

PIANO DI RIPROGETTAZIONE

S.O.C. PRONTO SOCCORSO E OSSERVAZIONE TEMPORANEA

AZIENDA OSPEDALIERA DI TRIESTE

1. DEFINIZIONE DEGLI OBIETTIVI

Gli obiettivi sono orientati su 4 aspetti principali:

- efficienza ed efficacia nelle prestazioni di servizio,
- soddisfacimento dell'utente in conformità anche all'etica professionale,
- continuo miglioramento del servizio,
- attenzione all'ambiente,

coniugando realisticamente il volume di attività previsto e le risorse disponibili.

Il perseguimento degli obiettivi presuppone un percorso metodologico condiviso da tutti gli operatori interni in modo da tradursi in una **“gestione per la qualità”**.

Al fine di sgomberare il campo da qualsiasi tentazione di autoreferenzialità si pone quale riferimento un modello di percorso validato a livello internazionale, come la normativa ISO 9000, che definisce un insieme di regole, che includono l'organizzazione, le responsabilità, l'analisi minuziosa dei processi, la formazione del personale e le verifiche esterne da parte di terzi accreditati.

1.1 Efficienza ed efficacia delle prestazione di emergenza/urgenza

- definizione di protocolli clinici secondo linee guida validate al fine di indirizzare tutta l'attività diagnostica e terapeutica della struttura su standard internazionali;
- definizione di procedure per l'attivazione dei supporti specialistici e diagnostici concordate con tutte le strutture operative di interfaccia;
- le procedure dovranno anche indicare i tempi di attesa per i codici gialli e verdi di triage, il cui processo andrà comunque sottoposto a verifica ed eventuale ridefinizione;
- definizione di procedure di allertamento per malati urgenti o emergenti in arrivo, concordate con il Sistema 118;
- definizione di procedure di trasferimento di malati in altre strutture ospedaliere, concordate con il Sistema 118 e con le altre strutture operative di interfaccia competenti per l'eventuale assistenza specialistica in itinere.

1.2 Appropriatezza dei ricoveri anche riguardo alla struttura operativa di destinazione

- definizione di procedure concordate con tutte le strutture operative di interfaccia che fissino criteri di ricoverabilità, di attivazione di supporti specialistici, di esecuzione di indagini diagnostiche;
- definizione di procedure concordate per l'affidamento o il rinvio dei malati con le strutture dell'ASS n.1 (Distretti, MMG, DSM, ecc.);
- definizione di procedure per la rapida dimissione dei malati che necessitano di trasporto mediate autoambulanza, concordate con il Sistema 118.

1.3 **Attenzione al rispetto della privacy dei malati**

- revisione degli ambienti di lavoro;
- revisione dei comportamenti.

1.4 **Audit**

- adozione dell'audit come metodo di miglioramento costante al fine di garantire efficaci azioni correttive al rilievo di non conformità, soprattutto se relative alla tipologia delle prestazioni, al ritardo di esecuzione delle prestazioni, ai ricoveri impropri, alla sottostima di triage.

1.5 **Formazione e aggiornamento permanente**

- adeguamento delle conoscenze e abilità professionali di tutto il personale della mediante percorsi formativi, che seguono linee guida validate a livello internazionale, al fine di raggiungere predefiniti standard di competenza per ciascuna figura professionale;

1.6 **Attenzione all'ambiente**

- assicurare adeguati spazi di lavoro e di degenza, sia sotto il profilo quantitativo che qualitativo, in quanto fattori determinanti per la qualità.

2. **STANDARD DI QUALITA'**

Lo scopo del sistema per la gestione della qualità è essenzialmente quello di assicurare ai cittadini il **mantenimento dello standard di qualità dichiarato per i servizi erogati**, indipendentemente dai professionisti in servizio in quello specifico momento.

Pertanto **sarà definito e reso pubblico lo standard della struttura** esplicitando chiaramente:

- la missione, l'organizzazione e le aree di attività;
- la tipologia dei servizi erogati;
- le modalità di accesso;
- gli elementi che qualificano il servizio, come l'esperienza, la casistica ed i risultati a fronte di quanto atteso, la formazione professionale degli operatori, le linee guida adottate ed i criteri di verifica dell'applicazione delle stesse.

3. **PIANIFICAZIONE PER IL RAGGIUNGIMENTO DEGLI OBIETTIVI**

Il raggiungimento degli obiettivi necessita di una pianificazione, ovvero ciascun obiettivo richiede la costruzione di un piano d'azione in cui gli operatori sono coinvolti in base alle specifiche responsabilità.

