



Ospedale "Sacro Cuore di Gesù"
FATEBENEFRAPELLI
Benevento
U.O.C. di PEDIATRIA
NEONATOLOGIA - UTIN



II FOCUS di PEDIATRIA
INCONTRI MONOTEMATICI MENSILI
la gestione della prima emergenza
con PBLIS-D

MARZO - DICEMBRE 2011
Centro Congressi
Ospedale "Sacro Cuore di Gesù"
FATEBENEFRAPELLI - Benevento



Triage e carichi di lavoro in PS

Gennaro VETRANO

Ospedale FBF Benevento

Intervento del professor Alberto G. Ugazio –Presidente Società Italiana di Pediatria–

**Roma, 20 ottobre 2010
66° Congresso della Società Italiana di Pediatria**

Molte polemiche sul sovraccarico di lavoro dei Pronti Soccorsi e dei Pediatri di Famiglia, sulla distribuzione dei carichi di lavoro, sembrano perdere di vista la motivazione fondamentale del problema: le “rising expectations”. La convinzione diffusa e profonda che qualunque problema di salute può venire risolto comunque e ovunque, senza disagi né per il bambino né per la famiglia.

PROGETTO OBIETTIVO MATERNO INFANTILE

(PIANO SANITARIO NAZIONALE 1998 – 2000)

5.1 ASSISTENZA AL BAMBINO IN U.O.O. PEDIATRICA

La riduzione della necessità di posti letto di Pediatria, correlata alla diminuzione delle nascite, alle migliori condizioni socio economiche della popolazione, all'implementazione delle cure primarie attraverso il P.L.S., alla tendenza generale alla dimissione precoce, all'utilizzo di D.H. diurno e notturno, ecc., comporta la razionalizzazione delle U.O. di Pediatria e una loro ristrutturazione e riqualificazione. Particolare attenzione deve essere rivolta alle nuove esigenze assistenziali, in particolare a quella di fornire 24/24 ore elevati livelli di cura e a quella di rispondere ai bisogni delle specializzazioni di organo e di apparato in area pediatrica.

D'altro canto il bisogno del bambino di essere accolto e curato in area pediatrica nelle situazioni di urgenza-emergenza e lungodegenza, impone al S.S.N. di razionalizzare la rete ospedaliera in modo da non esporre a rischi aggiuntivi da carenza organizzativa una quota di soggetti ad elevato rischio: come è noto, la percentuale di ricorso all'ospedale in situazione di emergenza è in continuo incremento soprattutto in rapporto agli incidenti domiciliari nella prima fascia di età e a quelli extra - domestici e stradali in età pre-adolescenziale ed adolescenziale.

Si riportano in Allegato 3 i requisiti indicativi, strutturali ed organizzativi, per le U.O.O. pediatriche che possono essere presi come riferimento nelle attività di programmazione regionale.

Mission del Pronto Soccorso

- ...garantire a ogni cittadino bisognoso un appropriato orientamento diagnostico-terapeutico e, nei casi di emergenza, il recupero e la stabilizzazione delle funzioni vitali

Caratteristiche

- H24
- Prestazioni di elevato livello
- Gratuità
- Accesso immediato
- Tipologia dei pazienti

Triage



Affollamento

Mettere in fila



definizione di carico di lavoro proposta dalla circolare n. 6/94 del Ministro per la funzione pubblica

quantità di lavoro necessario, dato un contesto operativo, e un periodo di riferimento, per trattare i casi che vengono sottoposti ad una unità organizzativa (prodotto sanitario)

- definizione di uno standard di riferimento per valutare la quantità di lavoro necessario per il soddisfacimento della domanda
- contesto operativo: necessità di discriminare inefficienze dovute all'impegno profuso dalla dotazione organica, da quelle dovute a "colli di bottiglia" organizzativi, a fattori logistici o tecnologici
- periodo di riferimento: necessario affinché condizioni congiunturali non falsino i risultati

... nei presidi sanitari la risorsa umana rappresenta contemporaneamente il maggior capitale (in termini di professionalità) e la fonte di maggiore costo economico...

"L'analisi dei carichi di lavoro assistenziali in Sanità", F. Spandonaro, N. Buzzi, V. Lorenzini, M. Salmoiraghi, C. Sileo, in La gestione manageriale della Sanità a cura di S. Spinsanti, Ed. EdiSES, 1997

Riferimenti normativi

- Il D.L.vo n. 29/93 (modifiche del D.L. n. 470/93)
(obbligo per tutte le amministrazioni pubbliche di ridefinire le proprie dotazioni organiche sulla base di criteri generali previste dal decreto legislativo stesso)
- circolare n. 6/96 del Ministero per la funzione pubblica
- L. n. 550/95 (finanziaria 1996) ha richiamato la necessità di provvedere alla valutazione dei carichi di lavoro
- CCNL 2002-2005, Art. 9 → contrattazione regionale decentrata

difficoltà di misurazione del prodotto sanitario

- analisi del risultato (*outcome*) (*risposta alla domanda*)
- analisi delle attività o degli atti realizzati (*output*) (*prestazioni e procedure*)

attività configurabili come “lavori di attesa”
(guardie, presenza di operatori medici e non medici non attivi durante l’espletamento di un intervento)

"L'analisi dei carichi di lavoro assistenziali in Sanità", F. Spandonaro, et al. in La gestione manageriale della Sanità - S. Spinsanti, Ed. EdiSES, 1997

....l'esecuzione degli atti per così dire “accessori” o “indiretti” è e deve essere sinonimo di buona pratica clinica ed assistenziale, di qualità dell'organizzazione e quindi in definitiva di qualità ottenuta e percepita dall'utente/paziente....

....definire *output* un servizio offerto inteso come insieme di atti tecnico operativi e di procedure volte ad assicurare la qualità degli stessi...

"L'analisi dei carichi di lavoro assistenziali in Sanità", F. Spandonaro, et al. in La gestione manageriale della Sanità - S. Spinsanti, Ed. EdiSES, 1997

- **confronto dell'*output* con l'*input***

- rilevare direttamente (con intervista alle équipes sanitarie) i tempi in media impiegati per la realizzazione dei singoli servizi

- utilizzare pesi standard attribuiti ai singoli servizi offerti sulla base di considerazioni di appropriatezza medica

D.M. 13 Settembre 1988: Determinazione degli standard del personale ospedaliero per singola specialità ospedaliera

