

La metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale



Assistenza Ospedaliera



Assistenza Territoriale



AGENAS

Ministero della
Salute (DGPROG)

**Definizione di una
metodologia per la
determinazione del
fabbisogno di
personale**

Regioni (gruppo di lavoro 2021):

- Campania
- Emilia Romagna
- Friuli Venezia Giulia
- Liguria
- Lombardia
- Marche
- Piemonte
- Prov. Autonoma di Trento
- Puglia
- Sardegna
- Umbria
- Veneto

Consulenti:

- Università di Torino
- Università Sant'Anna
- KPMG
- AlmaViva

Risorse Impegnate

NEWS

Delibera **14.01.2022**

Gruppo di Lavoro:

MEF

MdS

Regione Veneto, E.R. e Lombardia

Università

Direttore Sanitario A.O.

Referenti Spedalità privata e
religiosa



Il personale interessato dalla metodologia

- Dirigenza Medica
- Comparto Sanitario:
 - Infermiere-Infermiere Pediatrico;
 - Infermiere pediatrico;
 - Ostetrico;
 - Tecnico sanitario di laboratorio biomedico;
 - Tecnico sanitario di radiologia medica;
- Comparto Tecnico
 - Operatore Socio-Sanitario.



La quantificazione del fabbisogno di dirigenti medici è stata calcolata per:

REPARTO	Unità Operative di degenza	Area Materno Infantile	Anestesia e Rianimazione
SERVIZI	Area Emergenza e Urgenza	Servizi metodo 2017	
ALTRI SERVIZI	Altri Servizi Sanitari e Generali		



Tipologia di Ospedale				
Valori minimi in FTE	PPI	Pronto Soccorso	DEA I	DEA II
Dirigenti Medici	3-6	6-14	12-24	24-40
Infermieri	6-12	12-18	16-48	48-70
OSS	3-5	3-5	6-10	9-12

Il fabbisogno per l'area dell'emergenza e urgenza tiene conto del ruolo di ciascuno stabilimento nella rete EMUR

Dotazione AS IS nell'area emergenza-urgenza anno 2022

Regione	Medici			Infermieri		
	Fabbisogno minimo	Fabbisogno massimo	Dotazione FTE	Fabbisogno minimo	Fabbisogno massimo	Dotazione FTE
Regione 1	522	994	665	974	1.644	2.401
Regione 2	120	240	179	224	380	408
Regione 3	270	526	177	372	774	471
Regione 4	756	1.496	713	1.290	2.584	2.533
Regione 5	312	620	347	464	966	1.026
Regione 6	186	374	190	276	706	675
Regione 7	150	298	156	266	518	539
Regione 8	630	1.130	466	1.166	2.052	1.783
Regione 9	348	692	491	628	1.246	1.684
Totale	3.294	6.370	3.384	5.660	10.870	11.520

Tipologia di Ospedale				
Valori minimi in FTE	PPI	Pronto Soccorso	DEA I	DEA II
Dirigenti Medici	3-6	6-14	12-24	24-40
Infermieri	6-12	12-18	16-48	48-70
OSS	3-5	3-5	6-10	9-12

Fonte: elaborazione Agenas su dati trasmessi dalle regioni, applicazione della metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale SSN anno 2022.



Disciplina Medicina Emergenza Urgenza

Regione	Medici	
	Strutture pubbliche	Strutture private
ABRUZZO	274	
BASILICATA	15	
CALABRIA	25	
CAMPANIA	548	3
EMILIA ROMAGNA	550	3
LAZIO	533	91
LIGURIA	122	11
LOMBARDIA	353	35
MARCHE	88	1
PA BOLZANO	10	
PA TRENTO	46	
PIEMONTE	229	
PUGLIA	240	17
SARDEGNA	103	
SICILIA	328	17
TOSCANA	657	3
UMBRIA	42	
VALLE D'AOSTA	11	2
VENETO	135	16
Totale complessivo	4309	200

Fonte: elaborazione
Agenas su Conto
Annuale tabella 1F -
2022

Dirigenza medica

Approfondimenti svolti dal gruppo ristretto

Terapie intensive

- Il confronto tra dotazione e fabbisogno atteso di anestesisti presentava in alcuni casi delta che hanno richiesto approfondimenti.
- È stata svolta un'analisi ad hoc sui dati comunicati dalle regioni per le attività di sala operatoria.
- È stato richiesto alla regioni di revisionare i file di rilevazione dell'attività di sala operatoria correggendo le incongruenze rilevate.

Medicina di emergenza urgenza (MCAE – cod. 51)

- Il cod. 51 non è stato oggetto di specifica analisi nell'ambito della metodologia.
- È stata rilevata eterogeneità tra le regioni nell'imputazione delle ore lavorate per tale disciplina, derivante da modelli organizzativi regionali differenti.
- È stato svolto un approfondimento sui flussi di produzione e PL per le regioni che utilizzano tale reparto.
- È in corso di valutazione l'inclusione dell'MCAE all'intero dell'Area E / U.

Pesi Medici

- Sono stati rideterminati i pesi medici definiti dall'attuale metodologia, mediante l'utilizzo dei valori di produzione e delle ore lavorate all'anno 2022.

% Ambulatoriali

- Le regioni del gruppo ristretto hanno segnalato che alcuni pesi (%) assegnati alle discipline per tener conto dell'incidenza dell'attività ambulatoriale sul totale delle ore lavorate dai medici potrebbero essere sottostimati rispetto all'effettivo impegno medico.
- È in corso di valutazione l'eventuale aggiornamento dell'incidenza dell'attività ambulatoriale sul totale delle ore lavorate dai medici.

Dal mese di febbraio 2024 è stato costituito un gruppo ristretto con la finalità di individuare le principali criticità riscontrate durante la fase di sperimentazione della metodologia ai dati 2022. Per quanto riguarda la dirigenza medica, gli approfondimenti hanno riguardato:

Dirigenza medica

Medicina e Chirurgia di Accettazione ed Emergenza

Per la disciplina MCAE è stato svolto un approfondimento finalizzato a mappare l'utilizzo di tale tipologia di reparto presso le regioni. È stato oggetto di analisi il flusso SDO ed il flusso HSP-12 per i posti letto:

Regione	Dimessi e Giornate di degenza			Transiti			Casistica	Posti Letto		TO
	N. dimessi in cui si verifica almeno un passaggio in MCAE	N. GG Degenza effettiva in cui i pazienti sono stati ricoverati in MCAE	Degenza Media	Numero complessivo dei transiti in MCAE*	Numero medio di transiti in MCAE per singolo episodio di ricovero	Degenza Media (transiti)		Peso medio DRG	N. PL di degenza	
EMILIA ROMAGNA	25.457	112.090	4,4	40.656	1,6	2,8	1,2	366	0,8	84
LAZIO	18.227	133.410	7,3	34.114	1,9	3,9	1,2	575	1,0	64
LIGURIA	12.277	62.081	5,1	19.988	1,6	3,1	1,2	289	1,9	59
CAMPANIA	6.237	37.622	6,0	10.768	1,7	3,5	1,4	179	0,3	58
SICILIA	5.060	41.719	8,2	8.701	1,7	4,8	1,4	219	0,5	52
TOSCANA	3.608	15.925	4,4	6.307	1,7	2,5	1,3	135	0,4	32
FRIULI VENEZIA GIULIA	3.421	15.328	4,5	5.301	1,5	2,9	1,4	79	0,7	53
MARCHE	2.641	13.974	5,3	4.685	1,8	3,0	1,3	123	0,8	31
LOMBARDIA	2.528	7.066	2,8	3.423	1,4	2,1	1,5	23	0,0	84
CALABRIA	2.476	22.277	9,0	4.583	1,9	4,9	1,3	64	0,3	95
PROV. AUTON. BOLZANO	1.241	5.939	4,8	2.355	1,9	2,5	0,9	14	0,3	116
MOLISE	809	1.947	2,4	1.218	1,5	1,6	1,1	15	0,5	36
VALLE D' AOSTA	678	2.531	3,7	905	1,3	2,8	1,4	4	0,3	173
BASILICATA	208	1.238	6,0	388	1,9	3,2	1,6	26	0,5	13
Totale	84.868	473.147	5,6	143.392	1,7	3,3	1,3	2.111		61

* tiene conto dei 15 possibili trasferimenti tra reparti, comprese le discipline di ammissione e dimissione

Regioni che non utilizzano il codice 51

Abruzzo
Puglia
Piemonte
Prov. Auton. Trento
Veneto
Umbria
Sardegna



Dall'approfondimento è emerso che non tutte le regioni hanno programmato reparti MCAE e che tra le regioni in cui sono presenti vi è eterogeneità di utilizzo (es. degenza media). Per le regioni che hanno partecipato alla fase sperimentale l'analisi è stata replicata anche per singolo stabilimento.

È in corso di valutazione l'ipotesi di includere il fabbisogno di medici di MCAE all'interno dell'Area dell'Emergenza – Urgenza.

Relazione allegata al Conto annuale 2023 (Consuntivo attività)

Relazione allegata - Enti del Servizio Sanitario Nazionale

La puntuale definizione dei fabbisogni di personale necessita di numerose informazioni, fra le quali una misura del tempo lavorato dal personale. Per non aumentare le incombenze amministrative degli enti aggiungendo una nuova rilevazione, si è scelto di rifocalizzare l'obiettivo della Relazione allegata al conto annuale per gli enti del Servizio Sanitario Nazionale che per anni ha raccolto informazioni sul tempo lavorato, seppur con un diverso approccio.

In collaborazione con il Ministero della Salute ed AGENAS è stata messa a punto la struttura della nuova rilevazione che avrà come riferimento l'attività svolta nell'anno 2023. Analogamente a quanto avviene per il conto annuale e per il monitoraggio trimestrale, le informazioni della Relazione allegata al conto annuale raccolte tramite SICO saranno inviate al sistema informativo NSIS del Ministero della Salute e condivise con AGENAS.

Queste istruzioni di rilevazione ed ogni altra notizia utile allo svolgimento della stessa, saranno inserite sul sito della RGS a questo indirizzo: https://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-I/e-government/amministrazioni_pubbliche/personale_delle_pa/relazione_allegata_al_conto_annuale/

Chi effettua la rilevazione

Attraverso SICO compileranno la rilevazione:

- le **Aziende Sanitarie Locali** e le **Aziende Ospedaliere**, ovvero gli Ospedali a gestione diretta costituiti in azienda ai sensi dell'art. 4, comma 1, del d.lgs. 502/1992;
- le **Aziende Ospedaliere Universitarie**;
- gli **Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico**.

Tutte le restanti tipologie di enti appartenenti al Servizio Sanitario Nazionale, compreso l'ESTAR, l'Azienda regionale per l'emergenza sanitaria - ARES 118 e l'AREU – Azienda regionale per l'emergenza e l'urgenza, **redigono la relazione illustrativa** sulla gestione del personale, da inviare all'indirizzo di posta elettronica igof13.rgs@mef.gov.it entro il medesimo termine.

Per la corretta definizione dei fabbisogni è necessario acquisire informazioni non solo sugli enti della sanità pubblica, ma **anche sulle strutture della sanità privata delle seguenti tipologie** che già forniscono tramite SICO alcune informazioni sul personale:

- **Case di Cura Private Accreditate**
- **Policlinico Universitario Privato**
- **Ente di Ricerca Privato**
- **IRCCS Privato**
- **IRCCS Fondazione**
- **Istituto Qualificato Presidio della U.S.L.**
- **Ospedale Classificato o Assimilato L. 132/1968**

Non sono invece richieste informazioni alle Case di cura private non accreditate e ai Dipartimenti di salute mentale privati.



Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

26-29 NOVEMBRE 2024
AREZZO FIERE E CONGRESSI

19

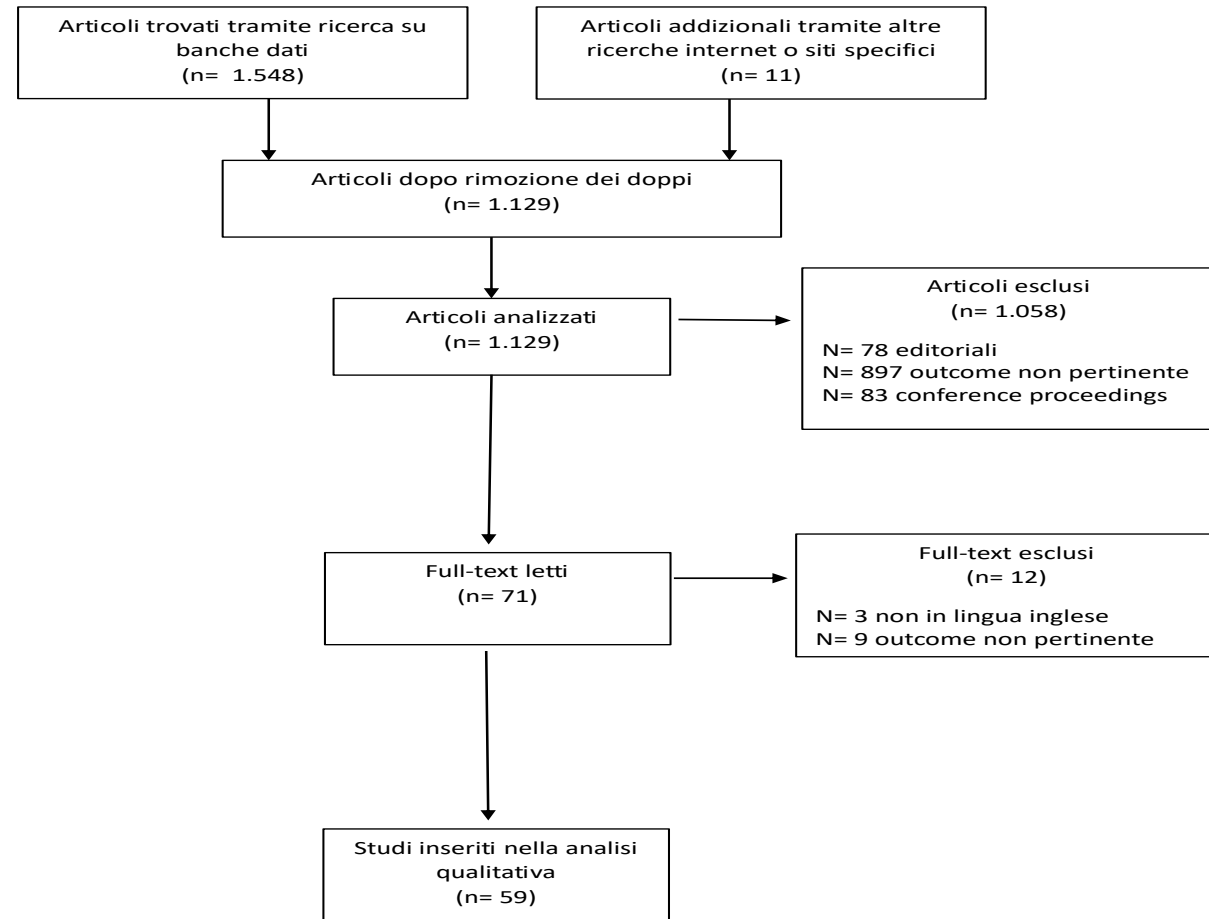
Revisione letteratura sui sistemi di emergenza e urgenza extra e intra - ospedalieri

- Condotta, nei mesi tra settembre e novembre 2024, una revisione sistematica della letteratura per valutare il funzionamento dei sistemi di emergenza – urgenza extra e intra ospedalieri in Europa.

Metodologia della ricerca

Query
<p>Search: Healthworkforce and emergency care Filters: Legislation</p> <p>emergency care: "emergency treatment"[MeSH Terms] OR ("emergency"[All Fields] AND "treatment"[All Fields]) OR "emergency treatment"[All Fields] OR ("emergency"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "emergency care"[All Fields] OR "emergency medical services"[MeSH Terms] OR ("emergency"[All Fields] AND "medical"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "emergency medical services"[All Fields]</p>
<p>Search: Healthworkforce and emergency care Filters: Guideline</p> <p>emergency care: "emergency treatment"[MeSH Terms] OR ("emergency"[All Fields] AND "treatment"[All Fields]) OR "emergency treatment"[All Fields] OR ("emergency"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "emergency care"[All Fields] OR "emergency medical services"[MeSH Terms] OR ("emergency"[All Fields] AND "medical"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "emergency medical services"[All Fields]</p>
<p>Search: Healthworkforce and emergency care Filters: Government Publication</p> <p>emergency care: "emergency treatment"[MeSH Terms] OR ("emergency"[All Fields] AND "treatment"[All Fields]) OR "emergency treatment"[All Fields] OR ("emergency"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "emergency care"[All Fields] OR "emergency medical services"[MeSH Terms] OR ("emergency"[All Fields] AND "medical"[All Fields] AND "services"[All Fields]) OR "emergency medical services"[All Fields]</p>

Prisma Flow chart della ricerca



Standard ospedalieri

Il sistema a livello Europeo

Il sistema [emergenza-urgenza](#) intraospedaliero, a livello europeo, vede molti punti in comune nei diversi Paesi Europei

- vengono garantiti per legge e attivi negli ospedali in tutti gli Stati Membri;
- per il triage nei PS sono maggiormente coinvolti gli infermieri;
- organizzati per diversi livelli di complessità, sulla base dei numeri degli accessi annui e del tipo di patologie trattate;
- organizzazione in rete;
- vi è la presenza, l'utilizzo e la condivisione di protocolli prestabiliti e standardizzati.

In letteratura, spesso non viene indicato il numero di personale in servizio né gli standard adottati o da adottare, per cui un vero e proprio confronto non è possibile a livello europeo, ma emergono interessanti spunti per facilitare il calcolo dei fabbisogni del personale nei pronto soccorso, al fine di garantire il diritto al soccorso degli utenti e di garantire cure sicure, efficienti ed efficaci.

Alcune raccomandazioni e standard presenti in letteratura possono essere utilizzati e riadattati localmente. Considerare che:

- i PS svolgono visite il 26,1% di tutte le visite ambulatoriali ospedaliere,
- il 25% della popolazione visita il pronto soccorso ogni anno,
- 70-80% dei ricoveri ospedalieri che avviene presso il pronto soccorso;
- la formazione del personale e la capacità di rispondere in tempi rapidi alle emergenze, sono strategie essenziali.
- L'informatizzazione può aiutare nell'allineamento dei sistemi di attribuzione dei codici di gravità dei pazienti tra il soccorso extra-ospedaliero e intraospedaliero.
- In merito alla formazione, il Royal college of Nursing (14), raccomanda la presenza di almeno il 50% del personale infermieristico deve possedere un master in emergenza urgenza; e tutto il personale in emergenza e urgenza deve essere comunque formato per affrontare le emergenze.
- i tempi medi spesi da tipi di personale differenti nei primi contatti con gli utenti. Il personale medico, nel primo contatto con un paziente spende in media circa 31.1 minuti, arrivando a spendere, per ogni 100 casi trattati, di 212.8 ore così suddivise: a) 112.8 da infermieri, b) 77.5 da medici e c) 25.5 da altro personale);
- Per gli standard di unità operative di emergenza e urgenza, la stessa WHO, già dal 2021, indica la presenza di 1 infermiere ogni 8 pazienti, per tutti i turni, con un rapporto medici infermieri di 1 a 3;

Per i **Pronto Soccorso**, vengono definiti alcuni modelli, che raccomandano uno standard o algoritmi, tenendo conto che numeri di infermieri maggiori e maggiormente preparati, impattano sui:

- livelli generali dell'assistenza fornita,
- *outcome* di salute
- tassi di abbandono del PS da parte degli utenti
- tempi di attesa per la ricezione della prima visita,
- livelli di soddisfazione sulla qualità del servizio ricevuto,

Per considerare i fabbisogni di personale per un servizio di PS ospedaliero, bisogna inoltre considerare i) Fattori legati ai pazienti (per es. acuzie e volume del numero dei pazienti); ii) fattori legati al personale; iii) fattori legati all'ospedale stesso e iv) fattori ulteriori, in primis la imprevedibilità del settore emergenza-urgenza.

Le raccomandazioni della letteratura

- considerare il numero di personale espresso in Full Time Equivalent/Whole Time Equivalent (FTE/WTE), vale a dire sul calcolo delle ore che effettivamente vengono lavorate in un anno, e non sul numero delle persone (teste);
- nel calcolo del monte orario annuo per ricavare il numero di FTE/WTE in servizio e a tendere, rimuovere il 20% delle ore contrattualizzate;
- si raccomanda di considerare uno skill mix tra personale infermieristico e di assistenza generalizzata nel rapporto del 85%/15%, o quantomeno dell'80%;
- si raccomanda la presenza di circa 1 infermiere per ogni 1.000 accessi in PS, con un intervallo che va da 0.7 all'1.5, escludendo il personale per il triage e il personale per il fenomeno del *boarding*.
- Per calcolare i tempi necessari di assistenza per gli utenti, utilizzare dati storici, che riprendano il numero e le tipologie di accesso per diagnosi e gravità, associandone un set di interventi da garantire e calcolandone i relativi tempi.
- Esistono alcuni sistemi, tra cui il Workload Indicators of Staffing Need – WISN, WHO (Workload indicators of staffing need (WISN)), o il Nursing Hours per Patient Presentation (NHpPP,);
- considerare la variabilità del personale in servizio nei diversi turni, sulla base dei dati storici di accesso in base ai giorni (festivi/feriali) e momento della giornata (mattino – pomeriggio – notte);
- Il personale di agenzia di lavoro esterna, non deve essere più del 20% del personale dipendente;
- Per il triage, copertura del turno 24 ore su 24 e 7 giorni su 7, alcune raccomandazioni riportano di garantire la presenza di almeno 1 infermiere di triage per ospedali con un numero di accessi inferiori a 40.000 l'anno, e due infermieri per accessi superiori ai 40.000 accessi annui (31,32).
- Resuscitation Area: 1 infermiere per paziente;
- Minimo 1 infermiere ogni 3 pazienti in area emergenza/urgenza in PS.

