

**Definizione di Valori Minimi di Riferimento per il Personale dei Pronto Soccorso***Sommario*

Premessa.....	2
Normativa Regionale di Riferimento	3
Distribuzione delle Apicalità di Accettazione e Pronto Soccorso, Pronto Soccorso Pediatrico e Suem nelle Aziende della Regione	5
Numero e distribuzione delle apicalità con riferimento alle Schede di Dotazione Ospedaliera.....	5
Benchmark delle Attività di Pronto Soccorso ai fini della determinazione dei livelli minimi di riferimento del Fabbisogno Assistenziale.....	6
Breve introduzione ai dati disponibili da flussi per la valutazione delle attività di Pronto Soccorso.....	6
Base dati delle Attività di Pronto Soccorso	6
Criteri per il Dimensionamento delle Attività di Pronto Soccorso.....	6
Ulteriori Analisi di dettaglio del dato da Flusso Emur	7
Analisi dei dati di personale	8
Figure Professionali Oggetto di Analisi	8
Individuazione dei criteri per la determinazione del fabbisogno di personale	10
Rilevazione dei Turni di Lavoro del Personale impiegato	10
“Macro”Attività Svolte nelle Unità Operative di Pronto Soccorso	12
Attività Ambulatoriale.....	13
Triage.....	13
Obi	14
Suem.....	14
Determinazione dei valori minimi di riferimento di personale	15
Piani di Lavoro per presidio di Riferimento: Turno Minimo di riferimento delle Unità Operative di Pronto Soccorso	16
Piani di Lavoro per presidio di Riferimento: Turno Minimo di riferimento Personale infermieristico delle Unità Operative di Pronto Soccorso	17
Monitoraggio	18

**Premessa**

Il presente lavoro ha come obiettivo la definizione di “Valori Minimi di Riferimento per il Personale di Emergenza-Urgenza”, individuando criteri di valutazione e una metodologia unica per la misurazione dell’apporto di personale.

Ai fini dell’analisi del personale impiegato nei Pronto Soccorso della Regione Veneto è necessario considerare alcuni elementi fondamentali della programmazione regionale che influiscono sulle modalità di erogazione dell’assistenza nei dipartimenti di Emergenza Urgenza.

Il modello così determinato sarà oggetto di monitoraggio e valutazione periodica, occasione di confronto e valutazione delle realtà aziendali e dei relativi servizi offerti. I dati risultanti saranno valutati da un Osservatorio Regionale al fine di verificare la validità del metodo e della rilevazione nonché la sua adeguatezza rispetto al modello rappresentato. Il modello determinato parte dall’analisi degli attuali livelli assistenziali erogati e da un effettivo censimento dell’attuale organizzazione delle attività di Accettazione e Pronto Soccorso, con particolare riferimento alle risorse umane da impiegarsi. Il modello stesso è in continua evoluzione e il sistematico monitoraggio e la valutazione periodica dei dati permetteranno di “adattarlo”, rendendolo flessibile e conformabile alle esigenze di rappresentazione di realtà particolarmente complesse come quelle oggetto del presente studio.

Il monitoraggio futuro della attività di Pronto Soccorso e la valutazione del Personale dedicato si rendono particolarmente necessari in contesti in fase di cambiamento come quello che attualmente sta vivendo la Regione Veneto.

Considerato che il fabbisogno di personale dipende dalla necessità di garantire la piena funzionalità dei servizi, risulta fondamentale individuare le attività strategiche “fondamentali” e, tra queste, definire quelle che necessitano di personale dedicato. In conseguenza di ciò, la Regione Veneto, in accordo con le OO.SS. regionali della Dirigenza del Ruolo Sanitario, ha elaborato recentemente una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale, che non si basa sulla mera valutazione “ex-post” del valore della “produzione”, ma sulla determinazione dello stesso in relazione alle esigenze organizzative del lavoro e quindi all’organizzazione dei turni necessari a garantire il servizio. Solo dopo aver così determinato il fabbisogno minimo sarà possibile comparare le diverse realtà operative regionali, confrontando criteri e modi di organizzazione delle risorse umane.

In sintesi, la metodologia utilizzata si basa sull’individuazione da parte del Gruppo di Lavoro Regionale, ad hoc istituito, di modelli organizzativi specifici per ciascuna specialità, area omogenea, che tengano conto del ruolo dell’ospedale nella rete ospedaliera e del ruolo dell’unità operativa nell’azienda.

Nell’analisi delle attività delle Unità Operative di Pronto Soccorso è necessario evidenziare che i modelli di erogazione dell’assistenza risultano fortemente influenzati da numerose variabili esogene ed endogene, che possono modificare in modo sensibile il fabbisogno di assistenza delle unità operative oggetto di analisi. Tra queste, a titolo esemplificativo e non esaustivo, si possono evidenziare: variabili di natura logistica, la



diversa composizione delle *equipe* assistenziali in termini di professionisti impiegati, le aspettative degli assistiti, l'appropriatezza degli accessi., nonché il ruolo del presidio rispetto al contesto regionale di riferimento. Per questi motivi, si è scelto di elaborare “Valori Minimi di Riferimento” : il numero minimo di professionisti necessario a garantire le attività istituzionalmente previste. Lo stesso valore minimo può essere significativamente influenzato dalla presenza di particolari condizioni tecnico-organizzative o logistico-geografiche.

