

PARTE SESTA

ANNO 2011

Il 16 febbraio il nostro Direttore Antonio M. Novelli, in attuazione delle indicazioni della Regione con la Determina di Giunta n. 17/2011, ha chiesto a ciascun Dipartimento di elaborare un'ipotesi relativa alle azioni di razionalizzazione necessarie all'attuazione delle direttive vincolanti della Regione.



Direzione di zona

San Benedetto del Tronto,

Prot. 3823

Ai Direttori

Ai Coordinatori

UO Anestesia e rianimazione

UO Ostetricia e ginecologia

UO Cardiologia – UTIC

UO Pediatria

UO Diabetologia

UO Pronto soccorso – MURG

UO Chirurgia

UO Radiologia

UO Farmacia

UO Salute mentale

UO Gastroenterologia

Ai Coordinatori dipartimentali

UO Geriatria

Ai Dirigenti

UO Immunotrasfusionale

Ai Coordinatori

UO Laboratorio analisi

UOS Blocco operatorio

UO Medicina

UOS Day surgery

UO Medicina riabilitativa

e pc Ai Direttore

UO Neurologia

Distretto sanitario

UO Nefrologia

Direttore medico di presidio

UO Oculistica

Servizio provveditorato

UO Oncologia

LLSS

UO ORL

UO Ortopedia e Traumatologia

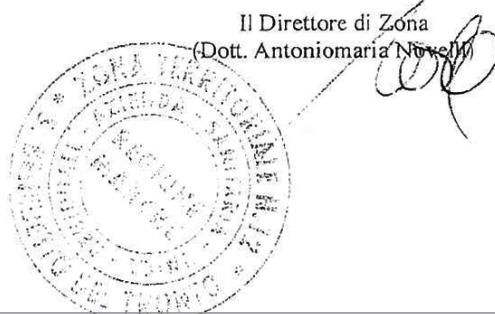
OGGETTO: attuazione delle indicazioni della DGR 17/11.

Come segnalato in sede di Collegio di Direzione è essenziale che ciascun Dipartimento elabori entro il 21/2 una ipotesi relativa alle azioni di razionalizzazione necessarie all'attuazione della Direttiva vincolante della Regione citata in oggetto.

Si evidenzia, inoltre, che il contenimento dei costi per beni e servizi e farmaceutica richiedono sin d'ora la definizione di azioni di contenimento dell'1% sulla spesa storica tramite una revisione dei consumi e delle attività. Conseguentemente non si potrà dar corso quindi all'attivazione di nuove spese senza la valutazione delle spese cessanti, in ambito dipartimentale, e ad una attenta valutazione con il Direttore della macrostruttura di riferimento.

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

A.S.L. S.R.L. PRLE	16 FEB. 2011
16 FEB. 2011	
PROT. N° 673	ARRIVO



Prime ipotesi di aggregazioni e progetti di razionalizzazione dietro le direttive vincolanti regionali.



Copie

San Benedetto del Tronto,

- 1 MAR. 2011

Prot. 10.821

**Al Direttore di Zona
Sede**

Oggetto: progettazione ex DGR 17/11.

In relazione alla definizione delle azioni zonali, in attuazione delle indicazioni della DGR 17/11, si rileva in premessa gli elementi portanti del progetto di razionalizzazione si basano su interventi relativi alla rete dei poli ospedalieri (6.1 e 6.2) e delle condizioni di servizi duplicati nell'ambito della stessa zona territoriale, in particolare laboratorio analisi (11.1.D). Mancano, quindi, nella Zona territoriale due degli elementi di riferimento per le azioni di razionalizzazione.

Sempre in relazione alla rete ospedaliera l'altra linea strategica regionale fa riferimento alle sinergie in area vasta; su tale punto si evidenza che la Zona territoriale 12 ha sviluppato progetti già operativi da anni, tra i principali:

- integrazione nelle UUOO di oculistica con unica struttura complessa e differenziazione dell'operatività nelle due sedi, con concentrazione delle attività complesse nel presidio di Ascoli Piceno;
- integrazione nelle UUOO di ORL con unica struttura complessa e differenziazione dell'operatività nelle due sedi, con concentrazione delle attività complesse nel presidio di San Benedetto;
- UO di gastroenterologia in area vasta con struttura complessa, vacante, presso la ZT 12 e sinergie con la ZT 11 per alcune tipologie di prestazioni;
- integrazione tra i due laboratori analisi con specializzazione delle funzioni e monitoraggio dei flussi verso l'AOU ospedali Riuniti;
- attività di anatomia patologica concentrata nella struttura delle ZT 13 con riduzione dei flussi verso l'AOU Ospedali riuniti.

In relazione al punto 6.1.H, relativo al trasferimento dei 107 DRG ad altri regime si rileva che si è dato seguito alla riconversione al regime ambulatoriale delle procedure, per le quali è stata definita in sede regionali tale possibilità, in particolare tunnel carpale e cataratta.

Relativamente all'azione 6.3, si rileva la possibilità di adottare una soluzione organizzativa che vada nel senso dello sviluppo dell'ospedale per intensità di cura, superi la frammentazione delle degenze sotto standard e sia coerente con le possibili ulteriori sinergie in area vasta che attengono in particolare l'area cardiologica e neurologica. Tale azione è stata sviluppata con il Dirigente del Dipartimento delle professioni ed è riportata nella scheda allegata. Nell'attuale fase non risultano programmabili altre azioni stante la presenza dei cantieri relativi all'adeguamento antincendio. Si sta sviluppando da tempo un confronto dell'ambito del Dipartimento chirurgico sulle possibili sinergie tra la degenza di ORL e quella di chirurgia. Tale opzione richiede una verifica sul percorso in area vasta che riguarda la ORL. Una soluzione operativa alla problematica della riduzione del personale medico, è legata alla richiesta di superamento della guardia Dipartimentale chirurgica che produce, effettuato il necessario passaggio sindacale, un recupero di 3 unità mediche equivalenti.

In relazione all'attività della Commissione per il PTO la stessa ha proceduto alla definizione del PTO di AV e opera, con convocazioni mensili, secondo le linee dettate dalla DGR 1228/10, in particolare:

- programmazione di due incontri di formazione con tutti i direttori si struttura complessa, direttori di distretto e tutti i MMG, per spiegare l'uso del PTOR del PTOAV e l'utilizzo dei moduli;
- definizione di una reportistica di AV e definizione delle azioni correttive conseguenti nei seguenti punti:
 - analisi del consumo di farmaci nei primi 7 gg dalla dimissione e, in una fase successiva, nelle 48 ore successive ad un accesso di PS;
 - analisi comparativa dei consumi ospedalieri tra i 3 presidi;
 - analisi dei consumi dei farmaci fuori PTOR sia in ambito ospedaliero che territoriale;
 - analisi dei consumi per i farmaci con prescrizione motivata e con indicazioni CRAT e report specifico;
 - analisi delle richieste off label;
 - analisi dei consumi dei farmaci in PTO negli ultimi 3 anni.

Relativamente alle azioni dei punti 8.1F e 8.1.G le stesse sono inserite nell'ambito del Piano regionale della prevenzione e verranno attuate nell'ambito dello sviluppo dei singoli progetti previsti, nell'ambito del coordinamento regionale; si segnala che il progetto 8.1.G è coordinato dal Direttore dell'UO di Diabetologia della ZT 12.

Relativamente alle tematiche oggetto di mandato in area vasta si è proceduto congiuntamente con la Direzione medica di presidio della ZT 13 ad effettuare gli incontri (salute mentale, oculistica, laboratorio analisi, anatomia patologica, neurologia, ORL, urologia) nell'ambito dei quali sono state definite delle schede progettuali specifiche.

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

Il Dirigente Medico
(Dott Remo Appignanesi)





Direzione medica ospedaliera – Dipartimento delle professioni

San Benedetto del Tronto,

Prot.

Ai Direttori

Ai Coordinatori

Dipartimenti ospedalieri

e pc Ai Direttori

Ai Coordinatori

UO Anestesia e rianimazione
UO Cardiologia – UTIC
UO Diabetologia
UO Chirurgia
UO Farmacia
UO Gastroenterologia
UO Geriatria
UO Immunotrasfusionale
UO Laboratorio analisi
UO Medicina
UO Medicina riabilitativa
UO Neurologia
UO Nefrologia

UO Oculistica
UO Oncologia
UO ORL
UO Ortopedia e Traumatologia
UO Ostetricia e ginecologia
UO Pediatria
UO Pronto soccorso – MURG
UO Radiologia
UO Salute mentale

e pc Al Direttore di Zona

Direttore medico di presidio
LLSS

OGGETTO: revisione dell'assetto ospedaliero.

In relazione alla necessità di definire una revisione complessiva degli spazi interni si presenta una proposta complessiva di revisione dell'assetto interno.

Gli elementi di riferimento per la formulazione di questa proposta si basano sulle norme e indicazioni regionali e in particolare al modello dell'ospedale per intensità di cura, come indicato nella DGR 17/1/11 si ricordano i seguenti punti:

- limite minimo dei 20 pl per le aree di degenza (6 pl per la rianimazione);
- integrazione Cardiologia/Medicina d'Urgenza/OBI;
- organizzazione delle aree di degenza per intensità di cura;
- allineamento dei pl allo standard del 3,3 per mille e 0,7 per la post acuzie;
- incremento dei pl di lungodegenza e riabilitazione;
- riduzione del TO 160x1000 e riduzione dei ricoveri per i 107 DRG a rischio di inappropriatezza;
- potenziamento dell'attività di medicina d'urgenza con sviluppo dell'attività di Osservazione breve intensiva.

Si ritiene necessario che su tale ipotesi di discuta nei Comitati di dipartimento e, successivamente, in sede di Collegio di direzione.

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

Dipartimento delle professioni
(Dott. Elio Capecci)

Il Direttore medico di presidio
(Dott Remo Appignanesi)



Direzione medica ospedaliera – Dipartimento delle Professioni

Proposta di riorganizzazione complessiva degli spazi ospedalieri

Area di degenza di multidisciplinare per l'anziano fragile: ortopedia geriatria anziano fragile

Piano I (o III piano, scambio con il day surgery per facilitare l'accesso agli esterni)

Posti letto: 29

Attività:

l'area accoglierà i ricoveri di tipo medico e chirurgico dei pazienti con condizioni di fragilità; la gestione del paziente sarà a carico della equipe medica dell'UO di geriatria

Criticità:

Riassetto strutturale ed organizzativo; gestione delle urgenze; coordinamento ed integrazione dell'attività medica e del personale di assistenza.

Aggiornamento e revisione delle regole organizzative interne e degli strumenti operativi (percorsi, protocolli, procedure, check list etc), adeguata formazione del personale sanitario.

Individuazione di sistemi di monitoraggio finalizzati alla verifica delle attività svolte e dei risultati ottenuti.

Area di post acuzie: lungodegenza - riabilitazione

Piano III (attuale geriatria)

Posti letto: 30

Attività:

l'area accoglierà i ricoveri di tipo lungodegenza e riabilitazione; il coordinamento complessivo afferirà alla UOS "Post-acuti e coordinamento geriatrico intra-extraospedaliero"

PERSONALE DI ASSISTENZA

ATTUALE REALTA'

U.O.	P.L.	PM	INFERMIERI	OSS	COORDINATORE
Ortopedia	20	15,3	15	3	1
Geriatria/lungodegenza	32	24 + 7,3	14	11	1
Totali	52	46,6	28	14	2

RIORGANIZZAZIONE PROPOSTA

U.O.	P.L.	INFERMIERI	OSS	COORDINATORE
OrtoGeriatria/Anziano Fragile	29	16	10	1
Lungodegenza/Riabilitazione Int.	29	8	9	1
Totali	58	24	19	2

* Attività assistenziale riabilitativa assicurata anche dalla Riabilitazione con la presenza continuativa diurna dei Fisioterapisti

DIFFERENZA

U.O.	P.L.	INFERMIERI	OSS
	+6	-4	+5

Area dipartimentale medica

Piano IV (attuale medicina)

Posti letto: 29

(posti letto di medicina; nefrologia; gastroenterologia, oncologia)

Attività:

Definizione di protocolli relativi alla casistica trattata e la gestione delle urgenze; coordinamento dell'attività medica e del personale di assistenza per dipartimento.

PERSONALE: Senza modifiche

U.O.	P.L.	INFERMIERI	OSS	COORDINATORE
Area Dipartimentale medica	29	16	10	1

Area dipartimentale emergenza urgenza

Piano -II e -I

Posti letto: 24

Attività:

l'area accoglierà i ricoveri dell'UTIC, della cardiologia, della medicina d'urgenza e dell'OBI con sei posti di semintensiva. Nella prospettiva del riassetto completo della struttura nella prospettiva dell'intensità di cura occorrerà valutare la possibile collocazione in tale ambito dell'area di degenza della stroke unit.

Il progetto deve essere coordinato con la revisione dei flussi di ricovero in ambito cardiologico e neurologico in Area vasta.

Criticità:

Riassetto strutturale ed organizzativo; gestione delle urgenze; coordinamento ed integrazione dell'attività medica e del personale di assistenza.

Aggiornamento e revisione delle regole organizzative interne e degli strumenti operativi (percorsi, protocolli, procedure, check list etc), adeguata formazione del personale sanitario.

Individuazione di sistemi di monitoraggio finalizzati alla verifica delle attività svolte e dei risultati ottenuti.

ATTUALE REALTA'

U.O.	P.L.	INFERMIERI	OSS	COORDINATORE
Cardiologia-UTIC	16	18	1	1

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

Medicina d'Urgenza	9	12	2	1
Totali	25	30	3	2

* PL ridotti a 20 dal 2009 per lavori di adeguamento

RIORGANIZZAZIONE PROPOSTA

U.O.	P.L.	INFERMIERI	OSS	COORDINATORE
Cardiologia/Semintensiva/Med. D'Urgenza	24*	18	3	1

* 4 PL di OBI

DIFFERENZA

U.O.	P.L.	INFERMIERI	OSS	COORDINATORE
Cardiologia/Semintensiva/Med. D'Urgenza	-1	-12		-1

Area Dipartimentale chirurgica

Piano II (attuale chirurgia – ORL)

Posti letto: 38 (da 20 a 38)

Attività:

nell'area si svilupperà l'attività di ricovero ordinario con degenze a ciclo continuo e a ciclo breve-Week Surgery- delle discipline di chirurgia generale, ORL, ginecologia, ortopedia, neurochirurgia. La riorganizzazione dell'area di degenza chirurgica per intensità di cura ci consente la maggiore flessibilità possibile per l'utilizzazione dei posti letto (riduzione a 20 posti letto nel fine settimana) e un più adeguato utilizzo del personale di assistenza e del personale medico (minore presenza di personale a fine settimana con una maggiore presenza dal lunedì al venerdì).

Criticità:

Riaspetto strutturale ed organizzativo; gestione delle urgenze; gestione dipartimentale delle liste operatorie; coordinamento ed integrazione dell'attività medica e del personale di assistenza.

Aggiornamento e revisione delle regole organizzative interne e degli strumenti operativi (percorsi, protocolli, procedure, check list etc), adeguata formazione del personale sanitario.

Individuazione di sistemi di monitoraggio finalizzati alla verifica delle attività svolte e dei risultati ottenuti.

Sviluppo di progetti di Urologia e di Endoscopia Digestiva in Area Vasta

PERSONALE DI ASSISTENZA

ATTUALE REALTA'

U.O.	P.L.	PM	INFERMIERI	OSS	COORDINATORE
Chirurgia*	16	12,7	16	3	1
ORL*	12	6,9	7	1	1
Ginecologia	5	2,1			1
Ortopedia	25	15,3			1
Neurochirurgia					
Totali	58	37	23	4	4

*presenza media 2009: ORL: 9,5 – chirurgia: 14,5

Personale di assistenza presente (Inf+Oss) al M-P-N dal Lun. al Lun. previsto 1Inf e 1Oss come Organico Integrativo, ferie estive nel periodo di riduzione dell'attività nel mese di agosto e nelle festività importanti:

M: 4(3+1) 6(4+2) 6(4+2) 6(4+2) 6(4+2) 4(3+1) 4(3+1)

P: 6(4+2) 6(4+2) 6(4+2) 6(4+2) 4(3+1) 4(3+1) 6(4+2)

N: 4(3+1) 4(3+1) 4(3+1) 4(3+1) 4(3+1) 4(3+1) 4(3+1)

RIORGANIZZAZIONE PROPOSTA

U.O.	P.L.	INFERNIERI	OSS	COORDINATORE
Area Chirurgica (Chi-Orl-Gin-Ort-NCh)	38	18	10	3

DIFFERENZA

U.O.	P.L.	INFERNIERI	OSS
	-20	-5	+6

Area di degenza psichiatrica

Una delle ipotesi di integrazione in area vasta è quella della realizzazione di una degenza unica di AV nel Presidio Madonna del soccorso: la soluzione logistiche per la realizzazione di una degenza di 16 pl (che costituisce il vincolo di pl massimi definiti dal PO salute mentale) è rappresentata dalla realizzazione di una contestuale riorganizzazione nella degenza pediatrica in AV.

