaria";- monitoraggio delle segnalazioni pervenute all'URP, al fine di un "Miglioramento Continuo della Qualità"L'obiettivo conseguito, dopo circa un anno di lavoro è la possibilità, entro la fine dell'anno 2007, di utilizzare lo strumento per quanto riguarda la gestione della turnistica, richieste farmacia, richieste economato, monitoraggio MCQ e consulenze specialistiche intra-ospedaliere.</p> | | |

Fasi del progetto:

- Steps 1 . incontro informativo con tutto il personale coordinatore del P.O. finalizzato alla conoscenza del progetto;*
Steps 2 . Individuazione dei componenti del gruppo di lavoro;
Steps 3 . Successivi incontri programmati con personale coordinatore del P.O. per il costante aggiornamento,dello stato di avanzamento del progetto, nonché per l'acquisizione di eventuali problematiche suggerite dagli stessi.
Steps 4 . Installazione dell'applicativo nella rete aziendale;
Steps 5 . Formazione del personale coordinatore;
Steps 6 . Sperimentazione con affiancamento

In questa fase l'applicativo è in grado di offrire:

- **gestione turnistica:**
 - a) invio da parte delle singole UU.OO. dei report mensili al Servizio Infermieristico con possibilità di controllo da parte di quest'ultimo in tempo reale;
 - b) possibilità di modifica dei turni on-line, con notevole vantaggio per i servizi di riscontro presenze;
 - c) archivio storico delle turnistiche.
- **gestione richieste farmacia:**
 - a) conoscenza in tempo reale dei farmaci disponibili presso la Farmacia interna;
 - b) gestione in tempo reale delle scorte presenti all'interno di ciascuna U.O. (carico e scarico con ausilio di applicativo informatizzato);
 - c) inventario costantemente aggiornato (possibilità degli organi aziendali di fruire dei dati necessari on-line).
- **gestione richieste economato:**
 - a) conoscenza in tempo reale dei materiali presenti all'interno del servizio economato;
 - b) gestione in tempo reale delle scorte presenti all'interno di ciascuna U.O. (carico e scarico con ausilio di applicativo informatizzato);
 - c) inventario costantemente aggiornato (possibilità degli organi aziendali di fruire dei dati necessari on-line).
- **monitoraggio segnalazioni URP:**
 - a) conoscenza on-line delle segnalazioni pervenute.
- **monitoraggio dei profili di cura indicati dall'ARS (IMA – ICTUS – Frattura Femore)**

DGR 1212/04 “..corretta compilazione doc. sanitaria...”:

- a) gestione delle consulenze tra cinque UU.OO. pilota (Geriatrica, Medicina, Neurologia, Medicina Riabilitativa e Ortopedia) nel rispetto dei requisiti indicati nel DGR 1212/04;

Vantaggi :

- Velocità di dialogo;
- Minori spostamenti di personale;
- Controlli e modifiche in tempo reale;
- Archivio (inventari, dati ecc...);
- Interazione con uffici amministrativi;
- Miglioramento Continuo della Qualità;
- Possibilità di analisi per la fase programmativa e gestionale;
- Sistema espandibile.

Prossimi Sviluppi:

- Integrazione P.O. / Territorio;
- Collegamento con l'accettazione ospedaliera per trasmissione dati relativi ai ricoveri con superamento dell'uso dei relativi registri interni alle UU.OO.;
- Gestione del rischio clinico;
- Analisi dei carichi di lavoro;
- Finestra informativa (norme, determinate, contratti ecc...).

Costi previsti:

Concordati con il responsabile del Servizio Informatico, Dr. E.Lanni e la Dr. C. Capretti.

A completamento degli acquisti già autorizzati si chiede l'integrazione di:

- N°3 Computer per un totale di € 2.500,00
- N°10 penne ottiche lettura codice a barre per un totale di € 500,00
- Formazione degli operatori coinvolti € 3.000,00

La somma complessiva prevista ammonta ad € 6.000,00

Cronogramma allegato

S.B.T. 06 Dicembre 2007

Dirigente Servizio Infermieristico
Dr. Elio Capecci



ASUR Marche Zona Territoriale 12
SERVIZIO INFERMIERISTICO P.O.

CRONOGRAMMA DICEMBRE 2007.

INSTALLAZIONE PROGRAMMA Sperimentazione/Formazione Attivazione

ASUR MARCHE - ZONA TERRITORIALE 12 SBT
SERVIZIO INFERMIERISTICO PRESIDIO OSPEDALIERO
DIPARTIMENTI OSPEDALIERI E STRUTTURE TERRITORIALI

PERCORSO FORMATIVO INTERDIPARTIMENTALE
OSPEDALE/TERRITORIO
"PROGETTO PEGASO"
STRUMENTO DI INTEGRAZIONE-INFORMAZIONE-COMUNICAZIONE

INTRODUZIONE / PRESENTAZIONE

Il progetto nasce dall'esigenza riscontrata dal Servizio Infermieristico Ospedaliero di creare una rete di comunicazione tra i coordinatori attraverso una piattaforma ad uso interno.

Molte le applicazioni fruibili attraverso questo sito (turnistica, monitoraggio eventi avversi-Risk Management-modulistiche varie ecc) ed è praticamente illimitata l'espandibilità in termini di opzioni.

Il Servizio Infermieristico del Presidio Ospedaliero, unitamente al Responsabile dell'Ufficio Sviluppo, al Fisioterapista Massetti Massimo, ai Coordinatori dei Dipartimenti e delle UU.OO. Ospedaliere, alle Strutture Territoriali, ha progettato e previsto un percorso formativo relativo all'utilizzo della rete informatizzata.

OBIETTIVI REGIONALI

In coerenza con gli obiettivi formativi regionali per la formazione ECM D.G.R. 229 del 16/02/2005 che in particolare:

al punto 3 recita: "sviluppare le capacità di integrazione professionale organizzativa socio-sanitaria.

FINALITA'

Il percorso si propone le seguenti finalità:

1. Migliorare e favorire la comunicazione tra le UU.OO., il servizio infermieristico, le strutture territoriali ed altri servizi;
2. Formare gli operatori sanitari coinvolti, per la conoscenza del sistema informatizzato.

Gli operatori coinvolti, al termine del percorso formativo, dovranno quindi essere in grado di:

- Utilizzare correttamente il portale "Pegaso".

SCOPI PREVALENTI

- Accrescere le conoscenze teoriche;

- Migliorare le abilità pratiche;
- Promuovere l'integrazione facilitando la trasmissione delle informazioni.

DESTINATARI

Coordinatori e Infermieri di tutti i Dipartimenti e delle UU.OO. ad essi afferenti, Territoriali e Ospedaliere della Zona Territoriale 12 per un totale di 25 operatori per ogni edizione.

METODOLOGIE

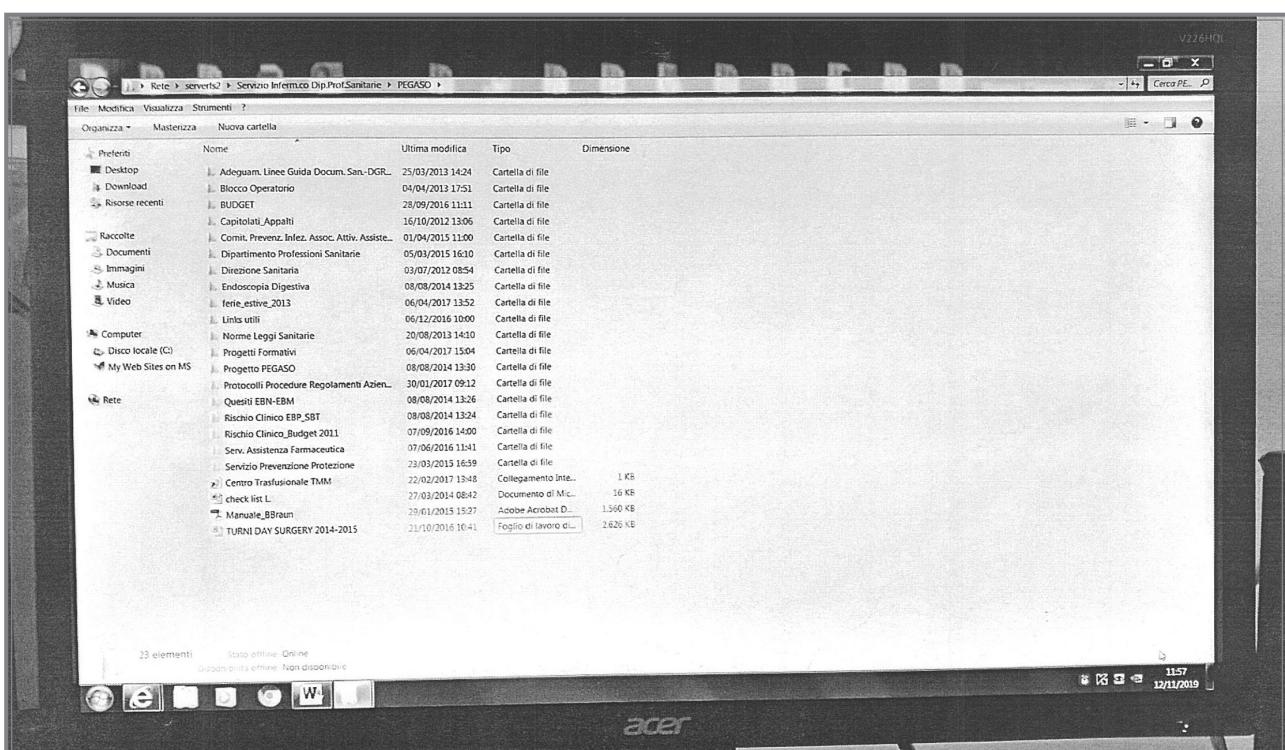
Blended Learning così articolato:

- Formazione residenziale interattiva;
- Formazione sul campo: stage

EDIZIONI

Sono previste 2 edizioni con la presenza di 25 operatori. (tot.50 partecipanti).

Costi previsti: 8 ore di docenza esterna per edizione - 9 ore di docenza interna per edizione.



Il Servizio Infermieristico/Dipartimento delle Professioni definisce meglio la sua struttura e il suo modello organizzativo basato sempre più su gruppi di lavoro per la valorizzazione massima delle intelligenze presenti.

Si costituisce formalmente il "Centro studi Risk-Management/Evidence Based Practice", per diffondere a tutti gli operatori la necessità di migliorare le competenze nel campo della buona pratica e per dare un concreto aiuto alla necessaria revisione critica dell'operatività quotidiana; tale revisione si è basata sulla ricerca delle migliori evidenze.



Servizio Infermieristico P.O.

Prot. n. 4467 del 31 OTT. 2007

Al Direttore di Zona Dr. G. Petrone
Al Dirigente medico P.O. Dr. G. Anconetani
Ai Coordinatori di Dipartimento
Loro Sedi

Oggetto: Costituzione Centro Studi Risk-Management / Evidence Based Practice

Con la presente si intende portare a conoscenza dell'esistenza, all'interno del Servizio Infermieristico P.O., del Centro Studi per la gestione del rischio clinico e per l'esercizio della pratica professionale basata su evidenze scientifiche di cui si inviano in allegato informazioni dettagliate

Cordiali saluti

Resp. Serv. Infermieristico
Dr. Elio Capecci



DIREZIONE SERVIZIO
INFERMIERISTICO

QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE

**CENTRO STUDI
RISK MANAGEMENT
EVIDENCE BASED PRACTISE**



Il Servizio Infermieristico Ospedaliero della Zona Territoriale 12 concorre al perseguimento della mission aziendale, integrandosi con i diversi sistemi organizzativi e professionali, assicurando:

la qualità e l'efficienza tecnica ed operativa delle attività assistenziali erogate nell'ambito della prevenzione, della cura e della riabilitazione, sulla base delle funzioni individuate dalle norme istitutive dei profili professionali, nonché degli specifici codici deontologici;

lo sviluppo organizzativo;

il governo clinico assistenziale dei processi organizzativi di competenza.

