REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

X Legislatura

PUNTO 28 DELL'ODG DELLA SEDUTA DEL 30/12/2016

ESTRATTO DEL VERBALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE n. 128 / CR del 30/12/2016

OGGETTO:

Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale dirigente medico - documento metodologico generale e definizione dei Valori minimi di riferimento per il personale dei Pronto Soccorso. Richiesta di parere alla Commissione Consiliare. Art. 8 comma 1 della L.R. 29 giugno 2012, n. 23.

COMPONENTI DELLA GIUNTA REGIONALE

Presidente	Luca Zaia	Presente
Vicepresidente	Gianluca Forcolin	Assente
Assessori	Luca Coletto	Presente
	Giuseppe Pan	Presente
	Roberto Marcato	Presente
	Gianpaolo E. Bottacin	Presente
	Manuela Lanzarin	Presente
	Elena Donazzan	Presente
	Federico Caner	Presente
	Elisa De Berti	Assente
	Cristiano Corazzari	Presente
Segretario verbalizzante	Mario Caramel	

RELATORE ED EVENTUALI CONCERTI

LUCA COLETTO

STRUTTURA PROPONENTE

AREA SANITA' E SOCIALE

APPROVAZIONE:

Sottoposto a votazione, il provvedimento è approvato con voti unanimi e palesi.

OGGETTO: Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale dirigente medico – documento metodologico generale e definizione dei Valori minimi di riferimento per il personale dei Pronto Soccorso. Richiesta di parere alla Commissione Consiliare. Art. 8 comma 1 della L.R. 29 giugno 2012, n. 23.

L'Assessore, Luca Coletto, riferisce quanto segue.

Il nuovo PSSR, approvato con la L.R. 29 giugno 2012, n. 23 ha individuato, tra le attività strategiche della programmazione regionale, l'assunzione di iniziative per favorire un impiego appropriato delle risorse professionali, ridefinendo modelli operativi, standard e parametri con cui misurare l'organizzazione del lavoro ed il conseguente fabbisogno di personale.

In particolare il PSSR sancisce la necessità di definire "*le dotazioni standard del personale sanitario, professionale e amministrativo dei servizi sanitari e socio-sanitari necessari a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza (LEA) con riferimento ai bacini territoriali coincidenti con le aziende ULSS*".

Con deliberazione n. 610 del 29 aprile 2014, avente ad oggetto "*Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera. Articolo 8, comma 1, della L.R. 29 giugno 2012, n. 23. Deliberazione n. 179/ CR del 30 dicembre 2013*" la Giunta Regionale ha adottato i valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del comparto, con riferimento alle aree di degenza ospedaliera.

Con deliberazione n. 1513 del 12 agosto 2014 la Giunta Regionale ha dato mandato al Coordinamento Regionale Emergenza Urgenza (CREU) di identificare un set di indicatori di attività e performance dei Pronto Soccorso. Nell'Allegato A sono state definite alcune attività operative principali ed è stata istituita una commissione tecnica per la predisposizione di una proposta di livelli minimi di riferimento per la determinazione degli organici che tenga conto delle macro attività che si svolgono presso i servizi di Pronto Soccorso, dei volumi di attività nonché degli obiettivi specifici previsti dalla programmazione regionale.

Con deliberazione n.122/CR del 30 dicembre 2015 la Giunta Regionale ha approvato il documento "Definizione di Valori Minimi di Riferimento per il Personale di Emergenza-Urgenza" elaborato dalla commissione tecnica citata.

La Quinta Commissione consiliare, nella seduta del 23 febbraio 2016, ha espresso parere favorevole a maggioranza subordinatamente ad alcune modifiche.

In data 21 marzo 2016 il documento è stato quindi illustrato alle organizzazioni sindacali regionali della dirigenza medica e veterinaria, le quali hanno chiesto di poter rivedere la metodologia utilizzata dando nel contempo la propria disponibilità a partecipare con propri rappresentanti ad un gruppo di lavoro tecnico.

In data 12 dicembre 2016 il gruppo di lavoro, al termine di una serie di incontri svoltisi negli ultimi mesi, ha illustrato al tavolo sindacale regionale i documenti denominati "Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale dirigente medico – documento metodologico generale" e "Definizione di Valori Minimi di Riferimento per il Personale dei Pronto Soccorso". Al termine dell'incontro le parti hanno sottoscritto un verbale di condivisione dei rispettivi contenuti.

In particolare la metodologia condivisa si basa sulla definizione di "standard" organizzativi per categorie di ospedali e sulla determinazione di piani di lavoro delle diverse unità operative, uniformando le macro attività svolte e definendo quindi le dotazioni minime necessarie a garantire tali macro attività, orientando nel contempo le strutture verso più omogenei modelli organizzativi. Tale approccio appare peraltro assolutamente coerente rispetto all'impostazione del D.M. 70/2015.

In base al primo documento, di carattere metodologico generale, la dotazione organica va correlata non solo al numero e alla tipologia di posti letto per singola specialità, al numero di posti letto complessivi della struttura ospedaliera, ma anche all'attività svolta per soddisfare le esigenze assistenziali e garantire l'offerta sanitaria, alla complessità di patologie trattate, alla *mission* delle singole strutture e alla funzione attribuita dalla programmazione. Viene inoltre affermato che per la determinazione del fabbisogno di personale medico è, altresì, necessario tener conto di tutte le attività che i medici ospedalieri svolgono nelle singole unità operative: continuità clinica per i ricoverati, attività cliniche ordinarie, attività chirurgiche strumentali in urgenza ed elezione, consulenza specialistica per i pazienti ricoverati in altri reparti, degenza ordinaria e diurna, attività ambulatoriale, consulenze da pronto soccorso, attività di formazione continua. Sono infine stabiliti alcuni criteri per l'organizzazione delle guardie mediche per unità operativa e per area omogenea (cosiddette guardie "interdivisionali")

Il documento "Definizione di Valori Minimi di Riferimento per il Personale dei Pronto Soccorso" rappresenta una prima concreta applicazione di tale metodologia ad un ambito organizzativo definito.