Area ambulatoriale dipartimento medico

- Ambulatori del dipartimento: possono trovare collocazione negli spazi attualmente occupati dalla lungodegenza e da una revisione degli spazi relativi agli ambulatori di neurologia; si torna a sottolineare l'importanza di integrare l'attività di diagnostica vascolare.
- Gastroenterologia: è prevista la messa a norma nell'ambito dei finanziamenti ex art. 20, la collocazione proposta è quella relativa alla ex terapia intensiva neonatale.

Area ambulatoriale dipartimento chirurgico

E' stato inserito nell'ambito dei finanziamento ex art 20 la ristrutturazione dell'area per un adeguamento degli ambulatori, ma, soprattutto, per la realizzazione di una sala operatoria adeguata ad ospitare una crescente attività di chirurgia ambulatoriale.

Area ambulatoriale e spazi dell'area materno infantile

Si procederà a concordare una revisione degli spazi, attualmente occupati dall'UO di gastroenterologia per la creazione di locali da destinare alle madri dei minori neonati ricoverati e un adeguamento degli spazi ambulatoriali.

Tabella 1. Presenze medie distinti per età – SDO 2010

UO	Nro dimissioni	Giornate degenza	Giornate degenza > 75 anni	% ultra 75 anni	Presenza media		
					>75 anni	<76 anni	totale
Geriatria	649	8761	7931	91%	21,7	2,3	24,0
Lungodegenti	101	2656	1868	70%	5,1	2,2	7,3
Medicina generale	900	9343	4288	46%	11,7	13,8	25,6
Ortopedia e traumatologia	951	5600	2959	53%	8,1	7,2	15,3
Cardiologia	713	4134	2017	49%	5,5	5,8	11,3
Unità coronarica	109	333	150		0,4	0,5	0,9
Neurologia	626	5159	1959	38%	5,4	8,8	14,1
Chirurgia generale	1143	4645	1504	32%	4,1	8,6	12,7
Nefrologia	136	855	328	38%	0,9	1,4	2,3
Otorinolaringoiatria	576	2502	317	13%	0,9	6,0	6,9
Terapia intensiva	82	684	287		0,8	1,1	1,9
Recupero e riabilitazione funzionale	17	681	172		0,5	1,4	1,9
Psichiatria	249	2900	30		0,1	7,9	7,9
Ostetricia e ginecologia	1751	5677	23	0%	0,1	15,5	15,6
di cui ginecologia	294	779	23		0,1	2,0	2,1

CONSIDERAZIONI/RIFLESSIONI

RISULTATI PREVISTI:

- meno 21 infermieri
- più 10 OSS
- meno 1 coordinatrice
- meno 14 posti letto per acuti
- più 26 posti letto per geriatria e lungodegenza
- possibilità di aumentare l'attività della chirurgia ambulatoriale nel day surgery -per volume e tipologia- con recupero dei DRG a maggior rischio di appropriatezza.

E SOPRATTUTTO

- E' una proposta di riorganizzazione che risponde alle reali esigenze del territorio
- E' una proposta di riorganizzazione che risponde alle indicazioni normative regionali e di ASUR
- E' una proposta di riorganizzazione che rende possibile un utilizzo flessibile ed adeguato del personale. Attenzione all'efficienza del sistema ma anche alla qualità e alla sicurezza delle cure.

Si allega, dall'ex DGRM 17/2011 di cui alla Determina ASUR n. 240 del 29 marzo 2011, parte del documento che tratta "Il Governo delle Risorse Umane" per l'interessante "Analisi Micro sulle Aree di Degenza Ospedaliera" nell'ambito normativo e strutturale, con un'ipotesi di dotazione organica diversa, seppur sempre ancorata ai soli minuti di assistenza.

Dall'analisi della Determina ASUR n. 240 emerge che le leggi considerate traevano riferimenti specifici da un complesso normativo molto datato, che non prendeva in considerazione il mutato scenario assistenziale e l'introduzione di nuovi profili, come quello dell'O.S.S. Dunque, tale legge non poteva più essere ragionevolmente definita aderente allo stato dell'arte di una sempre più avanzata medicina e adeguata a reggere il confronto con i mutati bisogni di assistenza espressi dal cittadino/utente.



Allegato 1

INTERVENTO n. 1

IL GOVERNO DELLE RISORSE UMANE

INTERVENTO 1: GOVERNO DELLE RISORSE UMANE

1. Normativa di riferimento

Il D.L. 78 del 31/5/2010, convertito in legge 30/7/2010 n. 122, recante "Misure urgenti in materia di stabilizzazione finanziaria e di compatibilità economica", stabilisce all'art. 9 sul contenimento delle spese in materia di pubblico impiego, quanto segue:

Comma 1: Anni 2011-2013 il trattamento economico complessivo dei singoli dipendenti non può superare quello ordinariamente spettante per l'anno 2010.

Comma 2: Anni 2011-2013 riduzione 5% retribuzioni superiori € 90.000 (per la parte eccedente) e 10% retribuzioni superiori € 150.000 (per la parte eccedente).

Comma 2bis: Ammontare complessivo delle risorse destinate annualmente al trattamento accessorio del personale non può superare il corrispondente importo dell'anno 2010 e, comunque, è automaticamente ridotto in misura proporzionale alla riduzione del personale in servizio.

Comma 16 e 17: Riduzione del finanziamento del SSN a decorrere dall'anno 2012 a fronte economie di spesa per blocco senza possibilità di recupero delle procedure contrattuali e negoziali triennio 2010-2012.

Il Patto per la salute stabilisce all'art. 2 che il "governo del personale" rappresenta un settore strategico in cui operare ai fini di qualificare i servizi sanitari regionali e garantire maggiore soddisfacimento dei bisogni dei cittadini e al tempo stesso maggior controllo della spesa.

Lo stesso prevede indicatori di efficienza e appropriatezza, standard di costo e di numerosità del personale.

Inoltre, all'art. 12, prevede un periodo di proroga 2010-2012 dei vincoli di contenimento della spesa del personale di cui all'art. 1, comma 565, legge 296/2006 (spesa per il personale a lordo di oneri riflessi e IRAP non può superare per ciascun anno il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%), con possibilità di deroga solo in caso di raggiungimento dell'equilibrio economico complessivo.

Infine, prevede un'opera di efficientamento e razionalizzazione del personale tramite:

a) la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale con conseguente ridimensionamento dei fondi.

b) la fissazione di parametri standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse, posizioni organizzative e coordinamento.

L'attuale contesto normativo nazionale caratterizzato da una costante tendenza alla diminuzione del finanziamento statale per la sanità e alla contestuale previsione per le Regioni di penalizzazioni anche economiche in caso di disavanzo nei conti annuali, ha portato la Regione Marche all'adozione della DGRM 17 del 17/1/2011 con oggetto: "Linee di indirizzo per l'attuazione del Patto per la Salute 2010 – 2012 e della legge di stabilità 2011. Approvazione."

La finalità di tale atto è quella del mantenimento dell'equilibrio economico raggiunto e della contestuale garanzia del rispetto dei Livelli Essenziali di Assistenza.

Le scelte operative indicate dalla DGRM 17 sono essenzialmente dirette al:

- miglioramento dell'efficienza produttiva, con interventi mirati a riorganizzare i processi nelle strutture operative, per garantire il progressivo allineamento dei costi a quelli sostenuti nelle strutture più efficienti;
- la ridefinizione strutturale dell'attuale rete dell'offerta coerente con le indicazioni nel Patto per la Salute 2010-2012.

Nella DGRM 17/11, tali scelte operative sono state tradotte in n. 15 interventi di razionalizzazione che devono essere attuati partendo dall'analisi delle criticità risultanti dalla "fotografia" della situazione attuale e che devono portare al contenimento della spesa, anche attraverso la rimodulazione del personale.

Il primo di tali interventi di razionalizzazione è costituito dal Governo delle Risorse Umane da realizzarsi per il tramite di azioni e sub-azioni che si riportano qui di seguito:

1. *Il contenimento del costo del personale attraverso limitazioni del turn over da perseguire con:*

- definizione dei criteri per la sostituzione del personale
- limitazioni delle sostituzioni al 70% nel 2011
- limitazione delle sostituzioni al 70% nel 2012 detratto del trascinamento 2011
- determinazione del valore obiettivo della spesa 2011
- determinazione del valore obiettivo della spesa 2012
- riduzione del costo del personale 2011 rispetto al 2010
- riduzione del costo del personale 2012 rispetto al 2011

2. *Rideterminazione dei fondi contrattuali da perseguire con:*

- Determinazione degli ambiti territoriali delle aree vaste
- Determinazione dei fondi di area vasta

Riguardo le azioni di cui ai punti 1 e 2 va precisato che in seguito la Regione Marche, con successiva DGRM n. 288 del 08/03/2011 avente ad oggetto "DL 78/2010 convertito in legge n. 122/2010 – D.Lgs n. 150/2009 – LR 13/2003 e smi art. 3 comma 2 lett. A) e C) – Disposizioni in materia di personale dipendente del SSR" ha ridefinito il contenuto delle azioni da attuarsi negli anni 2011 e 2012 con riferimento alla spesa del personale stabilendo in particolare che costituisce obiettivo per gli anni di cui trattasi il risparmio di spesa del personale per un ammontare complessivo Asur pari a € 7.010.765 per l'anno 2011 e altrettanti per il 2012.

2. L'intervento sul Governo delle Risorse Umane

Il Governo delle Risorse Umane deve contribuire al raggiungimento dell'obiettivo di razionalizzazione di ciascuna linea di intervento prevista dalla DGRM 17/2011, garantendo che le condizioni di impiego di tale risorsa rispettino criteri di efficienza, efficacia, qualità, economicità ed equa distribuzione nel territorio, nella migliore combinazione possibile.

A tal fine sono individuati standard di riferimento che costituiscono l'obiettivo verso cui indirizzare il riassetto della consistenza organica dell'ASUR, anche per assicurare il mantenimento dell'equilibrio economico.

La manovra, che deve consentire il recupero economico di cui alla DGRM 288/2011, pari a complessivi € 14.021.530 nel biennio 2011-2012, è innanzitutto finalizzata a realizzare:

- **Maggiore sicurezza delle prestazioni erogate;**
- **Omogeneità dell'offerta sul Territorio regionale** al fine di superare le attuali diversità.

Il recupero economico come sopra definito, si realizza sia attraverso la parziale limitazione del turnover, sia con la mancata conferma di contratti a tempo, sia il contenimento dei costi extra fondi contrattuali a carico del bilancio aziendale, per i settori e comparti interessati dalla riorganizzazione.

In particolare, le azioni con un impatto diretto sull'impiego di risorse umane sono le seguenti:

- la riorganizzazione delle attività amministrativo-tecnico-logistiche (intervento 3);
- la riorganizzazione della rete ospedaliera, mediante la riduzione della frammentazione della rete, la riconversione dei piccoli Ospedali, la riorganizzazione dell'area della degenza mediante l'assegnazione di moduli minimi di almeno 20 posti letto e per intensità di cura (intervento 6);
- la riorganizzazione della rete dell'emergenza (intervento 7);
- la riorganizzazione della rete dei laboratori pubblici (intervento 11);
- la riorganizzazione della rete territoriale (intervento 9);
- la riorganizzazione della rete socio sanitaria (intervento 10);
- la riorganizzazione della Prevenzione (intervento 8).

Grazie a tali interventi sarà possibile raggiungere livelli sempre maggiori di uniformità di impiego della risorsa umana sul territorio marchigiano, riducendo progressivamente i differenziali attualmente esistenti tra le varie zone territoriali/aree vaste in termini di unità di personale per popolazione residente e attività prodotta.

Operativamente si è proceduto all'individuazione di standard di riferimento, costruiti come valore medio delle tre migliori *performance* realizzate in ambito ASUR per ciascuna Macroarea/UO, cui le Zone territoriali/Aree vaste gradualmente si uniformano, attraverso la programmazione dei piani assunzione 2011-2012 e della spesa del personale dipendente e non dipendente relativa ai medesimi anni.

3. Standard di riferimento per il Governo delle Risorse Umane

a. Analisi Macro

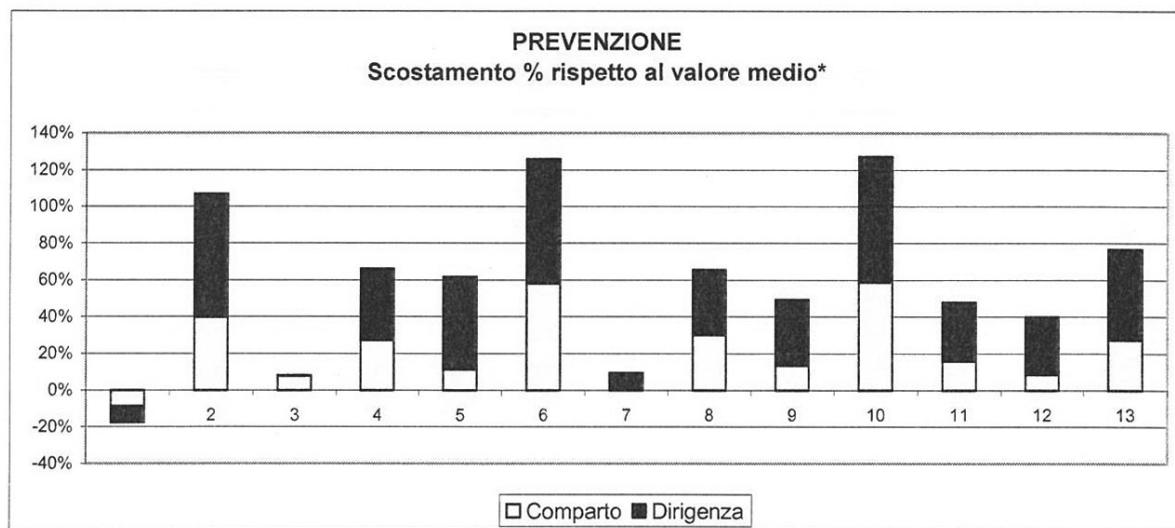
Con riferimento all'intervento sul Governo delle Risorse Umane, si è proceduto a:

- a. Censimento e validazione dei dati relativi alla assegnazione del personale per Macro Area (Ospedale, Territorio e Prevenzione);
- b. Individuazione della popolazione residente quale indicatore di riferimento cui rapportare a livello macro le dotazioni di personale distinto tra Area del Comparto e Area della Dirigenza;
- c. Definizione di un valore di riferimento calcolato come media aritmetica dei 3 migliori valori Asur;
- d. Calcolo degli scostamenti per ogni Zona territoriale dal valore di riferimento;
- e. Quantificazione economica del risparmio e/o della maggiore spesa che si realizza nel caso in cui tutte le Zone territoriali operino con la dotazione di riferimento.

L'analisi effettuata sui dati al 31/12/2010 ha consentito di evidenziare a livello di Macro Area disomogeneità notevoli rispetto ai valori di riferimento, fornendo in tal modo un valido strumento di supporto alla individuazione delle potenziali aree di intervento.

I tre grafici seguenti mostrano i risultati per la prevenzione, l'assistenza distrettuale e l'assistenza ospedaliera.