Normativa Regionale di Riferimento

Il PSSR, approvato con Legge Regionale 23 del 29 Giugno 2012, definisce la Rete di Emergenza Urgenza:

“Rete emergenza-urgenza

In conformità all'indirizzo programmatico sulla definizione di reti assistenziali, è necessario rivedere il ruolo del pronto soccorso e l'organizzazione del 118, con centrali operative su base provinciale, che dovranno fungere da cerniera con il Territorio, favorendo forme di precoce presa in carico dei pazienti con codice di diagnosi bianchi da parte dell'assistenza territoriale. Quest'ultima dovrà essere organizzata per fornire una risposta per tutto l'arco delle 24 ore. Inoltre, al fine di migliorare l'accessibilità dei pazienti al sistema, si favoriranno modelli organizzativi che prevedono la presenza dei medici di continuità assistenziale presso o in modo contiguo al pronto soccorso per una più appropriata gestione degli accessi. Più in generale, all'interno dello sviluppo della rete informatica, si prevede di sviluppare, a livello provinciale, una funzione di interconnessione che colleghi le diverse strutture ospedaliere e territoriali mediante una rete informatica e telematica, garantendo l'accesso e la condivisione di informazioni e risorse necessarie al trattamento del paziente in emergenza-urgenza.

[...]

Si prevede perciò una evoluzione nella filosofia organizzativa e gestionale della rete SUEM 118 con l'obiettivo di concorrere allo sviluppo dell'organizzazione in rete degli Ospedali, [...].”

La DGR n. 2122 del 19 Novembre 2013, “Adeguamento delle schede di dotazione ospedaliera delle strutture pubbliche e private accreditate, di cui alla L.R. 39/1993, e definizione delle schede di dotazione territoriale delle unità organizzative dei servizi e delle strutture di ricovero intermedie. PSSR 2012-2016. Deliberazione n. 68/CR del 18 giugno 2013”, Allegato A. Punto 3.3. definisce gli obiettivi strategici del sistema SUEM in ottica regionale :

“Il sistema dell'emergenza sanitaria SUEM 118 va revisionato in considerazione della necessità di garantire il trasporto diretto dal luogo dell'evento all'ospedale più adeguato secondo i criteri previsti dai protocolli derivanti dall'istituzione delle reti cliniche per la gestione dell'emergenza/urgenza nonché dall'esigenza di continuare a garantire il soccorso ed il trasporto tempestivo nelle aree interessate dalla ristrutturazione della rete ospedaliera.”

Nello stesso provvedimento si definisce, altresì, il ruolo della Centrale Operativa negli interventi primari e nei trasporti secondari.



“La gestione del sistema dell'emergenza-urgenza sanitaria mantiene sostanzialmente l'assetto organizzativo disegnato dai precedenti provvedimenti di istituzione e si articola:

- *su sette Centrali Operative aventi per bacino di riferimento gli ambiti provinciali;*
- *sulla rete delle Unità Operative di Pronto Soccorso di riferimento provinciale, con annesso Dipartimento di Emergenza, delle Unità Operative di Pronto Soccorso di rete, in organizzazione Dipartimentale con altri reparti di area critica;*
- *sui Punti di Primo Intervento.*

Ferma restando l'organizzazione dipartimentale, l'organizzazione strutturale della rete è articolata su tre livelli in base alla presenza e tipologia delle funzioni ed alla intensità e complessità delle prestazioni erogate. [...]

Si dà mandato al Coordinamento Regionale Emergenza ed Urgenza (CREU) di definire, in maniera più dettagliata e puntuale, le funzioni del PPI-A e del PPI-B, compreso l'elenco delle prestazioni obbligatorie ed aggiuntive.”

La Giunta Regionale, con DGR 74/2014, ha ritenuto di approvare le "Linee Guida regionali per la realizzazione dei progetti aziendali per la gestione delle attese in Pronto Soccorso".

Lo scopo del Progetto di gestione dell'attesa nel Pronto Soccorso è la realizzazione di modifiche ed innovazioni sull'aspetto gestionale delle sale d'attesa e del flusso dei pazienti per poter ottenere:

- ✓ il miglioramento del grado di soddisfazione del paziente, attraverso un'incentivazione delle azioni positive che innalzano il “benessere” durante l'attesa in Pronto Soccorso ed una neutralizzazione/eliminazione delle azioni che innescano ricadute negative
- ✓ lo sviluppo di una maggiore soddisfazione tra gli operatori addetti al *triage* nonché dell'intero personale coinvolto nell'interfaccia con il paziente, con adeguata valorizzazione degli operatori stessi
- ✓ la creazione di un ambiente più sereno e controllato in cui il paziente non pensa mai di trovarsi abbandonato a se stesso ed evita di sviluppare sentimenti di impazienza ed aggressività e gli stessi operatori del Pronto Soccorso non accusano sensazioni di ansia ed inadeguatezza che possono tradursi in comportamenti di difesa e nell'innalzamento di barriere protettive
- ✓ l'adozione di alcuni interventi correttivi sul flusso gestionale dei pazienti, al fine di contribuire alla riduzione dell'affollamento e del tempo di attesa.

Con DGR n. 1513/2014 la Giunta Regionale ha dato mandato al CREU di identificare un set di indicatori di attività e *performance* dei Pronto Soccorso. Nell'Allegato A si definiscono alcune attività operative principali e si istituisce una commissione tecnica per la predisposizione di una proposta di livelli minimi di riferimento per la determinazione dei organici che tenga conto delle macro attività che si svolgono presso i servizi di Pronto Soccorso.



La disamina delle attività di Pronto Soccorso tiene altresì conto dell'analisi descrittiva delle attività redatta dal Servizio Epidemiologico Regionale in collaborazione con il Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza.

Distribuzione delle Apicalità di Accettazione e Pronto Soccorso, Pronto Soccorso Pediatrico e Suem nelle Aziende della Regione

Nelle schede di dotazione ospedaliera si delinea l'assetto della rete di emergenza-urgenza definendo il numero di apicalità spettanti per Accettazione e Pronto Soccorso e Centrale Operativa Suem per ogni azienda e ogni presidio, in relazione al ruolo del presidio stesso nel contesto dell'offerta di salute regionale.

Numero e distribuzione delle apicalità con riferimento alle Schede di Dotazione Ospedaliera.