PERCHE NASCE

PREMESSA

Le fonti della costituzione del sistema qualità della Regione Marche, sono tratte da principi, modelli e strumenti pubblicati dalla migliore letteratura internazionale, dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 e dagli altri documenti su qualità e sicurezza pubblicati dal Ministero della Salute. Tali documenti sono le fonti delle proposte e dei progetti realizzati dal Sistema Qualità così come riportato dal PSR 2007-2009.

RETE PER LA SICUREZZA E RISK MANAGEMENT

La costruzione di un sistema verso la governance per la qualità e la sicurezza nella Regione Marche ha avuto caratteristiche sistemiche fin dal PSR 1998-2000, azione che è proseguita fino ad oggi in costruzione di una cultura della qualità e della sicurezza. Il PSR indica le priorità regionali da affrontare in tema di sicurezza dando rilevanza alla riduzione dell'incidenza di lesioni da decubito, infezioni ospedaliere, cadute.

CONTESTO

Il sistema sanitario, i cittadini, l'evoluzione della professione richiedono in maniera ineludibile professionisti in grado di dare il proprio contributo progettuale ed operativo alla presa in carico della persona ed al miglioramento dell'assistenza al cittadino.

La gestione del rischio clinico con il problema degli errori si pone come argomento di rilevante severità ed ha un forte impatto sociale e una chiara valenza deontologica.

La diffusione dei metodi e degli strumenti di ricerca, permettono di rendere visibili i risultati, di misurare concretamente l'appropriatezza e la sicurezza delle cure, qualità, esiti e criticità.

FINALITA' DEL CENTRO STUDI

- ➔ **Migliorare** la qualità dell'assistenza
- ➔ **Garantire** al cittadino cure sicure
- ➔ **Diffondere** la consapevolezza della necessità di professionisti orientati, realmente capaci di operare in piena autonomia ed in piena integrazione con gli altri professionisti
- ➔ **Sensibilizzare e diffondere** nei professionisti la necessità di migliorare le competenze nel campo della buona pratica e della ricerca per una revisione critica della operatività quotidiana basandola sulle migliori evidenze.
- ➔ **Attivare il monitoraggio** per la gestione del rischio clinico e la valutazione degli esiti
- ➔ **Stimolare e supportare** la ricerca infermieristica

COMPONENTI

- Responsabile: Direzione Infermieristica Dr. Elio Capecci
- Infermiera Coordinatrice Stefania Ceccarani, formazione EBN-P presso GIMBE (Gruppo Italiano per la Medicina Basata sulle Evidenze) Bologna.
- Infermiere Andrea Liodori, formazione EBN presso Centro Formazione ZT 13, organizzato dal Collegio IPASVI di AP in collaborazione con l'Università dell'Aquila
- Infermiere Marcelli Stefano, formazione EBN presso Centro Formazione ZT 13, organizzato dal Collegio IPASVI di AP in collaborazione con l'Università dell'Aquila
- Infermiere Nicolino Romani, formazione EBN presso Centro Formazione ZT 13, organizzato dal Collegio IPASVI di AP in collaborazione con l'Università dell'Aquila
- Infermiera Nives Ubaldi, formazione EBN presso Centro Formazione ZT 13, organizzato dal Collegio IPASVI di AP in collaborazione con l'Università dell'Aquila

Il centro studi è aperto ai professionisti di tutte le aree delle professioni sanitarie che abbiano acquisito formazione specifica: Infermieristica e Ostetrica – Tecnica Sanitaria – Prevenzione – Riabilitazione, per sviluppare una maggiore collaborazione e integrazione con l'obiettivo di disseminare la buona pratica professionale basata sulle evidenze scientifiche.

DEFINIZIONI

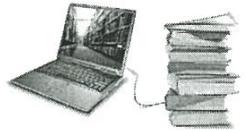
Risk Management: La **gestione del rischio clinico** è un processo sistematico di identificazione, valutazione e trattamento dei rischi attuali e potenziali. Ha l'obiettivo di aumentare la sicurezza dei pazienti, migliorare gli outcome ed indirettamente ridurre i costi, riducendo gli eventi avversi prevenibili.

Evidence Based Nursing: - il processo attraverso il quale le infermiere e gli infermieri assumono le decisioni cliniche utilizzando le migliori ricerche disponibili, la loro esperienza clinica e le preferenze del paziente, in un contesto di risorse disponibili- (DiCenso A, Cullum N, Ciliska D).
L'EBN fornisce una metodologia operativa, dove la ricerca è bibliografica ed è basata sulla identificazione e sul recupero sistematico della letteratura su uno specifico tema o quesito.

Evidence Based Practice: la diffusione dell'Evidence Based Medicine a tutte le professioni sanitarie ha creato numerosi "acronimi dedicati" che oggi tendono a confluire in evidence based practice (EBP)- pratica professionale basata sulle evidenze scientifiche- . pertanto, gli strumenti ed i metodi della EBP – ricerca delle informazioni scientifiche, loro valutazione critica ed integrazione nelle decisioni clinico assistenziali – devono costituire parte integrante del curriculum di tutti gli operatori sanitari

29 ottobre 2007

Si allegato I primi lavori di ricerca svolti.

|  S.I.O./DPS GRUPPO RISK MANAGEMENT Resp.Dr. E. Capecci |  <i>Metodo di ricerca</i> |  Anno 2010. Pagine 1 / 05 |
|--|---|--|
| <p>Problema identificato: (da dove nasce l'idea della ricerca)</p> <hr/> <hr/> <hr/> | | |
| <p>Obiettivo: (Foreground/ Background)</p> <hr/> <hr/> <hr/> | | |
| <p>Verificare che sia : Significativo..... Ricercabile..... Fattibile.....</p> | | |
| <p>Trasformare un problema in <u>quesito di ricerca</u>:</p> | | |
| Qual è la popolazione | (P) | <hr/> <hr/> |
| Qual è l'intervento/problema | (I) | <hr/> <hr/> |
| C'è un gruppo di controllo? | (C) | <hr/> <hr/> |
| Qual è l'obiettivo/ipotesi | (O) | <hr/> <hr/> |

Quesito di ricerca:

.....
.....
.....
.....

Parole chiave (Key words):

1).....
2).....
3).....
4).....

Strategia di ricerca:

.....
.....
.....

(**Esempio:** La ricerca è stata effettuata, attraverso Internet, prevalentemente dalle pagine di EBN del Centro studi del servizio Infermieristico del S.Orsola-Malpighi consultando le seguenti BD: Pubmed, NGC, CDC NIOSH.

Nella ricerca sono state utilizzate parole-chiave combinate in diverso modo.

I limiti utilizzati sono i seguenti: ultimi 10 anni, umani, solo link free full test.)

Criteri di selezione (inclusione/esclusione)

.....
.....
.....
.....

(**Esempio:** Sono stati considerati solo i titoli forniti di abstract in lingua inglese ed italiano

Gli articoli sono stati selezionati dopo esame dell'abstract

Sono stati ricercati solo gli articoli pertinenti e rilevanti per rispondere al quesito

Sono stati considerati solo gli articoli di cui si è potuto recuperare il full-text.

Sono stati ricercati articoli relativi agli ultimi 10 anni.)

Griglia di ricerca (Esempio)

| Data base interrogato | Strategia di ricerca | Articoli reperiti | Articoli selezionati | Descrizione dell'articolo | Link |
|-----------------------|--|-------------------|----------------------|---|---|
| PUBMED | "triage AND emergency nursing and Ottawa ankle rules" "emergency nursing" AND "Ottawa" Limits dal 1995 al 2006 | 15 | 9 | <p>"Can nurses appropriately interpret the Ottawa Ankle Rule?" <i>Am J Emerg Med.</i> 2004 May;22(3):145-8.</p> | <u>1</u> http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15138947 |
| | | | | <p>Au "Minor Injuries Unit: expanding the scope of accident and emergency provision" <i>Accid. Emerg. Nurs.</i> 1995 Apr; 3(2):65-7. Beales J.- Baker B.</p> | <u>2</u> http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez |
| | | | | <p>A case-control study of the transit times through an accident and emergency department of ankle injured patients assessed using the Ottawa Ankle Rules." <i>Accid. Emerg. Nurs.</i> 2000 Jul;8(3):148-54. Allerton J., Justham D.</p> | <u>3</u> http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10893558?ordinalpos=3&itool=EntrezSys |
| | | | | <p>"Diagnostic accuracy of lower extremity X-ray interpretation by 'specialized' emergency nurses." <i>Eur J Emerg. Med.</i> 2006 Feb;13(1): 3-8. Derksen RJ, Bakker FC, Heilbron EA, Geervliet PC, Spaans IM, de Lange-de Klerk ES, Veenings B, Patka P, Haarman HJ.</p> | <u>4</u> http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16374240? |
| | | | | <p>Nurse practitioners and the Ottawa Ankle Rules: comparisons with medical staff in requesting X-rays for ankle injured patients. <i>Allerston J, Justham D.</i> <i>Accid. Emerg. Nurs.</i> 2000 Apr;8(2):110-5.</p> | <u>5</u> http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10818378? |
| | | | | <p>The effect of triage-applied Ottawa Ankle Rules on the length of stay in a Canadian urgent care department: a randomized controlled trial. Fan J, Woolfrey KFeb;13(2) <i>Epub</i> 2006 Jan 25.</p> | <u>6</u> http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez |

| | “emergency nursing” AND “Ottawa” Limits dal 1995 al 2006 | 15 | 9 | | |
|-----------------------|--|-------------------|----------------------|---|--|
| | | | | Cost-effectiveness of the SEN-concept: Specialized Emergency Nurses (SEN) treating ankle/foot injuries. <u>Derkzen RJ, Coupé VM, van Tulder MW, Veenings B, Bakker FC.</u> BMC Musculoskelet Disord.2007 Oct;8:99 Epub2007 Oct 1. | ⁷ http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez |
| Data base interrogato | Strategia di ricerca | Articoli reperiti | Articoli selezionati | Descrizione dell'articolo | Link |
| PUB MED | “triage AND emergency nursing and Ottawa ankle rules” “emergency nursing” AND “Ottawa” Limits dal 1995 al 2006 | 15 | 9 | Australian triage nurses' decision-making and scope of practice. <u>Gerdz M, Bucknall T.</u> Aust J Adv Nurs. 2000 Sep-Nov;18(1):24-33 Can Emergency Department Triage Nurses Appropriately Utilize the Ottawa Knee Rules to Order Radiographs?—An Implementation Trial Robert M. Kec, MD, Peter B. Richman, MD, Paul A. Szucs, MD, Mark Mandell, MD and Barnet Eskin, MD, PhD Acad. Emerg. Med., February 1, 2006; 13(2): 153 – 157 | ⁸ http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11878360?ordinalpos=19&itool=EntrezSystem2.PEntrez.Pubmed.Pubmed_ResultsPanel.Pubmed_RVDocSum ⁹ http://www.ncbi.nlm.nih.gov/sites/entrez |

Conclusioni:

.....
.....
.....

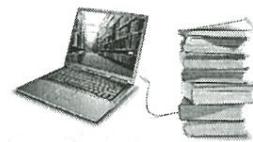
Bibliografia:

.....
.....
.....