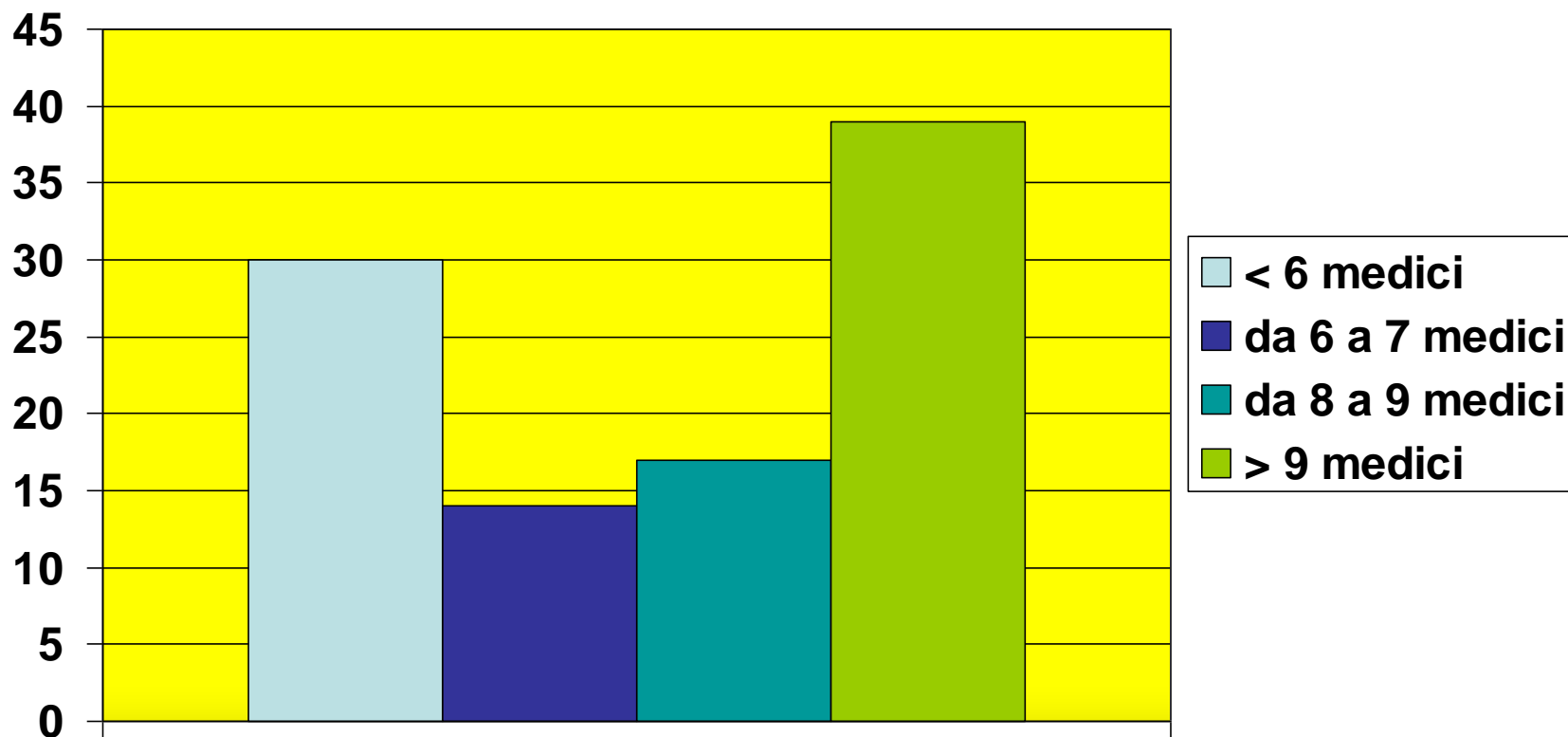
- **Questi standard vengono definiti, in attuazione della legge 8 Aprile 1988, n° 109 che prescrive la fissazione degli stessi limitatamente al personale ospedaliero, distintamente per posti letto e per tipologia di ospedali, prendendo a riferimento moduli organizzativi tipo, che ad un tasso medio annuo di utilizzazione non inferiore al 70 -75% - con l'eccezione delle terapie intensive e per le malattie infettive - e con degenza media nei limiti della norma per le distinte funzioni specialistiche, comportano l'utilizzazione ottimale del personale**

Specialità a media assistenza - Pediatria

- Per un modulo tipo di 20 posti letto (come tale considerando anche le culle per neonati in pediatria):
 - Unità di personale medico:6,
 - Unità di personale infermieristico:16
- Per ogni modulo successivo di 20 posti letto o culle per neonati:
 - Unità di personale medico:3,
 - Unità di personale infermieristico:16

Indagine della Società Italiana di Pediatria sullo stato della rete pediatrica ospedaliera in Italia: dati preliminari – Atti 64° Congresso Nazionale SIP