In questo ambito, sulla base della nuova metodologia proposta, i valori minimi non sono più espressi in Tempo Medico Accesso e Tempo Infermiere Accesso, bensì in presenza in turno minima di riferimento per personale medico e infermieristico delle Unità Operative di Pronto Soccorso, suddivise per categorie di accessi.

In data 20 dicembre 2016 il secondo documento è stato inoltre illustrato alle organizzazioni sindacali regionali del comparto. Dei contenuti dello stesso è stata anche data informazione al coordinamento dei collegi provinciali IPASVI del Veneto.

Si reputa che le proposte tecniche, oltre che aver ottenuto un ampio livello di condivisione, tengano in adeguata considerazione le peculiarità del sistema veneto, fondando i propri presupposti sulla concreta realtà organizzativa delle Aziende Sanitarie venete, siano compatibili rispetto ai vincoli e limiti di costo del personale assegnati dallo Stato alla Regione Veneto e possano rappresentare per le singole aziende e per la Regione stessa uno strumento di pianificazione, gestione e controllo dei modelli organizzativi delle strutture gestite.

Si ritiene, inoltre, che i valori minimi individuati possano diventare riferimento per valutare l'adeguatezza di personale nell'ambito delle procedure previste dalla L.R. 16 agosto 2002, n. 22, "Autorizzazione e Accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali".

Si propone, pertanto, l'approvazione dei documenti denominati "*Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale dirigente medico – documento metodologico generale*" (**Allegato A**), e "*Definizione di Valori Minimi di Riferimento per il Personale dei Pronto Soccorso*" (**Allegato B**), incaricando la Segreteria della Giunta della trasmissione della presente deliberazione al Consiglio Regionale per l'acquisizione del parere della competente Commissione consiliare previsto dall'articolo 8 della L.R. 29 giugno 2012, n. 23.

Tale approvazione appare tanto più opportuna in quanto il Ministero della Salute e il Ministero dell'Economia e delle Finanze, attraverso gli organismi denominati "Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti", "Comitato LEA" e "Tavolo per la verifica del DM 70/2015", stanno per dotarsi di una metodologia per l'individuazione di dotazioni standard di personale medico, infermieristico e di supporto nell'ambito delle strutture ospedaliere sulla quale la Regione del Veneto, tramite i propri rappresentanti negli organismi in parola, ha espresso perplessità circa la sua effettiva capacità di rappresentare il fabbisogno di personale in ambito ospedaliero e chiedendo una sua rivalutazione.

Si ricorda che il presente provvedimento ha natura di atto interno all'amministrazione regionale, non produttivo di effetti giuridici all'esterno della stessa.

Si dà atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale.

Il relatore conclude la propria relazione e propone all'approvazione della Giunta regionale il seguente provvedimento.

LA GIUNTA REGIONALE

- UDITO il relatore, il quale dà atto che la struttura competente ha attestato l'avvenuta regolare istruttoria della pratica, anche in ordine alla compatibilità con la vigente legislazione statale e regionale, e che successivamente alla definizione di detta istruttoria non sono pervenute osservazioni in grado di pregiudicare l'approvazione del presente atto;

- VISTA la L.R. 29 giugno 2012, n. 23;
- VISTO il DPR 14 gennaio 1997, avente ad oggetto "Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle province autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private";
- VISTO il Decreto del Ministero della Sanità del 13 Settembre 1988 "Determinazione degli standards del personale ospedaliero";
- VISTO l'art.1, comma 169 della Legge 30 Dicembre 2004, n.311;
- VISTO l'art.15, comma 13, lettera c) del Decreto Legge 6 Luglio 2012, n.95 convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 Agosto 2012, n.135;
- VISTA la DGRV n. 610/2014;
- VISTA la DGRV n. 1513/2015;
- VISTO l'articolo 8 comma 1 della L.R. 29 giugno 2012, n. 23.;
- VISTO il DM n.70/2015;
- VISTO l'art. 2, comma2, lett.o) della L.R. 54 del 31 dicembre 2012;

DELIBERA

1. di ritenere le premesse parte integrante ed essenziale del presente atto;

2. di approvare il documento "Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale dirigente medico – documento metodologico generale" (**Allegato A**), e il documento "Definizione di Valori Minimi di Riferimento per il Personale dei Pronto Soccorso"(**Allegato B**), che costituiscono parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

3. di prevedere che i valori minimi fissati possano diventare riferimento per valutare l'adeguatezza di personale nell'ambito delle procedure previste dalla L.R. 16 agosto 2002, n. 22, "Autorizzazione e Accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali";

4. di stabilire che le Aziende del SSR e i privati accreditati debbano adeguarsi entro il 31 dicembre 2019.

5. di istituire un osservatorio regionale con finalità di monitoraggio e osservazione periodica dei suddetti indicatori;

6. di stabilire che la rilevazione degli indicatori oggetto della presente rilevazione sia periodicamente ripetuta, così da permettere la verifica del posizionamento delle strutture ospedaliere della regione rispetto ai valori minimi nonché l'eventuale aggiornamento degli stessi;
7. di precisare che il posizionamento rispetto ai valori minimi indicati costituirà orientamento per le scelte autorizzatorie regionali, in ragione delle esigenze delle singole Aziende Sanitarie e del rispetto dei vincoli di costo e di funzionamento previsti nella pianificazione regionale;

8. di dare atto che la presente deliberazione non comporta spesa a carico del bilancio regionale;

9. di incaricare la Segreteria della Giunta della trasmissione della presente deliberazione al Consiglio Regionale per l'acquisizione del parere della competente Commissione consiliare previsto dall'articolo 8 della L.R. 29 giugno 2012, n. 23.

