

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1 <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p><i>Direttore: dott. M.G. Di Martino</i></p>	<p>Codice documento: MQ. MCAU. TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012</p> <p>Pagina 1 di 111</p>
---	--	---

MANUALE QUALITÀ

Unità Operativa MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

P.O. S. Antonio Abate Trapani

PREPARATO	VERIFICATO	APPROVATO
<i>Direttore U.O.C.</i>	<i>Responsabile Qualità aziendale</i>	<i>Direttore Generale</i>

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 2 di 111</p>
--	---	---

SOMMARIO

PRESENTAZIONE DEL MANUALE

GENERALITÀ
ORGANIZZAZIONE DEL MANUALE
TAVOLA DEGLI AGGIORNAMENTI DEL MANUALE
GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE
PROCESSI ED ATTIVITÀ COMPRESE NEL PRESENTE MANUALE

CAPITOLO 1 - POLITICA, OBIETTIVI, ATTIVITÀ

MISSIONE E VISIONE DELL'UNITÀ OPERATIVA
OBIETTIVI GENERALI

Capitolo 2 - CRITERI PER L'ACCESSO ALLA QUALIFICA

PERSONALE MEDICO
a) **DIRETTORE DI STRUTTURA COMPLESSA**
b) **MEDICI**

PERSONALE INFERMIERISTICO
a) **CAPO SALA**
b) **INFERMIERE**
c) **INFERMIERE TRIAGISTA**
d) **Istruttore triage**

PERSONALE TECNICO
a) **AUTISTI AMBULANZE**
b) **OTA**
c) **AUSILIARI**

CAPITOLO 3 - PIANIFICAZIONE

ORGANIGRAMMA
ATTIVITÀ E RESPONSABILITÀ
PIANO DELLE ATTIVITÀ DEL DIPARTIMENTO/STRUTTURA (prestazioni erogate)

CAPITOLO 4 - COMUNICAZIONE

COMUNICAZIONE ESTERNA
COMUNICAZIONE INTERNA

CAPITOLO 5 - ATTREZZATURE

CAPITOLO 6 - FORMAZIONE

INSERIMENTO, AFFIANCAMENTO, ADDESTRAMENTO
FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO
Mantenimento della qualifica

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ. MCAU. TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 3 di 111</p>
--	---	---

- a) Medici
- b) Infermieri

CAPITOLO 7 - SISTEMA INFORMATIVO

GESTIONE DEL DATO
GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

CAPITOLO 8 - PROCEDURE

CAPITOLO 9 - REQUISITI ORGANIZZATIVI

REQUISITI OBBLIGATORI
REQUISITI OPERATIVI

- a) RILEVAZIONE NECESSITA'
- b) GESTIONE RISORSE UMANE
- c) RISORSE TECNOLOGICHE
- d) GESTIONE DELLE EMERGENZE
- e) GESTIONE DELLE MAXI EMERGENZE
- f) GESTIONE URGENZE INTRAOSPEDALIERE
- g) GESTIONE DELL'ATTIVITA' ORDINARIA

CAPITOLO 10 - VERIFICA DEI RISULTATI

CAPITOLO 11 - MIGLIORAMENTO

REPORT 2011
PIANO DELLE ATTIVITA' 2012
RILEVAZIONE della SODDISFAZIONE dell' UTENZA

ALLEGATI

REGISTRO DI DISTRIBUZIONE DEI DOCUMENTI *DR.1.PRG.001.DrQ*

REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI *PRG.001. MCAU.TP*

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 4 di 111</p>
--	---	---

PRESENTAZIONE DEL MANUALE

GENERALITÀ

Il presente "MANUALE QUALITÀ" redatto dall'Unità Operativa di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza (M.C.A.U.) dell'ASP di Trapani, afferente Presidio Ospedaliero "S. Antonio Abate", Distretto Ospedaliero TP1, rappresenta il modello per l'attuazione del processo di Accreditamento nella Regione Siciliana e descrive il Sistema Qualità implementato nella Unità Operativa.

Lo scopo del presente manuale è quello di stabilire e documentare l'organizzazione, le funzioni ed i servizi erogati dalla Unità Operativa, finalizzandole a dimostrare la capacità di fornire con regolarità servizi che rispondono a quanto richiesto:

- dagli obiettivi aziendali
- dalle normative vigenti e cogenti
- dall'utenza.

Il manuale della qualità è il documento di riferimento:

per il personale dell'organizzazione, che trova in esso l'indirizzo e la guida per operare;
per i cittadini utenti e per gli **organismi di verifica** di parte terza, che trovano in esso gli elementi per verificare come l'organizzazione soddisfa i requisiti di gestione della qualità e di soddisfazione degli utenti e delle parti interessate.

Nel Manuale sono descritte le modalità operative seguite per le attività tecniche e gestionali che influenzano direttamente o indirettamente la qualità dei servizi forniti, richiamando le eventuali procedure utilizzate.

La struttura del manuale è stata progettata in maniera tale da poter essere modificata nelle sue componenti in un'ottica di miglioramento continuo della Qualità dei servizi erogati, con l'obiettivo di accrescere la soddisfazione degli utenti.

Il Campo Di Applicazione

Il manuale della qualità dell' U.O. di MCAU riguarda tutte le attività condotte all'interno dell'organizzazione.

In particolare, descrive come le varie aree della struttura organizzativa agiscono per la realizzazione e l'erogazione dei servizi, per il controllo della documentazione, per l'addestramento e l'organizzazione del lavoro, per il rispetto delle normative di riferimento.

Nello specifico è riferibile ai requisiti presenti nella normativa relativa all'accreditamento delle strutture sanitarie (Nazionali: D.Lgs n°502/92, D.Lgs n°517/93, L. n°549/95, PSN 1994-96, DPR 14 Gennaio 1997, PSN 1998-2000, D.Lgs n°229/99). Regionali: Decreto Regione Sicilia n° 890 del 17 Giugno 2002, Circolare Assessoriale n°1097 del 27 Novembre 2002, Circolare Assessoriale n°1099 del 22 Gennaio 2003, Decreto Regione Sicilia n°463 del 17 Aprile 2003).

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 5 di 111</p>
--	---	---

Si è inoltre tenuto conto degli standard **Joint Commission International** per le aree di Emergenza nonché del Piano Annuale Dei Controlli "**Assistenza in Emergenza e Urgenza in Ambito Ospedaliero**" trasmesso dal Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico Area 2 "Nucleo Ispettivo e Vigilanza". Il presente Manuale fa riferimento procedure e protocolli riconosciuti e validati nella letteratura scientifica.

Responsabilità

Il Responsabile dell'U.O., eventualmente coadiuvato da referente qualità dell'U.O. ha la responsabilità di:

- ◆ redigere il manuale della qualità in tutte le sue parti e sezioni;
- ◆ curarne l'aggiornamento e la distribuzione;
- ◆ verificare la congruità con i requisiti della norma di riferimento, con le procedure gestionali di sistema e tutti i documenti del Sistema di Gestione per la Qualità.

Il Responsabile Qualità aziendale

- ◆ ha la responsabilità di verificare la rispondenza del manuale della qualità ai requisiti della norma di riferimento ed alla Politica della qualità definita dalla Direzione dell'organizzazione

Tutto il personale dell'organizzazione

- ◆ è chiamato a contribuire nell'applicazione, nell'aggiornamento e nel miglioramento del Sistema di Gestione per la Qualità dell'organizzazione.

ORGANIZZAZIONE DEL PRESENTE MANUALE

Per facilitare la gestione della documentazione relativamente al suo aggiornamento e per prevenire l'utilizzo di documentazione superata, la parte seguente del manuale è stata organizzata in modo tale da riportare una sintetica descrizione dei principali elementi che lo compongono, rimandando la trattazione delle specifiche tecniche di gestione a documenti allegati (procedure gestionali, linee guida e/o modulistica operativa).

Nel caso dovessero essere utilizzate particolari (ed estese) procedure gestionali, con la stessa metodologia, verrà fatto riferimento alla modulistica necessaria per il controllo del processo.

Allo scopo di ridurre quanto più possibile l'utilizzo della documentazione di tipo cartaceo, laddove ritenuto idoneo, verranno gradualmente introdotti documenti in formato elettronico (compreso il presente manuale).

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 6 di 111</p>
--	---	---

TAVOLA DEGLI AGGIORNAMENTI DEL MANUALE

Nella tabella di seguito esposta vengono riportate le modifiche subite dal presente manuale e le revisioni adottate con la data di emissione.

REV.	DATA	MOTIVO
0	30.06.2004	PRIMA EMISSIONE
1	30.06.2005	REVISIONE ANNUALE
2	30.12.2006	REVISIONE ANNUALE
3	30.07.2007	REVISIONE ANNUALE
4	11.12.2009	REVISIONE ORGANIGRAMMA, INSERIMENTO PROCEDURE
5	17.01.2011	REVISIONE ANNUALE
6	28.06.2012	REVISIONE ANNUALE. INTEGRAZIONE REQUISITI ASSESSORATO.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 7 di 111</p>
--	---	---

GESTIONE DELLA DOCUMENTAZIONE

I documenti utilizzati nel presente manuale, come descrittivi dell'organizzazione e delle attività svolte, devono essere codificati in maniera da poterli identificare correttamente ed in modo tale da prevenire l'uso di documenti obsoleti.

La codifica dei documenti utilizzati

Come da procedura gestionale di sistema "gestione della documentazione PRG.001. DrQ" tutti i documenti necessari per la corretta gestione dell'organizzazione e della attività svolte dovranno essere codificati prendendo in considerazione gli aspetti riportati nella seguente tabella (i documenti sono classificati in ordine gerarchico, in relazione alla loro importanza):

DOCUMENTO	CODICE	LEGENDA
Manuali	MQ.wwwx	M = Manuale www = si tratta di tre lettere che indicano la direzione o l'unità operativa di riferimento X= si tratta di una, due o tre lettere che indicano la sede geografica dell'U.O.
Procedure Gestionali di Sistema	PRG..www	PRG = Procedura Gestionale di Sistema www = si tratta di tre lettere che indicano la direzione e/o l'unità operativa di riferimento(es. DrQ= Direzione +Qualità
Procedure Tecnico Professionali	PRT.www	PRT= Procedura Tecnico Professionali www = si tratta di tre lettere che indicano la direzione e/o l'unità operativa di riferimento
Pianificazione straordinaria della qualità	PSQ.MM.AA.www	PSQ = Pianificazione straordinaria della qualità MM = numero progressivo all'interno dell'anno di riferimento AA = anno di riferimento www = si tratta di tre lettere che indicano la direzione o l'unità operativa di riferimento
Istruzioni di lavoro	IL. www	IL = Istruzioni di lavoro www = si tratta di tre lettere che indicano la direzione o l'unità operativa di riferimento
Documenti di registrazione	DR.N CCC	DR. = Documento di registrazione N = numero progressivo del DR all'interno del documento cui si riferisce (IL, MQ, PQ, PR) CCC = codice del documento a cui fa riferimento il DR
Allegati	All.N CCC	All. = Allegato N = numero progressivo dell'All. all'interno del documento cui si riferisce (IL, MQ, PQ, PR) CCC = codice del documento a cui fa riferimento l'All
Protocolli	PT.www	PT= Protocollo www= si tratta di tre lettere che indicano la direzione o l'unità operativa di riferimento

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 8 di 111</p>
--	---	---

PROCESSI ED ATTIVITÀ COMPRESE NEL PRESENTE MANUALE

1 – ORGANIGRAMMA DELLA UNITÀ OPERATIVA

E' stata riprodotta una rappresentazione grafica delle posizioni organizzative interne all'U.O., con l'evidenziazione dei relativi rapporti funzionali. E' stato compilato riportando in ogni casella la posizione organizzativa, il cognome e l'iniziale del nome o il nome dell'operatore che in quel momento la ricopre.

2 – FUNZIONIGRAMMA DELLA UNITÀ OPERATIVA

Definisce le funzioni effettivamente espletate da ciascuna posizione funzionale in maniera più analitica rispetto all'organigramma.

Con la voce "*interfaccia a monte*" si intendono le figure professionali gerarchicamente superiori; con la voce "*interfaccia a valle*" si intendono le figure professionali gerarchicamente subordinate; con la voce "rapporto funzionale" si intendono le figure professionali complementari e paritarie.

Con la voce "*ruolo professionale*" si intende specificare la qualifica dell'operatore; con la voce "finalità del ruolo" si indicano gli obiettivi generali del ruolo; con la voce "*competenze necessarie*" si indicano le specifiche azioni individuate per ciascuna qualifica professionale, con la voce "*competenze da acquisire o sviluppare*" si indicano le gli ambiti formativi per il miglioramento dell'operatore.

3 – PRESTAZIONI EROGATE

Le prestazioni erogate dalla Unità Operativa sono riferibili a:

- 1) Attività di RICOVERO (programmato e/o in urgenza)
- 2) Attività di DAY HOSPITAL
- 3) Prestazioni a pazienti con patologia a carattere di urgenza – emergenza, trattabili senza ricorso al ricovero

4 – PIANI DI ATTIVITÀ

In relazione a tale voce si è fatto riferimento alle schede di budget negoziate.

Vengono riportati gli obiettivi negoziati, gli indicatori e le risorse assegnate, specificando ulteriormente le azioni da intraprendere per raggiungere ciascun obiettivo.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 9 di 111</p>
--	---	---

5 – LINEE GUIDA E PROTOCOLLI ADOTTATI

Sono stati indicati le linee guida e i protocolli diagnostico terapeutici utilizzati nell'unità operativa.

Per quanto riguarda i protocolli organizzativi sono stati inseriti solo quelli specifici dell'U.O.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p>ASP TRAPANI AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 10 di 111</p>
---	--	--

CAPITOLO 1 – POLITICA

LA MISSION

Il territorio di riferimento, su cui insiste l'U.O. di MCAU dell'Ospedale di Trapani è rappresentato dai comuni di Trapani, Buseto Palizzolo, Custonaci, Erice, Favignana, Paceco, San Vito lo Capo, Valderice. Il Pronto Soccorso rappresenta il punto di riferimento per i P.T..E. del territorio del Dipartimento Ospedaliero TP-1.

L'U.O. di MCAU è costituita da cinque servizi: Pronto Soccorso con funzione di triage, Osservazione Breve Intensiva, Accettazione Sanitaria, Servizio Ambulanze, Medicina d'urgenza.

Pronto Soccorso: è l'unità operativa deputata alla gestione dell'urgenza-emergenza sanitaria che giunge all'ospedale dal territorio h24;

Accettazione Sanitaria: servizio rivolto alla programmazione ed esecuzione dei ricoveri non urgenti;

O.B.I.: servizio deputato all'assistenza ed allo studio semi intensivo per i pazienti, nell'attesa che venga stabilita la necessità del ricovero.

Servizio ambulanze: trasporto secondario.

Medicina d'Urgenza: sono stati previsti dall'Assessorato Regionale alla Sanità 10 posti letto ordinari di medicina d'urgenza, in atto non attivabili per la mancanza di spazi. Tali p.l., appena attivati verranno utilizzati per i ricoveri ordinari di pazienti affetti da patologie urgenti da non sottoporre ad interventi chirurgici.

LA VISION

La strategia dell'U.O. si identifica nei seguenti punti fondamentali, che assumono carattere di impegno strategico e di valori irrinunciabili:

- Sviluppare integrazioni e sinergie sia con le altre UU.OO all'interno dell'Ospedale sia con il territorio di riferimento (medici di medicina generale) per meglio gestire i percorsi di ricovero e di assistenza in emergenza-urgenza
- Semplificare i contesti dell'accoglienza attraverso un triage infermieristico rivolto ad assicurare le cure, prima, al paziente più grave
- Ridurre i ricoveri impropri attraverso la piena funzionalità della O.B.I.
- Attivare protocolli in modo da uniformare la risposta all'utenza garantendo la migliore risposta possibile compatibilmente con le risorse e le attrezzature disponibili
- Puntare al miglioramento continuo.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p>ASP TRAPANI AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Codice documento: MQ. MCAU. TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 11 di 111</p>
--	--	--

OBIETTIVI

- Cercare di riportare nell'alveo dell'appropriatezza clinica gli accessi alle prestazioni dell'U.O.
- Sviluppare integrazioni e sinergie sia con le altre UU.OO, all'interno dell'Azienda, sia con il territorio (medici di medicina generale, P.T.E., Pronto Soccorso degli altri Nosocomi Provinciali) per meglio gestire i percorsi assistenziali del paziente con urgenze/emergenze, rimandando all'assistenza territoriale i pazienti curabili sul territorio
- Assicurare adeguati livelli assistenziali, anche attraverso protocolli diagnostico-terapeutici verificati ed aggiornati
- Semplificare i contesti dell'accoglienza e della valutazione clinica dell'utente attraverso un triage infermieristico che sia rapido e si basi su protocolli condivisi sia dall'utente/paziente che dal personale che dovrà scegliere o subire le scelte
- Raggiungere la piena funzionalità dell'OBI, oggi ridotta dalla carenza di personale
- Organizzare un sistema per la valutazione e la promozione della qualità dell'assistenza e dell'appropriatezza nell'utilizzo delle risorse
- Favorire il più alto livello di aggiornamento del personale
- Contribuire all'educazione alla salute dei cittadini, per un corretto uso del sistema delle emergenze
- Stabilire dei percorsi volti alla segnalazione dei possibili eventi (near misses) e trovare soluzioni volte ad evitare il loro ripetersi o trasformarsi in eventi avversi

Pur essendo possibile una componente sociale, nell'accesso alle cure offerte all'utenza dall'U.O. di MCAU, questa componente, che rappresenta inappropriata negli accessi in P.S., deve essere scoraggiata dai medici e dagli infermieri dell'U.O., proponendo ed indicando soluzioni alternative al bisogno di salute del cittadino/paziente.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 12 di 111</p>
--	---	--

CAPITOLO 2 - Criteri per l'accesso alle QUALIFICHE

Le professionalità presenti nel servizio di MCAU sono:

- Personale medico
- Personale infermieristico (incluso Infermieri di Triage)
- Personale tecnico

I criteri con i quali il Personale dell'MCAU accede alla qualifica necessaria per poter espletare i processi che lo vedono coinvolto sono definiti nei paragrafi che seguono per le diverse qualifiche.

PERSONALE MEDICO

Direttore Di Struttura Complessa

Requisiti Legislativi per la Dirigenza II° Livello:

1. Laurea in Medicina e Chirurgia per espletamento della professione medica (diploma di laurea come da legislazione Repubblica Italiana in possesso degli Archivi dell'Ufficio Personale dell'ASP-Trapani).
2. Superamento dell'Esame di Stato come da legislazione Repubblica Italiana (in possesso dell'ASP-Trapani).
3. Iscrizione all'Ordine dei Medici secondo legislazione Repubblica Italiana, come da documentazione depositata all'archivio dell'Ufficio Personale dell'Ente. In caso di provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine, l'Ordine stesso provvede a informare le Autorità preposte nell'Ente.
4. Diploma di Specializzazione in Medicina d'Urgenza e/o Specialità Equipollenti come da Decreti Legge 484/97 della legislazione Repubblica Italiana. Le Gazzette Ufficiali sono in possesso dell'Ufficio Personale e dell'Ufficio Legale dell'ASP-Trapani
5. Idoneità fisica allo svolgimento della mansione derivata da visita del Medico Competente dell'ASP-Trapani, secondo le norme vigenti della legislazione della Repubblica Italiana. La documentazione è in possesso dell'Archivio dell'Ufficio Personale e dell'Ufficio Legale dell'ASP-Trapani.

I criteri di ammissione al Concorso per esami e titoli di Direzione di Struttura Complessa del Servizio di MCAU è pubblicato sulla GURS del luglio 2007, copia è custodita presso l'Archivio dell'Ufficio Personale dell'ASP-Trapani

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 13 di 111</p>
--	---	--

b) MEDICI

Requisiti Legali per la Dirigenza I° Livello

1. Laurea in Medicina e Chirurgia per espletamento della professione medica (diploma di laurea come da legislazione Repubblica Italiana in possesso degli Archivi dell'Ufficio Personale dell'ASP – Trapani)
2. Superamento dell'Esame di Stato come da legislazione Repubblica Italiana (in possesso degli Archivi dell'Ufficio Personale dell'ASP – Trapani).
3. Iscrizione all'Ordine dei Medici secondo legislazione Repubblica Italiana, come da documentazione depositata all'archivio dell'Ufficio Personale dell'Ente. In caso di provvedimenti disciplinari da parte dell'Ordine, l'Ordine stesso provvede a informare le autorità preposte nell'Ente.
4. Diploma di Specializzazione in Medicina d'Urgenza e/o Specialità Equipollenti (D.M. 30/1/1998) come da Decreti Legge 483/97 della legislazione Repubblica Italiana. Le Gazzette Ufficiali sono in possesso dell'Ufficio Personale e dell'Ufficio Legale dell'ASP – Trapani.
5. Idoneità fisica allo svolgimento della mansione derivata da visita del Medico Competente dell'ASP – Trapani, secondo le norme vigenti della legislazione della Repubblica Italiana. La documentazione è in possesso dell'Archivio dell'Ufficio Personale e dell'Ufficio Legale dell'ASP – Trapani.

PERSONALE INFERMIERISTICO

a) Capo Sala (Abilitato Funzioni Direttive)

1. Diploma di Infermiere Professionale conseguito in Scuola Infermiere. La durata del Corso di Diploma è di tre anni. La legislazione vigente è depositata presso l'Archivio dell'Ufficio Personale dell'Ente.
2. Superamento dell'Esame di Stato come da legislazione Repubblica Italiana in possesso degli Archivi dell'Ufficio Personale dell'ASP – Trapani.
3. Iscrizione all'Ordine Infermieri dimostrato da certificazione depositata dall'archivio dell'Ufficio Personale dell'Ente.
4. Diploma di Capo Sala conseguito presso Scuola Infermieri con Corso della durata di un anno e con superamento dell'esame finale. Dal 1995 il Corso di AFD è stato abolito (legislazione depositata presso l'archivio Ufficio Personale dell'Ente). L'incarico alle funzioni direttive viene dato in modo fiduciario (valutazione delle attitudini tecniche e relazionali e manageriali) dall'Ufficio Infermieristico della Direzione Sanitaria a un Infermiere che operi nella struttura da almeno tre anni e che abbia un'anzianità di servizio all'interno dell'Ospedale di almeno 10 anni, previo superamento di colloquio.
6. Idoneità fisica allo svolgimento della mansione derivata da visita del Medico Competente dell'ASP – Trapani, secondo le norme vigenti della legislazione della Repubblica Italiana. La documentazione è in possesso dell'Archivio dell'Ufficio Personale e dell'Ufficio Legale dell'ASP – Trapani.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 14 di 111</p>
--	---	--

b) INFERMIERE

1. Diploma di Infermiere Professionale conseguito in Scuole Infermiere. La durata del Corso di Diploma è di tre anni. Dal 1997 il Diploma di Infermiere Professionale è stato modificato in un Diploma Universitario con regolamenti e piani di Studi di Corsi Universitari. La legislazione vigente è depositata presso l'Archivio dell'Ufficio Personale dell'Ente.
2. Superamento dell'Esame di Stato attestato da documentazione custodita dall'archivio dell'Ufficio Personale dell'Ente.
3. Iscrizione all'Ordine Infermieri dimostrato da certificazione depositata dall'archivio dell'Ufficio Personale dell'Ente.
4. Idoneità fisica allo svolgimento della mansione derivata da visita del Medico Competente, secondo le norme vigenti della legislazione della Repubblica Italiana. La documentazione è in possesso dell'Archivio dell'Ufficio Personale e dell'Ufficio Legale dell'ASP – Trapani.

c) INFERMIERE TRIAGISTA

Il ruolo dell'addetto al triage (triagista o infermiere triagista – IT) è individuato dalle linee guida sul sistema di Emergenza Sanitaria contenuto nell'Atto di Intesa tra Stato e Regioni del 17705/1996 che recita "...l'opera di triage è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato...con almeno sei mesi di anzianità in Pronto Soccorso."

Tale frase, semplice ma esaustiva, contiene tre concetti base:

- deve trattarsi di un Infermiere;
- l'Infermiere deve essere formato specificamente (v formazione infermiere di Triage).
- deve avere sei mesi di anzianità in Pronto Soccorso;

L'IT è la figura professionale che, accogliendo i pazienti che accedono al Pronto Soccorso, deve riconoscere la gravità della loro patologia e stabilire le priorità d'intervento.

L'IT ha un'importante autonomia decisionale in quanto deve stabilire, da solo, un ordine di accesso al servizio di Pronto Soccorso.

Per questo ha un ruolo di minor subordinazione rispetto alla figura del medico verso la quale ha un rapporto di maggiore collaborazione e minore dipendenza.

La maggior autonomia decisionale porta a un aumento di responsabilità che, se da una parte gratifica l'operatore, dall'altra lo espone maggiormente dal punto di vista medico-legale.

Da qui la necessità di codificare i compiti di questa nuova figura con protocolli e linee guida idonei a delineare i campi d'azione dell'IT per garantire anche una maggiore tutela professionale e quindi serenità nel lavoro.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ. MCAU. TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 15 di 111</p>
--	---	--

LA FORMAZIONE DELL'INFERMIERE DI TRIAGE

La formazione dell'IT viene svolta attraverso corsi tenuti dall'Ufficio Formazione.

Tali corsi sono teorico pratici ed i docenti sono per la maggior parte medici ed infermieri di area critica esperti nel triage, insieme ad avvocati e psicologi.

Tali corsi, oltre a spiegare cos'è il triage e quali sono le basi per una scelta consapevole contengono nozioni medico legali e nozioni di psicologia dell'accoglienza.

L'addestramento al triage avviene attraverso l'affiancamento dell'infermiere a un triagista esperto ed è mirato a perfezionare:

- l'acquisizione graduale delle caratteristiche proprie del triagista
- l'affinamento delle capacità di filtro
- la gestione del rapporto diretto dell'utenza
- l'utilizzo dei mezzi informatici
- la conoscenza dei vari iter interni al proprio ospedale.
- l'accoglienza

Aspetti giuridici

Dal punto di vista organizzativo non possono essere trascurate le basi legislative e normative per l'attribuzione a personale infermieristico delle funzioni di triagista.

Gli infermieri abilitati all'esercizio dell'attività di triage basano le loro competenze su alcuni atti formativi fondamentali:

L'articolo 1 del D.P.R. 225/1974, mansionario della professione infermieristica (abolito dal gennaio 1999), già al punto C precisava che compete all'infermiere la "richiesta ordinaria ed urgente di interventi medici e di altro personale secondo le esigenze sanitarie, sociali e spirituali degli assistiti". L'articolo può configurare una sorta di Triage intraospedaliero, affidando all'infermiere la decisione, in relazione alle condizioni del paziente, di chiamare o meno il medico. E' compito cioè dell'infermiere decidere se una certa situazione configura un caso di urgenza o no.

L'articolo 2 dello stesso DPR definiva il campo di autonomia legato all'infermiere: "rilevamento delle condizioni generali del paziente, del polso, della temperatura, della pressione arteriosa, della frequenza cardiaca e eventuali interventi d'urgenza (respirazione artificiale, ossigenoterapia, massaggio cardiaco esterno, manovre emostatiche) seguiti da immediata richiesta di intervento medico, esecuzione di E.C.G. e similari"

Il D.P.R. del 27 Marzo 1992 all' articolo 10 afferma che "il personale infermieristico professionale, nello svolgimento del servizio di emergenza, può essere autorizzato a praticare per via endovenosa e fleboclisi nonché a svolgere le altre attività e manovre atte a salvaguardare le funzioni vitali, previste dai protocolli decisi dal medico responsabile del servizio". Precisa, inoltre, che il triage è stato creato come "atto di indirizzo e coordinamento delle regioni per la determinazione dei livelli di assistenza sanitaria di emergenza".

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 16 di 111</p>
--	---	--

Decreto Ministero della Sanità (G.U. 17/5/1996): “Atto di intesa fra Stato e Regioni di approvazione delle linee guida sul sistema di emergenza sanitaria in applicazione del decreto del Presidente della Repubblica 27 marzo 1992”: Funzioni di Triage: “all’interno dei DEA deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità d’intervento. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio”.