	Accettazioni e Pronto Soccorso	Pronto Soccorso Pediatrico	Centrale Operativa Suem
01 - Belluno			
O. AGORDO	1		
O. BELLUNO	1		
O. PIEVE DI CADORE	1		1
02 - Feltre			
O. FELTRE	1		
03 - Bassano del Grappa			
O. BASSANO	1		
04 - Alto vicentino			
O. SANTORSO	1		
05 - Ovest vicentino			
O. ARZIGNANO-MONTECCHIO	1		
06 - Vicenza			
O. NOVENTA V.	1		
O. VICENZA	1		1
07 - Pieve di Soligo			
O. CONEGLIANO (05020701-03)	1		
08 - Asolo			
O. MONTEBELLUNA	1		
09 - Treviso			
O. ODERZO	1		
O. TREVISO	1		1
10 - Veneto Orientale			
O. JESOLO	1		

O. PORTOGRUARO	1		
12 - Veneziana			

	Accettazioni e Pronto Soccorso	Pronto Soccorso Pediatrico	Centrale Operativa Suem
O. VENEZIA	1		
O. MESTRE	1		1
13 - Mirano			
O. MIRANO	1		
14 - Chioggia			
O. CHIOGGIA	1		
15 - Alta padovana			
O. CAMPOSAMPIERO	1		
O. CITTADELLA	1		
16 - Padova			
O. PIOVE DI SACCO	1		
O. S.ANTONIO	1		
17 - Este			
ESTE - MONSELICE	1		
18 - Rovigo			
O. ROVIGO	1		1
19 - Adria			
O. ADRIA	1		
20 - Verona			
O. S. BONIFACIO	1		
21 - Legnago			
O. LEGNAGO	1		
22 - Bussolengo			
O. VILLAFRANCA	1		
901.AO DI PADOVA			
A.O. PADOVA	1	1	1
912.AO UNIV.DI VERONA			
AOUI VR	1		1
Totale complessivo	31	1	7



Benchmark delle Attività di Pronto Soccorso ai fini della determinazione dei livelli minimi di riferimento del Fabbisogno Assistenziale

Breve introduzione ai dati disponibili da flussi per la valutazione delle attività di Pronto Soccorso

In seguito vengono analizzati alcuni “valori quantitativi” disponibili dai flussi attualmente gestiti per le attività di pronto soccorso che, comunque, si dimostrano scarsamente utilizzabili per la determinazione del fabbisogno di personale, ma possono essere valutati solo dopo aver determinato i valori minimi di riferimento sulla base di un criterio organizzativo, per addivenire alla comparazione delle diverse realtà organizzative oggetto di analisi.

Base dati delle Attività di Pronto Soccorso

L’istituzione del Sistema informativo per il monitoraggio dell’assistenza in Emergenza-Urgenza (EMUR) avviene in risposta all’esigenza di acquisire informazioni necessarie per il monitoraggio dell’attività dei servizi di emergenza urgenza come, ad esempio: l’analisi del volume delle prestazioni e le valutazioni sulle caratteristiche dell’utenza e sui piani di trattamento, allo scopo di supportare la verifica degli standard qualitativi e quantitativi dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

Il flusso EMUR è di fondamentale importanza per assicurare la base dati informativa per monitorare e programmare il sistema di emergenza. Da un flusso correttamente compilato possiamo reperire informazioni complete riguardo a tutto il processo di gestione dell’Accesso in Pronto Soccorso. Tuttavia, il Flusso descritto presenta, dal punto di vista della qualità dei dati, numerose criticità.

Criteri per il Dimensionamento delle Attività di Pronto Soccorso

L’organizzazione dei Pronto Soccorso della Regione risponde a criteri logistico - organizzativi che non sempre sono adeguati ed utilizzabili a fini statistici. Al fine dell’analisi dei dati, infatti, le Unità Operative di Pronto Soccorso pur afferendo alla stessa macro categoria presentano dati estremamente eterogenei.

Per poter rendere confrontabili le attività di Pronto Soccorso è necessario considerare:

- ✓ Bacino di Utenza, per comune di residenza e per ulss
- ✓ Presenza di Risorse Specialistiche: l’organizzazione delle Attività di Pronto Soccorso è influenzata in modo sostanziale dall’organizzazione del presidio ospedaliero in cui l’attività viene esercitata. In particolare, la presenza o meno di risorse specialistiche incide sui tempi di gestione dell’accesso e sui modelli organizzativi adottati
- ✓ Numero di accessi: il valore assoluto degli accessi trattati in PS è una delle variabili da considerare per dimensionare i presidi in relazione al servizio fornito