Normativa italiana OBI

TABELLA 1: DOTAZIONE ORGANICA MINIMA OBI

<i>FIGURE PROFESSIONALI</i>	<i>FINO A 4 POSTAZIONI</i>	<i>DA 5 A 8 POSTAZIONI</i>	<i>DA 9 A 15 POSTAZIONI</i>
<i>MEDICO</i>	1 UNITÀ (in condivisione con PS)	60 min/die per postazione	60 min/die per postazione
<i>INFERMIERE</i>	1 UNITÀ (in condivisione con PS)	1 UNITÀ H 24	2 UNITÀ H 24
<i>OSS</i>	1 UNITÀ nelle 12 ore diurne (in condivisione nelle ore notturne)	1 UNITÀ nelle 12 ore diurne (in condivisione nelle ore notturne)	1 UNITÀ H 24

Regione Toscana

Delibera Giunta Regionale 806 del 24-07-2017 “**Modello organizzativo per percorsi omogenei in Pronto Soccorso. Linee di indirizzo.**” sono indicati i parametri per il fabbisogno di personale medico e infermieristico

Tabella 1. Personale infermieristico

Personale infermieristico per triage	<ul style="list-style-type: none"> • da 0 a 10.000 accessi la funzione è svolta al bisogno dal personale delle linee di attività • da 10 a 20.000 accessi funzione garantita h12 diurne con personale dedicato e nel notturno svolta al bisogno • da 20 a 40.000 accessi funzione garantita con 1 postazione h 24 • da 40 a 60.000 accessi funzione garantita con 1 postazione h 24 + potenziamento h12 diurne • da 60 a 80.000 accessi funzione garantita con 2 postazioni h24 • oltre 80.000 accessi funzione garantita con 3 postazioni h24
Personale infermieristico per Aree percorsi così distribuiti per complessità del percorso	<ul style="list-style-type: none"> • 1 infermiere / 1500 accessi • 15% (alta) • 50% (intermedia) • 35% (bassa)
Personale infermieristico per OBI/HDU	<p>per posti letto</p> <p>1 infermiere h 24 modulato come segue:</p> <ul style="list-style-type: none"> • da 0 a 3 letti funzione garantita dal personale delle sale visita e trattamento • da 4 a 8 letti 1 infermiere h24 • da 8 a 16 letti 2 infermieri h24 • da 16 a 24 letti 3 infermieri h24

Tabella 2. Personale medico (tempo medico per paziente espresso in ore)

Alta complessità clinico assistenziale	1,5
Media complessità clinico assistenziale	0,75-0,80
Bassa complessità clinico assistenziale	0,22-0,25
HDU	1,5 (riferito all'arco delle 24h)
OBI	0,75 (riferito all'arco delle 24h)

Nota: Il dato è stato ottenuto mediante una proiezione dei dati relativi agli attuali codice colore stimando che i codici 2 ricomprenderanno circa la metà degli attuali codici gialli, i codici 3 costituiranno oltre il 50% della casistica

Regione Campania

Nella DGR n. 593 del 22/12/2020 di approvazione del documento recante disciplinare tecnico “**Metodologia di determinazione del Fabbisogno di Personale del SSR**” pubblicato sul BURC n. 249 del 28/12/2020 si individuano i seguenti valori di riferimento (tabella 5), che riprendono quelli indicati nella metodologia AGENAS.

Numero unità Area Emergenza-Urgenza								
Figure Professionali	PPI		Pronto Soccorso		DEA I		DEA II	
	MIN	MAX	MIN	MAX	MIN	MAX	MIN	MAX
Dirigenti Medici	3	6	6	14	12	24	24	40
Infermieri	6	12	12	18	16	48	48	70

Regione Lazio

Nel Decreto del Commissario ad acta n. U0008 del 10/02/2011: modifica dell'Allegato 1 al Decreto del Commissario ad Acta U0090/2010 per: a) attività di riabilitazione (cod. 56), b) attività di lungodegenza (cod. 60); c) attività erogate nelle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) per i livelli prestazionali: R1, R2, R2D e R3 - Approvazione Testo Integrato e Coordinato denominato "**Requisiti minimi autorizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie e socio sanitarie**", si individuano valori di riferimento del personale come di seguito rappresentati

DIRIGENTI MEDICI				
	PPI	PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO	DEA I LIVELLO	DEA II LIVELLO
PRONTO SOCCORSO	Non inferiore a 1 unità per durata di apertura (h12/24).	1 H24 fino a 25000 accessi/anno.	9 unità per 25000 accessi/anno + 1 unità ogni esubero di 4000 accessi fino a 50000. Oltre tale limite si aggiunge 1 Unità ogni esubero di 8000 accessi.	11 unità per 50000 accessi/anno + 1 unità ogni esubero di 8000 accessi.
MEDICINA D'URGENZA			° 4 unità per 1500 assistiti/anno+ 1 unità ogni esubero di 500 per la degenza ordinaria. ° 1 Unità per la sezione subintensiva non inferiore a 4 PL.	° 4 unità per la degenza ordinaria per un limite minimo di 1.500 assistiti/anno + 1 unità per ogni esubero ulteriore di 500 assistiti /anno. ° 2 unità per la gestione di 4-8 letti subintensivi + 1 unità per l'esubero ulteriore di 8 letti.

INFERMIERI				
	PPI	PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO	DEA I LIVELLO	DEA II LIVELLO
PRONTO SOCCORSO	Non inferiore a 1 unità per durata di apertura (h12/24).	° 3 unità H24 ° 1 unità per il Triage H12. ° 1 unità di coordinamento	° 20 unità distribuite su tre turni con modulo di distribuzione 5-5-3 per volumi di accessi di 25.000-35.000/anno + 1 unità per ogni esubero di 15.000 accessi. ° 1 unità di coordinamento	° 30 unità, distribuite su tre turni con modulo 6-6-4 per un volume di accessi 50.000/anno + 1 unità per ogni ulteriore esubero di 10.000 accessi/anno. ° 1 unità di coordinamento
MEDICINA D'URGENZA			per una sezione di 15/20 posti letto → 24 unità + 1 unità per turno per un esubero di 10 posti letto, distribuiti come di seguito riportato: - 3 unità H24 per l'assistenza ordinaria; - 1 unità H24 per l'assistenza subintensiva; - 1 coordinatore.	per una sezione di 20/30 posti letto → 30 unità con la seguente distribuzione: - 4 unità H24 per l'assistenza ordinaria. - 2 unità H24 per l'assistenza subintensiva per un numero di posti letto non inferiore a 8. - 1 coordinatore.

SIMEU

Nel documento “Standard di riferimento 2021 per le unità di Medicina di Emergenza Urgenza (Medicina e Chirurgia d’Accettazione e d’Urgenza) nella rete ospedaliera italiana MODELLI ORGANIZZATIVI E PERSONALE” approvato dal Consiglio Direttivo Nazionale SIMEU in data 29 maggio 2021, vengono definiti gli standard relativi al personale di pronto soccorso, tenuto conto del numero di accessi medi in funzione del ruolo che il presidio ricopre all’interno della rete emergenza-urgenza.

DIRIGENTI MEDICI		
ATTIVITÀ	LIVELLO	
	PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO	DEA
PRONTO SOCCORSO	5 unità + n° accessi x 0,20/1000	5 unità + n° accessi x 0,26/1000
OBI	0,36 unità x n° postazioni	
TSI (cod 51 HDU)	0,72 unità x n° posti letto → - 3 unità per 1 turno h12 per i primi 4 posti; - 4.5 unità per 1 turno h12 e 1 turno h6 con 6 letti; - 6 unità per 1 turno h24 con 8 letti.	
INFERMIERI		
ATTIVITÀ	LIVELLO	
	PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO	DEA
TRIAGE	n° accessi x 0,35/1450	
PRONTO SOCCORSO	° 7 unità + n° accessi x 0,40 /1000	7 unità + n° accessi x 0,53 /1000
OBI	0,73 unità x n° postazioni	
TSI (cod 51 HDU)	1,44 unità x n° posti letto	
OSS		
ATTIVITÀ	LIVELLO	
	PRONTO SOCCORSO OSPEDALIERO	DEA
PRONTO SOCCORSO	5 unità + n° accessi x 0,16/1000	5 unità + n° accessi x 0,20/1000
OBI	0,22 unità x n° postazioni	
TSI (cod 51 HDU)	0,44 unità x n° posti letto	



Standard territoriali

Normativa europea

A livello europeo, il sistema di emergenza–urgenza extra-ospedaliero, nonché sui requisiti da rispettare per i mezzi di soccorso (ambulanze e in generale, trasporto di assistiti), è regolato dalla normativa CEN 1789:2020 ([CEN - CEN/TC 239](#)). I Paesi membri, sulla scorta di questa normativa, hanno organizzato i sistemi di soccorso extra – ospedaliero, in maniera simile. Difatti, vi è la presenza di una centrale operativa di risposta alle chiamate di emergenza degli utenti, che effettua un primo triage telefonico, che va a identificare il tipo di mezzo e personale da inviare sul posto.

Per quanto attiene ai tipi di mezzo di soccorso, infatti, in ordine di livello decrescente di urgenza e pericolo per la vita, abbiamo le ambulanze di tipo C, che rappresentano delle vere e proprie unità di terapia intensiva mobili, le ambulanze di emergenza di tipo B e le ambulanze di tipo A1 e A2, riservate al trasporto non urgente di pazienti.

L'approccio al sistema di soccorso potrebbe essere diverso nei Paesi Europei. Si parla difatti di sistemi che possono essere:

- anglo-americano o “load & go”;
- franco-tedesco o “stay & stabilise”;
- sistemi ibridi.

Il tipo di modello organizzativo, impatta sul tipo di personale a bordo: maggiormente presente il tipo di personale paramedico nel sistema anglo-americano;

Non è possibile un confronto per il personale previsto, ma tutti i Paesi prevedono formazione del personale e presenza del medico a bordo nei casi gravi a rischio vita.

País	Franco-alemán	Híbrido	Anglo-american
Austria*	X		
Bélgica	X		
Bulgaria	X	X	X
Croacia ⁷	X		
Chipre ^{1,6}			X
Chequia ⁶	X		
Dinamarca ^{8,9}	X	X	
Estonia	X		
Finlandia ^{6,9,10}	X	X	X
Francia ^{6,11}	X		
Alemania ¹²	X		
Grecia ^{6,13}	X	X	X
Hungria ^{6,14}	X		
Islandia		X	X
Irlanda ^{15,16}			X
Italia ^{6,17}	X		
Letonia ⁶	X		
Liechtenstein ⁷	X		
Lituania ¹⁸	X	X	X
Lussemburgo ⁶	X		
Malta ⁶	X	X	
Países Bajos ^{4,6,19,20}		X	X
Noruega ^{20,21,22,23}	X	X	X
Polonia ²³	X	X	
Portugal ⁶	X	X	X
Rumania ^{6,7}	X	X	X
Eslovaquia ^{6,7}	X		
Eslovenia ⁶	X	X	
España ⁶	X	X	X
Suecia ^{22,5}		X	X
Suiza ^{1,6}	X	X	
Reino Unido	X	X	X

Riief et al, 2023.