Ministero Della Sanità, Linee Guida per il Sistema di Emergenza Urgenza Sanitaria

In Applicazione del Dpr 27/03/92; Atto di Intesa tra Stato e Regioni (G.U. 17/05/1996): **FUNZIONE DI TRIAGE**: “All’interno dei Dea deve essere prevista la funzione di triage, come primo momento di accoglienza e valutazione dei pazienti in base a criteri definiti che consentano di stabilire le priorità di intervento. Tale funzione è svolta da personale infermieristico adeguatamente formato, che opera secondo protocolli prestabiliti dal dirigente del servizio. (...)”.

d) Infermiere triagista istruttore

La qualifica di istruttore viene attribuita agli infermieri che dimostrano un elevato grado di aderenza ai protocolli del triage durante i corsi annuali di verifica dell’attività svolta, su proposta del Coordinatore Infermieristico e/o del Direttore dell’U.O., con parere favorevole di almeno la metà +1 degli istruttori.

Per divenire istruttore bisogna essere in possesso della qualifica di responsabile del turno, buone capacità oratorie, capacità psicologiche di gestione del personale (correzione di errori e comportamenti anomali).

La mansione di istruttore determina l’obbligo di insegnare in almeno $\frac{3}{4}$ dei corsi di triage tenuti dall’U.O. ed il compito di seguire come tutor i nuovi triagisti e di tenere sotto osservazione i propri colleghi nella funzione di triagisti, interfacciandosi con il Coordinatore Infermieristico per eventuali problematiche riscontrate.

Il Coordinatore Infermieristico informerà nel più breve tempo possibile il Direttore dell’U.O. per eventuali interventi correttivi.

PERSONALE TECNICO

a) Autisti Ambulanza

Non hanno alcun diploma. Devono essere in possesso di patente B o superiore. L’ufficio personale dell’ASP – Trapani controlla il possesso di tale documento. Vengono assunti per concorso con dimostrazione di capacità di guida, di saper mantenere i contatti con la centrale operativa (C.O.). Svolgono, anche, funzioni di igienizzazione e sanificazione dei mezzi.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p>ASP TRAPANI AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 17 di 111</p>
--	--	--

b) OSS (operatore Socio Sanitario)

Tale figura professionale proviene da un corso annuale interno, eseguito presso l'ASP – Trapani. Il superamento dell'esame finale del Corso OSS conferisce il titolo di Operatore Socio Sanitario. Il regolamento del mansionario dell'OSS è in possesso dell'Archivio dell'Ufficio Personale dell'Ente. In tale regolamento sono esplicitate tutte le procedure e mansioni che possono essere svolte dall'OSS. Collabora, inoltre, con gli ausiliari per il trasporto infermi.

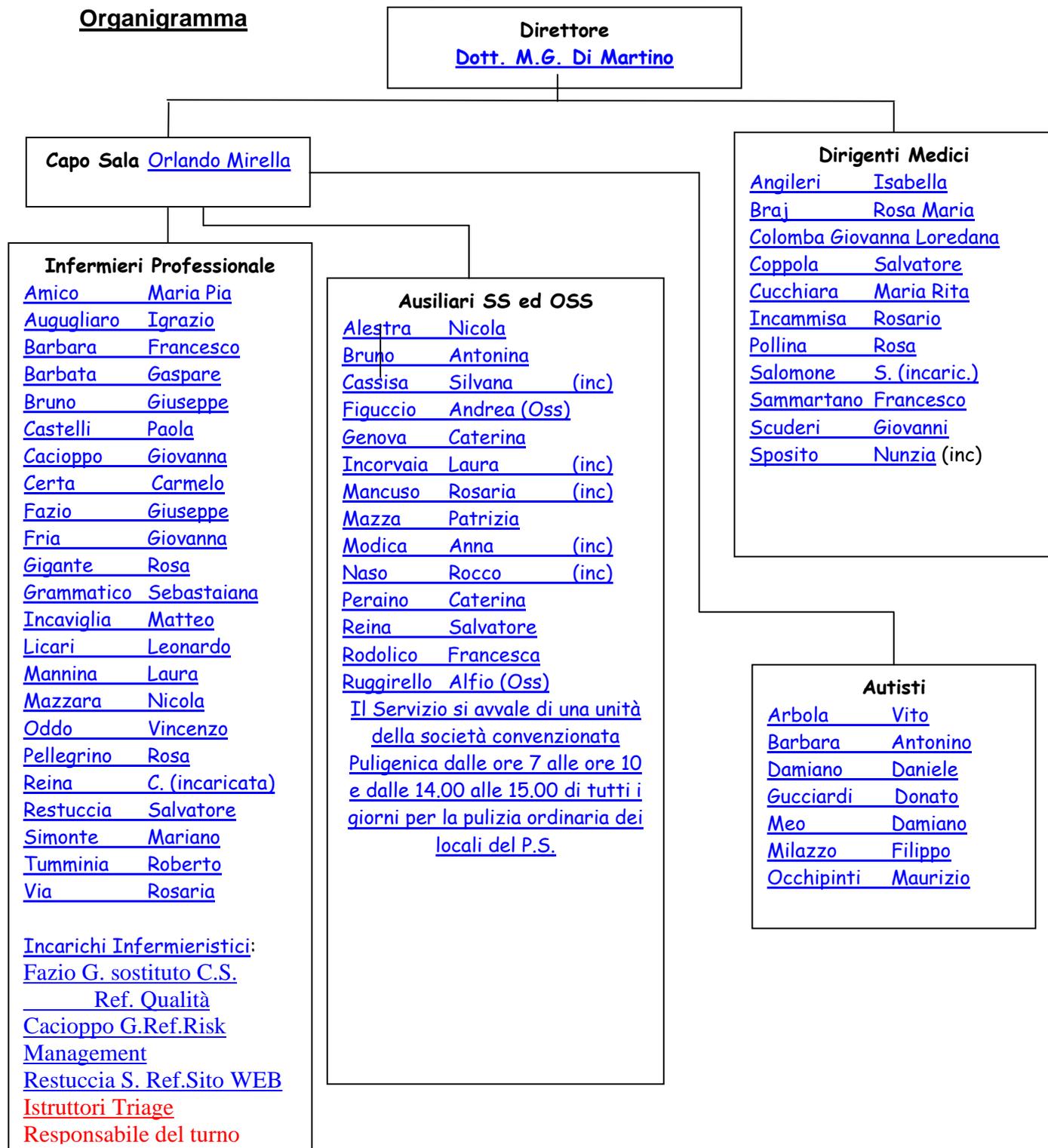
c) Ausiliari

Non hanno alcun diploma. Svolgono funzioni di igienizzazione e sanificazione degli Ambienti oltre che trasporto infermi.



CAPITOLO 3 – PIANIFICAZIONE

Organigramma



MANUALE DELLA QUALITÀ

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TPI
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



Codice documento: **MQ.MCAU.TP**

Data di emissione: **30.06.2004**

Revisione: **6**

Data ultima revisione: **28.06.2012**

Pagina 19 di 111

U.O. Pronto Soccorso
P.O. ALCAMO

Responsabile

[Dott. G.Masnata](#)

Capo Sala [Cottone Vito](#)

Dirigenti Medici

[Allegro Vincenzo](#)

[D'angelo Alessandra](#)

[La Duca Dorotea](#)

[Pace Lorenzo](#)

[Savarino Maria Pia](#) (inc)

Infermieri Professionale

[Amorello Filippo](#)

[Benenati Antonio\(gen\)](#)

[Brucia Vito](#)

[Colletta Pasquale](#)

[Drago Maria Grazia](#)

[Fumuso Rosario](#)

[Santoro Maria](#)

[Vivona Ignazio](#)

[Gebbia Paolo \(gen\)](#)

[GiorlandoVinzno](#)

[Moscarello Gaetano](#)

[Pipitone Tommaso](#)

[Pellerito Salvatore](#)

[Ponzio Gaetano](#)

[Cusumano Ignazio](#)

[Corrao Enza \(gen\)](#)

[Di Franco Antonio](#)

Ausiliari S S ed OSS

[Buccellato Vito](#)

[Di Stefano Giuseppe](#)

[Laudani Girolama](#)

[Motisi Diego](#)

[Varvaro Italia](#)

Autisti

[Bambina Lorenzo](#)

[Bonì Felice](#)

[Cammarata Vito](#)

[Lombardo Salvatore](#)

[Reale Giuseppe](#)

[Rappa Francesco](#)

[Ganci Chiodo Walter](#)

[Zafonte Marcello](#)

<p align="center">MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p align="center">U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p align="center"><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ. MCAU. TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 20 di 111</p>
---	---	--

Responsabile Unità Operativa : M.G. Di Martino

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Direttore Generale	Tutto il personale	Personale Aziendale
Direttore Sanitario Aziendale	Utente inteso come servizio	Responsabili UU.OO
Direttore Sanitario Distretto Ospedaliero		
Direttore Sanitario di Presidio		
Direttore Dipartimento		
Direttore Amministrativo Aziendale		
Direttore Amministrativo Distretto Ospedaliero		

Ruolo Professionale:

Dirigenza medica. Incarico di Direttore di Struttura Complessa fino al 30/06/2015

Finalità del Ruolo:

- 1) Responsabile organizzazione e supervisione dell'attività dell'U.O.
- 2) Approvazione e revisione delle procedure
- 3) Organizzazione turni servizio
- 4) Controllo di gestione dell'U.O.
- 5) Invio mensile FileC
- 6) Invio mensile file EMUR
- 7) Invio, giornaliero INAIL
- 8) Organizzazione protocolli di Triage

Incarico:

Direttore U.O.C. MCAU Trapani

Competenze:

Dirigenza, gestione e supervisione clinico-organizzativa dell'U.O.C.

Dirigente medico : dott. Angileri Isabella

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:

Dirigenza medica

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 21 di 111</p>
--	---	--

Finalità del Ruolo:

Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche

Incarico dirigenziale: incarico di base

Proposta per incarico di alta specializzazione: Medicina legale di Pronto Soccorso

L'incarico comporta i seguenti compiti oltre quelli specifici:

1. Controllo delle procedure medico legali dell'U.O.
2. Adattamento delle procedure dell'U.O. a nuove normative nazionali, regionali ed aziendali
3. Controllo medico legale delle procedure già adottate e di quelle che verranno adottate
4. Lezione (almeno 1) agli infermieri su argomento inerente l'incarico

Competenze:

1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. Braj Rosa Maria

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:

Dirigenza medica

Incarico di Alta Specializzazione

SDO e Organizzazione dei servizi del personale dirigente medico

Proposta per incarico di alta specializzazione: Triage e valutazione dell'I.P. triagista

L'incarico comporta i seguenti compiti oltre quelli specifici:

1. Controllo annuale dei risultati del triage
2. Controllo che tutti gli i.p. seguano e rispettino i protocolli
3. Suggestimenti al Direttore dell'U.O. circa modifiche ed adattamenti dei protocolli del triage
4. Suggestimenti su provvedimenti volti all'attuazione del punto 2

Finalità del Ruolo:

Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche

<p align="center">MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p align="center">U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p align="center"><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 22 di 111</p>
---	---	--

Incarico dirigenziale: codifica delle cartelle cliniche e consegna delle SDO per i ricoveri ordinari e per i DH

Competenze:

1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. Colomba Giovanna Loredana

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:

Dirigenza medica

Finalità del Ruolo:

Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche

Incarico dirigenziale: incarico di base

Proposta per incarico di alta specializzazione: Protocolli Sul trattamento in P.S. delle patologie chirurgiche

L'incarico comporta i seguenti compiti oltre quelli specifici:

1. Aggiornamento dei protocolli sulle patologie chirurgiche di interesse del P.S. vigenti
2. Almeno 2 protocolli di nuova istituzione per patologie chirurgiche di interesse di P.S.
3. Lezione (almeno 1) agli infermieri su argomento inerente l'incarico

Competenze:

1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 23 di 111</p>
--	---	--

5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. Coppola Salvatore

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:

Dirigenza medica

Finalità del Ruolo:

Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche

Incarico dirigenziale: Incarico di base

Proposta per incarico di alta specializzazione: Protocolli Sul trattamento in P.S. delle patologie allergiche

L'incarico comporta i seguenti compiti oltre quelli specifici:

1. Aggiornamento dei protocolli sulle patologie allergiche di interesse del P.S. vigenti
2. Almeno 2 protocolli di nuova istituzione per patologie allergiche di interesse di P.S.
3. Lezione (almeno 1) agli infermieri su argomento inerente l'incarico

Competenze:

1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 24 di 111</p>
--	---	--

Dirigente medico : dott. Cucchiara Maria Rita

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:

Dirigenza medica

Finalità del Ruolo:

Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche

Incarico dirigenziale: di base. Anzianità di servizio <5 anni –

Incarico suggerito: responsabile facilitatore del risk management

Competenze:

1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. Pollina Rosa

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:

Dirigenza medica

Incarico Professionale

Monitoraggio del triage

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 25 di 111</p>
--	---	--

Proposta per incarico di alta specializzazione: Responsabile della Qualità dell'U.O.C.

L'incarico comporta i seguenti compiti oltre quelli specifici:

1. Interfaccia con l'ufficio Qualità e piena autonomia nella gestione del Manuale della Qualità secondo le regole fissate nel presente manuale
2. Aggiornamento "continuo" del Manuale della Qualità
3. Lezione (almeno 1) agli infermieri su argomento inerente l'incarico

Finalità del Ruolo:

Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche

Incarico dirigenziale: monitoraggio dell'attività di triage

Competenze:

1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza
- 10.

Dirigente medico : dott. Salamone Salvatore

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:

Dirigenza medica

Finalità del Ruolo:

Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche

Incarico dirigenziale: Incaricato al 31/8/2012

Competenze:

1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 26 di 111</p>
--	---	--

5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. Sammartano Francesco

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:

Dirigenza medica

Incarico di Alta Specializzazione

Emergenze cardio - respiratorie

Proposta per incarico di alta specializzazione: Protocolli Sul trattamento in P.S. delle patologie cardio - respiratorie

L'incarico comporta i seguenti compiti oltre quelli specifici:

1. Aggiornamento dei protocolli sulle patologie cardio - respiratorie di interesse del P.S. vigenti
2. Almeno 2 protocolli di nuova istituzione per patologie cardio - respiratorie di interesse di P.S.
3. Lezione (almeno 1) agli infermieri su argomento inerente l'incarico

Finalità del Ruolo:

Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche

Incarico dirigenziale: Responsabile delle emergenze cardiorespiratorie

Competenze:

1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 27 di 111</p>
--	---	--

9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. Scuderi Giovanni

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:

Dirigenza medica

Incarico di Alta Specializzazione

Medicina d'urgenza

Proposta per incarico di alta specializzazione: Protocolli Sul trattamento in P.S. delle patologie mediche di interesse per il P.S.

L'incarico comporta i seguenti compiti oltre quelli specifici:

1. Aggiornamento dei protocolli sulle patologie mediche di interesse del P.S. vigenti
2. Almeno 2 protocolli di nuova istituzione per patologie mediche di interesse di P.S.
3. Lezione (almeno 1) agli infermieri su argomento inerente l'incarico

Finalità del Ruolo:

Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche

Incarico dirigenziale: Responsabile Medicina di Pronto Soccorso

Competenze:

1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 28 di 111</p>
--	---	--

Dirigente medico: dott.ssa Sposito Nunzia

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:

Dirigenza medica

Incarico: incaricata

Finalità del Ruolo:

Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche

Competenze:

1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

CAPO SALA

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale di comparto dell'U.O.	Dirigenti medici dell'U.O.
Dirigente servizi infermieristici	Utenti nel senso di servizio	Personale aziendale

Ruolo Professionale:

Operatore Comparto

Collaboratore professionale sanitario esperto, con funzioni di coordinamento

Finalità del Ruolo:

1. Responsabile organizzazione e supervisione sotto il profilo infermieristico e tecnico
2. Controllo attuazione procedure sotto il profilo infermieristico e tecnico

Competenze:

Controllo quotidiano dell'attività di triage infermieristico

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ. MCAU. TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 29 di 111</p>
--	---	--

Organizzazione dei turni di servizio ed assegnazione di compiti particolari (triage, sala visita, responsabile del turno)

Supervisione procedure tecnico infermieristiche

Supervisione cartella infermieristica

Coordinare l'attività di assistenza infermieristica

Gestire i rapporti con la farmacia pianificando i fabbisogni e l'approvvigionamento dei farmaci e del materiale sanitario

Supervisione funzionamento apparecchiature

Supervisione standard alberghieri

Archiviazione in fascicoli-pazienti del materiale (foglio triage, consulenze, scheda infermieristica, foglio dimissione) suddivisi per accesso ed ordinati per giorno e numero di dimissione

Risposta alle richieste di copie, del materiale archiviato, dall'autorità di P.G. o dagli uffici preposti

Per le altre figure professionali i compiti sono simili per l'U.O.C. e quindi sia per i P.S. di Trapani e di Alcamo e verranno elencati dopo quelli dei medici e del Coordinatore Infermieristico di Alcamo

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ. MCAU. TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 30 di 111</p>
--	---	--

U.O.S. Pronto Soccorso Alcamo

Dirigente medico : dott. Masnata Gianfranco

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Direttore U.O.C.	Coordinatore infermieristico Alcamo	Dirigenti Medici altre U.O.
Direttore Sanitario di Presidio	Personale infermieristico	Personale medico dell'U.O.
	Personale Ausiliario	Personale aziendale
	Personale Tecnico	
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:

Dirigenza medica

Finalità del Ruolo:

- 1) Responsabile organizzazione e supervisione dell'attività dell'U.O.S.
- 2) Approvazione e revisione delle procedure
- 3) Organizzazione turni servizio
- 4) Controllo di gestione dell'U.O.S.

Incarico:

Responsabile di struttura semplice, Pronto Soccorso Alcamo

Competenze:

1. Dirigenza, gestione e supervisione clinico-organizzativa dell'U.O.S.
2. Raccolta anamnesi
3. Visita medica
4. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
5. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
6. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
7. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
8. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
9. Consenso informato
10. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. Allegro Vincenzo

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 31 di 111</p>
--	---	--

	Utenti nel senso di servizio	
--	------------------------------	--

Ruolo Professionale:

Dirigenza medica

Finalità del Ruolo:

Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche
Incarico dirigenziale: incarico di base – anzianità di servizio <5 anni

Proposta per incarico di alta specializzazione: Urgenze Urologiche

L'incarico comporta i seguenti compiti oltre quelli specifici:

1. Compilazione di almeno 2 protocolli di Urologia d'Urgenza dell'U.O.
2. Adattamento delle procedure dell'U.O. a nuove normative nazionali, regionali ed aziendali
3. Controllo medico legale delle procedure già adottate e di quelle che verranno adottate
4. Lezione (almeno 1) agli infermieri su argomento inerente l'incarico

Competenze:

1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. D'Angelo Alessandra

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:

Dirigenza medica

Finalità del Ruolo:

Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche
Incarico dirigenziale: incarico di base – anzianità di servizio <5 anni

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 32 di 111</p>
--	---	--

Proposta per incarico di alta specializzazione: Urgenze endocrinologiche

L'incarico comporta i seguenti compiti oltre quelli specifici:

1. Compilazione di almeno 1 protocollo inerente l'endocrinologia d'Urgenza dell'U.O.
2. Adattamento delle procedure dell'U.O. a nuove normative nazionali, regionali ed aziendali
3. Controllo delle procedure già adottate e di quelle che verranno adottate
4. Lezione (almeno 1) agli infermieri su argomento inerente l'incarico

Competenze:

1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. La Duca Dorotea

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:

Dirigenza medica

Finalità del Ruolo:

Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche
Incarico dirigenziale: incarico di base – anzianità di servizio <5 anni

Proposta per incarico di alta specializzazione: Urgenze Pediatriche

L'incarico comporta i seguenti compiti oltre quelli specifici:

1. Compilazione di almeno 2 protocolli circa le Urgenze Pediatriche dell'U.O.
2. Adattamento delle procedure dell'U.O. a nuove normative nazionali, regionali ed aziendali
3. Controllo delle procedure già adottate e di quelle che verranno adottate
4. Lezione (almeno 1) agli infermieri su argomento inerente l'incarico

Competenze:

1. Raccolta anamnesi

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 33 di 111</p>
--	---	--

2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. Pace Lorenzo

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:

Dirigenza medica

Finalità del Ruolo:

Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche
Incarico dirigenziale: incarico di base – anzianità di servizio <5 anni

Proposta per incarico di alta specializzazione: Urgenze ginecologiche

L'incarico comporta i seguenti compiti oltre quelli specifici:

1. Compilazione di almeno 2 protocolli circa urgenze ginecologiche dell'U.O.
2. Adattamento delle procedure dell'U.O. a nuove normative nazionali, regionali ed aziendali
3. Controllo delle procedure già adottate e di quelle che verranno adottate
4. Lezione (almeno 1) agli infermieri su argomento inerente l'incarico

Competenze:

1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ. MCAU. TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 34 di 111</p>
--	---	--

9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Dirigente medico : dott. Savarino Maria Pia

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale infermieristico	Dirigenti Medici altre U.O.
	Personale Ausiliario	Personale medico dell'U.O.
	Personale Tecnico	Personale aziendale
	Utenti nel senso di servizio	

Ruolo Professionale:

Dirigenza medica

Finalità del Ruolo:

Assistenza ai pazienti con le appropriate misure diagnostiche e terapeutiche

Incarico: *incaricata*

Competenze:

1. Raccolta anamnesi
2. Visita medica
3. Compilazione cartella clinica e fogli dimissione o ricovero
4. Esecuzione delle manovre e procedure atte alla stabilizzazione del paziente, comprensivi di atti medici e chirurgici
5. Richiesta dell'intervento specialistico per dirimere dubbi diagnostici su patologie a carattere di urgenza emergenza
6. Compilazioni modulistica medico legale (referto medico – inail)
7. Prescrizione iter diagnostico e terapeutico
8. Consenso informato
9. Responsabilità diretta circa il percorso assistenziale del paziente che necessita di trattamento in regime di ricovero d'urgenza

Coordinatore Infermieristico Alcamo

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale di comparto dell'U.O.	Dirigenti medici dell'U.O.
Dirigente servizi infermieristici	Utenti nel senso di servizio	Personale aziendale

Ruolo Professionale:

Operatore Comparto

Collaboratore professionale sanitario esperto, con funzioni di coordinamento

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 35 di 111</p>
--	---	--

Finalità del Ruolo:

3. Responsabile organizzazione e supervisione sotto il profilo infermieristico e tecnico
4. Controllo attuazione procedure sotto il profilo infermieristico e tecnico

Competenze:

Controllo quotidiano dell'attività di triage infermieristico
Organizzazione dei turni di servizio ed assegnazione di compiti particolari (triage, sala visita, responsabile del turno)
Supervisione procedure tecnico infermieristiche
Supervisione cartella infermieristica
Coordinare l'attività di assistenza infermieristica
Gestire i rapporti con la farmacia pianificando i fabbisogni e l'approvvigionamento dei farmaci e del materiale sanitario
Supervisione funzionamento apparecchiature
Supervisione standard alberghieri
Archiviazione in fascicoli-pazienti del materiale (foglio triage, consulenze, scheda infermieristica, foglio dimissione) suddivisi per accesso ed ordinati per giorno e numero di dimissione
Risposta alle richieste di copie, del materiale archiviato, dall'autorità di P.G. o dagli uffici preposti

Infermieri Professionali

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale di supporto	Infermieri Professionali dell'U.O.
Dirigenti medici dell'U.O.	Utenti nel senso di Servizio	Personale aziendale
Dirigente servizi infermieristici		
Capo Sala		

Ruolo Professionale:

Operatore Comparto
Collaboratore Professionale Sanitario

Finalità del Ruolo:

- è responsabile dell'assistenza generale infermieristica, dei singoli atti di assistenza diretta e indiretta ed è co-responsabile del risultato assistenziale infermieristico complessivo;
- partecipa all'identificazione dei bisogni di salute e identifica i bisogni di assistenza infermieristica
- è direttamente responsabile degli eventuali incarichi attribuiti ad personam

Competenze:

- 1) Accettazione del paziente
- 2) Attività di triage se autorizzato, espressamente, dal Direttore dell'U.O.
- 3) Raccolta dati anagrafici
- 4) Rilevazione parametri vitali
- 5) Compilazione scheda di ricovero
- 6) Compilazione cartella e/o scheda infermieristica

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 36 di 111</p>
--	---	--

- 7) Raccolta disponibilità posti letto U.O. del Presidio Ospedaliero
- 8) Trasmissione disponibilità posti letto al SUES 118 di Palermo
- 9) Assegnazione del posto letto
- 10) Esecuzione terapie prescritte
- 11) Esecuzione delle consegne
- 12) Conservazione del materiale e delle attrezzature di reparto
- 13) Conservazione, sterilizzazione e manutenzione dei ferri chirurgici
- 14) Collabora con il Capo Sala nel rifornimento del materiale dalla farmacia/deposito dell'U.O. alle Sale Visita/OBI/Triage
- 15) Controllo ad ogni turno delle attrezzature in dotazione all'U.O.
- 16) Assistenza infermieristica nei trasporti secondari, in regime di reperibilità, per le U.O. che non dispongono di infermiere reperibile.

Infermieri professionali addetti alla Accettazione Sanitaria
Augliaro I., Grammatico S, Gigante R.

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Personale di supporto	Infermieri Professionali dell'U.O.
Dirigenti medici dell'U.O.	Utenti nel senso di Servizio	Personale aziendale
Dirigente servizi infermieristici		
Capo Sala		

Ruolo Professionale:

Operatore Comparto
Collaboratore Professionale Sanitario

Competenze:

- 1) Accettazione del paziente
- 2) Raccolta dati anagrafici
- 3) Compilazione schede di ricovero programmato, previo controllo del pagamento ticket se dovuto
- 4) Servizio di prenotazione interventi programmati
- 5) Richiesta esami ematochimici e consulenze, propedeutici agli interventi programmati
- 6) Raccolta disponibilità posti letto aziendali
- 7) Organizzazione del percorso del paziente con richiesta di ricovero non urgente fino a quando sarà definito il percorso diagnostico terapeutico
- 8) Controllo ad ogni turno delle attrezzature in dotazione
- 9) Rifornimento del materiale occorrente dal deposito del P.S. alla Sala Accettazione

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 37 di 111</p>
--	---	--

Personale ausiliario SS (Oss-Aus)

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Utenti nel senso di Servizio	Personale aziendale
Dirigenti medici dell'U.O.		
Dirigente servizi infermieristici		
Capo Sala		
Infermieri Professionali		

Ruolo Professionale:

Operatore comparto

Finalità del Ruolo:

Mantenimento delle adeguate condizioni igieniche ambientali
Collaborazione col personale infermieristico nell'assistenza ai pazienti

Competenze:

Pulizia del reparto e delle attrezzature
Sostituzione del materiale mono uso dopo ogni uso
Trasporto dei malati
Vigilanza sulle attrezzature e controllo sulla loro allocazione
Collaborazione con l'infermiere di triage nell'accoglienza e prelievamento del paziente dal mezzo di soccorso

ALTRO PERSONALE: Autisti

Interfaccia a Monte	Interfaccia a Valle	Rapporto Funzionale
Responsabile U.O.	Utenti nel senso di servizio	Personale aziendale
Dirigenti medici dell'U.O.		
Dirigente servizi infermieristici		
Capo Sala		
Infermieri dell'U.O.		

Ruolo Professionale:

Operatori tecnici

Finalità del Ruolo:

Trasporto secondario degli ammalati

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 38 di 111</p>
--	---	--

Competenze:

Manutenzione delle ambulanze
Revisioni delle ambulanze secondo calendarizzazione di legge e d'uso
Segnalazione dei guasti
Cura nel controllo delle riparazioni
Pulizia delle ambulanze e manutenzione delle attrezzature presenti
Aggiornamento del registro riparazioni
Aggiornamento delle schede del mezzo
Compilazione e comunicazione del movimento mezzi
Collaborazione con gli infermieri nell'assistenza al paziente coerentemente con la guida del mezzo

Incarichi Infermieristici

Per alcuni infermieri sono stati previsti degli incarichi:

a) Sostituto della Capo Sala

Tale figura professionale, al fine di garantire la continuità della catena del comando sostituisce la Capo Sala nei periodi di assenza a qualsiasi titolo.