In linea di massima il **piano di azione per ogni obiettivo** prevederà:

- definizione dell'obiettivo
- descrizione del problema e delle cause (ovvero lo stato da cui si parte)
- verifica dei risultati
- fasi di attività
- termine di esecuzione
- responsabilità

4. STRUTTURA ORGANIZZATIVA

Per garantire il conseguimento degli obiettivi è necessario che siano **chiaramente definite le responsabilità, con l'assegnazione precisa dei compiti.**

Quindi si stabilirà l'articolazione organizzativa più idonea:

- per realizzare le attività pianificate
- per eseguire un efficace controllo sulla loro realizzazione
- per valutare il miglioramento della qualità delle prestazioni erogate in tutte le fasi della loro realizzazione

L'assegnazione delle responsabilità, i rapporti reciproci del personale, le funzioni organizzative e/o gestionali relativi a tutte le attività della struttura saranno chiaramente rappresentate con un organigramma funzionale, dal quale sarà tra l'altro possibile identificare un referente per ogni attività o gruppo di attività.

Per ogni funzione dell'organigramma sarà disponibile una job description (descrizione della funzione), in modo che i compiti e le funzioni assegnati siano chiari e condivisi e risultino sempre definiti per iscritto.

5. GESTIONE PER PROCESSI

La riorganizzazione della struttura sulle linee prima evidenziate deve basarsi sulla logica della gestione per processi, cioè **l'attività medico infermieristica** deve essere vista non come un'insieme di attività fini a se stesse, ma invece come una **sommatoria di tanti atti sanitari inseriti all'interno di un processo organizzativo e diagnostico-terapeutico.**

Quindi diviene momento essenziale dell'intera organizzazione l'elaborazione di procedure operative che descrivano puntualmente i diversi processi in cui si articola l'attività della struttura.

Nell'ambito di tali procedure vanno predisposte apposite istruzioni operative per definire in dettaglio i comportamenti corretti da tenere nelle varie fasi del processo.

5.1 Procedure generali di sistema

- redazione e controllo dei documenti
- gestione degli eventi indesiderati e degli eventi sentinella
- gestione audit clinico-organizzativi
- gestione dei reclami
- gestione delle azioni correttive e preventive
- gestione delle apparecchiature elettromedicali
- gestione di funzionamento del sistema informatico e delle comunicazioni

5.2 Procedure tecnico-organizzative

- accoglimento e triage
- attività di diagnosi e terapia (attivazione supporti specialistici, esecuzione indagini diagnostiche per immagini e di laboratorio, ecc.)
- sorveglianza del malato in Osservazione Temporanea
- TSO
- uscita (ricovero, trasferimento, dimissione protetta, dimissione, morte)
- utilizzo scheda/cartella paziente
- modalità di informazione e richiesta del consenso informato, rifiuto all'assistenza
- esposizione a sostanze biologiche potenzialmente infette

- infortunio del personale
- sicurezza ed autoprotezione del personale
- gestione magazzino (elettromedicali, farmaci, presidi sanitari, DIP, ecc.)
- efficienza e pulizia delle dotazioni materiali
- disinfezione delle dotazioni e degli ambienti
- smaltimento rifiuti speciali
- black out telefonico
- black out elettrico
- infortunio di massa
- decontaminazione NBC

5.3 Protocolli operativi clinici / linee guida

- i protocolli relativi alle emergenze/urgenze cardiovascolari seguiranno le linee guida di American Heart Association e saranno concordati con il Dipartimento di Cardiologia
- i protocolli relativi alle emergenze/urgenze traumatologiche seguiranno le linee guida “Advanced Trauma Life Support” e saranno concordati con tutte le S.O. specialistiche di competenza
- i protocolli relativi alle altre emergenze/urgenze medico-chirurgiche saranno concordati con tutte le S.O. specialistiche di competenza, l’approccio metodologico seguirà per quanto possibile le linee guida “Advanced Medical Life Support
- i protocolli relativi alla nosologia psichiatrica saranno concordati con il Dipartimento di Salute Mentale
- i protocolli di primo intervento pediatrico saranno concordati con la S.O. di Pronto Soccorso del Burlo

6. FORMAZIONE E AGGIORNAMENTO

La formazione è obiettivo strategico prioritario della struttura e si svolgerà seguendo standard validati a livello internazionale, come Advanced Cardiac Life Support (ACLS) e Basic Life Support Defibrillation (BLSD) American Heart Association (AHA), Basic Trauma Life Support (BTLS), Advanced Trauma Life Support (ATLS), Advanced Medical Life Support (AMLS).

L’attività di formazione si articolerà sulle seguenti modalità operative principali:

- invio di personale della struttura a formarsi fuori sede per conseguire la certificazione di istruttore nelle principali linee di formazione sopra citate: BLSD, ACLS, BTLS, ATLS, AMLS;
- corsi specifici tenuti da personale della struttura che ha conseguito la certificazione di istruttore di cui sopra;
- corsi certificati da organizzazioni esterne;
- seminari con esperti delle discipline specialistiche di volta in volta trattate.