Caratteristiche dell'organizzazione del sistema di soccorso extra-ospedaliero Ambulanze

Caratteristiche dell'organizzazione del sistema di soccorso extra-ospedaliero Ambulanze				
Paese	Livello Nazionale	Livello Regionale	Livello locale	Altro
Belgio	✓	✓		
Croazia			✓	
Repubblica Ceca	✓	✓		
Estonia		✓		
Germania	✓	✓		
Ungheria	✓			
Irlanda	✓			✓
Lettonia	✓			
Lituania			✓	
Paesi Bassi	✓	✓		
Norvegia		✓	✓	
Spagna		✓		
Turchia	✓		✓	
Regno Unito		✓		✓

Tradotta e riadattata da Bos et. 2015

Partner del servizio di soccorso extra-ospedaliero

	Ospedali	Medici di medicina generale	Istituti di cure mentali	Dipartimento di polizia	Dipartimento dei vigili del fuoco	Altro
Belgio	✓				✓	
Croazia	✓			✓	✓	
Repubblica Ceca	✓	✓			✓	
Estonia	✓	✓	✓	✓	✓	
Germania	✓		✓		✓	
Ungheria		✓				
Irlanda	✓	✓			✓	
Lettonia	✓	✓		✓	✓	✓
Lituania	✓			✓	✓	
Paesi Bassi	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Norvegia	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Spagna						✓
Turchia	✓			✓	✓	✓
Regno Unito	✓	✓	✓			✓

Tradotta e riadattata da Bos et. 2015

**Caratteristiche
dell'organizzazione del
sistema di soccorso
extra-ospedaliero
Ambulanze**

Paese	Livello 1	Tempo di risposta in minuti	Livello 2	Tempo di risposta in minuti	Livello 3	Tempo di risposta in minuti	Livello 4	Tempo di risposta in minuti	Livello 5
Belgio	Team urgenze (medico e infermiere)		Infermiere e personale di ambulanza		Staff di Ambulanza				
Repubblica Ceca	Priorità 1 e 2: team col medico	20	Priorità 3 e 4: team senza medico	20	Elicottero se trauma severo	20	B		
Estonia	D – Critical: ALS	15	C – Urgent: rischio di vita potenziale	20	B – Non critical: problema medico	30	A – Non urgent: trasporto	120	
Germania	Ambulanza con allarme e immediato invio	5	Ambulanza senza allarme	10	Ambulanza con medico a bordo	5			
Ungheria	Livello medico	15	Livello infermieristico	15	livello con squadra di soccorso	15			
Irlanda	codice Echo: arresto cardiaco o respiratorio	8	codice Delta: minaccia per la vita (no arresto cardiaco o respiratorio)	8	Codice Charlie: problema serio ma non a rischio vita - immediato	19	Codice Bravo: problema serio ma non a rischio vita - urgente	19	Codici Alpha e Omega: problema non serio e nessuna minaccia per la permanenza in vita, trauma o infrotunio minore
Lettonia	1 – alta priorità: pericolo di vita	Ambulanza attivata in 1 minuto. Tempo di arrivo 8-10 minuti	2 – alta priorità: situazione che può diventare un rischio per la permanenza in vita high	Ambulanza attivata in 2 minuti. Tempo di arrivo 10-15 minuti	3 – Bassa priorità: consultazione telefonica con medico	Visita medica entro 2 ore	4 – Non necessario il team delle urgenze. Solo consultazione telefonica	Trasporto in ambulanza programmato entro 3-4 ore	
Lituania	Immediato	15	Urgente	25	Programmato	60			

**Caratteristiche
dell'organizzazione del
sistema di soccorso
extra-ospedaliero
Ambulanze**

Paese	Livello 1	Tempo di risposta in minuti	Livello 2	Tempo di risposta in minuti	Livello 3	Tempo di risposta in minuti	Livello 4	Tempo di risposta in minuti	Livello 5
Paesi Bassi	codice A1: una minaccia acuta alle funzioni vitali del paziente o da escludere solo dopo una valutazione da parte dell'unità ambulanza in loco	15	Codice A2: una richiesta di cure che non comporta una minaccia immediata alla vita, ma può comportare (gravi) danni alla salute	30	B: trasporto programmato				
Norvegia	codice rosso: invio immediato. Situazione acuta	il 90% deve arrivare in loco in 12 minuti (per le città) o in 25 minuti (zone rurali)	Giallo - Urgente	in loco entro 5 - 20 minuti	Verde: cure usuali e programmate	nessuna priorità			
Spagna	Emergenza: solo unità di cura avanzate con medico e infermiere	8	Urgenze: unità di base	20	Trasporto programmato in anticipo				
Turchia	Codice rosso: ALS - team avanzato	10	Codice BLU: BLS, trasporto interospedaliero	0					
Regno Unito	Cat A o ROSSO: emergenza	8	Cat A o codice rosso 2: condizioni serie a rischio permanenza in vita	8	Codice B: condizione seria ma non a rischio per la vita	19	Qualsiasi altra condizione non urgente	30	Qualsiasi altra chiamata non urgente che richiede consulto telefonico con un professionista sanitario

Raccomandazioni:

- il numero di team di soccorso extraospedaliero, dovrebbe essere di 1 team ogni 50.000 persone, per garantire dei tempi di risposta di circa 4-6 minuti (McSwain, 1991);
- molti Paesi Europei (Paesi Bassi, Spagna, Norvegia, Svezia, Danimarca, Islanda, Estonia, Germania sembra riescano a garantire questo standard;

Alcune proposte per calcolare il numero di ambulanze necessarie, da integrare a quello del calcolo sul numero della popolazione servita, possono essere:

- la considerazione del numero delle chiamate sulla base della fascia d'età della popolazione,
- calcolo delle motivazioni di salute che spingono le persone a chiamare i servizi di emergenza.

Inoltre, la creazione di un forum o di una piattaforma a livello europeo, che aiuti a mantenere in collegamento i diversi servizi per le emergenze extra ospedaliere, sarebbe auspicabile per un confronto e miglioramento continuo.



Normativa nazionale

Il Decreto Ministeriale del 2 aprile 2015, n. 70 regolamento recante “**definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera**”, attribuisce un mezzo di soccorso avanzato (ambulanza ALS) ogni 60.000 abitanti per la copertura di un territorio non superiore a 350 Kmq., con un correttivo specifico per la copertura ottimale nelle zone montane e pedemontane.

Regione Toscana

Nella DGR 30 giugno 2014 n. 544 “**Riorganizzazione delle Centrali Operative 118 della Regione Toscana**” si individua la dotazione organica minima delle sei centrali operative 118 previste dalla fase transitoria di riorganizzazione di cui alla DGR 1117/2013:

- MEDICO, presente nell'arco delle 24 ore, adeguatamente formato;
- PERSONALE INFERMIERISTICO DI RICEZIONE: per ciascun turno di servizio in un numero tale da rispettare il rapporto 1/200.000 abitanti, prevedendo comunque un minimo di 2 postazioni;
- PERSONALE TECNICO PER GESTIONE MEZZI ED ATTIVITA' DI SUPPORTO: per ciascun turno di servizio in numero compreso tra 1/2 e 2/3 del personale infermieristico, prevedendo comunque un minimo di 2 postazioni.

L'articolo 4 della Legge Regionale del 30 dicembre 2019, n. 83 “**Disciplina delle autorizzazioni e della vigilanza sulle attività di trasporto sanitario**” (pubblicato in GU n. 17 del 2-5-2020) definisce la composizione minima degli equipaggi delle autoambulanze in funzione delle tipologie del servizio di trasporto sanitario di soccorso come rappresentato in tabella

TIPOLOGIA AUTOAMBULANZA	PERSONALE	
Soccorso di base	a) un autista con attestato di soccorritore di livello base; b) un soccorritore di livello base.	
Primo soccorso	a) un autista con attestato di soccorritore di livello avanzato; b) un soccorritore di livello avanzato.	Se il numero di soccorritori di livello avanzato è >1, l'autista può essere in possesso dell'attestato di livello base.
Soccorso avanzato	a) un autista con attestato di soccorritore di livello avanzato; b) un soccorritore di livello avanzato; c) un medico in rapporto di dipendenza o convenzionale con l'azienda unità sanitaria locale (USL) oppure un infermiere in rapporto di dipendenza con l'azienda USL.	

Emilia-Romagna

Nella Delibera Giunta regionale n. 23 del 17 gennaio 2005 si definiscono i requisiti specifici di dotazione organica dell'emergenza-urgenza relativamente alla parte territoriale come di seguito rappresentato (tabella 10):

TIPOLOGIA	PERSONALE
Centrale Operativa	minimo 2 infermieri contemporaneamente
Postazioni territoriali 118	
Ambulanza	a) 1 infermiere b) 1 operatore con patente specifica
Automedica	a) 1 medico b) 1 infermiere di cui uno dei due autorizzati alla guida

Friuli-Venezia Giulia

Nella Delibera n. 1913 del 1° dicembre 2023 “**Sistema di emergenza urgenza territoriale nel Piano regionale di emergenza urgenza ricognizione e aggiornamento del modello organizzativo**” si definisce la composizione minima dei mezzi di soccorso come rappresentato in tabella

TIPOLOGIA MEZZO	PERSONALE
Ambulanza ALS	a) 1 infermiere b) 1 autista soccorritore adeguatamente formato c) 1 soccorritore di supporto adeguatamente formato.
Ambulanza BLS	a) 1 autista soccorritore b) 2 operatori tecnici/soccorritori con formazione BLS-D
Automedica	a) 1 medico adeguatamente formato b) 1 autista
Eliambulanza	a) 1 medico anestesista rianimatore b) 1 infermiere adeguatamente formati e in possesso delle necessarie certificazioni.

Indagine Nazionale Agenas sui servizi di Triage e CO 118

- Agenas ha condotto, nell'anno 2022 una indagine nazionale sui sistemi di triage e CO 118
- Il gruppo di lavoro è stato costituito da esperti e personale dell'Agenzia e composto da Danilo Bono, Antonio Ientile, Libero Mileti, Paolo Rosi, Lorena Martini, Francesco Enrichens, Luigi Apuzzo, Daniele Pandolfi.



Premessa

A 30 anni dalla emanazione del DPR 27.03.1992, norma fondamentale e innovativa che ha consentito lo sviluppo del sistema di soccorso Italia, è necessario sottolineare che l'autonomia organizzativa concessa dal DPR, unitamente all'assenza di ulteriori normative in grado di recepire i cambiamenti e le innovazioni professionali e tecnologiche, ha portato ad una organizzazione e gestione eterogenea del sistema di soccorso pre-ospedaliero.

Nel corso degli anni si sono venute a creare notevoli differenze, all'interno delle varie Regioni e Province Autonome, e spesso anche tra Province della medesima regione, sia dal punto di vista organizzativo che per numero e tipologie di mezzi a disposizione del sistema oltre che per la professionalità del personale coinvolto.

Premessa

La Conferenza Stato-Regioni del 1° agosto 2019 ha approvato le «**Linee di indirizzo nazionali sul triage Intraospedaliero, Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva e Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso**» che hanno introdotto:

- una modifica dei codici di priorità (passando dai codici colore ai codici numerici);
- maggiore attenzione alle caratteristiche e all'organizzazione dei pronto soccorsi, alle aree di umanizzazione e di accoglienza nonché alla formazione del personale in servizio.



Forum Risk Management

obiettivo sanità salute

26-29 NOVEMBRE 2024
AREZZO FIERE E CONGRESSI

38
19

Indagine Nazionale AGE.NA.S



Ministero della Salute

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO



Ministero della Salute

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA

Lo scopo dell'indagine è l'iniziale comprensione dei modelli operativi delle strutture afferenti al servizio emergenza-urgenza delle Regioni, nonché il grado di adozione e di aderenza alle «Linee di indirizzo nazionali sul triage Intraospedaliero, Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva e Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso» ai sensi dei documenti approvati in Conferenza Stato-Regioni del 1° agosto 2019.

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI

SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO

#ForumRisk19



www.forumriskmanagement.it

Premessa

La Conferenza Stato-Regioni del 1° agosto 2019 ha approvato le «**Linee di indirizzo nazionali sul triage Intraospedaliero, Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva e Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso**» che hanno introdotto:

- una modifica dei codici di priorità (passando dai codici colore ai codici numerici);
- maggiore attenzione alle caratteristiche e all'organizzazione dei pronto soccorsi, alle aree di umanizzazione e di accoglienza nonché alla formazione del personale in servizio.