L'incarico, di tipo fiduciario, viene dato all'I.P. con maggiori titoli. In atto non ha riconoscimento economico. L'incarico è affidato in atto all'I.P. Fazio Giuseppe.

b) Responsabile sito WEB

Si occupa di aggiornare le pagine dell'MCAU di Trapani sul sito WEB aziendale, interfacciandosi con il responsabile aziendale del sito WEB e con la ditta aggiudicataria, per l'immissione del materiale, con Capo Sala e Direttore dell'U.O. per i contenuti

In atto non ha riconoscimento economico. Affidato a Restuccia Salvatore

c) Responsabile infermieristico della qualità

Si occupa di trasmettere e revisionare, insieme alla Capo Sala l'aspetto infermieristico della qualità, facendo, anche da intermediario fra colleghi, Capo Sala e Direttore dell'U.O.. In atto non ha riconoscimento economico., Responsabile Fazio Giuseppe

d) Responsabile infermieristico Risk Management

Si occupa della raccolta e diffusione dei dati circa problematiche di near misses e problemi che si verificano in ambito infermieristico, portando all'attenzione della Capo Sala ed eventualmente del Direttore delle problematiche verificatesi, anche in forma anonima ed anche riguardanti rapporti fra varie figure professionali. In atto non ha riconoscimento economico. Affidato a Cacioppo Giovanna.

e) Responsabile del turno

Rappresenta il responsabile del buon andamento del reparto, relativamente al personale di comparto, controllo attrezzature e compilazione della check list. Su tale figura si rimanda all'apposito protocollo in fase di implementazione.

In atto sono responsabili del turno:

Amico Maria Pia, Barbara Francesco, Barbata Gaspare, Cacioppo Giovanna, Fazio Giuseppe, Fria Giovanna, Mazzara Nicola, Oddo Vincenzo, Restuccia Salvatore, Simonte Marian

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 39 di 111</p>
--	---	--

f) Istruttori Triage

Rappresentano la task force che permette l'esecuzione di corsi di triage per l'acquisizione della qualifica di triagista e di mantenimento della qualifica di triagista. Si rimanda all'apposito capitolo per la loro formazione e mantenimento dell'incarico.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 40 di 111</p>
--	---	--

PRESTAZIONI EROGATE

La tipologia delle prestazioni effettuate dall'Unità Operativa di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza sono:

- Attività di triage
- Consenso informato
- Post triage
- Accesso alle cure
- Attività di P.S.
- Attività di Accettazione Sanitaria
- Ricovero in urgenza
- Ricovero Ordinario
- Attività ambulatoriale
- Servizio ambulanze
- Richiesta esami e consulenze di Pronto Soccorso/OBI
- Osservazione Breve Intensiva
- Risk Management
- Prevenzione cadute

ATTIVITÀ DI TRIAGE

Viene svolta da un infermiere professionale, sempre presente nell'area di accoglienza, adeguatamente formato, anche, su argomenti di psicologia comportamentale ed in particolare di psicologia dell'accoglienza e della comunicazione, con anzianità di servizio in Pronto Soccorso di almeno sei mesi, previa autorizzazione del Direttore dell'U.O. . (Vedi capitolo sulle qualifiche)

Viene suddivisa in due componenti:

Semplice, accoglienza: che prevede la raccolta dati anagrafici e la loro registrazione computerizzata o su modulo cartaceo. L'infermiere addetto al triage raccoglie eventuale documentazione, informazioni da parte di familiari e/o soccorritori, rileva i parametri vitali e segna in apposito spazio le osservazioni che ritiene necessario segnalare;

Avanzata, assegnazione del codice di gravità: l'assegnazione del codice deve essere un processo logico che partendo, dall'individuazione di un sintomo principale e

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 41 di 111</p>
--	---	--

dalla ricerca di sintomi collegati, determina l'assegnazione di un codice di priorità secondo protocolli conosciuti e condivisi, disposti dal Direttore dell'U.O. e conformi alle norme di legge vigenti; l'assegnazione del codice di priorità deve avvenire in modo rapido; la priorità di accesso alla sala visita deve avvenire agevolando l'accesso alle cure del paziente più grave.

I codici attribuibili sono quelli previsti dalle norme vigenti, in atto:

Codice Rosso ovvero paziente in immediato pericolo di vita, almeno un parametro vitale alterato.

Codice Giallo ovvero paziente con parametri vitali non alterati, ma portatore di sintomatologia che suggerisce un possibile aggravamento con alterazione di parametri vitali.

Codice Verde ovvero paziente portatore di patologia con scarso rischio di aggravamento ma con elevato stato di sofferenza.

Codice Bianco ovvero patologia minore per cui il paziente avrebbe dovuto recarsi presso strutture territoriali.

Stampata la scheda di triage, l'addetto fa firmare al paziente o ad un suo accompagnatore (se minore o impossibilitato) per accettazione del possibile ticket, fa notare le pene per la comunicazione di false generalità ed invita il paziente (o chi per lui) a controllare i dati anagrafici, quanto scritto nella scheda di triage e segnalare eventuali errori. La firma implica che quanto scritto nella scheda è veritiero e corrisponde a quanto detto dal paziente.

Fa notare la presenza del consenso al trattamento dei dati ed invita il paziente a compilare le apposite indicazioni.

L'infermiere addetto al triage opera sotto la supervisione del medico di guardia scritto nella prima casella del turno di servizio.

L'infermiere addetto al triage, in caso di assenza di medici e/o infermieri disponibili, perché impegnati in altri interventi, è responsabile dell'applicazione del Protocollo Infermieristico sulla gestione del Codice Rosso.

Lo stesso tiene sotto controllo i pazienti in attesa di prima visita giunti con mezzo proprio o accompagnati dal 118. I pazienti barellati, giunti con 118, vengono sbarellati ed attendono la visita in locali individuati allo scopo, diversi dai locali ove attendono gli altri utenti pazienti giunti con mezzo proprio.

Per i pazienti accompagnati dal 118 si applicano le norme di assistenza previste dal regolamento regionale 118.

Provvede alla rivalutazione dei pazienti in caso di loro aggravamento o di routine secondo i tempi previsti dai protocolli sul triage (10' per il codice giallo, 30' per il codice verde, 2 h per il codice bianco), o a richiesta del paziente.

Viene valutato annualmente, con confronto dell'operato verso la media dei triage, e su aspetti particolari, comunicati almeno 6 mesi prima dell'inizio della valutazione.

Per il 2010 si sono valutati i codici attribuiti e la rivalutazione.

Per il 2011 si sono valutati l'uso della scheda infermieristica.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p>ASP TRAPANI AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 42 di 111</p>
--	--	--

Per il 2012 sono stati lasciati i punti del 2011. La scelta è legata all'introduzione della scheda infermieristica nel 2° quadrimestre 2011 e quindi alla necessità di abituare l'i.p. alla registrazione puntuale delle rilevazioni infermieristiche.

Consenso informato

Nella scheda di triage sono previsti appositi spazi che avvertono in modo molto chiaro cosa prevede la legge per chi

- fornisce false generalità, che il codice di triage è legato alla sintomatologia raccontata dal paziente,
- che al termine del percorso clinico terapeutico potrebbe essere richiesto il pagamento del ticket
- che il codice di triage è conseguenza dell'anamnesi infermieristica, ovvero di ciò che il paziente ha detto all'infermiere

INOLTRE:

- Viene raccolto il consenso al trattamento
- Viene richiesto se e a chi fornire informazioni sul suo stato di salute

Il paziente viene invitato a firmare dopo essere stato opportunamente edotto su cosa sta firmando.

Quindi la scheda viene consegnata al paziente che avrà possibilità di controllare che quanto scritto dal triagista corrisponde a quanto da lui dichiarato.

Il paziente, inoltre, viene avvertito di segnalare eventuali discrepanze esistenti fra quanto scritto nella scheda di triage e quanto dichiarato e di segnalare tali problematiche al triagista che potrà rivalutare il paziente alla luce delle segnalazioni da questo eseguite.

Il sistema permette di avere un'anamnesi infermieristica condivisa dal paziente e pertanto non contestabile dallo stesso.

La firma messa per accettazione dal paziente, può essere messa anche da chi ne fa le veci nel caso di paziente minore o non in grado di firmare. In questo caso l'infermiere segnalerà nello spazio "note" eventuale persona diversa dal paziente o farà firmare ed indicare il grado di parentela.

Sulla scheda di triage, come in tutta la documentazione in cui il paziente deve firmare, se firma terza persona, la firma deve essere chiaramente leggibile e deve essere indicato il grado di parentela di chi firma (es.: padre, figlio, amico, ecc.).

Quando si eseguono manovre cruente o si somministra terapia viene chiesto sempre il consenso del paziente verbale (o di chi ne fa le veci). Non vengono mai eseguite manovre coercitive per costringere il paziente ad accettare le cure.

Non viene fatto firmare un consenso preventivo, sia per la terapia che per le manovre, poiché tale consenso non è previsto in urgenza/emergenza dalle vigenti norme e inoltre, determinerebbe un grosso impegno orario per il personale con ritardo

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 43 di 111</p>
--	---	--

nell'assistenza ai pazienti in attesa. Viene chiesto solo un consenso generico al trattamento-

Il paziente è libero di rifiutare l'esecuzione di quanto proposto ed in qualsiasi momento può allontanarsi dal P.S.. tali eventi verranno registrati sul foglio dimissione.

Nel caso di diniego viene eseguita apposita registrazione sulla documentazione del paziente.

Post triage

(in fase di implementazione)

Al fine di migliorare l'assistenza ed accelerare le operazioni di visita dei pazienti con patologia urgente, codici gialli, l'infermiere responsabile del turno eseguirà, in regime di autonomia infermieristica alcune operazioni sul paziente: registrazione dei parametri vitali, prelievo di base ed incannulazione di vena con somministrazione di fisiologica a tutti i pazienti con patologia urgente, oltre quanto sopra, ECG e prelievo per enzimi cardiaci ai pazienti con storia di dolore toracico recente o che riferiscono recente episodio di perdita di coscienza o che hanno storia di cardiopatia.

In tal modo il codice giallo riceverà assistenza entro i 10' massimi di attesa previsti per tale codice. Ove possibile, lo stesso trattamento verrà riservato ai codici verdi per ridurre i tempi di attesa entro i 30' massimi previsti per tale codice. L'accesso venoso ed il prelievo per gli enzimi cardiaci verrà eseguito in autonomia se l'ECG dovesse dimostrare grave patologia (I.M.A., Tachiaritmia con f.c. >150 o severa bradicardia, f.c. < a 50 nel pz. con >60 anni, < 40 nel paziente con età < 61 anni).

Tale infermiere, inoltre, eseguirà prelievi ed ecg ai pazienti che attendono l'esecuzione della curva degli enzimi cardiaci, rispettando le tempistiche previste (curva enzimi cardiaci prevede 3 prelievi distanziati di 4 ore fra loro).

Tale attività verrà svolta nella sala C, se non ci sono altre sale visita disponibili.

Accesso alle sale visita

Il paziente accede alle sale visita attraverso l'esame di due parametri:

Codice di priorità

Ora di arrivo.

Il primo paziente ad entrare in sala visita sarà quello con il codice di priorità più alto al momento della chiamata. A parità di codice di priorità quello arrivato prima.

La chiamata del paziente, nella sala visita, avviene usando il numero della scheda di triage, più precisamente, le ultime tre cifre di tale numero.

Il triagista dice al paziente che verrà chiamato per numero e mostrerà al paziente ove si trova il codice numerico identificativo.

L'indicatore che quanto sopra viene effettuato è che spesso il numero viene cerchiato proprio per mostrare al paziente il codice.

Al termine del triage vengono registrati nella scheda infermieristica i parametri misurati.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 44 di 111</p>
--	---	--

Un display nella sala d'attesa mostra i pazienti in attesa, o meglio i numeri di scheda triage, suddivisi per codice e per ora d'arrivo al triage, pertanto il paziente, guardando la posizione nell'elenco intuisce facilmente la sua posizione in lista d'attesa, avendo consapevolezza di quanti pazienti devono essere visitati prima di lui.

L'infermiere addetto al triage, inoltre, fornisce anche il tempo presunto di attesa.

Naturalmente in fase di triage il paziente viene avvertito che in P.S. si entra in base al codice assegnato al triage, per cui, un codice superiore avrà sempre priorità, anche se arrivato dopo. A tal scopo esiste, anche, cartellonistica ben visibile che spiega ulteriormente quanto comunicato dal triagista.

I pazienti che si trovano in sala sbarellamento hanno un contrassegno colorato al fine di una loro facile localizzazione.

Una volta chiamato in stanza, l'infermiere ritirerà la scheda di triage e si accerterà sulla corrispondenza dei dati anagrafici del paziente rispetto alla scheda di triage.

Il paziente viene chiamato nel computer della sala visita e lì l'infermiere compila la scheda infermieristica con la registrazione di quanto valutato/eseguito.

Nel caso di cambio dell'infermiere o di un suo allontanamento l'anagrafica del paziente viene ricontrollata.

Attività di P.S.

Al fine di garantire la catena di comando in Pronto Soccorso, in assenza del Direttore dell'U.O., il suo supplente è rappresentato, salvo diverse disposizioni, dal medico che scritto nella prima colonna a sinistra, (1° medico) di chi legge, del turno di servizio.

Per il turno infermieristico, viene individuato un "responsabile del turno" con attribuzione di sostituzione/aggiunta al Capo Sala e compiti individuati da appositi protocolli.

Ad ogni stanza ed al triage vengono assegnati, nominativamente e per fascia oraria specifici infermieri, come da turno di servizio esposto e vidimato dal Capo Sala e dal Responsabile dei Servizi Infermieristici.

L'infermiere di sala, appena libera la stanza visita, provvede ad accogliere il primo paziente, in ordine di priorità assegnata al triage, controlla i dati anagrafici scritti sulla scheda di triage fornitagli dal paziente, ed esegue quanto di propria competenza, riportando quanto eseguito nell'apposita scheda infermieristica, in regime di autonomia infermieristica, informando il medico responsabile della sala visita circa i parametri misurati; salvo diverse disposizioni del medico di sala, non verranno fatti assistere parenti alle operazioni di assistenza in Pronto Soccorso. In caso di errori nell'anagrafica del paziente provvede alla loro correzione. Nel caso di codice rosso sostituirà, appena libero, l'infermiere triagista ed applicherà il protocollo previsto allo scopo.

Prima di eseguire terapia, l'infermiere, si informa su allergie a farmaci del paziente, sotto la supervisione del medico di stanza.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p>ASP TRAPANI AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 45 di 111</p>
--	--	--

In caso di codice rosso, tutte le operazioni che potrebbero ritardare l'assistenza verranno rimandate ad un tempo successivo al fine di non ritardare, mai, l'assistenza al paziente.

Il medico e l'infermiere in sala visita raccolgono l'anamnesi, provvedono alla terapia per la stabilizzazione clinica del paziente, richiedono, se necessario esami strumentali e di laboratorio e/o consulenze specialistiche necessarie alla definizione del quadro clinico, secondo le proprie mansioni. Eseguono, se necessario, medicazioni e trattamento delle ferite in urgenza, secondo i protocolli vigenti.

Al termine dell'iter clinico-diagnostico, che può prevedere uno stazionamento presso l'O.B.I., il paziente viene dimesso dal Pronto Soccorso o con l'invio al domicilio o con ricovero nel reparto di competenza. Se necessario, viene stilato referto per l'Autorità Giudiziaria e primo certificato di infortunio sul lavoro. Il referto medico (denuncia di Pronto Soccorso) deve essere compilato nel momento in cui si ravvisa la necessità di segnalare il caso all'autorità di Pubblica Sicurezza. A tal fine sulla modulistica sono previsti due orari, quello di compilazione e quello di arrivo in P.S. del paziente. Potranno essere apportate, eventualmente, correzioni a penna, sottoscritte, sulle tre copie del referto, inerenti sia l'anagrafica, sia la prognosi, sia la diagnosi, sia l'esito dell'evento (ricovero, rifiuto al ricovero, dimissione, ecc...). Le forze di Pubblica Sicurezza, quando l'Ufficio di Polizia presso il Pronto Soccorso è chiuso, verranno informate, in caso di denuncia obbligatoria, non appena le condizioni assistenziali del Pronto Soccorso lo permetteranno.

Nel caso in cui l'Ufficio di Polizia presso il Pronto Soccorso sia chiuso, il medico, o infermiere da lui delegato, farà firmare in modo leggibile, e farà scrivere il gruppo di appartenenza, di chi (Agente di Pubblica Sicurezza) ritira il referto.

Il referto medico non deve essere, mai, rilasciato a persone non individuate in precedenza e può essere rilasciato, a richiesta, solo dagli appositi uffici ospedalieri.

Rimanda al curante, per competenza, i pazienti senza caratteristiche di urgenza-emergenza.

Attività di Accettazione Sanitaria

L'infermiere addetto all'Accettazione Sanitaria, sotto la supervisione del medico di guardia del Pronto Soccorso, raccoglie i dati anagrafici ed anamnestici, la documentazione clinica del paziente, provvede alla stesura del frontespizio della cartella clinica per i ricoveri, per i D.H., i D.S. ed i Day Service, programmati dai Reparti, previa esibizione della richiesta esitata dalla U.O. richiedente.

Tiene in ordine le liste d'attesa dell'U.O. di Oculistica, provvede alle richieste pre intervento per i pazienti programmati da tale U.O. e, al termine dell'iter diagnostico, provvede alla programmazione dell'intervento chirurgico ed alla conseguente compilazione della cartella clinica e sdo, se c'è stato il consenso dell'anestesista, secondo le disponibilità fornite dall'U.O. di Oculistica.

L'attività viene svolta, in atto e fino all'adeguamento della pianta organica, nelle ore antimeridiane feriali dal personale dell'Accettazione Sanitaria e, **solo** per la

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 46 di 111</p>
--	---	--

compilazione del frontespizio del ricovero, in quelle pomeridiane e diurne festive dal personale del P.S.

In attesa della definizione del percorso di prenotazione del ricovero dei pazienti affetti da patologia non urgente, inviati dal curante o dallo specialista, provvede alle richieste per inviare il paziente agli ambulatori divisionali.

L'ufficio provvederà, inoltre, a rilasciare, a richiesta, certificati inerenti il ricovero o la frequenza degli ambulatori al fine del ricovero programmato.

L'ufficio segnalerà alla Direzione Sanitaria i pazienti che dopo aver eseguito delle prestazioni volte al ricovero, rifiutano lo stesso, segnalando, anche, gli esami e le visite eseguite.

Ricovero d'urgenza

Questa tipologia di ricovero viene assicurata 24 ore su 24 attraverso il Pronto Soccorso. Dopo la stabilizzazione clinica del paziente e dopo aver constatato la disponibilità del posto letto nell'U.O. di competenza o, in mancanza, nel Dipartimento o nell'Ospedale.

Il Pronto Soccorso provvede al trasporto del paziente, previa compilazione del frontespizio della cartella clinica, all'U.O. di destinazione.

In caso di mancanza di posti letto nella U.O. o nel Dipartimento o nell'Ospedale, provvede al trasferimento secondario del paziente, presso l'Ospedale disponibile più prossimo, secondo i protocolli stabiliti dalla Direzione Sanitaria.

Ricovero ordinario

Il ricovero ordinario avviene su richiesta del medico curante o di uno specialista extraospedaliero od ospedaliero.

Nel caso di richiesta di medico curante o di specialista extra ospedaliero, poiché il ricovero non urgente, spesso, è un ricovero inappropriato, secondo la legge sui LEA, se eseguito in regime ordinario, poiché le alternative al ricovero ordinario (DH, DS, Day Service, Ambulatorio) vengono, di norma, organizzate dalle varie U.O., il paziente deve giungere in ospedale con richiesta di visita specialistica, rivolta all'U.O. in cui si chiede il ricovero, tale richiesta deve essere autorizzata, con priorità, dall'Ufficio Prenotazioni Prestazioni Ambulatoriali, il medico dell'ambulatorio preposto dell'U.O. stabilirà il corretto iter da seguire, stilando, se necessario, richiesta, all'Accettazione Sanitaria, di ricovero.

La richiesta dovrà contenere, su carta intestata del Reparto, i seguenti dati:

- Anagrafica del paziente
- Modalità del ricovero (Ordinario, DH/DS, Day Service)
- Data in cui deve avvenire il ricovero o richiesta di programmazione dello stesso
- Diagnosi di accettazione
- Data di compilazione della richiesta
- Firma del medico leggibile

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p>ASP TRAPANI AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 47 di 111</p>
--	--	--

Attività ambulatoriale

Il Pronto Soccorso rappresenta il punto in cui deve essere svolta attività su pazienti portatori di patologia con caratteristica di urgenza – emergenza. L'attività ambulatoriale, richiesta dal curante, per definizione non ha caratteristiche di urgenza emergenza e verrà garantita solo a carattere eccezionale e motivato.

Il medico di guardia dell'U.O. può prevedere, in fase di dimissione, il ritorno ambulatoriale, per casi particolari ed in via del tutto eccezionale, programmando il rientro nell'orario di presenza dello stesso medico che chiede il ritorno ambulatoriale.

Servizio ambulanze

Il Servizio ambulanze svolge compiti di trasporto infermi secondario seguendo i protocolli della Direzione Sanitaria.

Di ogni trasferimento viene redatto apposito verbale in almeno due copie contenenti i dati anagrafici del paziente, luogo di partenza e di arrivo, eventuali tappe intermedie, personale di assistenza viaggiante con il paziente, U.O. che ha richiesto il servizio.

Una copia del verbale verrà conservata nell'archivio dell'MCAU, una copia consegnata per la rendicontazione agli appositi servizi.

Ogni movimento ambulanze viene segnalato con apposita modulistica

OBI

Il Servizio di osservazione breve, oggi parzialmente chiuso per mancanza di personale, rappresenta il luogo in cui tenere sotto osservazione i pazienti in attesa di definizione dell'iter diagnostico – terapeutico.

Rappresenta un'area semi intensiva volta ad assicurare la stabilizzazione, le cure e la definizione del processo diagnostico, a pazienti di media gravità, per stabilire l'appropriatezza del ricovero.

Al termine dell'iter diagnostico terapeutico il paziente dovrà essere dimesso o trasferito nella Divisione di competenza o in altro nosocomio, secondo le norme di legge vigenti.

Il tempo massimo di permanenza in tale struttura è previsto in 6-12 ore, prolungabili, eccezionalmente a 18 ore.

L'obiettivo principale del Servizio OBI è quello di ridurre i ricoveri inappropriati, riducendo al minimo i rischi per il paziente.

Vengono considerati ricoveri in OBI tutti i pazienti che permangono più di due ore in Pronto Soccorso calcolando tale tempo al netto dell'attesa in sala triage.

Richiesta esami e consulenze di Pronto Soccorso o OBI

La richiesta di esami e consulenze, attraverso il Pronto Soccorso o l'OBI, deve soggiacere ad un duplice obiettivo:

- Dirimere dubbi diagnostici del medico di guardia;
- La problematica per cui la prestazione viene richiesta deve essere urgente

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 48 di 111</p>
--	---	--

Per tale motivo, sulla richiesta di esami e consulenze deve essere riportato il sospetto diagnostico ed eventuali motivazioni accessorie circa i dubbi diagnostici del medico che richiede la consulenza.

Risk Management

Al fine di analizzare gli errori e trovare possibili rimedi è stato costituito un gruppo di lavoro formato dal Direttore dell'U.O., dal Capo Sala, e da un medico ed un infermiere nominati rispettivamente dai colleghi medici (dott.ssa Cucchiara) ed infermieri (I.P. Cacioppo) sotto la supervisione del Risk Manager aziendale e il responsabile Qualità.

Per tutto il personale esiste la possibilità di segnalare in forma anonima o non eventuali near misses che si sono verificati.

Allo studio un documento, da compilare in maniera anonima, per la segnalazione di eventi avversi o near misses.

La commissione ha lavorato introducendo alcune innovazioni:

1. Rapporti diretti con l'URP
2. Scala di comando ed assegnazione rigida dei compiti sia per medici che infermieri
3. Introduzione di compiti dell'Infermiere Responsabile del Turno nella gestione, in autonomia infermieristica, di alcuni codici di triage e di alcuni "Sintomi Principali" utilizzati nelle Schede di Triage
4. Segnalazione di possibili incongruenze nella richiesta di esami radiologici fra lato della lesione segnalato al triage e lato su cui si richiede l'esame radiografico
5. Incontro con il Direttore dell'U.O. di Patologia Clinica per l'esecuzione rapida degli esami per i pazienti Urgenti o con Emergenze

Prevenzione cadute

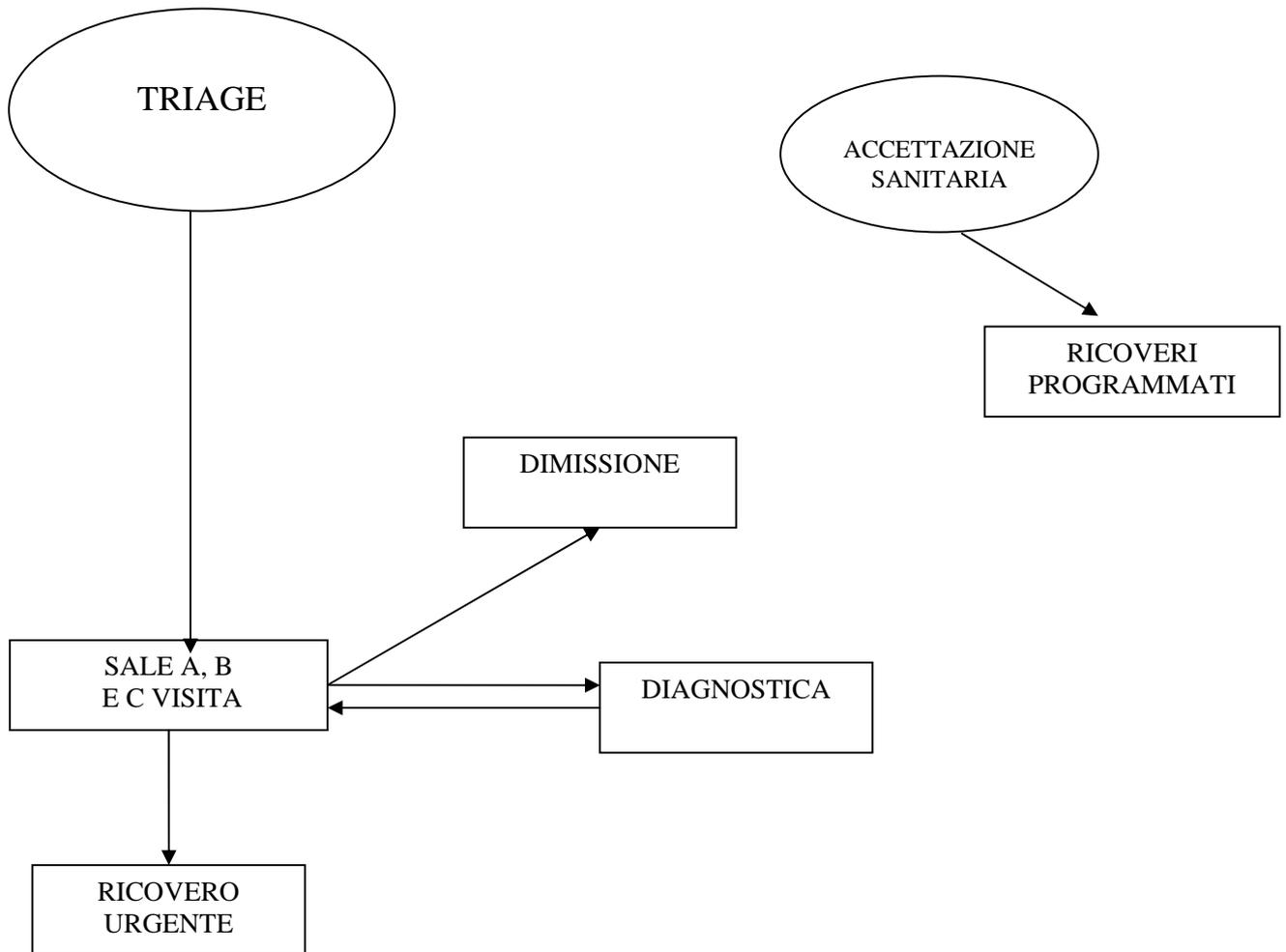
Al fine di evitare danni collegati alle cadute il pavimento delle sale visita è rivestito in materiale plastico relativamente morbido che riduce i danni conseguenti a caduta.