IL VERBALIZZANTE
Segretario della Giunta Regionale
F.to Avv. Mario Caramel

Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale dirigente medico – Documento metodologico generale-

PREMESSA

Per quanto riguarda la determinazione delle dotazioni di personale sanitario, l'atto di indirizzo e coordinamento che fissa i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, approvato con DPR 14 gennaio 1997, fornisce indicazioni generiche (limitandosi ad affermare che "la dotazione di personale deve essere rapportata al volume ed alla tipologia delle prestazioni erogate").

Il Decreto del Ministero della Sanità del 13 Settembre 1988, che aveva per oggetto la determinazione degli standard di personale dei presidi ospedalieri, risulta superato oltre che dalla dimensione organizzativa anche dall'evoluzione normativa soprattutto perché è prerogativa esclusiva delle Regioni disciplinare con proprie leggi l'articolazione territoriale e l'organizzazione interna dei servizi sanitari.

Il Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" non prevede specifici standard per quanto riguarda il personale di assistenza.

Il recepimento di queste normative da parte della regione dovrebbe disciplinare la definizione puntuale dei requisiti - in particolare organizzativi e di personale - per l'accreditamento istituzionale.

La Regione del Veneto con propria Legge 16 agosto 2002, n. 22, "Autorizzazione e Accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali" ha disciplinato la materia dell'accreditamento, approvando il manuale delle procedure e prevedendone l' attuazione con D.G.R. n. 2501 del 6/8/2004, successivamente integrata con ulteriori atti tesi a definire specifici requisiti in relazione a particolari tipologie di strutture.

I provvedimenti sopra richiamati si inseriscono nel processo di attuazione dell'art. 8, del D.Lgs. 30 Dicembre 1992, n.502 e s.m.i. e del DPR 14 gennaio 1997 sopra citato, che prevedono la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi.

La Regione ha nel tempo emanato atti di indirizzo diretti a definire specifici requisiti in relazione a particolari tipologie di strutture tra i quali:

- DGR n. 84/2007 (area strutture sociosanitarie e sociali);
- DGR n. 1616/2008 (salute mentale);
- DGR n.1533/2011 (età evolutiva);
- DGR n. 2337/2011 (sanità penitenziaria).

Il nuovo PSSR, approvato con L.R. n.23/2012, ha peraltro, individuato quali scelte strategiche della programmazione regionale le linee di indirizzo di seguito riportate:

- ✓ confermare e consolidare l'integrazione socio-sanitaria, che costituisce l'elemento distintivo del SSSR veneto e che si fonda sul ruolo svolto dai comuni e dal distretto socio-sanitario;
- ✓ potenziare l'assistenza territoriale, consolidando il ruolo del distretto socio-sanitario, ridisegnando la rete territoriale sulla scorta di una filiera dell'assistenza in grado di garantire un sistema di cure graduali;

- ✓ completare il processo di razionalizzazione della rete ospedaliera, delineando reti cliniche funzionali ed estendendo modelli ospedalieri in cui la degenza sia definita in base alla similarità dei bisogni (complessità assistenziale e intensità di cura richiesta);
- ✓ assumere iniziative per favorire un impiego appropriato delle risorse professionali, ridefinendo modelli operativi, standard e parametri con cui misurare l'organizzazione del lavoro ed il conseguente fabbisogno di personale.

Anche a livello nazionale si manifesta la necessità di determinare il fabbisogno di personale in relazione alle esigenze di programmazione regionale. In questo senso, il combinato disposto del D.M. 70/2015 e dell'art. 1 comma 541 della legge di stabilità 2016, attribuisce alle Regioni il compito di determinare il fabbisogno di personale commisurato alle misure programmatorie in materia sanitaria.

Il processo di determinazione del fabbisogno di personale deve comunque essere inteso come un processo virtuoso, in continua evoluzione, adattabile alle esigenze di salute dei cittadini, così come la programmazione socio sanitaria regionale deve essere uno strumento duttile rispetto alle nuove esigenze.

La Regione del Veneto, con DGR 610/2014 ha definito valori minimi di riferimento per il personale infermieristico e di supporto operativo nelle aree di degenza. Nell'ottica di completare il percorso di individuazione di valori minimi, per permettere un confronto e un benchmark tra le strutture del servizio sanitario regionale, sono stati attivati tavoli per la definizione del fabbisogno minimo di operatori delle diverse categorie professionali nelle aree di Pronto Soccorso e Radiologia.

In questo contesto di riferimento si manifesta, la necessità di individuare valori minimi di riferimento per il personale dirigente medico dei presidi della Regione.

Si ritiene di dover esplicitare ulteriori elementi tesi alla "misurazione" dei livelli assistenziali con riferimento alle specifiche figure professionali del personale dirigente medico, operante presso le strutture ospedaliere della Regione del Veneto, legandolo al ruolo e alla mission delle singole strutture ospedaliere e quindi alla programmazione regionale.

CARATTERISTICHE DELL'ORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA DEL VENETO

La rete ospedaliera del Veneto, all'interno della quale operano sia strutture pubbliche che private accreditate, così come configurata dal P.S.S.R. Veneto vigente e dalla DGR 2122/2013, è articolata secondo il modello hub e spoke.

Il primo livello è costituito dagli "ospedali hub" e corrisponde a quelli presenti nei sette capoluoghi di provincia; esercita una azione centripeta sui flussi dei ricoveri.