S.I.O./ DPS
GRUPPO RISK MANAGEMENT
Resp.Dr. E. Capecci

UTILIZZO DELLA PROVA DEL POMFO PER TESTARE LA TOLLERANZA FARMACOLOGICA (RICERCA)



10/02/2010
Pagine 1 / 05

PREMESSA

Per reazione avversa a farmaci si intende qualsiasi risposta non desiderata ed involontaria che si verifica in seguito alla assunzione, per motivi diagnostici, preventivi o terapeutici, di un farmaco peraltro appropriato allo scopo desiderato. Il Farmaco è qualsiasi sostanza utilizzata a scopo diagnostico, preventivo o terapeutico. Le reazioni avverse ai farmaci sono divisibili in due gruppi principali:

- **le reazioni abnormi (di tipo A)** prevedibili, dose-dipendenti, hanno alta morbilità e bassa mortalità. Sono principalmente correlate all'azione farmacologica e possono verificarsi anche in soggetti normali.

Esempi sono:

- Sovradosaggio
- Effetti collaterali
- Effetti secondari o indiretti
- Interazioni farmacologiche

- **le reazioni bizzarre (di tipo B)** imprevedibili, dose-indipendenti, hanno bassa morbilità, non sono correlate all'azione farmacologica ma in rapporto piuttosto con la risposta individuale di soggetti predisposti. Esempi sono:

- Intolleranza
- Idiosincrasia
- Reazioni Allergiche
- Reazioni Pseudo allergiche

La grande maggioranza (80%) delle reazioni avverse ai farmaci appartengono al **gruppo A**.

Tuttavia quelle di maggiore interesse per la loro pericolosità sono le reazioni allergiche e pseudo allergiche del **gruppo B**.

Le reazioni avverse ai farmaci su base allergica, in cui è dimostrato un meccanismo immunologico, si verificano in un numero limitato di soggetti, sono imprevedibili per definizione, qualitativamente abnormi e non correlate all'attività farmacologica della sostanza sensibilizzante.

Rappresentano il risultato di una risposta immunologica ad un farmaco dopo una precedente esposizione allo stesso o a sostanze ad esso correlate immuno chimicamente, con la formazione di anticorpi specifici.

La reazione è solitamente dose-indipendente e può essere riprodotta da minime quantità del farmaco sospettato o da sostanze cross-reactive.

Quelle pseudo allergiche, di gran lunga le più frequenti, sono le reazioni che clinicamente mimano la sintomatologia delle RAF su base immunologica con manifestazioni del tutto sovrapponibili a quelle con dimostrato meccanismo allergico. Queste reazioni sono prodotte da farmaci in grado di indurre una attivazione diretta dei vari sistemi che sono alla base delle manifestazioni cliniche simili alle reazioni

allergiche.

OBIETTIVO (foreground)

Verificare se in letteratura esistono delle evidenze sull'utilizzo della prova del pomfo per testare delle intolleranze o allergie a farmaci specificata mente gli antibiotici.

- **P** = pazienti con sospetta allergia a farmaci
- **I** = somministrazione di antibiotico senza prova del pomfo
- **C** = prova del pomfo prima di somministrazione antibiotica
- **O** = validità della prova del pomfo.

Materiali e Metodi

STRATEGIA DELLA RICERCA

La ricerca è stata effettuata utilizzando internet, prevalentemente sulle pagine EBN del Centro Studi del Servizio Infermieristico del Policlinico S. Orsola-Malpighi, consultando le seguenti Banche Dati:

- ⇒ Pub Med;
- ⇒ Pubblicazioni Infermieristiche sull'efficacia della prova del pomfo (google);
- ⇒ National Guideline Cleararinghouse.

PAROLE CHIAVE (Key Words):

- Proof of hives to test drug
- The hives test
- The intradermal reaction to drugs
- Proof of hives to test antibiotics
- La prova del pomfo per testare gli antibiotici
- Il pomfo
- L'intradermoreazione per i farmaci

Strategia di Ricerca.

La ricerca è stata effettuata, attraverso Internet, prevalentemente dalle pagine di EBN del Centro Studi del Servizio Infermieristico del S.Orsola – Malpinghi consultando le banche dati di Pubmed. Siamo stati fortunati e nella ricerca è stata trovata una linea guida consultando delle Linee guida sul motore di ricerca di Clearinghouse. Nella ricerca sono state utilizzate parole-chiave combinate in diverso modo .I limiti utilizzati sono i seguenti: ultimi 10 anni, umani, solo link free full test.

Criteri di Selezione.

Sono stati considerati solo titoli forniti di abstract in lingua inglese, esistono anche degli articoli inerenti e degli studi lingua Italiana.

Gli articoli sono stati selezionati dopo esame dell'abstract.

Sono stati ricercati solo gli articoli pertinenti e rilevanti per rispondere al quesito. Sono stati ricercati articoli relativi agli ultimi 11 anni.

GRIGLIA DELLA RICERCA

| Data Base Interrogato | Strategia di Ricerca | Articoli Reperiti | Articoli Selezionati | Descrizione dell'Articolo | Link |
|-----------------------------------|---|-------------------|----------------------|--|---|
| PUB MED | "Proof of hives to test drug" | 10 | 5 | The use of penicilin skin testing to asses the prevalence of penicilin allergy in an emergency departement setting. <i>Raja AS,Lindsell CJ,Bernstein JA, Codispoti CD e Moeliman JJ.</i> | Departement of Emergency Medicina, University of Cincinnati, OH 45221 – 0769, USA. |
| | | | | Is this patient allergic to penicillin? <i>Salkind AR, Cuddy PG, Foxworth JW.</i> | JAMA 2001; 285: 2498-505. |
| | | | | Cephalosporin Allergy. <i>Kelkar PS, Li JTC.</i> | N Engl J Med 2001; 345:804-9. |
| | | | | Immediate allergic reactions to cephalosporins: cross-reactivity and selective responses. <i>Romano A, Mayorga C, Torres MJ, et al.</i> | J Allergy Clin Immunol 2000; 106: 1177-83. |
| | | | | Anaphylactic shock after intradermal testing with betalactam antibiotics. <i>Weber – Mani U,Pichler WJ.</i> | Allergy. 2008 Jun;63 (6):785. |
| NATIONAL GUIDELINE CLEARING HOUSE | "The hives test" | 3 | 1 | Linee guida per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico 1999. | Giornale Italiano delle Infezioni Ospedaliere. Volume 6, nr. 4, ottobre/dicembre 1999 (sulle direttive del Centers For Diseases Control – Atlanta). |
| GOOGLE | "La prova del pompo per testare gli antibiotici" | 20 | 1 | IgE specifiche verso chinoloni Campi P, Manfredi M, Severino MG, Zerboni R. | Giorn It Allergol Immunol Clin 2001; 11: 90-100. |

CONCLUSIONI

Dalla ricerca effettuata si evince l'inutilità del "pompo di prova" effettuato prima della somministrazione di un antibiotico. Infatti l'inoculazione del farmaco come tale può dare una falsa negatività se le IgE specifiche sono rivolte a metaboliti, una falsa positività se il farmaco indiluito esercita una azione irritante sulla cute ed una reazione allergica anche grave nel caso in cui il paziente sia direttamente sensibilizzato al farmaco e non a metaboliti intermedi. Si tratta quindi di una procedura pericolosa in quanto può esporre il paziente a reazioni allergiche anche gravi. Il Memorandum della Società Italiana di Allergologia ed Immunologia Clinica sulla diagnosi di allergia/intolleranza a farmaci¹ è estremamente chiaro al riguardo, pertanto l'effettuazione di tale procedura potrebbe esporre il medico e chi esegue la prova dall'accusa di "**malpractice**".

NOTA FINALE

E' opportuno ricordare che la reazione avversa deve essere riferita agli Enti preposti alla farmacovigilanza, specialmente se provocata da antibiotici di recente registrazione oppure in caso di particolare gravità. Purtroppo questo in molti casi non avviene. L'omessa segnalazione delle reazioni avverse a farmaci (allergie incluse) è un fenomeno grave, non solo in Italia. Anche le statistiche internazionali lo evidenziano in modo allarmante. Inoltre, il medico e il personale infermieristico di assistenza che osserva una reazione allergica è tenuto ad informare il paziente sulla natura del farmaco responsabile (o sospetto) ed a fornire ogni indicazione che possa facilitare una successiva valutazione allergologica. Ciò è particolarmente necessario per le reazioni che si verificano in ambito ospedaliero, ove il paziente spesso ignora la natura dei farmaci che assume. Di conseguenza ogni reazione allergica deve essere segnalata in cartella clinica e nella lettera di dimissione, specificando il tipo di farmaco, il dosaggio, le modalità di somministrazione e la tipologia delle manifestazioni allergiche. In assenza di queste informazioni è virtualmente impossibile formulare un giudizio allergologico a posteriori, e proteggere il paziente dal rischio di recidive. Il pediatra di famiglia ed il medico di medicina generale dovranno a loro volta inserire l'episodio di allergia nella cartella clinica individuale ed eventualmente fare una annotazione sulla tessera sanitaria.

Bibliografia :

The use of penicillin skin testing to assess the prevalence of penicillin allergy in an emergency department setting. Raja AS, Lindsell CJ, Bernstein JA, Codispoti CD e Moeliman JJ. Department of Emergency Medicine, University of Cincinnati, OH 45221 – 0769, USA

Is this patient allergic to penicillin? Salkind AR, Cuddy PG, Foxworth JW. JAMA 2001; 285: 2498-505.

Cephalosporin Allergy. Kelkar PS, Li JTC. N Engl J Med 2001; 345:804-9.

Immediate allergic reactions to cephalosporins: cross-reactivity and selective responses. Romano A, Mayorga C, Torres MJ, et al. J Allergy Clin Immunol 2000; 106: 1177-83.

Anaphylactic shock after intradermal testing with betalactam antibiotics. Weber – Mani U, Pichler WJ. Allergy. 2008 Jun;63 (6):785. Allergy. 2008 Jun;63 (6):785.

Linee guida per la prevenzione delle infezioni del sito chirurgico 1999. Giornale Italiano delle Infekzioni Ospedaliere. Volume 6, nr. 4, ottobre/dicembre 1999 (sulle direttive del Centers For Diseases Control – Atlanta).

IgE specifiche verso chinoloni Campi P, Manfredi M, Severino MG, Zerboni R. Giorn. It. Allergol. Immunol. Clin. 2001.

Redatto da Nicolino Romani.



LO IODIOPovidone PUO' CAUSARE LESIONI CUTANEE O USTIONI? (RICERCA)



Pag. 1 /10. Aprile 2010

PREMESSA: L'utilizzo dello iodopovidone nella pratica clinico assistenziale ha determinato un netto decremento delle infezioni cutanee sostenute dai germi. Il disinettante ormai viene utilizzato in tutti i presidi sanitari e domiciliari dal 1988 e si è dimostrato sicuro sia per l'ampio spettro d'azione sia per i relativi effetti collaterali che sono stati ridotti per l'utilizzo di tale miscela disinettante, infatti le proprietà istiolesive dello iodio puro vengono alleggerite se non annullate dal povidone.

PROBLEMA: In alcuni casi clinico assistenziali lo iodio povidone ha creato problemi al personale di assistenza determinando in alcuni soggetti delle lesioni cutanee similmente rilevate come ustioni di 1 o 2 grado lo scopo della ricerca è quello di evidenziare se in letteratura esistano dei casi di lesioni cutanee indotte da contatto con iodopovidone.

OBIETTIVO: Verificare attraverso una ricerca bibliografica e utilizzando motori di ricerca specifici se si sono verificati casi documentati di lesioni cutanee in seguito a contatto sia esso temporaneo che prolungato con la sostanza disinettante denominata Iodopovidone sia alla concentrazione del 7.5 % che alla concentrazione dell'1%.

- **P**= Pazienti trattati con iodopovidone al 7.5% o 1%
- **I** = Ustioni sulla cute di 1 o 2 grado
- **C** = Pazienti senza lesioni cutanee
- **O** = Rilevazione di ustioni cutanee in seguito a disinfezione con iodopovidone.