Per evitare che il paziente cada dalla barella, tutte le barelle sono fornite di sponde anticaduta, incernierate sulla struttura della barella per essere sempre disponibili.

Si cerca per quanto possibile di evitare l'ingresso in sala di parenti o accompagnatori; a tal proposito, a discrezione del medico, è tollerata al massimo la presenza di un accompagnatore ed esistono apposite disposizioni che vietano la presenza di parenti o accompagnatori in caso di esecuzione di manovre cruente (suture, cateteri venosi o cateterismi vescicali o naso gastrici, ecc.).

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</p>		<p>Codice documento: MQ. MCAU. TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 49 di 111</p>
--	---	--

DIAGRAMMA DI FLUSSO



<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 50 di 111</p>
--	---	--

PIANO DI ATTIVITA' ANNO 2012

OBIETTIVI		INDICATORI	VALORE NEGOZIATO
1	Flussi informativi istituzionali	N° scadenze rispettate nella trasmissione dei flussi informativi %	100%
2	Miglioramento attività di ricovero ordinario nel Presidio	N° dimessi 0/1 gg Azienda (escluso P.S) con tipologia di ricovero "urgente" x 100 N° dimessi Azienda(escluso P.S.) con tipologia di ricovero "urgente"	< anno 2011
3	Frattura anca over 65	>60% fratture anca over 65 operate entro 48 ore dal ricovero	>60%
4	Esecuzione in P.S. degli enzimi cardiaci	n. esami eseguiti in P.S. dal momento dell'arrivo delle attrezzature	Uso delle attrezzature

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 51 di 111</p>
---	---	--

CAPITOLO 4 – COMUNICAZIONE

4.1 COMUNICAZIONE ESTERNA

4.1.1 Gestione flussi informativi e comunicazione esterna

Tutte le comunicazioni, circolari, che arrivano alla U.O. sono portate alla visione del Responsabile dell'U.O. Le stesse, ove si richiede la loro pubblicizzazione, sono affidate alla Capo Sala che provvede all'affissione, nella bacheca dell'U.O.

Le comunicazioni rimangono affisse in bacheca, almeno 15 giorni, quindi, vengono archiviate in un raccoglitore.

L'originale del documento è archiviato dal Dirigente Responsabile dell'U. O.

Per comunicazioni di particolare importanza o che intervengono nella modalità di erogazione di servizi o prestazioni può essere richiesta la firma per presa visione e quindi per l'inserimento nel registro dei protocolli.

4.1.2 Gestione reclami

L'U.O. gestisce eventuali reclami tramite colloqui con il Dirigente Responsabile, previo appuntamento.

L'utente può inoltre recarsi all'U.R.P..

Nel caso di eventi avversi, o di near misses, verrà data immediata comunicazione alla Direzione Sanitaria con relazione dettagliata su quanto avvenuto, a cura del Direttore dell'U.O., dopo aver sentito o aver ricevuto relazione dal personale coinvolto.

Dell'evento verrà data comunicazione all'apposita commissione interna per lo studio del caso e l'assunzione di eventuali contromisure.

L'adozione di protocolli conseguenti a tali fatti, sarà preceduto da un periodo di almeno tre mesi durante il quale si verificheranno gli effetti delle contromisure studiate. Di tale studio verrà avvertita la Direzione Sanitaria. Al termine del trimestre, se i risultati sono stati positivi, la proposta verrà trasformata in proposta di protocollo e seguirà l'iter individuato.

4.1.3 Gestione delle informazioni ai familiari

Le informazioni ai familiari sono regolate dalle norme a tutela della Privacy e dalla procedura aziendale.

Al momento del ricovero, nell'O.B.I., il paziente deve sottoscrivere il consenso informato alle cure ed il modulo di consenso al trattamento dei dati sensibili, individuando, eventualmente, la(e) persona(e) cui possono essere fornite informazioni sull'iter clinico ed indicate su apposito modulo sottoscritto dal paziente al momento della presentazione in P.S. o momenti successivi durante la permanenza in Ospedale.

Nel caso di paziente che giunge in Pronto Soccorso in stato comatoso o non in grado di intendere, si avvertiranno le forze dell'ordine per le comunicazioni di rito ai congiunti, non appena possibile e compatibilmente con le necessità assistenziali del Pronto Soccorso/OBI.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 52 di 111</p>
--	---	--

I familiari del paziente ricoverato in O.B.I., previa sua preventiva autorizzazione, vengono ricevuti per informazioni dal Dirigente Responsabile o da Medico dell'U.O., da lui delegato, dalle 12:30 alle 13:00 di ogni giorno feriale.

Gli orari in cui i familiari possono essere ricevuti dai medici dell'U.O. sono esposti all'ingresso del reparto.

4.1.4 Gestione informazione al paziente

Il diritto all'informazione del paziente è prioritario e sempre rispettato all'interno dell'U.O.

Notizie circa lo stato di salute dello stesso vengono fornite dal Direttore dell'U.O. o da medico, da lui delegato, o, in assenza del Direttore dell'U.O., dal Medico inserito nella prima casella, alla sinistra di chi guarda, del turno di servizio affisso nell'apposita bacheca.

E' fatto espresso divieto a medici non delegati, capo sala, infermieri, ausiliari ed autisti di ambulanze di fare comunicazioni circa accertamenti, stato di salute ai pazienti, loro parenti e congiunti, al fine di avere un unico portavoce ed evitare possibilità di notizie non certe e frammentate che generano allarme e confusione, spesso non giustificati, negli interessati, con perdita di immagine per l'U.O., l'Ospedale e l'Azienda.

4.1.5 Informazione per gli utenti

Nel tentativo di migliorare la comunicazione esterna esiste un documento, affisso all'ingresso dell'U.O., dove sono esplicitati i diritti e i doveri dell'utente.

A) GUIDA AL PRONTO SOCCORSO

Il MCAU è dotato di uno strumento di comunicazione con l'utente esterno rappresentato dalla Guida al Pronto Soccorso e percorso di Pronto Soccorso che illustrano con modalità graficamente efficaci la funzionalità e l'organizzazione del MCAU.

Tale guida è pubblicata nella sala triage

B) SITO INTERNET

La comunicazione con l'utente esterno viene affidata anche a pagine dedicate poste sul sito internet aziendale, sul quale viene presentato il servizio e dove vengono trattati i principali temi che possono interessare l'utente esterno che intende ricorrere ai servizi del MCAU. La gestione del sito internet è sotto il controllo della Direzione che si avvale di un infermiere incaricato del continuo aggiornamento.

Lo strumento del sito internet mira a dare visibilità all'esterno al MCAU, a farne conoscere la funzionalità e l'organizzazione. Inoltre permette di trasmettere all'esterno in appositi links l'attività scientifica e culturale effettuata dal MCAU.

4.1.6 Informazione e collaborazione con il Medico curante

Attraverso colloqui, diretti o telefonici, e dopo accertamento dell'identità, i medici dell'U.O. forniscono notizie al medico curante circa l'evoluzione del quadro clinico del paziente e, ove necessario, acquisiscono dati anamnestici e clinici dello stesso, nello spirito di un'ampia collaborazione ed integrazione.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 53 di 111</p>
--	---	--

Qualora il medico curante venisse a visitare il proprio assistito, il Direttore dell'U.O., medico da lui delegato o medico responsabile, compatibilmente con le necessità assistenziali, accompagnerà il collega nella visita.

Se un personale di comparto si accorgesse della presenza di un medico in OBI provvederà ad avvertire, immediatamente, un medico dell'U.O., che ricorderà al collega i principi deontologici sull'argomento.

4.1.7 Informazione e collaborazione con le Forze di Polizia Giudiziaria

Attraverso colloqui, diretti o telefonici, e dopo accertamento dell'identità, i medici dell'U.O. forniscono notizie alle forze dell'ordine circa il quadro clinico del paziente e la prognosi. I medici dell'U.O. informano, obbligatoriamente, nel più breve tempo possibile, compatibilmente con le necessità assistenziali, circa pazienti che hanno subito lesioni con prognosi per la vita o con riserva sulla funzione, tentativi di suicidio o omicidio, lesioni da arma da fuoco, arma bianca o scoppio di materiale esplosivo, violenza o tentata violenza carnale ed in ogni caso in cui esiste obbligo di avviso secondo le leggi vigenti.

Nessun documento deve essere consegnato alle Forze di Polizia Giudiziaria senza approvazione della Direzione Sanitaria e comunicazione immediata al Direttore dell'U.O. e Capo Sala.

4.2 COMUNICAZIONE INTERNA

4.2.1 Gestione della comunicazione interna

Lo scambio delle informazioni tra il personale, medico e non, dell'U.O. avviene attraverso varie modalità:

- Visita generale pazienti
- Scambio di consegne tra il personale infermieristico e medico al momento del cambio di turno (sia verbale che scritto su apposito registro o nella scheda elettronica del paziente)
- Periodici meeting organizzati dal Dirigente Responsabile nei quali viene analizzata l'attività dell'U.O.
- Riunioni, al bisogno, per l'esame di specifiche problematiche
- Corrispondenza

Riunioni

La convocazione delle riunioni avviene tramite comunicazione scritta, del Dirigente Responsabile, in cui viene comunicata l'ora, la sede e l'Ordine del Giorno, affissa in apposita bacheca, autorizzata dalla Direzione Sanitaria ed Amministrativa per il riconoscimento del debito orario che ne deriva.

Solo eccezionalmente e per riunioni con all'oggetto argomenti particolarmente urgenti potrà essere saltata la fase autorizzativa della Direzione Sanitaria/Amministrativa.

La riunione del personale è una riunione di tutto o di parte del personale che viene

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ. MCAU. TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 54 di 111</p>
--	---	--

convocata o dal Direttore o dal Capo Sala. Viene convocata tramite avviso affisso in bacheca. Colui che convoca la riunione incarica un partecipante della stesura del verbale che viene approvato alla riunione successiva e posto nel registro delle riunioni.

Corrispondenza

Le Comunicazioni Interne vengono pubblicate nella bacheca dell'U.O., e conservate nel fascicolo Comunicazioni. Le comunicazioni Interne più rilevanti vengono anche unite ad un Modello di distribuzione per verificarne la diffusione. Inoltre tutte le Comunicazioni verranno rese visibili in intranet nella cartella "linee guida e protocolli" presente su tutti i computer dell'U.O..

La corrispondenza con altre UU.OO. o con la Direzione Sanitaria viene redatta su carta intestata ed una copia cartacea viene conservata nel raccoglitore "corrispondenza in uscita" a cura del Capo Sala.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 55 di 111</p>
--	---	--

CAPITOLO 5 – ATTREZZATURE

4.1 Elenco delle attrezzature

Le attrezzature in dotazione all' U.O. sono a norma CE. Possono essere così classificate

a. **Attrezzature sanitarie generali:**

- Sterilizzatrice a vapore Getinge GE 224 CD VAC
- Lavastrumenti Getinge 1345

b. **Attrezzature sanitarie specifiche:**

- Elettrocardiografo Philips PageWriter Trim III
- Elettrocardiografo Philips PageWriter TC30
- Monitor defibrillatore semiautomatico Schiller DEFIGRAD 5000
- Monitor defibrillatore semiautomatico Lifepak 12
- Emogasanalizzatore Roche opti cca
- Laringoscopio di Bullard a visione diretta adulti
- Laringoscopio di Bullard a visione diretta pediatrico
- Carrello di emergenza
- Apparecchio per CPAP Boussignac
- Valigia per l'emergenza
- Aspiratore elettrico portatile Gambo Soxil 45
- Macchina per il ghiaccio Angelo Po
- Quattro aspiratori da collegare al vuoto
- Sterilizzatrice a secco
- Saldatrice Gandus Medical H400
- Vaporizzatore Mondomed NV
- Frigorifero per farmaci Medical Project
- Monitor Multiparametrico Datascope Trio
- Maschere laringee
- Sterilizzatrice ad autoclave ZEUS
- Massaggiatore Cardiaco Esterno Lucas 2

4.2 Gestione ordini attrezzature

Gli ordini di nuove attrezzature vengono formulati dal Dirigente Responsabile dell'U.O. che, in conformità alle direttive aziendali, vi provvede con pianificazione annuale e in caso di necessità.

La pianificazione annuale viene stilata, previa consultazione del personale medico e della capo sala, in funzione degli obiettivi assistenziali da raggiungere e delle esigenze di rinnovo della dotazione materiale.

Le richieste vengono formulate tramite modulistica aziendale.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 56 di 111</p>
--	---	--

4.3 Gestione guasti e/o rotture arredi ed ausili

In caso di guasto o rottura di arredi ed ausili, ad opera della Capo Sala, viene formulata richiesta di riparazione su apposito **modulo richiesta intervento tecnico** da inviare all'Ufficio Tecnico.

L'arredo non funzionante viene segregato con apposizione di cartello indicante il non funzionamento o se possibile, ritirato dalle sale visita.

4.4 Manutenzione preventiva e correttiva delle attrezzature

➤ Manutenzione preventiva

Per Manutenzione Preventiva s'intende la periodica esecuzione di tutte quelle operazioni di controllo e messa a punto tendenti ad assicurare il normale e perfetto funzionamento delle apparecchiature tramite la prevenzione dei guasti.

La manutenzione preventiva delle apparecchiature è uno degli elementi fondamentali di qualsiasi servizio gestionale delle tecnologie biomediche; essa, infatti, permette di conservare nel tempo le apparecchiature, riducendo, tramite gli interventi programmati, le possibili disfunzioni derivanti dall'uso quotidiano.

Essa avrà quindi lo scopo di limitare l'insorgenza dei guasti, quando questi sono in qualche modo ricollegabili all'usura di parti costituenti l'apparecchiatura.

E' predisposto dagli uffici competenti dell'Azienda Sanitaria un piano di manutenzione preventiva consistente nella programmazione di manutenzioni periodiche con frequenza adeguata alle caratteristiche costruttive e di funzionamento delle apparecchiature ed al loro specifico uso.

La cadenza delle manutenzioni programmate dovrà essere in accordo con quanto prescritto dal costruttore e riportato nel manuale di servizio dell'apparecchiatura.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 57 di 111</p>
--	---	--

La manutenzione dovrà prevedere, anche, alla sostituzione di quelle componenti di limitata affidabilità secondo la frequenza che sarà adeguata alla necessità di buon funzionamento delle apparecchiature in condizioni di sicurezza delle stesse.

L'infermiere responsabile del turno dovrà rispettare quanto previsto nell'apposita Check List con operazioni di manutenzione ordinaria giornaliera, segnalando le problematiche verificatesi al Capo Sala che provvederà all'invio delle richieste di verifica o riparazione, possibilmente nella stessa giornata di segnalazione del guasto, nei giorni feriali (escluso il sabato), ovvero nel primo giorno feriale utile successivo.

➤ Manutenzione correttiva

Per Manutenzione Correttiva si intendono tutte quelle procedure atte ad accertare la presenza di un guasto o di un malfunzionamento di una apparecchiatura biomedica, individuarne la causa, adottare tutte le misure per garantirne il ripristino delle normali condizioni di funzionamento, il controllo e la verifica finale della funzionalità.

Viene effettuata a richiesta del Dirigente Responsabile o suo sostituto, al verificarsi del guasto tecnico, su apposito modello aziendale (MAN_ xxx).

➤ Manutenzione straordinaria

Si intendono tutti quegli interventi di manutenzione, che possono identificarsi con attività non propriamente riconducibili alla gestione ordinaria delle apparecchiature, ma connesse essenzialmente a ristrutturazioni, aggiornamenti tecnologici, adeguamenti normativi, trasferimenti strutturali, ecc....

Di norma sono richiesti dal Dirigente Responsabile dell'U.O.

4.5 Formazione del personale all'uso delle apparecchiature

L'addestramento del personale all'utilizzo di nuove apparecchiature viene realizzato attraverso la consultazione del manuale d'uso delle stesse e mediante incontri teorico-pratici con i tecnici della ditta fornitrice o dai medici dell'U.O. individuati allo scopo.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 58 di 111</p>
--	---	--

CAPITOLO 6 – FORMAZIONE

6.1 Inserimento, affiancamento, addestramento

Per neo assunto si intende un Operatore inserito per la prima volta in una U.O. o un lavoratore trasferitosi presso l'U.O. da altra sede/Servizio/U.O..

Tale personale prende servizio sotto la diretta sorveglianza del Direttore dell'U.O. per il personale medico e sotto la diretta sorveglianza del Capo Sala per le altre figure professionali.

Direttore e Capo Sala possono assegnare il compito di seguire il personale di nuova assegnazione a medici o personale di pari qualifica.

6.1.1 Inserimento, affiancamento, addestramento personale dell'U.O.

Al fine di favorire l'integrazione del nuovo personale all'interno dell'organizzazione dell'U.O., si ritiene necessaria l'attuazione di un'adeguata procedura di inserimento/affiancamento che persegue le seguenti finalità:

- ❑ Favorire le capacità relazionali del neo assunto nell'attività routinaria propria della qualifica.
- ❑ Vagliare ed eventualmente completare le sue conoscenze teorico pratiche.
- ❑ Messa in atto di un metodo formativo che gli permetta, nel tempo, di raggiungere standard professionali di elevato valore tecnico e che permetta nel contempo di garantire l'appropriatezza e l'efficacia dei comportamenti ed assicurare alti livelli di sicurezza per i pazienti e l'operatore stesso.
- ❑ Prevedere un sistema di autovalutazione dei bisogni formativi che, nel tempo, possono contribuire a definire il piano annuale di formazione e aggiornamento.
- ❑ Informazione e sottoscrizione per presa visione dei protocolli, delle linee guida, dei percorsi assistenziali e delle flow chart attive.
- ❑ Le linee guida ed i protocolli attivi sono presenti su intranet e raggiungibili da qualsiasi computer dell'U.O., possono essere stampati da chi ne fosse interessato. Ai neo assegnati verrà spiegato come visionarli.

6.2 Formazione e Aggiornamento

6.2.1 Oggetto

La presente procedura descrive le modalità organizzative legate alla formazione del personale medico, infermieristico e di supporto, dell'U.O. di M.C.A.U., in particolare per gli aspetti dell'aggiornamento attraverso la partecipazione a convegni e congressi, la realizzazione di iniziative interne e la frequenza presso centri specializzati.

6.2.2 Scopo

Con la procedura si intende :

- a) Fornire percorsi comuni per l'accesso alla formazione al fine di garantire pari opportunità a tutto il personale;

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 59 di 111</p>
--	---	--

- b) Stabilire modalità per la valutazione e la documentazione delle iniziative di formazione;
- c) Definire ruoli e responsabilità ai vari livelli.

6.2.3 Applicabilità

La presente procedura si applica nei casi di seguito elencati:

- 1) Organizzazione, realizzazione e partecipazione alle iniziative tenute all'interno della U.O.
- 2) Organizzazione, realizzazione e partecipazione alle iniziative tenute all'interno della Azienda;
- 3) Frequenza presso centri specializzati per l'acquisizione di particolari abilità secondo quanto previsto nel piano di formazione della U.O.;
- 4) Partecipazione a convegni e congressi, seminari, workshop organizzati presso terzi, coerenti con le finalità istituzionali e compatibili con le esigenze di servizio della UO;

6.2.5 Descrizione attività

Per i seguenti tre punti, le procedure qui identificate devono coordinarsi con le procedure aziendali attuali, ed una nuova versione di questa procedura deve essere definita ad ogni modifica delle procedure aziendali:

- a) Partecipazione del personale medico ad attività di formazione organizzate da soggetti esterni all'azienda;
- b) Partecipazione del personale sanitario infermieristico e sociosanitario ad attività di formazione organizzate da soggetti esterni all'azienda;
- c) Programmazione, organizzazione e gestione di attività di formazione effettuate dall'U.O.

6.2.6 Partecipazione del personale medico ed infermieristico ad attività di formazione organizzate da soggetti esterni all'azienda ospedaliera

Sulla base di quanto riportato sopra i singoli medici e la Coordinatrice Infermieristica (per se e per gli Infermieri Professionali) propongono i propri percorsi formativi, corrispondenti agli obiettivi Aziendali e dell'U.O., che andranno ad integrarsi con quelli previsti dall'Azienda e dall'U.O., in modo da poter raggiungere la quota di crediti formativi annuali.

Valutata la loro congruenza, il RUO, in base al regolamento Aziendale per le attività di aggiornamento, compilerà il modulo di istanza di aggiornamento, determinando l'istituto con il quale intende far sostenere la frequenza (comando non obbligatorio, permesso retribuito, riserva oraria 4 ore/ settimanali), i giorni di assenza giustificata ed autorizzando le eventuali relative spese. Invierà quindi tale modulo alla Direzione Sanitaria per l'accettazione definitiva e l'istruzione degli atti conseguenti.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p>ASP TRAPANI AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 60 di 111</p>
---	--	--

6.2.7 Programmazione, organizzazione e gestione di attività di formazione obbligatoria effettuate dall'Azienda

L'aggiornamento obbligatorio, in sede, prevede la frequenza a corsi teorico-pratici ed a seminari organizzati dall'Azienda in base alle esigenze istituzionali in orario di lavoro. Il riconoscimento della presenza e delle ore di frequenza, come ore lavorative, avverrà in base all'apposizione della firma nel registro del corso e ove possibile attraverso il normale sistema di rilevazione delle presenze.

Tale aggiornamento può essere parte integrante del percorso di formazione annuo, definito dalla U.O., con le modalità sopra esplicitate. In tale caso i corsi e/o i seminari identificati nella programmazione annua o nel corso dell'anno vanno richiesti dal R.U.O. attraverso apposito modulo all'Ufficio Formazione perché sia valutata dall'ufficio stesso in rapporto all'attinenza con la programmazione annuale aziendale e dai Dirigenti Responsabili Sanitari di Presidio per l'attinenza agli obiettivi di sviluppo e strategici dell'Azienda.

6.2.8 Aggiornamento obbligatorio fuori sede

Frequenza obbligatoria a seminari, corsi teorico pratici o ad attività presenti presso altre strutture per l'acquisizione delle conoscenze necessarie allo sviluppo di capacità tecnico-cliniche, strumentali e organizzativo-gestionali atte a raggiungere gli obiettivi aziendali e della U.O.

- **In Comando:** istituto che si può utilizzare, per un periodo di tempo determinato, per realizzare la presenza del personale prescelto presso Centri, Istituti, Laboratori Nazionali, Internazionali e Stranieri ed altri Organismi di ricerca, che abbiano dato preventivamente il loro assenso.

L'Azienda, su proposta motivata del R.U.O., decide in ordine alla durata e alla corresponsione economica.

- **In Missione:** istituto che prevede anche la corresponsione della indennità di missione, oltre al rimborso delle spese autorizzate dal responsabile e nei limiti previsti dalle norme per i dipendenti pubblici.

Per la partecipazione a Congressi e Corsi non è riconosciuta di norma la missione. Sia il Comando che la Missione è consentita di norma ad un solo dipendente.

La veste di responsabile di incarico professionale, corso per funzione previsto dalla legge, docente, relatore o presentatore di comunicazione scientifica, nell'ordine, costituiscono titoli preferenziali. L'impegno orario è considerato sino alla concorrenza del valore medio della giornata lavorativa.

Nel caso dell'Istituto della formazione obbligatoria, il dipendente deve assicurare la divulgazione delle nuove conoscenze acquisite:

- **All'interno del proprio ambito di lavoro** secondo le modalità stabilite dal Primario;
- **All'intera Azienda** con una relazione scritta da consegnare all'Ufficio Formazione che provvederà alla diffusione agli ambiti interessati.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p>ASP TRAPANI AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 61 di 111</p>
--	--	--

6.2.9 Altri Eventi Formativi

Ove nell'ambito del programma annuale di formazione si individua la necessità di **programmare e organizzare simposi, seminari o corsi facoltativi per il proprio personale**, si procede inviando all'Ufficio Formazione, a responsabilità del RUO, un programma particolareggiato evidenziante: l'oggetto, l'obiettivo, la tempistica di realizzazione, i destinatari, i titoli delle relazioni e i relatori previsti, le spese valutate analiticamente e le eventuali sponsorizzazioni. L'Ufficio Formazione valuta il progetto in rapporto all'attinenza con la programmazione annuale aziendale e ai fondi previsti per la Formazione. La Direzione Sanitaria e/o Strategica valuteranno circa l'attinenza agli obiettivi di sviluppo e strategici dell'Azienda. In caso di valutazione positiva, d'intesa con l'Ufficio Formazione, si provvederà all'organizzazione della manifestazione stessa individuando, a cura del R.U.O. e dell'Ufficio Formazione, Segreteria e Direzione Organizzativa del corso.

6.3 Mantenimento Della Qualifica

Oltre al mantenimento dell'idoneità fisica, i criteri con i quali il personale mantiene la propria qualifica per continuare ad espletare la propria attività sono essenzialmente criteri di aggiornamento professionale.

Questi sono di carattere: obbligatorio e volontario

• Obbligatori

- Decreto Ministeriale 27 dicembre 2001 Accordo Stato - Regioni del 20 dicembre 2001 Legge 23 dicembre 2000, n. 388 "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2001) "
- Decreto Ministeriale 5 luglio 2000
- Decreto legislativo 229/99 recante "NORME PER LA RAZIONALIZZAZIONE DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE"
- Contratto collettivo nazionale di lavoro quadriennio 1998-2001 dell'area relativa alla dirigenza medica e veterinaria del Servizio Sanitario Nazionale attraverso la partecipazione e l'acquisizione dei crediti previsti per i corsi accreditati dal Ministero della Sanità;

Le registrazioni sono effettuate dall'amministrazione dell'ASP – Trapani sulle schede inerenti lo stato di servizio di ogni dipendente;

• Volontari

Attraverso la realizzazione di percorsi professionali individuali.

Le registrazioni sono effettuate dall'amministrazione dell'ASP – Trapani sulle schede inerenti lo stato di servizio di ogni dipendente;

Le registrazioni della formazione volontaria individuale saranno effettuate solo se rientrano nelle strategie di formazione e sviluppo dell'unità, le cui linee attuali sono: triage, percorsi diagnostico-terapeutici nell'emergenza-urgenza, miglioramento della qualità.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 62 di 111</p>
--	---	--

6.3.1 MANTENIMENTO QUALIFICA MEDICI

a) DIRETTORE: DIRIGENTE MEDICO II LIVELLO

- Esperienza di tecniche di Management conseguiti in Corsi teorici e pratici accreditati secondo le normative vigenti (Corsi IREF e/o Master post-universitari).
- Mantenimento dell'idoneità fisica nel tempo. L'idoneità fisica viene verificata e convalidata annualmente da visita medica e da esami ematochimici da parte del Medico Competente dell'Ente, secondo le norme della legislazione Repubblica Italiana. La documentazione della idoneità fisica è conservata presso l'Archivio dell'Ufficio Personale dell'Ente

b) DIRIGENTE MEDICO I LIVELLO

- L'idoneità fisica deve essere mantenuta nel tempo: viene verificata e convalidata annualmente da visita medica e da esami ematochimici da parte del Medico Competente dell'Ente, secondo le norme della legislazione Repubblica Italiana. La documentazione della idoneità fisica è conservata presso l'Archivio dell'Ufficio Personale dell'Ente.

Ci sono diverse modalità per l'aggiornamento dei Medici (comandi nel caso il Medico presenti lavori scientifici ai congressi in prima persona, congedi straordinari con riconoscimento dell'orario dedicato all'aggiornamento nel caso si partecipi come uditori).

La documentazione inerente Corsi e Congressi in Comando per il Personale Medico è depositata presso gli Uffici della Direzione Scientifica; il congedo straordinario viene gestito dall'Ufficio Personale della Direzione Sanitaria .

Le registrazioni inerenti gli aspetti volontari della formazione dei Medici sono elencate con documentazione relativa presso l'archivio dell'Ufficio Personale dell'ASP – Trapani.

