

## **PARTE TERZA**

### **UFFICIO TURNI dal 26 luglio 1993**

Chiaro ed esplicito è il significato della denominazione dell’Ufficio che prevedeva la predisposizione dei turni di lavoro mensili e il controllo della presenza in servizio del personale previsto per ogni reparto, servizio o ambulatorio, per il normale svolgimento dell’attività giornaliera. L’ufficio interveniva inoltre per rispondere ad eventuali improvvise carenze di personale o esigenze non previste nei servizi di collegamento e rilevava la carenza di personale rispetto alle mutate esigenze, il coinvolgimento nella gestione del concorso e l’eventuale assegnazione nelle assunzioni conseguenti.

L’Ufficio Turni nella nostra realtà era inserito all’interno degli spazi della Direzione Sanitaria dell’ospedale e collaborava sotto la responsabilità del Direttore Sanitario, Piero Ripani, che firmava tutte le disposizioni necessarie, e del potente Direttore Amministrativo, Vincenzo Finocchi.

Ho iniziato a lavorare all’Ufficio Turni dal 26 luglio 1993 con Federico Palestini e Piero Sacchini, coordinatori con funzioni di Capo Servizio Sanitario Ausiliario, che dopo un paio di anni sono andati in pensione.

A metà degli anni Novanta, su progetto regionale, si dà avvio, con l’inserimento di pazienti cronici e di malati oncologici, all’assistenza domiciliare (quella che poi è diventata l’Assistenza Domiciliare Integrata) dopo una valutazione medica/infermieristica fatta nelle case, con l’allora amico e giovane medico precario Pietro Infriccioli. È la prima volta che “l’ospedale si muove” e va dentro le case delle persone malate; ci si sentiva, scherzandoci su, un po’ come “i due carabinieri che bussano nelle case”. Fino al 1998, sono rimasto solo a gestire l’Ufficio Turni con Portesi Stefano, che svolgeva le funzioni amministrative. Il 6 febbraio 2003, è avvenuto il passaggio dall’Ufficio Turni al nascente “Servizio Infermieristico”, con la proposta del Commissario Straordinario USL12, dott. Mauro Marabini, di istituire il progetto di riordino delle funzioni d’indirizzo, coordinamento e gestione delle materie tecnico-infermieristiche, con un nuovo ufficio infermieristico di staff ubicato presso l’ex direzione della Scuola Infermieri professionali.

Dal 18 luglio 1998 Daniela Galluzzi viene assegnata all’Ufficio Turni/Servizio Infermieristico; circa un anno dopo, dal 4 ottobre 1999, arriva anche Stefania Ceccarani. Daniela si occupava prevalentemente di gestione del personale; Stefania si occupava prevalentemente della progettualità di tutta la formazione, in particolare modo, anche in qualità di coordinatrice e istruttrice dell’emergenza ospedaliera e territoriale per la diffusione delle tecniche di BLS a tutti gli operatori sanitari. Io dirigivo. La conduzione del servizio era molto chiara, con riunioni settimanali per condividere gli obiettivi, con discussioni franche aperte e libere, nessuna posizione di subalternità era accettata. Presa la decisione definitiva si portavano avanti le attività, decidendo chi fa che cosa, con tempi definiti e con responsabilità chiare e dirette.

Il clima lavorativo sempre buono e proficuo. Ci si riuniva anche per condividere le problematiche normalmente esistenti all’interno del nostro sistema assistenziale, inserito trasversalmente in un contesto organizzativo complesso come quello sanitario, con esigenze di coordinamento/integrazione e di collaborazione tra le varie unità organizzative, con numerose interfacce e interdipendenze e con altre variabili. Si tenevano inizialmente riunioni bimestrali, poi mensili, con tutti i coordinatori e incontri periodici con le posizioni organizzative, saltando il periodo estivo. In ogni caso, le riunioni erano sempre tenute tutte le volte che era necessario e venivano formalizzate con apposito verbale.

Uno dei primi lavori, utile a far comprendere meglio ai dirigenti, che avevano il potere di dare attuazione alle proposte di riorganizzazione, la necessità di aumentare l'organico nelle RSA, è stata la proposta dove venivano esplicite l'elencazione delle funzioni/attività assistenziali essenziali di base (alimentazione, eliminazione, igiene, mobilizzazione, terapia e relazione) e infermieristiche, il piano di assistenza individualizzato, con il carico di lavoro minimo previsto come tempo/attività, e la dotazione del personale necessario per garantire le attività standardizzate con il piano di assistenza.

### R. S. A. ELENCAZIONE DELLE FUNZIONI ASSISTENZIALI DI BASE E INFERMIERISTICHE

#### ALBERGHIERA

Ristorazione

Riordino letti e stanza pazienti

Pulizia ambienti

Lavanderia - Guardaroba

Manutenzione strumenti e macchinari

#### ASSISTENZIALE DI BASE

Igiene personale e necessità fisiologiche

Aiuto svolgimento attività quotidiane

(alzarsi , coricarsi, vestirsi, svestirsi, consumo dei pasti, ...)

Cura della persona e del suo aspetto

Favorire l'auto-accudimento valorizzando tutte le residue capacità

Ricreare il più possibile un assetto di vita non dissimile da quello precedente

#### PREVENZIONE E RIATTIVAZIONE PSICO-FISICA

Intervento preventivo tradizionale su alcune importanti patologie (anche in termini di spesa) dalle cardiovascolari, alla frattura del femore; alle vaccinazioni anti-influenzali. Attività motoria ricreativa e culturale per mantenere il più alungo possibile le capacità residue di ciascun ospite, con l'auto-accudimento e "ginnastica dolce".

#### SANITARIA -INFERMIERISTICA-

Predisposizione di "piani individualizzati di interventi", in rapporto alle peculiari condizioni di non autosufficienza, necessari ad organizzare il lavoro per obiettivi; per misurare l'effettivo carico di lavoro; per la verifica e la valutazione dei risultati raggiunti.

Per la individuazione di obiettivi assistenziali occorre avere la conoscenza approfondita e aggiornata dei bisogni e delle potenzialità residue di ciascun anziano.

#### BISOGNI SPECIFICI DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA:

Bisogno di respirazione

Bisogno di alimentazione e idratazione

Bisogno di eliminazione urinaria e intestinale

Bisogno di igiene e confort

Bisogno di riposo e di sonno

Bisogno di mantenere la funzione cardiocircolatoria

Bisogno di un ambiente sicuro e terapeutico

Bisogno di una corretta interazione nella comunicazioni

Bisogno di procedure diagnostiche

Bisogno di procedure terapeutiche

#### DIREZIONE

Attività di coordinamento

Attività amministrative

Attività di valutazione dell'efficienza e dell'efficacia degli obiettivi fissati

Attività di valutazione della qualità totale

# UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

## R. S. A. PIANO DI ASSISTENZA INDIVIDUALIZZATO

## CARICO DI LAVORO

### IPOTESI

In soggetto anziano senza disturbi mentali organici conclamati, con grado di dipendenza medio

### INDIVIDUAZIONE DEI PROBLEMI/BISOGNI

### PRESTAZIONI

( Totalmente o parzialmente compensatorie e educative )

### TEMPO/ATTIVITA'

( Espresso in minuti per ospite nelle 24 h )

#### ALIMENTAZIONE E IDRATAZIONE

Preparazione dell'ospite e aiuto alla somministrazione degli alimenti e a bere.  
Un solo operatore per 3-5 volte

15x3

#### ELIMINAZIONE INTESTINALE

Incontinenza

#### ELIMINAZIONE URINARIA

Portatore di cettore a permanenza

Cambio pannolone e/o biancheria e pulizia intima.  
Due operatori per 3-6 volte  
Cambio sacca diuresi.

10x4

3'

#### IGIENE E CONFORT

Igiene intima, cura corporea a letto  
Due operatori per 1 volta  
Vestirsi e svestirsi  
Due operatori per 2 volte

15'

5x2

#### MOBILIZZAZIONE

Alzare e mobilizzare su sedia, e riposizionamento.  
Due operatori per 2-4 volte  
Aiuto negli spostamenti.  
Un operatore per 2 volte  
Esercizi muscolari e frizione di parti del corpo ad alto rischio di decubito  
Un operatore per 2 volte  
Mobilizzazione notturna.  
Un operatore per 2 volte

5x2

5x2

10x2

5x2

#### TERAPEUTICI

Aiuto alla somministrazione dei farmaci.