Ulteriori Analisi di dettaglio del dato da Flusso Emur

Minuti di Entrata – Uscita, Minuti Entrata – Presa in carico

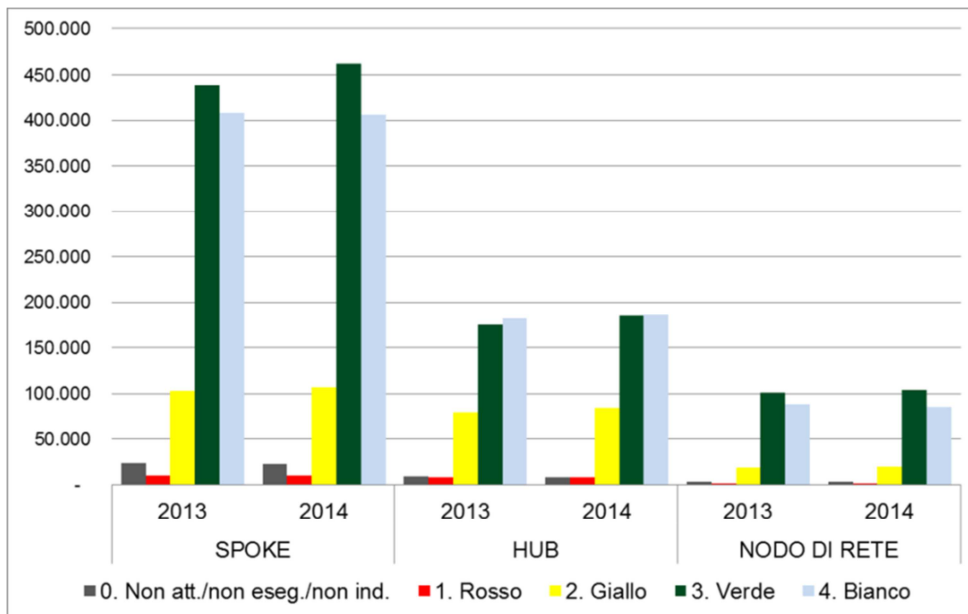
Essendo la durata dell’accesso un valore determinante per il fabbisogno di assistenza da erogarsi, il Gruppo di Lavoro Regionale ha esplorato anche la possibilità di utilizzare ulteriori dati di dettaglio contenuti nel flusso Emur, a titolo esemplificativo:

- ✓ Minuti Entrata-Uscita da Pronto soccorso;
- ✓ Minuti Entrata-Presa in Carico da parte del medico.

Rispetto a queste due misure è stata riscontrata un’eccessiva variabilità della distribuzione nei Pronto Soccorso della Regione, tali da rendere il dato non utilizzabile per la determinazione del fabbisogno minimo di assistenza.

Codici Colore

Il Servizio di Pronto Soccorso (PS) è una struttura dedicata alla cura di pazienti con patologie urgenti e non differibili, cioè pazienti che sono colpiti da patologia che li pone in immediato pericolo di vita. Pertanto l’organizzazione del lavoro deve procedere secondo “priorità.. L’analisi degli accessi classificati per codice colore permetterebbe di ponderare il peso assistenziale in relazione alla diversa complessità del caso clinico oggetto dell’accesso. Per quanto riguarda i dati di Triage, il flusso Emur presenta un buon livello di completezza ma evidenzia, altresì, una forte eterogeneità nell’utilizzo dei codici colore, in particolare con



riferimento ai codici bianchi e verdi. Tuttavia, come ha avuto modo di sottolineare il Servizio Epidemiologico Regionale nella relazione “Gli accessi al Pronto Soccorso. Anno 2013” “la distribuzione degli accessi per codice triage mostra una netta

prevalenza degli accessi con livello di gravità basso, ma il dato più significativo riguarda le differenze tra aziende ulss; la % di codici bianchi varia dall’11% al 62%, quella di codici verdi dal 10% al 68%. Tali differenze sono dovute non solo alla variabilità della casistica trattata, ma anche alle diverse modalità di esecuzione del triage e quindi di assegnazione dei codici colore. Infatti, accorpando le categorie in due



(gialli+rossi e bianchi+verdi) le differenze diminuiscono. La qualità dell'informazione risulta in alcune realtà limitata, per l'alta percentuale di accessi senza valutazione di triage.”

L'analisi della distribuzione degli accessi evidenzia, inoltre, che i codici Verdi e Bianchi rappresentano circa il 78% degli accessi in Pronto Soccorso. I codici Rossi circa l'1%. Ne consegue che per la presente rilevazione gli accessi non sono stati pesati in relazione al codice colore per tre ordini di motivi:

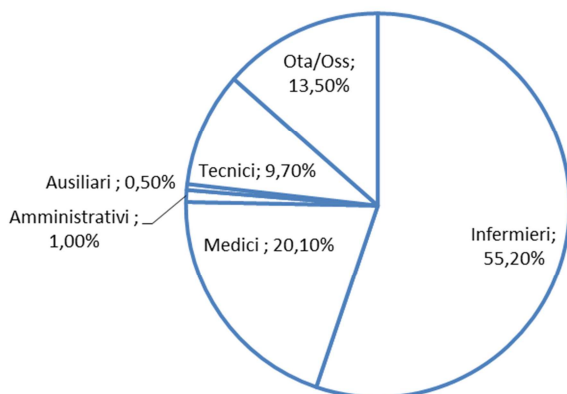
- eccessiva eterogeneità nell'assegnazione del codice triage
- applicazione di diverse direttive aziendali, relativamente all'attribuzione dei codici Bianchi o Verdi che li rendono sostanzialmente “simili” dal punto di vista del fabbisogno assistenziale
- “Esiguità” dei codici rossi rispetto al totale degli accessi trattati.

Analisi dei dati di personale

Figure Professionali Oggetto di Analisi

Le qualifiche ministeriali delle figure professionali operanti nelle Unità Operative di Pronto Soccorso sono aggregabili in Macro Categorie per profilo professionale come rappresentato in tabella.

Raggruppamento	Qualifica ministeriale
Medici	SD0035. DIRIGENTI MEDICI ALTRI INC.PRO.LI RAPP. ESCLUS.
Medici	SD0036. DIRIGENTI MEDICI ALTRI INC.PRO.LI RAPP.NON ESCLUS.
Medici	SD0E33. DIR.MEDICO INC.STRUTTURA COMPLESSA (R.E.)
Medici	SD0E34. DIR.MEDICO INC.STRUTTURA SEMPLICE (R.E.)
Medici	SD0N34. DIR.MEDICO INC STRUTTURA SEMPLICE (R.N.E.)
Infermieri	S16021. COLLAB. PROFESS. SANIT. - PERS. TECN.SAN. – D
Infermieri	T16024. COLLAB. PROFESSIONALE - ASSIS. SOCIALE – D
Infermieri	S14E52. OPERAT. PROFESS. 2.CAT. - PERS. INFERM. ESP. C (2)
Infermieri	S16020. COLLAB. PROFESS. SANIT. - PERS. INFERM. – D
Infermieri	S18023. COLLAB. PROFESS. SANIT. PERS. INFERM. ESP. DS
Ota/OSS	T12058. OPERATORE TECNICO ADDETTO ALL ASSISTENZA – B
Ota/OSS	T13660. OPERATORE SOCIO-SANITARIO – BS
Tecnici	T14007. ASSISTENTE TECNICO – C
Tecnici	T12057. OPERATORE TECNICO – B
Tecnici	T13059. OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO – BS
Tecnici	T14E59. OPERATORE TECNICO SPECIALIZZATO - ESPERTO C (2)
Ausiliari	T11008. AUSILIARIO SPECIALIZZATO – A
Amministrativi	A12017. COADIUTORE AMMINISTRATIVO – B
Amministrativi	A13018. COADIUTORE AMMINISTRATIVO ESPERTO – BS
Amministrativi	A14005. ASSISTENTE AMMINISTRATIVO – C