6.3.2 MANTENIMENTO QUALIFICA INFERMIERI E TECNICI

a) CAPO SALA, INFERMIERI, OTA e AUSILIARI:

L'idoneità fisica deve essere mantenuta nel tempo: viene verificata e convalidata annualmente da visita medica e da esami ematochimici da parte del Medico Competente dell'Ente, secondo le norme della legislazione Repubblica Italiana. La documentazione della idoneità fisica è conservata presso l'Archivio dell'Ufficio Personale dell'Ente.

b) MANTENIMENTO DELLA QUALIFICA DI TRIAGE

- Gli infermieri già formati, affiancati da alcuni Medici del Servizio e dallo psicologo, costituiscono il nucleo di un gruppo interno al Pronto Soccorso di "formazione permanente", adeguando le proprie conoscenze alle evoluzioni organizzative e strutturali, avvalendosi di aggiornamenti continui.

Il Personale Infermieristico e tecnico, con parere favorevole del Direttore, può partecipare a Corsi e Congressi con Giornate Infermieristiche. E' necessaria la convalida della Direzione Sanitaria a mezzo dell'Ufficio Infermieristico.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ. MCAU. TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 63 di 111</p>
--	---	--

In atto possono eseguire il triage:

Amico Maria Pia, Barbara Francesco, Barbata Gaspare, Castelli Paola, Cacioppo Giovanna, Fazio Giuseppe (istruttore), Fria Giovanna, Incaviglia Matteo, Mannina Laura, Mazzara Nicola (istruttore), Oddo Vincenzo, Reina C. (incaricata), Restuccia Salvatore (istruttore), Simonte Mariano, Tumminia Roberto, Via Rosaria

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 64 di 111</p>
--	---	--

CAPITOLO 7 – SISTEMA INFORMATIVO

7.1. GESTIONE DEL DATO

7.1.1 I dati

La rilevazione dei dati costituisce indispensabile strumento ai fini della modulazione dell'attività dell'U.O. in funzione degli obiettivi stabiliti con l'Azienda e della valutazione dei risultati raggiunti in termini di soddisfazione dei pazienti (customer satisfaction).

La responsabilità della rilevazione dei dati e della loro qualità, le modalità e i tempi della loro diffusione sono a carico del Dirigente Responsabile dell'U.O. che si avvale della collaborazione delle diverse figure professionali presenti all'interno dell'U.O.

7.1.2 Registrazione dei dati dell'OBI

L'attività svolta viene progressivamente registrata su modulistica cartacea e/o informatizzata. Tali registri sono:

- registro dei ricoveri ordinari – informatizzato e cartaceo
- registro interventi chirurgici - cartaceo

I registri dei ricoveri ordinari e in D.H. sono in consegna al Capo Sala che provvede, direttamente o attraverso un suo delegato, alla registrazione del paziente all'atto del ricovero riportando i dati di seguito elencati:

1. Numero progressivo
2. Numero cartella clinica
3. Cognome e nome
4. Età
5. Diagnosi di ingresso
6. Data dimissione (alla dimissione del paziente).

Il registro degli interventi chirurgici, in consegna al Responsabile dell'U.O., viene compilato dal personale medico e in esso vengono riportati i seguenti dati:

1. Numero progressivo intervento
2. Data intervento
3. Cognome e nome paziente
4. Età
5. Luogo di residenza
6. N° cartella clinica
7. Data di ingresso
8. Diagnosi

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 65 di 111</p>
--	---	--

9. Tipo intervento effettuato
10. Medici operatori ed infermiere ferrista
11. Tipo di anestesia e Medico anestesista

7.1.3 Rilevazione dei dati

Trimestralmente, o secondo scalette temporali concordate con l'Ufficio Responsabile, ad opera del R.U.O. viene effettuata la rilevazione dei dati dai registri, già citati, e viene stilato un resoconto dell'attività svolta in funzione della tipologia della stessa.

7.1.4 Divulgazione dei dati

Il R.U.O., attraverso periodiche riunioni con il personale, provvede alla diffusione dei dati relativi all'attività svolta e alle progettualità da mettere in essere in funzione degli obiettivi da raggiungere.

7.1.5 Prestazioni interne rese ad altre U.O.

La rilevazione delle prestazioni interne, richieste da altre U.O., se redatte su modulistica dell'U.O., vengono effettuate su blocchetti in doppia copia, contenenti le seguenti informazioni:

- Unità operativa richiedente
- Anagrafica semplificata del paziente
- Codice prestazione (come da tariffario regionale)
- Personale coinvolto nella prestazione
- Attrezzature utilizzate
- Firma di chi esegue la prestazione

L'originale viene consegnato agli appositi uffici per gli adempimenti del caso.

Ogni mese, il coordinatore infermieristico raccoglie i blocchetti utilizzati, e registra le prestazioni effettuate e le invia utilizzando i programmi informatizzati predisposti dall'Ufficio Controllo di Gestione.

I blocchetti vengono archiviati all'interno dell'U.O.

7.1.5 Prestazioni interne chieste ad altre U.O.

La rilevazione delle prestazioni interne, richieste ad altre U.O., vengono redatte su modulistica dell'U.O., in doppia copia, ove possibile da programma informatico e contengono le seguenti informazioni:

- Unità operativa richiedente
- Unità operativa cui è richiesta la prestazione
- Anagrafica semplificata del paziente

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 66 di 111</p>
--	---	--

- Data della richiesta
- Prestazione
- Motivazione o specifiche sulla richiesta
- Eventuali note concordate con l'U.O. di destinazione della richiesta
- Firma di chi esegue la prestazione

L'originale viene consegnata all'U.O. di destinazione per la rendicontazione. Copia viene inserita nel fascicolo paziente ed archiviate secondo le procedure previste.

Ogni mese, o arco temporale concordato con gli uffici appositi, il Coordinatore Infermieristico raccoglie le statistiche, e le invia, utilizzando la modulistica predisposta dall'Ufficio Controllo di Gestione.

7.1.6 Fogli di dimissione di Pronto Soccorso

Ogni paziente che viene accolto al triage riceve la scheda di triage che viene portata in sala visita e consegnata all'infermiere di sala. Rappresenta il primo documento di presa in carico del paziente. In questa scheda, attraverso la raccolta dell'anamnesi infermieristica, il paziente sottoscrive quanto detto all'infermiere e che l'infermiere ha chiesto tutte le notizie anamnestiche previste dalla scheda. Con la sottoscrizione della stessa, il paziente autocertifica di aver controllato i propri dati anagrafici e di accettare l'eventuale pagamento del ticket. Il documento ha pertanto valore medico legale e fa parte integrante della documentazione del paziente.

All'apertura della scheda di triage viene registrato in modo automatico l'ora attuale.

Per ogni accesso, che si ribadisce inizia con la scheda di triage, viene compilato un fascicolo, tranne che il paziente, chiamato in sala d'attesa non si sia spontaneamente allontanato. Se il paziente si allontana resterà traccia in archivio informatico, sull'ora di esecuzione del triage e sull'ora di chiamata e non presenza in sala d'attesa. Resta traccia, nell'archivio elettronico, anche delle rivalutazioni eseguite in sala d'attesa dall'addetto al triage.

Tutte le richieste di esami strumentali, consulenze, referti medici, certificati inail vengono registrati con scrittura dell'ora in cui avviene la stampa. Tutti i documenti stampati non possono più essere modificati per via informatica ed eventuali correzioni vanno sottoscritte a penna dal medico che apporta la correzione. Le stampe, di norma, vengono eseguite in duplice copia, una per il reparto che esegue la prestazione, l'altra per il fascicolo accesso. I referti medici, invece, in triplice copia, una per l'archivio di Pronto Soccorso, una per l'archivio dell'ospedale, una per le Forze dell'Ordine. I certificati INAIL, secondo gli accordi con tale Istituto. I certificati INAIL, oltre che consegnati all'interessato, di norma vengono inviati entro 3 gg, per via telematica all'inail, come da disposizioni ed autorizzazioni vigenti.

Al termine dell'iter clinico diagnostico il paziente può essere **ricoverato**, ed in questo caso il fascicolo accesso viene allegato alla cartella clinica, di cui diviene parte integrante, o **dimesso** ed in questo caso l'infermiere raccoglie e conserva fino a fine

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 67 di 111</p>
--	---	--

turno tale materiale lasciandolo in consegna, ordinato per numero, al collega del turno successivo.

Il foglio di dimissioni, in duplice copia, verrà firmato per accettazione da parte del paziente nella copia che resta in P.S., firmato in entrambe le copie dal medico che dimette. Nel caso di correzioni, il medico sottoscriverà le correzioni apportate sul foglio dato al paziente, il paziente sottoscriverà le correzioni sul foglio che resta in P.S.

Il Capo Sala, ogni mattina feriali, controlla la congruità dell'archivio elettronico con i fogli di dimissione presenti, segnalando al Direttore dell'U.O. o persona da lui segnalata, le anomalie eventualmente presenti, ordina numericamente e per giorno i fascicoli e li organizza in cartelle giornaliere. Correggerà eventuali errori sull'anagrafica del paziente riportate sul foglio di dimissione o sul referto.

Per 6 mesi tale materiale resterà nell'archivio di Pronto Soccorso per una rapida consultazione nel caso di richieste di copie da parte degli appositi uffici ospedalieri o per richieste di Polizia Giudiziaria. Trascorso tale arco temporale, vengono affidati all'archivio generale dell'Ospedale.

I referti medici prodotti giornalmente, vengono anche essi ordinati per giorno e numero. Una copia, se non ritirata dalle Forze dell'Ordine viene consegnata al Poliziotto dell'Ufficio di Polizia, che firmerà l'elenco dei referti ricevuti, una copia verrà inviata all'ufficio rilascio cartelle cliniche, che firmerà per accettazione la copia dell'elenco, una copia, con gli elenchi sottoscritti, come da descrizione precedente, resterà nell'archivio di Pronto Soccorso e successivamente inviata all'archivio generale.

7.1.7 Fogli di ticket di Pronto Soccorso

Ogni paziente che viene dimesso con codice bianco alla dimissione, oltre il foglio di dimissione riceverà la richiesta del pagamento del ticket di P.S. che potrà essere pagato, virtualmente consegnando copia dell'esenzione all'ufficio pagamento ticket o realmente con pagamento del dovuto alla cassa dell'ospedale o tramite bollettino postale.

Gli uffici ticket, in assenza di programma che scarica automaticamente tale prestazione, fornisce periodicamente, di norma settimanalmente, le copie dei ticket pagati, con aggiornamento continuo dell'archivio elettronico.

Il personale amministrativo che riceve il pagamento del ticket per via postale provvederà personalmente ad eliminare chi ha pagato dall'elenco dei "morosi".

L'elenco dei morosi può essere scaricato, dalla rete intranet dell'ospedale, dagli uffici addetti alla riscossione per i provvedimenti di propria competenza.

7.2 GESTIONE DOCUMENTAZIONE

I documenti dell'U.O. possono essere classificati in due tipi:

- a) Tecnico-amministrativi: documentano l'organizzazione, le funzioni e i servizi erogati dall'Utecnico.O. e le modalità operative seguite per le attività tecniche e gestionali richiamando le procedure utilizzate.
- b) Sanitari: comprovano l'attività sanitaria svolta.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 68 di 111</p>
--	---	--

7.2.1 PROCEDURA DI GESTIONE DOCUMENTAZIONE TECNICO-AMMINISTRATIVA

Scopo e Campo di Applicazione

La presente procedura ha lo scopo di descrivere in dettaglio i criteri e le modalità di controllo della documentazione tecnico-amministrativa dell'U.O.; fornisce, inoltre le indicazioni circa il coordinamento delle attività connesse con tale attività, in modo da garantire l'adeguatezza, l'aggiornamento e la disponibilità dei documenti.

Responsabilità

Le figure responsabili dell'applicazione della presente procedura sono: il Responsabile dell'U.O. (R.U.O.), il Responsabile Qualità dell'U.O. (medico ed infermiere) ed il Responsabile del Sistema di Gestione per la Qualità Aziendale (R.S.G.Q.A.).

La Documentazione tecnico-amministrativa dell'U.O.

I Documenti includono:

- a) il Manuale della Qualità per l'Accreditamento;
- b) Allegati al manuale;
- c) Procedure, linee guida, protocolli;
- d) Allegati alle procedure, linee guida, protocolli;

Emissione, Verifica e Approvazione

Ogni revisione dei documenti dell'U.O. è emessa dal R.U.O. che informa i responsabili qualità dell'U.O. e, prima di essere distribuita, è verificata ed approvata dal R.S.G.Q.A. con le seguenti modalità:

I Responsabili Qualità dell'U.O.:

- a) Concordano con il R.U.O. l'obiettivo da raggiungere;
- b) Redigono il documento;
- c) Lo comunicano al R.U.O. che firma per verifica e approvazione ovvero suggerisce modifiche, con conseguente ritorno al punto b;
- d) Ottenuta l'approvazione, lo inviano al R.S.G.Q.A. per la verifica;
- e) Ricevuto indietro il documento, valutano le eventuali modifiche segnalate e provvedono alla rielaborazione del documento ripassando per i punti b-d;
- f) Superata la fase di approvazione da parte del R.S.G.Q.A.;
- g) Appongono la firma di emissione;
- h) Forniscono copia del documento alle pertinenti funzioni e ai soggetti interessati, nel tipo di distribuzione per esso prevista, raccogliendo le firme per presa visione e conservandole insieme al documento originale.

Il R.S.G.Q.A.:

- a) Esamina il documento e propone le eventuali modifiche da effettuare entro i tempi richiesti;
- b) Sigla per verifica e approvazione il documento, se concorda con i contenuti.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 69 di 111</p>
--	---	--

Protezione dei Documenti e dei Dati

I Documenti Master e i Dati della Qualità sono conservati dal RUO in appositi raccoglitori.

I raccoglitori permettono di preservare l'integrità e la leggibilità dei documenti e dei dati proteggendoli fisicamente. Gli stessi sono opportunamente catalogati e conservati in archivio. Deve essere presente un secondo raccoglitore, identico a quello conservato dal RUO, con le copie dei documenti, esposto per una rapida consultazione nella stanza computer.

7.2.2 PROCEDURE PER LA GESTIONE DEI DOCUMENTI DI ATTIVITÀ SANITARIA

OGGETTO

In questo documento verrà descritta la modalità di compilazione, conservazione e distribuzione della documentazione sanitaria prodotta dalla attività dell'U.O. di Medicina e Chirurgia d'Accettazione e d'Urgenza.

Si intendono per documenti di attività sanitaria i seguenti:

1. Cartella Clinica di RICOVERO ORDINARIO IN OSSERVAZIONE BREVE
2. Relazione di dimissione
3. Referti ambulatoriali di prestazioni di Pronto Soccorso
4. Referti medici

SCOPO

Lo scopo della presente procedura è di fornire una modalità omogenea per la gestione dei documenti sanitari nell'ambito dell'U.O. e garantire le modalità di compilazione degli stessi in modo che tutti gli operatori sanitari si adeguino in modo uniforme a queste norme che rispondono sia a requisiti di legge sia a requisiti di razionalizzazione e di trasparenza.

RESPONSABILITÀ

La responsabilità nella produzione e conservazione dei documenti di attività sanitaria è di pertinenza del R.U.O.

DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

I documenti di riferimento per queste procedure sono quelli individuati dalle leggi e regolamenti vigenti, nonché dalle disposizioni della Direzione Sanitaria.

Cartella clinica

Generalità

La cartella è stata messa a punto per assolvere alle peculiari esigenze dell'assistenza ai pazienti della U.O. e, in particolare, per permettere la rapida consultazione dei parametri clinici ed ematochimici di ricorrente riscontro durante una degenza.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 70 di 111</p>
--	---	--

Composizione della cartella clinica

La cartella clinica (attualmente in uso presso la U.O.) si compone delle seguenti parti:

- INTESTAZIONE**, contenuta nella prima pagina, che riporta i dati anagrafici del paziente, le date di ingresso e di uscita, le diagnosi d'ingresso e di dimissione.
- FOGLIO PER ANAMNESI ed ESAME OBIETTIVO**
- FOGLIO PER DIARIO CLINICO GIORNALIERO e TERAPIA**
- FOGLIO PER INTERVENTO CHIRURGICO**
- FOGLIO PER CONSENSO INFORMATO ALLE CURE**
- FOGLIO CONSENSO AL TRATTAMENTO DEI DATI SENSIBILI**
- FOGLIO PER DICHIARAZIONE DI PARTE, ESITO, CONSIGLI TERAPEUTICI ALLA DIMISSIONE**
- FOGLIO DI RICOVERO**

La descritta documentazione può essere sotto forma informatica e/o cartacea.

Ogni foglio riporta l'intestazione dell'Ospedale e della UO, il cognome e il nome del paziente e il numero di cartella/triage.

La cartella clinica si completa con l'acquisizione di:

- Referti degli esami di laboratorio e strumentali
- Referti consulenze specialistiche
- Relazione di dimissione
- Scheda di Dimissione Ospedaliera.

La cartella di ricovero in Day Hospital viene differenziata da quella di ricovero Ordinario mediante l'apposizione sul frontespizio, bene in evidenza, della sigla D.H.

Criteri di redazione

La compilazione del frontespizio viene effettuata dalla Capo Sala e/o dal personale infermieristico in servizio al momento dell'ingresso del paziente nell'U.O.; le restanti parti sono a carico del Medico che accetta e ricovera il paziente.

Gli eventuali moduli utilizzati per la richiesta di accertamenti devono essere compilati in modo completo e accurato dal Medico.

Il personale infermieristico deve raccogliere in cartella i risultati degli esami e delle visite effettuate durante la degenza.

Conservazione della cartella clinica

- Durante il ricovero in Day Hospital le cartelle cliniche sono conservate nell'ambulatorio di D.H. fino al completamento delle indagini programmate dal medico. Successivamente le cartelle vengono conservate in apposito armadio posto all'interno della sala medici e prelevate ad ogni successivo accesso del paziente. Alla dimissione, la cartella completata in ogni sua parte a cura del medico che dimette, viene trasmessa al R.U.O. per il controllo della stessa e la

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 71 di 111</p>
--	---	--

compilazione della SDO. Al termine, di questo iter, la cartella viene inviata all'archivio del presidio ospedaliero per l'archiviazione definitiva.

- Nel caso di ricovero ordinario le cartelle sono conservate in apposito carrello posto nell'infermeria del reparto. Alla dimissione la cartella segue l'iter in precedenza descritto.

Relazione di dimissione

La relazione di dimissione viene redatta dal Medico su apposito schema che può essere cartaceo o informatico e stampata in duplice copia. Dopo la sottoscrizione del Medico dimettente, una copia cartacea viene allegata alla cartella clinica e una viene inviata al Medico curante tramite il paziente, con l'indicazione di ripresentarla ai successivi controlli ambulatoriali o in D.H.

Periodicamente l'archivio informatico delle relazioni di dimissioni viene salvato su supporti magnetici ed archiviato.

Referti ambulatoriali

I referti relativi alle prestazioni ambulatoriali redatti su apposito ricettario dell'U.O. vengono inviati in busta chiusa al Medico curante a mezzo del paziente.

Su apposito registro (Registro delle prestazioni ambulatoriali) vengono annotate dal Medico che ha effettuato la prestazione tutte le informazioni relative alla stessa e le generalità del paziente.

ACCESSIBILITÀ/RISERVATEZZA

La presente procedura è accessibile a tutto il personale dell'U.O. ed è conservata nell'archivio dell'U.O. sotto custodia del R.U.O.

Sicurezza

Al fine di garantire la sicurezza del dato informatico, ogni volta che viene stampato un documento è necessario:

- 1) Inserire la password personale
- 2) Stampato il documento, sulle nuove stampe sono presenti contrassegni identificativi che permettono di riconoscere le ristampe rispetto al documento originale.
- 3) Il documento stampato non è più modificabile. Possono essere riportate delle correzioni a penna che vanno sottoscritte dal medico, nella copia che viene rilasciata all'utente finale, dal paziente, nelle copie che restano in archivio al Pronto Soccorso, dei documenti consegnati al paziente. Nel caso di documentazione interna all'ospedale le correzioni vanno sottoscritte dal medico responsabile in tutte le copie, fra questi ultimi documenti è inserito il referto medico.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</p>		<p>Codice documento: MQ. MCAU. TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 72 di 111</p>
--	---	--

- 4) Nel caso di errori nell'anagrafica del paziente o nell'attribuzione del ticket, il Direttore dell'U.O., il Capo Sala e persone da loro espressamente delegate, sono in possesso delle chiavi elettroniche per apportare le eventuali modifiche, previa presentazione di documento di riconoscimento che verrà allegato alla copia della certificazione cartacea che resta in archivio.
- 5) La correzione di dati sensibili, quali la diagnosi e terapie praticate, pur essendo possibili, ad opera esclusiva del Direttore dell'U.O., restano sconsigliate per motivi medico – legali.
- 6) L'inserimento della password comporta la registrazione di chi tramite password stampa il documento per futuri controlli e certezza sull'esecutore della procedura.
- 7) Gli orari, di norma vengono apposti automaticamente dal programma informatico e non possono essere corretti.
- 8) Ogni richiesta di prestazioni sul paziente riporta una diagnosi che, stampato il documento non può essere più modificata, pertanto dalla storia delle richieste si può risalire all'iter clinico e diagnostico fatto sul paziente.
- 9) L'archivio informatico viene conservato, di norma ogni 3 ore su supporto diverso da quello che conserva l'archivio in uso.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</p>		<p>Codice documento: MQ. MCAU. TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 73 di 111</p>
--	---	--

CAPITOLO 8 – PROCEDURE

CODICE	DESCRIZIONE	POSIZIONE
PR.001	Linee Guida per l'assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari della Regione Sicilia	Regionale
PR.002	Protocollo afflusso elevato numero di pazienti e procedure di emergenza	Regionale
PR.003	<u>Protocollo Inserimento Linee guida, percorsi assistenziali, protocolli, ecc.</u>	Locali U.O
PR.004	<u>Gestione Infermieristica del Codice Rosso</u>	Locali U.O
PR.005	<u>Triage</u>	Locali U.O
PR.006	Linee Guida Ministeriali sugli accertamenti radiologici nel trauma	Nazionale
PR.007	Linee Guida Ministeriali sulla Sindrome Influenzale	Nazionale
PR.008	Linee Guida Regionali H1N1 e Piano Aziendale per la Pandemia + disposizioni al Personale del P.S.	Locale Aziendale
PR.009	Rifiuti pericolosi e a rischio infettivo	Locale P.O.
PR.010	<u>Protocollo medicazioni</u>	Locali U.O
PR.011	<u>Protocollo ausiliari</u>	Locali U.O
PR.012	<u>Protocollo alcolemia</u>	Locali U.O.
PR.013	<u>Protocollo scheda infermieristica</u>	Locali U.O.
PR.014	Linee guida trasferimenti in altri nosocomi	Locale P.O.
PR.015	<u>Protocollo Trauma Cranico Minore</u>	Locali U.O.
PR.016	Linee guida emergenza SUES 118	Regionale
PR.017	Protezione pz non in grado di offrire il consenso informato	Locale P.O.
PR.018	<u>Linea guida ticket Pronto Soccorso</u>	Locali U.O.
PR.019	Linee Guida ricovero Rianimazione	Locale P.O.
PR.020	Linee Guida ricovero UTIN	Locale P.O.
PR.021	Linee Guida su misure di Isolamento	Locale P.O.
PR.022	Linee Guida su prevenzione infezioni vie respiratorie	Locale P.O.
PR.023	<u>Protocollo Uso Maschera Laringea</u>	Locali U.O.
PR.024	<u>Linee Guida Ictus Cerebri</u>	Locali U.O.
PR.025	<u>Linee Guida ricoveri non urgenti</u>	Aziendale
PR.026	<u>Linee Guida Prevenzione episodi lipotimici</u>	Locali U.O.
PR.027	<u>Linee Guida segnalazione di avvelenamenti, assunzione di cibi quasi o contraffatti o fitofarmaci</u>	Locali U.O.
PR.028	<u>Iter provette per esami di laboratorio</u>	Locale P.O.
PR.029	<u>Criteri di valutazione del personale (contiene, anche, gli obiettivi dell'U.O. per infermieri e medici)</u>	Locali U.O./Aziendali
PR.030	<u>Protocollo Sbarelamento</u>	Locali U.O.
PR.031	<u>Protocollo TeleConsulenza neurologica</u>	Regionale
PR.032	<u>Protocollo Compilazione del Referto Medico e referto non</u>	Locali U.O.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ. MCAU. TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 74 di 111</p>
--	---	--

	<u>obbligatorio</u>	
PR.033	<u>Protocollo ricovero paziente con anemia non emorragica</u>	Locale P.O.
PR.034	<u>Linee Guida Tirocinanti e volontari</u>	Aziendale
PR.035	<u>Linee Guida esecuzione consulenze interne</u>	Locale P.O.
PR.036	<u>Linee guida per gli autisti: disinfezione e verifica ambulanze</u>	Locale U.O.
PR.037	<u>Carta della salute</u>	Regionale
PR.038	<u>Rapporti con il PTE, PPI, Ambulatorio infermieristico territoriale</u>	Locale U.O.
PR.039	<u>Infermiere responsabile del turno</u>	Locale U.O.
PR.040	<u>Gestione del sangue e trasfusioni</u>	Locale P.O.
PR.041	<u>Prevenzione delle cadute e paziente fragile</u>	Locale U.O.
PR.042	<u>Identificazione del paziente</u>	Locale U.O.
PR.043	<u>Igiene delle mani</u>	Locale P.O.
PR.044	<u>Richiesta consulenze altri nosocomi</u>	Locale U.O.
PR.045	<u>Modifica Protocollo trasferimento</u>	Locale U.O.
PR.046	<u>Trattamento dati paziente "anonimo"</u>	Locale U.O.
PR.047	<u>Violenza</u>	Locale U.O.
PR.049	<u>Carta della Salute</u>	Regionale
PR.050	<u>Consenso Informato</u>	Locale U.O.
PR.051	<u>Protocollo Uso del Massaggiatore Cardiaco Esterno</u>	Locale U.O.
PR.052	<u>Trasferimento Cardiochirurgia ISMETT</u>	Locale U.O.
PR.053	<u>Frattura anca over 65</u>	Locale U.O.
PR.054	<u>Protocollo Gestione Farmaci</u>	Locale U.O.
PR.055	<u>Assistenza Infermieristica durante i trasferimenti</u>	Locale U.O.
PR.056	<u>CPAP di Boussignac</u>	Locale U.O.
PR.057	<u>Accordo territorio/ P.S. diabete</u>	Aziendale
	Varie disciplinari	
	Acronimi utilizzati in Pronto Soccorso	

Le procedure descritte sono raccolte e descritte nel **REGISTRO DELLE PROCEDURE, LINEE GUIDA E PROTOCOLLI** PRG.001.MCAU.tp.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 75 di 111</p>
--	---	--

CAPITOLO 9 – REQUISITI ORGANIZZATIVI

I requisiti organizzativi sui quali la struttura di Pronto Soccorso Accettazione (MCAU) basa la propria attività sono: obbligatori e operativi

Requisiti Obbligatori

Impianto normativo:

- D.Lgs 502/97
- D.Lgs 517/93
- D.L.229/99
- Autorizzazioni
- Accreditamento Istituzionale
- Accordi contrattuali
- D.P.R. 14.01.97 Atto di indirizzo e coordinamento in materia di requisiti strutturali tecnologici organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private
- L.R.11.07.97 N°31 Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali.
- D.G.R. 06.08.98 N° 6/38133
- Attività di gestione della Qualità (riferito a schema organizzativo UNI EN ISO 9001:2000)
- Le registrazioni e i documenti correlati sono indicati a fine paragrafo. Tutti i Decreti normativi cogenti sono archiviati presso l'Archivio dell'Ufficio Legale.