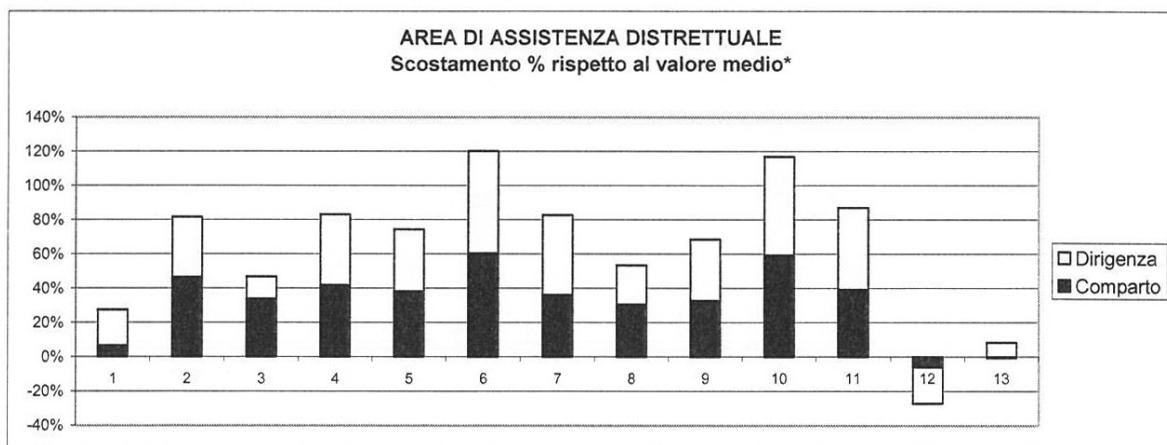
Grafico 1- Dipartimento di Prevenzione



Scostamento comparto % vs. valore medio	21%
Scostamento dirigenza % vs. valore medio	37%
Scostamento in unità comparto vs. valore medio	6,8
Scostamento in unità dirigenza vs. valore medio	7,7

*Valore medio calcolato sulle 3 ZT con rapporto "Popolazione pesata/Teste" più elevato

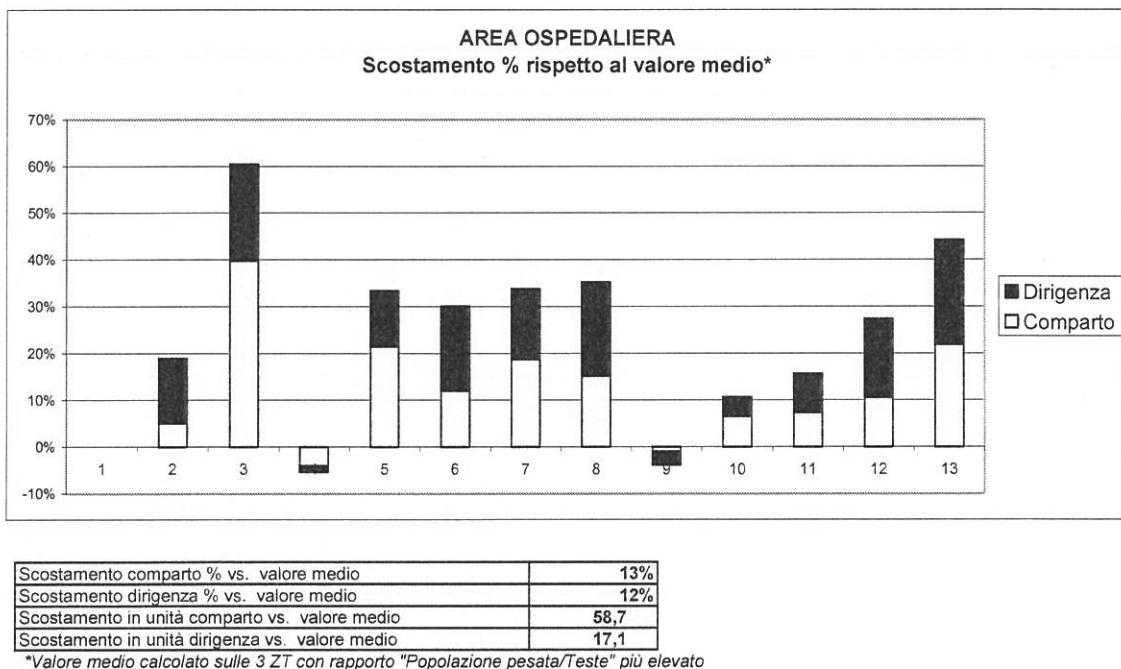
Grafico 2- Area Distrettuale



Scostamento comparto % vs. valore medio	32%
Scostamento dirigenza % vs. valore medio	31%
Scostamento in unità comparto vs. valore medio	49,0
Scostamento in unità dirigenza vs. valore medio	25,7

*Valore medio calcolato sulle 3 ZT con rapporto "Popolazione pesata/Teste" più elevato

Grafico 3- Area Ospedaliera



I valori riportati nelle tabelle rappresentano una fotografia generale dello stato attuale della consistenza organica, che assume carattere meramente indicativo del contesto nel quale si sta operando, ma non possono essere utilizzati ai fini della ridefinizione delle dotazioni organiche, per la quale è necessario procedere all'individuazione di fotografie più puntuali, relative ai settori micro (UO), nelle quali si pongono in relazione le consistenze di organico con fattori di produzione specifici, non necessariamente coincidenti con la popolazione residente nella Zona Territoriale.

Tuttavia, il valore di questa scelta consiste nell'aver introdotto un metodo di analisi basato sulla scelta di fattori oggettivi sui quali cominciare a rideterminare le dotazioni organiche, secondo principi di equità dell'offerta richiesti dalla DGRM 17/11, oltre che da mere considerazioni di efficienza produttiva.

L'ASUR, pertanto, intende continuare ad applicare tale metodologia di analisi sistematicamente, affinandone con il tempo il contenuto, come strumento per supportare le decisioni di riorganizzazione interna.

b. Analisi Micro. AREE DI DEGENZA OSPEDALIERA

Ai fini della determinazione degli attuali minuti di assistenza erogati, si è proceduto all'analisi del personale del comparto dedicato alle Aree di Degenza Ospedaliera, verificandone la rispondenza alle disposizioni normative vigenti.

Di conseguenza è stato evidenziato lo scostamento del personale, per le qualifiche Infermieristiche e dell'Operatore Socio Sanitario, assegnato in singole aree di degenza e si è proceduto a quantificare il risparmio che si ottiene nel caso in cui tutte le UO interessate dell'Asur operino con dotazioni definite sulla base di uno standard di riferimento, anche se questo è stato predisposto dall'Azienda, nell'ottica di un graduale avvicinamento, su valori superiori a quelli previsti dalle attuali normative.

L'analisi e i relativi risultati vengono specificati qui di seguito.

DATI RACCOLTI

Nell'approccio al lavoro sono emerse difficoltà sia nella fase di rilevamento dei dati che in quella successiva di lettura, determinate da criticità di natura normativa, strutturale e organizzativa.

Ambito normativo:

- Vetustà normativa. La LR 20 del 2000, che del resto traeva i riferimenti specifici (classificazione dell'assistenza) da un complesso normativo ancora più datato, può ragionevolmente essere definita non più aderente sia allo stato dell'arte di una sempre più avanzata medicina e inadeguata a reggere il confronto con i mutati bisogni di assistenza espressi dall'utenza;
- La stessa Legge non prende in considerazione il mutato scenario assistenziale che successivamente alla sua divulgazione ha visto l'istituzione di un nuovo profilo, quello dell'Operatore Socio Sanitario, con formazione, competenze e ruolo diversi da quello dell'OTA.
- Inoltre la citata L.20/2000, non differenzia le responsabilità e l'impegno assistenziale dei vari ruoli, ma si limita genericamente a definire i minuti di assistenza/giorno/degente, per area, tralasciando chi e in che misura deve garantire la detta assistenza.

Ambito strutturale:

- Estrema polverizzazione delle strutture di cura e presenza in ciascuna struttura di UO affini con basso numero di letti assegnati, spesso caratterizzati da un ancor minore tasso di utilizzo. Mantenere questo setting di offerta diffusa non è più possibile, per l'inefficienza che lo sottende e per i costi non più sostenibili alla luce degli attuali finanziamenti.
- La letteratura di riferimento e l'osservazione delle migliori esperienze, danno rilievo alla diseconomia di strutture di cura con un numero di p.l. dedicati inferiore a venti, mentre, enfatizzano la necessità di procedere verso riorganizzazioni tendenti ad aggregare unità produttive affini in una logica di intensità di cure.
- Quest'ultima modalità organizzativa dei posti letto più innovativa integra e completa l'organizzazione dipartimentale, già da molto tempo introdotta nel SSR, anche se purtroppo realizzata in modo molto parziale nelle singole realtà territoriali.

Ambito organizzativo:

Si è già anticipata l'inopportunità di mantenere attive con personale di assistenza autonomo e completo UO di cura specialistiche con un basso numero di posti letto e inappropriato tasso di utilizzo.

Tali strutture sono infatti ad alto costo, in conseguenza della necessità di garantire l'assistenza secondo criteri di sicurezza, con presenze minime di operatori, che di fatto risultano sotto utilizzati e quindi inutilmente costosi.

Altro motivo di inefficienza risiede nella mancata inclusione negli organici assistenziali, laddove invece sarebbe necessario, delle figure di supporto all'assistenza. Tale fenomeno seppur di proporzioni non preoccupanti è però riscontrabile in diverse realtà produttive. In assenza di una pianificazione complessiva, ogni realtà ha ritenuto di comportarsi in maniera differente e il risultato è nella realtà aziendale si osserva una sensibilità a macchia di leopardo, che ha reso difforme l'utilizzo di questa risorsa assistenziale a "minor costo".

La letteratura di riferimento, in assenza di indicazioni normative precise, dà degli indirizzi di utilizzo per gli O.S.S. dove si evidenzia la possibilità di inserire questa risorsa in strutture produttive per acuti con una percentuale non superiore al 30%.

Un'attenta lettura della nostra organizzazione aziendale consente di affermare che tali livelli di integrazione di diverse figure professionali possano essere ulteriormente differenziati ed ampliati, in particolare nelle Medicine Interne e, soprattutto, nelle strutture dedicate alla post-acuzie, fino a superare il 40%.

Un'altra criticità dell'attuale organizzazione consiste nell'estrema eterogeneità nella gestione della pianificazione dei turni e presenze/assenze. Si ritiene quindi indispensabile la produzione di linee guida operative per la valutazione, progettazione e successiva adozione di turni di servizio standard, tendenti ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse disponibili.

Nell'ambito della raccolta dei dati, sono stati rilevati i seguenti indicatori di efficienza per singola struttura produttiva:

- stato dell'arte degli organici;
- presenza media
- tasso di utilizzo
- composizione dei team assistenziali (IP-Oss)

Successivamente, per poter giungere all'individuazione di parametri di riferimento, si è proceduto nel rispetto della seguente metodologia: per ciascuna specialità sono state individuate, tra i soli Ospedali di Rete, le UO delle tre ZZ.TT. "virtuose" (tale aggettivo è stato messo in relazione al più favorevole rapporto tra n° dipendenti/Presenza Media), calcolando la media di minuti di assistenza.

Tale analisi ha permesso di individuare lo standard di riferimento per ciascuna delle specialità prese in esame, con possibilità di utilizzo anche per altre della stessa AFO. Tale standard è comunque superiore a quello indicato dalla L.R. 20/2000 e costituisce punto di riferimento cui progressivamente ricondurre tutte le specialità presenti nelle Zone territoriali.

Con la stessa metodologia, si è inoltre proceduto all'individuazione dell'indicatore relativo al rapporto medio tra le componenti infermieristica e del supporto all'interno dei team assistenziali.

Infine, è stato definito uno standard di dotazione dipendenti/paziente.

L'applicazione di tali valori permetterà di definire i valori soglia ai quali fare riferimento nell'arco temporale di un biennio per riequilibrare con scorrimenti in alto ed in basso gli organici aziendali; nella consapevolezza di non avere individuato indicatori e standard validi in assoluto, l'impegno dell'ASUR è quello di rivalutare periodicamente i dati, affinandone la raccolta e l'analisi, al fine di fornire aggiornamenti concreti da utilizzare nella predisposizione delle politiche occupazionali.

MACROSTRUTTURA OSPEDALIERA

AFO CHIRURGICA

(Assistenza a bassa complessità)

Sono state messe a confronto le seguenti discipline: Chirurgia Generale e Ortopedia, realtà operative collocate dalla L.R. 20/2000 nell'assistenza di base e accreditate di 120' di assistenza.

La scelta è caduta su queste discipline perché largamente diffuse nel contesto ASUR e ritenute sensibili sotto il profilo del consumo di risorse umane.

In tabella 1 sono riportati i valori medi aziendali di assistenza attualmente forniti.

Tab. 1 Minuti di assistenza medi erogati in tutte le strutture Asur al 31/12/2010.

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto	IP/Oss
Chirurgia Generale	294	0,32	
Ortopedia	277	0,32	

Nella tabella 2 è riportato il valore medio delle tre UO "virtuose" circa i minuti di assistenza, rapporto IP/OSS e il rapporto operatore/paziente.

Tab. 2 Valore medio tre UO "virtuose", AFO Chirurgica

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto Inf./Oss	Rapporto oper./paz.
Chirurgia Generale	202	0,28	0,82
Ortopedia	209	0,20	0,85
MEDIA	205	0,24	0,83

In tabella 3 sono riportati gli standard attualmente proposti.

Tab. 3 standard proposti per AFO Chirurgica

UU.OO.	Assistenza prevista (minuti)	Rapporto Inf./Oss	Rapporto oper./paz.
AFO CHIRURGICA	200	0,24 - 0,30	0,82 - 0,80

In grassetto vengono riportati i parametri suggeriti in prima applicazione, in corsivo i parametri cui tendere per futuri interventi di correzione.

Questo minutaggio assistenziale potrà non essere applicato nelle Unità Operative ove si effettua chirurgia a basso peso DRG, per cui si prevede il rispetto dei 120 minuti di assistenza.

Nell'ipotesi di utilizzare un modello organizzativo di Chirurgia a Ciclo breve su cinque giorni, occorre predisporre una dotazione organica che tenga conto dei minuti di assistenza da erogare in area chirurgica, ma strutturando contestualmente un turnistica diversa, tale da permettere l'assegnazione di personale infermieristico in difetto rispetto agli standard; infatti per garantire i minuti assistenziali dovuti si propone una riduzione di due unità infermieristiche ogni sei che andrebbero assegnate se ci trovassimo di fronte ad una degenza ordinaria.

AFO MEDICA

(Assistenza a bassa complessità)

Per quanto attiene all'area medica collocate dalla L.R. 20/2000 nell'assistenza di base e accreditata di 120' di assistenza, sono state isolate le unità produttive di Medicina Interna.

In tabella 4 sono riportati i valori medi aziendali di assistenza attualmente forniti.

Tab. 4 Minuti di assistenza medi erogati in tutte le strutture Asur al 31/12/2010

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto	IP/Oss
Medicina Interna	186	0,43	

Nella tabella 5 è riportato il valore medio delle tre UO "virtuose" circa i minuti di assistenza, rapporto IP/OSS e il rapporto operatore/paziente.

Tab. 5 Valore medio tre UO "virtuose", AFO Medica

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto Inf./Oss	Rapporto oper./paz.
Medicina Interna	149,50	0,43	0,61

In tabella 6 sono riportati gli standard attualmente proposti.

Tab. 6 standard proposti per AFO Medica

UU.OO.	Assistenza prevista (minuti)	Rapporto Inf./Oss	Rapporto oper./paz.
AFO MEDICA	150	0,43 - 0,40	0,61 - 0,60

Nel processo di riorganizzazione in atto, laddove si prevedono U.O. di Lungodegenza post acuzie senza più possibilità di ricoveri ordinari, è ipotizzabile ridurre i minuti di assistenza erogata a 120' rispetto allo standard individuato per le aree mediche a bassa complessità. Contestualmente va innalzato il rapporto infermieri/oss al valore del 50%.

AFO MEDICA (Assistenza a media complessità)

A questo livello di complessità troviamo all'interno del contesto ASUR prevalentemente UU.OO. di Cardiologia e Neurologia, accreditate dalla L.R. 20 di 180' di assistenza.

In tabella 7 sono riportati i valori medi aziendali di assistenza attualmente forniti.

Tab. 7 Minuti di assistenza medi erogati in tutte le strutture Asur al 31/12/2010

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto IP/Oss
Cardiologia	226	0,17

Nella tabella 8 è riportato il valore medio delle tre UO "virtuose" circa i minuti di assistenza, rapporto IP/OSS e il rapporto operatore/paziente.

Tab. 8 Valore medio tre UO "virtuose", AFO Medica

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto Inf./Oss	Rapporto oper./paz.
Cardiologia	194,13	0,14	0,79

In tabella 9 sono riportati gli standard attualmente proposti.

Tab. 9 standard proposti per AFO Medica

UU.OO.	Assistenza prevista (minuti)	Rapporto Inf./Oss	Rapporto oper./paz.
AFO Media Complessità (Cardiologia/Neurologia)	180	0,20 - 0,25	0,79 - 0,75

AFO MATERNO INFANTILE (Assistenza a bassa complessità)

Sono state monitorate le UU.OO. di Ostetricia e Ginecologia, strutture queste dove le componenti il team di assistenza assume una naturale eterogeneità in quanto composte da ostetriche, infermiere e OSS. Le attività assistenziali comprendenti sala parto, degenza e a volte attività operatoria e nido si embricano tra loro rendendo complessa la valutazione delle attività. Al fine di rendere confrontabili i dati sono state escluse le attività dedicate a sala parto e nido, computando il personale solo per le attività di degenza. Queste realtà produttive vengono accreditate di 120 minuti di assistenza.

In tabella 10 sono riportati i valori medi aziendali di assistenza attualmente forniti.

Tab. 10 Minuti di assistenza medi erogati in tutte le strutture Asur al 31/12/2010

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto	IP/Oss
Ostetricia e ginecologia degenza	306		0,21

Nella tabella 11 è riportato il valore medio delle tre UO "virtuose" circa i minuti di assistenza, rapporto IP/OSS e il rapporto operatore/paziente.