3x3

#### COMUNICAZIONE

Relazioni interpersonali di sostegno, stimolatrici.  
Un operatore

20'

TOTALE 182'

**ATTIVITA' QUOTIDIANE VARIE**

Lavaggio delle mani	10- 15 volte	1'x15
Osservazione notturna minima		10'
Aggiornamento documentazione ospite		3'
Ripianamento farmaci e riassetto		5'
	<b>TOTALE</b>	<b>33'</b>
	<b>TOTALI</b>	<b>215'</b>
Manutenzione e pulizia strumenti e apparecchi sanitari		10'
Consegne al cambio turno	3 volte	5'x3
Pausa operatore	3 volte	10'x3
Rilevazione parametri vitali	1 volta a sett.	5'
	<b>TOTALE</b>	<b>60'</b>

Sostituzione catetere vescicale una volta ogni 15 g.

Visita medica programmata o consulenza tecnica specialistica

Eventuali situazioni straordinarie per fatti acuti o alterazioni della psiche

L'R.S.A. va considerata come ultimo punto del "continuum" a quegli anziani non autosufficienti, il cui mantenimento o eventuale, parziale recupero non può essere raggiunto in modo efficace da nessuna altra alternativa residenziale.

Obiettivo dell'R.S.A. è quello di ricercare con ogni soluzione possibile, la massimalizzazione della indipendenza funzionale dell'ospite.

E' stato dimostrato da numerose indagini epidemiologiche che il trasferimento di un anziano nelle "istituzioni tradizionali", SENZA UN CLIMA E UNA CULTURA ORGANIZZATIVA ADEGUATA TESA ALLA TUTELA DELLA SALUTE , IN CHIAVE PREVENTIVA E CURATIVA E DI UNA FORTE SOLLECITAZIONE RIABILITATIVA O DI MANTENIMENTO DELLE CAPACITA' RESIDUE, comporta effetti negativi a livello somatico, psicologico e sociale, accompagnati da un aumento della morbilità e della mortalità.

M.S. APR '94

# UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

## R. S. A. MEDIO E LUNGO DEGENZE OSPITI CON FORME PREVALENTEMENTE CRONICO-DEGENERATIVE

### MODULO TIPO PER 40 OSPITI

NEI MODULI DA 40 P.L. -CON UN MIX DI FABBISOGNI ASSISTENZIALI- LA CURVA DELL'ECONOMICITÀ DELLA GESTIONE TENTE AD AVVICINARSI A QUELLA DELLA VIVIBILITÀ.

### IPOTESI BASATA SU CARICO DI LAVORO EFFETTIVO TEMPO/ ATTIVITA' APR. '95

O.C. =  $\frac{20(\text{osp.}) \times 200\text{m}^2 \times 365}{96480}$  operatori tot. = 15 per 40 ospiti = 30 operatori

O.C. =  $\frac{20(\text{osp.}) \times 300\text{ m}^2 \times 365}{96480}$  operatori tot. = 23 per 40 ospiti = 45 operatori

### IPOTESI BASATA SULLA NORMATIVA REGIONALE LINEE GUIDA OTT. '92

n.1	I.P.	ogni 7 ospiti	per 20 osp	3	per 40 osp	7
n.1	A.D.B.	ogni 3 ospiti		7		14
* n.1	F.K.T.	ogni 20 ospiti		1		2
			tot.11			
				tot. 23		
Min. Ass. 152'						

\*NELLA LEGGE REGIONALE DELL'8-3-'95, N. 245 (sulle R.S.A. per giovani disabili, valida anche per R.S.A. degli an. n. 1 F.K.T. ogni 5 ospiti + 1 Terapista occupazionale o animatore e 1 Podologo ogni 15 ospiti

### IPOTESI BASATA SU D.M. 13-09-'88 (LUNGA DEGENZA OSPEDALIERA)

n.1	I.P.	ogni 2.5 ospiti	per 20 osp	8	per 40 osp	16
n.1	A.D.B.	ogni 6 ospiti		4		7
n.1	F.K.T.	ogni 8 ospiti		3		5
			tot.15			
				tot. 28		
Min. Ass. 185'						

### IPOTESI BASATA SULL'ELABORATO "GESTIONE R.S.A. ANZIANI" M.S. APR. '94

#### PER ANZIANI CRONICI DEGENERATIVI

n.1	I.P.	ogni 5.5-6.5 ospiti	per 20 osp	4	per 40 osp	8
n.1	A.D.B.	ogni 1.4-1.7 ospiti		14		28
n.1	F.K.T.	ogni 20 ospiti		1		2
			tot.19			
				tot. 38		

Medico di base 14h/sett. oggi 40 ospiti

Eventuali consulenze tecniche-specialistiche

Un Dirigente coordinatore

Min. Ass. 251'

#### PER ANZIANI DEMENTI SENILI

n.1	I.P.	ogni 16-19 ospiti	per 20 osp	2	per 40 osp	3
n.1	A.D.B.	ogni 1.1-1.3 ospiti		18		36
n.1	F.K.T.	ogni 42-51 ospiti		/		1
			tot.20			
				tot. 40		

Medico di base 10h/sett. oggi 40 ospiti

Eventuali consulenze tecniche-specialistiche

Un Dirigente coordinatore

Min. Ass. 264'

10/04/95

**UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA**

R.S.A. Ripatransone - Montefiore

AZIENDA SANITARIA U.S.L. 12 S.B.T. LÌ MAG.'95

- 1) ATTUALE ORGANICO PERSONALE INFERMIERISTICO ED AUSILIARIO  
DELL'R.S.A. DI RIPATRANSONE - APRILE 95' -

OSPITI N.13

INFERMIERI PROFESSIONALI N.1

O.T.A. N.7

AUSILIARI (EX cucinieri) N.2

CAPO SALA N.1 (suora non dip.)

- 2) ATTUALE ORGANICO PERSONALE INFERMIERISTICO ED AUSILIARIO  
DELL'R.S.A. DI MONTEFIORE - APRILE 95' -

OSPITI N.5

INFERMIERI PROFESSIONALI N.4

INFERMIERI GENERICI N.1

AUSILIARI( 1 Ex cuciniere - 1 Ex guardarob.) N.4

- 3) IPOTESI MINIMA BASATA SULLA NORMATIVA REGIONALE OTTOBRE '92

N.1 INF.PROF. OGNI 7 OSPITI

N.1 A.D.B. OGNI 3 OSPITI

N.1 F.K.T. OGNI 20 OSPITI

- 4) PER 20 OSPITI : N.1 CAPO SALA O DIRIGENTE ASSISTENZA INFER.

N.3 INF. PROF.

N.7 O. T. A.

N.1 F.K.T.

( + personale per sostituzione/ eventuali malattie o assenze, ferie, ecc.)

## **AVVIO DELLA COLLABORAZIONE ATTIVA CON AAROI MARCHE PER LA FORMAZIONE CONTINUA IN RIANIMAZIONE CARDIO POLMONARE CEREBRALE**

Progetto "Gruppo Istruttori Ospedale Madonna del soccorso", in collaborazione con AAROI Marche, sul modello Lancisi, per la formazione continua in rianimazione cardio polmonare cerebrale e nell'emergenza. Sono stati individuati otto colleghi infermieri dipendenti del nostro ospedale, due per ogni unità operativa del Dipartimento di Emergenza, con una consolidata e riconosciuta esperienza, per avviare nel nostro ospedale la formazione di corsi base di RCPC adulti, a tutto il personale. Dopo la conclusione del percorso formativo per gli istruttori, che successivamente verrà formalizzato come "Gruppo di formazione permanente per l'emergenza", si avvia nel gennaio 1997 il progetto per la "diffusione delle tecniche di BLS a tutti gli operatori sanitari dipendenti dell'AUSL 12", iniziando con gli infermieri del Dipartimento di Emergenza.

AAROI Marche  
**Formazione continua in Rianimazione Cardiopolmonare Cerebrale (RCPC) e nell'Emergenza**

**Introduzione corso di base RCPC**

La circolazione del sangue si può fermare per un attacco cardiaco (es.: infarto miocardico acuto) o per un improvviso blocco del respiro.