Requisiti Operativi

Gli aspetti organizzativi operativi riguardano:

- a) rilevazione necessità
- b) gestione delle risorse umane
- c) gestione delle risorse tecnologiche
- d) gestione delle emergenze
- e) gestione dell'attività ordinaria
- f) gestione della comunicazione

a) RILEVAZIONE NECESSITÀ

Dall'elaborazione statistica (svolta semestralmente dal Direttore) dei dati inseriti derivano importanti e utili informazioni sullo svolgimento dell'attività ordinaria e straordinaria di Pronto Soccorso e quindi si possono rilevare delle necessità. Dall'analisi dei dati si evidenziano infatti:

- I periodi stagionali, le giornate, le fasce orarie di maggior afflusso dell'utenza (di solito in correlazione al periodo delle epidemie influenzali, dei lunghi ponti festivi senza supporto dei Medici di Medicina Generale e dei Poliambulatori sul territorio, delle ore della tarda mattinata e serali fino a mezzanotte).

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 76 di 111</p>
--	---	--

- I tempi di attesa dal triage alla visita medica suddivisi per codici colore, suddivisi per fasce orarie e giorni settimanali.
- Le indagini statistiche vengono utilizzate, dal 2011, per la valutazione del personale secondo i protocolli concordati ad inizio anno con il personale (vedi protocollo valutazione)

b) GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

L'attività lavorativa del MCAU si basa sui turni del Personale Medico, Infermieristico, Ausiliario ed autisti ambulanza.

Medici

I turni del Personale Medico vengono redatti mensilmente dal Direttore.

Sono così organizzati: 8,00-14,00; 14,00-20,00; 20,00- 8,00. Ciascun Medico può svolgere un turno diurno di 6 ore consecutive e notturno di 12 ore (come da accordi sindacali con deroga all'orario massimo previsto di 8 ore). Tra due turni consecutivi deve essere previsto un riposo di 11 ore.

Sono inviati alla Direzione Sanitaria entro il 25 del mese precedente (come richiesto dall'Ufficio Personale della Direzione Sanitaria) e vengono, contemporaneamente, comunicati ai Dirigenti Medici.

I cambi dei turni di guardia vengono consentiti solo per motivi eccezionali (malattie, malesseri o cause maggiori); ogni cambio di Guardia è concordato e viene controfirmato dagli interessati, con supervisione del Direttore.

L'orario da svolgere per ciascun Medico è quello stabilito dal Contratto Nazionale del Lavoro; ne fa fede la timbratura. La dimenticanza di timbratura in entrata e in uscita viene documentata e firmata dall'interessato su apposito modulo e supervisionata dal Direttore, viene poi inviata all'Ufficio Personale della Direzione Sanitaria, come da apposito regolamento aziendale.

Se per qualsiasi motivo deve essere modificato significativamente l'orario delle guardie, il direttore emette un nuovo orario specificando l'edizione e la data di emissione sul nuovo orario.

Dall'analisi delle necessità emerse dai dati raccolti, dall'Ottobre 2010 è sempre garantita la presenza di due Medici nell'orario diurno (feriale) e notturno.

Il turno di servizio, nelle ore 14,00-8,00 è rafforzato da una pronta disponibilità, nei giorni feriali; nei giorni festivi la reperibilità è h 24 (ore 8,00-8,00 dell'indomani).

Di norma il turno di pronta disponibilità feriale è assicurato da uno dei medici di guardia di mattina, la reperibilità nei giorni festivi è assicurato da uno dei medici liberi dal servizio.

Tra i significati di questa reperibilità c'è la necessità di rispondere in maniera ottimale ad iperafflussi di pazienti e/o quello di accompagnare pazienti, dell'MCAU, in altri nosocomi se necessitano di assistenza medica.

E' inoltre possibile che, nei mesi in cui vi è disponibilità di personale medico, alcuni turni verranno rinforzati, preferibilmente i post festivi. Tale situazione si verifica,

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ. MCAU. TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 77 di 111</p>
--	---	--

tipicamente, nei mesi in cui pochi medici chiedono ferie e non vi è nessun medico in malattia o congedo straordinario.

E' inoltre istituita la figura del Medico Capo Turno. Tale medico è individuato nel medico scritto al primo posto nel turno di servizio.

Il Medico Capo Turno è incaricato di svolgere l'attività di vicariamento della Direzione dell'U.O. MCAU, la gestione dei ricoveri programmati e delle problematiche che si possano presentare durante il turno di servizio. Per problematiche di maggior rilievo il Direttore dell'U.O. è sempre reperibile. Nei periodi di sua assenza, il medico individuato ad inizio anno, comunicato alla Direzione Sanitaria di presidio, lo sostituisce a tutti gli effetti per la gestione delle problematiche ordinarie.

Le ferie ordinarie (Contratto Nazionale del Lavoro) del Personale Medico sono programmate dal Direttore, garantendo sempre le esigenze del Servizio.

Il congedo straordinario del Personale Medico viene concesso per l'aggiornamento, secondo disposizioni dell'ASP Trapani; è pianificato dal Direttore, garantendo sempre le esigenze del Servizio. Le ferie e i congedi del personale medico sono gestiti secondo le norme previste nei "Turni Medici".

Il Direttore dell'U.O., inoltre, assume l'impegno di distribuire, tra i medici dell'U.O., in modo omogeneo i turni di servizio (festivi, mattine, pomeriggio e notti) e reperibilità consegnando, mensilmente, un prospetto con i turni espletati nell'arco temporale concordato con i medici.

Infermieri:

I turni del Personale Infermieristico sono sotto la diretta responsabilità del Capo Sala. Lo schema di turnazione è rappresentato dal turno in quinta con il problema di assicurare, possibilmente, 4 infermieri nelle ore diurne feriali e 3 nei festivi e nelle ore notturne.

Il Capo Sala controlla periodicamente la corrispondenza delle timbrature del personale infermieristico attraverso le comunicazioni mensili sull'orario di servizio espletato, inviato dall'apposito ufficio mensilmente all'U.O.

L'orario da svolgere per ciascun lavoratore è quello stabilito dal Contratto Nazionale del Lavoro; ne fa fede la timbratura. La dimenticanza di timbratura in entrata e in uscita viene documentata e firmata dall'interessato su apposito modulo. I cambi dei turni vengono consentiti solo per motivi eccezionali (malattie o cause maggiori); ogni cambio di Guardia è concordato e viene controfirmato dagli interessati, con supervisione del Capo Sala. Tali cambi vengono registrati in modo da poterne effettuare il monitoraggio.

Le ferie ordinarie (Contratto Nazionale del Lavoro) del Personale Infermieristico sono programmate dal Capo Sala, garantendo sempre le esigenze del Servizio.

Il congedo straordinario del Personale Infermieristico viene concesso per l'aggiornamento garantendo sempre le esigenze del Servizio.

Il Capo Sala, in base alle necessità emerse dall'analisi della statistica e in accordo con il Direttore, intensifica alcuni turni lavorativi, aggiungendo una unità in più.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ. MCAU. TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 78 di 111</p>
--	---	--

Dal gennaio 1999 è entrata a regime la figura dell'Infermiere di Triage per ogni turno lavorativo diurno (festivi compreso) oltre agli infermieri di Sala.

Dal Gennaio 2010 è stata introdotta la figura dell'Infermiere responsabile di turno (vedi apposito regolamento).

I ruoli dei singoli infermieri durante un turno infermieristico sono i seguenti:

- Un infermiere Triagista
- Un infermiere di Sala 1
- Un infermiere di Sala 2
- Un infermiere Jolly (solitamente solo nel turno diurno), responsabile del turno.

La turnazione del Personale Infermieristico in questi singoli ruoli è stabilita dal Capo Sala, mensilmente, in base ad uno schema di turnazione variabile che tiene conto della formazione specifica e delle attitudini dei singoli infermieri.

Per la distribuzione degli infermieri nelle diverse postazioni di lavoro si utilizza un sistema flessibile di assegnazione alle diverse postazioni di lavoro a seconda delle condizioni di sovraffollamento al triage, negli ambulatori e nei locali dell'OBI.

Personale Ausiliario.

I turni sono prestabiliti con turnazione dal Capo Sala secondo le esigenze del Servizio con modalità del tutto analoghe a quelle descritte sopra per gli infermieri.

L'orario da svolgere per ciascun lavoratore è quello stabilito dal Contratto Nazionale del Lavoro; ne fa fede la timbratura.

Le ferie ordinarie (Contratto Nazionale del Lavoro) del Personale Infermieristico sono programmate dal Capo Sala, garantendo sempre le esigenze del Servizio.

c) GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE

Le risorse tecnologiche in MCAU riguardano sia le risorse informatiche (hardware e software), sia le risorse delle macchine e degli strumenti.

Per la gestione delle risorse informatiche ci si interfaccia con il personale del Servizio Informatico; per le macchine in dotazione a questa U.O. all'Ingegneria clinica.

L'infermiere responsabile del turno controlla ad ogni inizio turno la presenza e la funzionalità delle apparecchiature secondo il protocollo check list e consegna il report al Capo Sala, tutte le mattine, segnalando eventuali anomalie.

d) GESTIONE DELLE EMERGENZE

Alterazione dei parametri vitali, ovvero codice rosso

Viene applicato il protocollo infermieristico sulla gestione codice rosso, cui si rimanda, pertanto sin dall'arrivo al triage il paziente viene accolto e non lasciato mai solo, ma assistito quanto meno da un infermiere.

Le emergenze che necessitano del rianimatore vengono gestite in MCAU con queste modalità fondamentali:

a) Se il paziente giunge con ambulanza e l'MCAU viene allertato in tempo verrà lasciata libera una stanza visita per accogliere immediatamente il paziente.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 79 di 111</p>
--	---	--

b) Se non è stato eseguito l'allertamento o il paziente è giunto con mezzo proprio, i pazienti con compromissione in atto di una delle funzioni vitali (codici rossi), vengono presi in carico e trattati da un medico di MCAU e possono essere gestiti nelle seguenti due modalità:

1) attività di consulenza da parte del RIANIMATORE rimanendo pertanto il Medico di MCAU il principale gestore e responsabile del paziente;

2) passando in consegna il paziente al Consulente, che da quel momento diventa il principale gestore e responsabile del paziente. Il Medico Rianimatore o il consulente hanno la possibilità di ricoverare il paziente nel proprio reparto o riaffidarlo al medico dell'MCAU.

La chiamata del Rianimatore viene inoltrata dal Medico del MCAU direttamente all'U.O. di Rianimazione (numero diretto 468 o 470) che invia uno dei Rianimatori (è prevista una apposita voce nella turnazione dei medici della rianimazione).

In caso di decesso del paziente vengono espletate dal Medico di MCAU, o dal Consulente che ha in carico il paziente, le procedure del caso (compilazione dei certificati di morte, eventuale richiesta di riscontro diagnostico, informazione dei parenti, richiesta consenso per prelievo di cornee se indicato, ecc.).

Nel caso di miglioramento della situazione clinica con stabilizzazione delle funzioni vitali, viene effettuato il trasferimento in un Reparto di Rianimazione (se il paziente ha bisogno di assistenza rianimatoria) o in Cardiologia (in caso di patologie cardiologiche acute) o presso altre U.O.. Il paziente viene trasportato nel Reparto di destinazione da personale addetto su barella.

Il paziente, se necessario, è accompagnato dal Medico Rianimatore, dal medico dell'MCAU o da un Infermiere che è intervenuto a gestire l'urgenza a giudizio del Medico di Guardia del MCAU e del rianimatore.

Nel caso di necessità di ricovero in U.O. non presente nel nosocomio (chirurgia toracica, vascolare o neurochirurgia) il paziente viene inviato con il mezzo più idoneo (eliambulanza, ambulanza), accompagnato da medico rianimatore, cardiologo, specialista, di MCAU o senza medico secondo i protocolli vigenti.

e) Gestione delle maxi-emergenze

Vi possono essere situazioni in cui si realizza uno stato di eccessivo afflusso di pazienti con codici di gravità non procrastinabili (catastrofi), da gestire nel minor tempo possibile.

Al momento dell'arrivo o dell'allertamento dell'MCAU viene attuato il piano interno per la gestione della Maxiemergenza, cui si rimanda per completezza, che prevede innanzi tutto la chiamata dei reperibili, medico ed infermiere, del Direttore dell'MCAU e della Capo Sala o in loro assenza dei loro sostituti, l'accoglienza e lo smistamento immediato dei pazienti con il triage (conferma o riassegnazione del codice di gravità assegnati sulla scena della catastrofe).

Gli obiettivi principali sono di carattere temporale:

- Accesso immediato del paziente con codice rosso (in genere dopo avviso 118) nella sala emergenza principale,

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ. MCAU. TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 80 di 111</p>
--	---	--

- Accesso entro 10 minuti del paziente con codice giallo,
- Valutazione dei parametri entro 30 minuti del paziente con codice verde in collaborazione con infermiere non coinvolto in mansioni di emergenza.

In caso di eventi imprevisti con necessità di rinforzo con altro personale infermieristico e/o medico infermieristico in aggiunta al personale presente, va contattato il Reperibile dei Servizi Infermieristici che, informata la Direzione Sanitaria, mobilita da altri reparti le unità necessarie secondo quanto predisposto nel piano aziendale per le maxi emergenze.

In caso di necessità il corridoio antistante le Sale Visita può essere trasformato in locale assistenziale, come da apposite comunicazioni eseguite in Prefettura.

f) urgenze intraospedaliere

Esistono apposite linee guida emesse dalla Direzione Sanitaria che prevedono un primo intervento ad opera del personale dell'U.O. in cui si verifica l'evento o più prossima a tale locale. Tale personale provvede al primo intervento assistenziale ed all'eventuale trasporto in MCAU o all'allertamento dell'equipe rianimatoria.

L'MCAU può essere coinvolto nel trasporto in MCAU di urgenze che si verificano in spazi comuni lontani da U.O., esempio piazzale antistante la palazzina emergenze.

g) gestione della attività ordinaria

La gestione dell'attività ordinaria avviene attraverso i processi operativi regolamentati dalle Procedure di Processo e dalle IO (Triage, Visita-Diagnosi, sistema informatico, accoglienza, Percorsi privilegiati dopo il triage, modalità di ricovero, attribuzione del reparto di ricovero, non ricovero) ai quali si rimanda.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p>ASP TRAPANI AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 81 di 111</p>
--	--	--

CAPITOLO 10 – VERIFICA DEI RISULTATI

Preso visione dei report periodici dell'Ufficio Controllo di Gestione, il Direttore dell'U.O. convoca una riunione di reparto con l'obiettivo di verificare gli eventuali scostamenti dei risultati intermedi rispetto agli indicatori contenuti nella scheda di budget, al fine di poter effettuare i necessari aggiustamenti per conseguire gli obiettivi specifici annuali.

Tutto ciò presuppone il massimo coinvolgimento del personale a tutti i livelli gratificandone il lavoro, valorizzandone la professionalità, le iniziative, la collaborazione, le capacità operative, consultive e decisionali in spirito autenticamente partecipativo e di diretta corresponsabilizzazione nel raggiungimento dei risultati.

Un'attenta analisi dei dati e delle problematiche da superare consente di individuare le eventuali modifiche e/o le modalità più idonee per migliorare i risultati ed i progetti previsti negli obiettivi annuali.

Raggiunti gli obiettivi, il Direttore dell'U.O. valorizzerà, tramite la scheda di valutazione, l'apporto individuale alla produttività dell'equipe.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TP1</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 82 di 111</p>
--	---	--

CAPITOLO 9 – MIGLIORAMENTO

Il vero successo di un'organizzazione dipende dal saper comprendere le esigenze e le aspettative presenti e future degli utenti, dei miglioramenti tecnologici, delle tecniche e dei processi produttivi, così da poterle tradurre in caratteristiche del servizio e soddisfarle mirando a superare le stesse aspettative.

Tale processo deve provvedere, inoltre, a diffondere fra gli operatori, le tecniche migliori, provvedendo a correggere eventuali distorsioni, guardando sempre ad un miglioramento continuo della qualità del servizio offerto

REPORT 2011

a) ACCESSI IN MCAU

Il sistema di triage adottato presso l'MCAU di Trapani, utilizzando 20 schede, con sintomi secondari, permette di monitorare l'attività di triage ed il sistema degli accessi.

Uno tra gli obiettivi della MCAU è rappresentato dalla riduzione dei codici bianchi e, possibilmente, dei codici verdi.

Una buona assistenza sanitaria territoriale unita a una buona assistenza in Pronto Soccorso sono condizioni imprescindibili per una riduzione, in termini assoluti, dei ricoveri attraverso il P.S.

La modifica dell'iter di ricovero può contribuire, inoltre, migliorare le performance dei reparti poiché poter organizzare i ricoveri programmati, porta a una riduzione delle degenze medie, aumenta l'indice di turn over e il peso medio dei DRG, riduce, infine, i ricoveri inappropriati.

Infine, l'invecchiamento della popolazione, determinata da una riduzione della mortalità e da una sostanziale stabilità nelle nascite, ha determinato un incremento dell'età media della popolazione del territorio di riferimento.

Se questo valore è letto con un maggior numero di "curati", che però necessitano di assistenza, ci si dovrebbe attendere un incremento dei codici di accesso elevati (rossi e gialli) rispetto a quelli a bassa priorità (bianchi e verdi).

Infine, appare corretto ricordare che se si riesce a ridurre i codici a minor gravità, questi avranno un'incidenza percentuale maggiore rispetto al numero complessivo degli accessi. Il loro numero assoluto, inoltre, è destinato a crescere, percentualmente, in modo poco influenzato da ticket o strutture territoriali create.

Il paziente urgente deve giungere in P.S. perché il P.S. è la struttura che deve fornire risposte ai pazienti con patologia con carattere d'urgenza/emergenza.

Indicatori e Analisi statistica

Nelle tabelle, appresso presentate, sono descritti i pazienti dimessi o ricoverati attraverso il Pronto Soccorso nell'ultimo quinquennio.

Non sono calcolati i pazienti che, pur essendo stati triagati, non sono stati visitati in Pronto Soccorso o perché allontanatisi dopo il triage o perché inviati alle strutture

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 83 di 111</p>
--	---	--

territoriali o agli ambulatori ospedalieri; a parte i pazienti ricoverati attraverso l'accettazione sanitaria.

Non sono calcolati, fra i triagiati, neanche i pazienti che necessitavano di ricovero e che sono stati inviati, direttamente, all'Accettazione Sanitaria, per evitare la duplicazione dei dati.

Valori Assoluti di Accessi (esclusi i ricoveri d'Accettazione)					
Anno	Accessi	Rossi	Gialli	Verdi	Bianchi
2007	39695	877	4377	14158	19219
2008	40070	903	4745	14982	19440
2009	40926	946	5253	15697	19030
2010	39499	958	5232	15882	17427
2011	36878	967	6214	17595	12102

Si tratta di valori relativamente omogenei in quanto il ticket sul codice bianco di P.S. è stato introdotto nel 2007, il personale infermieristico, per oltre il 75%, è lo stesso, il personale medico è variato di poco, sia come numero sia come persone.

Il numero di accessi che, nel 2007, si era ridotto del 10% circa, rispetto al 2006, come conseguenza dell'introduzione del ticket, sul codice bianco di P.S., si è mantenuto costante dal 2007 al 2010 (2008 +0,94 %; 2009 +2,14 %; 2010 -3,49 %).

In particolare, nel 2010, l'introduzione di precise indicazioni sulle prestazioni appropriate, la riduzione dei posti letto in ospedale, il rinvio agli ambulatori divisionali di prestazioni fruibili ambulatorialmente, in DH o in DS, il coinvolgimento della Medicina di Base, e, nel 2011, l'apertura del PPI, con opportuni protocolli tra ospedale e territorio, opportunamente condivisi, hanno determinato una riduzione degli accessi al P.S.

Nel passato, questi periodi di plateau, durati al massimo 2 anni, sono stati seguiti da improvvisi incrementi nel numero degli accessi con pieno recupero dei mancati incrementi degli anni precedenti; l'effetto ticket, inoltre, nel resto d'Italia è durato 2 anni.

Nel 2011, nei primi due mesi, come previsto da quanto sopra descritto, si è assistito a un incremento del numero degli accessi superiore al 12%, compatibile con il mancato incremento del 5%/anno previsto per i due anni precedenti.

L'apertura del P.P.I., l'1/3/2011, ha modificato le regole con l'invio, dal Triage al PPI, di pazienti, in maggioranza codici bianchi, che chiedevano consulenze specialistiche, che, secondo le regole, dovevano essere eseguite ambulatorialmente e che, cattive abitudini, avevano trasformato in prestazione inappropriata di P.S..

Per brevità, sono stati creati percorsi brevi attraverso gli ambulatori territoriali.

La storia di questo percorso vede che dopo un iniziale periodo di presentazione in P.S., l'attribuzione del codice di triage e l'invio al PPI; successivamente, molti utenti hanno appreso ed accettato il percorso cominciando a recarsi, spontaneamente, al PPI senza transitare dal P.S. Questi pazienti inviati al PPI, come spiegato sopra, non sono considerati fra gli accessi poiché non hanno né verbale di dimissione né biglietto di ricovero.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ. MCAU. TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 84 di 111</p>
--	---	--

La funzionalità del territorio è evidenziabile dal numero di pazienti a bassa priorità, particolarmente i codici bianchi, che storicamente accedono al P.S..

Questo concetto è tanto più vero quanto più simili sono le regole sui ticket per il territorio e il P.S., infatti, se l'utenza scopre una maggiore convenienza economica a eseguire gli esami attraverso il P.S., come avviene oggi, esercita una maggiore pressione su questo servizio rispetto a quello offerto dal territorio (che, com'è noto, è, anche, più lento nell'offrire le prestazioni).

Osservando la tabella sopra si vuol far notare che i valori assoluti degli accessi è indicativa, solo, del numero degli accessi per codice e non indica come si sono modificate le priorità dell'utenza.

Valori percentuali vs anno precedente					
anno	Differenza	% rossi	% gialli	% verdi	% bianchi
2007					
2008	0,94	2,25	11,84	37,39	48,52
2009	2,09	2,31	12,84	38,35	46,50
2010	-3,61	2,43	13,25	40,21	44,12
2011	-7,11	2,62	16,85	47,71	32,82

Osservando le percentuali degli accessi, suddivisi per codice, si nota una minima modificazione dei codici rossi, il loro numero assoluto è restato sostanzialmente invariato (959 nel 2010 vs 967 nel 2011), si nota, però, un incremento del 9% circa come valore percentuale. L'incremento dei codici gialli (1000 accessi in più come valore assoluto), rappresenta, invece un incremento di circa il 25% come valore percentuale. I codici verdi, invece, sono aumentati di 1700 unità come valore assoluto e del 16 % come percentuale. Si è assistito, infine, a una riduzione del 30% circa dei codici bianchi nell'arco temporale 2010-2011.

Appare opportuno ricordare che il numero di codici bianchi attribuiti al triage di Trapani collocavano, questa MCAU, al 1° posto in Sicilia e, probabilmente, in Italia, circa i dati 2010.

MANUALE DELLA QUALITÀ U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA <i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI	 ASP TRAPANI AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE	Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 85 di 111
---	--	---

Tabella uso schede: valori assoluti

	Totale	Allergia	Cardi	Cefalea	Diabete	Specie	Specifica	Dispnea	Neuro	Psichici	dol.add.	Schiena	dol.tor.	emorra	gravidan	intossic	par.vit.	conosc	cardiaci	maggiore	minore
2007	38271	790	879	363	170	10	9925	1470	909	133	2914	898	3407	784	5	242	1036	952	2	2954	10428
2008	39695	731	931	446	213	3	10080	1378	930	129	3026	876	3549	761	2	215	960	986	5	3125	10827
2009	40926	890	910	478	201	2	10612	1613	971	107	3409	858	3642	851	4	281	1000	1088	3	3040	10932
2010	38994	811	981	436	181	7	9635	1384	1028	135	3301	841	3692	758	2	269	844	1035	7	3158	10501
2011	36878	612	935	375	156	14	8572	1452	1014	114	3320	683	4092	746	2	249	824	1062	4	3095	9557

Nella tabella sopra appare opportuno segnalare la riduzione dell'uso "scheda specifica". Questa scheda viene utilizzata quando un paziente richiede una prestazione ben individuata (es. visita specialistica).

La brusca riduzione dell'uso di questa scheda (da 10600 del 2009 a 8572 del 2011) è un indice evidente di un miglioramento dell'assistenza specialistica territoriale, anche attraverso l'introduzione del PPI.

Tabella uso schede: valori percentuali sul totale dei triage

	totale	allergia	cardiop	cefalea	diabete	aspecif	specific	dispnea	neuro	psichici	dol.add.	schiema	dol.tor.	emorra	gravidan	intossic	par.vit.	conosc	cardiaci	maggiore	minore
2007	38271	2,06	2,30	0,95	0,44	0,03	25,93	3,84	2,38	0,35	7,61	2,35	8,90	2,05	0,01	0,63	2,71	2,49	0,01	7,72	27,25
2008	39695	1,84	2,35	1,12	0,54	0,01	25,39	3,47	2,34	0,32	7,62	2,21	8,94	1,92	0,01	0,54	2,42	2,48	0,01	7,87	27,28
2009	40926	2,17	2,22	1,17	0,49	0,00	25,93	3,94	2,37	0,26	8,33	2,10	8,90	2,08	0,01	0,69	2,44	2,66	0,01	7,43	26,71
2010	38994	2,08	2,52	1,12	0,46	0,02	24,71	3,55	2,64	0,35	8,47	2,16	9,47	1,94	0,01	0,69	2,16	2,65	0,02	8,10	26,93
2011	36878	1,66	2,54	1,02	0,42	0,04	23,24	3,94	2,75	0,31	9,00	1,85	11,10	2,02	0,01	0,68	2,23	2,88	0,01	8,39	25,92

L'analisi 2011 vs 2010 nei primi due mesi dell'anno, ovvero prima dell'apertura del PPI, dimostra valori completamente diversi rispetto a quelli di tutto l'anno.

Concludendo l'analisi dei dati dimostra che, in assenza dell'istituzione del PPI, si sarebbe assistito a un incremento di circa il 12-15% degli accessi nel 2011.

Visto l'incremento degli accessi nei primi due mesi del 2011, si dovrebbe assistere, nei primi 2 mesi del 2012, a una sensibile riduzione degli accessi, rispetto allo stesso periodo 2011.

Ulteriore sistema per valutare la continuità nell'uso dei parametri nell'attribuzione del codice di triage è legato all'analisi dell'uso delle schede, e dei sintomi secondari in esse contenute.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ. MCAU. TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 86 di 111</p>
--	---	--

L'analisi delle percentuali dell'uso delle schede di triage, infine, dimostra che tutte le schede, tranne quella "specificata" hanno valori simili rispetto al passato, con un lieve incremento dei "traumi maggiori" ed una lieve riduzione dei traumi minori grazie all'uso del ticket per traumi veramente minimi (piccole escoriazioni, lievi contusioni, ecc...).

Inoltre, l'analisi dei sintomi registrati (dati non stati inseriti in tabella), dimostra che, sostanzialmente, non è cambiato il metodo di attribuzione del codice di priorità. Sono utilizzate, percentualmente, le stesse schede e gli stessi sintomi secondari. Si può interpretare il dato come indice del cambiamento culturale dell'utenza che comincia a non frequentare più il P.S. per patologie banali e minori.

In particolare, la riduzione di circa 4000 consulenze/anno (ORL, Oculistiche, Dermatologiche e Pediatriche, per queste ultime fascia oraria 8-12.30) dimostra un uso storico certamente inappropriato del P.S. e da qui, con il rinvio al PPI, la riduzione del numero assoluto di codici bianchi.

Purtroppo, a fronte di un numero di accessi medio in Italia di 310-330 accessi al Pronto Soccorso/mille abitanti, si assiste a un numero di accessi pari a 365-370/°° abitanti. Traducendo in numeri assoluti, si assiste a circa 8-10.000 accessi in più, rispetto al numero di accessi medi nazionali.

Se, inoltre, raffrontiamo i dati, del precedente punto, al numero medio di operatori (medici e infermieri) si osserva che il carico di lavoro, presso l'MCAU di Trapani, è quasi il doppio rispetto agli altri P.S. italiani, poiché la dotazione organica del P.S. di Trapani, oggi, è circa il 50% di quella di un P.S. che assiste una popolazione sovrapponibile.

Ne deriva che se il numero di accessi è superiore del 15-20% e il personale è il 50% in meno, il carico di lavoro sopportato è sicuramente oltre il 50% in più.