Tab. 11 Valore medio tre UO "virtuose", AFO Materno Infantile

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto Inf./Oss	Rapporto oper./paz.
Ostetricia e ginecologia degenza	209	0,14	1,0

In tabella 12 sono riportati gli standard attualmente proposti.

Tab. 12 standard proposti, AFO Materno Infantile

UU.OO.	Assistenza prevista (minuti)	Rapporto Ost./Oss	Inf-	Rapporto oper./paz.
Ostetricia e ginecologia degenza	200		0,20 - 0,25	1,0 - 0,95

AFO MATERNO INFANTILE (Assistenza a media complessità)

Sono state monitorate in questo caso le UU.OO. di Pediatria. Il confronto delle varie realtà è molto complesso perché assolutamente differenziati sono le organizzazioni interne; solo per riassumerne le principali, basti pensare che in alcune realtà è attivo il pronto soccorso con accesso diretto, in altre sono attivi letti di neonatologia seppur di primo livello, in altre realtà esiste un coinvolgimento importante con il nido e le attività ambulatoriali. Pertanto il dato che emerge è sicuramente spurio e richiede un ulteriore approfondimento. Si è tentato in ogni caso di individuare dei valori medi confrontabili.

In tabella 13 sono riportati i valori medi aziendali di assistenza attualmente forniti.

Tab. 13 Minuti di assistenza medi erogati in tutte le strutture Asur al 31/12/2010

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto	IP/Oss
Pediatria degenza	432		0,14

Nella tabella 14 è riportato il valore medio delle tre UO "virtuose" circa i minuti di assistenza, rapporto IP/OSS e il rapporto operatore/paziente.

Tab. 14 Valore medio tre UO "virtuose", AFO Materno Infantile

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto Inf./Oss	Rapporto oper./paz.
Pediatria degenza	322	0,12	1,30

In tabella 15 sono riportati gli standard attualmente proposti.

Tab. 15 standard proposti, AFO Materno Infantile

UU.OO.	Assistenza prevista (minuti)	Rapporto Ost./Oss	Inf-	Rapporto oper./paz.
Pediatria degenza	300		0,20 - 0,25	1,30 - 1.00

A.F.O. EMERGENZA - URGENZA (Assistenza intensiva)

Sono state monitorate le rianimazioni e le unità di terapia intensiva coronariche accreditate di 600 minuti di assistenza. Anche in questo caso l'analisi è stata difficoltosa in quanto i modelli organizzativi sono a volte diversi: le principali difficoltà rilevate riguardano il fatto che in alcuni contesti le UU.OO. sono sostanzialmente gestite insieme, a volte in un unico open space, ed in alcuni casi il ridotto numero di posti ha costituito un elemento che ha reso difficile il confronto.

In tabella 16 sono riportati i valori medi aziendali di assistenza attualmente forniti.

Tab. 16 Minuti di assistenza medi erogati in tutte le strutture Asur al 31/12/2010

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto	IP/Oss
Terapia Intensiva	1063	0,12	
UTIC	682	0,13	

Nella tabella 17 è riportato il valore medio delle tre UO "virtuose" circa i minuti di assistenza, rapporto IP/OSS e il rapporto operatore/paziente.

Tab. 17 Valore medio tre UO "virtuose", AFO Emergenza – urgenza

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto Inf./Oss	Rapporto oper./paz.
Terapia Intensiva	941	0	3,81
UTIC	568	0,14	2,30

In tabella 18 sono riportati gli standard attualmente proposti.

Tab.18 standard proposti, AFO Emergenza – urgenza

UU.OO.	Assistenza proposta (minuti)	Rapporto Inf./Oss	Rapporto oper./paz.
Terapia Intensiva	800 - 600	0,20	<
UTIC	600	0,20	<

L'individuazione di uno standard risulta in questo settore particolarmente difficoltosa, a causa del basso numero di posti letto e della degenza media talora inappropriate. Si ritiene utile indicare un numero di posti letto di almeno 6/7 per struttura con tassi di occupazione sufficientemente elevati; altrimenti pur applicando criteri medi i servizi sarebbero troppo costosi. Il dato della degenza media va in ogni caso riconfermato coinvolgendo le direzioni mediche nella rilevazione o validazione.

SALUTE MENTALE

(Assistenza ad elevata complessità)

Sono stati monitorati i Servizi Psichiatrici di Diagnosi e cura (SPDC), accreditati di 300 minuti di assistenza. Anche in questo caso si è evidenziata una eterogeneità delle dotazioni di P.L. che nel caso siano inferiori a 12 comportano una severa diseconomicità di esercizio. Utile ipotizzare in tal caso aggregazioni in AV che possono consentire interessanti economie di scala e buoni livelli qualitativi di assistenza.

Nella tabella 19 è riportato il valore medio delle tre UO "virtuose" circa i minuti di assistenza, rapporto IP/OSS e il rapporto operatore/paziente.

Tab. 19 Valore medio tre UO "virtuose", Salute Mentale

UU.OO.	Assistenza erogata (minuti)	Rapporto Inf./Oss	Rapporto oper./paz.
SPDC	362,98	0,20	1,47

In tabella 20 sono riportati gli standard attualmente proposti.

Tab. 20 standard proposti, Salute Mentale

UU.OO.	Assistenza proposta (minuti)	Rapporto Inf./Oss	Rapporto oper./paz.
SPDC	300	0,25 - 0,30	<

DAY SURGERY E DAY HOSPITAL

Nell'ambito della riorganizzazione dei Posti Letto per acuti, l'ipotesi della riconversione degli stessi Posti letto da "ordinari" a "ciclo diurno", impone la ridefinizione di standard assistenziali che non tengano conto della Presenza Media legata ai minuti assistenziali, ma l'individuazione di indicatori rapportati al numero di utenti che ogni operatore può assistere.

L'indicatore individuato corrisponde a n. 0,60 unità di personale infermieristico per ogni P.L.

Al crescere dei P.L. potrà essere aumentata l'integrazione Infermieri / Oss come risulta dalla tabella che si espone di seguito.

Tab.21 standard proposti

UU.OO.	P.L.	N. Infermieri	N. Oss
Day Surgery/Hospital	5	3	0
Day Surgery/Hospital	8	4	1
Day Surgery/Hospital	10	4	2
Day Surgery/Hospital	12	4	3

BLOCCO OPERATORIO

Anche in questo settore sono stati individuati 2 "macro" indicatori, entrambi non esaustivi rispetto all'efficiente utilizzo del personale, né riferibili a standard validati. Essi tuttavia consentono di impostare validi elementi di valutazione e di individuare, sempre con un margine di approssimazione ampio, spunti per correttivi da apportare al sistema per migliorarne le performance e l'economicità.

Gli indicatori utilizzati sono i seguenti:

1° indicatore: n° interventi per infermiere. Il dato emergente di 241,45 interventi per operatore indica un potenziale risparmio in unità di personale non particolarmente rilevante; tale indicatore è scarsamente efficace considerato che non tiene in alcun conto la complessità e la durata di ciascun intervento.

2° indicatore: n. ore di sala per infermiere. Il dato emergente è di 300,43 ore di impegno in sala di ciascun infermiere. Parametrando ad esso gli organici assegnati si può prevedere un potenziale risparmio più cospicuo e più significativo. Questo indicatore esprime, a prescindere dalla complessità e durata di ciascun intervento, il tempo che ciascun operatore dedica in sala rispetto al numero fisso di ore/lavoro/anno di un infermiere. Il valore ottenuto indica il carico individuale e può esprimere quindi un riferimento di "efficienza produttiva" anche se risente di elementi quali la tipologia di pianificazione del lavoro, l'eventuale presenza di cd. "tempi morti o non produttivi".

Sarebbe utile estendere l'analisi di ciascun Gruppo Operatorio ai seguenti tipi di parametri:

1) STRUMENTALI - accorpamento logistico, maggiore o minore vicinanza delle sale tra loro;

2) PROFESSIONALI - la polifunzionalità o la monofunzionalità di ciascun operatore rispetto a ogni sala specialistica;

3) TEMPORALI - entità dei tempi di sovrapposizione dell'orario al cambio turno fra gli operatori;

4) ORGANIZZATIVI - inserimento dell'Oss come 3° membro dell'équipe chirurgica in interventi di bassa complessità intraoperatoria e alta standardizzabilità procedurale; inserimento di un operatore in comune come 3° operatore tra 2 équipe (in situazioni precodificate, di elezione e a basso rischio) - ovviamente nel rispetto delle Linee Guida e delle Raccomandazioni Ministeriali in tema di Rischio Clinico.

In tabella 22 sono riportati i valori medi aziendali di assistenza attualmente forniti.

Tab.22 Minuti di assistenza medi erogati in tutte le strutture Asur al 31/12/2010

UU.OO.	N. interventi per infermiere	Ore attività per operatore	Rapporto Inf./Oss
Blocco Operatorio	215	234	0,15

Nella tabella 23 è riportato il valore medio delle tre UO "virtuose" circa i minuti di assistenza, rapporto IP/OSS e il rapporto operatore/paziente.

Tab.23 Valore medio tre UO "virtuose", Blocco operatorio

UU.OO.	N. interventi per infermiere	Ore attività per operatore	Rapporto Inf./Oss
Blocco Operatorio	241,45	300,43	0,15

In tabella 24 sono riportati gli standard attualmente proposti.

Tab.24 Standard proposti, Blocco Operatorio

UU.OO.	N. interventi per infermiere	Ore attività per operatore	Rapporto Inf./Oss
Blocco Operatorio		330	0,20 - 0,25

c. Analisi Micro. AREA D'ASSISTENZA DISTRETTUALE

Il livello territoriale dell'assistenza rappresenta l'area di analisi più complessa, in quanto da un lato raccoglie diverse tipologie di attività sanitarie (dall'assistenza domiciliare, all'assistenza ambulatoriale, al consultorio) e dall'altro, a differenza dell'ospedale, non ha un sistema di classificazione delle prestazioni erogate e tantomeno standard normativi di riferimento per l'impiego di risorse.

Rispetto a tale situazione, la metodologia di analisi adottata per il confronto delle varie realtà territoriali prevede:

- a) il censimento del personale dipendente dedicato ai Servizi distrettuali;
- b) il censimento del personale co.co.co, libero professionale e da cooperativa che svolge la propria attività nei servizi distrettuali;
- c) l'individuazione del parametro principale della popolazione residente pesata per l'indice di consumo per età e sesso, ai fini del confronto delle varie dotazioni organiche;
- d) l'individuazione, per ciascun servizio, di parametri secondari che riflettono il volume di attività svolte dal servizio a cui collegare il fabbisogno di risorse umane;
- e) definizione di un valore di riferimento calato come media aritmetica dei 3 migliori valori Asur;
- f) calcolo degli scostamenti per ogni zona territoriale dal valore di riferimento e delle conseguenti differenze rispetto ad una dotazione teorica di riferimento;
- g) quantificazione economica del risparmio e/o della maggiore spesa che si realizzerebbe nel caso in cui tutte le zone territoriali riuscissero ad operare con la dotazione di riferimento.

Con riferimento alla lettera d), sono stati definiti alcuni parametri secondari che, misurando il volume di attività svolte da ciascun servizio distrettuale, riflettono il fabbisogno di personale. Si veda a tal proposito la tabella seguente.

Servizio	Parametro principale	Parametro secondario
ADI	Popolazione residente pesata con indice di consumo per età e sesso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ore di assistenza erogate ▪ Numero di prestazioni ▪ Numero di accessi
CARCERE	Popolazione residente pesata con indice di consumo per età e sesso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Numero detenuti
CONSULTORIO	Popolazione residente pesata con indice di consumo per età e sesso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Numero di pap-test e temponi vaginali
FARMACEUTICA TERRITORIALE	Popolazione residente pesata con indice di consumo per età e sesso	
STRUTTURE RESIDENZIALI SEMIRESID.	Popolazione residente pesata con indice di consumo per età e sesso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ N. giornate di assistenza residenziale ▪ N. giornate di assistenza semiresidenziale
SPECIALISTICA AMBULATORIALE	Popolazione residente pesata con indice di consumo per età e sesso	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Numero di prestazioni ▪ Valore delle prestazioni

L'analisi di tali parametri consente di evidenziare nei micro-settori le difformità esistenti già segnalate nella parte precedente dall'analisi macro. L'individuazione di standard di riferimenti per ciascun servizio distrettuale è fin d'ora possibile, ma deve essere completata a seguito della riorganizzazione distrettuale prevista dalla L.R. 17/2010, che renda coerente il numero dei Distretti con il numero delle attuali Zone Territoriali.

CRITICITÀ DI PERSONALE DI ASSISTENZA

Anche l'anno 2011 è caratterizzato dalla mancanza di personale di assistenza. Il 14 marzo e il 5 maggio sono state inviate lettere formali, indirizzate al Direttore della nostra ZT 12, sulla criticità della dotazione del personale, anche in considerazione delle ferie estive, sempre a firma congiunta. Si allegano schede sulla situazione del personale di assistenza; ricognizione aggiornata al 30 giugno 2011, come richiesto dal Direttore ASUR Ciccarelli.



San Benedetto del Tronto, 14 MAR 2011

Prot. 1025

Al Direttore di zona
Al Dirigente
Servizio personale

E pc Direttore distretto sanitario
LLSS

Oggetto: criticità nella dotazione di personale.

Relativamente alla situazione dei dirigenti del Presidio ospedaliero si riepiloga la situazione in essere nella seguente tabella:

Anestesia e rianimazione	Emissione di un avviso, si segnala l'impatto rilevante sull'attività aggiuntiva per il mantenimento dell'attività operatoria e la necessità di formalizzare a questa Direzione l'assegnazione delle risorse previste per tale attività.
Pediatria	Emissione di un avviso e avvio delle procedure di concorso per la copertura dei tre posti vacanti.
Cardiologia	Emissione di un avviso per la copertura del posto vacante (in prospettiva 2 pensionamenti).
Ortopedia	Emissione di un avviso per posto vacante per pensionamento.
Neurochirurgia	Necessaria la convocazione della commissione per il completamento della procedura di mobilità.
Ginecologia e ostetricia	Completamento del concorso, si segnala la necessità di una valutazione di dettaglio della dotazione dell'UO in relazione alla compatibilità delle limitazioni di alcuni dirigenti.
Medicina	Emissione di un avviso.
Radiologia	Emissione di un avviso.
Laboratorio analisi	Prevista l'immissione di 1 dirigente dal 1/4, ma permane una situazione di carenza.

L'emissioni di bando di avviso risultano essenziali per poi procedere alla valutazione circa la necessità di procedere all'assunzione in coerenza con il piano assunzioni o delle specifiche situazione di rischio di interruzione di pubblico servizio. Si ritiene utile tornare a segnalare l'importanza di includere nei bandi la data di effettuazione del colloquio per garantire una maggiore celerità della procedura.

Relativamente al personale del comparto si riepiloga nella tabella allegata la situazione di carenza determinata dall'applicazione del piano assunzione attualmente approvato in sede aziendale. In mancanza di azioni di riorganizzazione interna, coerenti con le indicazioni della DGR 17/11, nelle more della valutazione aziendale delle proposte avanzate, si è avanzata una prima richeisat di 5 unità, legate alle sostituzioni di maternità e aspettative. **Nel corso dell'incontro del 10/3 si è rilevato che i tempi tecnici di valutazione delle soluzioni strutturali richiedono la immissione di personale indispensabile per la gestione della continuità del servizio, sino al mese di aprile e a meno di problematiche emergenti, definibile in almeno 8 unità infermieristiche, oltre all'immissione in servizio di un tecnico di laboratorio.**

Si vuole esplicitare che la mancata immissione in data 16/3 di 5 unità delle personale segnalate e delle ulteriori 3 dal 1/4, rischia di determinare interruzione nell'erogazione di servizi; non vanno, inoltre, sottovalutate le problematiche relative alla impossibilità di fruizione dei riposi e delle ferie da parte del personale, che questa situazione di carenza sta determinando.

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

Il Dirigente del Dipartimento delle professioni
(Dott. Elio Capecci)

Il Dirigente Medico
(Dott. Remo Appignanesi)

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA



San Benedetto del Tronto, 5 MAG 2011

Prot. 1958

Al Direttore di zona

Al Dirigente
Servizio personale

E pc Direttore distretto sanitario
Direttore amm. di presidio
LLSS

Oggetto: criticità nella dotazione di personale.

In attuazione della DGR. /2011 e della successiva Determina 240/2011 si erano definiti una serie di interventi volti al contenimento della spesa, che però con la Determina 347/2011 sono stati sospesi sino al 15/6 o a nuova comunicazione della Regione. L'impossibilità di attuare le misure di riorganizzazione previste, oltre alle ipotesi relative alla riorganizzazione del presidio per intensità di cura, rende necessario esplicitare le esigenze di personale per la gestione della fase estiva, specie in ragione del vincolo relativo alla fruizione delle ferie da parte del personale nello specifico contesto, già documentato in precedente nota, di un presidio che nella fase estiva non registra alcuna riduzione di attività complessiva.