Le persone in cui il respiro è improvvisamente bloccato (es: asfissia, annegamento) se non sono soccorse prontamente con la respirazione artificiale entro uno o due minuti hanno un blocco della circolazione (arresto di circolo) perché il cuore non è in grado di lavorare se non gli arriva ossigeno dai polmoni.

Le manovre più semplici che vi stiamo per mostrare sono state raccomandate dalla Organizzazione Mondiale degli Anestesiologi e costituiscono quindi il metodo riconosciuto come più valido in tutte le parti del mondo per rianimare una persona: possono essere efficaci nell'impedire la morte se attuate entro 4-8 minuti dall'evento.

Un impedimento al respiro o un arresto del cuore possono verificarsi in qualunque luogo (scuole, posti di lavoro, casa, strada, treno, spiaggia, alta montagna etc.); in queste circostanze i 4-8 minuti passano in fretta nell'attesa di aiuto da parte di personale esperto. Comprendete quindi l'utilità di istruire più persone possibili a fare le manovre più semplici per sostituire il battito cardiaco e la respirazione (RCPC\* di base).

L'obiettivo più immediato per il quale bisogna "guadagnare tempo" è far arrivare al cervello la minima quantità di ossigeno necessaria alla ripresa dello stato di coscienza. Se la RCPC è iniziata da persone esperte che però arrivano tardi (dopo i 4-8 minuti) è forse possibile in qualche caso ripristinare la circolazione e la respirazione ma la persona rimarrà in coma perché il cervello avrà sofferto la mancanza di ossigeno.

E' proprio in questo breve tempo che ognuno di voi, avendo imparato "quello che si può fare subito", può contribuire a salvare una vita e a proteggere il cervello dalla temporanea mancanza di ossigeno.

\*RCPC significa : rianimazione cardiopolmonare cerebrale nell'evenienza di arresto di circolo

\*Come si fa: con la respirazione artificiale e il massaggio cardiaco esterno (compressioni toraciche)

Il metodo di istruzione prevede la visualizzazione di immagini (diapositive, cartelloni, videofilmi) che vi mostrano quello che dovete fare nella pratica. Le immagini sono facilmente comprensibili; dovete vederle tante volte quanto vi è necessario per acquisirle e riprodurle nella sequenza consigliata.

La pratica è l'aspetto più importante dell'apprendimento e necessita estrema accuratezza nell'esecuzione delle manovre e ripetizione fino al raggiungimento dell'esperienza necessaria.

Molto utile, per integrare le esercitazioni con l'istruttore, è l'autoapprendimento che permette a ciascuno il suo tempo di acquisizione della RCPC di base.

A chi supererà la prova di esame finale sarà dato un tesserino (validità annuale).

Chi di voi lo desidera può anche diventare istruttore.

Supervisore: Dr.Sofia Di Tizio  
Ospedale Cardiologico "G.M.Lancisi" Ancona

Nel gennaio 1997 parte il primo progetto formativo di BLS.

Regione Marche  
Azienda USL 12  
Servizio Infermieristico

## **BLS (Basic Life Support)**

secondo le linee guida IRC-ERC

**PROGETTO:** Insegnamento e diffusione delle tecniche del BLS a tutti gli operatori sanitari dipendenti dell'AUSL 12.

**OBIETTIVO:** Diffondere le tecniche di rianimazione cardio polmonare secondo le linee guida IRC (Italian Resuscitation Council); uniformare i comportamenti, migliorando la qualità e sicurezza degli interventi garantendo ai pazienti una sopravvivenza integra e riducendo la possibilità di esiti invalidanti.

**FASE ATTUATIVA:** Il Servizio Infermieristico si avvale, per l'esecuzione del progetto, di un gruppo di Istruttori interni, certificati IRC. Negli anni '97-'98-'99-'00 il progetto prevede lo svolgimento di corsi BLS rivolti inizialmente al personale dell'area critica e successivamente a tutto il personale sanitario del Presidio (Infermieri, Tecnici, Ostetriche, Autisti soccorritori, Tecnici della Riabilitazione, Ota). In una fase successiva si darà avvio al BLS-Retraing e ai corsi di Defibrillazione Precoce indirizzati solo al personale operante all'interno dell'area critica (Infermieri, Autisti soccorritori).

**RISORSE E STRUMENTI:** Gli Istruttori utilizzeranno attrezzature del Centro di Formazione IRC "Heart & Soul" di San Benedetto del Tronto composte da: N° 2 manichini provvisti di skill-meter – N°2 Defibrillatori semiautomatici per trainer – materiale didattico: diapositive, manuali, attestati.

I corsi si svolgeranno presso l'Aula 2 dell'ex scuola Infermieri dell'ASL 12.

### **VALUTAZIONE:**

- Registrazione di eventi critici
- Osservazione di criteri formalizzati (Allegato A).

Gennaio 1997.

Il Serv. Inferm.co

## **CONSUNTIVO FORMAZIONE BLS e DP 1997-2000**

Dal 1997, all'interno dell'Azienda USL 12, inserito nel programma di Formazione aziendale, opera un gruppo di Istruttori per l'insegnamento delle Tecniche di Rianimazione Cardio Polmonare (BLS) e per la Defibrillazione Precoce (DP) secondo le Linee Guida di IRC (Italian Resuscitation Council), ERC (European Resuscitation Council), AHA (American Heart Association).

- ANNO 1997 : sono stati formati per le tecniche del BLS

**183 Infermieri dell'ASL12**

**50 Volontari del Soccorso C.R.I.**

- ANNO 1998: sono stati formati per le Tecniche del BLS

**125 Infermieri dell'USL12**

**30 Medici**

**23 OTA**

**37 Volontari del Soccorso**

**13 Laici**

- Anno 1999: sono stati formati per le tecniche del BLS

**16 Infermieri**

**21 Medici**

**4 Volontari del Soccorso**

**2 OTA**

**25 Fisioter., Tecnici di labor., Tecnici di radiol.**

**Nel mese di Ottobre ha avuto inizio il Retraining del corso**

**svolto dagli operatori dell'Az. USL12 nel corso del 97-98**

**83 Infermieri**

- ANNO 2000: sono stati formati per le tecniche del BLS

**30 Volontari del Soccorso**

**20 Laici**

**Nel mese di Ottobre ha avuto inizio la formazione del**

**Personale operante nel Dipartimento di Emergenza della**

**Az.USL12, per quanto concerne le tecniche per la Defibrilla-**

**zione Precoce:**

**34 Infermieri**

**6 Autisti Soccorritori**

**• ANNO 2001 : sono stati formati 40 operatori.**

*il esigenza x mancare  
disponibilità delle attrezzature  
necessarie x lo svolgimento dei corsi*

# UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

Nel frattempo si ricostituisce il "Comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere". Seguono le prime "Verifiche ispettive sul campo, nelle Unità Operative".

REGIONE MARCHE  
**AZIENDA SANITARIA U. S. L. N.12**  
(D.P.R.G. N. 850 del 25-2-81)  
63039 SAN BENEDETTO DEL TRONTO (AP)

Codice Fiscale N.91000610443  
Partita IVA N. 00753250448  
Telefax N. (0735) 893271 - 82184

Cod. 31- 502

10 MAR. 1998

## DIREZIONE GENERALE

5 4 0 8

Dott. Pellegrini Corrado  
Dott. Ripani Piero  
Dott. Carosi Pietro  
Dott. Iommi Luciano  
Dott. Sabatini Domenico  
Dott.ssa Donati Sarti Donatella  
Dott. Baiocchi Nicola  
Dott.ssa Cagnetti Mariella  
Dott.ssa Acciarri Giovanna  
Dott.ssa Ursini Marta  
Sig. Capecci Elio  
Dott.ssa Lambertelli Arcangela  
LORO SEDI

OGGETTO: Comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere.

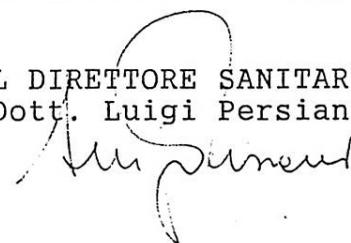
Si comunica che con deliberazione n. 546 del 29.12.1997 le SS.LL. sono state nominate componenti del Comitato per il controllo delle infezioni ospedaliere per il triennio 1998/2000.