Indagine conoscitiva sul sito Leggi d'Italia e una ricerca libera su *google* per individuare quali Regioni avessero deliberato il recepimento delle Linee d'Indirizzo

Emerge che:

Undici regioni hanno Delibere di G.R. che riportano il recepimento di Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sui documenti “Linee di indirizzo nazionali sul Triage intraospedaliero”, “Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva” e “Linee d'indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso”



Risultati della ricerca

Di queste undici regioni:

- sei (Valle d'Aosta, Sardegna, Piemonte, Veneto, Abruzzo, Liguria) riportano la vecchia classificazione dei codici colori
- una regione (Emilia Romagna) non ha attivo il monitoraggio online
- quattro regioni (Lazio, Marche, Toscana, Puglia) riportano il nuovo sistema di triage numerico
- Lombardia non è stata trovata nessuna Delibera di G.R., ma sul sistema di monitoraggio online è presente la classificazione per codici numerici
- sei regioni (Basilicata, Calabria, Sicilia, Campania, Molise, Umbria) non è stata trovata alcuna Delibera di G.R. e i sistemi di monitoraggio online fanno riferimento al triage in codici colore

IL QUESTIONARIO

- Costituito da 3 sezioni e 42 Items rivolto alle strutture emergenza-urgenza intraospedaliere.
- Costituito da 2 sezioni e 15 Items rivolto alle centrali operative/118.
- Indagati gli aspetti di aderenza ai documenti, standard e formazione del personale.

Indagine Nazionale **AGE.NA.S**

Le regioni che hanno partecipato sono state **16** e sono pervenute **279** risposte da parte di strutture ospedaliere e **47** da centrali operative del 118.

Regioni che hanno partecipato all'indagine
Abruzzo
Basilicata
Campania
Emilia Romagna
Lazio
Liguria
Lombardia
Marche
Molise
Piemonte
Trentino Alto Adige
Puglia
Sardegna
Toscana
Umbria
Valle d'Aosta

Regioni partecipanti all'indagine AGE.NA.S

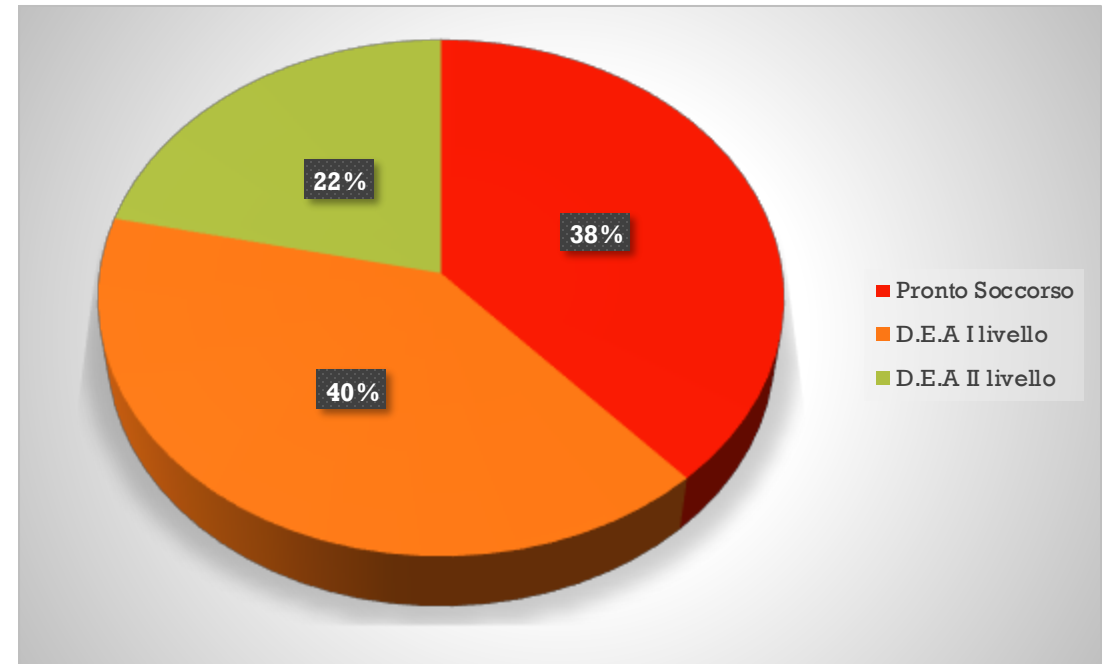


Con tecnologia Bing
 © GeoNames, Microsoft, TomTom

Indagine Nazionale **AGE.NA.S** (strutture ospedaliere)

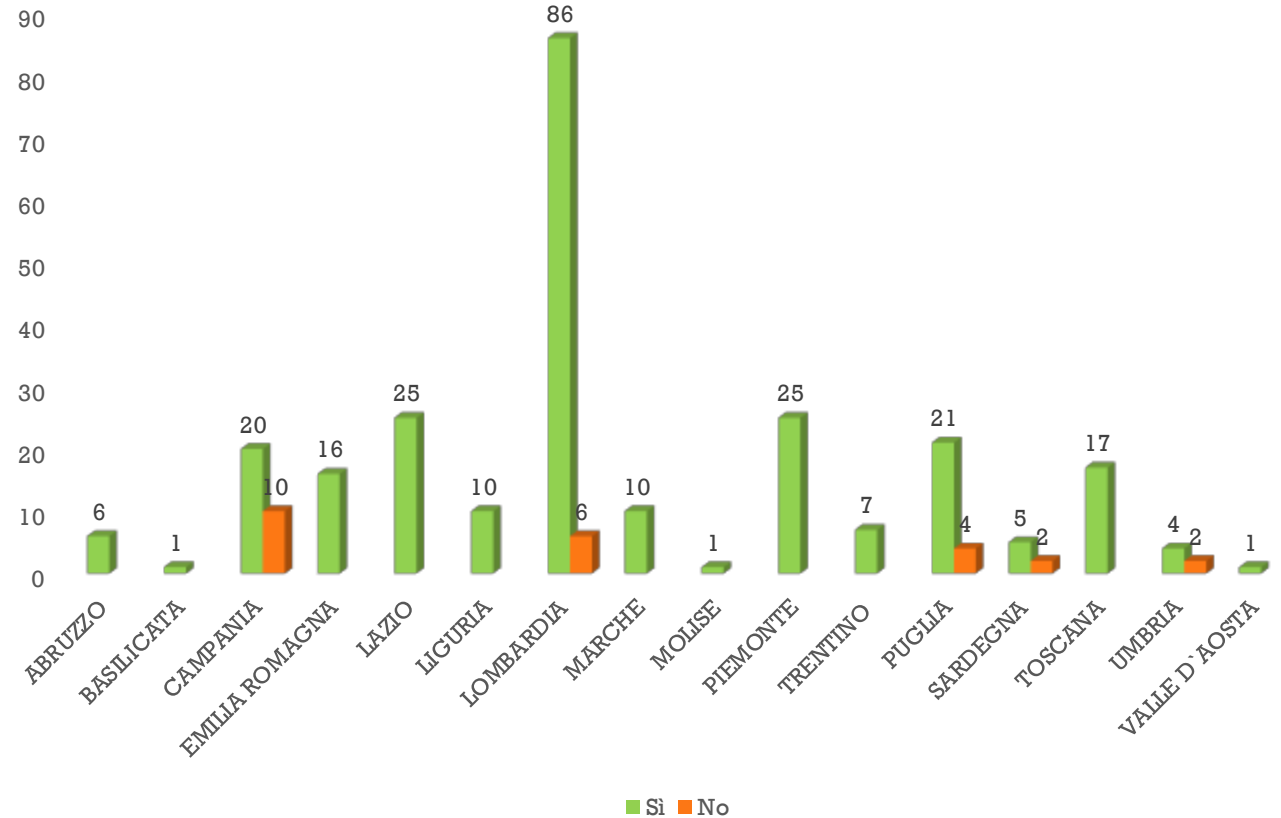
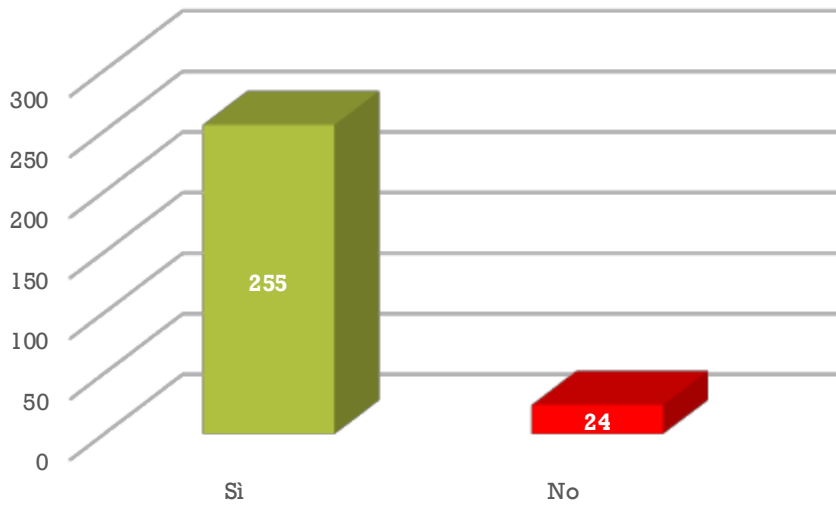
Strutture ospedaliere che hanno partecipato all'indagine suddivise per tipologia di struttura

Tipo struttura	Totale	Percentuale sul totale delle strutture Ospedaliere
Pronto Soccorso	107	38,4%
D.E.A I livello	112	40,1%
D.E.A II livello	60	21,5%
Totale	279	100%



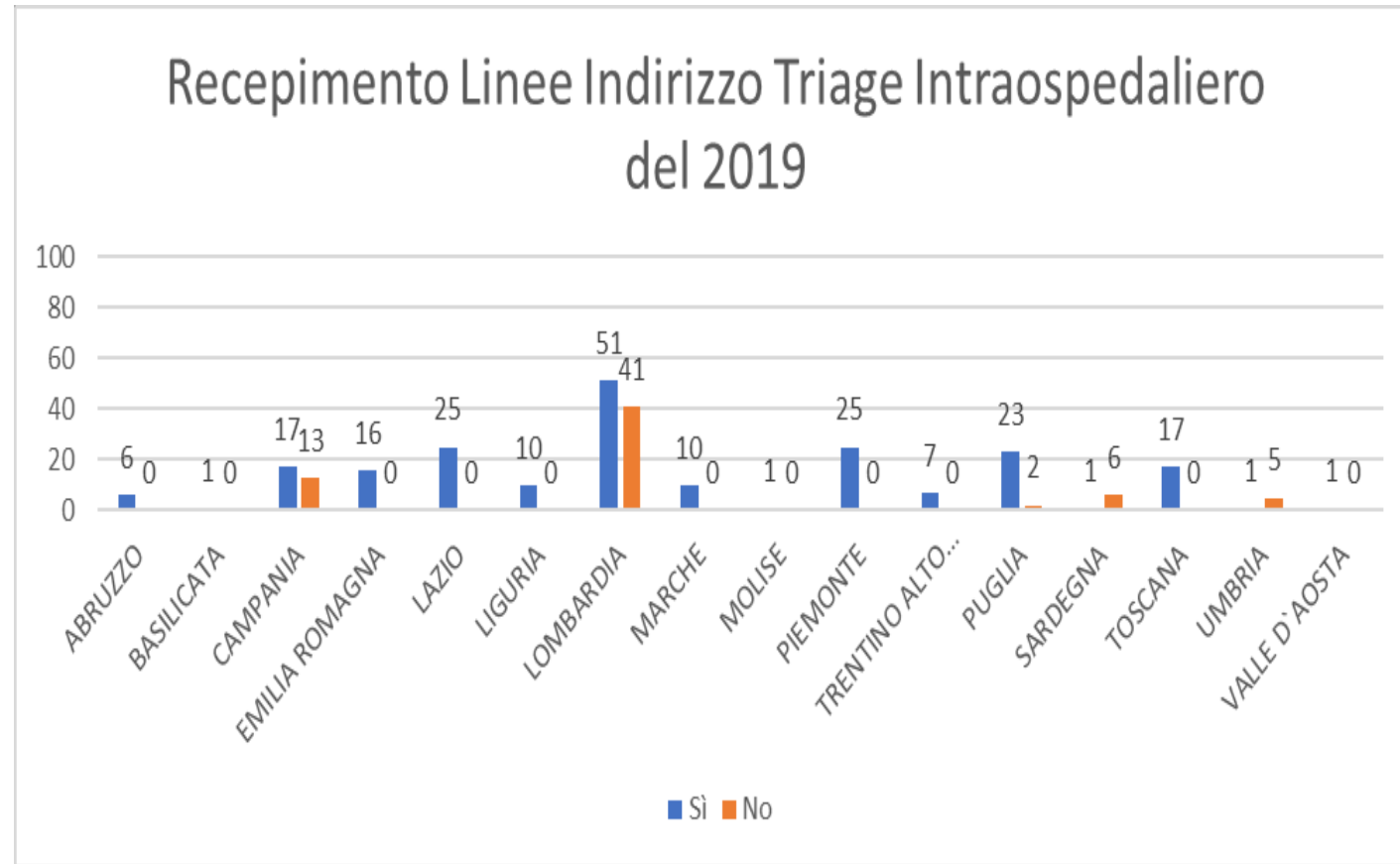
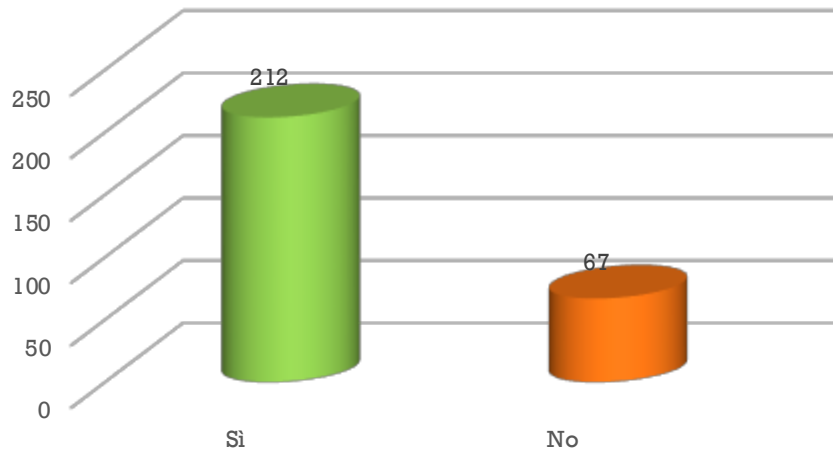
Indagine Nazionale AGE.NA.S (strutture ospedaliere)