Relativamente alla situazione dei dirigenti del Presidio ospedaliero si riepiloga la situazione in essere nella seguente tabella:

Cardiologia	<u>E' essenziale l'inserimento dal 16/5 di almeno una unità</u> a fronte di 2 pensionamento e un incarico non sostituito.
Pronto soccorso	La complessa gestione della fase estiva nel 2010, con un forte accumulo di ferie arretrate, rende indifferibile l'adozione delle misure necessarie al garantire il raggiungimento e la stabilità delle 17 unità nell'UO di Pronto soccorso MURG (che si ricorda gestisce la guardia notturna dipartimentale medica, sulla base di un accordo sindacale vincolato al completamento della dotazione organica). La situazione determinatasi con il mancato rinnovo di un incarico ha richiesto l'autorizzazione di prestazioni aggiuntive. <u>E' essenziale l'inserimento di una unità dal 16/5 e di ulteriori 2 unità dall'1/6</u> (una relativa la percorso dell'UO di medicina)
Pediatria	<u>E' stata garantita la sostituzione della maternità dall'1/5</u> ; la problematica relativa alla reperibilità ha trovato una parziale soluzione nel contratto libero professionale. Si torna a sottolineare l'importanza della procedura concorsuale per la copertura dei tre posti vacanti.
Ginecologia e ostetricia	La situazione è particolarmente critica per le limitazioni nell'attività di 2 dirigenti e la necessità di copertura h24. Si ritiene necessario e urgente procedere ad una verifica di dettaglio per la definizione di una soluzione stabile alla problematica. <u>E' essenziale procedere all'assunzione, oltre al vincitore del concorso dall'1/5, di ulteriori 2 dirigenti dall'1/6.</u>
Anestesia e rianimazione	Nonostante due avvisi successivi si evidenzia obiettiva difficoltà nel reperimento delle risorse umane necessarie: <u>si richiede l'assunzione di 1 unità dalla graduatoria di avviso dall'1/6</u> . Permane l'impatto rilevante sull'attività aggiuntiva per il mantenimento dell'attività operatoria e la necessità di formalizzare a questa Direzione l'assegnazione delle risorse previste per tale attività.
Ortopedia	<u>E' essenziale a fronte di un pensionamento e il mancato rinnovo di un incarico (in mancanza del direttore dell'UO) l'inserimento di una unità dal 1/6.</u>

Medicina	Il prolungarsi di una malattia di un dirigente, rende necessaria la sostituzione, per almeno il periodo giugno settembre, nella UO di medicina che rappresenta la struttura di riferimento nei ricoveri per acuti dall'1/6.
Radiologia	La riduzione di una unità dopo la nomina del direttore di struttura complessa e la perdita di una ulteriore unità per scadenza di un incarico non rinnovato rischia di impattare negativamente sull'offerta esterna (liste di attesa) e ostacolare il progetto di AV di guardia radiologica attiva.
Neurochirurgia	Necessaria la convocazione della commissione per il completamento della procedura di mobilità.

Si segnala inoltre la necessità di completamento della procedura di stabilizzazione relativa alle seguenti figure: medico nefrologo, medico trasfusionista, farmacista e biologo.

Relativamente al personale del comparto, si riepiloga nella tabella allegata la situazione di carenza, determinata dall'applicazione del piano assunzione attualmente approvato in sede aziendale. Il quadro che emerge, anche relativo alla parte territoriale, evidenza una carenza complessiva, ovvero comprensiva di aspettative e pensionamenti, di 19 unità infermieristiche e 12 OSS (una unità necessaria per la continuità del servizio mortuaria), da integrare con i rinnovi dei 4 contratti in scadenza.

Si esplicita che la mancata immissione in data 16/5 di 6 unità infermieristiche e delle ulteriori 13 e degli 12 OSS dal 1/6, rischia di determinare interruzione nell'erogazione di servizi e quindi compromettere la garanzia dei livelli di assistenza (DGR 288/2011); non vanno, inoltre, sottovalutate le problematiche relative alla impossibilità di fruizione dei riposi e delle ferie da parte del personale, che questa situazione di carenza sta determinando.

Si cogli l'occasione, inoltre, per segnalare la necessità di garantire, alla scadenza nella seconda metà di giugno, 2 incarichi di tecnici di laboratorio per la garanzia della continuità del servizio di laboratorio analisi.

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

Il Dirigente del Dipartimento delle professioni
(Dott. Elio Capecci)

Il Dirigente Medico
(Dott. Reimo Appignanesi)

presidio ospedaliero		INFERMIERI - ANNO 2011 dati al 1 maggio 2011						OSS	
Dipartimenti	Inf. assist. presenti	Inf. necessari	differenza	Assist. presenti Agosto 2010	Inf.	potenziamento cambi funzione	note	potenziamento aspettative/ferie estate 2011	note
D. CH. Chiurgia generale	15	15	0	15	15	1			
Otorinolaringoiatria	6	8	-2	6	6				
Ottopedia e Traumatologia	13	15	-2	16	16				
D. M. Medicina (di cui 3 pl Nefro)	16	16	0	16	16				
Nefrologia (letti dialisi)	22	22	0	20	13				
Genitaria/Lungodegenza	13	14	-1	13	13				
Neurologia/Riab post.int./Stroke U.	14	14	0	13	13				
Riabilitazione	2	2	0	1					
D.M.I. Gin/Ost/Ass.N-Rooming-in/SPI/Amb.	11	12	-1	14	14				
Pediatria	12	12	0	14	14				
D.E. Medicina d'Urgenza	11	12	-1	12	12				
Cardiologia-UTIC	17	18	-1	18	18				
P.S./Inage/Emerg. termt.	30	33	-3	30	4				
Rianimazione	15	15	0	14	14				
D.H. CAD	5	5	0	5	5				
Oncologia	5	5	0	5	5				
D.S. Centro Trasf.	4	4	0	4	4				
Laboratorio	4	4	0	4	4				
Radiologia	5	5	0	6	6				
Farmacia									
D.S.M. SPDC	15	18	-3	15	15				
CSM/CD	5	5	0	5	5				
B.Oper. Blocco Operat.(Area: Ane-Crt-Chi)	24	24	0	24	24				
B.Oper. B.O/Sterilizzazione	3	3	0	4	4				
B.Op/Ari Amb.Sala gessai/Ortopedia	3	3	0	3	3				
Amb. Amb. Chirurgico	2	2	0	2	2				
Amb. Amb. Orl	2	2	0	2	2				
Amb. Amb. Cardiologico/Riab. Card.	4	4	0	4	4				
Amb. Amb. Ost-Gin/Uro-ginecologico.	2	2	0	0					
Amb. Amb. Pediatrica	1	2	-1	2	2				
Amb. Amb. Dip. Medi-Terapia del dolore	4	4	0	2	2				
Amb. D.S./Acc.Preop./Ch.Amb./A.Ocu	10	10	0	8	8				
Amb. Endoscopia digestiva	5	0		5	5				
Direz. Sanit. Osped.	4.			3.	3.				
Serv. Inferm.co									
Totale Presidio Ospedaliero	300	315	-15	302	20				
Strutture territoriali	52	56	-4					3	
Totale Zona Territoriale 12			-19					12	
Ostetrica	n.1								
Tecnici di laboratorio	n.2								
Fisioterapisti	n.7								
Tecnici di radiologia	n.2								
NOTA									

- 1) Gli infermieri in scadenza (n. 4: Rante, Pedretti, Palmaricciotti, Campagna) considerati nel personale di assistenza presenti dovranno essere prorogati vacanti, due incarichi in scadenza)
- 2) Circa le assunzioni degli operatori Oss. il periodo strettamente necessario è da intendersi quello del quadimestre estivo giugno-settembre, al fine di assicurare la fruizione dei congedi estivi e delle aspettative richieste.
- Le sostituzioni dei pensionamenti sono naturalmente da considerarsi continuative a copertura dell'organico.

5. maggio 2011.

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

OSPEDALE		P.L. ord + OSS Dh-DSpres.	di cui di cui lunghe pres.	di cui idoneità limitate 104 pers.	Oss. oss. lunghe pres.	Oss. oss. lunghe pres.	Inf. di cui assisi- mazione	di cui lunga AGP mialitie	Inf. di cui idoneità limitate 104 pers.	Inf. di cui idoneità legge part. time	Inf. di cui idoneità legge part. time	Inf. di cui idoneità legge part. time	Proposta Person. U.O. DIP.	Coord. Fisioterap. Osteiche Tecnic...	Pers. Assistenza Inf/Oss Req Min 20/2000		
Dipartimenti																	
D. Ch.	Chirurgia generale Otorinolaringoiatrica	16	3	1	1	1	3	0	15	2	1	2	1	18.5	-0.5	8.65	
D. M.	Medicina (di cui 1 p.Nero) Neurologia (in Med.) Genitali/Lungodigesenza	25	3	10	1	10	0	16	1	1	2	1	16	-0.5	1	13.52	
	Lungodigesenza	32	10	3	2	3	0	15	1	1	2	1	16	-0.5	1	16.49	
	Neurologia post int/Strobo U Riabilitazione	22	10	2	1	11	-1	22	1	1	1	1	1	0	1	18.11	
D.M.I.	Gin/Ass N-Room-in/SP/Amb	21	6	1	1	7	-1	14	0	21	1	3	1	0	1	15.68	
D.E.	Pediatrica	25	4	1	1	4	9	11	2	1 osi	1	1	7	1	2	13.52	
	Medicina d'Urgenza Cardiologia-U/C P.S./Image/Energ. termt.	15	2	10	2	2	-1	14	2	1	2	1	5	1	1	8.11	
D.H.	Rianimazione	20	1.5	9	1	10	-0.5	18	1	1	1	1	18	0	1	8.11	
D.S.	CAD	5	1.5	9	1	10	-0.5	15	2	1	1	1	9	0	1	23.25	
D.S.M.	Oncologia	9	1	1	1	1	-1	5	1	1	1	1	15	0	1	13.52	
B.Coper.	Centro Tasi.	1	1	1	1	1	0	5	1	1	1	1	5	0	1	10	
B.Q.	Laboratorio	15	2	1	1	3	-1	14	2	1	2	1	3	1	2	13.52	
SPDC	Farmacia	7	1.5	1	1	2	0	14	2	1	1	1	5	1	1	8.11	
CSM/CD	Blocco Operatorio/Area/Ane-Onco-Chir	10	2	2	0	2	0	14	1	1	1	1	18	0	1	22.35	
	B.Cop./B.Q./Sterilizzazione	6	0	1	6	0	6	6	1	2	1	1	15	0	1	22.35	
	B.Cop./Amb. Amb/Salassia/Ortopedia																
Amb.	Amb. Chirurgico																
Amb.	Amb. Onco.																
Amb.	Cardiologico/Rab. Card.																
Amb.	Amb. Osti/Ginecologico.																
Amb.	Amb. Pediatrica																
Amb.	Amb. Dip. Med. - Terapia del dolore																
Amb.	D.S./Acc. Preop. Ch Amb/A Occl	12	1	2	1	2	-1	9	1	3	1	4	1	9	0	11	
Amb.	Endoscopia digestiva	3.	3.	2	1	2	-2	5	1	3	1	4	5	0	7	+2 OT + 8 certificandi + 1A	
Serv. Infermierico	Totale	256	75	0	10	12	3	0	83	-3	313	8	5	3	23	-10	406

Differenze:
L'operatore indicato in una proporzione decimale è da considerarsi come unità dipartimentale.

*D.S. sono presenti 3 Oss-Angelozzi-De Angelis-Addetti obitorio-qualifica da trasformare)-Schettino(Arch.cartelle per idoneità mans. specifica). Vagnoni M. (Anm) Uff. Informaz.

1 Operatore tecnico - Moscardelli - 4 infermieri: Girolami- Fogli-Pomplii -Sosa -

*Aspettativa - Inf: - Cappelletti - Mora - Maloni - (Marcelli e Nerini non sono conteggiati nello schema)

*Lunghe malattie - Inf: Massetti, Offidani Stefania Tolentino,Custodero, Dragani, Tucci, Basile Alessandra, Tuilli Edy.

*Lunghe malattie - Oss -Gasperi -

*RX - Oss: le tre unità con esonero totale alla mansione, sono utilizzate nel settore "ecografia".

N.B. usufruiscono legge 104:

n° 20 Inf. (Di Stefano-Rosati -Maroni-Spinzoli-Ciapanna -Iannini-Anabilis (per due)-Merletti-Bartolomei B.-Marchionni M.-Poloni - Vulpiani-Toscani-Mora L.-Lagni)

Michetti-Camilla-Abate-Frattoni

n° 12 oss (Biseglia -Polini -Angelozzi- Gagliardi-Palestini-Gasperi-Zucco-Rossi-Natale-Verdechiesa-Pignotti)

n° 8 altre qualifiche di cui: 1coord (Palestini). 1 ostetriche (Zappasodi). 2 fisioterap. (Giostra). 1 dietista (Giostra). 1 tecnic. lab (Libetti).

*N.B. usufruiscono Part-Time:

n. 10 Inf. (Ferrini, Fogli, Maranesi, Vitellozzi; Volpini, Narcisi A, Cannella Vulpiani, Mattioli -Capponi) -

n. 5 fisioterapisti

*RX - Archivio: presente Ferretti Paola e Bordoni Giuliana (operatori tecnici).

totale OSS mancati

-8

pari a 750 gg/anno

pari a 288 gg/anno

pari a 90 ore /sett.

pari a 6 ore /sett.

Aggiornato al 10 febbraio 2011

TERRITORIO		P.L. ord + OSS Dh-DSpres.	di cui di cui lunghe pres.	di cui idoneità limitate 104 pers.	Oss. oss. lunghe pres.	Oss. oss. lunghe pres.	Inf. di cui assisi- mazione	di cui lunga AGP mialitie	Inf. di cui idoneità limitate 104 pers.	Inf. di cui idoneità legge part. time	Inf. di cui idoneità legge part. time	Inf. di cui idoneità legge part. time	Proposta Person. U.O. DIP.	Coord. Fisioterap. Osteiche Tecnic...	Pers. Assistenza Inf/Oss Req Min 20/2000	
U.O./Serv.	Adi Stp/Amb. Fer. Difficili	2	8	1	2	9	2	20	4	1	1	1	1	1	1	10.81
	PLA	20	8	1	2	9	2	15	16	0	1	1	1	1	1	10.81
	RSA Montefiore	32	12	2	1	15	1	21	1	1	1	1	1	1	1	25.96
	Pollambulatori MonteCarlo/Cupra	1	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	
	RSA Riparansione															
	Pollambulatori Rapisa/Così/Monti/Grotta															
	ADI Ripatransone															
	SulCentro/Monti/Stella/Alqua/P.d'A															
	SERT															
	Consultori Territoriali															
	Totale	52	23					28	57							

DEFINIZIONE ASSETTO AREE DEGENZA PRESIDIO OSPEDALIERO DI SBT Zona 12											
Specialità di base (120m)	P.L.	P.M.	S.U.	N° Ostetriche	di cui N° Ostetriche assenza lunga	N° Inf.	di cui N° Inf. assenza lunga	N° OSS	di cui N° OSS assenza lunga	Tot. (inf. + OSS + ostetriche)	Tot. Di cui N° (inf. + OSS + ostetriche) assenza lunga
MEDICINA	29	26,4	2,6			16	16		11	27	0
CHIRURGIA	15	13	2			16	16		3	19	0
ORTOPEDIA	25	15,9	9,1			16	16		4	20	
OSTETRICIA-GINECOLOGIA	23	15,8	7,2			12	12		4	16	1 puerictrice
GERIATRIA	20	22	-2			14	14		10	24	
ORL	10	6,9	3,1			8	8		1	9	
Totale	122					82	82		33	115	0
Specialità media assistenza (180m)											
PEDIATRIA	14	11,4	2,6			14	14		2	16	
CARDIOLOGIA	10	9	1			7	7		1	8	1
NEUROLOGIA	13	14,1	-1,1			14	14		7	21	0
NEFROLOGIA -vedi note-	3	2,5	0,5								
MEDICINA D'URGENZA	9										
Totale	49					47	47		12	59	0
Specialità elevata assistenza (300m)											
PSICHIATRIA	10										
Totale	10					16	16		2	18	
Intensiva (600m) (*)											
UTIC	4										
Totale	5					15	15		1	16	0
Subintensiva (360m) (*)											
STROKE -vedi note-	4										
Totale	4					27	27		1	28	0
Riabilitazione (200m)											
RIABILITAZIONE -vedi note-	4										
Totale	4										
Lungodegenza (120m)											
Lungodegenza -vedi note-	10										
Totale	10										

Note: i posti letto ordinari degli ultimi anni del P.O. sono stati in totale 230; nell'ultimo periodo, per i lavori di ristrutturazione e messa a norma, hanno subito variazioni, per tale motivo è stata considerata la media dei posti letto ed alcuni indicatori del consuntivo budget 2010.