Al fine di dare risposta alla richiesta della Regione Marche, Assessorato alla Sanità, si invita il Responsabile e Coordinatore del Comitato, dott. Pellegrini Corrado, ad inviare alla Direzione Generale dell'Azienda entro il 31 maggio c.a. una breve relazione sulle iniziative intraprese e sulle attività svolte con l'indicazione dei risultati raggiunti.

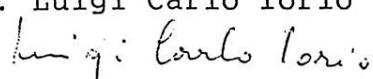
In allegato si trasmette la deliberazione n. 546 del 29.12.1997.

Cordiali saluti.

IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Luigi Persiani



IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dott. Luigi Carlo Iorio



AZIENDA U.S.L. N.12  
DIREZIONE SANITARIA  
Presidio Ospedaliero  
S.Benedetto T.

*Cogn. Dr. Sambri*

## VERIFICA ISPETTIVA

REPARTO / SERVIZIO:

*CA. Dall'Uc*

PERSONALE IN SERVIZIO:

MEDICI

CAPO SALA

INFERMIERI

O.T.A. / A.S.S.

ALTRO PERSONALE

## PRESIDI IDONEI PER L'ADOZIONE DI MISURE BARRIERA

Guanti	In deposito <input checked="" type="checkbox"/> SI / NO	In misura sufficiente <input checked="" type="checkbox"/> SI / NO
Camici/Grembiuli	In deposito <input checked="" type="checkbox"/> SI / NO	In misura sufficiente <input checked="" type="checkbox"/> SI / NO
Mascherine	In deposito <input checked="" type="checkbox"/> SI / NO	In misura sufficiente <input checked="" type="checkbox"/> SI / NO
Occhiali/Coprifaccia	In deposito SI / NO	In misura sufficiente SI / NO
Calzari	In deposito SI / NO	In misura sufficiente SI / NO
Copricapo	In deposito SI / NO	In misura sufficiente SI / NO

## SMALTIMENTO DI AGHI E TAGLIENTI

Contenitori idonei  SI / NOCorrette procedure di smaltimento  SI / NO

## GUANTI

Guanti sterili Corretto utizzo  SI / NO

Guanti non sterili Corretto utilizzo SI / NO

Guanti in gomma per uso domestico Corretto utilizzo SI / NO

## IGIENE DELLE MANI

Sapone detergente Dotazione SI / NO Corretto utilizzo Si / NO

Sapone disinfettante Dotazione  SI / NO Corretto utilizzo Si / NOAsciugamani di carta monouso Dotazione  SI / No Corretto utilizzo Si / No

## DECONTAMINAZIONE DI SUPERFICI SPORCHE DI MATERIALI BIOLOGICI

Ipaclorito di sodio In dotazione  SI / No Conoscenza della procedura  SI / NO

**PULIZIA E DISINFEZIONE AMBIENTALE**

Pulizia di base effettuata dall'Impresa Adeguata  Si / No

Richiesta di disinfezione terminale in casi specifici di malattie contagiose  Sì / NO

**TRATTAMENTO ATTREZZATURA PER L'ASSISTENZA AL PAZIENTE**

Conoscenza delle procedure di deterzione per gli articoli non critici  SI / NO

Conoscenza delle procedure di disinfezione per gli articoli critici  Si / NO

**MODALITA' DI TRATTAMENTO DEI PRESIDI RIUTILIZZABILI**

Decontaminazione con liquido detergente-disinfettante  SI / NO

Pulizia degli strumenti  Si / No

Sterilizzazione Si / No Disinfezione Si / No Conservazione dei presidi in ambienti idonei Si / No

**CAMPIONI BIOLOGICI**

Procedura in uso Si / NO

Trasporto in contenitori idonei Si / No

**BIANCHERIA**

Corretta cernita, deposito e trasporto della biancheria sporca  Si / No

Sacchi Impermeabili in deposito  SI / NO Sacchi idrosolubili in deposito Si / NO

Corretta gestione della biancheria visibilmente imbrattata di sangue e/o fluidi biologici o proveniente da pazienti affetto da patologia infettiva Si / No

**SMALTIMENTO DEI RIFIUTI OSPEDALIERI**

Corretta applicazione delle disposizioni fornite in base alle leggi, vigenti  Si / No

**CORRETTO UTILIZZO DEGLI ANTISETTICI/DISINFETTANTI**

Flaconi originali chiusi ermeticamente e/o dotati di dosatore  Si / No

Presenza della data di apertura del flacone  SI / NO

Rispetto dei tempi d'azione del disinfettante Si / No

## EFFETTUAZIONE DI RIUNIONI INTERNE DI LAVORO

SI	NO
----	----

## INFORMAZIONI AGLI UTENTI:

CARTELLI VISIBILI/LEGGIBILI INDICANTI L'ORGANICO MEDICO  
ORARIO DELLE VISITE MEDICHE  
ORARIO DELLE VISITE AMBULATORIALI DIVISIONALI  
ORARIO DELLE VISITE LIBERO-PROFESSIONALI

SI	NO

ORARI DEI COLLOQUI CON FAMILIARI

SI	NO
----	----

CARTELLI DI DIVIETO DI FUMO

SI	NO
----	----

## OSSERVAZIONI

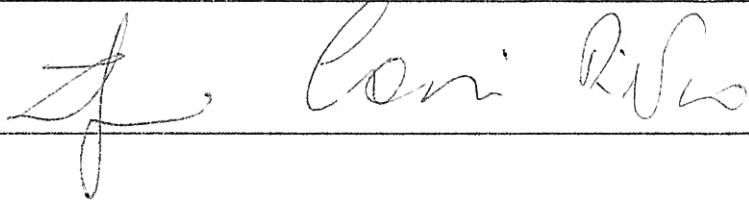
Si è verificato l'esistenza di riunioni settimanali, hanno luogo con regolarità, nelle diverse sezioni, misure di protezione (muri e pareti) da eseguire sulle norme di protezione e sicurezza in presenza di personale con le quali si svolgono i controlli. A tutti gli effetti non sono stateificate le corrette indicazioni sui comportamenti da adottare come del resto viene inserito nelle Linee Guida Pratiche e buone pratiche - Sono stati forniti documenti di riferimento alle norme di protezione, non presenti nessun problema.

DATA 2-3-99

VERIFICA ISPETTIVA ESEGUITA DA:

COPPECCI CARLOS

FIRMA



## UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

Riunione con le coordinatrici il giorno 22 ottobre del 1998 per ribadire la necessità di introdurre una documentazione infermieristica più adeguata alle diverse realtà (area critica, medica, chirurgica e materno-infantile). L'elaborato che dovranno proporre dovrà essere redatto da un piccolo gruppo di lavoro formato dal personale di assistenza dell'area di riferimento. Alla fine della riunione è stata fissata la data del prossimo incontro per la presentazione della documentazione proposta.

REGIONE MARCHE  
AZIENDA SANITARIA USL N.12  
63039 San Benedetto del Tronto  
Direzione Sanitaria  
Uff. Infermieristico

Prot. 1469 del 30-10-98

### VERBALE

Addi 22 Ottobre 1998 alle ore 12 presso la sala convegni dell'ASL 12, si è svolta una riunione con il personale capo-sala dei reparti del presidio ospedaliero, sono presenti:

Sig. Agostini Franco  
" Alesiani Piero  
" Camela Marino  
" Capecci Elio  
" Capriotti Fabiola  
" Capriotti Peppino  
" Coccia Giuseppina  
" Di Teodoro Delia  
" Galluzzi Daniela  
" Imbrescia Emilia  
" Manari M. Sofia  
" Marchetti Dolores  
" Palestini Rita  
" Piergallini Anna Maria  
" Rossi Marisa  
" Spinozzi Mariella

Risultano assenti:

Sig. Polini Anna  
" Poloni Elena  
" Spinozzi Angela

Secondo l'ordine del giorno il Sig. Capecci Elio apre la riunione ribadendo la necessità di introdurre, all'interno dei reparti, una documentazione infermieristica che evidenzi in modo appropriato l'attività del personale di comparto ricordando che, qualsiasi documento si andrà ad utilizzare, perché possa risultare rispondente alle esigenze del reparto stesso, dovrà essere espressione di un lavoro di ricerca e di elaborazione da parte del personale della U.O.