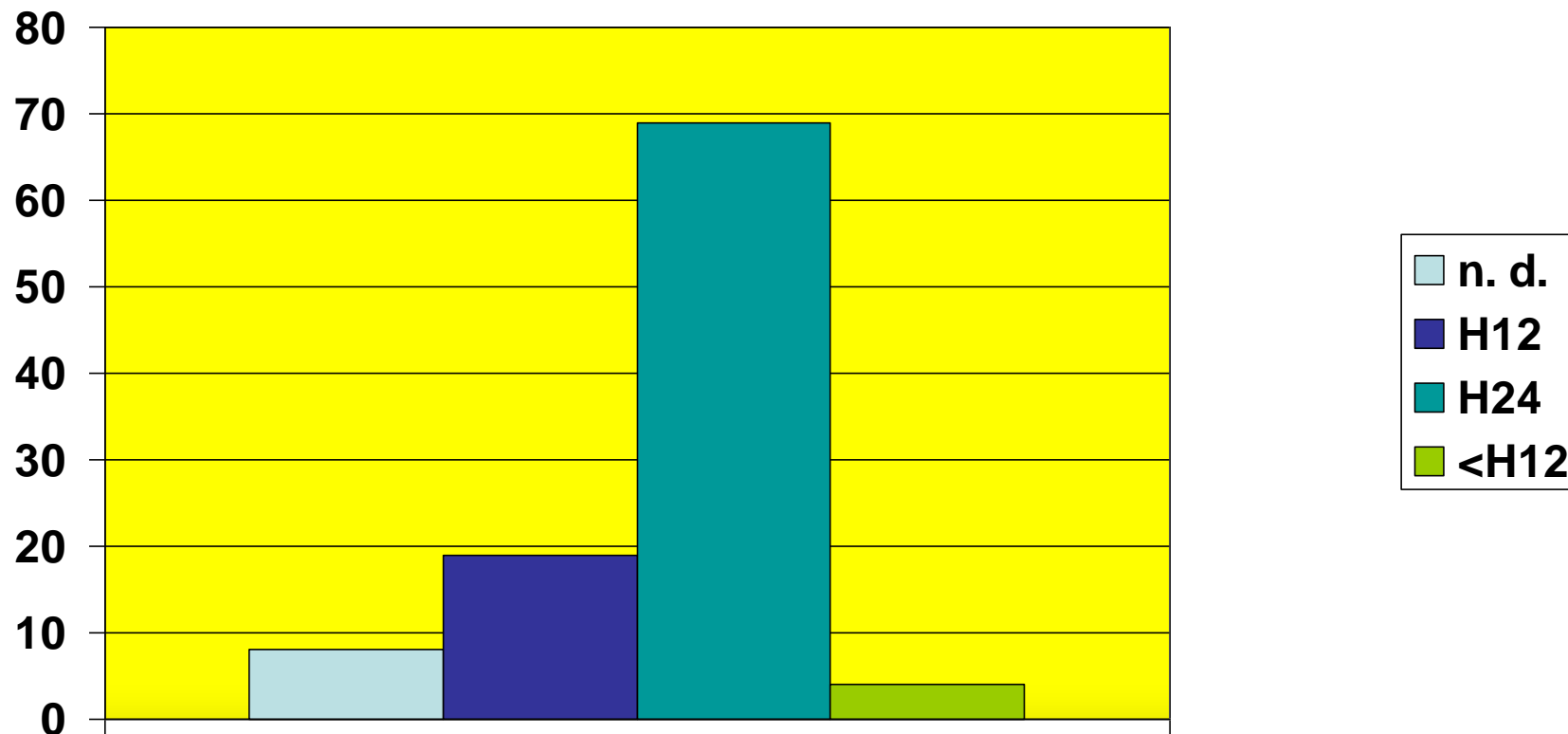
R. Longhi, D. Minasi



Numero di medici per U.O. di Pediatria

Indagine della Società Italiana di Pediatria sullo stato della rete pediatrica ospedaliera in Italia: dati preliminari – Atti 64° Congresso Nazionale SIP

R. Longhi, D. Minasi



Guardia attiva

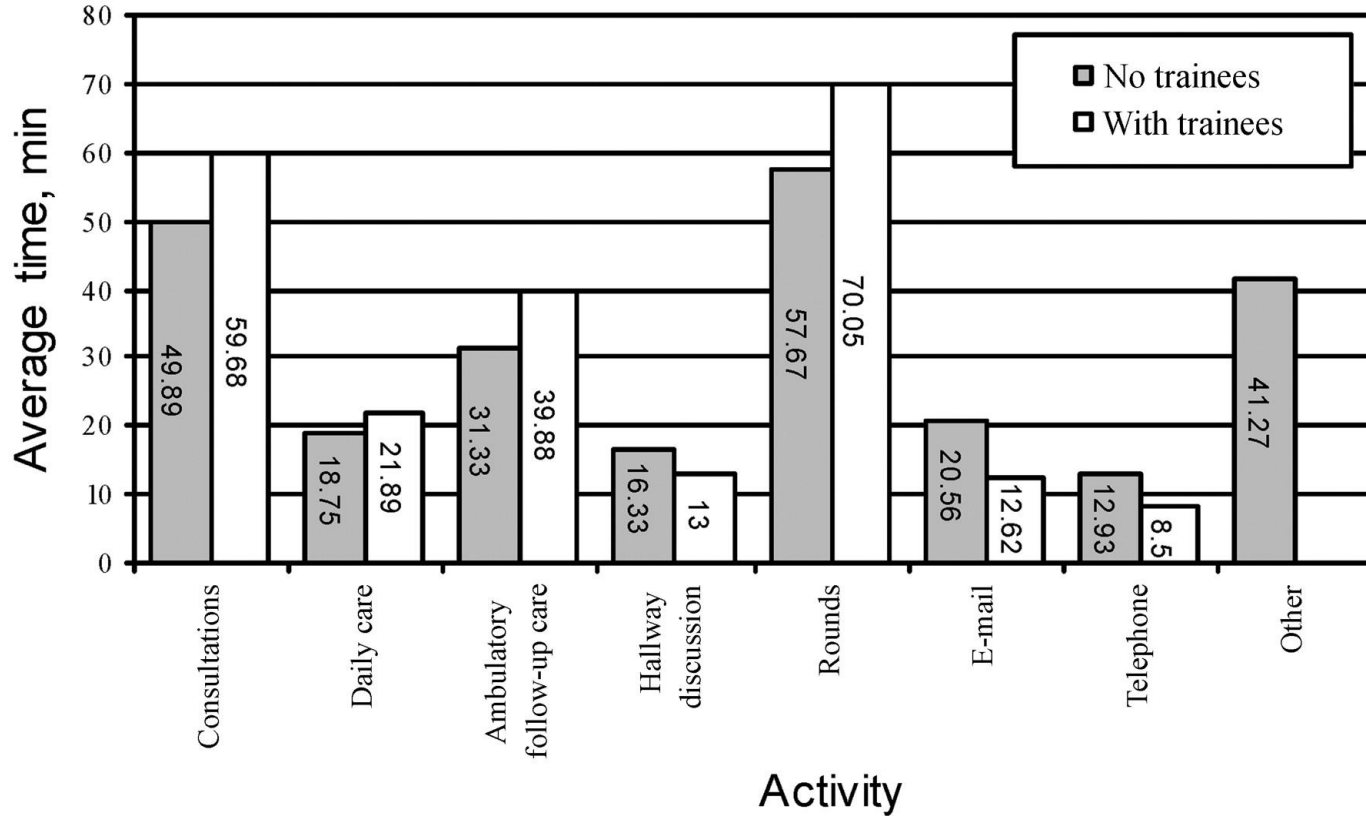
Clinical and Education Workload Measurements Using Personal Digital Assistant-Based Software

D. L. MacGregor, et al. Hospital for Sick Children and University of Toronto, Ontario, Canada

PEDIATRICS Vol. 118 No. 4 October 2006, pp. e985-e991

-mancanza di sistemi accettati e attuabili di misurazione del lavoro clinico e didattico in Pediatria...
- sistemi di misurazione necessari per giustificare la pianificazione delle risorse umane...
-la letteratura limitata ha focalizzato l'attenzione solo nell'ambito di settori dell'attività...

FIGURE 2 Average time in minutes for clinical activities



MacGregor, D. L. et al. Pediatrics 2006;118:e985-e991 - Clinical and Education Workload Measurements Using Personal Digital Assistant–Based Software