Materiali e Metodi

STRATEGIA DELLA RICERCA

La ricerca è stata effettuata utilizzando internet, prevalentemente sulle pagine EBN del Centro Studi del Servizio Infermieristico del Policlinico S. Orsola-Malpighi, consultando le seguenti Banche Dati:

- ⇒ Pub Med;
- ⇒ Pubblicazioni Infermieristiche inerenti la disinfezione e la preparazione del campo operatorio;
- ⇒ National Guideline Cleraringhouse.

PAROLE CHIAVE (Key Words):

- Povidone Iodine;
- Iodio povidone;
- Chimical burn caused by povidone – iodine.
- Lesioni cutanee e rischio di ustione legate allo Iodopovidone

Criteri di Selezione.

Sono stati considerati solo titoli forniti di abstract in lingua inglese, esistono anche degli articoli inerenti e degli studi lingua Italiana.

Gli articoli sono stati selezionati dopo esame dell'abstract.

Sono stati ricercati solo gli articoli pertinenti e rilevanti per rispondere al quesito. Sono stati ricercati articoli relativi agli ultimi 8 anni.

GRIGLIA DELLA RICERCA

| Data Base Interrogato | Strategia di Ricerca | Articoli Reperiti | Articoli Selezionati | Descrizione dell'Articolo | Link |
|-----------------------|---|-------------------|----------------------|--|--|
| PUB MED | "Chemical burn caused by povidone iodine" [Mesh] AND "patient"[Sub heading] | 10 | 5 | <p><i>Pharmacotherapy.</i> 2006 Nov;26 (11):1641- 5. Povidone – iodine induced burn: case report and review of literature.</p> | <p><i>donna.lowecuhn.on.ca</i> <u>Lowe</u> <u>DO.Knowles</u> <u>SR.Weber</u> <u>EA.Raliton CJ,</u> <u>Shear NH.</u> Departement of Pharmacy Services, Toronto General Hospital, University Health Network, Sunnybrook Health Centre, Toronto, Ontario Canada</p> |
| | | | | <p><i>Acta Anaesthesiol Sin.</i> 2003 Jun;41 (2) :93- 6 Chemical burn caused by povidone – iodine alcohol solution case report.</p> <p>Liu FC,Liu JT,Hui YL, Hsu JC,Yang CY,Yu HP,Lui PW.</p> | <p>Departement of Anesthesiology, Chang – Gung Memorial Hospital, 5 Fu – Shin Street, Kweishan, Taoyuan 333, R.O.C.</p> |
| | | | | <p><i>Burns.</i> 2001 Mar;27 (2) : 185 – 8. Povidone Iodine related burns.</p> <p>Nahlieli O, Baruchin AM, Levi D, Shapira Y,Yoffe B.</p> | <p>Plastic and Maxillofacial Surgery Barzilai Medical Centre Ashkelon, Israel</p> |
| | | | | <p>Demir E, O'Dey DM, Pallua N. Accidental burns during surgery</p> | <p><i>J Burn Care Res</i> <i>2006;27(6):895-900</i></p> |
| | | | | <p>Kara A, Tezer H, Devrim I et al. Chemical burn: a risk with outdated povidone iodine.</p> | <p>Pediatric Dermatol 2007;24(4):449-50.</p> |
| Google | Lo Iodio Povidone lesioni | 50 | 1 | <p><i>Quick Alert CIRRN</i> Lesioni cutanee e rischio di ustione legati ai disinfettanti Lesioni cutanee</p> | <p>Quick Alert nr. 8 del 20 . 05 . 2009 Patient Safety Foundation</p> |

| | | | | | |
|--|----------------|--|--|---|--|
| | cutanee | | | tossiche; Ustioni causate da fiammate. | |
|--|----------------|--|--|---|--|

CONCLUSIONI: dai dati raccolti emerge che sono stati documentati alcuni casi di irritazione locale allo iodopovidone determinati dalla non corretta procedura di disinfezione nella preparazione soprattutto dei campi operatori, in quanto una certa quantità di disinfettante rimaneva depositata per un periodo prolungato di tempo (circa tre ore o per tutta la durata dell'intervento) a contatto con la cute del paziente soprattutto nelle zone dei glutei e del dorso provocando in circa 13 pazienti ustioni di primo e secondo grado nelle zone soggette a compressione ed eventuale macerazione del disinfettante iodato. Queste lesioni poi sono state curate con i metodi classici di trattamento di qualsiasi ustione con guarigione senza reliquati cicatriziali delle zone. Fortunatamente le lesioni cutanee sono un evento molto raro. Quando però accade, il più delle volte le lesioni che mettono a repentaglio la salute del paziente, che prolungano inutilmente la degenza e che possono avere perfino conseguenze medico-legali in quanto potevano essere evitate. L'incidenza precisa non è conosciuta, la ricerca bibliografica ha evidenziato casi sporadici o ridotte serie di casi. L'insorgenza di lesioni cutanee tossiche presuppone un'irritazione della pelle, una macerazione e generalmente nei punti di pressione (soprattutto a livello di ossa sporgenti). Una zona di rischio classica si trova sotto i lacci emostatici, i fattori di rischio menzionati si susseguono in modo esemplare. Un'ulteriore zona privilegiata sono le natiche. In questa zona è particolarmente importante evitare che restino delle parti umide e assicurarsi che la soluzione disinfettante abbia avuto il tempo per asciugare.

Generalmente le lesioni della pelle guariscono in 3-4 settimane, senza lasciare cicatrici. Una serie di casi successi in Germania evidenzia tuttavia che occasionalmente è richiesta una terapia chirurgica. Su un totale di 19 pazienti, nel 44% si è reso necessario un intervento chirurgico. Lo spettro delle terapie spazia da débridement ad innesti di pelle fino ad un caso di plastica con lembo del grande gluteo. In un caso la causa del danno è stato un malfunzionamento dell'elettrocauterizzatore. In 3 casi la soluzione disinfettante è colata sotto l'elettrodo neutro. In 8 pazienti sono state causate delle bruciature elettriche in quanto la corrente del cauterio, a causa del liquido presente, ha preso una via diversa da quella prestabilita. Otto casi di ustione causata dalla soluzione disinfettante sono stati confermati. Un caso è rimasto non chiaro. Una lesione cutanea tossica deve essere documentata (preferibilmente con foto a colori), il paziente e il chirurgo devono essere informati e deve essere richiesto tempestivamente il consulto di un chirurgo plastico. Malgrado la disinfezione rientri generalmente nelle responsabilità e nei compiti del chirurgo, questo Quick Alert persegue l'obiettivo di sensibilizzare, oltre al chirurgo, anche gli anestesiologi e il personale di sala operatoria. In questo modo, nell'ottica del lavoro di squadra, è stimolata l'attenzione di tutti i professionisti che lavorano in sala operatoria. In particolare, durante il passaggio di consegne alla sala risveglio o alle cure intensive, la pelle del paziente deve essere ispezionata in modo da rilevare la presenza di eventuali zone di pressione classiche o di ustioni. Quest'azione può essere eseguita, senza dispendio aggiuntivo di tempo, durante il trasferimento nel letto.

A scopo divulgativo si allega la scheda tecnica dello Iodio povidone.

ALLEGATI. 1 – 2.

ALLEGATO 1.

SCHEDA TECNICA IODIOPOVIDONE

DENOMINAZIONE DEL MEDICINALE

BRAUNOL 7,5% Soluzione Cutanea

BRAUNOL 7,5% Soluzione Cutanea Detergente

COMPOSIZIONE QUALITATIVA E QUANTITATIVA

BRAUNOL 7,5 % Soluzione Cutanea 100 g di soluzione contengono:

Principio attivo

Povidone-Iodio 7,5 g (con un contenuto di iodio libero del 10%)

BRAUNOL 7,5% Soluzione Cutanea Detergente Confezione con 6,8% di tensioattivo 100 g di soluzione contengono:

Principio attivo

Povidone-Iodio 7,5 g (con un contenuto di iodio libero del 10%)

Confezione con 2% di tensioattivo 100 g di soluzione contengono:

Principio attivo

Povidone-Iodio 7,5 g (con un contenuto di iodio libero del 10%)

INFORMAZIONI CLINICHE

Indicazioni terapeutiche

BRAUNOL 7,5% Soluzione Cutanea

Disinfezione della cute, anche lesa (ferite, piaghe, ecc.)

Antisepsi dell'area del campo operatorio

BRAUNOL 7,5% Soluzione Cutanea Detergente

Disinfezione e pulizia della cute lesa, nel caso di ferite.

Antisepsi anche chirurgica delle mani e della cute integra.

BRAUNOL 7,5% Soluzione Cutanea

Passare un tampone imbevuto sulla parte da disinsettare, fino a completa irrorazione.

Utilizzare diluito (da 1:2 fino a 1:100 v/v) secondo necessità.

Lesioni di dimensioni ridotte: non superare le 5-6 applicazioni/die.

Lesioni estese: il numero di applicazioni/die deve essere tale da non superare i 2,5-3 g/die di iodio libero (pari a circa 330-400 ml di prodotto puro).

Campo operatorio: utilizzare tal quale imbevendo un tampone e passare sulla parte da disinsettare. Lasciare asciugare. Se necessario ripetere l'operazione.

BRAUNOL 7,5% Soluzione Cutanea detergente

Disinfezione e pulizia della cute lesa: per la disinfezione impiegare il prodotto puro mentre per la pulizia si consiglia di utilizzare diluito secondo necessità (fino a 1:4 v/v).

Applicare con un tampone imbevuto fino a completa irrorazione.

Lesioni di dimensioni ridotte: non superare le 5-6 applicazioni/die.

Lesioni estese: il numero di applicazioni/die deve essere tale da non superare i 2,5-3 g/die di iodio libero (pari a circa 330-400 ml di prodotto puro).

Antisepsi anche chirurgica delle mani e della cute integra.

Antisepsi

Inumidire leggermente con acqua le parti da trattare e frizionare in modo uniforme con 5 ml di sapone. Lasciar schiumare e risciacquare (durata 1 minuto).

Antisepsi chirurgica

Inumidire con acqua le parti da trattare, distribuire in modo uniforme 5 ml di sapone, lavare per due minuti (se del caso spazzolare le unghie) e risciacquare con acqua. Versare altri 5 ml di sapone, lavare per tre minuti, risciacquare ed asciugare con panno sterile (durata totale 5 minuti).

NON SUPERARE LE DOSI CONSIGLIATE

Controindicazioni

Ipersensibilità verso i componenti (principio attivo o eccipienti) e verso altre sostanze correlate dal punto di vista chimico. A causa della presenza di iodio, il trattamento di lesioni estese per un periodo prolungato è controindicato in quanto non si può escludere la possibilità di una influenza sulla funzionalità tiroidea. Il prodotto non deve essere utilizzato in soggetti con ipertiroidismo o con affezioni tiroidee latenti o manifeste. Non usare nei bambini di età inferiore a 6 mesi, in gravidanza e durante l'allattamento.

Speciali avvertenze e precauzioni per l'uso

Il prodotto è solo per uso esterno. L'uso, specie prolungato, dei prodotti per uso topico può dare origine a fenomeni di sensibilizzazione; in tal caso interrompere il trattamento e consultare un medico per istituire una idonea terapia. In caso di intolleranza sospendere l'applicazione. Non usare per trattamenti prolungati; dopo breve periodo di trattamento senza risultati apprezzabili consultare il medico. Non ingerire. L'ingestione o l'inalazione accidentale di alcuni disinfettanti può avere conseguenze gravi, talvolta fatali. In caso di ingestione accidentale del prodotto consultare immediatamente un medico. Evitare l'impiego su superfici eccessivamente estese. Non applicare la soluzione con bendaggio occlusivo. L'applicazione su ustioni o su vaste superfici di epitelio può produrre gli effetti sistematici dello iodio, in questi casi si consiglia il controllo della funzionalità tiroidea. In bambini al di sotto dei 12 anni, usare solo in caso di effettiva necessità e sotto diretto controllo del medico. Il prodotto può interferire con le prove di funzionalità tiroidea: interrompere il trattamento almeno 10 giorni prima di effettuare una scintigrafia con iodio marcato. Evitare il contatto con gli occhi o le mucose.