Come prima tappa di questo percorso, unanimamente condivisa, viene stabilito quanto di seguito riportato:

- a) ciascun capo-sala all'interno del proprio reparto individuerà, secondo la disponibilità di ogni unità lavorativa, 2 infermieri professionali, costituendo così un piccolo gruppo di lavoro;
- b) i successivi incontri per l'elaborazione dei documenti, verranno svolti riunendo i gruppi di lavoro appartenenti ad una medesima area (area medica, area chirurgica, area critica, area materno-infantile);
- c) il prossimo incontro, fissato per il 29 Ottobre c.a., riguarderà i reparti appartenuti all'area chirurgica.

Servizio Infermieristico

## **IL NUOVO ASSETTO NORMATIVO NAZIONALE E IL CONSEGUENTE MUTATO CONTESTO REGIONALE DAL 1992 A INIZIO 2000**

L'assetto organizzativo complessivo del sistema è definito dalle norme di riferimento nazionale e dalle disposizioni regionali che definiscono l'assetto regionale. La normativa nazionale ha definito alle aziende sanitarie l'autonomia organizzativa; l'assetto di ciascuna azienda è definito dall'Atto Aziendale. Per lo svolgimento dell'attività sanitaria, le aziende sanitarie pubbliche e private, sono soggette al rispetto della Normativa di Autorizzazione e di Accreditamento, con l'acquisizione dell'autorizzazione all'esercizio da parte del Comune di riferimento per poter operare a favore del Servizio Sanitario.

**D.lgs. 30 dicembre del 1992, n. 502 come modificato dal D.lgs. del 7 dicembre 1993, n. 517 "Riordino del Servizio Sanitario"**, sulla base delle indicazioni del Piano Sanitario Nazionale con l'individuazione dei Livelli Essenziali e Uniformi di assistenza, prevede:

- Regionalizzazione "gestione decentrata della sanità" per il "governo della sanità";
- Istituzione delle Aziende USL e Aziende Ospedalieri pubbliche e private accreditate per la "gestione della sanità";
- Assegnazione di risorse finanziarie definite con responsabilità del pareggio di bilancio;
- "Valutazione e Controllo" di tutta l'attività.

**Legge regionale 17 luglio 1996, n. 26 "Riordino del Servizio Sanitario Regionale"**, in attuazione delle norme costituzionali e delle norme nazionali di riferimento con l'istituzione dell'"Agenzia Regionale Sanitaria" come strumento tecnico di supporto ai processi di salute, vengono istituiti i "Dipartimenti" ospedalieri e di prevenzione e i "Distretti", modalità organizzative tendenti al recupero della eccessiva polverizzazione specialistica per una gestione più integrata del "governo della salute".

Viene inoltre istituito il "Servizio Infermieristico" con il coinvolgimento di tutte le professioni sanitarie.

**D.lgs. 19 giugno 1999, n. 229 "Norme per la razionalizzazione del Servizio Sanitario Nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge del 30 novembre 1998, n. 419"**, completa il processo di razionalizzazione con il testo unico in materia di organizzazione e funzionamento SSN. Vengono ridefiniti i principi di tutela del Diritto alla salute, la programmazione sanitaria e i livelli essenziali ed uniformi di assistenza che lo Stato garantisce al cittadino, stabiliti dal Piano Nazionale Sanitario.

- Le regioni elaborano proposte per la predisposizione del PSN, con riferimento alle esigenze regionali, trasmettono al Ministero della Sanità la relazione annuale sullo stato di attuazione del Piano, sui risultati di gestione e sulla spesa prevista per l'anno successivo;
- Il Piano Sanitario Regionale rappresenta il Piano Strategico degli interventi per gli obiettivi di salute e il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi del Piano Sanitario Nazionale;
- Vengono delineati i limiti economico-funzionali dei servizi sanitari per garantire una sua sostenibilità finanziaria, impostando una mentalità basata sull'evidenza scientifica **"Evidence Based Medicine"** che garantisce il principio di efficacia e di appropriatezza in ogni tipologia di assistenza, servizio o di prestazioni sanitarie;

- Si definisce la durata triennale del Piano Sanitario Nazionale; per questo motivo anche l'"Educazione Continua in Medicina" viene definita nel triennio, perché corrisponde a interessi generali del SSN a cui gli operatori devono formarsi ed attenersi;
- Aziendalizzazione definitiva delle Aziende USL che si disciplinano con **Atto Azien-dale** secondo il diritto privato, tenute al rispetto del vincolo di bilancio; i Direttori generali rispondono direttamente alla Regione.

La nuova normativa contrattuale stabilisce l'istituzione delle Posizioni Organizzative e introduce il "Sistema di Valutazione".

**Viene istituito il Servizio Infermieristico nella nostra Azienda Sanitaria Locale n. 12,** ai sensi dell'art. 19 della Legge Regionale n. 26 del 1996.

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

DELIBERA N. 708

DEL 10.07.1998

OGGETTO: Istituzione servizio infermieristico ai sensi  
dell'art. 19 della Legge regionale n. 26/96.

IL DIRETTORE GENERALE

Visto il documento istruttorio del 9.7.98, allegato  
alla presente deliberazione, predisposto dal Dirigente del  
Servizio Sanitario dal quale si rileva la necessità  
di istituire il Servizio infermieristico previsto dall'art.  
19 della L.R. n. 26/96 per l'attivazione delle competenze e  
funzioni.

Visto il parere di legittimità del Dirigente del servizio  
proponente riportato in calce al predetto documento  
istruttorio;

Vistii i pareri del Direttore Sanitario e del Direttore  
AMMINISTRATIVO, riportati in calce alla presente  
deliberazione;

Ritenuto di dover deliberare in ordine alla proposta  
contenuta nel documento istruttorio;

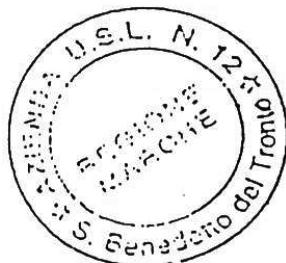
D E L I B E R A

- di istituire il Servizio infermieristico dell'Azienda U.S.L. N. 12 con i compiti previsti nell'allegato documento istruttorio del Dirigente Sanitario dott. Piero Ripani;
- di dare atto che il presente provvedimento non comporta aumento di spesa;
- di dare atto che la presente deliberazione, a norma dell'art. 4, comma 8, della L.412 del 1991 e dell'art.28 della L.R. 26 del 1996 non è soggetta all'approvazione della Giunta della Regione Marche;
- di disporre l'immediata pubblicazione della presente deliberazione all'albo dell'Azienda U.S.L. n.12;

IL DIRETTORE GENERALE  
Dott. Renato Angelone

IL DIRETTORE SANITARIO  
Dott. Luigi Persiani

IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO  
Dott. Luigi Carlo Iorio



UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

Allegato alla delibera n. 708 del 10.07.1993

REGIONE MARCHE  
AZIENDA U.S.L. n° 12  
SAN BENEDETTO DEL TRONTO (AP)

DOCUMENTO ISTRUITORIO

OGGETTO: ISTITUZIONE SERVIZIO INFERMIERISTICO AI SENSI

ART 19 LEGGE REGIONALE 26/96.

-Visto l'art 19 della Legge Regionale delle Marche n° 26/96 che prevede l'istituzione in ogni Azienda U.S.L. del Servizio Infermieristico con le seguenti funzioni:

- 1)- valutazione del fabbisogno del personale infermieristico ed ausiliario;
- 2)- assegnazione dello stesso ai presidi ospedalieri ed extraospedalieri;
- 3)- la definizione e lo sviluppo di modelli assistenziali;
- 4)- la verifica ed il miglioramento della qualità delle funzioni assistenziali ed alberghiere;
- 5)- la promozione di iniziative di formazione, aggiornamento e di ricerca;

-Rilevato che occorre impostare la gestione del personale infermieristico in modo flessibile all'interno dell'Azienda per rispondere alle mutevoli esigenze delle diverse strutture;

- Premesso che il Servizio Infermieristico, in maggior dettaglio rispetto all'art. 19 della L.R. 26/96, assolve ai seguenti compiti:

- 1)- assicura un'adeguata risposta ai bisogni di assistenza infermieristica dei simboli e della collettività mediante l'ottimizzazione, il coordinamento ed il controllo di qualità delle prestazioni infermieristiche;
- 2)- definisce i modelli operativi riguardanti l'attività infermieristica;
- 3)- garantisce la promozione dell'aggiornamento e della formazione permanente del personale in servizio;
- 4)- promuove le iniziative di ricerca in campo infermieristico;
- 5)- verifica la qualità delle prestazioni domestiche/ alberghiere sia in regime di produzione diretta che di appalto;
- 6)- supporta l'attività di programmazione e controllo generale della Direzione Aziendale.