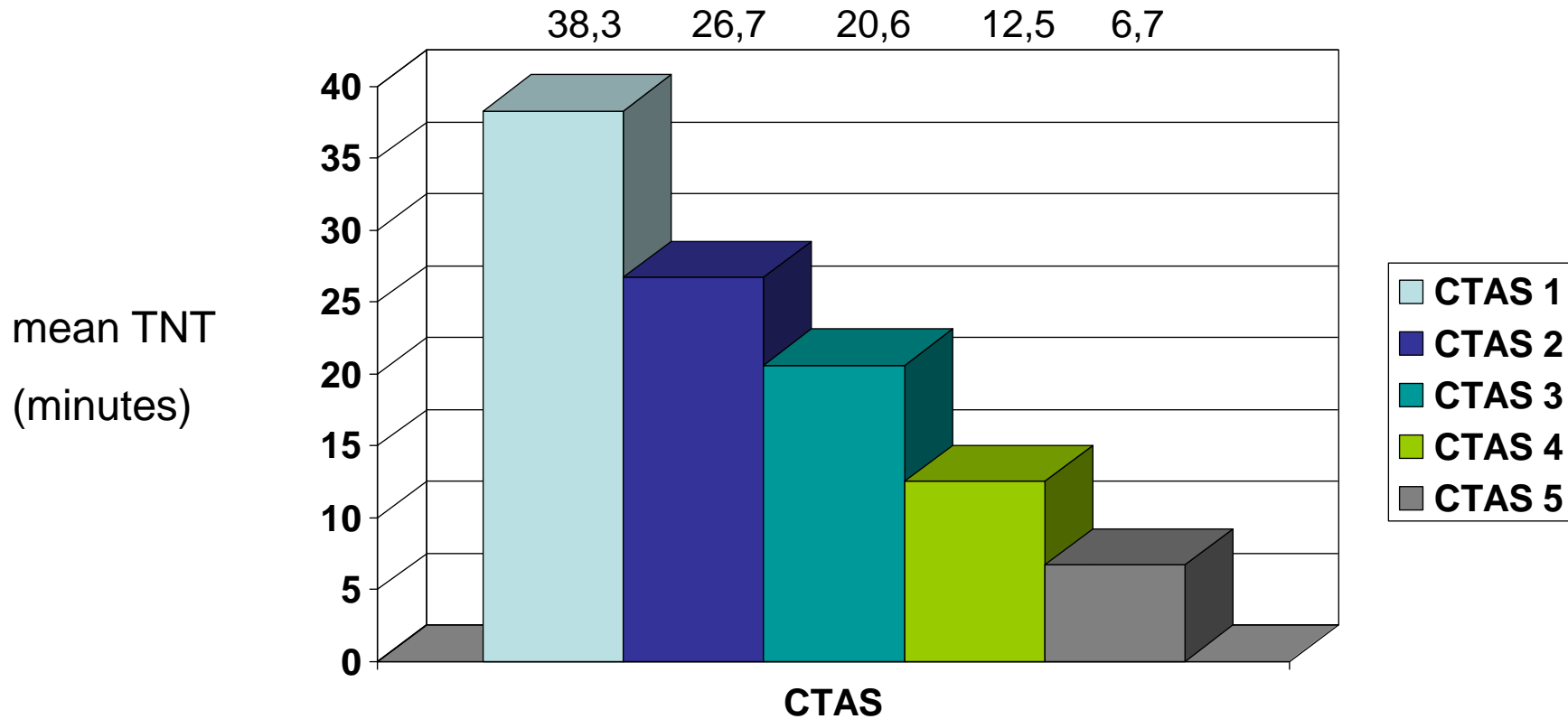
Estimating Physician Workload in the Pediatric Emergency Department – K. R. Millar - University of Calgary – Alberta, December 2007

- ...valutazione del carico di lavoro...
- ...valutazione del carico di lavoro nel Dipartimento di Emergenza per adulti...
- ...valutazione del carico di lavoro nel Dipartimento di Emergenza per bambini...



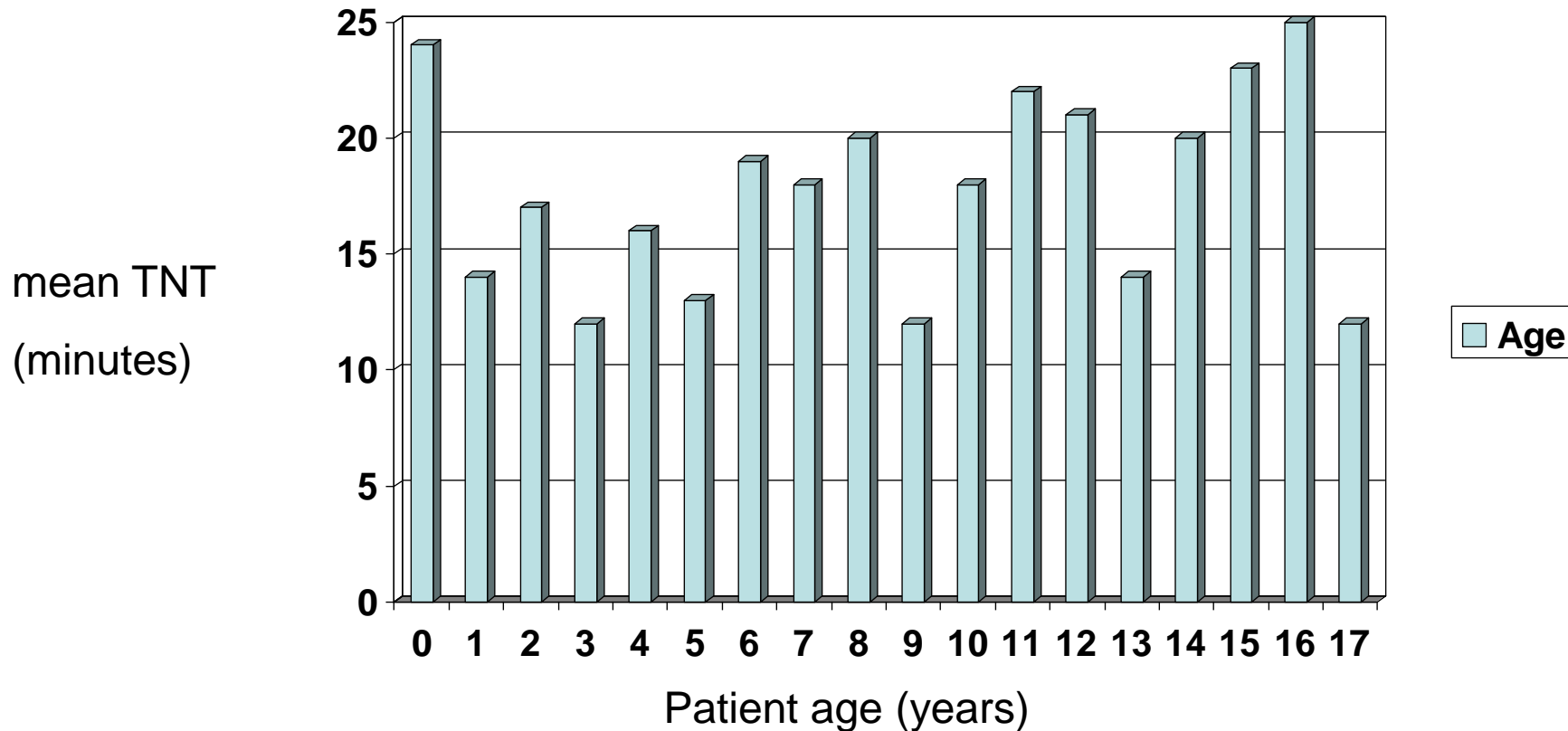
Estimating Physician Workload in the Pediatric Emergency Department – K. R. Millar - University of Calgary – Alberta, December 2007