Interazioni

Evitare l'uso contemporaneo di altri antisettici e detergenti. Non impiegare sulla parte trattata contemporaneamente prodotti contenenti sali di mercurio o composti di benzoino.

Gravidanza e allattamento

Poiché lo iodio viene assorbito per via sistemica l'uso di Povidone-Iodio è controindicato in gravidanza e durante l'allattamento specialmente quando l'area lesa da trattare è estesa o per trattamenti prolungati; infatti lo iodio assorbito può attraversare la barriera placentare ed essere escreto con il latte.

Effetti sulla capacità di guidare veicoli e sull'uso di macchine

Il Povidone-Iodio non interferisce sulla capacità di guidare e di utilizzare macchine.

Effetti indesiderati

E' possibile il verificarsi, in qualche caso, di intolleranza (bruciore, irritazione); in tal caso sospendere il trattamento. La reazione dello iodio con i tessuti lesi può ritardarne la cicatrizzazione. Il Povidone-Iodio può causare gli stessi effetti indesiderati dello iodio, anche se risulta essere meno irritante.

Sovradosaggio

Alle normali condizioni d'uso non sono state riportate manifestazioni di sovradosaggio. L'applicazione su ustioni o estese superfici prive di epitelio può produrre gli effetti sistemici dello iodio. In caso di ingestione accidentale ricorrere ad un'assistenza professionale. In caso di ingestione del prodotto, trattare con latte o con soluzioni di amido; praticare aspirazione e lavanda gastrica con sospensioni o soluzioni di amido, con soluzioni di albumi d'uovo o tiosolfato di sodio 1-5% (capace di trasformare lo iodio in ioduro). Si lascia poi nello stomaco ulteriore tiosolfato al 5% e si danno copiosi quantitativi di liquidi e mucillagini.

PROPRIETÀ FARMACOLOGICHE

Proprietà farmacodinamiche

Il Polivinilpirrolidone (PVP) è un polimero non surfattante ad attività iodofora, cioè capace di complessare lo iodio per rilasciarlo in seguito, gradualmente ed a basse concentrazioni, in forma libera. Il complesso PVP-iodio esplica pertanto la sua attività antisettica ed antimicrobica proprio grazie alla sua capacità di liberare iodio. Il Polivinilpirrolidone contiene circa il 10% di iodio libero disponibile, il quale viene rilasciato gradualmente dal complesso in seguito a contatto con il substrato. L'antisepsi viene esplicata dallo iodio libero con un'azione ossidante diretta e persistente. Lo spettro d'azione è molto ampio e comprende: batteri Gram-positivi e Gram-negativi; batteri acido- e alcool-resistenti, miceti (*Candida compresa*), protozoi, virus e spore. La sua attività è mantenuta in presenza di materiali organici. Non si conoscono fenomeni di resistenza.

Proprietà farmacocinetiche

Durante il trattamento topico con PVP-iodio è stato rilevato un modesto assorbimento sistematico con aumenti dei livelli sierici di iodio totale e di quello proteico, in ragione della dimensione della superficie (cute lesa o ustioni) trattata. L'eliminazione renale, sia di iodio totale che di iodio legato alle proteine, risulta tuttavia molto elevata: non sono infatti rilevabili fenomeni di accumulo.

Dati preclinici di sicurezza

Il Povidone-iodio presenta una tossicità minore rispetto allo iodio libero; dopo applicazione topica è praticamente privo di effetti sistemici e viene localmente ben tollerato. Nel "patch test" e nel "repeated patch test" effettuati con le diverse presentazioni farmaceutiche della specialità BRAUNOL non sono state inoltre rilevate irritazioni cutanee primarie. Studi di tossicità acuta e subacuta effettuati sugli animali utilizzando le diverse presentazioni della specialità depongono altresì a favore della loro innocuità, nelle modalità e concentrazioni d'uso consigliate.

Prove di tossicità acuta:

BRAUNOL 7,5% Soluzione Cutanea

- nel ratto 30 ml/kg per os: tossicità assente.

BRAUNOL 7,5% Soluzione Cutanea Detergente, formulazione con 6,8% di tensioattivo:

- nel topo DL50 per os pari a 30 ml/kg.

BRAUNOL 7,5% Soluzione Cutanea Detergente, formulazione con 2% di tensioattivo:

- nel ratto 0,4 ml/kg i.p.: tossicità assente
- nel topo 10 ml/kg topico con scarificazione della cute: tossicità assente.

INFORMAZIONI FARMACEUTICHE

Eccipienti

BRAUNOL 7,5% Soluzione Cutanea Iodato di sodio, diidrogenofosfato di sodio diidrato, idrossido di sodio, nonossinolo, acqua depurata

BRAUNOL 7,5% Soluzione Cutanea Detergente Confezione con 6,8% di tensioattivo:

Polivinilpirrolidone, sodio bifosfato diidrato, sodio idrossido, sodio lauril-etossisolfato, acqua depurata.

Confezione con 2% di tensioattivo:

Sodio bifosfato diidrato, sodio idrossido, sale di ammonio di alchilfenolpoliglicoletere solfato, acqua depurata.

Incompatibilità

Sali di mercurio, carbonati, acido tannico, alcali, perossido di idrogeno.

Periodo di validità

BRAUNOL 7,5% Soluzione Cutanea: 5 anni

BRAUNOL 7,5% Soluzione Cutanea Detergente confezione con 2% di tensioattivo: 3 anni
confezione con 6,8% di tensioattivo: 18 mesi

Speciali precauzioni per la conservazione -Tenere ben chiuso e lontano dalle fonti di calore

Natura e contenuto della confezione - BRAUNOL 7,5% Soluzione Cutanea: flacone in polietilene con tappo a vite, contenente 30 ml, 100 ml o 1000 ml di soluzione.

BRAUNOL 7,5% Soluzione Cutanea Detergente

- confezione con 6,8 % di tensioattivo: flacone in polietilene con tappo a vite, contenente 1000 ml di soluzione;
- confezione con 2 % di tensioattivo: flacone in polietilene con tappo a vite, contenente 100 ml, 500 ml o 1000 ml di soluzione.

Istruzioni per l'uso e la manipolazione

Nessuna particolare.

La colorazione bruna della soluzione è una proprietà del prodotto ed indica la presenza di iodio libero. Essendo il PVP-Iodio solubile in acqua, eventuali macchie su tessuti possono essere facilmente eliminate con acqua e sapone; nei casi più ostinati con ammoniaca o soluzione di tiosolfato di sodio.

TITOLARE DELL'AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

B. Braun Melsungen AG D-34209 Melsungen, Germania

NUMERO DI AUTORIZZAZIONE ALL'IMMISSIONE IN COMMERCIO

BRAUNOL 7,5% Soluzione Cutanea

flacone da 30 ml: A.I.C. n° 032151084 del 29.11.95

flacone da 100 ml: A.I.C. n° 032151108 del 28.0

flacone da 1000 ml: A.I.C. n° 032151072 del 29.11.95

BRAUNOL 7,5% Soluzione cutanea detergente, confezione con 6,8% di tensioattivo

flacone da 1000 ml: A.I.C. n° 032151045 del 29.11.95

BRAUNOL 7,5% Soluzione cutanea detergente, confezione con 2% di tensioattivo

flacone da 100 ml: A.I.C. n° 032151110 del 28.0

flacone da 500 ml: A.I.C. n° 032151021 del 29.11.95

flacone da 1000 ml: A.I.C. n° 032151019 del 29.11.95.

Allegato 2

PREVENZIONE DELLE LESIONI CUTANEE DA IODIOPOVIDONE

Tre fattori, rispettivamente tre presupposti devono essere soddisfatti al fine di provocare un'ustione intra operatoria diretta del paziente:

» Calore rispettivamente temperatura infiammabile (necessari circa 800 - 900 °C):
elettrocauterizzatore, diatermia, laser, fonte di luce a fibre ottiche, ecc.

» Sostanze o materiali infiammabili (= substrato): soluzioni alcooliche - mezzi di disinfezione liquidi inclusi i loro vapori; teli riscaldanti; teli di copertura; coperte riscaldanti; creme e tinture derivate dal petrolio - o a base alcoolica; tubi endotracheali;

maschere laringee; e altri dispositivi per le vie aeree.

- **Potenziamento dell'effetto: asciugatura incompleta della soluzione disinettante sulla pelle e/o assorbimento della soluzione disinettante da parte del telo di copertura (posizionato troppo presto).**

- **Rischio supplementare quando la soluzione disinettante alcoolica si sedimenta sulla pelle, nei peli, nella biancheria del letto, nei teli riscaldanti, nelle pieghe dei panni, ecc. (panni imbibiti).**

» Reazione d'ossido-riduzione = ambienti ricchi di O₂ (anche ambienti arricchiti con N₂O)
Ridurre allo stretto necessario il quantitativo delle sostanze infiammabili:

» Ev. rasatura prudente della pelle, soprattutto in pazienti molto villosi, considerando l'attitudine chirurgica generalmente accettata di non rasare in modo troppo aggressivo la pelle (microlesioni con conseguente innalzamento del rischio di infezione del sito chirurgico).

» Impedire la concentrazione di liquidi infiammabili o vapori sulla pelle su o nei teli di copertura così come in altri teli.

» Non utilizzare la soluzione disinettante in quantità eccessiva.

» Lasciare asciugare la soluzione disinettante prima di procedere con la copertura sterile.

ATTENDERE fino a quando la soluzione disinettante non si è asciugata (attenersi alle istruzioni di utilizzo del produttore!) Ev. asciugare con tamponi sterili. I teli di copertura non devono essere imbibiti di soluzione disinettante.

» L'utilizzo corretto delle coperture plastiche (questo significa incollarle sulla pelle disinettata asciutta) permette di ridurre la concentrazione di vapori potenzialmente infiammabili nelle vicinanze dell'elettrocauterizzatore. **In caso di pelle non sufficientemente asciutta la soluzione disinettante si concentra sotto la plastica e con essa anche i vapori infiammabili!**

» Prima dell'utilizzo di un elettrocauterizzatore, la pelle deve essere asciutta e tutti i vapori potenzialmente infiammabili devono essere eliminati.

» Riduzione della quantità di ossigeno ad un livello minimo (**in ogni caso, un'adeguata ossigenazione del paziente deve essere garantita!**) nei casi in cui è presente il pericolo di un potenziale accumulo di ossigeno nella zona operatoria. In particolar modo negli interventi di ORL e negli interventi al cranio o al volto. Soprattutto durante l'utilizzo di elettrocauterizzatori, diatermia e laser è necessario prestare particolare attenzione all'ambiente.

» Rinunciare all'utilizzo di N₂O

Nei casi di incendio vicino al paziente reazione immediata e decisiva:

Procedure **R – A – C – E = Rescue patient – Alert staff – Confine fire – Evacuate area**

» Allontanare tutti i materiali infiammabili dal paziente (teli di copertura, bendaggi, teli riscaldanti, coperte elettriche, dispositivi respiratori, ecc.)

» Spegnimento del fuoco sul paziente

- Piccoli incendi: spegnere manualmente utilizzando acqua sterile oppure tamponi bagnati

- Grossi incendi: spegnere tutti i materiali infiammabili

- Estintore CO₂ = mezzo di spegnimento di prima scelta

- Acqua (sterile)

- Non raccomandati: estintori a base di acqua, schiuma o polvere.