Dato che nello svolgimento delle proprie funzioni il Responsabile del Servizio Infermieristico:

- 1)- Risponde direttamente al Direttore Sanitario della

Azienda, nel cui staff è collocato, e al Direttore Generale:

- 2) - opera, per assolvere ai propri compiti, in collaborazione con i Dirigenti Medici delle strutture ospedaliere, con i responsabili dei dipartimenti, o, in assenza, delle unità operative e dei servizi ospedalieri, i dirigenti sanitari delle strutture distrettuali e delle unità operative dell'area territoriale;
- 3) - opera a supporto della Direzione Sanitaria e della Direzione Generale dell'Azienda stessa per tutte le problematiche tecnico-giuridiche riguardanti il personale infermieristico ed ausiliario;
- 4) - definisce i criteri generali di organizzazione del lavoro per il personale infermieristico ed ausiliario. La gestione delle relative problematiche viene garantita dai dirigenti sanitari ed i referenti infermieristici dei singoli presidi, struttura e servizio;
- 5) - valuta il fabbisogno e assegna il personale infermieristico ai presidi ospedalieri ed extraospedalieri in collaborazione al Direttore Sanitario;
- 6) - concorda con i dirigenti medici delle strutture ospedaliere, con i responsabili dei dipartimenti, o, in assenza, delle unità operative e dei servizi ospedalieri, i dirigenti sanitari delle strutture distrettuali e delle unità operative dell'area tutte le proposte rilevanti in materia di organizzazione del lavoro del personale infermieristico ed ausiliario;
- 7) - si avvale, per l'espletamento dei propri compiti, di referenti infermieristici nelle strutture ospedaliere e territoriali, pur non configurandosi nei loro confronti un rapporto di tipo gerarchico diretto ma meramente funzionale.

Ritenuto, altresì, di dover provvedere per garantire il funzionamento del Servizio infermieristico una dotazione di 1 Operatore Professionale Dirigente D.A.I. e n° 2 Operatori Professionali coordinatori Capo-Sala, attingendo ai posti previsti sulla dotazione organica provvisoria, di cui alla delibera n° 1 del 5.1.98, presso il Presidio Ospedaliero di questa Azienda U.S.L.

SI PROPONE

Per le considerazioni espresse in premessa, di procedere all'istituzione del Servizio Infermieristico ai sensi dell'art. 19 della L.R. n° 26/96; di prevedere per il suddetto Servizio, conformemente a quanto disposto in sede di definizione della dotazione organica provvisoria con delibera n° 1 del 5.1.98, un'organico di:  
n. 1 Operatore Professionale Dirigente - DAI  
n. 2 Operatori Professionali Coordinatori - Caposala,  
attingendo ai posti previsti presso il Presidio Ospedaliero di questa Azienda U.S.L.

IL DIRIGENTE SANITARIO  
DR. PIERO RIPA  
  
DIRETTORE SANITARIO  
USL N. 12

## **ESCE IL PIANO SOCIO SANITARIO 1998/2000**

Come cambia il contesto in sanità?

La crisi finanziaria che attanaglia la sanità regionale delle Marche non ha ancora indotto sensibili cadute nell' efficacia assistenziale. Siamo in una situazione che potremmo definire di efficacia ad alto costo, situazione non tollerabile a medio/lungo tempo. Nel complesso la qualità dell'offerta sanitaria nelle Marche è sostanzialmente medio/alta (da indicatori ministeriali).

Governare la sanità nell'ottica dello Stato delle Autonomie impone alle Regioni il passaggio dalla mera manovra finanziaria (con un rimborso a pie list) a una politica economica della sanità; azioni non certo nuove nel mondo delle imprese e delle aziende private, ma poco praticate nella storia della sanità pubblica. Alle regioni si impone:

- l'analisi dei meccanismi della spesa, dei modelli di attività, dei processi/percorsi produttivi, della gestione della tecnologia, dei regimi assistenziali, dell'organizzazione del lavoro, delle procedure, di produrre o acquistare servizi;
- la responsabilizzazione degli ordinatori di spesa nel sistema sanitario, individuando soggetti, ruoli, categorie, dunque "Centri di Responsabilità";
- l'introduzione della contabilità economica analitica e patrimoniale, assegnando il "Budget", favorendo l'adozione di sistemi valutativi e di controllo, misure premianti o dissuadenti in funzione dei risultati.

Il PSR ambisce a migliorare la qualità dei servizi per contenere i costi, il che è possibile proprio liberando risorse in termini di auto riorganizzazioni e auto regolazioni del sistema. Assetti, strutture, piante organiche e tipologie di servizi verranno stabiliti dalle aziende nella loro autonomia gestionale, all'interno dei vincoli rappresentate:

- dalle regole del gioco;
- dai macro-obiettivi di scala regionale;
- dai livelli di finanziamento in rapporto alle macro-funzioni (ospedale, territorio e prevenzione) e ai livelli uniformi di assistenza;
- da standard di riferimento dotazionali in rapporto alle macro-funzioni;
- dai sistemi di verifica e controllo dei risultati.

Si struttura il **Sistema Informativo Sanitario**, dati e informazioni indispensabili per governare e gestire la sanità e la salute dei cittadini.

Si istituiscono i **Dipartimenti**, con il duplice scopo di recuperare l'eccessiva polverizzazione specialistica e per una maggiore gestione integrata.

Si inserisce il regime di erogazioni delle prestazioni, non solo più ambulatori medici e degenza ospedaliera; si differenzia l'offerta per personalizzare sempre più l'assistenza e per rispondere in maniera più appropriata ai bisogni di salute; si avvia l'assistenza domiciliare, la specialistica in DH, il regime semi residenziale, fino all'ospitalizzazione a domicilio; nell'ambito della degenza ospedaliera, si differenzia il Pronto Soccorso per l'emergenza, l'Astanteria (oggi Medicina d'Urgenza) per la degenza breve.

Si elaborano le **Linee Guida** e si attivano i **Profili di Assistenza** che individuano i migliori percorsi possibili in quello specifico contesto anche temporale.

Si sviluppano modelli motivanti attraverso la gestione dei contratti e la progettazione per obiettivi.

La scommessa per il futuro del PSR 1998-2000 è l'**uscita dalla prassi di autoreferenzialità** del sistema e lo spostamento verso forme di auto ed etero valutazione per incamminarci verso la **"Qualità Totale"** del sistema salute.

Avvio dei corsi formativi regionali per la realizzazione dei progetti **"Profili di assistenza e medicina basata sull'evidenza"** e **"Appropriatezza e accreditamento Dipartimenti di Prevenzione"** alla ASL 12 di SBT da parte dell'Agenzia Regionale Sanitaria guidata dal Direttore Francesco Di Stanislao.

**CORSO REGIONALE  
I PROFILI DI ASSISTENZA E LA MEDICINA BASATA SULL'EVIDENZA  
NEL SISTEMA ORGANIZZATIVO AZIENDALE**

**1a giornata (9.00-18.00) – SISTEMA ORGANIZZATIVO E PROCESSI**  
Conduttori: Prof. F. Di Stanislao e dott. G. Noto  
*Obiettivi formativi*  
*Al termine del modulo i partecipanti saranno in grado di:*  
a) Descrivere i principali modelli teorici di analisi di una organizzazione  
b) Identificare gli elementi costitutivi dell'analisi sistematica di una organizzazione  
c) Utilizzare metodologie di scomposizione e analisi dei processi operativi

**2a giornata – 1a parte (9.00-13.00): LA MEDICINA BASATA sull'EVIDENZA (EBM)**  
Conduttori: Dott.ssa R. Simonetti, Dott. F. Tinè  
*Obiettivi formativi*  
*Al termine del modulo i partecipanti saranno in grado di:*  
a) Discutere il quadro concettuale e l'approccio culturale e metodologico all'EBM  
b) Identificare potenzialità e limiti dell'EBM nell'applicazione su casi clinici