L'analisi della composizione del personale impiegato nelle Unità Operative di Pronto Soccorso evidenzia in prima battuta che le due figure professionali maggiormente impegnate in attività di pronto soccorso sono medici e infermieri. Ai fini della presente analisi risulta piuttosto trascurabile la rilevazione del personale amministrativo, degli ausiliari e degli operatori tecnici di

impiegati.

Una nota particolare merita, invece, l'inserimento del personale Otaa/Oss in assistenza per quanto riguarda le Unità Operative di Pronto Soccorso. L'attività degli OSS in Pronto Soccorso è prevalentemente diretta al trasporto dei pazienti per il ricovero, per le consulenze, pedonaggio o per altre attività logistiche (ripristino materiali, sterilizzazione). In isolate realtà vi sono OSS dedicati all'assistenza dei pazienti nelle aree/ambulatori o OBI. A tal proposito le modalità organizzative sono estremamente diversificate sul territorio regionale. Le scelte relative allo *skill mix* infermieri/oss in pronto soccorso sono dettate da criteri logistici, da eventuali scelte aziendali di esternalizzazione delle attività, da scelte derivanti dallo sviluppo delle competenze degli Oss. Alla luce di quanto detto si è ritenuto, per il momento, di non determinare un valore minimo di riferimento per questo profilo professionale in quanto le modalità organizzative non sono standardizzabili e confrontabili e rendono i dati eccessivamente aleatori.

**Individuazione dei criteri per la determinazione del fabbisogno di personale**

La Regione Veneto ha già effettuato una propria rilevazione sistematica del personale medico (in servizio con ogni tipologia contrattuale) e infermieristico presso le Unità Operative di Pronto Soccorso: sono stati censiti i turni del personale medico e di supporto di tutte le unità operative di Accettazione e Pronto Soccorso della Regione, per analizzare i modelli organizzativi adottati nelle diverse realtà operative. L'analisi ha permesso di individuare dei modelli organizzativi comuni tra ospedali Hub, Spoke e nodi di rete e in relazione al numero degli accessi.

Nonostante le caratteristiche locali influiscano significativamente sulle modalità di organizzazione del lavoro, a livello aziendale la turnazione deve essere organizzata di modo che possano essere garantite tutte le attività collegate alla gestione dell'accesso. Questa modalità di rilevazione, permette di "conteggiare" il monte ore complessivo, confrontabile, quindi con il complesso delle attività necessarie a garantire la corretta gestione in termini clinici, organizzativi, gestionali e amministrativi dell'accesso.

L'analisi dei dati censiti ha permesso di individuare delle "matrici turno" necessarie a garantire le attività nelle singole unità operative nel rispetto del ruolo dell'ospedale considerato.

Rilevazione dei Turni di Lavoro del Personale impiegato

L'analisi del solo personale dipendente incardinato nelle UUOO di Pronto Soccorso della Regione non risulta sufficiente a rappresentare il personale impiegato in rapporto all'attività erogata. Pertanto, il Coordinamento Regionale per l'Emergenza Urgenza (CREU), su mandato della commissione tecnica per la definizione dei valori minimi di riferimento del personale di Pronto Soccorso, ha effettuato una rilevazione del personale a qualsiasi titolo impiegato. La rilevazione comprende anche il Direttore di UO e il Coordinatore infermieristico.

L'attività è stata condotta con un'indagine ad hoc, attraverso la quale è stato possibile rilevare i turni in essere nei singoli presidi, nonché indagare alcune aree di macro attività con il fine di verificare le risorse umane dedicate a funzioni specifiche. Sono quindi stati censiti i turni settimanali del personale suddivisi per profilo professionale e attività svolta, sulla base del modello "tipo" di tabella per la raccolta dati sotto riportata.



	ATTIVITA' SVOLTA						LUNEDI		MARTEDI		MERCOLEDI		GIOVEDI		VENERDI		SABATO		DOMENICA	
	PS	OBI	TRI	LOG	TRASP	SUEM	DALLE	ALLE	DALLE	ALLE	DALLE	ALLE	DALLE	ALLE	DALLE	ALLE	DALLE	ALLE	DALLE	ALLE
DIRETTORE U.O.	SI						8	19	8	19	8	19	8	19	8	19	8	13		
MEDICO	X						0	24	0	24	0	24	0	24	0	24	0	24	0	24
MEDICO	X						0	24	0	24	0	24	0	24	0	24	0	24	0	24
MEDICO	X						8	22	8	22	8	22	8	22	8	22	8	22	8	22
MEDICO	OBI						8	20	8	20	8	20	8	20	8	20	8	20	8	20
MEDICO																				
ORTOPEDICO	in PS di giorno con infermieri propri																			
totale figura																				
COORDINATORE	SI						8	16	8	16	8	16	8	16	8	16				
INFERMIERE	*																			
INFERMIERE	T		T				0	24	0	24	0	24	0	24	0	24	0	24	0	24
INFERMIERE	OBI	OBI					0	24	0	24	0	24	0	24	0	24	0	24	0	24
INFERMIERE	X						0	24	0	24	0	24	0	24	0	24	0	24	0	24
INFERMIERE	X						0	24	0	24	0	24	0	24	0	24	0	24	0	24
INFERMIERE	X						0	24	0	24	0	24	0	24	0	24	0	24	0	24
INFERMIERE	X						0	24	0	24	0	24	0	24	0	24	0	24	0	24
INFERMIERE	X						0	24	0	24	0	24	0	24	0	24	0	24	0	24
INFERMIERE	OBI	OBI					7	21	7	21	7	21	7	21	7	21	7	21	7	21
INFERMIERE	T		T				7	21	7	21	7	21	7	21	7	21	7	21	7	21
INFERMIERE	TA		TA				7	20	7	20	7	20	7	20	7	20	7	20	7	20
INFERMIERE																				