Il secondo è costituito dagli: "ospedali spoke" e fanno parte di questo 34 presidi ospedalieri distribuiti nel territorio regionale ed non necessariamente presso i capoluoghi di provincia; esercita invece una azione centrifuga sui flussi di ricoveri verso gli ospedali hub.

Gli spoke sono poi suddivisi nei seguenti 2 sottolivelli, in base alla dimensione del bacino di utenza, alla dotazione di reparti e servizi specialistici ed alla dotazione di posti letto:

- "Presidi ospedalieri di rete" con bacino di utenza mediamente sub provinciale, in buona parte con dotazione di reparti e servizi specialistici a bassa e media complessità; ne fanno parte 17 presidi pubblici, di cui 7 su due sedi ospedaliere (pertanto 24 ospedali) e 3 privati (complessivamente 27).
- "Ospedali nodo di rete" con bacini di utenza zonali, con dotazione di reparti e servizi specialistici di base, a bassa complessità; ne fanno parte 17 ospedali.

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE DIRIGENTE MEDICO

Tenendo conto dell'assetto organizzativo scaturente dal nuovo piano di rimodulazione della rete ospedaliera, delle previsioni della riforma del SSR e dei conseguenti provvedimenti attuativi, dei vincoli derivanti dagli obiettivi di finanza pubblica e degli effetti delle misure di contenimento e riduzione della spesa, la Regione del Veneto ritiene prioritario definire dei valori minimi di riferimento per il personale dirigente medico operativo nelle strutture regionali.

Le linee di indirizzo regionale per la definizione dei valori minimi di riferimento per il personale Dirigente Medico, hanno lo scopo di individuare principi e criteri univoci omogenei che, pur nell'ambito delle specifiche peculiarità delle singole aziende, garantiscano una base comune e un riferimento applicativo per ogni funzione e ruolo.

In tal senso nel presente documento sono stati individuati parametri organizzativi minimi, da considerarsi valori tendenziali, da adeguarsi in relazione alle specifiche tipicità aziendali tenendo conto delle peculiarità delle strutture e alla funzione loro attribuita dalla programmazione regionale.

Lo scenario organizzativo/assistenziale è in continua evoluzione e ne consegue che la definizione delle dotazioni di personale medico necessarie a garantire adeguati e appropriati livelli assistenziali secondo standard qualitativi definiti, rappresenta uno degli elementi strategici nel dominio della programmazione sociosanitaria regionale.

La definizione dei valori minimi di riferimento potrà quindi consentire sia a livello delle singole aziende, che a livello programmatorio, la valutazione della corretta allocazione/distribuzione delle risorse umane rispetto ai citati valori, definendo "de facto" una *baseline* di riferimento regionale.

Il sistema sanitario regionale è, inoltre, complesso per natura e la situazione di ogni presidio ospedaliero è frutto di scelte organizzativo-gestionali, logistiche e di efficacia organizzativa.

E' necessario tener presente che i parametri presentati in questo documento devono necessariamente essere utilizzati in modo ragionato nei confronti di presidi ospedalieri esistenti, partendo dal loro ruolo nella rete ospedaliera in cui sono inseriti e identificando scelte compatibili con un periodo temporale medio lungo.

Per la definizione dei valori di riferimento, gli attuali modelli descritti in letteratura ed utilizzati in contesti nazionali nonché internazionali si sono dimostrati, per molteplici motivi, difficilmente implementabili nel contesto assistenziale ed organizzativo della Regione del Veneto.

Si rende pertanto necessario individuare un modello che si regga in considerazione delle peculiarità del "sistema salute" veneto, tenendo conto delle esigenze programmatorie e della mission delle singole strutture.

Gli step principali di sviluppo del progetto sono i seguenti:

- definizione al livello regionale di modelli organizzativi standard specifici per le attività sanitarie
- indagine conoscitiva rivolta a tutte le aziende sanitarie venete
- confronto al livello regionale
- analisi e valutazione delle discordanze
- individuazione conclusiva dei bisogni certi di personale, nel rispetto del D. Lgs. 66/2003 e dei principi di sicurezza organizzazione e clinica

La valutazione della dotazione rispetto al modello dovrà tenere in considerazione molteplici variabili clinico-organizzative che incidono sulle attività assistenziali del personale medico.

L'attuazione del piano di rimodulazione ospedaliera e l'eventuale modifica delle schede ospedaliere in attuazione del DM 70/2015 potrebbe modificare ulteriormente la rete socio sanitaria veneta e far emergere diverse necessità in termini

di consistenza e profili professionali in relazione alle funzioni attribuite alle strutture ospedaliere dalla programmazione regionale.

La dotazione organica va correlata non solo al numero e alla tipologia di posti letto per singola specialità, al numero di posti letto complessivi della struttura ospedaliera, ma anche all'attività svolta per soddisfare le esigenze assistenziali e garantire l'offerta sanitaria, alla complessità di patologie trattate, alla mission delle singole strutture e alla funzione attribuita dalla programmazione.

Per la definizione dei valori minimi di riferimento è stata effettuata un'analisi tecnico organizzativa, in modo da individuare un fabbisogno minimo di personale necessario al funzionamento delle singole unità operative.

Per la determinazione del fabbisogno sono state considerate le attività che le singole unità operative sono tenute a prestare in relazione al loro ruolo nella realtà regionale di riferimento.

Per la determinazione del fabbisogno di personale medico è, altresì, necessario tener conto di tutte le attività che i medici ospedalieri svolgono nelle singole unità operative: continuità clinica per i ricoverati, attività cliniche ordinarie, attività chirurgiche strumentali in urgenza ed elezione, consulenza specialistica per i pazienti ricoverati in altri reparti, degenza ordinaria e diurna, attività ambulatoriale, consulenze da pronto soccorso, attività di formazione continua. Di tutte queste attività, necessarie a garantire il corretto funzionamento dell'unità operativa e del presidio nel suo complesso, si deve tener conto nella determinazione del fabbisogno.