**2a parte (15.00-18.30) – INTRODUZIONE ALL'EPIDEMIOLOGIA CLINICA**  
Conduttore: Dott. R. Russo  
*Obiettivi formativi*  
*Al termine del modulo i partecipanti saranno in grado di:*  
a) Identificare una griglia di valutazione degli studi di efficacia clinica  
b) Valutare la qualità di uno studio di efficacia clinica  
c) Descrivere strumenti di valutazione della qualità delle linee guida cliniche

**3a giornata (9.00-18.00) – PROFILI DI ASSISTENZA**  
Conduttori: Dott. Andrea Gardini, Dott. M. Panella, Dott. G. Allochis  
*Obiettivi formativi*  
*Al termine del modulo i partecipanti saranno in grado di:*  
a) Definire le differenze tra linee guida, protocolli diagnostico-terapeutici, profili di assistenza (*clinical pathway, disease management*)  
b) Individuare gli elementi costitutivi di un profilo di assistenza  
c) Esercitazione di costruzione di un profilo di assistenza

**4a giornata (9-13) – PROGETTAZIONE OPERATIVA AZIENDALE DEI PROFILI DI ASSISTENZA**  
Conduttori: Prof. F. Di Stanislao e dott. G. Noto

Nel frattempo la Giunta Regionale, sulla spinta di Francesco Di Stanislao, Direttore dell'Agenzia Sanitaria, emana altre due importanti normative nel nostro panorama regionale:

- il **"Manuale Autorizzazione"** con i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'autorizzazione alla realizzazione e all'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private della Regione Marche;
- il **"Manuale di Accreditamento"** che delinea sistemi e requisiti per l'accreditamento delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private della Regione Marche.

## **ANNO 2001**

All'inizio del 2001, nella proposta del fabbisogno formativo da parte del nascente Servizio Infermieristico, oltre alla formazione per la diffusione delle tecniche di rianimazione cardio polmonare, si ampliano gli obiettivi formativi da perseguire con la "Personalizzazione dell'assistenza" attraverso l'implementazione della Documentazione Infermieristica, dei Profili di Assistenza e di tutti gli strumenti in essi contenuti e la formazione sul Management gestionale per i coordinatori con il coinvolgimento delle tre ASL, Fermo, SBT e AP, per gestire meglio i cambiamenti necessari. Vengono portati a termine diversi primi importanti obiettivi con l'innovativa modalità operativa di lavoro di gruppo interdisciplinare e con presentazione ufficiale dell'elaborato da parte degli operatori stessi: nell'area medica viene redatto il "Protocollo/Percorso per il paziente colpito da Ictus", con relazione del tutor, del gruppo di lavoro della Neurologia e della Medicina e dell'Infermiere Giarrusso Pier Lorenzo componente del CIO; nell'area materno-infantile viene elaborato il "Profilo d'assistenza del Neonato Sano", presentato dall'Infermiera Presutti Franca Vera e dalla Puericultrice Manni Daniela per le check-list dell'Isola Neonatale; viene revisionata la documentazione infermieristica nell'area materno-infantile e nell'area psichiatrica con relazione dell'Infermiera Faini Linda.

**SCHEDA DI RILEVAZIONE FABBISOGNO FORMATIVO ANNO 2001.**

Prot. n. 146 del 16.01.01

Al Direttore Generale Az. USL.12  
All'U.O. Formazione Ed. Sanitaria  
**LORO SEDI**

**Unità Operativa: Servizio Infermieristico**

**Obiettivi formativi da perseguire :**

- 1°) Personalizzazione dell'assistenza attraverso un'implementazione della Documentazione Infermieristica, dei Profili di Assistenza e di tutti gli strumenti in essi contenuti (Procedure – Protocolli – Linee Guida IBM-N oriented).
- 2°) Giornate di studio su argomenti di interesse dipartimentale ed interdipartimentale, al fine di uniformare i comportamenti verso criteri metodologici validati scientificamente.
- 3°) Retraining BLS e BLS-D (Basic Life Support e Basic Life Support Defibrillation) per una migliore risposta in situazioni di emergenza intra ed extra ospedaliera, migliorando la qualità, la tempestività e la sicurezza degli interventi.
- 4°) Corso di addestramento PBLS (Pediatric Basic Life Support) per il personale dell'Area Materno-Infantile finalizzato ad una risposta competente ed adeguata in situazioni di emergenza neonatale e pediatrica.
- 5°) Management-gestione del profondo processo di cambiamento: progettazione, modelli e metodologie.

**Contenuti della Formazione:**

- 1° obiettivo-Giornate di studio e gruppi di lavoro sugli strumenti indicati.
- 2° obiettivo-Seguirà un programma degli argomenti proposti.
- 3° obiettivo-Tecniche di Rianimazione Cardio-Polmonare e Defibrillazione Precoce.
- 4° obiettivo-Tecniche di Rianimazione Cardio-Polmonare Neonatale e Pediatrica.

**Obiettivi**

5° obiettivo- Management relazionale (per una gestione delle risorse umane), Management gestionale (per una corretta gestione economica), Management operativo (per una corretta gestione dei servizi attraverso la via della qualità).

**Destinatari:**

- 1° obiettivo-Tutti gli operatori del Comparto.
- 2° obiettivo-Tutti gli operatori del Comparto
- 3° obiettivo-Tutti gli operatori del Comparto.
- 4° obiettivo-Comparto dell'Area Materno-Infantile
- 5° obiettivo-Personale Coordinatore del Presidio.

**Programmi:**

Seguirà programma dettagliato per ciascun tipo di corso.

**Modalità didattiche:**

Seguiranno modalità dettagliate per ciascun tipo di corso.

**Docenti:**

Seguiranno nominativi.

**Logistica:**

In sede.

**Strutture didattiche occorrenti:**

Sala Convegni, Locali ex scuola Infermieri.

Data 15.01.2001



## CONSUNTIVO 2001

**Primo obiettivo : Miglioramento continuo della qualità dell'assistenza infermieristica erogata all'interno delle UU.OO. del presidio.**

1) Costruzione di protocolli riguardanti l'assistenza del paziente colpito da ictus;

Revisione dei protocolli esistenti.

**Unità Operative interessate:** Geriatria – Medicina – Neurologia – Pronto Soccorso – Riabilitazione.

**Modalità operative:** individuazione di un gruppo di lavoro interdisciplinare, calendarizzazione degli incontri, riunioni del gruppo.

**Tutoring:** Servizio Infermieristico.

**Protocolli elaborati:**

- Alimentazione - Idratazione
- Disfagia e prevenzione delle aspirazioni
- Informazione a pazienti e familiari
- Ipertermia
- Prevenzione delle flebiti superficiali
- Prevenzione dell'alvo costipato
- Prevenzione delle cadute
- Prevenzione delle tromboembolie venose

**Protocolli rivisti:**

- Gestione della funzione vescicale
- Trattamento delle lesioni da decubito

**In data 12 Ottobre 2001 incontro** di formazione/informazione rivolto a tutto il personale di area medica con illustrazione da parte di un componente del gruppo di lavoro e del responsabile del Servizio Infermieristico dei protocolli elaborati.

Si prevede un periodo di sperimentazione (1° trimestre 2002) dei protocolli presentati e del profilo d'assistenza per l'osservazione dei risultati attesi.

2) Costruzione del profilo d'assistenza riguardanti il neonato sano e dei protocolli in esso contenuti.

## Consuntivo degli obiettivi

**Unità Operative interessate:** Assistenza Neonatale – Ostetricia/Ginecologia – Pediatria.

**Modalità operative:** individuazione di un gruppo di lavoro interdisciplinare, calendarizzazione degli incontri, riunioni del gruppo.

**Tutoring:** Servizio Infermieristico.

**Protocolli elaborati:**

- Allattamento al seno
- Ingorgo mammario
- Ragadi

**In data 15 Novembre 2001 incontro** di formazione/informazione rivolto a tutto il personale di area materno-infantile con illustrazione da parte di tutti i componenti del gruppo di lavoro e del responsabile del Servizio Infermieristico dei protocolli elaborati.

Si prevede un periodo di sperimentazione (1° trimestre 2002) dei protocolli presentati e del profilo d'assistenza al termine del quale è stato stabilito un percorso di verifica ed un successivo coinvolgimento del personale interessato per l'analisi dei punti critici e l'implementazione di interventi migliorativi.

**CONSUNTIVO 2001**

**Secondo obiettivo : Umanizzazione e personalizzazione dell'assistenza.**

Revisione della documentazione infermieristica già in uso all'interno delle UU.OO.