Presenza di un documento di riferimento o “delle linee di indirizzo” regionali per il triage



Indagine Nazionale AGE.NA.S (strutture ospedaliere)

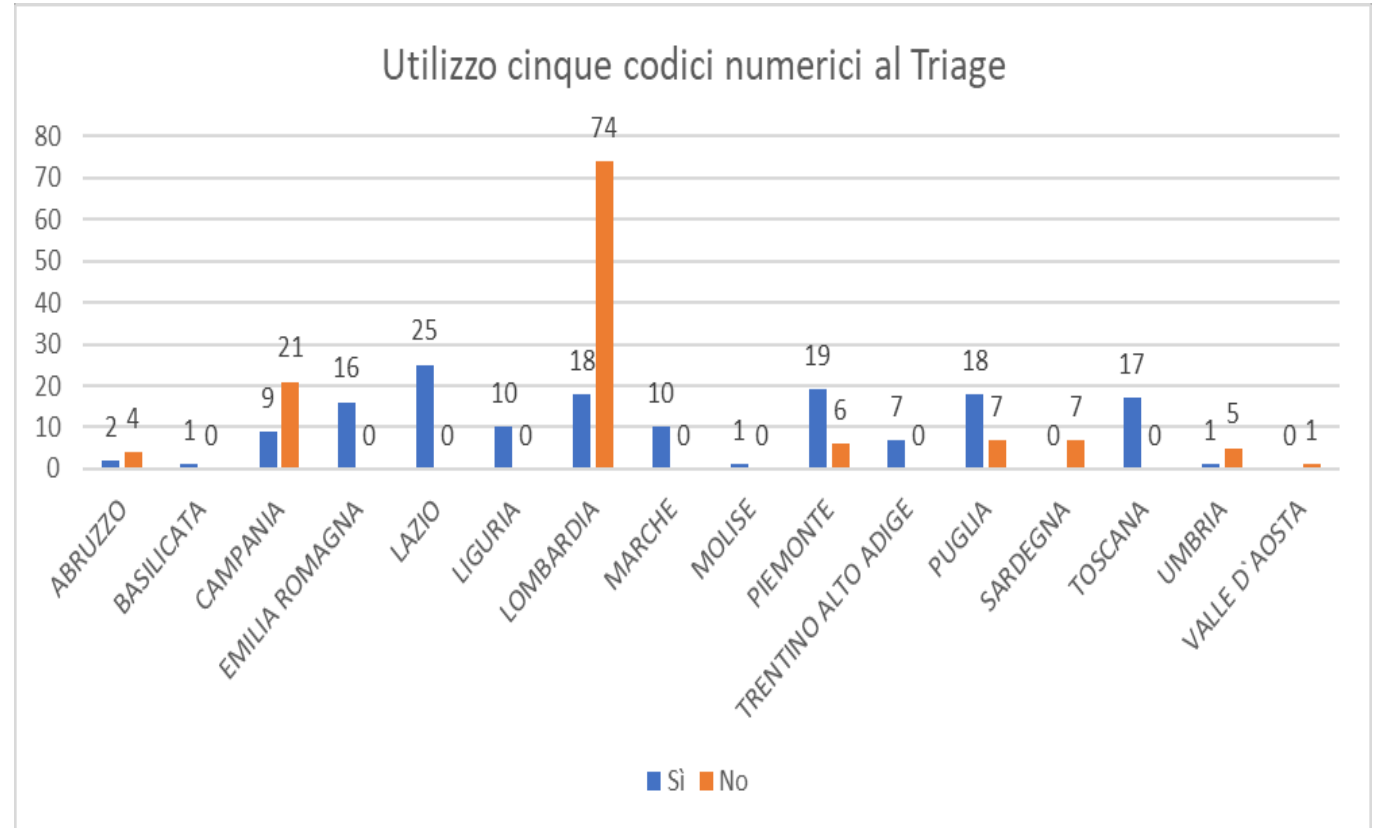
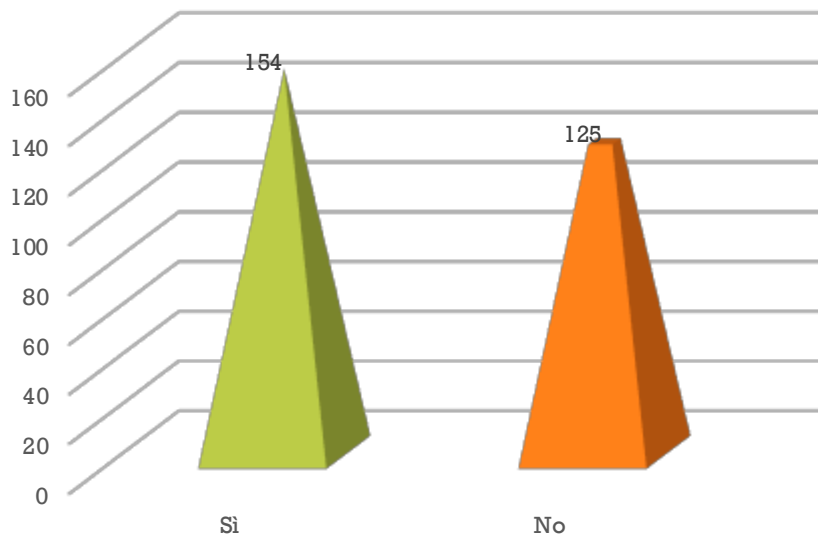
Recepimento delle Linee di indirizzo nazionali sul triage Intraospedaliero, Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva e Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso



Indagine Nazionale AGE.NA.S
(strutture ospedaliere)

CODICI DI PRIORITÀ
 LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE
 INTRAOSPEDALIERO 2019

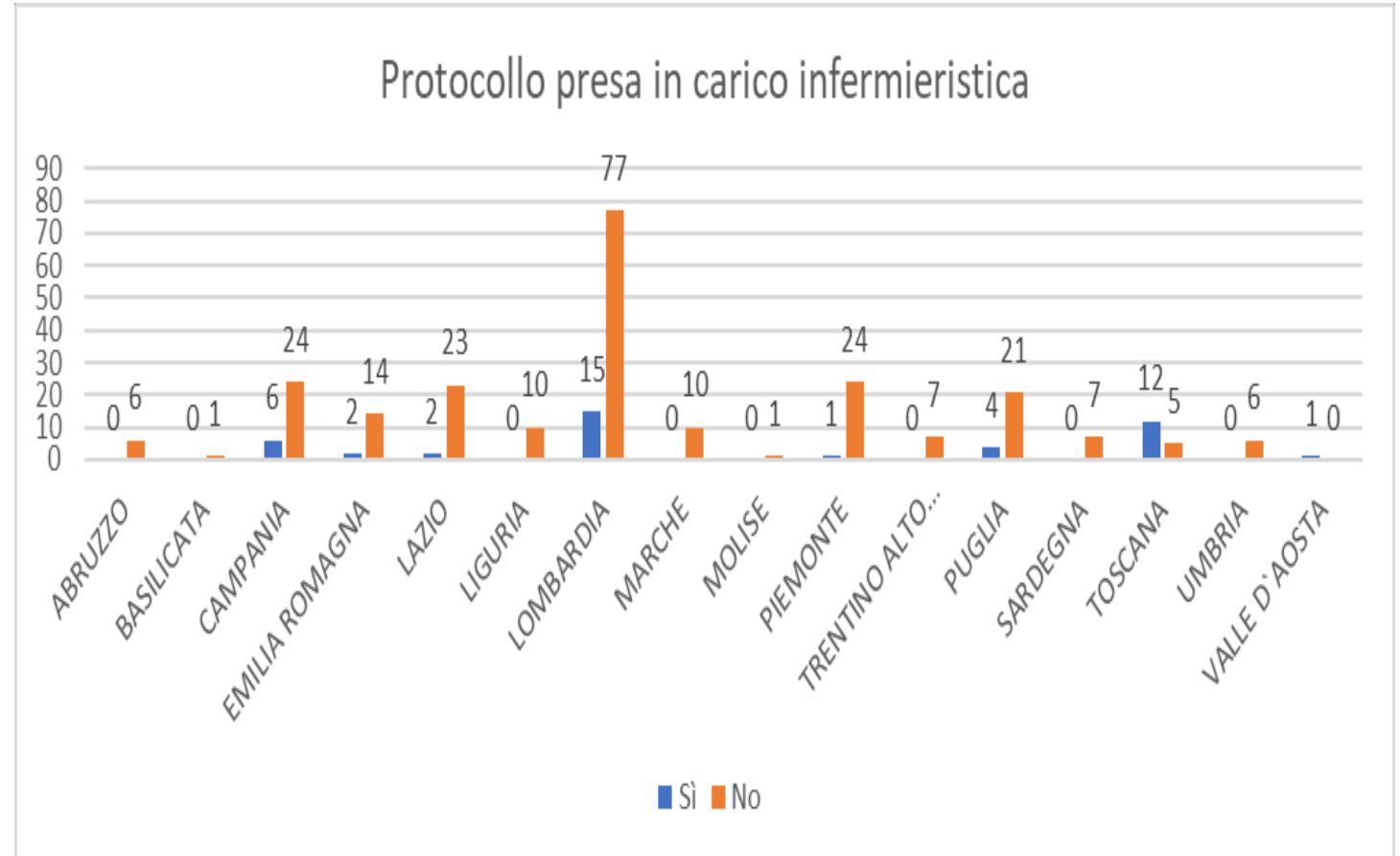
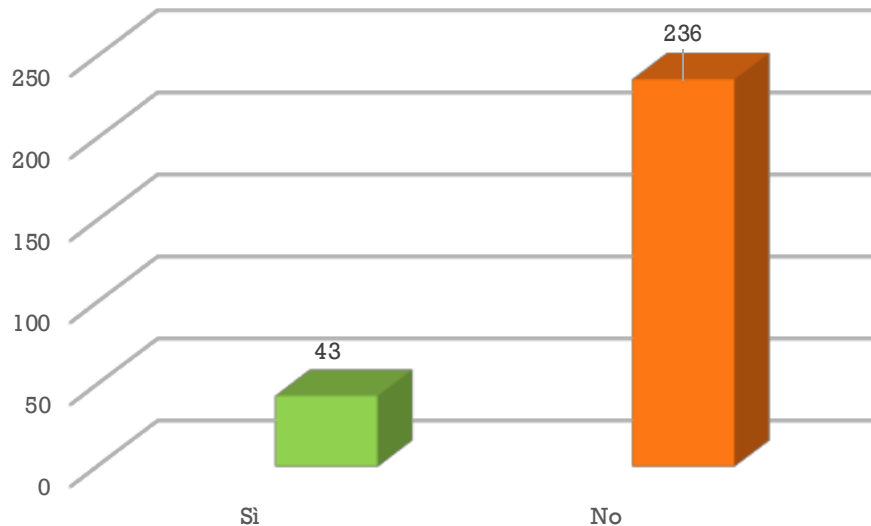
TRIAGE: utilizzo dei codici numerici