La rilevazione dell'orario teorico o debito orario complessivo fornito dal professionista nell'ambito del suo rapporto di lavoro permette di censire qualsiasi attività svolta. A livello aziendale infatti, la turnazione deve essere organizzata di modo che possano essere garantite tutte le attività collegate alla gestione dell'accesso: innanzitutto l'assistenza diretta al paziente ma anche la compilazione di flussi e documenti necessari al corretto funzionamento dell'attività amministrativa. A seconda delle modalità organizzative e delle aziende in esame, i professionisti possono essere più o meno coinvolti in attività collaterali e indirettamente legate all'assistenza al paziente, ma questa modalità di rilevazione, individuando il complesso delle ore erogate nella struttura per tipologia di personale permette di "valutare" il monte ore complessivo, confrontabile, quindi con il complesso delle attività necessarie a garantire la corretta gestione in termini clinici, organizzativi, gestionali e amministrativi dell'accesso.

Per la definizione ed attuazione della procedura per l'individuazione delle dotazioni organiche risulta necessario conoscere l'articolazione dell'orario di funzionamento nell'arco della giornata e della settimana, di ciascuna attività, il numero di posti letto tecnici di Obi attivati, il numero di accessi e il numero di uscite per emergenza. E', inoltre, necessario tener conto delle particolari dimensioni, condizioni viarie e orografiche del territorio di competenza.

Tutti questi fattori influenzano in modo significativo l'organizzazione del turno nei pronto soccorso e le risorse necessarie per garantire il servizio di pronto soccorso.

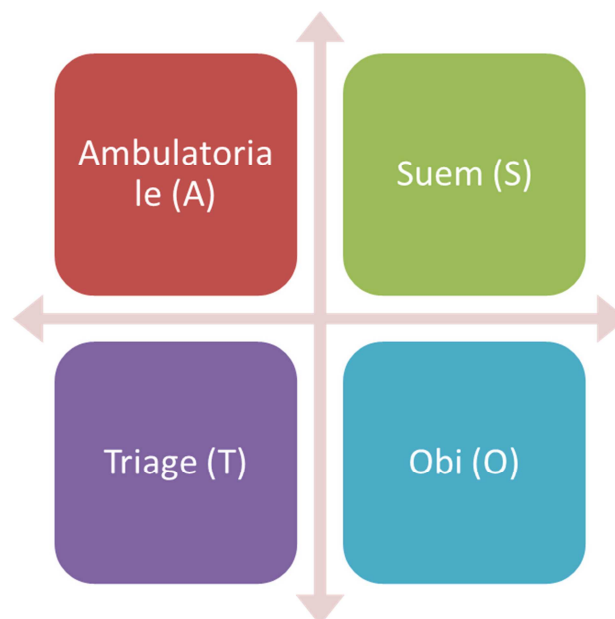
**“Macro”Attività Svolte nelle Unità Operative di Pronto Soccorso**

Per la definizione a livello regionale di modelli organizzativi standard, su cui basare la determinazione delle dotazioni organiche, risulta, quindi necessario conoscere le tipologie generali di attività espletate presso tali servizi.

Tali tipologie sono riassumibili come segue:

- ✓ Attività ambulatoriale
 - nei riguardi di pazienti arrivati in Pronto Soccorso: accettazione, valutazione diagnostica, eventuale stabilizzazione delle condizioni cliniche, eventuale ricovero in alternativa dimissione con prescrizioni diagnostiche e terapeutiche
 - programmata, di medicazione e/o controllo di ferite e suture gestite in PS e/o completamento in modo differito di valutazione diagnostica di patologie trattate ambulatorialmente e già stabilizzate, nonché di prolungamento o chiusura di certificazioni per infortuni sul lavoro
- ✓ Attività di Osservazione Breve e Intensiva: presso i posti letto tecnici in Obi, adiacenti alle sale di PS nei riguardi di pazienti arrivati in PS e non ancora stabilizzati, con valutazione diagnostica complessa e non conclusa
- ✓ Attività di soccorso sul territorio, quando tale servizio non venga assicurato da un SUEM con organico autonomo
- ✓ Attività di triage

Nella determinazione dell'“assorbimento” di personale, le attività svolte nelle Unità operative di Pronto Soccorso sono suddivisibili in 4 Macro Aree.



**Attività Ambulatoriale**

Attività ambulatoriale di urgenza del P. S. deve presentare le seguenti caratteristiche:

- Continuità H24
- articolata in relazione all'ipotesi di livello di urgenza presunta dal triage;

Il numero di ambulatori con medici dedicati alle urgenze con priorità diversa da quelle in codice rosso operante nell'arco delle 24 ore dipende essenzialmente da quattro condizioni:

- dato storico di numero annuo di accessi complessivi in P. S.;
- organizzazione dei servizi sul territorio;
- numero medio/die di per emergenze in codice rosso nel territorio di competenza
- tempo medio/die di impegno del medico di P. S. per emergenze in codice rosso nel territorio di competenza.