I diversi modelli organizzativi in essere presso le aziende, le diverse caratteristiche logistico-organizzative, comportano una diversa pianificazione delle attività nei singoli presidi. Il modello deve necessariamente individuare un "modello minimo" di riferimento, rappresentativo del modo di operare dei presidi simili dal punto di vista quali-quantitativo. Si parte, quindi, da un processo di definizione delle condizioni organizzative minime, per la realizzazione delle attività previste per una determinata unità operativa.

Si manifesta, pertanto, la necessità di individuare dei "modelli organizzativi" che presentino caratteristiche comuni e che possano essere confrontabili dal punto di vista del fabbisogno e della relativa organizzazione del personale, in modo da poter effettuare un benchmark delle strutture, compatibile con il ruolo dell'ospedale nella programmazione regionale: hub, spoke o nodo di rete.

Negli ospedali con caratteristiche simili si manifestano dinamiche organizzative analoghe. Questo tipo di omogeneizzazione dell'offerta di salute viene utilizzata meramente per valutazioni di carattere organizzativo legate al fabbisogno di personale e permette una standardizzazione dei modelli utilizzati. Per l'analisi dei modelli organizzativi il gruppo di lavoro ha scelto di studiare in primis l'organizzazione degli ospedali spoke a una sede, presentanti caratteristiche omogenee in termini di dotazione di personale e attività erogata.

Oltre ai valori minimi così definiti, nella valutazione complessiva della dotazione medica necessaria allo svolgimento delle attività riconosciute dalla programmazione, sarà necessario tener conto di:

- Funzione attribuita dalla programmazione al presidio o ad attività specifiche;
- Tipologia dell'ospedale: ospedale Hub, presidio ospedaliero di rete, ospedale nodo di rete;
- Logistica della Struttura (es. articolazione di più sedi).

In particolare, con riferimento ai presidi di rete articolati su due sedi, per determinate specialità presenti in entrambe le sedi, potrà essere valutato un fabbisogno di personale aggiuntivo in relazione alle caratteristiche specifiche della struttura e al grado di attuazione di quanto previsto dalla programmazione regionale.

In questo contesto, per il lavoro in oggetto e tenuto conto del modello di ospedale di riferimento si è ritenuto di analizzare i modelli organizzativi delle singole unità operative. L'analisi del modello organizzativo passa necessariamente attraverso l'analisi del turno del personale medico in servizio presso una determinata unità operativa.
Ne deriva, di conseguenza, una stretta correlazione tra modello organizzativo, piano di lavoro attuato e risultati quali-quantitativi realizzati. Vengono, così determinati dei valori minimi di processo cui tendere.
Nella valutazione del rispetto dei valori minimi si dovrà tener conto di una serie di elementi:

- la tipologia e le attività prodotte
- i piani di lavoro utilizzati per la produzione delle suddette attività
- i volumi prestazionali
- le eventuali criticità riscontrate
- i modelli organizzativi "standard" di riferimento per quella disciplina o area
- la previsione quali-quantitativa di attività in ottica di medio lungo periodo

Nella determinazione del modello è dunque necessario individuare dei valori minimi di riferimento rispondenti a principi base di efficienza, efficacia e sicurezza. Per lo stesso motivo, diventa indispensabile un processo di elaborazione e monitoraggio continuo in modo da adattare i fabbisogni alle esigenze di sistema.
La dotazione del presidio sarà determinata tenendo conto sia dell'articolazione aziendale minima che del suo ruolo nel contesto aziendale e regionale di riferimento.
A seconda della tipologia di ospedale considerato, della sua attività, i valori minimi di riferimento devono essere correttamente interpretati, anche in considerazione di aggregazioni funzionali di attività in ragione di un numero modesto di posti letto.
I valori minimi di riferimento del personale medico devono essere intesi, inoltre, valore di confronto del personale medico complessivamente impiegato nella struttura indipendentemente dalla tipologia contrattuale che regola il rapporto di lavoro.

DEFINIZIONI

Le linee di indirizzo rispetto all'orario di lavoro della dirigenza medica sono state adottate con DGR 2464/2006, la quale ha chiaramente individuato le tipologie di orario di lavoro stabilite contrattualmente, le quali sono:

- ✓ **orario di lavoro ordinario**: utilizzato per la programmazione dell'attività ordinaria, tenuto conto di tutte le tipologie di assenze contrattualmente e normativamente garantite ai dirigenti
- ✓ **orario aggiuntivo** non va utilizzato per la programmazione ordinaria delle attività, è destinato a far fronte al servizio collegato alla pronta disponibilità, ad esigenze e criticità non programmate e per il servizio di guardia medica, come previsto nell'Accordo siglato con le OO.SS. in data 01 Giugno 2006
- ✓ **orario negoziato** per il raggiungimento degli obiettivi prestazionali eccedenti l'orario dovuto
- ✓ **orario previsto** pari ad un massimo di 26 ore annue ovvero 30 minuti settimanali delle 4 ore che le Aziende possono richiedere al dirigente per contribuire alla riduzione delle liste di attesa ovvero per il perseguimento di obiettivi assistenziali e di prevenzione.
- ✓ **orario aggiuntivo acquisito per turni di guardia** le aziende possono richiedere nell'ambito del percorso di budget l'effettuazione di turni da retribuire
- ✓ **orario aggiuntivo acquisito** rappresenta una ulteriore modalità per acquisire prestazioni secondo le modalità, procedure e condizioni previste dall'art.55 CCNL 8.6.2000 come sopraindicate
- ✓ **lavoro a turno**: qualsiasi metodo di organizzazione del lavoro anche a squadre in base al quale dei lavoratori siano successivamente occupati negli stessi posti di lavoro, secondo un determinato ritmo, compreso il ritmo rotativo, che può essere di tipo continuo o discontinuo, e il quale comporti la necessità per i lavoratori di compiere un lavoro a ore differenti su un periodo determinato di giorni o di settimane
- ✓ **pronta disponibilità** caratterizzato dalla immediata reperibilità del dirigente e dall'obbligo per lo stesso di raggiungere il presidio nel tempo stabilito, previa concertazione con le organizzazioni sindacali
- ✓ **pronta disponibilità integrativa e sostitutiva dei servizi di guardia** Il servizio di pronta disponibilità è limitato ai soli periodi notturni e festivi, può essere sostitutivo ed integrativo dei servizi di guardia ed è organizzato utilizzando dirigenti appartenenti alla medesima disciplina