Physician Time Needed to Treat (TNT) by CTAS Category



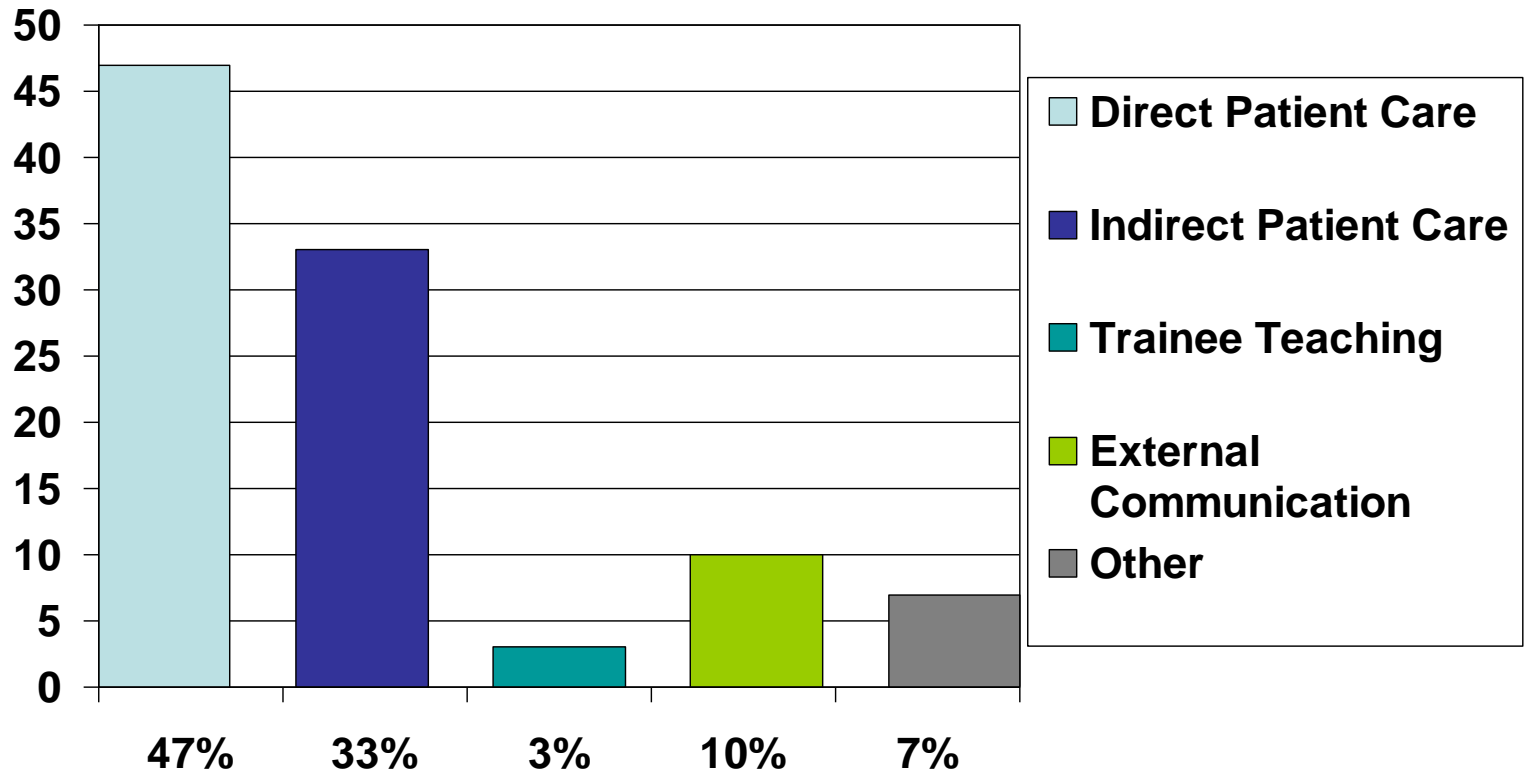
Estimating Physician Workload in the Pediatric Emergency Department – K. R. Millar - University of Calgary – Alberta, December 2007

Mean Total Physician Time Needed to Treat (TNT) by Patient Age



Estimating Physician Workload in the Pediatric Emergency Department – K. R. Millar - University of Calgary – Alberta, December 2007

Physician Time Expenditure (%)



Estimating Physician Workload in the Pediatric Emergency Department – K. R. Millar - University of Calgary – Alberta, December 2007

model to predict pediatric ED physician workload could be derived as follows

- **Workload** = *patient care time* +teaching time +external communication time +other
- ***Patient care time*** =Number of patients x mean physician time needed to treat
- **Mean Physician Time Needed to Treat (TNT)** derived from the following regression model: TNT = constant + β_1 (independent variable 1) + β_2 (independent variable 2) + β_3 (independent variable 3) + β_n (independent variable n)

Estimating Physician Workload in the Pediatric Emergency

Department – K. R. Millar - University of Calgary – Alberta, December 2007

Variabili indipendenti del paziente

1. Fattori demografici: ETA', sesso, tempo d'arrivo
2. Anamnesi
3. Gravità clinica: CTAS, ambulanza, modalità d'invio
4. Procedure, laboratorio, esami radiologici, consulenze
5. Sistemazione
6. Lingua

Estimating Physician Workload in the Pediatric Emergency

Department – K. R. Millar - University of Calgary – Alberta, December 2007

Variabili indipendenti della struttura

1. Tirocinanti
2. Esperienza del medico
3. Numero di pazienti

Estimating Physician Workload in the Pediatric Emergency

Department – K. R. Millar - University of Calgary – Alberta, December 2007

- Fattori maggiormente influenzanti il carico di lavoro del pediatra in P.S
 1. CTAS
 2. Arrivo in ambulanza
 3. Procedure
 4. Laboratorio
 5. Ricovero

Assessment of workload in pediatric emergency units due to acute

gastroenteritis during the epidemic season in France

H. Haas, B. Suau, F.-A. Allaert, C. Sana, E. Caulin, et le groupe d'investigateurs

Médecine et maladies infectieuses 38 (2008) 642–647

- **Obiettivo.** - valutare il peso di attività mediche e paramediche legati alla gestione della gastroenterite acuta in Francia
- **Metodi.** - Uno studio osservazionale multicentrico in 23 unità francesi di emergenza pediatrica.
- **Risultati.** - 443 bambini inclusi tra gennaio e aprile 2007. L'età mediana era di 13 mesi. Tempo medio di attesa 15 minuti. Tempo medio speso da un operatore sanitario con un bambino è stato 55 minuti (30 minuti per la cura paramedica e 25 minuti per le cure mediche). Il tempo aumenta significativamente ($p < 0,0001$), se bambini con segni di disidratazione o di cambiamenti comportamentali. L'età del bambino non ha avuto effetti significativi.



Regione Lazio



Regione Liguria

Ministero della Salute
Progetto Mattoni SSN
Pronto Soccorso e Sistema 118
Valutazione del fabbisogno assistenziale
03/04/07

Il fabbisogno assistenziale in area d'emergenza può essere definito come "l'insieme di risorse umane, strutturali e tecnologiche necessarie ad assicurare un'adeguata assistenza sanitaria in condizioni di emergenza-urgenza".