L’attività di formazione e addestramento sarà svolta insieme al Sistema 118, che già si avvale di un proprio Centro di Formazione, ove opera personale in possesso di certificazione di istruttore BLSD-AHA, ACLS-AHA, BTLS, FERNO Education, e dispone di adeguato materiale didattico: manichini ACLS e BLS, defibrillatori trainer, power point, ecc.

In pratica tale collaborazione consiste nell’attivazione di un’Area comune di formazione delle due strutture, che è aperta a tutte le altre strutture ospedaliere del settore dell’emergenza che intendano partecipare all’attività formativa.

Per l'anno in corso, considerate le criticità attuali e la conseguente urgenza di impegno formativo, nonché i tempi necessari all'accreditamento EMC ed il budget disponibile, è ragionevole prevedere sin d'ora il sotto riportato programma di massima.

Il nuovo assetto logistico delle strutture cardiologiche ha determinato l'esigenza di dedicare ampio spazio alla patologia cardiovascolare urgente ed in tale ambito formativo ci si avvarrà anche delle competenze messe a disposizione dal Dipartimento di Cardiologia.

a. Formazione dedicata ai dirigenti medici

giugno-luglio:

Moduli ACLS:

- sindrome coronarica acuta
- gestione delle vie aeree
- arresto cardiorespiratorio

Corso ECG

settembre-dicembre (tutti gli eventi saranno accreditati EMC):

Moduli di ACLS:

- aritmie
- ipotensione, edema polmonare, shock

Corso trattamento intossicazioni acute

Corso medicina legale

6.2 Formazione dedicata agli infermieri

giugno-luglio (per gli infermieri non in possesso di certificazione BLSD)

Moduli di BLSD

settembre-dicembre (tutti gli eventi saranno accreditati EMC)

Moduli di BLSD retraining

Moduli di AMLS:

- metodologia operativa AMLS
- dolore toracico
- dispnea
- shock

Corso medicina legale

6.3 Formazione dedicata al personale tecnico ed ausiliario

Moduli di BLSD

6.4 Gestione della formazione a regime.

A regime per la **gestione della formazione/addestramento** sarà individuato un **referente** medico ed uno infermieristico che dovranno:

- identificare i bisogni formativi
- individuare le priorità di intervento formativo sulla base del budget disponibile

- programmare la formazione/addestramento
- garantire l'esecuzione del programma
- riesaminare il processo formativo per valutare l'efficacia degli interventi rispetto al bisogno formativo

Tale attività avverrà di concerto con i referenti per la formazione del Sistema 118 e delle altre strutture operative che parteciperanno al programma.

In quest'ambito riveste prioritaria importanza **l'attività formativa dedicata agli OSS**, che dovrà essere sviluppata dopo aver individuato puntualmente i compiti e le responsabilità di questa nuova figura nell'ambito della struttura.

7 GESTIONE DEGLI EVENTI INDESIDERATI

Il miglioramento continuo del servizio, obiettivo generale della struttura, non può prescindere dal monitoraggio costante degli eventi indesiderati e dalla documentazione della conseguente necessità di azioni correttive e preventive.

Gli eventi non desiderati saranno documentati mediante la redazione di appositi rapporti di non conformità, la cui gestione avrà approcci diversi alla luce dei differenti contesti:

- organizzativi
- tecnologici
- professionali

In tale ambito assume particolare rilievo l'audit clinico-organizzativo, inteso come attività pianificata, ovvero definita nelle fasi e nelle responsabilità, progettato per determinare cambiamenti migliorativi e diretto a valutare la pratica clinica (e non il personale clinico).

E' fondamentale chiarire che la gestione delle non conformità si basa sul comune riconoscimento tra gli operatori e la direzione della struttura che solo così facendo la gestione degli eventi indesiderati diventa un'opportunità per migliorare, superando il concetto di "caccia all'errore" con intenti punitivi, in quanto l'obiettivo è di porre in essere azioni volte ad eliminare le cause di situazioni indesiderabili.

8 VERIFICA DEI RISULTATI

La verifica dei risultati si realizzerà essenzialmente attraverso incontri pianificati durante i quali la direzione si confronterà con i professionisti referenti al fine di:

- garantire nel tempo le caratteristiche definite per le prestazioni dichiarate nello standard di qualità;
- valutare il grado di raggiungimento degli obiettivi;
- raggiungere nuovi obiettivi orientati a migliorare il servizio.

Lo stato di avanzamento del presente Piano sarà rappresentato da rapporti periodici diffusi a tutte le strutture operative d'interfaccia