PRINCIPI GENERALI MINIMI DI ORGANIZZAZIONE DEI PRESIDI OSPEDALIERI IN RELAZIONE AL FABBISOGNO DEL PERSONALE MEDICO

Il personale è tenuto a svolgere la propria attività nell'ambito del complesso dei presidi, servizi e uffici dell'Azienda, nel rispetto dei diritti di ciascuna posizione funzionale e profilo professionale.
Il turno deve articolarsi in modo opportuno rispetto ai fabbisogni della struttura, limitando quanto più possibile il ricorso agli istituti della guardia medica e della pronta disponibilità. Il lavoro deve essere organizzato in modo da valorizzare il ruolo interdisciplinare dell'equipe e la responsabilità di ogni operatore nell'assolvimento dei propri compiti istituzionali.
Il tutto deve essere organizzato tenendo conto prioritariamente delle condizioni necessarie a garantire la sicurezza clinica.
Nell'organizzazione del lavoro, si dovrà, inoltre tener conto delle necessità di una razionale ed economica utilizzazione e distribuzione del personale in relazione alle esigenze degli utenti e sulla base di criteri generali concordati.
Nell'organizzazione del lavoro si deve necessariamente tener conto delle esigenze proprie aziendali, l'organizzazione su base dipartimentale diventa elemento caratterizzante per la collaborazione di più unità operative con caratteristiche di fungibilità. Ne discende che l'organizzazione dipartimentale, individuata negli atti aziendali, deve essere valutata nell'organizzazione del personale e delle relative guardie.
Nell'ambito dell'assetto organizzativo aziendale, i dirigenti assicurano la propria presenza in servizio ed il proprio tempo di lavoro articolando in modo flessibile l'impegno di servizio per correlarlo alle esigenze della struttura cui sono preposti e all'espletamento dell'incarico affidato.

Gli organici del personale dirigente medico vanno determinati anche in funzione dell'applicazione degli istituti contrattuali, di interventi di adeguamento del Piano Socio Sanitario e di completamento della programmazione regionale, nonché dei processi di riqualificazione aziendale.
Per garantire una migliore utilizzazione delle risorse disponibili, a livello decentrato dovrà essere individuata un'articolazione di orario tra quelle possibili, coerente con il principio di utilizzazione ottimale del lavoro in rapporto alla domanda.
Pur rispettando il principio generale di flessibilità organizzativa, che deve adattarsi alle esigenze tecnico, funzionali e gestionali, l'articolazione del lavoro medico dei singoli presidi dovrà necessariamente tener conto degli strumenti contrattuali disciplinanti il rapporto di lavoro e della contrattazione integrativa aziendale.
Per tutte le strutture del Sistema Socio Sanitario Veneto si ritiene di prevedere il massimo utilizzo delle strutture per 12 ore giornaliere nei giorni feriali e la garanzia di risposta alle urgenze nelle restanti fasce orarie e nei giorni festivi mediante gli istituti contrattuali della guardia medica e della pronta disponibilità.
Il servizio di guardia è disciplinato dall'articolo 16 del CCNL 2002_2005, che precisa che la cosiddetta "guardia interdivisionale" può essere istituita solo tra aree funzionali omogenee e che insistano su una medesima sede. La valutazione dell'omogeneità non può essere effettuata soltanto in base all'equipollenza o all'affinità delle discipline e dei servizi, come definite dai decreti del ministero della salute del 30 e 31 gennaio 1998. Occorre perciò verificare in

concreto la casistica che afferisce ai reparti ai quali si applica il turno di guardia "interdivisionale", le urgenze che si verificano con maggiore frequenza e quali specifiche competenze vengono di fatto chiamate in causa.

In generale, la guardia medica va organizzata in forma divisionale:

- in tutte le strutture ove esistano terapie intensive (area Anestesia, Utic, Terapia Intensiva Neonatale);
- ove esista una unità ictus di II livello;
- per il servizio di anestesia, laddove prevista attività chirurgica nelle 24 ore e attività di ostetricia;
- nei servizi di pronto soccorso;
- nell'area ostetrico –ginecologica, con attività di ostetricia;
- nelle pediatrie, con posti letto da programmazione regionale;
- laddove speciali e motivate situazioni organizzative, qualitative e/o logistiche la rendano necessaria.

In tutte le altre ipotesi la guardia medica può essere organizzata in forma cd. "interdivisionale", per discipline omogenee o aree ritenute tali dal Pssr vigente o per discipline che confluiscono in dipartimenti. In ogni caso deve essere organizzata per reparti o servizi logisticamente vicini e con un numero di posti letto adeguato.