Il presente documento si propone di:

- effettuare una ricognizione delle attuali esperienze a livello nazionale ed internazionale attraverso la revisione dei dati disponibili, con particolare riferimento alla normativa specifica;
- definire una metodologia per una prima valutazione del fabbisogno assistenziale in emergenza ed il relativo fabbisogno informativo.



Regione Lazio



Regione Liguria

Ministero della Salute
Progetto Mattoni SSN
Pronto Soccorso e Sistema 118
Valutazione del fabbisogno assistenziale
03/04/07

Stima del personale Medico/Infermieristico

- *Riferimenti normativi*
- *Metodologie proposte per la stima del fabbisogno del personale*

PROPOSTA DI PROTOCOLLI METODOLOGICI PER LA STIMA DEL FABBISOGNO ASSISTENZIALE IN PRONTO SOCCORSO



Regione Lazio

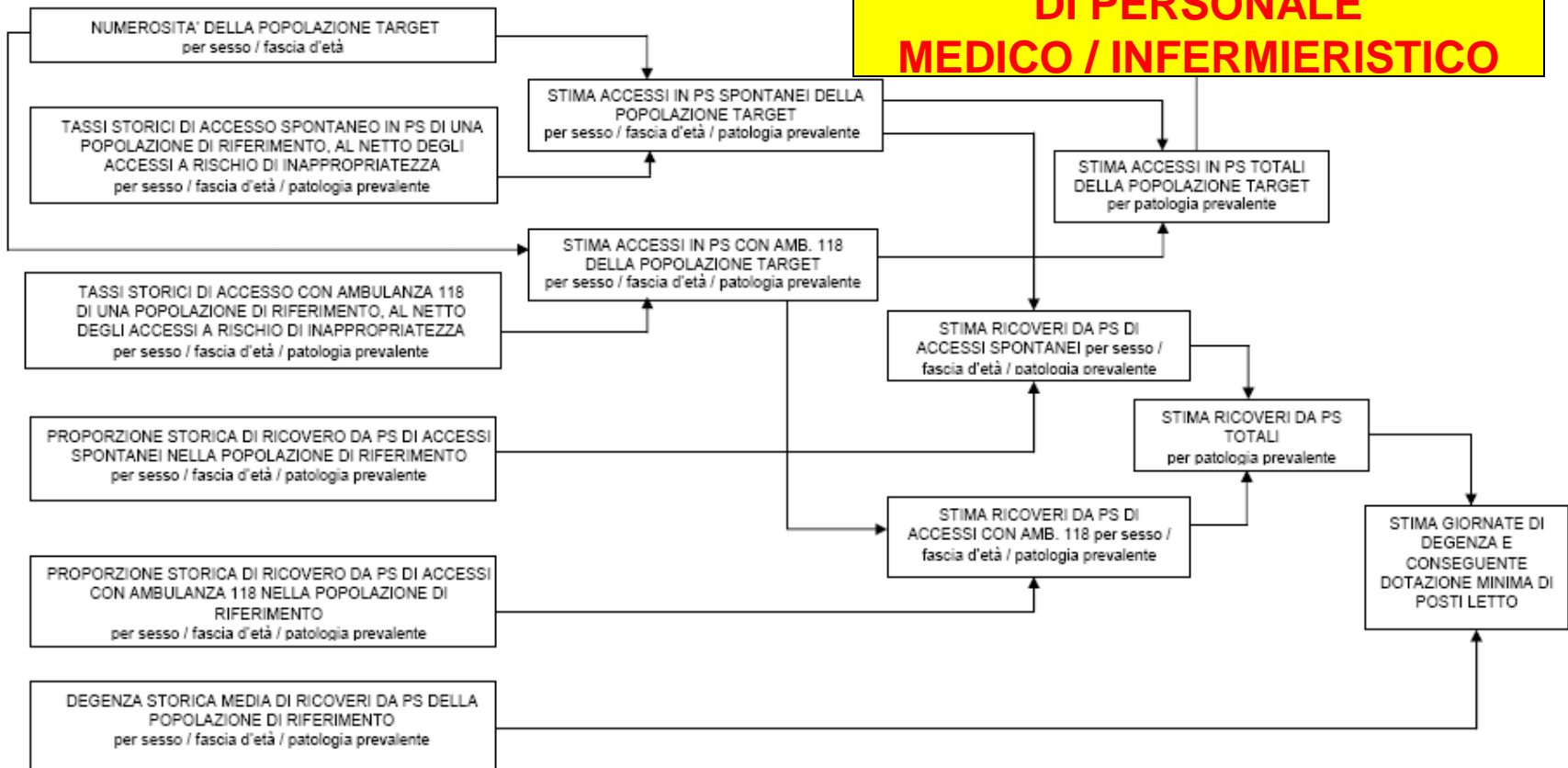


Mattoni SSN – Mattone 11 – Pronto Soccorso e Sistema 118



Regione Liguria

**STIMA DOTAZIONE MINIMA
DI PERSONALE
MEDICO / INFERMIERISTICO**



Tab. 6 distribuzione di PL di pediatria per Provincia in base alla popolazione residente *

Province	PL esistenti al 06 / 03 **	età 0 - 14 anni		età 0 - 17 anni	
		Residenti	PL x 1.000 residenti	Residenti	PL x 1.000 residenti
Avellino	64	74.073	0.86	86.024	0,74
Benevento	34	48.692	0.70	56.197	0,60
Caserta	69	170.126	0.41	199.258	0,35
Napoli	418	627.064	0.67	719.742	0,58
Salerno	131	194.605	0.67	225.259	0,58
Campania	716	1.114.160	0.64	1.230.283	0,58

* Dati Istat al 1° Gennaio 2002

** Dati PSOR 2004

**LINEE GUIDA REGIONALI PER L'OTTIMIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA
OSPEDALIERA IN NEONATOLOGIA ED IN PEDIATRIA D'URGENZA**