Note: stroke e riabilitazione assistenza garantita dal personale di neurologia

Note: nefrologia assistenza garantita dal personale di medicina

Note: lungodegenza assistenza garantita dal personale di geriatria

LEGENDA

- 1 P.L. = Posti letto presenti nell'area di degenza
- 2 P.M. = Presenza media nell'area di degenza
- 3 S.U. = Sotto utilizzo rappresentato dalla differenza tra posti letto presenza media (1-2)
- 4 N° Ostetriche = n° ostetriche assegnate all'area di degenza
- 5 N° Inf. = n° infermi assegnati all'area di degenza
- 6 N° OSS = n° OSS assegnati all'area di degenza
- 7 N° OSS = n° OSS assegnati all'area di degenza
- 8 N° OSS = n° OSS assegnati all'area di degenza
- 9-10 Assenza lunga: periodo di assenza del servizio consecutivo superiore ai 45 gg
- 10 Totale (inf. + OSS + Ostetriche) = totale personale assegnato all'area di degenza

RESIDUO FERIEA TUTTO IL 31 DICEMBRE 2010

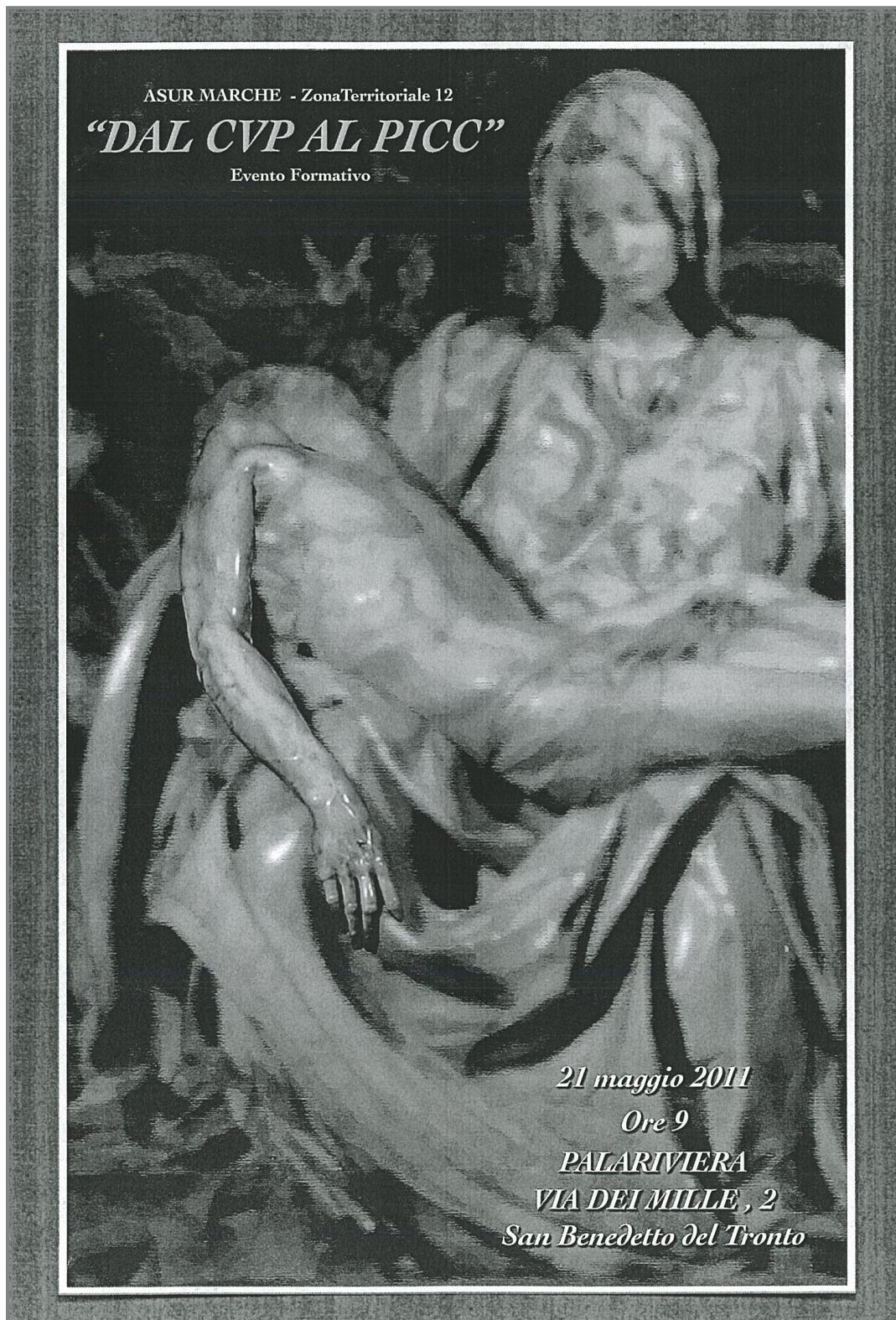
OSPEDALE		INF	INF	OSS	
Dipartimenti		2009	2010	2010	
D. CH.	Chirurgia generale	7	350	61	
	Otorinolaringoiatria	2	217	16	
	Ortopedia e Traumatologia	28	359	93	
D. M.	Medicina (di cui 3 pl Nefro)		135	132	
	Nefrologia (in Med.)				
	Nefrologia (letti dialisi)	133	609	51	
	Geriatrica/Lungodegenza	6	258	140	
	Lungodegenza				
	Neurologia/Riab.post.int./Stroke U.	13	131	73	
	Riabilitazione	4	54	20	
D.M.I.	Gin./Ost./Ass.N-Room-in/SP/Amb.		176	33	
	Pediatria	7	297	27	
D.E.	Medicina d'Urgenza	18	250		
	Cardiologia-UTIC		184	32	
	P.S./Triage/Emerg. territ.	186	834	195	
	Rianimazione	81	194	3	
D.H.	CAD	3	132		
	Oncologia		42	16	
D.S.	Centro Trasf.		73		
	Laboratorio		38	3	
	Radiologia		110	57	
	Farmacia			10	
D.S.M.	SPDC	1	174	13	
	CSM/CD		47		
B.Oper.	Blocco Operatorio(Area:Ane-Ort-Chi)	29	289	43	
B.Oper.	B.O./Sterilizzazione		46		
B.Op/Amb	Amb. Sala gessi/Ortopedia				
Amb.	Amb. Chirurgico				
Amb.	Amb. Orl				
Amb.	Amb. Cardiologico/Riab. Card.		10		
Amb.	Amb. Ost-Gin/Uro-ginecologico.				
Amb.	Amb. Pediatria				
Amb.	Amb. Dip. Med.- Terapia del dolore				
Amb.	D.S./Acc.Preop./Ch.Amb./A.Ocu		25		
Amb.	Endoscopia digestiva		37		
	Direz. Sanit. Osped.	21	108		
	Serv. Inferm.co			143	
Totale GG		539	5179	1161	
Unità corrispondente		2	23	5	
TERRITORIO					
U.O./Serv.					
	ADI Sbt/Amb. Fer. Difficili		129	5	
	PUA				
	RSA Montefiore		79	89	
	Poliambulatori Monte/Cara/Cupra		73		
	RSA Ripatransone		89	319	
	Poliambulatorio Ripa/Cossi/Monta/Grotta		23		
	ADI Ripatransone				
	Poliambulatorio				
	Sbt/Cento/Monsa/Stella/Acqua/P.d'A		81		
	SERT		30		
	Consultori Territoriali				
	Serv. Inferm.co	17	53		
Totale GG		17	557	413	
Unità corrispondente		0	2	2	

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

OSS						
2010		2011			2012	
OSS CO Residue 2010(gg)	OSS Ore Residue 2010	OSS CO Residue 2011(gg)	OSS Co Fruite 2011(gg)	OSS Ore Residue 2010	OSS TOT CO fruite nell'anno 2012- gg/anno	OSS media CO fruite ogni singolo oper. 2012- gg/anno
61		20	28		71	24
16		16	40			
93		31	29		109	30
132		13	31		296	30
51		25	25		65	32
140		14	22		246	27
73		10	33		272	39
20		20			31	31
33		8	33		134	27
27		13	42		93	23
					25	25
32		32	15		20	20
195		24	21		392	20
3		3	14		in P.S.	in P.S.
16		16	35		51	25
					14	14
3		3	25			
57		10	31		239	34
10		10	31		30	30
13		7	45		51	25
43		7	31		253	42
			38		30	30
143		48	41		134	34
1161			31			28
5						
5		2,5	50			
89		12	31		237	24
319		26	28		432	24
			19			
					65	33
413			32			27
1024			.(137)			

Il 21 maggio si è svolto il primo evento formativo "Dal CVP al PICC" al Palariviera. È stata una bellissima giornata per tutti Noi, ricolma di entusiasmo e anche di un pizzico di orgoglio per aver fatto quel tratto di strada e stare lì a confrontarci con altre importanti realtà regionali e nazionali, malgrado tutti i problemi e le azioni vincolanti provenienti dalla Regione.

Si allega la locandina dell'evento e la mia relazione sul percorso effettuato dal 2008 al 2011.



UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

PRESENTAZIONE

Il posizionamento e la gestione del catetere venoso periferico è una pratica di competenza infermieristica che viene garantita attraverso l'applicazione delle raccomandazioni suggerite dalle evidenze scientifiche.

In caso di patrimonio venoso periferico non idoneo, per fragilità vasale o non reperibilità delle vene, si è rivelato efficace e sicuro l'uso di cateteri venosi "Medline" che inseriti attraverso la tecnica ecoguidata nella porzione superiore delle vene basilica e cefalica garantiscono una "pratica sicura" (best practice) nella somministrazione della terapia.

Altre situazioni in cui il catetere venoso periferico non risulta idoneo sono rappresentate dalla necessità di somministrare farmaci iperoosmolari, alcuni chemioterapici, elettroliti ad alta concentrazione e comunque altri farmaci istolesivi per i vasi periferici. In questi casi un altro sistema di accesso alla vena centrale sono i dispositivi denominati PICC (catetere centrale ad inserzione periferica) dove si utilizzando la stessa tecnica di accesso alla vena del sistema Meline, si raggiunge la sede centrale con le stesse garanzie di un CVC (catetere venoso centrale) ma con il vantaggio che non si punge un vaso toracico quindi privo dalla possibili complicanze di questo tipo di impianto.

Il PICC trova indicazioni nei pazienti in trattamento farmacologico sia in ospedale che a domicilio, è costituito da materiale ad alta biocompatibilità quindi consente tempi di permanenza anche per periodi medio-lunghi.

Il posizionamento di questi presidi innovativi rientrano nelle competenze dei professionisti infermieri che hanno sviluppato le capacità attraverso un programma di formazione specifico e certificato proprio per dare la maggiore garanzia di qualità e nella logica del buon governo clinico che deve essere sempre garantito agli assistiti.

Dal CVP

Catetere Venoso Centrale

Al Per
I infermieri
C he
C amminano

Pheripherally Inserted Central Catheters

In collaborazione con:
BD Medline
PRIMED
SEDA
MT PLUS
ABS
CAREFUSION

In questa fase di avvio, di questo approccio innovativo al sistema, è fondamentale mettersi in discussione anche attraverso il confronto con altri colleghi sia a livello locale che nazionale con la finalità di portare le competenze ad un livello sempre maggiore e con lo spirito di condivisione dei saperi – "contaminazione del sapere".

ASUR MARCHE Zona Territoriale 12

"Dal CVP al PICC"

Con il Patrocinio dell'I.P.A.S.V.I.



21 maggio 2011 - ore 9

PALARIVIERA - VIA DEI MILLE, 2

ISCRIZIONE

E' stato richiesto l'accreditamento ECM per Infermieri e Medici.

Iscrizione gratuita valida fino ad esaurimento posti

Per iscriversi è necessario compilare il form online all'indirizzo:

*<http://www.pegaso12.net>
seguendo le istruzioni riportate nell'homepage.*

*Segreteria Organizzativa:
SegreteriaPICC@pegaso12.net*

DAL C.V.P. AL P.I.C.C.

PROGRAMMA - 21 MAGGIO 2011 - PALARIVIERA

ore 8.30	Registrazione partecipanti
ore 9.00	Saluto autorità - Apertura dei lavori
ore 9.30	Accessi venosi: stato dell'arte
ore 10.00	CVP: progetto e percorso della ZT 12
ore 10.30	CVP : protocollo della ZT 12 proiezione video
ore 11.00	CVP: percorso formativo della ZT 12
ore 11.30	Pausa caffè
ore 12.00	PICC: realtà nazionale
ore 12.30	PICC: realtà regione toscana
ore 13.00	PICC: progetto ZT 12
ore 13.30	Pausa pranzo
ore 14.30	CVP/PICC: aspetti etici/giuridici
ore 15.00	Accessi vascolari: riflessioni conclusive
ore 15.30	Discussione
ore 16.00	sommministrazione test ECM Consegna degli attestati
ore 16.30	Chiusura dei lavori

MODERATORE

Elio Capecci
Dirigente delle Professioni Sanitarie
ASUR ZT 12 San Benedetto del Tronto

RELATORI

Stefania Ceccarini
Coordinatore Area Rischio Clinico
Area delle Professioni Sanitarie
ASUR ZT 12 San Benedetto del Tronto

Massimo Massetti
Coordinatore/Posizione Organizzativa Area riabilitativa
Componente Gruppo Rischio Clinico
ASUR ZT 12 San Benedetto del Tronto

Sante Cicconi
Coordinatore U.O. Pronto Soccorso
Emergenza Territoriale 118
Componente Gruppo Rischio Clinico
ASUR ZT 12 San Benedetto del Tronto

Claudio Sorgi
Coordinatore U.O. di Diabetologia
Posizioni Organizzativa Formazione e Sviluppo Area delle Professioni Sanitarie
ASUR ZT 12 San Benedetto del Tronto

Roberto Fioravanti
Coordinatore U.O. di Oncologia
ASUR ZT 12 San Benedetto del Tronto

Nicolino Romani
U.O. Pronto Soccorso/Emergenza Territoriale 118
Componente Gruppo Rischio Clinico
ASUR ZT 12 San Benedetto del Tronto

Fabio Mazzufero
Coordinatore Dipartimento Oncologia/Ematologia - Ospedali Riuniti Ancona - Segretario Nazionale AIIO (Associazione Italiana Infermieri Oncologia)

Remo Appignanesi
Direttore Sanitario Presidio ospedaliero
ASUR ZT 12 San Benedetto del Tronto

Antonella Scocca
Responsabile Centro Istruzione Impianti PICC
Azienda Ospedaliera Universitaria Pisana

Tatiana De Lucia
Istruttrice impianti PICC - Pisa



“DAL CVC AL PICC”

Dal Catetere Venoso Periferico

Al P.I.C.C.

Per Infermieri Che Camminano

Elio Capecci

Dipartimento Professioni Sanitarie

RELAZIONE DEL 21 MAGGIO 2011 IL PERCORSO ASSISTENZIALE EFFETTUATO

Origine

Costatazione dell'inadeguatezza della "struttura organizzativa" a fronte di un contesto mutato.

Noi Cittadini

Noi tutti cittadini abbiamo bisogno "di attenzione, di ascolto, di parole, di sguardi affettuosi" (Ceronetti, maggio 2009 sul Sole 24 ore).

Noi tutti cittadini richiediamo, educazione, accoglienza, competenza (da sempre).

Sistema sanitario

La risposta del sistema sanitario deve tradursi nella reale presa in carico che tende a realizzare, con la partecipazione del cittadino/paziente, il percorso diagnostico-terapeutico-riabilitativo più appropriato, la garanzia di cure sicure, la continuità assistenziale.

Si deve superare la frammentarietà, gli steccati dell'attuale assetto organizzativo.

Si deve lavorare con metodo, dove si esplicita il ragionamento diagnostico, dove si pianifica e si attua il percorso di cura, coordinando e integrando le diverse professionalità per finalizzare le attività necessarie che si susseguono sulla persona malata, assicurando la tracciabilità delle azioni svolte.

Infermieri

Noi infermieri responsabili dell'assistenza, se non vogliamo subire i cambiamenti, che in ogni caso avverranno, e che comunque ci coinvolgono in responsabilità precise, anche sotto il profilo giuridico, dobbiamo essere pronti a rimettere in discussione l'attuale modo di lavorare, che dovrà tradursi in una crescente attenzione alla sicurezza delle cure e ai rigidi confini del nostro abituale luogo di lavoro.

Pensiamo all'impatto delle ultime indicazioni regionali: allineamento dei posti letto allo standard del 3,3 per 1000 abitanti, limite minimo dei 20 posti letto, aree di degenza per intensità di cura, con i vari livelli di assistenza da 120 a 600 minuti.