In ogni caso, il numero di posti letto coperto dalla guardia "interdivisionale" medica non dovrà ordinariamente essere superiore a 90-100 Posti Letto. Tale numero potrà essere incrementato o ridotto sulla base dei seguenti criteri.

In generale nella valutazione delle specialità e dei posti letto che possono essere aggregati in guardie "interdivisionali", le Direzioni dovranno tener conto delle oggettive situazioni di disagio, nonché delle difficoltà logistico organizzative, che emergeranno a livello aziendale locale.

Nella determinazione del numero complessivo di posti letto oggetto di guardia "interdivisionale", i posti letto afferenti alle discipline "Recupero e Riabilitazione Funzionale" e "Lungodegenza" (codici 56 e 60) devono essere computati al 50%

Qualora sia istituita una guardia interdivisionale tra specialità situate in padiglioni diversi e separati o situazioni logistiche assimilabili, i posti letto dislocati in sede diversa, devono essere pesati al 150%.

La guardia attiva in orario notturno deve essere organizzata, per area medica e/o chirurgica e/o riabilitativa in rapporto alla presenza o meno nell'ospedale di Unità Operative nelle relative aree funzionali.

Presso ogni ospedale sarà, inoltre, presente una guardia attiva sulle 24 ore di Anestesia/rianimazione, da considerarsi aggiuntiva rispetto alla guardia di terapia intensiva, qualora tale unità operativa sia presente. Per quanto concerne le discipline chirurgiche, in funzione dell'attivazione della sala operatoria, è da prevedere la presenza di n.2 medici aggiuntivi al medico di guardia. Nei punti nascita deve essere prevista sempre la presenza del pediatra secondo quanto previsto dalle norme vigenti in materia. Per quanto riguarda gli ospedali Hub, il servizio di guardia medica attiva, notturna e nei giorni festivi è organizzato, di norma, tenendo conto delle aggregazioni funzionali di attività. Sia negli ospedali Hub che negli ospedali Spoke è prevista la presenza H24 di Anestesista, Rianimatore, Radiologo, Chirurgo, Internista.

La gran parte delle aziende sanitarie, in conseguenza dei processi di riorganizzazione conseguenti alla soppressione di strutture complesse ed alla tendenza comunque ad aggregazioni funzionali più ampie (per evidenti ragioni di carattere

economico) si sta orientando ad affidare la copertura del servizio di guardia interdivisionale, nell'ambito dell'area funzionale di medicina interna, agli specialisti in medicina interna e geriatria, evidentemente più adatti a rispondere ad una più ampia gamma di esigenze, per formazione e attitudini, ed integrare questa copertura con pronte disponibilità specialistiche delle discipline coperte da tale servizio.

Uguale orientamento è attuabile per le guardie interdivisionali dei reparti chirurgici. In tal caso sarebbe più funzionale affidare la copertura di tale servizio di guardia agli specialisti in chirurgia generale per la particolare formazione e integrare con pronte disponibilità di colleghi specialisti afferenti alle chirurgie specialistiche, delle unità operative coperte.

Si ritiene che tali modelli di organizzazione dei servizi di guardia nelle aree mediche e chirurgiche possano costituire, nel medio periodo, un riferimento per le strutture ospedaliere del Ssr cui progressivamente orientarsi.

Le problematiche poste non sono peraltro disciplinate dalla normativa contrattuale, ma rientrano nell'area del governo clinico, e chiamano in causa specifiche competenze e responsabilità: la direzione strategica, il collegio di direzione, il consiglio dei sanitari, il servizio qualità e controllo del rischio clinico.

L'articolazione oraria deve, inoltre, tener conto di quanto previsto in materia di orario giornaliero e di riposi dal D.Lgs. 66/2003.

Nella determinazione del fabbisogno minimo di personale è, pertanto, necessario tener conto anche delle matrici di articolazioni del turno in modo da determinare un fabbisogno minimo che permetta il rispetto della normativa sopracitata.

Nei servizi di anestesia, rianimazione e terapia intensiva può prevedersi esclusivamente la pronta disponibilità integrativa. Il servizio di pronta disponibilità integrativa dei servizi di guardia è di norma di competenza di tutti i dirigenti, ed è previsto possa essere svolto anche dai direttori di struttura complessa. Il servizio sostitutivo coinvolge a turno individuale, solo i dirigenti che non siano titolari di incarico di struttura complessa. Il servizio di pronta disponibilità ha durata di dodici ore. Due turni di pronta disponibilità sono prevedibili solo per le giornate festive. Di norma non potranno essere previste per ciascun dirigente più di dieci turni di pronta disponibilità nel mese.

BENCHMARKING E MONITORAGGIO

Considerato che i valori oggetto del presente documento sono in continuo cambiamento-evoluzione, essi necessitano 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.

Tenuto conto dell'importanza di aggiornare continuamente i dati oggetto di analisi, Regione del Veneto si impegna a implementare un sistema di rilevazione dei dati integrato e aggiornato, che sarà utilizzato anche a supporto delle periodiche scelte in materia autorizzatoria.

GIUNTA REG.LE VENETO - SEGRETERIA

ALLEGATO B Dgr n. 128 **del** CR 30 DIC. 2016

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 programmatorio 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 obbiettivi 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 deli 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 di 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.