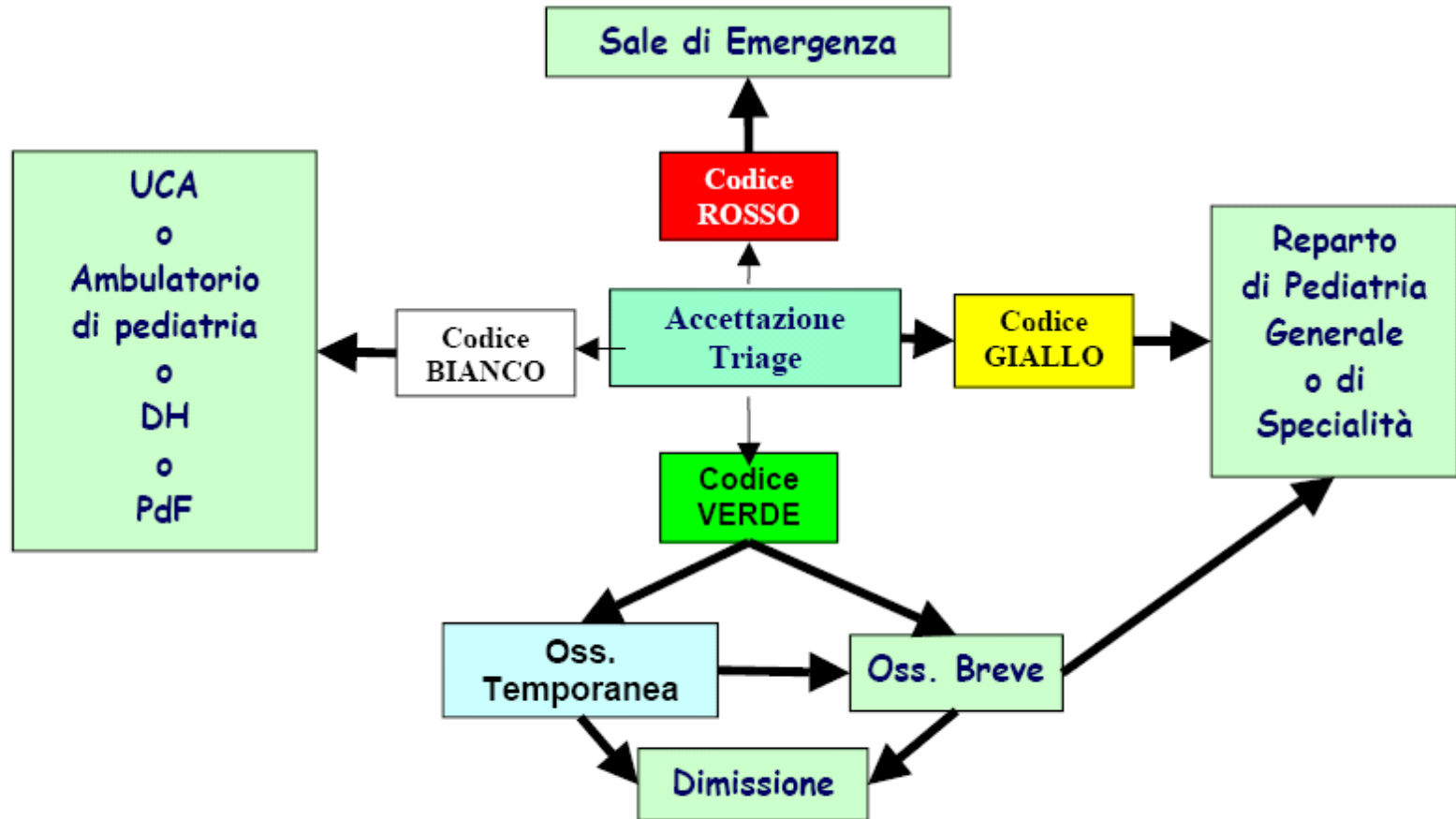
Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 02 del 10 gennaio 2005

LINEE GUIDA REGIONALI PER L'OTTIMIZZAZIONE DELL'ASSISTENZA OSPEDALIERA IN NEONATOLOGIA ED IN PEDIATRIA D'URGENZA

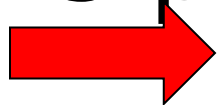
Bollettino Ufficiale della Regione Campania n. 02 del 10 gennaio 2005

- Il **triage** è un processo di valutazione della gravità della patologia da cui è affetto il paziente; viene effettuato dal personale infermieristico già in carico alla Unità di Pediatria o al Dipartimento dell'Emergenza ed appositamente formato alla individuazione dei bisogni di salute con protocolli e codici di gravità predefiniti.
- Il personale arruolato per il triage infermieristico pediatrico sarà quello della UO di Pediatria o del Dipartimento di Emergenza-Urgenza, appositamente formato per l'utilizzo di nuove tecnologie (informatizzazione) e per l'applicazione dei codici di gravità :
 1. **codice bianco** : patologia non rilevante o ad insorgenza non acuta
 2. **codice verde** : patologia che necessita d'inquadramento
 3. **codice giallo** : potenziale pericolo di vita
 4. **codice rosso** : immediato pericolo di vita
- **Si propone la istituzione di un Triage pediatrico infermieristico in tutti gli Ospedali dotati di P.S. pediatrico.**