Indagine Nazionale AGE.NA.S (strutture ospedaliere)

**SICUREZZA E GESTIONE DEL RISCHIO
CLINICO** LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL
TRIAGE INTRAOSPEDALIERO 2019

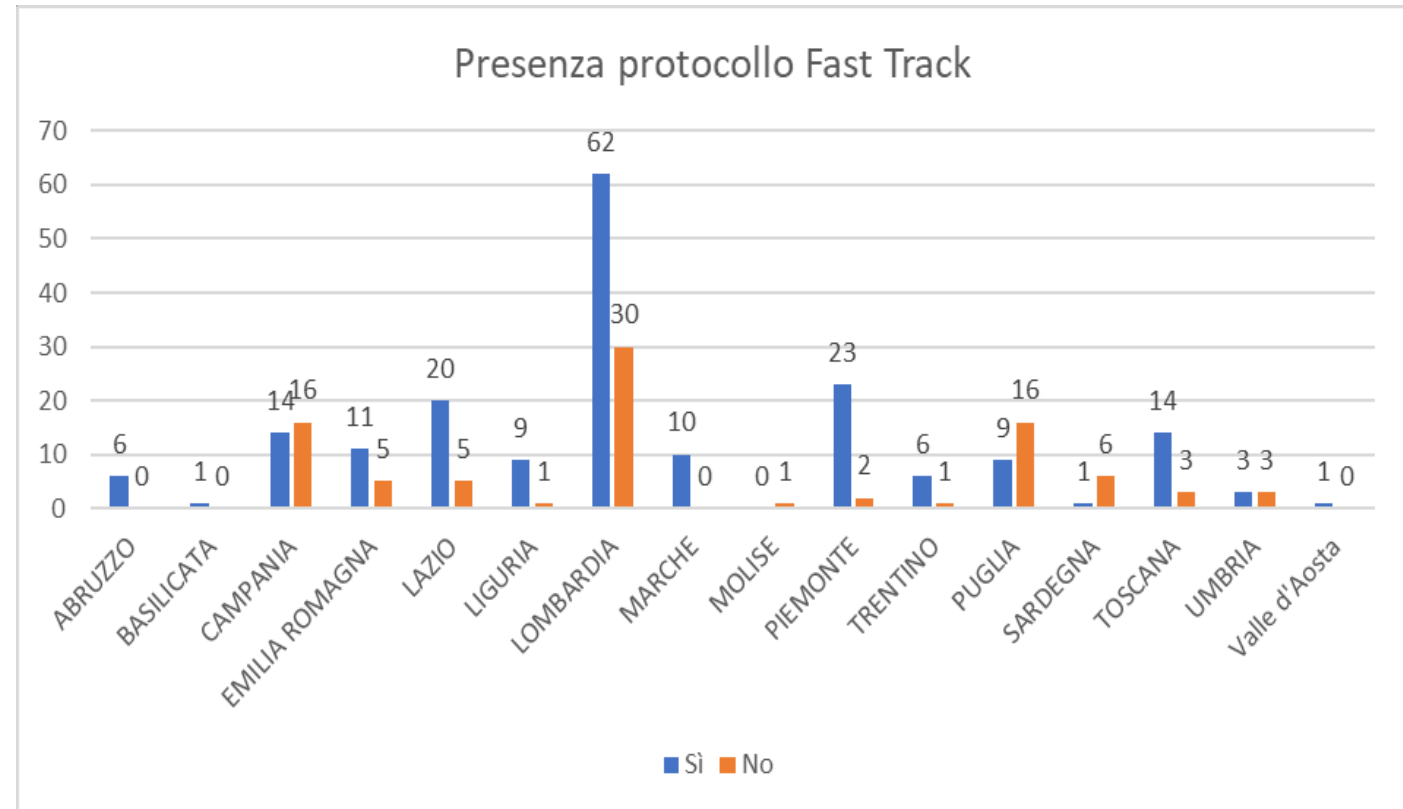
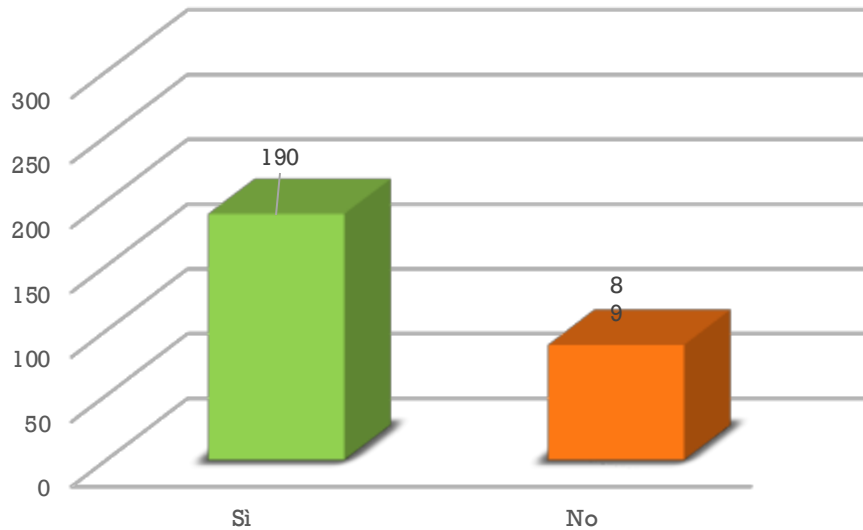
Presenza di protocolli per la valutazione
infermieristica al triage



Indagine Nazionale AGE.NA.S (strutture ospedaliere)

Percorsi rapidi (Fast Track, See and Treat)
LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO 2019

Presenza di percorsi per il Fast Track

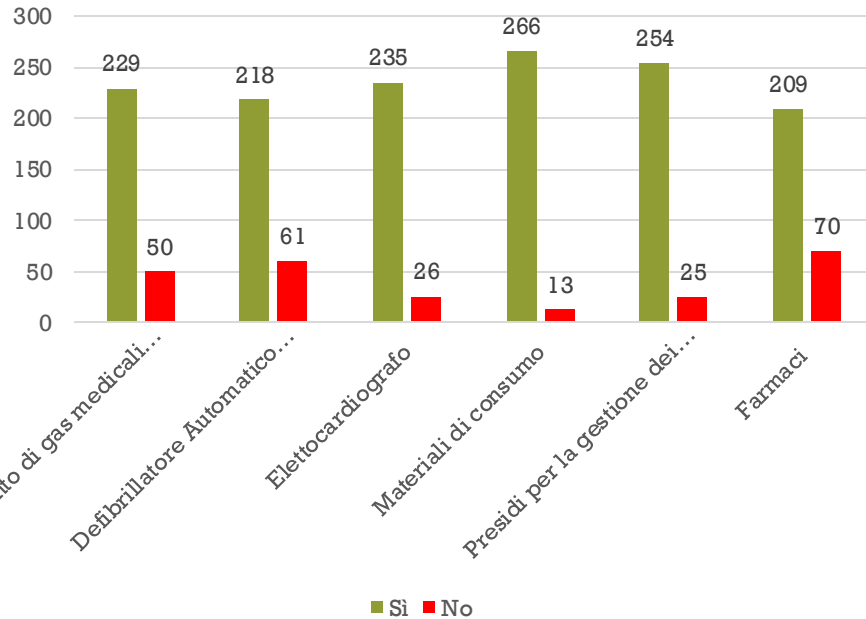


Indagine Nazionale AGE.NA.S (strutture ospedaliere)