- Non dimenticarsi della protezione individuale! Se necessario: evacuazione della sala operatoria.

» Durante interventi con potenziale ambiente ricco di ossigeno (ORL / volto/ cranio):

- Riduzione della quantità di ossigeno al minimo indispensabile

» Allontanare tutte le fonti di calore e fonti che possono emettere scintille

» Nei casi di incendio del tubo, veloce rimozione del tubo endotracheale, spegnimento di eventuali focolai locali (stoffa che brucia). In seguito, raffreddamento sufficiente e re-intubazione del paziente.

» In caso di ustione, raffreddamento sufficiente e corretto e trattamento secondo le linee guida universalmente riconosciute.

BIBLIOGRAFIA DI RIFERIMENTO

Nahlieli O, Baruchin AM, Levi D et al. **Povidone-iodine related burns.** *Burns* 2001;27(2):185-8.

Demir E, O'Dey DM, Pallua N. **Accidental burns during surgery.** *J Burn Care Res* 2006;27(6):895-900.

Lowe DO, Knowles SR, Weber EA et al. **Povidone-iodine-induced burn: case report and review of the literature.** *Pharmacotherapy* 2006;26:1641-5.

Kara A, Tezer H, Devrim I et al. **Chemical burn: a risk with outdated povidone iodine.** *Pediatric Dermatol* 2007;24(4):449-50.

Burns. 2001 Mar;27 (2) : 185 – 8. **Povidone Iodine related burns.** Nahlieli O, Baruchin AM, Levi D, Shapira Y, Yoffe B. *Plastic and Maxillofacial Surgery Barzilai Medical Centre Ashkelon, Israel.*

Pharmacotherapy. 2006 Nov;26 (11):1641- 5.

Povidone – iodine induced burn: case report and review of literature.

Lowe DO, Knowles SR, Weber EA, Raliton CJ, Shear NH. Departement of Pharmacy Services, Toronto General Hospital, University Health Network, Sunnybrook Health Centre, Toronto, Ontario Canada.

Acta Anaesthesiol Sin. 2003 Jun;41 (2) :93- 6 **Chemical burn caused by povidone – iodine alcohol solution case report.** Liu FC, Liu JT, Hui YL, Hsu JC, Yang CY, Yu HP, Lui PW. Departement of Anesthesiology, Chang – Gung Memorial Hospital, 5 Fu – Shin Street, Kweishan, Taoyuan 333, R.O.C.

Quick Alert CIRRNET **Lesioni cutanee e rischio di ustione legati ai disinfettanti Lesioni cutanee tossiche Ustioni causate da fiammate** Quick Alert nr. 8 del 20 . 05 . 2009 Patient Safety Foundation.

San Benedetto del Tronto li 01 Aprile 2010.

REDATTO DA NICOLINO ROMANI.

RISULTATI

I progetti assistenziali implementati ed inseriti nel sistema di budget e della relativa quota di produttività sono stati tutti attuati.

Alcuni esempi.

- Le attività del "Centro studi Risk-Management/Evidence Based Practice" hanno permesso la diffusione della cultura della buona pratica sia in ambito operativo che in quello della revisione degli strumenti operativi in uso.
- La documentazione infermieristica:
 - così come progettata, è stata adottata in ogni dipartimento, tenendo conto della specificità di ciascuno grazie all'adozione delle schede accessorie specifiche.
 - Importante è stata l'adozione e l'utilizzo della scheda infermieristica di dimissione che ha garantito di realizzare gli obiettivi della continuità assistenziale sia tra ospedale e territorio, che in ambito intraospedaliero.
 - Altrettanto importante è stata l'adozione delle schede dei farmaci maggiormente utilizzati che ha permesso di responsabilizzare il personale infermieristico sia nella acquisizione delle competenze, circa la conoscenza approfondita di ciascun farmaco, sia nel monitorare l'efficacia e gli effetti dei farmaci stessi sulla persona assistita. Agli aspetti operativi legati alla terapia farmacologica, inoltre, va ricordato l'uso sistematico della scheda unica di terapia, il cui uso è ormai entrato nella routine quotidiana.
 - Nella documentazione infermieristica, è stato implementato l'utilizzo di schede di valutazione dei rischi (cadute, LDD, gestione CVC, e ICA). Ciò ha permesso di verificare i rischi per il paziente, di realizzare una assistenza attenta alla sicurezza sia dei pazienti che degli operatori.
- Il progetto "Pegaso" ha realizzato un applicativo fruibile da tutti gli operatori, per i riferimenti utili alle attività assistenziali, e da tutti i coordinatori infermieristici, nello specifico, per la gestione dei turni di servizio.

CRITICITA'

Fanno riferimento soprattutto alla precarietà della dotazione di risorse, sempre al di sotto delle necessità e degli standard di riferimento, e l'elevato turnover del personale assistenziale, determinato da alte percentuali di personale precario, assunto per periodi discontinui e a volte molto brevi.

Altro elemento di criticità è stato determinato dalla difficoltà a far emergere le sinergie necessarie e la necessaria integrazione tra i diversi livelli dell'organizzazione, sia essi clinici che organizzativi.

Le criticità e i punti di forza presenti nel prosieguo del percorso si sono evidenziati, ad esempio:

- Il 18 settembre 2007 viene ricostituito il Nucleo Operativo del CIO; in una mia comunicazione del 13 novembre, espongo alcune criticità riscontrate, soprattutto la scarsa capacità del CIO di coordinare, integrare e far emergere le sinergie necessarie circa le varie azioni messe in campo;

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

- Criticità su dotazione organica nelle aree di degenza e modelli organizzativi.

In materia di criticità, come si vedrà in seguito, le problematiche saranno una costante nel divenire del percorso.



DIREZIONE MEDICA PRESIDIO OSPEDALIERO

Prot.n. 1476/Sm

| | | |
|--|--------------------------|-----------|
| A.S.U.R. - Azienda Sanitaria Unica Regionale | SAN BENEDETTO DEL TRONTO | AL DENTRO |
| PRESIDIO OSPEDALIERO - DIREZIONE MEDICA | | |
| 18 SET. 2007 | | |
| PROT. N° 3777 | | |

Ai Componenti del C.I.O.

Al Dr Giuliano Anconetani
Al Dr Corrado Pellegrini
Al Dr Silvano Papiri
Al Dr Domenico Sabatini
Alla Dr.ssa Marta Ursini
Alla Dr.ssa Giovanna Acciarri
Alla Dr.ssa Donati Sarti Donatella
Alla Dr.ssa Sonia Impulliti
Alla Dr.ssa Elisa Sciarra
Alla Dr.ssa Silvia Marchegiani
Al DAI Elio Capecci
Alla DAI Giuliana De Angelis
Alla Coordinatrice Fabiola Capriotti
All'I.P. Piero Giarrusso

L O R O S E D I

OGGETTO: Trasmissione determina ricostituzione Nucleo Operativo del C.I.O.

Si invia in allegato, copia della determina di Ricostituzione del Nucleo Operativo del C.I.O.

Cordiali saluti.

Il Segretario Verbalizzante
Dr.ssa Arcangela Lambertelli

AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE

Via Caduti del Lavoro - 60131 - Ancona

Sede Operativa di 63039 SAN BENEDETTO DEL TRONTO (AP)

Via Manara, n. 3-7 Tel. 0735.7981 - Fax 0735.82184 - C.F. n. 02175860424

Comuni di : Acquaviva Picena, Campofilone, Arassi, Cossignano, Cupramarittima, Grottaminare, Massignano, Monsampolo del Tronto, Montalto delle Marche, Montefiore dell'Aso, Monteprandone, Pedaso, Ripatransone, San Benedetto del Tronto.



REGIONE MARCHE
A.S.U.R. - ZONA TERRITORIALE N.12
SAN BENEDETTO DEL TRONTO
13 NOV. 2007
PROT
TTT..... CT..... ART.....

Servizio Infermieristico Ospedaliero

Al Direttore Zona Territoriale 12
Dr. Giuseppe Petrone
p.c. Al Dirigente Medico P.O.
Dr. Giuliano Anconetani

Oggetto: C.I.O.

Preso atto delle difficoltà emerse e condivise (vedi verbale del 13.6.07) relative alla scarsa capacità del CIO, così come è strutturato, di coordinare, integrare e far emergere sinergie circa le varie azioni poste in essere, il servizio scrivente ha proposto e attivato alcune soluzioni che rappresentano una prima risposta:

- inserimento di un'infermiera epidemiologa con un tempo dedicato (3 gg/settimana);
- ampliamento del nucleo operativo (aggiunta di due unità infermieristiche);
- assegnazione di obiettivi specifici "sicurezza delle cure e revisione dei percorsi sulla base delle evidenze ", a tutti i coordinatori di UU.OO./Dipartimenti, rendendo sovrapponibili le attività e responsabilità istituzionali dei singoli, alle finalità dell'intero sistema che persegue una cultura della qualità e delle cure prestate.

Il Servizio Infermieristico della Z.T. 12, intende concorrere al perseguitamento della mission aziendale, integrandosi con i diversi sistemi organizzativi e professionali, governando, nel rispetto delle proprie funzioni istituzionali, gli interventi tesi ad assicurare:

- la qualità e l'efficienza tecnica ed operativa delle attività assistenziali erogate nell'ambito della prevenzione, della cura e della riabilitazione;
- lo sviluppo dei processi organizzativi ;
- il governo clinico assistenziale;
- l'individuazione dei bisogni formativi.

Si sottolinea inoltre che nell'attuale panorama sanitario regionale, le infezioni ospedaliere, le cui linee guida di riferimento emanate nel "1985", sono inserite nel più ampio contesto del "sistema qualità". Sistema costituito su principi, modelli e strumenti pubblicati dalla migliore letteratura internazionale e ripresi dal Piano Sanitario Nazionale 2006-2008 e da altri documenti su "qualità e sicurezza" pubblicati dal Ministero della Salute.

Tali documenti sono le fonti delle proposte di progettazione del sistema qualità e sicurezza della Regione Marche, così come riportato dal Piano Sanitario 2007-2009, aventi l'obiettivo di costruire un sistema a rete di:

- referenti aziendali per la qualità;
- sviluppo delle reti cliniche con i profili di assistenza;

- formazione;
- sicurezza ed il risk management;
- qualità percepita e di partecipazione dei cittadini.
- altro.

Il sistema “ a rete “ rende possibile formulare linee-guida di indirizzo atte a realizzare le necessarie sinergie e coerenze organizzative, permettendo inoltre il reperimento di dati omogenei di lettura, idonei per un’analisi e confronto con altre realtà.

A tal fine si è costituito all’interno del Servizio Infermieristico, un centro studi sul Risk Management e Evidence Basic Practice, ed è stata avviata una rete informatica interna, “progetto Pegaso”, tra le cui applicazioni è previsto il monitoraggio degli eventi avversi e una raccolta mirata di informazioni.

Nelle fasi successive a quanto attualmente posto in essere, si renderà necessaria un’attenta valutazione della situazione al fine di evidenziare e rimuovere le problematiche che ostacolano il raggiungimento degli obiettivi fissati.

Da considerare la possibilità di attivare “gruppi di progetto” finalizzati al raggiungimento dei singoli obiettivi affidati, che coinvolgano operatori motivati e competenti che potranno essere remunerati attraverso fondi specifici da individuare in sede di trattazione aziendale.

Attualmente all’interno del CIO sono in fase di attuazione i seguenti progetti:

- campagna nazionale “Cure pulite” (osservazione in rianimazione della cura e dell’igiene delle mani da parte del nucleo operativo);
- controllo infezione ospedaliero sul Catetere Venoso Centrale inserito nel budget dell’U.O. anestesia-rianimazione con il coinvolgimento delle UU.OO. di chirurgia e orl (osservazione da parte di tutti gli operatori sanitari delle UU.OO. interessate).