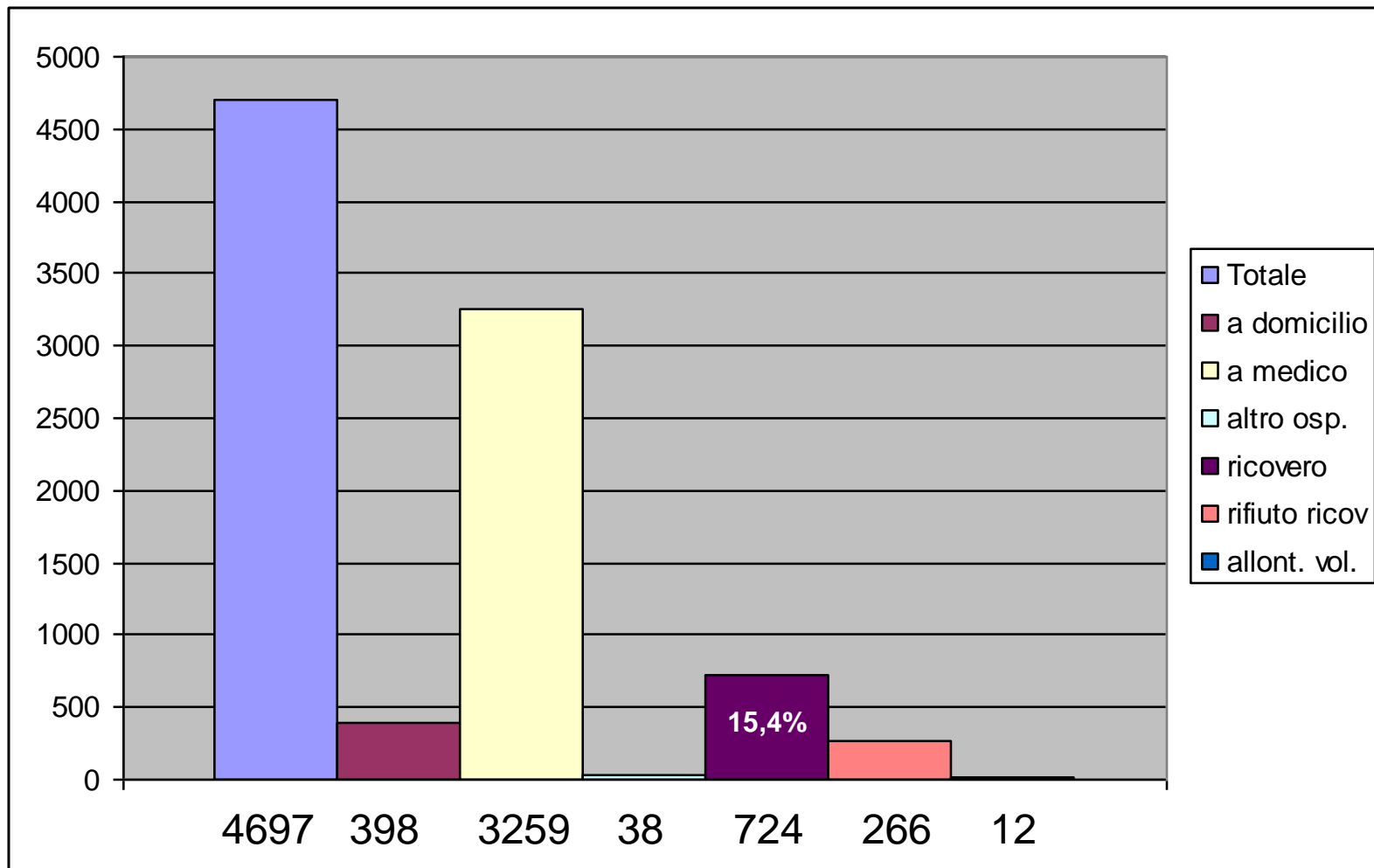
Il ricovero urgente in pediatria



PS pediatrico 2010



4 accessi a turno



SERVIZIO DIURNO PER L'EMERGENZA (S.D.E.)

La distinzione tra il tempo medio deputato all'emergenza in P.S. e l'emergenza interna (Sala Parto) è VARIABLE.

Sulla base dei dati di attività di P.S. registrati nell'anno 2000 ne deriva:

TURNO Antimeridiano: Tempo medio deputato esclusivamente alle prestazioni di

P.S. = 3 h/sett. S.P. = 7 h/sett

TURNO Pomeridiano: Tempo medio deputato esclusivamente alle prestazioni di

P.S. = 3 h/sett. S.P. = 7 h/sett

Tale attività viene svolta da una delle unità presenti al punto 2.

2004



SERVIZIO DIURNO PER L'EMERGENZA (S.D.E.)

La distinzione tra il tempo medio deputato all'emergenza in P.S. e l'emergenza interna (Sala Parto) è VARIABLE.

Tale attività viene svolta da una delle unità presenti.

2005

UNITÀ OPERATIVA PEDIATRIA (P.L. 8) (D.H. P.L. 2) - NEONATOLOGIA (P.L. 18)

1) **GUARDIA UTIN (h 24) = 168 h**

(Urgenze esterne + interne)

2) **GUARDIA NOTTE (h 12) = 84 h**

3) **SERVIZIO DI REPARTO (8 P.L. PEDIATRIA + NEONATOLOGIA) = 135 h**

(Accettazione pazienti e compilazione C.C.; visita e medicazione; dimissione con redazione di SDO e lettera di dimissione; colloqui parenti; contatti - cooperazione con servizi di diagnosi per ricoveri ordinari e di day hospital)

- Reparto Pediatria = 72 h

Mattino: 1 U. x 4 h x 6 gg. = 24 h

Pomeriggio: 1 U. x 6 h x 6 gg. = 36 h

Festivo: 1 U. x 12 h x 1 g. = 12 h

- Reparto di Neonatologia

1 U. x 6 h x 6 gg. = 36 h

Primario al 70% = 27 h

2010



Tempistica dell'assistenza

- Tempi attivi
- Tempi improduttivi
- Tempi accessori o indiretti

Peculiarità delle procedure pediatriche

- Legate all'età
 - Neonato - lattante
 - Prima infanzia
 - Seconda infanzia – adolescenza
- Alla tipologia di ricovero
 - Medico
 - Chirurgico
- All'intensità delle cure
 - Ordinario
 - Subintensivo
 - Intensivo

Analisi delle componenti di un “prodotto” (Indirette)

- Comunicazione delle indicazioni cliniche all'esecuzione del ricovero o di un esame
- Presentazione, discussione e accettazione del consenso informato
- Comunicazione all'utente dell'andamento del ricovero o della procedura
- Comunicazione dei risultati della procedura diagnostica o dimissione

Il prodotto “dimissione”

- Stesura della relazione di dimissione
- Trasmissione al medico curante con posta elettronica
- Illustrazione al paziente del contenuto
- Programmazione di accertamenti e visita di controllo – consegna e/o prescrizione dei farmaci

- L'esecuzione degli “atti accessori” non può essere facoltativa e non vincolante; al contrario rientra a pieno titolo nella “buona pratica clinica ed assistenziale”, è indice di qualità organizzativa e quindi di qualità percepita dall'utente paziente.

Il lavoro prestato è misurabile?

- Tempi medi impiegati per la realizzazione del singolo servizio
- Appropriatelyzza del servizio
- Omogeneità degli skill professionali dei componenti l'equipe
- Variabilità del numero di figure impiegate

L'efficienza del lavoro prestato è misurabile?

- Professionalità
- Competenza individuale
- Capacità di interazione e cooperazione nel lavoro in equipe
- Motivazione

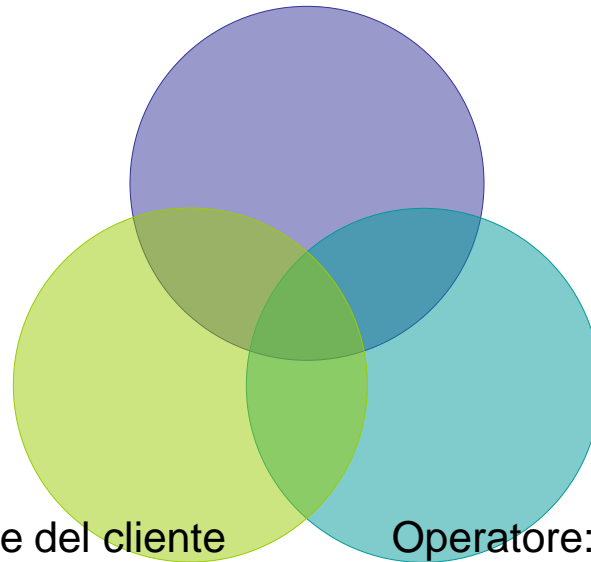
- Abbandonato il concetto di pianta organica predefinita, la legislazione fissa l'obbligo di definire il fabbisogno di personale attraverso la rilevazione del carico di lavoro.
- Nella realtà quello che tuttora prevale è la necessità di contenere i costi, e per questo, invece che la rilevazione dei carichi di lavoro, sono utilizzati indicatori ricavati da percorsi di negoziazione basati sulle vecchie norme.

PROPOSTA

individuare pesi standard da
attribuire ai singoli servizi
offerti sulla base di
considerazioni di
appropriatezza medica

Mercato sanitario - Conflitti

Committente: Efficienza



Utente: Efficacia/Soddisfazione del cliente

Operatore: Qualità professionale/efficacia

Grazie per l'attenzione