Se nutriamo ancora dubbi, pensiamo alle risorse economiche che sono sempre minori, con un rientro previsto di 20 milioni di euro e il conseguente budget delle zone in diminuzione dal 2009; quotidianamente ne sentiamo e ne subiamo gli effetti.

Scelta di campo

Precondizione indispensabile, per dare una risposta e avviare un percorso di crescita, è decidere da che parte stare, fare una "scelta di campo". Il breve filmato che segue del film "La forza della mente" ci fa riflettere sul coinvolgimento e sulla profonda relazione che si instaura tra l'infermiera e la persona gravemente malata, sui gesti di tenerezza e di rispetto. Anche la forza dell'infermiera nel far rispettare energeticamente all'équipe di rianimatori la volontà espressa dalla persona a non essere rianimata, ci fa comprendere in maniera inequivocabile la necessità di una precisa "scelta di campo", di agire, di "non stare a guardare".

Nella nostra quotidianità lavorativa

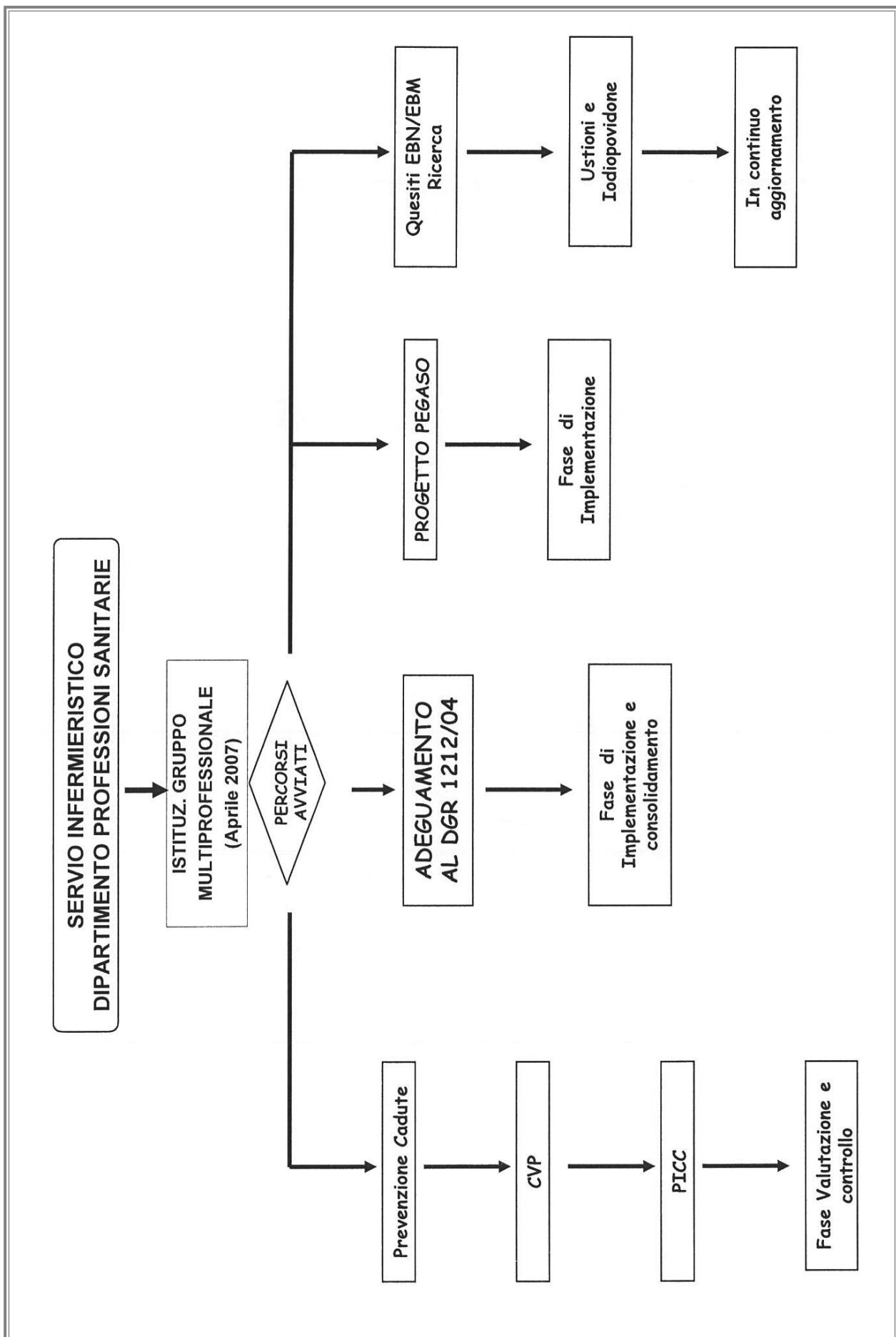
Nel nostro mondo lavorativo quotidiano questo significa stare dalla parte dei cittadini, delle persone malate, dei più deboli e fragili. Questo significa stare dalla parte di una Sanità Pubblica dove la finalità ultima non è "l'utile", per la trasposizione dei fini che si esercita soprattutto nelle aziende private, ma di una Sanità Pubblica più adeguata, efficace ed attenta ai costi.

Condividere il percorso

Per poter avviare un percorso bisogna condividere gli obiettivi da perseguire, avere un progetto e agire, mettendosi in gioco con determinazione, sapendo che spesso si ha il vento in senso contrario.

Quindi

Il Dipartimento delle Professioni sanitarie della Zona Territoriale 12 ha recepito, perché condivise, le indicazioni del Piano Sanitario Regionale, ha costituito un Gruppo (aperto) Risk Management ed E.B.P. per avviare un percorso con dei progetti ritenuti prioritari. Il D.P.S. ha legato, condividendo con la Direzione di Zona e la R.S.U. aziendale, i progetti e le riprogettazioni assistenziali con la produttività, il budget e la formazione obbligatoria E.C.M.



Nel mese di giugno è stata convocata una riunione per le indicazioni metodologiche che standardizzano il percorso per definire i requisiti necessari per la valutazione dell'obiettivo di budget relativo al percorso di auditing interno con relazione finale di tutte le U.O. coinvolte.



Direzione medica ospedaliera

San Benedetto del Tronto,

Prot.

Ai Direttori

Ai Coordinatori

UO Anestesia e rianimazione
UO Cardiologia – UTIC
UO Diabetologia
UO Chirurgia
UO Farmacia
UO Gastroenterologia
UO Geriatria
UO Immunotrasfusionale
UO Laboratorio analisi
UO Medicina
UO Medicina riabilitativa
UO Neurologia
UO Nefrologia
UO Oculistica
UO Oncologia

UO ORL
UO Ortopedia e Traumatologia
UO Ostetricia e ginecologia
UO Pediatria
UO Pronto soccorso – MURG
UO Radiologia
UO Salute mentale

Ai Coordinatori dipartimentali

Ai Dirigenti
Ai Coordinatori
UOS Blocco operatorio
UOS Day surgery

e pc **Al Direttore di zona**
LLSS

OGGETTO: valutazione dell'obiettivo di budget relativo al percorso di auditing interno.

A seguito della valutazione dell'attività svolta nel 2010 si ritiene necessario fornire indicazioni metodologiche che standardizzino il percorso. Lo strumento dell'audit è definito rigidamente dal punto di vista tecnico e richiede una serie di elementi la cui valutazione sarà essenziale per la verifica del raggiungimento dell'obiettivo assegnato. Si ritiene essenziale formalizzare i requisiti che verranno considerati nella valutazione su questo obiettivo, al fine di programmare correttamente l'intero percorso. La mancanza di uno dei requisiti non consentirà di attestare il raggiungimento dell'obiettivo.

Step	Azione	Indicatore di valutazione
Metodologia di individuazione delle tematiche	Riunione di UO / Comitato di dipartimento con programmazione delle tematiche Individuazione di almeno 2 tematiche, di cui almeno una specifica di UO	Verbale della riunione di selezione delle tematiche – entro giugno (almeno 1 tematica individuata formalmente) NB: se la tematica è stata definita a livello dipartimentale: Verbale di riunione dell'UO di presentazione con registrazione presenze Completezza della scheda (allegata)
Descrizione dettagliata della problematica	Compilazione della scheda per la parte relativa alla individuazione della problematica	Completezza della scheda (allegata)
Descrizione dettagliata dell'esistente	Compilazione della scheda per la parte relativa	Completezza della scheda (allegata)
Standard di letteratura, protocolli o linee guida di riferimento impiegati	Compilazione della scheda per la parte relativa	Completezza della scheda (allegata)
Esplicitazione degli obiettivi di miglioramento perseguitibili	Compilazione della scheda per la parte relativa	Completezza della scheda (allegata)
Azioni correttive necessarie / indicatori e valori attesi per definire il raggiungimento dell'obiettivo prefissato	Compilazione della scheda per la parte relativa	Verbale di riunione di discussione dei punti relativi alla situazione esistente, standard di riferimento, obiettivi di miglioramento Individuazione esplicita delle azioni / responsabili / scadenze
Valutazione dell'esito dell'audit		Verbale di riunione di discussione degli esiti

La gestione del progetto richiede al minimo 3 riunioni; relativamente alla valutazione individuale di raggiungimento dell'obiettivo, qualora considerato raggiunto complessivamente, si considererà necessaria la presenza ad almeno 2/3 delle riunioni effettuate, con verifica al riscontro presenze.

Si procederà a costruire un sistema di monitoraggio al fine di controllare l'avanzamento delle azioni correttive e poter predisporre una relazione sull'effetto dell'attività di auditing nell'organizzazione.

Si ritiene utile proporre un incontro per il 16/6 alle ore 15.00 per una discussione su quanto indicato nella presente.

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

Il Dirigente Dip delle professione
(Dott. Elio Capecci)

Il Dirigente Medico
(Dott Remo Appignanesi)

Relazione conclusiva: processo di auditing interno

L'obiettivo richiede la definizione di 2 tematiche da affrontare nel corso del 2011, individuate in riunioni di UO/Dipartimento (almeno una delle tematiche deve essere specifica di UO). Il percorso deve costituirsdi almeno 3 riunioni, con verbalizzazione e registrazione dei presenti, con il coinvolgimento del

Per ciascuna tematica andrà predisposta una relazione finale

CONTENUTO

1. Tematica/Titolo:
2. Descrizione dettagliata della problematica:
3. Descrizione dettagliata dell'esistente
4. Standard di letteratura, protocolli o linee guida di riferimento impiegati (non necessario allegare i documenti ma citare la bibliografia o i link internet)
5. Obiettivi di miglioramento realizzabili
6. Azioni correttive da adottare

Azione	Responsabile	Tempi	Effettiva attuazione

7. Indicatori di monitoraggio degli obiettivi di miglioramento realizzabili e valori attesi (anche basati, se disponibili su letteratura)

8. Valutazione complessiva dell'esito

Firma:

Direttore UO

Coordinatore UO

Allegati:

- Verbale e registrazione presenze delle riunioni.
-

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA



Direzione medica di presidio - Dipartimento delle professioni

Relazione processo auditing - Anno 2011

Il quadro riepilogato nella seguente tabella testimonia una significativa evoluzione nella qualità del lavoro svolto, sebbene non si sia ancora giunti ad una piena uniformità metodologica. D'altra parte si deve considerare la necessità di tempo per la assunzione di consapevolezza nell'organizzazione del valore del processo di auditing. Si rende necessario per il 2012 mantenere l'obiettivo al fine di consolidare l'utilizzo di tale strumento.

In relazione alla documentazione depositata si rileva che si sono svolte le riunioni previste, considerando anche lo svolgimento di riunioni dipartimentali. Le diverse UO hanno poi dedicato gli incontri alle tematiche sulla base della rilevanza e complessità delle stesse (le riunioni tenute vanno quindi sommate). Si segnala infine che l'UO di oculistica è inserita organizzativamente nell'UOS day surgery.

Si ritiene utile avviare lo sviluppo di un programma informatico a supporto di questo processo che consenta di archiviare il materiale prodotto e consentire la piena accessibilità all'interno dell'organizzazione nell'ambito del sistema Pegaso. Si rileva inoltre l'opportunità che nel corso del 2012 si possano completare alcuni degli argomenti proposti nel 2011.

UO	Titolo tematica	Riunioni attestate	Tipologia	Azioni correttive	Indicatori	Procedura definita	Modalità di controllo	Osservazioni
1)DIPARTIMENTI CHIRURGICI								
CHIRURGIA GENERALE	REVISIONE DEI PROTOCOLLI DI ANTIBIOTICOPROFILASSI PERIOPERATORIA E ANTIBIOTICOTERAPIA	3	UO	sì	no	sì	no	
CHIRURGIA GENERALE	APPROFONDIMENTO E AGGIORNAMENTO DELLE PROCEDURE DEL PERCORSO PREOPERATORIO CON CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA	2	Dip	sì	no	no	no	
ORTOPEDIA	PROCEDURA DI ELASTOCOMPRESIONE PER PAZIENTI CON FRATTURA AGLI ARTI INFERIORI	2	UO	sì	no	sì*	sì**	*procedura definita all'interno del verbale, assente protocollo in sé **in allegato schede di monitoraggio procedura
ORTOPEDIA	APPROFONDIMENTO E AGGIORNAMENTO DELLE PROCEDURE DEL PERCORSO PREOPERATORIO CON CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA	2	Dip	sì	no	no	sì	
ORL	GESTIONE PAZIENTE CON TRACHEOTOMIA	3	Dip	no	no	no	no	
ORL	CHIRURGIA DELLA TIROIDE	3	UO	no	no	no	no	
ORL	GESTIONE DELL'EMORragia POST TIRODECTOMIA	3	UO	no	no	no	no	
ORL	APPROFONDIMENTO E AGGIORNAMENTO DELLE PROCEDURE DEL PERCORSO PREOPERATORIO CON CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA	2	Dip	sì	no	no	no	
DAY SURGERY	BIOPSIA PROSTATICA	2	UO	sì	no	sì	no	
DAY SURGERY	ISTEROSCOPIA DIAGNOSTICA	2	UO	sì	no	sì	no	
DAY SURGERY	APPROFONDIMENTO E AGGIORNAMENTO DELLE PROCEDURE DEL PERCORSO PREOPERATORIO CON CARTELLA CLINICA INFORMATIZZATA	2	Dip	sì	no	no	no	
OCULISTICA	PROTOCOLLO FLUOROANGIOGRAFIA	1	Dip	sì	no	sì	sì*	*applicazione sperimentale del protocollo da gennaio 2012
BLOCCO OPERATORIO	IPOTERMIA INATTESA	4	UO	sì	no	sì	no*	*riferimento generico a monitoraggio dell'attuazione della procedura, ma non specificato chi e quando.
BLOCCO OPERATORIO	TAGLIO CESAREO IN EMERGENZA	4	UO	sì	no	sì	no	
2)DIPARTIMENTI MEDICI								
DIABETOLOGIA	INTEGRAZIONE DELLE DIABETOLOGIE DI AREA VASTA (AP-SBT)	3	UO	sì	sì	sì*	sì**	*descrizione procedura all'interno dello schema audit **riportati dati in report allegato
DIABETOLOGIA	INTERVENTI DI EDUCAZIONE TERAPEUTICA	2	UO	sì	sì	no	no	
GERIATRIA	NUTRIZIONE ARTIFICIALE (PERCORSO PEG)	2	Dip	sì	sì	sì	sì*	*percorso PEG solo parziale+ diapositive in allegato
GERIATRIA	REVISIONE PROTOCOLLO EMOCOLTURA	3	UO	sì	no	no	no	
NEFROLOGIA	GESTIONE FAV	6	UO	sì	no	sì*	sì**	*procedura definita all'interno del verbale, assente protocollo in sé **compilazione di apposita scheda
NEFROLOGIA	GESTIONE "PESO SECCO"	6	UO	sì	no	sì*	sì**	*procedura definita all'interno del verbale, assente protocollo in sé **compilazione di apposita scheda
GASTROENTEROLOGIA	URGENZE ENDOSCOPICHE	3	UO	sì	no	sì	sì*	*questionario gradimento
GASTROENTEROLOGIA	ADEGUAMENTO NORME PRIVACY	3	Dip	sì	no	no	no	
GASTROENTEROLOGIA	PERCORSO PEG	3	Dip	sì	no	no	no	
MEDICINA	NUTRIZIONE ARTIFICIALE (PERCORSO PEG)	3	Dip	sì	sì	sì	no	
MEDICINA	MANOVRE INVASIVE IN AMBULATORIO CONDIVISO CON ONCOLOGIA	3	UO	sì	no	no	no	
NEUROLOGIA	NUTRIZIONE ARTIFICIALE (PERCORSO PEG)		Dip	no	no	no	no	
NEUROLOGIA	FIBRINOLISI: ACQUISIZIONE E REVISIONE DEL PERCORSO	3	UO	sì	no*	sì	no	* utile approfondimento
ONCOLOGIA	ERRATA ASSUNZIONE DI TERAPIA ANTIABLASTICA PER USO ORALE A MEDICINA	3	UO	sì	sì	sì	sì*	*moduli per il controllo farmaci assunti a domicilio
3)SERVIZI								
LABORATORIO	APPROFONDIMENTO DELLE PROCEDURE OPERATIVE PER LA GESTIONE DEL CQI (CONTROLLO DI QUALITA' INTERNO) E DELLA VEQ (VALUTAZIONE ESTERNA DELLA QUALITA')	3	UO	sì	no	sì*	no**	*assenza nella documentazione dei seguenti protocolli, ma esplicito riferimento alla loro presenza (Procedura per il dosaggio dell'alcolemia; Nuovo registro per la catena di custodia; Protocollo da adottare in caso di violenza sessuale; Protocollo Maxiemergenza)
RADIOLOGIA	L'ERRORE DI SISTEMA IN RADIOLOGIA PRE-PROCEDURA, DELLA PROCEDURA, POST PROCEDURA	3	UO	sì	no	sì	no	
4)RIABILITAZIONE								
RIABILITAZIONE	LINFODRENAGGIO E TERAPIA DELL'EDEMA POST MASTECTOMIA	3	UO	sì	no	sì*	sì	*opuscolo informativo per l'utente
RIABILITAZIONE	LA RIABILITAZIONE IN ACQUA	3	UO	sì	no	sì*	sì	*sotto forma di slides: protocollo specifico idrokinesiterapia per il pz lombalgico - protocollo riabilitativo spalla
RIABILITAZIONE	IL DISTURBO DA DEFICIT ATTENTIVO CON IPERATTIVITA': DIAGNOSI E TRATTAMENTO RIABILITATIVO	3	UO	no	no	no	no	
RIABILITAZIONE	APPROCCIO RIABILITATIVO ALLA SCOLIOSI ALLA LUCE DEI PIU' RECENTI DATI DI LETTERATURA SCIENTIFICA	3	UO	sì	no	sì*	no	*non allegato: revisione del protocollo riabilitativo delle scoliosi in età evolutiva