Dovrebbe essere avviato all’inizio dell’anno 2008:

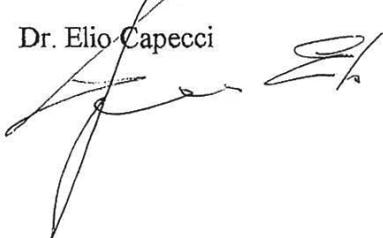
- progetto promosso dalla Regione Marche “ Studio sulle infezioni del sito chirurgico” osservazione delle ferite chirurgiche per 3 mesi).

Restando a disposizione per eventuali chiarimenti porgo
Cordiali saluti

S.B.T. 13 Novembre 2007

Dirigente Servizio Infermieristico

Dr. Elio Capecci



Si allega la mia relazione della riunione avuta il 13 novembre in Regione.

Riunione del 13 Nov 2007 -Modelli Organizzativi e Dotazione Organica_

Si conferma la presenza, sottolineando la necessità di inserire, fin da ora, nell'ordine del giorno della riunione, vista la partecipazione dei responsabili medici della direzione di presidio ospedaliero, oltre ai documenti inviati per l'esame delle realtà attuali vincolate da numerosi ostacoli (culturali in particolar modo, strutturali, programmati, ecc.), relativi alla sola componente infermieristica, anche tutti gli altri documenti (norme, regolamenti, dati) necessari per poter sin da subito, pensare ad una riorganizzazione interna delle aree di degenza delle strutture ospedaliere così come richiesto dal P.S.R. inviatoci:

- professionalizzazione dell'assistenza nelle aree di degenza organizzate per intensità di cure;
- superamento dell'attuale modello basato sull' U.O. monodisciplinare con una propria equipe dirigenziale ed infermieristica e una dote di posti letto;
- superamento dell'attuale frammentazione che genera inefficienza a partire dall'utilizzo delle risorse umane;
- reingegnerizzazione del modello organizzativo delle aree di degenza ospedaliere basati sulla modulazione dell'intensità di cura e della strutturazione del sistema ospedaliero come organizzazione a rete in Area Vasta e con il sistema Regionale;
- garanzia del governo assistenziale delle aree di degenza da parte della componente infermieristica coordinata dal dipartimento delle professioni (L.R. 13/03).

Quanto sopra al fine di permettere valutazioni complessive propedeutiche alla realizzazione del modello organizzativo per aree di degenza organizzate per intensità di cura e di presa in carico clinico-assistenziale personalizzata, oggi unica risposta adeguata a soddisfare le esigenze dell'assistito a cui non è applicabile il solo sistema del minutaggio. La logica che deve guidare la riorganizzazione del sistema deve partire dall'analisi dei processi e dei profili di cura, dall'appropriatezza clinica ed organizzativa, dalla qualità, dalla sicurezza delle cure e prevenzione dei rischi, dalla valutazione degli esiti.

La situazione del personale infermieristico della Regione Marche, più volte rappresentata in sedi istituzionali e non, richiede ormai di essere affrontata senza tentennamenti e senza rinvii.

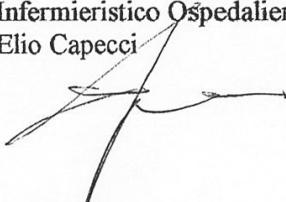
Il personale infermieristico denuncia, da tempo, la sempre crescente difficoltà di riuscire a rispondere alle proprie responsabilità professionali e deontologiche.

E' oramai inevitabile l'identificazione dell'interlocutore formale dell'Infermieristica in A.S.U.R. individuato all'interno della professione.

Elio Capecci

Il 12 dicembre 2007 si invia come richiesto la "Proposta di Riorganizzazione del Blocco Operatorio e della Centrale di Sterilizzazione".

Si allegano le successive riunioni effettuate con tutto il personale del blocco per la definitiva stesura della proposta di riorganizzazione.

| | |
|---|---|
|  SERVIZIO INFERMIERISTICO OSPEDALIERO | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"><p>REGIONE MARCHE A.S.U.R. - ZONA TERRITORIALE N.12 SAN BENEDETTO DEL TRONTO</p><p>12 DIC. 2007 29465</p><p>PROT TIT CT APR</p></div> |
| Al Direttore Zona Territoriale 12 Dr. Giuseppe Petrone | |
| Oggetto: invio documenti. | |
| Si inviano in allegato i documenti relativi a: | |
| <ul style="list-style-type: none">• proposta di riorganizzazione del Blocco Operatorio e della Sterilizzazione Centralizzata;• ProgettoPegaso (gestione informatizzata materiale farmacia ed economato, inventari, dati, informazioni, ecc.). | |
| Cordiali saluti | |
| Dirigente Infermieristico Ospedaliero Dr. Elio Capecci | |
|  | |



**DIREZIONE SERVIZIO INFERMIERISTICO
BLOCCO OPERATORIO**

PROPOSTA DI RIORGANIZZAZIONE DEL BLOCCO OPERATORIO E DELLA STERILIZZAZIONE CENTRALIZZATA

PREMESSA

Proposta di riorganizzazione del Blocco Operatorio in risposta al mandato della Direzione di Zona di programmare l'attività delle sedute operatorie da 6 giorni a 5 giorni attraverso il coinvolgimento di tutti gli operatori sanitari nella ricerca di una soluzione che sia condivisa e coerente con un utilizzo razionale ed efficiente di risorse e finalizzata a superare le criticità esistenti, recentemente confermate, attraverso il monitoraggio e l'analisi dell'attività quali/quantitativa del periodo che va dal 1 Gennaio 2007 al 30 Ottobre 2007.

OBIETTIVI

- Riorganizzazione della programmazione e dell'orario delle sedute operatorie settimanali;
- Riadeguamento/Ottimizzazione dell'organico Infermieristico e degli OSS;
- Adeguamento dell'orario di lavoro e della turnistica programmata;
- Attribuzione del Rischio Radiologico ad un congruo numero di infermieri necessari a garantire una adeguata e sicura funzionalità organizzativa delle sedute operatorie;
- Programmazione della Pronta Disponibilità con un numero congruo di personale a garanzia delle situazioni di emergenza;
- Revisione delle regole organizzative interne con aggiornamento degli strumenti operativi (percorsi-protocolli-procedure-check lists-etc);
- Individuazione di sistemi di monitoraggio periodici per la verifica dell'attuazione delle regole organizzative e dell'attività programmata;
- Gestione dei farmaci e del materiale di magazzino informatizzato.

**ATTUALE ORGANIZZAZIONE DELLE SEDUTE OPERATORIE E
DIMENSIONAMENTO ORGANICO INFERMIERISTICO ED OSS DEL B.O.**

- Attività programmata delle sedute operatorie su 6 giorni
- N. 1 Coordinatrice del B.O. e Coordinatrice del Dipartimento Chirurgico
- N. 26 Infermieri (18 per Ch-Orl-Ocu-Gin/Ost * 4 Ort-Amb. Gessi* 4 Anestesia)
- N. 7 Oss
- **Pronta disponibilità**

5 Infermieri –1 Oss – 1 infermiere di anestesia – 1 infermiere gessista – 1 ostetrica

La P.D. viene attivata per un totale di 5 operatori che verranno convocati a seconda della specificità dell'intervento da eseguire.

Il numero totale delle P.D. sono a garanzia della possibilità di due urgenze in contemporanea.

Orario di P.D.: dalle 20 alle 8.00 dal lunedì al sabato e dalle 8.00 alle 20 dei giorni festivi.

RISCHIO RADIOLOGICO

- **Frazionamento dell'indennità di rischio tra tutti gli operatori del B.O..**

STERILIZZAZIONE CENTRALIZZATA

- N. 3 Infermieri
- N. 1 Operatore tecnico

Dalle 7.30 alle 20.00 dal lunedì al sabato.

**PROPOSTA DI RIORGANIZZAZIONE DELLE SEDUTE OPERATORIE E
DIMENSIONAMENTO ORGANICO INFERMIERISTICO ED OSS DEL B.O.**

Norme di riferimento:

-Linee guida per la definizione degli standard di sicurezza e di igiene ambientale dei reparti operatori - ISPESL

-Requisiti minimi e accreditamento Regione Marche

-Linee guida per la definizione delle dotazioni organiche a cura del gruppo di lavoro ASUR 2007

Volumi e tipologia attività svolta

- a) Dati relativi agli ultimi tre anni
- b) Analisi periodo 1.1.07-30.9.07

Criteri generali:

a) Composizione dell'equipe chirurgica assistenziale per ogni tavolo operatorio n. 3 operatori:

1 infermiere strumentista + 1 infermiere fuori dal campo operatorio + 1 infermiere di anestesia;

b) Tavoli operatori previsti per ogni seduta:

Matt. – 3 sedute operatorie + eventuale urgenza;

Pom. – 1 seduta operatoria programmata il lunedì + prolungamento di una seduta dal martedì al venerdì + eventuale urgenza;

c) Distribuzione del personale infermieristico verso aree specialistiche di prevalenza (area chirurgica “generale-ginecologica-orl-ocu”, area ortopedica, area anestesia), mantenendo un’alta integrazione e flessibilità tra gli operatori (massima valorizzazione professionale possibile, nel rispetto delle competenze acquisite e a garanzia della qualità e della sicurezza delle cure);

d) Coordinamento funzionale di tutti gli operatori del B.O. affidato alla coordinatrice.

Proposte organizzative:

- Attività programmata delle sedute operatorie su 5 giorni (dal lunedì al venerdì ore 7.30 – 14/ + prolungamento pomeridiano programmato per una specialità + urgenze). Personale infermieristico presente per ciascun turno di servizio: M 12 – P 6 con P.D. Per il personale dovrà prevedersi un rientro settimanale da programmare con regolarità.
- N. 1 Coordinatrice del B.O. e Coordinatrice del Dipartimento Chirurgico
- N. 24 Infermieri (aree di prevalenza: 12 per area chirurgica generale: Ch-Orl-Ocu-Gin/Ost – 6 per aree di ortopedia:– 6 per area anestesia)
- N. 6 Oss Personale oss presente per ciascun turno di servizio: M 3 – P 2 con P.D.

Con il superamento della totale divisione tra infermieri strumentisti e infermieri gessisti , si propone che degli attuali quattro operatori “gessisti”, due entrino a far parte integralmente del gruppo degli infermieri di area ortopedica del BO, i restanti due saranno destinati, esclusivamente ed in maniera continuativa, all’attività di Ambulatorio Sala gessi/Ortopedia.

• Pronta disponibilità

5 Infermieri – 1 Oss B.O. – 1 infermiere area anestesia – 1 infermiere area ortopedica – 1 ostetrica

La P.D. viene attivata per un totale di 5 operatori che verranno convocati a seconda della specificità dell'intervento da eseguire.

Il numero totale delle P.D. sono a garanzia della possibilità di due urgenze in contemporanea.

Orario di P.D.: dalle 20 alle 8.00 dal lunedì alla domenica e dalle 8.00 alle 20 dei giorni di sabato e festivi

* Rispetto all'attuale organizzazione è da prevedere l'aumento della P.D. per la giornata di sabato.

RISCHIO RADIOLOGICO

- Corrisposto a n. 8 infermieri dell'area ortopedica + 5 infermieri necessari per garantire continuità gestionale nella costituzione del pool polivalente (secondo la nuova riclassificazione da parte dell'esperto qualificato, degli operatori esposti al rischio radiologico).

STERILIZZAZIONE CENTRALIZZATA

- N. 3 Infermieri
- N. 1 Operatore tecnico

Dalle 7.30 alle 20.00 dal lunedì al venerdì , sabato 7.30-14.00 + 1 rientro mensile.