La conseguenza è la percezione una qualità inferiore delle prestazioni da parte dell'utente (legata a una riduzione del tempo dedicato al paziente, con mancanza di quell' approccio indispensabile per far elevare la qualità percepita di una prestazione sanitaria).

Si è voluto analizzare, anche, la provenienza dei pazienti, notando che quelli che hanno frequentato il P.S. di Trapani, con residenza nel bacino di riferimento dell'Ospedale di Marsala, sono passati da 500 a 1000.

Si è assistito, inoltre, al raddoppio dei pazienti ricoverati presso l'Ospedale di Trapani con provenienza da bacini vicini.

Questa migrazione sanitaria, per la maggior parte, legata alle specialità presenti a Trapani, determina alcune criticità legate prioritariamente alla dotazione dei posti letto.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 87 di 111</p>
--	---	--

b) RICOVERI

	Da Pronto Soccorso					Da Reparti	Ordinari	DH/DS/ Day S.	A rischio inappropriatezza
	Totale	Rossi	Gialli	Verdi	Bianchi				
2007	9607	614	1655	4810	2538	17997			
2008	10167	651	1775	4568	3173	13568	3924	9344	
2009	8669	671	1825	4107	2066	10587	5574	8013	741
2010	8048	700	1888	3826	1634	10566	5238	5328	635
2011	7523	695	2124	3599	1105	10757	4659	6098	513

N.B. dall'1/6/2010 riduzione di circa 150 p.l. fra ordinari, DH, DS, Day Service; I dati sui ricoveri a rischio inappropriatezza pre-ASP non sono confrontabili

Nella tabella sopra sono illustrati i ricoveri suddivisi in base al modo di esecuzione, Pronto Soccorso o Accettazione Sanitaria; i primi si sono ridotti, in valore assoluto, di 525; come valore percentuale del 6,52%.

Raffrontando questi dati vs il totale degli accessi, si evidenzia che il numero dei ricoveri si è ridotto meno rispetto alla riduzione degli accessi (-8%).

I ricoveri ordinari attraverso l'Accettazione Sanitaria, invece, sono passati da 17997 del 2007 a 10757 del 2011.

La maggior parte della riduzione del numero di ricoveri è legata alla riduzione di Dh e DS., mentre si è assistito ad un lieve incremento dei ricoveri ordinari.

Questo dato è stato ottenuto attraverso l'individuazione di alcuni percorsi:

- 1) Attivazione di priorità elevata per la visita ambulatoriale dei pazienti che giungono con richiesta del curante per visita specialistica finalizzata al ricovero. Con questo percorso le varie divisioni ospedaliere hanno potuto organizzare meglio la propria attività, ricorrendo, anche, a forme assistenziali diverse dal ricovero ordinario e a trattamenti ambulatoriali rispetto al classico ricovero;
- 2) Individuazione di percorsi alternativi per le classi di diagnosi a elevato rischio di inappropriatezza (anemia cronica non emorragica, diabete, scompenso cardiaco, pazienti fragili senza emergenze sanitarie, fratture non bisognevoli di intervento chirurgico, ecc...)

Questi percorsi, escludendo il percorso diabete e scompenso cardiaco, sono stati introdotti nel 2010, ma come tutti i percorsi, hanno avuto bisogno di un lungo periodo di condivisione da parte di tutti gli attori (Medici di P.S., Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta, Pazienti) che hanno dovuto comprendere e accettare il cambiamento.

Tale cambiamento dovrebbe fornire i dati più attendibili solo dal 2012, essendo i dati 2011 rilevati in progress.

I ricoveri ad elevato rischio d'inappropriatezza si sono ridotti da 741 a 513 (-30,7%).

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p>ASP TRAPANI AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 88 di 111</p>
---	--	---

Si sta assistendo a un'opera di razionalizzazione dell'assistenza, in cui, il territorio, riappropriandosi di proprie competenze, sta ritornando a essere il centro della sanità, lasciando le competenze previste dalle normative all'ospedale, che deve tornare a essere un punto di assistenza per le urgenze e per le patologie non curabili sul territorio.

Infine, si fa notare che si è ulteriormente ridotta la percentuale di ricoveri diretti dal Pronto Soccorso, mentre è notevolmente incrementata quella conseguente a consulenze, sul punto non è stata inserita tabella.

C) TEMPI D'ATTESA PRE-VISITA DI PRONTO SOCCORSO

Il tempo d'attesa pre-visita rappresenta un indice dell'adeguatezza della risposta di un Pronto Soccorso.

È calcolato misurando il tempo che trascorre fra la stampa della scheda di triage e l'ingresso in sala visita.

È legato, prioritariamente, alla disponibilità di sala visita libera e operatori liberi.

I dati devono essere analizzati con attenzione. Bisogna considerare che spesso, e soprattutto, nei casi più gravi (codici rossi) il personale, prima presta assistenza, e, poi, si occupa della parte medico-legale, ossia della registrazione.

Codice Triage	2011	2010	2009	2008	2007
cod.1	5,50	6,52	7,53	5,12	5,32
cod.2	24,54	10,54	12,57	12,25	15,59
cod.3	23,57	14,43	17,38	20,35	22,25
cod.4	28,09	17,42	19,43	20,41	30,12

I tempi d'attesa massimi (medi) dovrebbero essere 20' per i codici gialli, 35-40' per i verdi, indefinito per i bianchi.

Il concetto espresso per i codici rossi (prima assistere, poi registrare) è portato avanti per tutti i codici, naturalmente con incidenza inversamente proporzionale alla gravità, di conseguenza i tempi calcolati andrebbero ridotti di 2-4 minuti, rispetto alle medie calcolate.

I tempi, come si può osservare, presentano una notevole varianza, legata al numero di operatori presenti, alla tipologia di trattamenti eseguiti.

Appare corretto fare degli esempi: se si tratta un Edema Polmonare in P.S. bisogna prevedere un tempo di assistenza medico di 90-120', se il paziente, invece, è trasferito "appena possibile", questo può avvenire in 15-30'. Sicuramente la tipologia di risposta è notevolmente diversa e nel secondo caso si mette, probabilmente, a rischio l'esito per il paziente.

Aver raddoppiato il turno notturno per i medici, ottimizzato al massimo la distribuzione degli infermieri e degli ausiliari nelle 24 ore, ha migliorato la performance del 2010 e 2011.

La riduzione degli ausiliari e l'aumento dei pazienti gravi, il miglioramento dell'assistenza fornita in P.S., con conseguente aumento dei tempi di assistenza

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 89 di 111</p>
--	---	--

determina un più lento defluire dei pazienti, dalle stanze visita, con conseguente aumento dei tempi d'attesa.

Altra Criticità l'insufficiente numero di ausiliari può determinare aumento dei tempi d'attesa: i pazienti attenderanno per essere accompagnati a eseguire esami e consulenze (anche all'interno delle sale visita) se non è possibile trasferirli in altri locali. Stessa valutazione per il personale infermieristico: se l'infermiere assiste un paziente in OBI, non potrà collaborare con il medico in sala visita.

c) **TICKET**

Ticket richiesti

	totale	Rossi	Gialli	Verdi	Bianchi
2007	8168	11	117	786	7254
2008	8761	4	196	1294	7267
2009	9022	10	176	1333	7503
2010	8509	7	152	1139	7211
2011	8188	12	278	1903	5995

N.B.: ticket a codici rossi e gialli è conseguente ad attribuzione di codici rossi a pz. potenzialmente a rischio ma privi di patologia grave (es.: ubriachi), a codici gialli è legato, di solito, a traumi non recenti o simulazioni (ben riuscite) di patologie gravi.

Ticket pagati

	Totale	Rossi	Gialli	Verdi	Bianchi
2007	4864	6	37	293	4528
2008	6167	3	115	784	5265
2009	5100	1	60	564	4475
2010	6217	4	89	743	5381
2011	4341	4	87	704	3546

N.B.: per ticket pagato s'intende anche il pagamento esibendo allo sportello l'esenzione o motivi di esenzione (es.: età pediatrica, infortuni sul lavoro, ecc...)

% ticket pagati vs. totale ticket richiesti

	Totale	Rossi	Gialli	Verdi	Bianchi
2007	59,55	54,55	31,62	37,28	62,42
2008	70,39	75,00	58,67	60,59	72,45
2009	56,53	10,00	34,09	42,31	59,64
2010	73,06	57,14	58,55	65,23	74,62
2011	53,02	33,33	31,29	36,99	59,15

N.b.: sollecito pagamento ticket 2011 in progress

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 90 di 111</p>
--	---	--

Si rileva che il numero di ticket richiesti comincia a ridursi, e che questo dato è legato alla riduzione del numero di codici bianchi, segno che l'utenza comincia ad accogliere il messaggio che il Pronto Soccorso non deve essere considerato un "sostituto del curante" o un "posto ove recarsi per accelerare la diagnostica", ma una struttura cui rivolgersi per motivi realmente urgenti o per emergenze sanitarie.

Sicuramente si tratta di iniziali passi ed è necessario continuare a monitorare il cambiamento.

e) OSSERVAZIONE BREVE INTENSIVA

Il servizio è essenziale per un ottimale funzionamento del Pronto Soccorso, poiché permette di evitare alcune tipologie di ricovero, facilmente evitabili.

In atto, l'OBI è ufficialmente non attiva poiché non è stata adeguata la pianta organica, con assunzione, principalmente, di medici e infermieri.

Nonostante la precarietà dei locali e l'insufficiente dotazione organica, dal 2011 è stato dedicato un locale per l'osservazione, e sono stati previsti dei lavori di ristrutturazione e riorganizzazione.

Dalle statistiche, si osserva che la tipologia dei pazienti sta cambiando, sono trattati casi sempre più gravi, consentendo un sempre migliore filtro verso il ricovero.

Le tabelle mostrano i dati suddivisi in osservazione >2 ore e >4 ore.

Il metodo di raggruppamento dei dati è legato alla non chiarezza della normativa vigente. Andrebbero considerati ricoverati in OBI, secondo normativa, tutti i pazienti la cui permanenza in P.S. supera le 2 ore, ma la prassi ci induce a considerare troppo breve tale arco temporale

JCI, che ha visitato numerose volte la nostra MCAU, chiede che l'osservazione in OBI consideri un periodo minimo di 4 ore, da qui le due rilevazioni.

Si ricorda, infine, che, in atto, per la dimissione dall'OBI, non è prevista né cartella clinica dedicata né verbale di dimissione diverso rispetto al Pronto Soccorso.

Sarà oggetto di proposta per il 2012 che questi dati siano raffrontati con le giornate di degenza delle varie U.O. per valutarne l'impatto sui carichi di lavoro.

Osservazione >2 ore seguiti da ricovero						Osservazione >2 ore totali					
anno	Total e	Rossi	Gialli	Verdi	Bianchi	anno	Total e	Rossi	Gialli	Verdi	Bianchi
2007	1697	84	376	861	376	2007	6425	185	1209	2779	2252
2008	1528	82	349	776	321	2008	6769	160	1339	2998	2272
2009	1522	98	358	778	288	2009	7618	188	1600	3373	2457
2010	1715	115	448	902	250	2010	8320	228	1867	3585	2640
2011	2205	118	703	1169	215	2011	10464	281	2783	5221	2179

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p>ASP TRAPANI AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 91 di 111</p>
--	--	--

Osservazione >4 ore seguiti da ricovero						Osservazione >4 ore totali					
anno	Totale	Rossi	Gialli	Verdi	Bianchi	anno	Totale	Rossi	Gialli	Verdi	Bianchi
2007	464	27	119	234	84	2007	2096	77	512	888	619
2008	422	13	118	211	80	2008	2263	42	613	992	616
2009	405	28	118	187	72	2009	2637	54	811	1047	725
2010	495	27	162	241	65	2010	2928	55	920	1205	748
2011	699	32	261	331	75	2011	3747	78	1351	1610	708

% pazienti ricoverati dopo OBI>2 ore					
Anno	Totale	Rossi	Gialli	Verdi	Bianchi
2007	26,41	45,41	31,10	30,98	16,70
2008	22,57	51,25	26,06	25,88	14,13
2009	19,98	52,13	22,38	23,07	11,72
2010	20,61	50,44	24,00	25,16	9,47
2011	21,07	41,99	25,26	22,39	9,87
% pazienti ricoverati dopo OBI>4 ore					
Anno	Totale	Rossi	Gialli	Verdi	Bianchi
2007	22,14	35,06	23,24	26,35	13,57
2008	18,65	30,95	19,25	21,27	12,99
2009	15,36	51,85	14,55	17,86	9,93
2010	16,91	49,09	17,61	20,00	8,69
2011	18,65	41,03	19,32	20,56	10,59

Dalla lettura delle tabelle, sopra riportate, appaiono evidenti 2 dati:

- l'incremento del numero dei pazienti osservati
- la progressiva riduzione del numero di ricoverati da Pronto Soccorso.

Osservazioni:

- 1) I pazienti meno gravi, quelli che nel passato accedevano al P.S. per eseguire consulenze e quindi saltare le liste d'attesa, si sono ridotti. La conseguenza, alla riduzione dei pazienti meno gravi, è una maggiore incidenza percentuale di quelli più gravi, che continuano a crescere, secondo gli incrementi storici.
- 2) La riduzione dei ricoveri da Pronto Soccorso, da coniugare con la necessità di assicurare la sicurezza dei pazienti, comporta di ricorrere all'OBI per eseguire quelle indagini indispensabili per dimettere, in sicurezza, i pazienti.
- 3) Criticità: L'analisi delle consulenze eseguite, soprattutto quelle ripetute, indicano che molti ambulatori delle UU.OO. del presidio., salvo pochissime eccezioni, anche quelle

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 92 di 111</p>
--	---	--

in cui è presente il libero accesso, continuano ancora ad appoggiarsi sul P.S. per propri pazienti. In questa categoria di pazienti sono compresi, anche, tutti i neoplastici seguiti dalle varie U.O.

f) VALUTAZIONE DEI DIRIGENTI MEDICI DELL'U.O. di MCAU

La valutazione del personale rappresenta uno dei momenti più delicati in una organizzazione soprattutto se viene considerata come frutto di un atto soggettivo e discriminante piuttosto che occasione di riflessione e di crescita professionale nell'ottica di un processori miglioramento continuo.

Proprio in quest'ottica, nel 2011, è stato sottoscritto da tutto il personale un documento condiviso definendo gli indicatori oggetto di verifica, in modo da ridurre al minimo la soggettività della valutazione con dati oggettivi e misurabili, noti a tutti gli attori.

Tale approccio rappresenta pertanto un lavoro in progress e come per tutte le novità necessita di un periodo di verifica. Il sistema, infine, non è in grado di valutare la qualità della risposta sanitaria (demandata alla rilevazione della customer), ma solo la quantità di prestazioni eseguite e, non esistendo standard di riferimento, le risposte del singolo saranno valutate rispetto alla media ottenuta dai medici dell'U.O.

Guida alla lettura dei dati:

- i valori numerici dell'attività svolta da ogni medico dell'U.O., vengono raffrontati con quella degli altri colleghi, il tutto in forma anonima, con una chiave personale consegnata all'interessato.
- ogni campo ha una colorazione dal verde al rosso. In giallo i valori più bassi, in rosso quelli maggiori, in verde quelli nella media. In particolare: Giallo <20% rispetto alla media, Rosso >20% rispetto alla media; Verde entro +/-20%;

Appare doveroso dire che:

- se si fosse utilizzato come indicatore +/- 25% tutti i medici sarebbero rientrati nella normalità (colore verde nelle tabelle);
- che normalmente, in questo tipo di valutazione è considerato corretto utilizzare +/- 25% perché sono in gioco aspetti estremamente personali circa le risposte da fornire agli utenti;

L'analisi statistica comprende tutti i pazienti assistiti e tutti i medici, pertanto il campione è strutturalmente completo; il numero degli accessi, oltre 38000 rende il campione, anche, significativo se si escludono dalla valutazione coloro che non hanno un numero di visitati sufficientemente rappresentativo.

La scelta del 20% rispetto alla media è legata a motivazioni statistiche ed al fatto che è la prima volta che si effettua questo tipo di valutazione. Avere una risposta all'interno

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 93 di 111</p>
--	---	--

del range 20% implica che tutti si comincia a dare risposte simili. Nel futuro, se il sistema funziona e non ci saranno grosse modifiche dei dati (medici) il range verrà sceso, e questa discesa sarà un indice dei risultati ottenuti.

L'analisi dei dati è eseguita sui seguenti punti:

- 1) carico di lavoro
- 2) ticket
- 3) ricoveri
- 4) consulenze facilmente evitabili

si è inoltre dato avvio al monitoraggio dei seguenti punti che saranno oggetto di valutazione per il 2012/2013

- 5) rx evitabili (rachide cervicale, caviglia, ossa nasali, (dita delle) mani e dei piedi)
- 6) consulenze cardiologiche
- 7) esami ematochimici

1) Carico di lavoro

Il carico di lavoro medio dei medici dell'U.O., come evidenziato dall'audit effettuato dagli ispettori Joint Commission nel 2011, i medici dell'MCAU di Trapani all'8' posto su 20 P.S. esaminati in ambito regionale, rispetto al numero di pazienti visitati, con valori da 2 a 3 volte superiori rispetto alla media nazionale (1500 pz per medici Vs 3000 nella nostra realtà). Nello specifico:

totali visitati (val. assoluti)					
medico	totale	cod_1	cod_2	cod_3	cod_4
	1656	0	0	343	1313
3	2758	51	427	1248	932
57	3392	95	607	1656	1034
58	3410	108	569	1551	1182
62	3439	99	532	1659	1149
67	3103	77	491	1460	1075
75	3147	89	621	1562	875
77	3752	100	620	1769	1263
79	3695	105	616	1774	1200
80	3849	108	590	1810	1341
81	2896	68	530	1391	907
64	815	17	139	368	291
65	476	23	112	278	163
84	1083	15	182	545	341
totale	37471	955	6036	17414	13066
media	3344,1	90	560,3	1588	1095,8

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ. MCAU. TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 94 di 111</p>
--	---	--

Nella tabella vengono indicati il numero di pazienti dimessi per medico e per codice di triage.

Nel primo rigo della tabella, si può notare che manca il medico: gli accessi rilevati sono quelli inviati, dall'infermiere triagista, al PPI dopo aver redatto la scheda di triage.

Sono presenti, inoltre, alcuni medici (64,65,82,83 ed 84) con un numero eccessivamente basso di prestazioni. Questi medici sono esclusi dalle analisi statistiche poiché falserebbero le medie.

La tabella di sopra ha valori difficilmente leggibili se non correlati con altri indicatori come ad es., il numero di turni, ferie, ecc....

Da notare inoltre che l'analisi dei dimessi per medici non esprime perfettamente il carico di lavoro, infatti questa tabella deve essere confrontata con il numero di esami/consulenze richieste.

Per i codici dei pazienti visitati appare più utile analizzare le percentuali di pazienti visitati piuttosto che il totale dei visitati.

totali visitati (val. percentuali)					
medico	totale	cod_1	cod_2	cod_3	cod_4
3	7,36	5,34	7,07	7,17	7,13
57	9,05	9,95	10,06	9,51	7,91
58	9,10	11,31	9,43	8,91	9,05
62	9,18	10,37	8,81	9,53	8,79
67	8,28	8,06	8,13	8,38	8,23
75	8,40	9,32	10,29	8,97	6,70
77	10,01	10,47	10,27	10,16	9,67
79	9,86	10,99	10,21	10,19	9,18
80	10,27	11,31	9,77	10,39	10,26
81	7,73	7,12	8,78	7,99	6,94
64	2,18	1,78	2,30	2,11	2,23
65	1,27	2,41	1,86	1,60	1,25
84	2,89	1,57	3,02	3,13	2,61
media	8,92	9,42	9,28	9,11	8,39

Visitati per Codice di Triage:

I valori dimostrano una produttività sostanzialmente simile per tutti i medici con un carico di lavoro, sostanzialmente, sovrapponibile fra quelli analizzati (colorati nella tabella). Non esistono medici che evitano i codici maggiori (rosso in particolare). La differenza fra la media (verde in tabella) e i "fuori media" spesso è di poche unità di pazienti.

Pazienti Visitati in base alla Scheda Sintomo Principale:

visitati per scheda (valori assoluti)																					
Medico	totale	allergia	cardiopulmo	cefalea	Diabete	diagnosiaspecifica	diagnosispecifica	dispnea	disturbineurologici	disturbi psichici	dolore addominale	dolore all'asciutta	dolore toracico	emergenze	gravidanza	intossicazione	parametri vitali	perdita di coscienza	problematici cardiaci	traumamaggiore	traumaminore
3	2758	41	94	23	12	4	609	67	71	4	259	46	353	63		7	34	70	1	176	724
57	3392	55	94	29	11		724	124	103	16	281	68	378	71		22	81	100	2	294	939
58	3410	54	80	31	19		835	141	72	11	303	58	403	69		19	92	106		287	830
62	3439	68	71	45	11		816	127	104	9	325	61	355	84		28	82	91	1	312	849
67	3103	44	97	32	9	2	749	126	74	7	253	57	358	53	1	29	70	63		248	831
75	3147	45	81	36	16	1	690	146	99	10	281	44	347	63		20	72	107		301	788
77	3752	66	83	36	15	1	968	138	101	14	323	66	394	71		29	88	115		316	928
79	3695	67	64	36	20	2	862	156	98	11	309	80	394	57		24	89	117		311	998
80	3849	58	84	35	17	1	909	159	120	17	317	70	398	88		27	90	110		300	1049
81	2896	58	88	34	9	1	672	132	75	7	302	66	321	58	1	20	54	78		243	677
64	815	13	20	9	6		206	42	21	5	74	23	114	15		6	15	22		47	177
65	476	6	22	6	3		109	20	14	1	60	13	81	9		2	17	23		60	130
82	117		3	2		1	28	6			10	2	8	2			5	4		15	31
83	957	13	25	13	4		178	36	31	1	110	14	101	20		7	24	30		79	271
84	1083	24	29	8	4	1	220	31	33	1	113	18	88	23		9	13	26		108	334
media		55,60	83,60	33,70	13,90	1,71	783,4	131,6	91,7	10,6	295,3	61,6	370,1	67,7	1,0	22,5	75,2	95,7	1,3	278,8	861,3

Nelle schede sono descritti i valori assoluti di pz. visitati per scheda.

Nella tabella successiva quelli percentuali, facendo 100 il numero di pazienti visitati.

Non si rilevano differenze sensibili fra tutti i medici nell'approccio alla scheda sintomo. I valori segnalati come eccessivi sono legati al basso uso della scheda e quindi campioni non significativi.



visitati per scheda (valori %)																				
Medico	allergia	cardiopalmolo	cefalea	diabete	diagnosi specifica	diagnosi specifica	dispnea	Disturbi neurologici	disturbi psichici	dolore addominale	dolore all'asciutta	dolore toracico	e	gravidanza	intossicazione	parametrici vitali	perdita di coscienza	problematici cardiaci	traumamaggiori	traumaminori
3	1,49	3,41	0,83	0,44	0,15	22,08	2,43	2,57	0,15	9,39	1,67	12,80	2,28	0,00	0,25	1,23	2,54	0,04	6,38	26,25
57	1,62	2,77	0,85	0,32	0,00	21,34	3,66	3,04	0,47	8,28	2,00	11,14	2,09	0,00	0,65	2,39	2,95	0,06	8,67	27,68
58	1,58	2,35	0,91	0,56	0,00	24,49	4,13	2,11	0,32	8,89	1,70	11,82	2,02	0,00	0,56	2,70	3,11	0,00	8,42	24,34
62	1,98	2,06	1,31	0,32	0,00	23,73	3,69	3,02	0,26	9,45	1,77	10,32	2,44	0,00	0,81	2,38	2,65	0,03	9,07	24,69
67	1,42	3,13	1,03	0,29	0,06	24,14	4,06	2,38	0,23	8,15	1,84	11,54	1,71	0,03	0,93	2,26	2,03	0,00	7,99	26,78
75	1,43	2,57	1,14	0,51	0,03	21,93	4,64	3,15	0,32	8,93	1,40	11,03	2,00	0,00	0,64	2,29	3,40	0,00	9,56	25,04
77	1,76	2,21	0,96	0,40	0,03	25,80	3,68	2,69	0,37	8,61	1,76	10,50	1,89	0,00	0,77	2,35	3,07	0,00	8,42	24,73
79	1,81	1,73	0,97	0,54	0,05	23,33	4,22	2,65	0,30	8,36	2,17	10,66	1,54	0,00	0,65	2,41	3,17	0,00	8,42	27,01
80	1,51	2,18	0,91	0,44	0,03	23,62	4,13	3,12	0,44	8,24	1,82	10,34	2,29	0,00	0,70	2,34	2,86	0,00	7,79	27,25
81	2,00	3,04	1,17	0,31	0,03	23,20	4,56	2,59	0,24	10,43	2,28	11,08	2,00	0,03	0,69	1,86	2,69	0,00	8,39	23,38
64	1,60	2,45	1,10	0,74	0,00	25,28	5,15	2,58	0,61	9,08	2,82	13,99	1,84	0,00	0,74	1,84	2,70	0,00	5,77	21,72
65	1,26	4,62	1,26	0,63	0,00	22,90	4,20	2,94	0,21	12,61	2,73	17,02	1,89	0,00	0,42	3,57	4,83	0,00	12,61	27,31
82	0,00	2,56	1,71	0,00	0,85	23,93	5,13	0,00	0,00	8,55	1,71	6,84	1,71	0,00	0,00	4,27	3,42	0,00	12,82	26,50
83	1,36	2,61	1,36	0,42	0,00	18,60	3,76	3,24	0,10	11,49	1,46	10,55	2,09	0,00	0,73	2,51	3,13	0,00	8,25	28,32
84	2,22	2,68	0,74	0,37	0,09	20,31	2,86	3,05	0,09	10,43	1,66	8,13	2,12	0,00	0,83	1,20	2,40	0,00	9,97	30,84
media	1,66	2,55	1,01	0,41	0,04	23,37	3,92	2,73	0,31	8,87	1,84	11,12	2,03	0,01	0,67	2,22	2,85	0,01	8,31	25,72

2) Ticket

L'attribuzione del ticket, codice bianco alla dimissione, implica la capacità del medico di discriminare il paziente che si rivolge inappropriatamente al Pronto Soccorso.

Saper discernere l'urgenza da quella che non lo è ha anche un risvolto che implica la valutazione del proprio operato:

I dati sul ticket devono essere letti insieme a quelli delle richieste di consulenze ed alla scheda di triage utilizzata per l'accesso del pz. in P.S.

Nella tabella appresso vengono elencati i ticket emessi per medico, la loro percentuale rispetto ai pazienti visitati e la percentuale rispetto ai codici bianchi visitati.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</p>		<p>Codice documento: MQ. MCAU. TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 97 di 111</p>
--	---	--

ticket (val.ass.)		ticket % su totale visitati	% su codici bianchi visitati
medico	tot	%	%
3	831	30,13	89,16
57	794	23,41	76,79
58	1050	30,79	88,83
62	579	16,84	50,39
67	578	18,63	53,77
75	231	7,34	26,40
77	577	15,38	45,68
79	1067	28,88	88,92
80	1150	29,88	85,76
81	687	23,72	75,74
64	113	13,87	38,83
65	176	36,97	107,98
83	258	23,82	75,66
84	87	0,23	0,67
totale	8178		
media	761,89	22,36	67,30

Nella tabella si evidenzia come non sia importante il numero di ticket attribuiti, quanto la percentuale rispetto al totale dei visitati.

Si evidenzia una risposta non omogenea, con medici che fanno pagare il ticket (3, 58, 79, 80) e medici che non lo fanno (62, 75, 77).

Si evidenzia, quindi, una realtà che necessita di adeguate azioni correttive

Essendo la valutazione ancora da migliorare, in nel 2011 non sono stati presi in esame i ticket attribuiti agli esenti (età <6 anni) e agli esenti rintracciabili dal programma (INAIL) o alle età avanzate (>68 anni). Tali aspetti saranno analizzati nella valutazione sui dati 2012.