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

5) DIPARTIMENTO EMERGENZE								
CARDIOLOGIA	SCOMPENSO CARDIACO	3	UO	si	si	no	si*	*follow-up telefonico assistenza scompenso avanzato (settembre)
CARDIOLOGIA	UTILIZZO DELL'IPOTERMIA NEL TRATTAMENTO DEL PZ CON RIPRISTINO RITMO SPONTANEO DOPO FV	3	Dip	si	no	si*	no	*3 percorsi operativi che guidano l'individuazione del pz e il trattamento (non individuate scadenze per inizio e fine applicazione)
PRONTO SOCCORSO/MURG	UTILIZZO DELL'IPOTERMIA NEL TRATTAMENTO DEL PZ CON RIPRISTINO RITMO SPONTANEO DOPO FV	3	Dip	si	no	si*	no	*3 percorsi operativi che guidano l'individuazione del pz e il trattamento (non individuate scadenze per inizio e fine applicazione)
EMERGENZA TERRITORIALE 118	UTILIZZO DELL'IPOTERMIA NEL TRATTAMENTO DEL PZ CON RIPRISTINO RITMO SPONTANEO DOPO FV	3	Dip	si	no	si*	no	*3 percorsi operativi che guidano l'individuazione del pz e il trattamento (non individuate scadenze per inizio e fine applicazione)
ANESTESIA E RIANIMAZIONE E TERAPIA ANTALGICA	UTILIZZO DELL'IPOTERMIA NEL TRATTAMENTO DEL PZ CON RIPRISTINO RITMO SPONTANEO DOPO FV	3	Dip	si	no	si*	no	*3 percorsi operativi che guidano l'individuazione del pz e il trattamento (non individuate scadenze per inizio e fine applicazione)
PRONTO SOCCORSO	EDEMA POLMONARE ACUTO CARDIOGENO	3	Dip	si	no	si	no	
MURG	EDEMA POLMONARE ACUTO CARDIOGENO	3	Dip	si	no	si	no	
EMERGENZA TERRITORIALE 118	EDEMA POLMONARE ACUTO CARDIOGENO	3	Dip	si	no	si	no	
PRONTO SOCCORSO / MURG	EMBOLIA POLMONARE: ESISTE UN QUADRO TIPICO?	3	Dip	si	si	si*	si	*percorso diagnostico embolia polmonare (5 mesi di applicazione)
PRONTO SOCCORSO / MURG	PRELIEVO MULTITESSUTO DA CADAVERE		Dip	si	no	si	no	
PRONTO SOCCORSO / MURG	IL DOLORE IN PRONTO SOCCORSO		Dip	si	no	si	no	
ANESTESIA E RIANIMAZIONE E TERAPIA ANTALGICA	LE VAP (POLMONITI ASSOCIATE A VENTILAZIONE)	2	UO	si	si	no	si*	*monitoraggio delle schede e utilizzo di check list e risultati (periodo di studio 2 mesi)
ANESTESIA E RIANIMAZIONE E TERAPIA ANTALGICA	GESTIONE DI UN POTENZIALE DONATORE DI ORGANO IN RIANIMAZIONE	1	UO	si	si	no	no	
6) DIPARTIMENTO MATERNO-INFANTILE								
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	PERCORSO PZ CHIRURGICO OSTETRICO GINECOLOGICO IN DS	3	UO	si	no	si	si/no*	*monitoraggio del grado di soddisfazione dei pazienti, ma la valutazione globale è in itinere (dicembre 2011). Viene fatta la proposta di un audit 2012 circa la procedura TC in emergenza fino alla messa in sicurezza della madre in sala operatoria
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	TAGLIO CESAREO IN EMERGENZA	3	UO	si	si	si	no	
PEDIATRIA	ELABORAZIONE DEI DIAGRAMMI DI FLUSSO ATTIVITA' ROOMING IN E PATOLOGIA NEONATALE	3	UO	si*	si*	si	si**	*completezza del 100% delle schede di verifica sull'attività assistenziale **scheda di controllo utilizzata per 2 mesi
7) DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE								
DSM	QUALITA' DELLA DOCUMENTAZIONE SANITARIA	1	UO	si	si	si	no	
DSM	TRASFERIMENTO DEL PAZIENTE PSICHiatrico DAL PS AL SPDC	2	UO	si	si	si	no	
8) TERRITORIO								
RSA E POLIAMBULATORIO RIPATRANSONE	GESTIONE LDD E FERITE DIFFICILI	4	UO	si	si	no	si	
RSA E POLIAMBULATORIO RIPATRANSONE	GESTIONE CATETERE VESCALE	4	UO	si	si	si	no	
RSA MONTEFIORE E POLIAMBULATORIO MONTEFIORE/CUPRE/PEDASO/Grottammare	GESTIONE LDD E FERITE DIFFICILI	3	UO	si	no	no	no	
RSA MONTEFIORE E POLIAMBULATORIO MONTEFIORE/CUPRE/PEDASO/Grottammare	GESTIONE CATETERE VESCALE	3	UO	si	no	no	no	
ADI	GESTIONE LDD E FERITE DIFFICILI (UTILIZZO DELLA GARZA IODOFORMICA IN ADI)	4	UO	si	si	si	si	
ADI	GESTIONE CATETERE VESCALE	4	UO	si	si	si	si*	*scheda di corretta gestione da consegnare ai familiari degli assistiti ADI
POLIAMBULATORIO E AMBULATORI DISTRETTUALI	PROTOCOLLI/PROCEDURE DELL'AMBULATORIO INFIERIERISTICO (prevenzione al trattamento ferite difficili)	4	UO	si	no	no	no	
POLIAMBULATORIO E AMBULATORI DISTRETTUALI	PROTOCOLLI/PROCEDURE DELL'AMBULATORIO INFIERIERISTICO (gestione del cateterismo vescale)	4	UO	no	no	no	no	
POLIAMBULATORIO E AMBULATORI DISTRETTUALI	PROTOCOLLI/PROCEDURE DELL'AMBULATORIO INFIERIERISTICO (il cateterismo vescale)	4	UO	no	no	no	no	
POLIAMBULATORIO E AMBULATORI DISTRETTUALI	PROTOCOLLI/PROCEDURE DELL'AMBULATORIO INFIERIERISTICO (infusione di ferro)	4	UO	no	no	no	no	
POLIAMBULATORIO E AMBULATORI DISTRETTUALI	PIANI DI ATTIVITA' DEGLI AMBULATORI SPECIALISTICI	4	UO	si	no	si	no	

Il 1 agosto 2011 esce la Legge Regionale n. 17 dell'1/8/2011 che rimodifica la Legge n. 13 così come integrata da successive norme. La novità più rilevante è la soppressione delle Zone Territoriali che sono state sostituite da 5 Aree Vaste.

Il 19 settembre, il Direttore Novelli costituisce il "Gruppo di Lavoro per il Rischio Clinico".



Numero: 961/ZT12DZONA

Data: 14/09/2011

Pag.
1

**DETERMINA DEL DIRETTORE DELLA
ZONA TERRITORIALE 12 – SAN BENEDETTO**
N. 961/ZT12DZON DEL 14/09/2011
A

Oggetto: Costituzione di un gruppo di lavoro per il Rischio Clinico.

**IL DIRETTORE DELLA
ZONA TERRITORIALE 12 – SAN BENEDETTO**

.....

VISTO il documento istruttorio, riportato in calce alla presente determina, dal quale si rileva la necessità di provvedere a quanto in oggetto specificato;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di adottare il presente atto;

- D E T E R M I N A -

Di costituire, presso questa Zona Territoriale, un Gruppo di Lavoro per il Rischio Clinico, nel rispetto della normativa vigente, così come di seguito indicato:

Dott. Remo Appignanesi - Direttore Medico Presidio Ospedaliero;

Dott. Elio Capecci – Dirigente Dipartimento Professioni Infermieristiche;

Caterina Ceccarani – Servizio Infermieristico Ospedaliero;

Sante Cicconi – Coordinatore infermieristico Pronto Soccorso/MURG;

Nicolino Romani – infermiere professionale;

Andrea Liodori – infermierie professionale;

Amelia Falleroni – infermiere professionale;

Massimo Massetti – Coordinatore infermieristico Medicina Riabilitativa;

Stefania Sobrini - Tecnico di Neurofisiopatologia;

Dott.ssa Manuela Bizzarri – Dirigente Medico U.O. Pronto Soccorso/Murg;

Dott. Roberto Pilotti - Dirigente Medico U.O. Pronto Soccorso/Murg;

Dott. Cinzia Santeusanio – Dirigente Medico U.O. Pronto Soccorso/Murg;

Dott.ssa Liliana Talamonti – Dirigente Medico U.O. Pronto Soccorso/Murg;

*Impronta documento: 5F4CA4F6D0AAE94CA287F28DF3F46297154DA64D
(Rif. documento cartaceo 925EC22AF040AE52C591B4609305C32C787087F2, 22/01/ZT12DSMAP_D_L)
Nessun impegno di spesa*

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA



Numero: 961/ZT12DZONA

Data: 14/09/2011

Pag.
2

Dott.ssa Giovanna Acciarri – Farmacista;

Di stabilire che i predetti incarichi resteranno in essere fino a quando non interverranno modifiche o integrazioni derivanti da inderogabili esigenze di servizio;

Di dare atto che il presente provvedimento non comporta oneri a carico di questa Zona Territoriale;

Di comunicare il contenuto del presente provvedimento a tutti gli interessati;

Di dare atto che la presente determina, a norma dell'art. 4, comma 8, della Legge n. 412/91 e dell'art. 28 Legge Regionale n. 26/96, non è soggetta all'approvazione della Giunta della Regione Marche;

Di trasmettere il presente atto al Collegio Sindacale a norma dell'art. 17 della L.R. n. 26/96 e s.m.i.;

Di dichiarare il presente atto efficace trascorsi 10 giorni dalla pubblicazione sul sistema Atti-Web salute ed all'albo pretorio informatico zonale, ai sensi dell'art. 28, comma 5, della L.R. n. 26/96 e s.m.i.;



La presente determina consta di n. 5 pagine di cui n. 0 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

*Impronta documento: 5F4CA4F6D0AAE94CA287F28DF3F46297154DA64D
(Rif. documento cartaceo 925EC22AF040AE52C591B4609305C32C787087F2, 22/01/ZT12DSMAP_D_L)
Nessun impegno di spesa*

UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

Alla nostra Area Vasta N. 5 arriva il nuovo Direttore Giovanni Stroppa con nomina del 19/09/2011.

L'anno finisce con la richiesta del 16 dicembre 2011 al nuovo Direttore di AV5 di dotazione di personale infermieristico ed OSS per garantire la continuità dei servizi, sempre a firma congiunta dei responsabili medici ed infermieristici in Area Vasta.

 <p>Ascoli Piceno - San Benedetto del Tronto</p>	
Direzione medica di presidio Ospedale Madonna del soccorso	Direzione medica di presidio Ospedale Mazzoni
San Benedetto del Tronto. 16 DIC. 2011	Prot. 249938 /SBDH0
Al Direttore di area vasta	
Al Dirigente Servizio personale LLSS	
Oggetto: dotazione di personale infermieristico ed OSS e continuità dei servizi.	
<p>Come già segnalato per le vie brevi e discusso nell'ambito dei tavoli sindacali, al termine del corrente mese di dicembre scadranno:</p> <ul style="list-style-type: none">- 51 contratti a tempo determinato per infermiere (23 Ascoli Piceno : 20, tutti contratti prorogabili con scadenza 31/12 + 1 prorogabile ma dimesso a novembre + 2 non prorogabili dimessi a dicembre e 28, San Benedetto del Tronto di cui rinnovabili 11 e non rinnovabili 19)- 49 contratti per OSS. (31 Ascoli Piceno : 30 con scadenza 31/12 di cui 18 prorogabili e 12 non prorogabili + 1 prorogabile ma dimesso il 1/12 - e 16 San Benedetto del Tronto di cui 15 rinnovabili e non rinnovabili) A questo si aggiungono 2 aspettative di OSS nella struttura di San Benedetto del Tronto.	
<p>L'attuale assetto del personale, analizzato secondo metodologie condivise (e basate sulla lettura della pianta organica) in Area vasta consente di avviare una analisi comune e quindi una rilettura dell'offerta ospedaliera del presidio unificato di area vasta. Tale processo potrà produrre l'elaborazione di una proposta di riorganizzazione complessiva da inserire nell'ambito del processo di riorganizzazione dell'offerta ospedaliera aziendale. E' utile ricordare che l'elevato numero di contratti a tempo determinato deriva dalle problematiche nelle procedure di mobilità e dell'iter concorsuale che sono note.</p>	
<p>Nella situazione attuale e nelle more dello sviluppo del processo di riorganizzazione, la conferma del personale in essere, sia del personale con contratto rinnovabile che delle unità con contratto non rinnovabile è essenziale per la garanzia della continuità dei servizi così come ad oggi configurati.</p>	
<p>Nell'eventuale impossibilità di procedere in tal senso si segnala che si rende necessario e urgente definire interventi quali:</p>	
<ul style="list-style-type: none">• Presidio Madonna del Soccorso: l'unica misura adottabile in urgenza con il minore impatto sull'attività del presidio è rappresentata dalla riorganizzazione tra le degenza delle medicina d'urgenza e della cardiologia, già segnato dalla Direzione di Zona nell'ambito dell'iter che ha portato alla definizione della Determina 240/2011; tale intervento potrebbe compensare la mancata sostituzione di 12 unità infermieristiche;• Presidio Mazzoni: il mancato rinnovo dei contratti comporterà accorpamento di reparti di degenza con contrazione dei posti letto e riduzione della qualità dell'assistenza.	
<p>Si esplicita che la mancata garanzia in data 1/1 di 51 unità infermieristiche e di 49 OSS, rischia di determinare interruzione nell'erogazione di servizi e quindi compromettere la garanzia dei livelli di assistenza (DGR 288/2011); non vanno, inoltre, sottovalutate le problematiche relative alla impossibilità di fruizione dei riposi e delle ferie da parte del personale.</p>	
<p>Nel rimanere a disposizione per quanto ritenuto necessario, si pongono distinti saluti.</p>	
Il Direttore Medico – Ospedale Mazzoni (dott.ssa Diana Varacani)	Il Direttore Medico – Ospedale Madonna del S. (Dott. Remo Appigianesi)
Il Dirigente Dir. delle prof. (dott. Elvio Capececi)	Per il Responsabile Servizio infermieristico dott.ssa Marinella Tommasi (Dott. Rosanna Pahiani)
<p>AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE – Sede Legale: VIA CADUTI DEL LAVORO, 40 – 60131 ANCONA – C.F. e P.IVA 02175860424 AREA VASTA N. 5 Sede Amministrativa: ASCOLI PICENO – Via degli Iris – Tel. 07363581</p>	
<p>C:\Documents and Settings\studente\Documenti\AREA VASTA\2011\criticità personale (2).doc</p>	