Utilizzo della giornata del sabato mattina per l'espletamento delle sedute in libera professione e disponibilità da parte del personale infermieristico ad essere coinvolto.

Per l'adeguamento e la manutenzione si fa riferimento alla proposta inviata nel gennaio 2007 dalla coordinatrice del B.O.

Per la "Revisione delle regole organizzative interne con aggiornamento degli strumenti operativi (percorsi-protocolli-procedure-check lists-etc) "e per "L'individuazione di sistemi di monitoraggio periodici per la verifica dell'attuazione delle regole organizzative e dell'attività programmata" saranno costituiti dei gruppi di lavoro dedicati.

Per la "Gestione dei farmaci e del materiale di magazzino informatizzato" è in itinere, con la consulenza di Capretti Cristina del servizio informatico, l'attivazione di un programma dedicato (progetto Pegaso).

Si allegano:

Verbale delle riunioni svolte
Programma settimanale delle sedute operatorie
Prospetti degli orari e della programmazione della turnistica programmata

GRUPPO DI LAVORO:

Capecci Elio
Galluzzi Daniela
Capriotti Fabiola
Rossi Giuseppe
Farina Pietro
Camilli Devis
Camelli Paola
Pilota M.Paola
Gabrielli M.Rita
Gabrielli M.Teresa
Sabini Giacomo

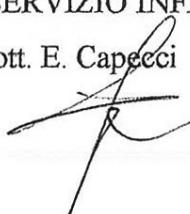
Novembre 2007

COORDINATRICE BLOCCO OPERATORIO

F. Capriotti
Golische 6/0/08

RESPONSABILE SERVIZIO INFERMIERISTICO

Dott. E. Capecci





Servizio Infermieristico Presidio Ospedaliero

V ERBALE

In data 20 Novembre 2007, alle ore 15.30, presso l'aula 1 della ex scuola infermieri, si è riunito il personale infermieristico ed oss del Blocco Operatorio per discutere il seguente ordine del giorno:

riorganizzazione interna – proposte - individuazione di un gruppo di lavoro dedicato.

Sono presenti:

Ascaretti Katia

Camilli Devis

Capriotti Marinella

Cistola Milena

Falleroni Amelia

Farina Pietro

Filippioni Maria

Gabrielli M.Rita

Gabrielli M.Teresa

Gagliardi A.Rita

Galieni Maria

Giovannini Mario

Laurenzi Antonio

Mannocchi Gabriele

Marabotto Mauro

Mecozzi Simone

Merlonghi Angela

Panella Francesca

Pignotti Loreta

Pilota M.Paola

Portelli Patrizia

Ricci Giuseppe

Ricci Roberta

Rosetti Regina

Rossi Giuseppe

Sabini Giacomo

Capriotti Fabiola coordinatrice B.O.

Capecci Elio Dirigente Infermieristico P.O.

Galluzzi Daniela coordinatrice serv.inf.co P.O.

Capecci e la coordinatrice del blocco operatorio ricordano il mandato della Direzione di Zona di seguito esplicitato:

“ elaborare alcune proposte finalizzate ad una riorganizzazione interna del Blocco Operatorio che sviluppi le attività programmate su 5 giorni settimanali “, programma ampiamente condiviso da tutto il personale convenuto alla riunione.

Si chiede ai presenti di illustrare i primi passi, già compiuti, nel percorso del lavoro richiesto, citando come riferimenti generali le linee-guida che definiscono i criteri di base circa il n° di personale da impiegare nell'utilizzo di ciascun tavolo operatorio. Il documento citato esplicita che “.....il n° deve essere il più contenuto possibile” suggerendo la presenza dello strumentista, di un infermiere fuori campo sterile, di un infermiere di anestesia.

Capecci sottolinea a tal proposito, il concetto di gruppi di operatori “prevalentemente” impiegati in settori operatori specifici o in anestesia, ma che conservino in ogni caso la polivalenza e la flessibilità del proprio servizio a seconda delle circostanze.

Gli operatori presenti, riaffermando la loro collaborazione nella realizzazione del programma di riorganizzazione interna, intendono sottolineare la necessità di avere una riprogrammazione delle sedute operatorie. Quest'ultima rappresenta per tutti, una condizione determinante per la riuscita dell'intero progetto.

Vengono avanzate dai presenti alcune proposte, sottoposte alla discussione fra tutti i partecipanti:

gli argomenti:

orario dei turni di servizio;
n° di operatori presenti in ciascun turno di servizio;
n° di tavoli operatori ;
n° di operatori per ciascun tavolo operatorio;
n° complessivo di operatori infermieri e oss.

Si coglie il contesto per richiamare all'attenzione dei presenti, la necessità di separare il gruppo oss del blocco operatorio da quello oss del pronto soccorso.

Da ultimo viene identificato il gruppo di lavoro che dovrà dettagliare gli argomenti citati, i componenti sono:

Camelli Paola,
Camilli Devis,
Gabrielli M.Rita
Gabrielli M.Teresa,
Farina Pietro,
Pilota M. Paola,
Rossi Giuseppe,
Sabini Giacomo.

Prossima riunione 27 novembre 2007 ore 15.30.

RESPONSABILE SERVIZIO INFERMIERISTICO
Dott. E. Capecci



Servizio Infermieristico Presidio Ospedaliero

V ERBALE

In data 27 Novembre 2007, alle ore 15.30, presso l'aula 1 della ex scuola infermieri, si è riunito il gruppo di lavoro inf. ed oss del Blocco Operatorio per la definizione di proposte finalizzate al progetto di riorganizzazione interna.

Sono presenti :

Camelli Paola,
Camilli Devis,
Gabrielli M.Rita
Farina Pietro,
Pilota M. Paola,
Rossi Giuseppe,
Capriotti Fabiola,
Capecci Elio,
Galluzzi Daniela.

Assenti: Gabrielli M.Teresa, Sabini Giacomo.

Vengono prese in esame alcune norme di riferimento e i documenti aziendali di seguito indicati:

- Linee guida per la definizione degli standard di sicurezza e di igiene ambientale dei reparti operatori - ISPESL -
- Requisiti minimi e accreditamento Regione Marche-
- Linee guida per la definizione delle dotazioni organiche a cura del gruppo di lavoro ASUR 2007-
- Dati relativi agli ultimi tre anni-
- Analisi del periodo 1.1.07-30.9.07-

Al termine dell'opportuna discussione, il gruppo di lavoro propone quanto segue:

- Attività programmata delle sedute operatorie su 5 giorni (dal lunedì al venerdì ore 7.30 – 14 + prolungamento pomeridiano programmato per una specialità + urgenze).
N.B. Per il personale dovrà prevedersi un rientro settimanale da programmare con regolarità.

- N. totale di personale proposto **30 unità**

- n.24 Infermieri (12 per area chirurgica generale: Ch-Orl-Gin/Ost – 6 per area di ortopedia: Ort-Amb. Gessi – 6 per area anestesia)- Presenti in servizio: **M 12 –P 6 – Org. Integr. 6**
- n. 6 Oss (si suggerisce l'indicazione dell'operatore uscente da parte della stessa coordinatrice sulla base di precisi criteri quali la candidatura spontanea, la valutazione permanente, l'effettuazione dell'orario "FT" stabilito da tempo).
Presenti in servizio: **M 3 –P 2– Org. Integr. 1**

-Requisiti organizzativi relativi ad una singola equipe operatoria assistenziale- totale n. 3 operatori di cui:

1 infermiere strumentista + 1 infermiere fuori dal campo operatorio + 1 infermiere di anestesia;

- Tavoli operatori previsti per ogni seduta:

- Matt. – 3 sedute operatorie + eventuale urgenza;
- Pom. – 1 seduta operatoria programmata il lunedì + prolungamento di una seduta dal martedì al venerdì + eventuale urgenza;

- Distribuzione del personale infermieristico verso aree specialistiche di prevalenza (area chirurgica “generale-ginecologica-orl”, area ortopedica, area anestesia), mantenendo un’alta integrazione e flessibilità tra gli operatori, finalizzata alla massima valorizzazione professionale possibile, nel rispetto delle competenze acquisite e a garanzia della qualità e della sicurezza delle cure;

- Coordinamento funzionale di tutte gli operatori del B.O. affidato alla coordinatrice.

Con il superamento della totale divisione tra infermieri strumentisti e infermieri gessisti (attualmente quattro operatori), si propone che due fra loro entrino a far parte integralmente del gruppo degli infermieri di area ortopedica del BO mentre, i restanti due siano destinati, esclusivamente ed in maniera continuativa, all’attività di Ambulatorio di Sala gessi/Ortopedia.

Il gruppo di lavoro suggerisce inoltre, l’utilizzo della giornata del sabato mattina per l’espletamento delle sedute in libera professione con il coinvolgimento del personale infermieristico disposto all’espletamento di detta attività.

Per quanto riguarda la pronta disponibilità, rispetto all’attuale organizzazione è da prevedere l’aumento della P.D. per la giornata di sabato, mentre resta confermata l’articolazione corrente:

- 5 Infermieri – 1 Oss B.O. – 1 infermiere area anestesia – 1 infermiere area ortopedia – 1 ostetrica -

La chiamata viene attivata, per un totale di 5 operatori che verranno convocati a seconda della specificità dell’intervento da eseguire.

L’orario di P.D. resta dalle 20 alle 8.00 dal lunedì al venerdì e dalle 8.00 alle 20 dei giorni festivi ai quali saranno da aggiungere le giornate di sabato.

Il numero totale delle P.D. sono a garanzia della possibilità di due urgenze in contemporanea

Per l’argomento “rischio radiologico” si propone che venga corrisposto a n. 8 infermieri di area ortopedica + 5 infermieri necessari per garantire la continuità gestionale nella costituzione del pool polivalente così come risulta dalla riclassificazione, da parte dell’esperto qualificato, degli operatori esposti al rischio radiologico.

Per il servizio di “Sterilizzazione Centralizzata” si propone la chiusura del sabato pomeriggio, mantenendo l’attuale orario di apertura dal lunedì al venerdì dalle 7.30 alle 20.00, sabato mattina dalle 7.30 alle 14.00 con 1 rientro mensile da programmare per ciascun operatore.

Per l’adeguamento e la manutenzione si fa riferimento alla proposta inviata nel gennaio 2007 dalla coordinatrice del B.O.

Si allegano prospetti circa il turno e l’orario proposti.

RESPONSABILE SERVIZIO INFERMIERISTICO
Dott. E. Capecci





REGIONE MARCHE
AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE - ZONA TERRITORIALE N°12
63039 SAN BENEDETTO DEL TRONTO (AP)

U.O. BLOCCO OPERATORIO

AI DIRETTORE GENERALE
SEDE

RIORGANIZZAZIONE SEDUTE OPERATORIE

| Lunedì | Martedì | Mercoledì | Giovedì | Venerdì |
|----------------|------------|------------|-------------|------------|
| mattino | mattino | mattino | mattino | mattino |
| ORTOPEDIA | CHIRURGIA | CHIRURGIA* | CHIRURGIA | CHIRURGIA |
| ORTOPEDIA | OSTETRICIA | ORTOPEDIA | OTORINO | ORTOPEDIA* |
| CHIRURGIA | OTORINO* | OCULISTICA | OSTETRICIA* | OTORINO |
| Pomeriggio | | | | |
| NEUROCHIRURGIA | - ▷ * | | | |

*Prolungamento orario seduta operatoria di specialità.

Proposta di ristrutturazione delle attività chirurgiche del Blocco Operatorio in 5 giorni di attività lavorativa.

M -> 8-16

P -> 15-19

Direttore Dipartimento Chirurgico
Dr. Angelo Caciullo