3) Ricoveri

Ricoveri										
medico	valori assoluti					valori percentuali				
	totale	cod_1	cod_2	cod_3	cod_4	totale	cod_1	cod_2	cod_3	cod_4
3	581	33	166	291	91	21,07	64,71	38,88	23,32	9,76
57	690	69	212	331	78	20,34	72,63	34,93	19,99	7,54
58	580	73	160	248	99	17,01	67,59	28,12	15,99	8,38
62	715	69	182	366	98	20,79	69,70	34,21	22,06	8,53
67	678	60	187	349	82	21,85	77,92	38,09	23,90	7,63
75	603	62	187	285	69	19,16	69,66	30,11	18,25	7,89
77	745	71	194	362	118	19,86	71,00	31,29	20,46	9,34
79	658	75	165	330	88	17,81	71,43	26,79	18,60	7,33
80	980	80	247	466	187	25,46	74,07	41,86	25,75	13,94
81	578	55	188	237	98	19,96	80,88	35,47	17,04	10,80
64	167	10	48	81	28	20,49	58,82	34,53	22,01	9,62
65	121	11	37	54	19	25,42	47,83	33,04	19,42	11,66
82	22	3	4	10	5	2,03	20,00	2,20	1,83	1,47
83	200	15	71	83	31	0,53	1,57	1,18	0,48	0,24
84	205	9	76	106	14	6,13	10,00	13,56	6,68	1,28
totale	7523	695	2124	3599	1105					
media	680,80	64,70	188,80	326,50	100,80	20,33	71,96	33,97	20,54	9,12

Appare evidente che per i codici rossi, per tutti i medici, esiste un'elevata percentuale di ricoveri (media 72%).

Questo aspetto appare evidente, infatti se per l'attribuzione di un codice rosso deve essere presente almeno un parametro vitale alterato, è evidente che i codici rossi inviabili a domicilio sono pochi, ossia quelli in cui si è avuta la stabilizzazione dei parametri (es.: shock anafilattico, crisi d'ansia, che hanno ingannato il triagista, stati di abuso).

Per quanto riguarda gli altri codici appare immediatamente evidente che chi esegue più ricoveri lo fa a prescindere dal codice.

Si ritiene che il dato sia complessivamente buono e la risposta sia relativamente omogenea.

Nel 2012 si analizzeranno, anche, i ricoveri per reparto e si suddivideranno, anche, in diretti ed esito di consulenza. Per ricovero diretto si intende quello che il medico di P.S. esegue senza eseguire consulenza da parte del medico dell'U.O. accettante.

MANUALE DELLA QUALITÀ

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TPI
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



Codice documento: MQ.MCAU.TP
Data di emissione: 30.06.2004
Revisione: 6
Data ultima revisione: 28.06.2012
Pagina 99 di 111

4. Consulenze

Dall'1/3/2012 è stato aperto il PPI, sito a circa 300 metri dal Pronto Soccorso, si è offerta la possibilità di percorsi alternativi al Pronto Soccorso.

È stato stilato apposito protocollo condiviso fra Pronto Soccorso di Trapani (coinvolti sia i medici che gli infermieri triagisti) ed il territorio.

Sicuramente l'obiettivo di ridurre le consulenze interne facilmente evitabili del 20% è stato ampiamente raggiunto da tutti.

Tali consulenze infatti sono passate da oltre 1000 a 100 circa per la dermatologia, da quasi 1800 a 600 circa per l'ORL e da oltre 2000 a 800 circa per l'Oculistica

consulenze richieste (val.assoluti)																											
richiedente	Totale consulenze	anestesiologica	pneumologica	ch_Plastica C/Vetrano	chirurgia pediatrica	chirurgia plastica	chirurgia vascolare	chirurgica	dermatologica	egra	endoscopia digestiva	ginecologica	malattie infettive	medicina generale	nefrologica	neurochirurgica	neurologica	neurologica + e_c_g_	Nido	Oculistica	oncologica	ortopedica	otorino	pediatria neonatale	pediatria	psichiatrica	Urologica
3	1162	22	57	34			65	10	3	1	21	4	10	6		227			81		192	46		252	35	95	
57	958	22	43	25	1		23	7	3		17	4	6	4		116			63	1	164	42		292	58	63	
58	1039	21	43	27			25	9	16		13	15	4	1		113			10		136	42	2	351	67	40	
62	1302	14	88	33			50	19	5		15	7	2	8	4	168			83		204	60	1	373	60	105	
67	1172	36	39	53			65	3	1		24	4		3		209			67	1	205	44	1	308	35	71	
75	1176	21	20	32		2	33	4	2		36	3	9	5		203		1	53		169	39	1	365	53	59	
77	1448	17	85	56			58	7	14		32	11	14	16		176	3		77		233	80		413	65	86	
79	1286	25	80	35			63	3	7		36	7	10	8		175			65		205	53	1	346	77	86	
80	1796	30	72	55			62	14	21		34	8	13	9	1	284			11	8	277	86		479	85	139	
81	948	16	25	26			40	6	12		15	4	6	4		71	4		55		154	41	1	335	55	33	
64	324	2	17	6			9	7			4	3	6	2		23			33		39	11		119	18	19	
65	201	13	6	1	4		4	1	2		9	5	2	4		30			10		23	8		38	5	12	
82	42	3	1	1			3									2			3		9	2		15	1	2	
83	354	3	11	12			27	3	5		4	1	3	5		72	5		14		71	18		52	15	14	
84	442	5	31	11			43	4	2		4		5	2		96	2		20	1	91	20		48	12	35	
tota	1365	25	618	1	41		57	97	93	1	26	4	76	90	77	5	196	14	84	3	217	59	7	378	64	859	
le	0	0	0	0	0	1	0	8	8	1	24	6	8	6	2	174	3	1	76	1	193	53	1	351	59		
me	1228,	22,	55,	37,	1,	2,	48,	8,	8,	00	1,	24,	6,	8,	6,	20,	3,	1,	76,	1,	193,	53,	1,	351,	59,		
dia	70	40	20	60	00	00	40	20	40	00	30	70	00	22	40	50	20	50	00	60	00	90	30	17	40	00	77,70

Nota: Sono fuori dalla tabella le consulenze cardiologiche che saranno analizzate nel 2012.

MANUALE DELLA QUALITÀ

U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA

DISTRETTO OSPEDALIERO TPI
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI



Codice documento: **MQ. MCAU. TP**
Data di emissione: **30.06.2004**
Revisione: **6**
Data ultima revisione: **28.06.2012**
Pagina 100 di 111

Si evidenzia che il colore attribuito è tanto più rosso quanto maggiore è il numero assoluto delle consulenze, ma non si tiene conto del numero dei visitati. maggiore è il numero delle consulenze che probabilisticamente saranno richieste.

consulenze richieste (val. percentuali su pz. Visitati)																											
richiedente	Totale	anestesiologica	pneumologica	ch_Plastica C/Vetrano	chirurgia pediatrica	chirurgia plastica	chirurgia vascolare	chirurgica	dermatologica	ega	endoscopia digestiva	ginecologica	malattie infettive	medicina generale	nefrologica	neurochirurgica	neurologica	neurologica + e_e_g_	Nido	Ocullistica	oncologica	ortopedica	otorino	pediatria neonatale	pediatria	psichiatrica	Urologia
3	42,13	0,80	2,07	0,00	1,23	0,00	0,00	2,36	0,36	0,11	0,04	0,76	0,15	0,36	0,22	0,00	8,23	0,00	0,00	2,94	0,00	6,96	1,67	0,00	9,14	1,27	3,44
57	28,24	0,65	1,27	0,00	0,74	0,03	0,00	0,68	0,21	0,09	0,00	0,50	0,12	0,18	0,12	0,00	3,42	0,00	0,00	1,86	0,03	4,83	1,24	0,00	8,61	1,71	1,86
58	30,47	0,62	1,26	0,00	0,79	0,00	0,00	0,73	0,26	0,47	0,00	0,38	0,44	0,12	0,03	0,00	3,31	0,00	0,00	3,05	0,00	3,99	1,23	0,06	10,29	1,96	1,17
62	37,86	0,41	2,56	0,00	0,96	0,00	0,00	1,45	0,55	0,15	0,00	0,44	0,20	0,06	0,23	0,12	4,89	0,00	0,00	2,41	0,00	5,93	1,74	0,03	10,85	1,74	3,05
67	37,77	1,16	1,26	0,00	1,71	0,00	0,00	2,09	0,10	0,03	0,00	0,77	0,13	0,00	0,10	0,00	6,74	0,00	0,00	2,16	0,03	6,61	1,42	0,03	9,93	1,13	2,29
75	37,37	0,67	0,64	0,00	1,02	0,00	0,06	1,05	0,13	0,06	0,00	1,14	0,10	0,29	0,16	0,00	6,45	0,00	0,03	1,68	0,00	5,37	1,24	0,03	11,60	1,68	1,87
77	38,59	0,45	2,27	0,00	1,49	0,00	0,00	1,55	0,19	0,37	0,00	0,85	0,29	0,37	0,43	0,00	4,69	0,08	0,00	2,05	0,00	6,21	2,13	0,00	11,01	1,73	2,29
79	34,80	0,68	2,17	0,00	0,95	0,00	0,00	1,71	0,08	0,19	0,00	0,97	0,19	0,27	0,22	0,00	4,74	0,00	0,00	1,76	0,00	5,55	1,43	0,03	9,36	2,08	2,33
80	46,66	0,78	1,87	0,00	1,43	0,00	0,00	1,61	0,36	0,55	0,00	0,88	0,21	0,34	0,23	0,03	7,38	0,00	0,00	3,07	0,00	7,20	2,23	0,00	12,44	2,21	3,61
81	32,73	0,55	0,86	0,00	0,90	0,00	0,00	1,38	0,21	0,41	0,00	0,52	0,14	0,21	0,14	0,00	2,45	0,14	0,00	1,90	0,00	5,32	1,42	0,03	11,57	1,90	1,14
64	39,75	0,25	2,09	0,00	0,74	0,00	0,00	1,10	0,86	0,00	0,00	0,49	0,37	0,74	0,25	0,00	2,82	0,00	0,00	4,05	0,00	4,79	1,35	0,00	14,60	2,21	2,33
65	42,23	2,73	1,26	0,21	0,84	0,00	0,00	0,84	0,21	0,42	0,00	1,89	1,05	0,42	0,84	0,00	6,30	0,00	0,00	2,10	0,00	4,83	1,68	0,00	7,98	1,05	2,52
82	3,88	0,28	0,09	0,00	0,09	0,00	0,00	0,28	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,18	0,00	0,00	0,28	0,00	0,83	0,18	0,00	1,39	0,09	0,18
83	0,94	0,01	0,03	0,00	0,03	0,00	0,00	0,07	0,01	0,01	0,00	0,01	0,00	0,01	0,01	0,00	0,19	0,01	0,00	0,04	0,00	0,19	0,05	0,00	0,14	0,04	0,04
84	13,22	0,15	0,93	0,00	0,33	0,00	0,00	1,29	0,12	0,06	0,00	0,12	0,00	0,15	0,06	0,00	2,87	0,06	0,00	0,60	0,03	2,72	0,60	0,00	1,44	0,36	1,05
media	36,66	0,68	1,62	0,00	1,12	0,00	0,01	1,46	0,24	0,24	0,00	0,72	0,20	0,22	0,19	0,01	5,23	0,02	0,00	2,29	0,01	5,80	1,58	0,02	10,48	1,74	2,31

Nella seconda tabella sono indicate le percentuali di pazienti che hanno eseguito consulenza vs pazienti che sono stati visitati da quel medico, secondo la formula: consulenze richieste x 100/numero pz. visitati dal medico.

La frequenza di consulenze richieste, in tal modo appare confrontabile fra medici diversi. Infatti, se la percentuale di pazienti visitati per codice colore è sostanzialmente simile, in un sistema ottimale, tutti dovrebbero mediamente richiedere lo stesso numero di consulenze con variazioni nell'ordine del 10-25%.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ. MCAU. TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 101 di 111</p>
--	---	---

Appare evidente che escludendo le consulenze neurologiche, pediatriche, psichiatriche ed urologiche il numero delle consulenze è molto basso e quindi di scarso valore statistico.

Da approfondire l'elevato numero di consulenze psichiatriche e pediatriche ove esiste il libero accesso al reparto.

La risposta è evidente le urgenze dermatologiche sono eccezionali, quelle oculistiche ed ORL statisticamente sono più numerose.

Da notare che le consulenze ORL si sono ridotte del 50%, le oculistiche del 40%, le dermatologiche a meno di 100 come numero assoluto.

Questo dato fa intravedere che se l'integrazione ospedale/territorio comincia a funzionare si disegnano i percorsi che possono ben orientare i pazienti verso le offerte più appropriate rispetto ai loro bisogni.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ. MCAU. TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 102 di 111</p>
---	---	---

L'ANALISI DEI REPORT SUCCESSIVI
sarà oggetto di azioni di miglioramento in seguito ad Audit pianificato per
l'ultimo trimestre 2012

5. RX evitabili (rachide cervicale, caviglia, ossa nasali, (dita delle) mani e dei piedi)

% su visitati			dita, ossa nasali			rx rachide cervicale		
richiedente	radiograf	%	richiedente	Radiograf	%	richiedente	Rx	%
3	761	27,59	3	77	2,79	3	95	3,44
57	759	22,38	57	90	2,65	57	50	1,47
58	555	16,28	58	55	1,61	58	38	1,11
62	960	27,92	62	94	2,73	62	131	3,81
67	907	29,23	67	82	2,64	67	145	4,67
75	711	22,59	75	62	1,97	75	65	2,07
77	829	22,09	77	96	2,56	77	122	3,25
79	961	26,01	79	64	1,73	79	140	3,79
80	1238	32,16	80	124	3,22	80	144	3,74
81	683	23,58	81	60	2,07	81	31	1,07
64	132	16,20	64	14	1,72	64	15	1,84
65	120	25,21	65	9	1,89	65	8	1,68
82	36	3,32	82	3	0,28	82	9	0,83
83	285	0,76	83	28	0,07	83	37	0,10
84	370	11,06	84	38	1,14	84	43	1,29
totale	9307		totale	896		totale	1073	
media	836,4	24,98	media	80,4	2,40	media	96,1	2,84

L'esecuzione di un esame radiografico comporta l'esposizione a radiazioni ionizzanti del paziente.

Appare opportuno ridurre il rischio, conseguente a esposizione a energia radiante, al minimo, e, in particolare, applicare quelle linee guida suggerite dal Ministero della Salute rivolte proprio a tal fine.

Naturalmente, bisogna coniugare il rischio clinico, da mancata diagnosi di frattura, con quello conseguente all'esposizione a radiazioni ionizzanti.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</p>	 <p>ASP TRAPANI AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Codice documento: MQ. MCAU. TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 103 di 111</p>
--	--	---

Con tale fine sono state introdotte, fra le linee guida del Pronto Soccorso, quelle del Ministero inerenti la distorsione del rachide cervicale, della caviglia e delle dita delle mani e dei piedi.

Tenere sotto controllo queste indagini, rapportandole al numero di pazienti visitati è, un modo di controllare l'adesione ai protocolli e della qualità della visita.

6. Esami ematochimici

esami richiesti					% su pz visitati				
medico	tot.1' prel	2'	3'	tot	medico	tot.1' prel	2'	3'	Tot
3	858	76	29	963	3	31,11	2,76	1,05	34,92
57	575	63	24	662	57	16,95	1,86	0,71	19,52
58	384	41	19	444	58	11,26	1,20	0,56	13,02
62	606	69	39	714	62	17,62	2,01	1,13	20,76
67	1192	87	29	1308	67	38,41	2,80	0,93	42,15
75	778	72	26	876	75	24,72	2,29	0,83	27,84
77	712	59	29	800	77	18,98	1,57	0,77	21,32
79	744	52	17	813	79	20,14	1,41	0,46	22,00
80	1033	97	38	1168	80	26,84	2,52	0,99	30,35
81	801	74	33	908	81	27,66	2,56	1,14	31,35
64	109	15	6	130	64	13,37	1,84	0,74	15,95
65	165	9	8	182	65	34,66	1,89	1,68	38,24
82	39	4	2	45	82	33,33	3,42	1,71	38,46
83	297	24	5	326	83	31,03	2,51	0,52	34,06
84	286	44	23	353	84	26,41	4,06	2,12	32,59
media	768,30	69,00	28,30	865,60	media	23,37	2,10	0,86	26,32

La valutazione del numero di pazienti sottoposti ad esami ematochimici o consulenza cardiologica permette di osservare meccanismi di medicina difensiva, infatti, richiedere gli esami di "routine" spesso è un sistema per giustificare l'osservazione del paziente.

7. Consulenze Cardiologiche

MANUALE DELLA QUALITÀU.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA
D'ACCETTAZIONE E D'URGENZADISTRETTO OSPEDALIERO TPI
P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANICodice documento: **MQ.MCAU.TP**Data di emissione: **30.06.2004**Revisione: **6**Data ultima revisione: **28.06.2012****Pagina 104 di 111**

visita cardiologica		
Richiedente	totale	%
3	818	29,65917
57	799	23,55542
58	503	14,75073
62	639	18,58098
67	1155	37,22204
75	915	29,07531
77	757	20,17591
79	609	16,48173
80	1148	29,82593
81	626	21,61602
64	133	16,32
65	137	28,78
82	36	3,32
83	195	0,52
84	287	8,58
totale	8757	
media	796,9	24,09433

RILEVAZIONE della SODDISFAZIONE dell' UTENZA

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p>ASP TRAPANI AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 105 di 111</p>
--	--	---

Obiettivi

La sistematica rilevazione del livello di soddisfazione e dei motivi di insoddisfazione degli utenti costituisce un importante punto di riferimento per il miglioramento continuo delle prestazioni.

Lo scopo principale dell'indagine sulla soddisfazione dei cittadini-utenti rispetto ai servizi ambulatoriali in ospedale è di:

- valutare la qualità percepita, attraverso il questionario;
- ottenere dati attendibili da correlare ad opportune azioni di miglioramento, ovvero:
- rendere disponibili agli operatori le informazioni ottenute sulla valutazione dei pazienti e sulle eventuali aree di criticità emerse, per consentire interventi di miglioramento;
- utilizzare la "soddisfazione" come uno degli indicatori della valutazione del servizio ricevuto, dal punto di vista del cittadino-utente, in modo stabile e periodico (almeno annuale) insieme a quelli individuati a livello aziendale (es. reclami) per orientare le azioni di miglioramento.

Metodologia

Il progetto per la rilevazione della soddisfazione dei cittadini-utenti prevede le seguenti fasi:

Predisposizione del questionario

il questionario sarà costituito da alcune domande chiuse ed una aperta. La domanda aperta è stata introdotta per consentire agli utenti di esprimere le proprie opinioni in merito alle proposte di miglioramento riguardanti il personale sanitario o i servizi in genere. Le domande possono essere suddivise idealmente in 5 sezioni:

- 1) Consiste in una breve presentazione che spiega le motivazioni dell'indagine, ed una sezione in cui si indica il servizio ambulatoriale usufruito dall'utente e la data di compilazione del questionario;
- 2) Prevede la registrazione dei dati generali dell'intervistato quali sesso, età, professione, titolo di studio, codice di triage attribuito;
- 3) Comprende domande relative ad aspetti di organizzazione, comfort e pulizia degli ambienti dell' U.O.
- 4) Esamina la qualità delle relazioni degli utenti con i medici e gli infermieri prevedendo un giudizio sull'assistenza e sulle informazioni ricevute;
- 5) Comprende una parte nella quale l'utente ha lo spazio per annotare ogni eventuale osservazione, suggerimento o critica sull'organizzazione dei servizi ambulatoriali;

- rilevazione dei dati, il questionario potrà essere somministrato da personale idoneamente formato che potrà supportare l'utenza nella compilazione senza

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>		<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 106 di 111</p>
--	---	---

influenzare le risposte e quindi compromettere i risultati dell'indagine ovvero potrà essere lasciato sul bancone di triage ed il potenziale intervistato potrà essere invitato dal triagista a ritirare il modulo, ed invitato ad imbustarlo in apposita cassetta per l'elaborazione statistica.

- Elaborazione ed analisi dei dati a seguito della rilevazione dei dati si inizierà la fase di data entry con i possibili incroci statistici, quali ad esempio la suddivisione in base al sesso, l'età, il titolo di studio, l'attività svolta ed il codice di triage assegnato. Inoltre, tramite il supporto dell'analisi statistica dei risultati forniti dall'indagine, si potrà pervenire ad una serie di schemi, istogrammi e diagrammi che forniranno una rappresentazione visiva di come l'utente sia soddisfatto / insoddisfatto del servizio reso; ciò servirà come base per una eventuale reingegnerizzazione o modifica e potenziamento di quei servizi che presenteranno delle carenze.
- Produzione degli indicatori di prestazione e della relazione finale.
Sulla base degli obiettivi individuati in seno al Riesame del Sistema di Gestione per la Qualità da parte della Direzione, vengono lette le indicazioni fornite dai cittadini utenti che serviranno a stabilire correttamente il livello di qualità della prestazione e ad individuare le aree di intervento prioritarie per il suo miglioramento. La misura del raggiungimento degli obiettivi dell'organizzazione si basa sulla costruzione di indicatori che siano sintetici e che consentano la mappatura delle priorità, da utilizzare per il monitoraggio e per i confronti con i valori di riferimento nel processo di miglioramento continuo.

<p>MANUALE DELLA QUALITÀ</p> <p>U.O.C. MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA</p> <p><i>DISTRETTO OSPEDALIERO TPI</i> <i>P.O. S. ANTONIO ABATE TRAPANI</i></p>	 <p>ASP TRAPANI AZIENDA SANITARIA PROVINCIALE</p>	<p>Codice documento: MQ.MCAU.TP Data di emissione: 30.06.2004 Revisione: 6 Data ultima revisione: 28.06.2012 Pagina 107 di 111</p>
--	--	---

ALLEGATI

- **Schede per la valutazione del processo di inserimento di dirigenti medici neo assunti nell'Unità Operativa**
- **Schede per la valutazione (1) del processo di inserimento di IP/tecnici neo assunti nell'Unità Operativa**
- **Schede per la valutazione (2) del processo di inserimento di IP/tecnici neo assunti nell'Unità Operativa**
- **Schede per la valutazione (3) del processo di inserimento di IP/tecnici neo assunti nell'Unità Operativa**

	ALLEGATI AL MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 108 DI 111
	MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA	DATA DI EMISSIONE 30/06/2004
	Direttore: dott. M.G.Di Martino	DATA ULTIMA REVISIONE 19/09/2011

**VALUTAZIONE DEL PROCESSO DI INSERIMENTO NUOVI DIRIGENTI MEDICI
(a partire dal 01/03/2011)**

Il Dott. _____
assegnato alla U.O. di _____
viene affidato per l'inserimento al Dott. _____
Data _____ Il Direttore della U.O. _____

Valutazione dopo il _____

- Conosce mission e vision dell'Unità Operativa
- Conosce le figure professionali presenti nell'U.O. e le loro attività
- Conosce la pianificazione e la strutturazione oraria del servizio della U.O.
- Conosce gli spazi della struttura
- Conosce la dislocazione delle apparecchiature in uso, conosce l'utilizzo degli specifici modelli disponibili
- Conosce le modalità di intervento specialistico presso altre UU.OO.
- Conosce la modulistica in uso
- Conosce la cartella clinica in uso
- Conosce i protocolli diagnostico terapeutici utilizzati

Può essere avviato alla Fase 2 – Autonomia supportata

Data _____ Il Medico di riferimento _____ Il Direttore _____

Valutazione del _____ Può essere inserito in completa autonomia?

SI

NO Prosegue in autonomia supportata ancora fino al _____

Data _____ Il Medico di riferimento _____ Il Direttore _____

Valutazione del _____ Può essere inserito in completa autonomia?

SI

NO Prosegue in autonomia supportata ancora fino al _____

Data _____ Il Medico di riferimento _____ Il Direttore _____

	ALLEGATI AL MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 109 DI 111
	MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA	DATA DI EMISSIONE 30/06/2004
	Direttore: dott. M.G.Di Martino	DATA ULTIMA REVISIONE 19/09/2011

Scheda (1) di valutazione dell'I.P. / Tecnico neo assunto – neo inserito

Cognome e Nome	Periodo di verifica

Valutazione dopo _____ giorni

Valutazione dopo _____ giorni	Autovalutazione	Valutazione del Referente
Gestisce la propria sicurezza con l'igiene personale e utilizza i presidi di prevenzione	A B C D E	A B C D E
Conosce le finalità del servizio	A B C D E	A B C D E
Riconosce le figure professionali che ruotano nel reparto	A B C D E	A B C D E
Conosce la turistica	A B C D E	A B C D E
Conosce gli spazi del reparto e tutte le zone operative	A B C D E	A B C D E
Conosce la dislocazione del materiale e delle apparecchiature in uso comune e d'urgenza	A B C D E	A B C D E
Ha appreso la compilazione della modulistica e della cartella infermieristica	A B C D E	A B C D E
Sa come e quando riordinare l'unità del paziente	A B C D E	A B C D E
Conosce il protocollo d'igiene e di mobilità del paziente	A B C D E	A B C D E
E' in grado di somministrare la terapia ed eseguire i prelievi venosi (solo I.P.)	A B C D E	A B C D E
Prende visione autonomamente dei protocolli dell'unità operativa	A B C D E	A B C D E
Conosce le modalità di smaltimento rifiuti e biancheria	A B C D E	A B C D E
Conosce le modalità di riordino del materiale inviato alla sterilizzazione	A B C D E	A B C D E
Ha preso visione del manuale di accreditamento e della politica dell'U.O., dell'organigramma e delle responsabilità delegate	A B C D E	A B C D E

Note

Firma Neo assunto

Data _____

I.P. Referente

Capo Sala

	ALLEGATI AL MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 110 DI 111
	MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA	DATA DI EMISSIONE 30/06/2004
	Direttore: dott. M.G.Di Martino	DATA ULTIMA REVISIONE 19/09/2011

Scheda (2) di valutazione dell'I.P. / Tecnico neo assunto – neo inserito

Cognome e Nome	Periodo di verifica

Valutazione dopo _____ giorni

	Autovalutazione	Valutazione del Referente
Gestisce autonomamente le competenze proprie della qualifica	A B C D E	A B C D E
E' in grado di valutare nell'utente le condizioni generali	A B C D E	A B C D E
Informa correttamente l'utente riguardo il suo iter assistenziale	A B C D E	A B C D E
Monitorizza correttamente il paziente e riconosce i livelli d'allarme	A B C D E	A B C D E
Ha stabilito buoni rapporti coi colleghi e con le altre figure che operano nella U.O.	A B C D E	A B C D E
Conosce l'ubicazione del materiale e delle apparecchiature in uso comune e d'urgenza	A B C D E	A B C D E
Compila autonomamente la modulistica e la cartella infermieristica	A B C D E	A B C D E
Posiziona correttamente i presidi in uso nel reparto	A B C D E	A B C D E

Note

Firma Neo assunto

Data _____

I.P. Referente

Capo Sala

	ALLEGATI AL MANUALE DELL'UNITA' OPERATIVA	PAGINA 111 DI 111
	MEDICINA E CHIRURGIA D'ACCETTAZIONE E D'URGENZA	DATA DI EMISSIONE 30/06/2004
	Direttore: dott. M.G.Di Martino	DATA ULTIMA REVISIONE 19/09/2011

Scheda (3) di valutazione dell'I.P. / Tecnico neo assunto – neo inserito

Cognome e Nome	Periodo di verifica

Valutazione dopo _____ giorni

	Autovalutazione	Valutazione del Referente
Gestisce autonomamente il paziente critico	A B C D E	A B C D E
Conosce ed utilizza i protocolli e le procedure in uso nel reparto	A B C D E	A B C D E
Evidenzia i fabbisogni di farmacia	A B C D E	A B C D E
Evidenzia i fabbisogni di materiale sanitario	A B C D E	A B C D E
Conosce ed applica tutte le procedure	A B C D E	A B C D E
Gestisce le urgenze sia di tipo chirurgico che medico	A B C D E	A B C D E
Si rapporta correttamente con l'èquipe e l'utenza	A B C D E	A B C D E

Note

Firma Neo assunto

Data _____

I.P. Referente

Capo Sala