	Accettazione e Pronto Soccorso	Pronto Soccorso Pediatrico	Centrale Operativa Suem
O. AGORDO	1		
O. BELLUNO	1		
O. PIEVE DI CADORE	1		1
O. FELTRE	1		
O. BASSANO	1		
O. SANTORSO	1		
O. ARZIGNANO-MONTECCHIO	1		
O. NOVENTA V.	1		
O. VICENZA	1		1
O. CONEGLIANO (05020701-03)	1		
O. MONTEBELLUNA	1		
O. ODERZO	1		
O. TREVISO	1		1
O. JESOLO	1		
O. PORTOGRUARO	1		

	Accettazione e Pronto Soccorso	Pronto Soccorso Pediatrico	Centrale Operativa Suem
O. VENEZIA	1		
O. MESTRE	1		1
O. MIRANO	1		
O. CHIOGGIA	1		
O. CAMPOSAMPIERO	1		
O. CITTADELLA	1		
O. PIOVE DI SACCO	1		
O. S.ANTONIO	1		
ESTE - MONSELICE	1		
O. ROVIGO	1		1
O. ADRIA	1		
O. S. BONIFACIO	1		
O. LEGNAGO	1		
O. VILLAFRANCA	1		
A.O. PADOVA	1	1	1
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

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

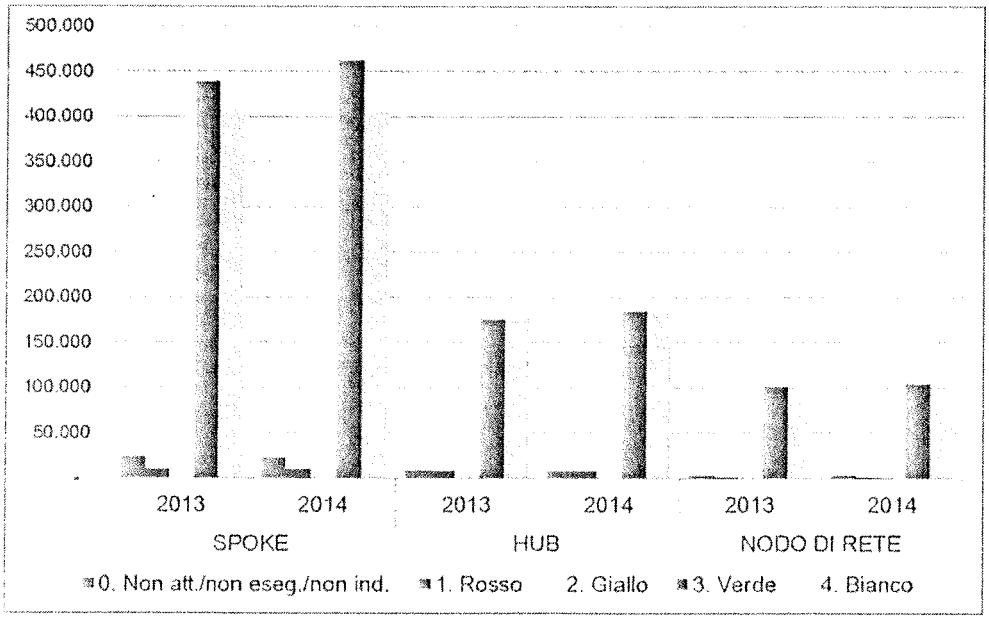
Essendo la durata dell'accesso un valore determinante per il fabbisogno di assistenza da erogarsi, il Gruppo di Lavoro Regionale ha esplorato anche la possibilità di utilizzare ulteriori dati di dettaglio contenuti nel flusso Emur, a titolo esemplificativo:

- ✓ 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:

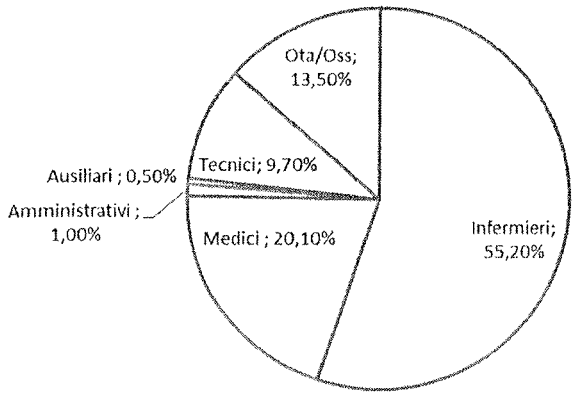
- eccessiva eterogeneità nell'assegnazione del codice triage
- applicazione di diverse direttive aziendali, relativamente all'attribuzione dei codici Bianchi o Verdi che li rendono sostanzialmente "simili" dal punto di vista del fabbisogno assistenziale
- "Esiguità" dei codici rossi rispetto al totale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

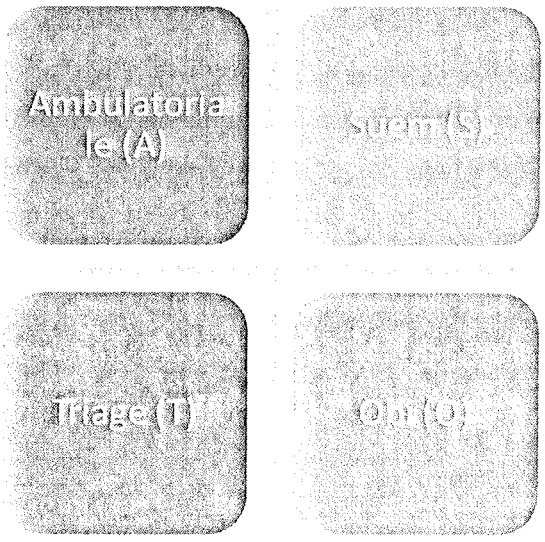
"Macro"Attività Svolte nelle Unità Operative di Pronto Soccorso

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 trasformatisi 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 ddedicato 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 Soccorso [1]

		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 ufficiale particolarmente esteso

Piani di Lavoro per presidio di Riferimento: Turno Minimo di riferimento Personale Infermieristico delle Unità Operative di Pronto Soccorso [6]

		Personale dedicato prioritariamente all'attività indicata in colonna[7]			
	Classe di Accessi[8]	' > 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	
	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.