Triage

A livello ospedaliero, la funzione di triage è attivata nelle unità operative di pronto soccorso-accettazione con oltre 25.000 accessi per anno e nei presidi che, pur essendo al di sotto dei 25.000 accessi, si trovano ad operare in condizioni di flussi periodicamente elevati ed irregolari (turismo stagionale, fiere, manifestazioni, ecc.).

Il triage è svolto da personale infermieristico esperto e specificatamente formato. L'infermiere, presente nella zona di accoglimento del pronto soccorso, opera sotto la supervisione del medico in servizio e secondo protocolli predefiniti e approvati dal responsabile del pronto soccorso o del dipartimento di emergenza-urgenza.

In occasione della rilevazione è stata richiesta ai responsabili di unità operativa la metodologia di triage in uso: A (di accesso), B (bifasico= A+interno), G (globale). Nelle 45 UO intervistate i differenti modelli sono così distribuiti:

	tot	%
A (accesso o bancone)	33	70
B (accesso + interno)	2	4
G (globale)	8	17
N (non definito)	2	4

Tutte le UO, hanno uniformemente dichiarato che la procedura di triage viene eseguita sulle 24H. In 1 PS_PPI su 16 l'infermiere è dedicato di notte. I Pronto Soccorso di Ospedali Spoke senza infermiere dedicato al triage di notte sono 10/25. Tra Pronto Soccorso degli Ospedali Hub, in un solo caso il triage notturno è svolto da infermiere che svolge anche altra funzione. 2 UO (Padova AO e Treviso) eseguono Triage avanzato (o interno) dei codici giallo/rosso (modello bifasico con modalità simili).

I *fast track* (percorsi veloci) sono diffusi in quasi tutte le U.O. ma non con protocolli comuni. Conseguentemente le tipologie sono molto varie e i dati non sono utilizzabili ai fini della presente rilevazione.



Obi

La funzione dell'osservazione breve intensiva (OBI) è quella di effettuare, in tempi estremamente contenuti, ma con impegno assistenziale elevato ed inquadrabile come alta intensità di cure, un insieme di prestazioni clinico assistenziali, diagnostiche e terapeutiche, mirate ad una corretta definizione sia di esclusione che di inclusione di patologie che possano mettere a rischio la salute del paziente. Per il medico di Pronto Soccorso la finalità è avere più tempo per un corretto inquadramento clinico tramite l'utilizzo di percorsi diagnostico-terapeutici e tramite le variazioni che temporalmente possono modificare la valutazione iniziale. I dati degli Accessi trasformati in OBI dei Pronto Soccorso della Regione sono stati analizzati al fine di determinare un tempo assistenziale medico e infermiere dedicato a questa attività che dovrà essere scorporato dalla turnistica complessiva rilevata qualora si vogliano confrontate le diverse Unità Operative. Questa attività deve essere effettuata giornalmente da un medico dedicato prioritariamente a questa attività con impegno continuativo.

Il tempo assistenziale dedicato all'attività di OBI risulta dipendente da numerosi fattori, in seguito elencati a titolo esemplificativo ma non esaustivo:

- Tipologia di Pronto Soccorso Considerato
- % di Accessi transitati in OBI
- Posti Letto in OBI
- Tasso di Occupazione dei Posti Letto in OBI
- Overuse

La determinazione del tempo assistenziale OBI dedicato, risente in modo sostanziale delle modalità organizzative che caratterizzano la struttura oggetto di esame.

Di norma, nei presidi con più di 5 PL OBI dedicati, tale attività medica dovrebbe essere esercitata da personale dedicato almeno nelle ore diurne. Nelle rimanenti ore la sorveglianza clinica dei pazienti presenti in questi letti, di norma deve essere effettuata dal medico in servizio presso il PS.”

Suem

Il Sistema di Emergenza Urgenza Regionale prevede che taluni Presidi Ospedalieri siano sede della Centrale Operativa SUEM 118. In questi presidi è possibile individuare in modo indubbio il personale che si dedica ad attività di gestione dei trasporti e della prima emergenza in quanto nella maggior parte dei casi sono seguiti da personale direttamente dedicato.

La DGR 2122/2013 definisce la tipologia di intervento:

“Per quanto concerne l'intervento primario, la Centrale Operativa ha il compito di provvedere alla pianificazione delle risorse su tutto il territorio di competenza, identificando lo standard di risorse e fornendo criteri generali ed indirizzi specifici per l'ospedalizzazione dei pazienti, nel rispetto delle coperture territoriali garantite dal modello hub and spoke. L'obiettivo primario non è pertanto solo quello di inviare il mezzo più vicino ma quello di coordinare una rete omogenea di strutture operanti nell'ambito dell'emergenza/urgenza.”



“Nell'ambito del trasporto secondario, le Centrali Operative hanno l'importante ruolo di coordinare il trasferimento dei pazienti critici secondo la disponibilità di posti letto nelle terapie intensive, intendendo il posto letto non in termini esclusivamente fisici, ma considerando tutto l'insieme di strutture e procedure richieste dalle necessità diagnostiche e terapeutiche del paziente: il trasferimento di un paziente in un centro deve quindi essere sempre oggetto di una comparazione mirata tra le sue condizioni cliniche generali e la disponibilità complessiva delle strutture del centro specialistico.” [...]

“La Centrale Operativa SUEM 118 non si occupa esclusivamente del trasporto in senso stretto, ma al contrario assume in carico il paziente, valutando le indicazioni cliniche, collaborando alla scelta della destinazione idonea e stabilendo il tipo di mezzo ed il livello di assistenza necessario.”