**Unità Operative interessate:** Servizio psichiatrico di diagnosi e cura –UU.OO. di degenza di area medica – UU.OO. di area materno-infantile.

**Modalità operative:**

- Disamina di 100 documentazioni infermieristiche equamente distribuite tra 10 unità operative del presidio (Cardiologia-Chirurgia-Geriatría-Medicina-Neurologia-Oculistica- Ortopedia-Ostetricia- Otorino-Pediatria) sulla base di precisi criteri di valutazione precedentemente stabiliti.

-Analisi dei punti critici emersi dai risultati (si allega scheda riepilogativa).

-Incontri informativi/formativi con tutto il personale d'assistenza appartenente all'area medica, materno infantile e psichiatrica e presentazione dei risultati dell'osservatorio effettuato.

-Revisione della documentazione infermieristica attualmente in uso per renderla operativamente più appropriata a rispondere alla richiesta dei bisogni d'assistenza specifici dei pazienti presenti nelle differenti realtà dipartimentali.

-Individuazione di un gruppo di lavoro per ciascuna delle tre aree specifiche, calendarizzazione degli incontri, riunioni dei gruppi.

**Tutoring:** Servizio Infermieristico.

**Risultati dei lavori:**

Elaborazione di un documento di lavoro, specifico per area che permetta a ciascun operatore, sulla base della peculiarità della propria realtà, di evidenziare e reperire con puntualità, velocità e precisione, tutte le informazioni utili a dare una migliore risposta ai bisogni assistenziali del paziente.

- In data 15 Novembre 2001 incontro di formazione/informazione rivolto a tutto il personale di area materno-infantile, per la presentazione ufficiale della documentazione infermieristica specifica che

- In data 20 Novembre 2001 incontro di formazione/informazione rivolto a tutto il personale di area medica di degenza, per la presentazione ufficiale della documentazione infermieristica specifica che sarà utilizzata dal 1 Dicembre 2001.

- In data 18 Dicembre 2001 incontro di formazione/informazione rivolto a tutto il personale del Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura, per la presentazione ufficiale della documentazione infermieristica specifica che sarà utilizzata dal 1 Gennaio 2002.

Si prevede un periodo di sperimentazione (1° bimestre 2002) al termine del quale è stato stabilito un percorso di verifica della documentazione utilizzata ed un momento successivo di coinvolgimento del personale di ciascuna delle tre aree interessate, per l'analisi dei punti critici e l'implementazione di interventi migliorativi.

**Elenco firmato dei partecipanti  
all'incontro del dipartimento medico.**

Azienda USL 12 Direzione San. Osped. Servizio Infermieristico		DIPARTIMENTO MEDICO
Elenco partecipanti	12.10.01	ore 10-12
1 ALESSANDRI COSTANTINO	<i>OK</i>	
2 AUCELLO RAFFAELA	<i>Succello Raffaella</i>	
3 BARTOLOMEI BRUNO	<i>Bartolomei Bruno</i>	
4 CAMELA MARINO	<i>Cameila Marino</i>	
5 CAMELI GIORGIO	<i>Cameli Giorgio</i>	
6 CAMELI ADELE	<i>Cameli Adele</i>	
7 CAPONI ROMINA	<i>Caponi Romina</i>	
8 CENSORI MARILENA	<i>Censori Marilena</i>	
9 COCCIA GIUSEPPINA	<i>Coccia Giuseppina</i>	
10 DE CESARIS GABRIELE	<i>De Cesaris Gabriele</i>	
11 DI PIETRANTONI/ MANUELITA	<i>Di Pietrantoni/Manuelita</i>	
12 FERRETTI ROSELLA	<i>Ferretti Rossella</i>	
13 FERRI SABRINA	<i>Ferrini Sabrina</i>	
14 ILARI EMANUELA	<i>Ilari Emanuela</i>	
15 LUCIANI ERSILIA	<i>Luciani Ersilia</i>	
16 MALONI ENA	<i>Maloni Ena</i>	
17 MARCELLI STEFANO	<i>Marcelli Stefano</i>	
18 MARTINO ROSARIA	<i>Martino Rosaria</i>	
19 MENZIETTI ALVARO	<i>Menzietti Alvaro</i>	
20 MUNGO GIOVANNA	<i>Mungo Giovanna</i>	
21 PACIOTTI ROSALBA	<i>Paciotti Rosalba</i>	
22 PEZZUOLI LEONARDO	<i>Pezzuoli Leonardo</i>	
23 PICONI GELTRUDE	<i>Piconi Geltrude</i>	
24 PIERANTOZZI TIZIANA	<i>Pierantozzi Tiziana</i>	
25 RICCI ROBERTA	<i>Ricci Roberta</i>	
26 RONCORONI ROBERTA	<i>Roncoroni Roberta</i>	
27 ROSATI NICOLETTA	<i>Rosati Nicoletta</i>	
28 SCIAMANNA ANGELA	<i>Sciamanna Angela</i>	
29 SCORFINI ANTONELLA	<i>Scorfini Antonella</i>	
30 SIMONELLI GIULIANA	<i>Simonelli Giuliana</i>	
31 TAFFONI SABRINA	<i>Taffoni Sabrina</i>	
32 TANCREDI CANDIDA	<i>Tancredi Candida</i>	
33 TESTA DOROTEA	<i>Testa Dorotea</i>	
34 TUCCI BICE	<i>Tucci Bice</i>	
35 URRIANI LUIGI	<i>Urriani Luigi</i>	
36 VITANGELI MARICA	<i>Vitangeli Marica</i>	

# UN'IDEA DI SANITÀ PUBBLICA

15 Novembre 2001 Dipartimento materno-infantile	
ABATE	ANNA MARIA
AMADIO	FILOMENA
BONDI	ANTONELLA
BRUNI	GILDA
CAPRIOTTI	ANNA MARIA
CARASSAI	FRANCA
CIOTTI	MARISA
COCCHIA	ELVIRA
DE ANGELIS	GIGLIANA
DI BERARDINO	GIGLIANA
DI DOMENICO	MONICA
FIUMARELLA	TERESA
GABRIELLI	GABRIELLA
GULIANI	MARINA
IMPRESCHIA	EMIDIA
LAGHI	ADRIANA
MANNI	DANIELA
MARCHETTI	DOLORES
MASSETTI	MARIA RITA
MATTIOLI	ALFREDINA
MELCHIORRI	ROSANNA
MERCURI	FABRIZIA
MERLETTI	ANGELITA
MERLINI	ANTONIETTA
MIGNINI	MARIA
MORA	LOREDANA
MOZZONI	NAUSICAA
NARCISI	DANIELA
NARCISI	ANGELA
OFFIDANI	ANNA
OPPIDANI	STEFANIA
PIGNOTTI	LUCIANA
PILOTA	MARIA PAOLA
POTACQUI	FRANCESCA
PRESUTTI	FRANCA VERA
ROSETTI	RITA
TAVOLETTI	DONATELLA
TULLI	EDI GILDA
VAGNONI	MILVA
VULPIANI	ROSITA
ZAPPASODI	PAOLA
STRACCIA	STEPHANIA

Elenco firmato dei partecipanti all'incontro del dipartimento materno-infantile.

## U.O. DI PSICHIATRIA

.18.12.2001

ore 15.00-17.00

1	ANTIMIANI	ANTONELLA	
2	ASCOLANI	MARCO	
3	CAIONI	SABINA	
4	CAPRIOTTI	MARIA	
5	CICCHI	TONINO	
6	CICCOLA	GIOVANNI	
7	CRAVERO	ANNA	
8	CUTINI	ANGELO	
9	D'ANGELO	GIULIANO	
10	DE ANGELIS	GIANNI	
11	FAINI	LINDA	
12	FELICETTI	DOLORES	
13	LUZI	GIULIANO	
14	NERONI	FIOMENA	
15	ORIFERI	MARIO	
16	PRIORI	EMIDIO	
17	TAMBURRINI	MARIA PIA	
18	WICK	LEOPOLDO	
19			
20			

Fabrizio Cesa  
 Capo Ufficio Giudizio

Angelo Putini  
 Giuseppe Iannone  
 Stefano D'Alessandro  
 Silvia Giuliano  
 OK D Presente fallito:  
 Gianni Sbarra  
 Michele

Elenco firmato dei partecipanti all'incontro dell'U.O. di psichiatria.