I presidi ospedalieri che non hanno un'attività di SUEM dedicata e organizzata, gestiscono le attività di primo intervento e dei trasporti secondari con personale solitamente incardinato nell'unità operativa di Accettazione e Pronto Soccorso. In questo caso la determinazione del personale dedicato che non può dedicarsi ad attività “ambulatoriali di Pronto Soccorso o di Triage risulta assolutamente più complesso.

Considerato che l'attività medica di soccorso sul territorio va comunque garantita, negli ospedali in cui il Servizio SUEM è effettuato con medici del P. S è necessario, si prevede la presenza di un medico dedicato sulle 24 ore. Il medico, quando non è impegnato in tale attività, sarà di supporto all'attività ambulatoriale, in base alle esigenze.

Determinazione dei valori minimi di riferimento di personale

Nel presente documento, ai fini della determinazione del valore minimo di riferimento per profilo e per presidio, si è ritenuto di articolare i dati rispetto a una “matrice turno tipo” che permetta di garantire tutte le attività di pronto soccorso secondo criteri di efficienza, corretta allocazione delle risorse, sicurezza dei servizi erogati. Tuttavia, i valori riportati in tabella sono indicativi e devono essere adeguati in relazione alle esigenze e alle tipicità del presidio considerato. Il rispetto dei valori minimi di riferimento sarà valutato rispetto al personale complessivo a disposizione dell'unità operativa e non rispetto alle singole attività elencate in tabella. L'articolazione e la durata dei turni, nonché il numero di persone presenti devono essere valutati a livello aziendale, in ragione delle esigenze contingenti, dell'analisi storica degli accessi, di tutte le necessità derivanti da caratteristiche tecnico-organizzativo-logistiche della struttura considerata, di modo da poter stimare correttamente i fabbisogni in relazione alla domanda.

**Piani di Lavoro per presidio di Riferimento: Turno Minimo di riferimento delle Unità Operative di Pronto Soccorso¹**

		Personale dedicato prioritariamente all'attività indicata in colonna ²				
		Classe di Accessi ³	' > 80.000	50.000 – 80.000	30.000 – 50.000	20.000 – 30.000
Mattina	Ambulatoriale	4		3	2	1(*)
	Obi	1(*)		1	1	1
	Attività medica di soccorso nel territorio ⁴			1	1	1
Pomeriggio	Ambulatoriale	3		2(*)	1(*)	1
	Obi	1(*)		1	1	1
	Attività medica di soccorso nel territorio			1	1	1
Notte ⁵	Ambulatoriale	3		2	1	1
	Attività medica di soccorso nel territorio			1	1	1

¹ In ogni caso, la dotazione minima di medici non può mai essere inferiore a 6 FTE

² Il personale deve intendersi prioritariamente dedicato alle attività elencate. I valori riportati sono indicativi e da adeguare alle singole unità operative in ragione delle esigenze organizzative e contingenti. Di norma, il personale medico, quando non impegnato nelle attività specificatamente indicate, sarà di supporto alle altre attività sulla base delle esigenze.

³ Il dato del numero di accessi è da riferirsi all'anno solare precedente la rilevazione

⁴ Nei casi di presidi che registrano più di 70.000 accessi nel 2014, l'attività medica di soccorso sul territorio è esercitata da personale dedicato, in quanto afferente all'unità operativa SUEM e oggetto di diverse modalità organizzative.

⁵ Durante l'orario notturno i medici impegnati nelle attività ambulatoriali e di soccorso sul territorio esercitano anche le attività di sorveglianza nei riguardi dei pazienti in Obi (*) Il numero di medici presenti nelle ore pomeridiane può essere aumentato di una unità in relazione a:

- ruolo del presidio considerato nella rete ospedaliera
- presenza di attività medica di soccorso sul territorio maggiore rispetto alla media regionale degli ospedali simili
- bacino di utenza ufficialmente particolare

**Piani di Lavoro per presidio di Riferimento: Turno Minimo di riferimento Personale infermieristico delle Unità Operative di Pronto Soccorso**⁶

	Classe di Accessi ⁸	Personale dedicato prioritariamente all'attività indicata in colonna ⁷			
		> 80.000	50.000 – 80.000	30.000 – 50.000	20.000 – 30.000
Mattina	Ambulatoriale	7	3	3	2
	Obi	2	1	1	1
	Attività medica di soccorso nel territorio ⁹		1	1	1
	Triage	2	2	1	1
Pomeriggio	Ambulatoriale	7	3	3	1
	Obi	2	1	1	1
	Attività medica di soccorso nel territorio		1	1	1
	Triage	2	2	1	1
Notte ¹⁰	Ambulatoriale	4	2	1	1
	Obi	2	1	1	1
	Attività medica di soccorso nel territorio		1	1	1
	Triage	1	1	1	1

⁶ In ogni caso, la dotazione minima di infermieri non può mai essere inferiore a 12 FTE

⁷ Il personale deve intendersi prioritariamente dedicato alle attività elencate. I valori riportati sono indicativi e da adeguare alle singole unità operative in ragione delle esigenze organizzative e contingenti.

⁸ Il dato del numero di accessi è da riferirsi all'anno solare precedente la rilevazione

⁹ Nei casi di presidi che registrano più di 70.000 accessi nel 2014, l'attività medica di soccorso sul territorio è esercitata da personale dedicato.

¹⁰ Durante l'orario notturno i medici impegnati nelle attività ambulatoriali e di soccorso sul territorio esercitano anche le attività di sorveglianza nei riguardi dei pazienti in Obi



Monitoraggio

Considerato che la rilevazione in oggetto necessita di osservazione periodica, così da permettere la verifica del posizionamento delle strutture ospedaliere della regione rispetto ai valori minimi nonché l'eventuale aggiornamento degli stessi e tenuto conto dell'importanza di aggiornare continuamente i dati oggetto di analisi, la Regione Veneto si impegna a implementare un sistema centralizzato per il monitoraggio degli stessi.