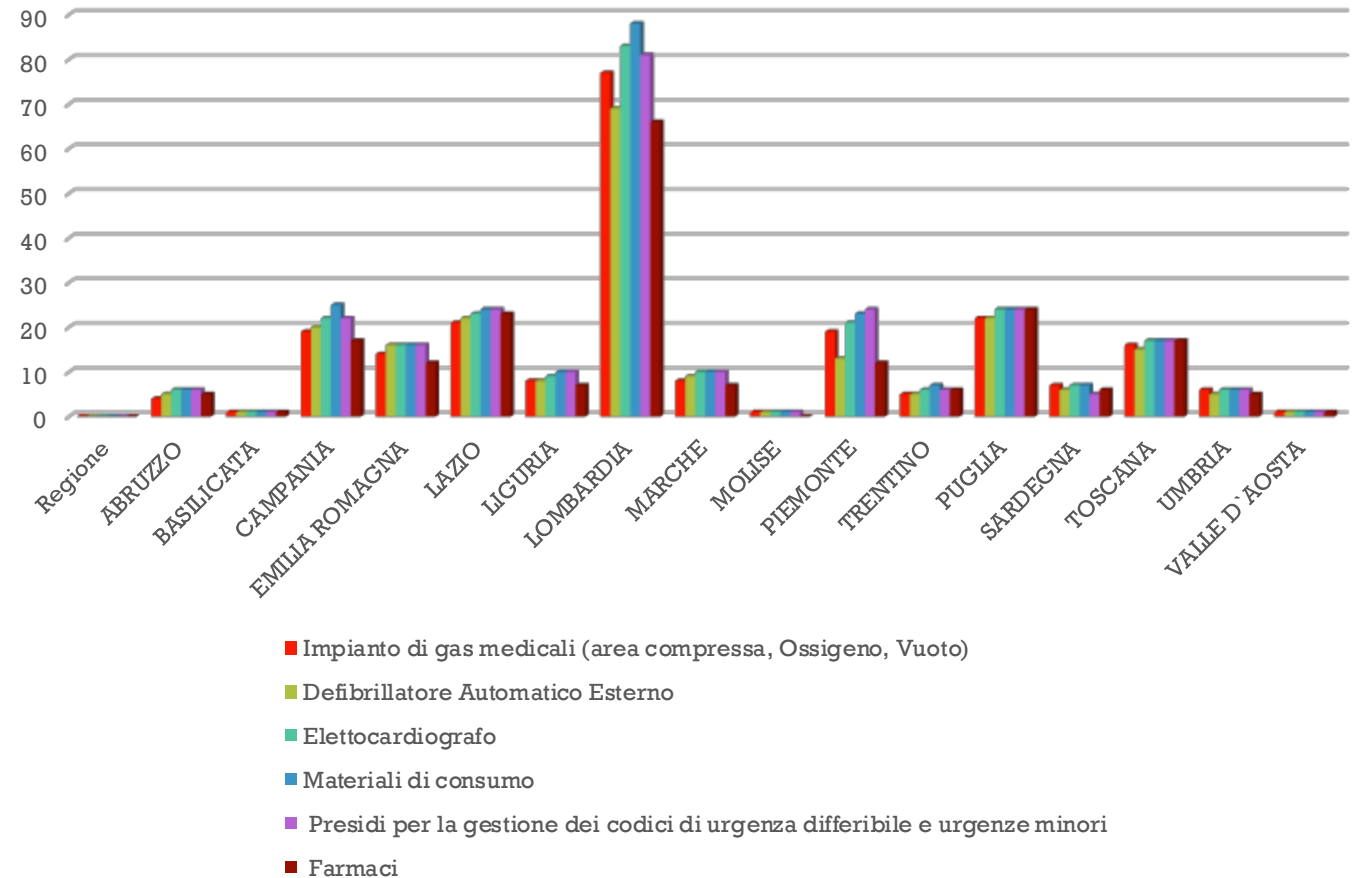
Risorse Tecnologiche

LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE INTRAOSPEDALIERO
2019

Dotazioni presenti nell'area di triage



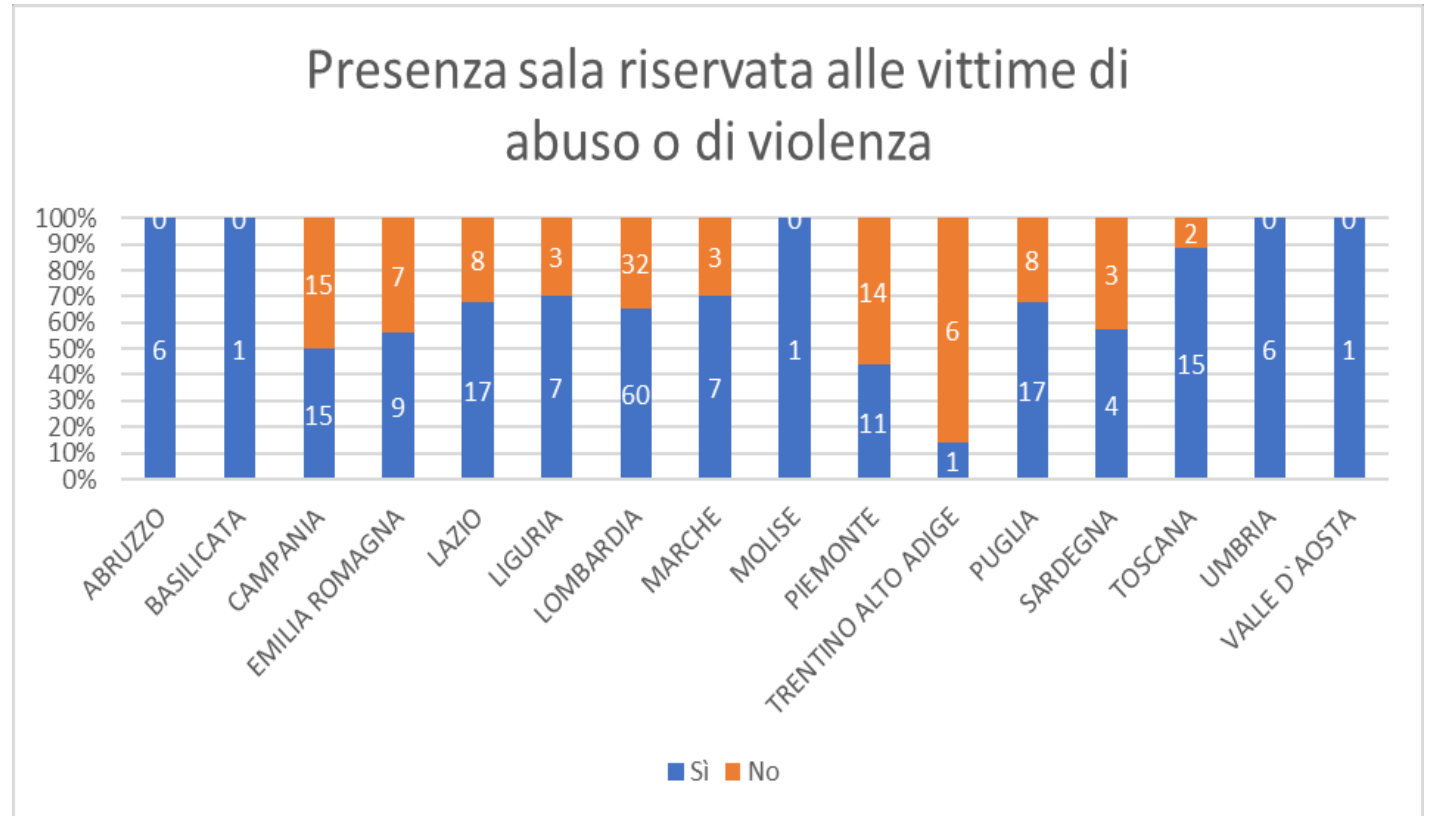
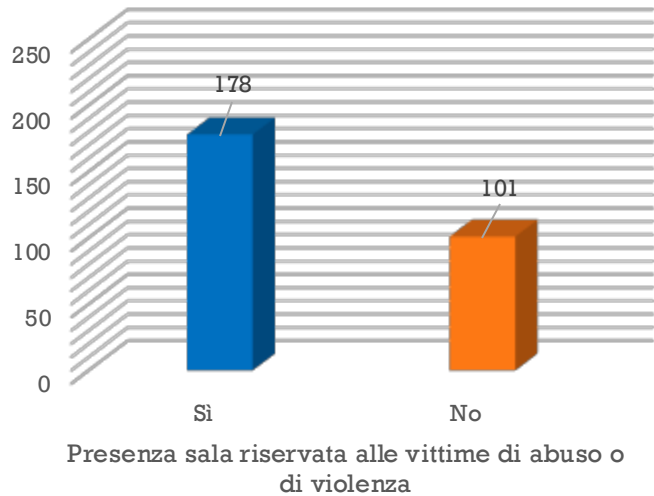
Dotazioni presenti in area triage



**Indagine Nazionale
 AGE.NA.S
 (strutture ospedaliere)**

CONDIZIONI PARTICOLARI

*LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE
 INTRAOSPEDALIERO 2019*

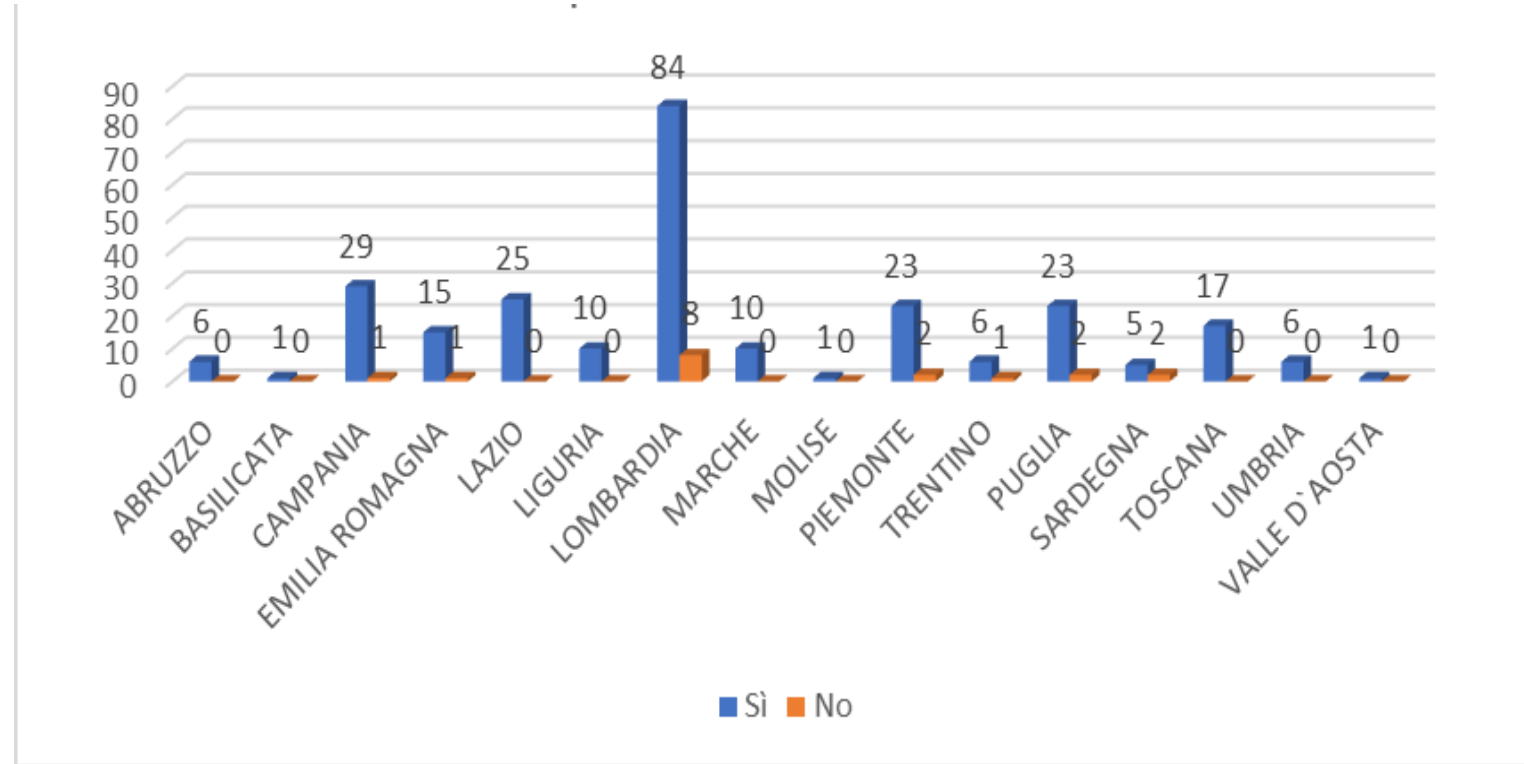
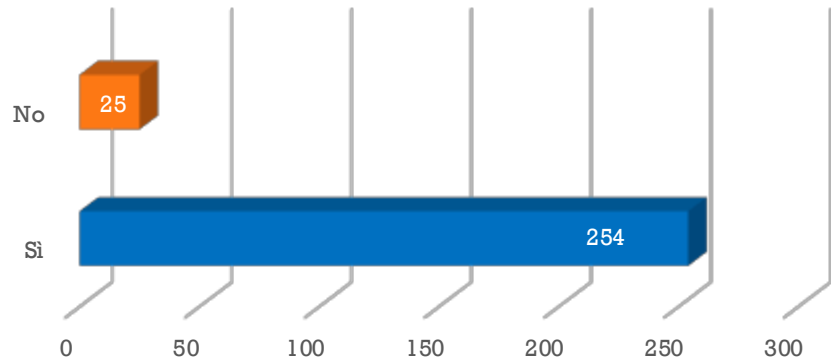


**Indagine Nazionale
 AGE.NA.S
 (strutture ospedaliere)**

STANDARD ORGANIZZATIVI

*LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE
 INTRAOSPEDALIERO 2019*

**Esistenza di un percorso specifico per i
 pazienti con sospette malattie infettive**



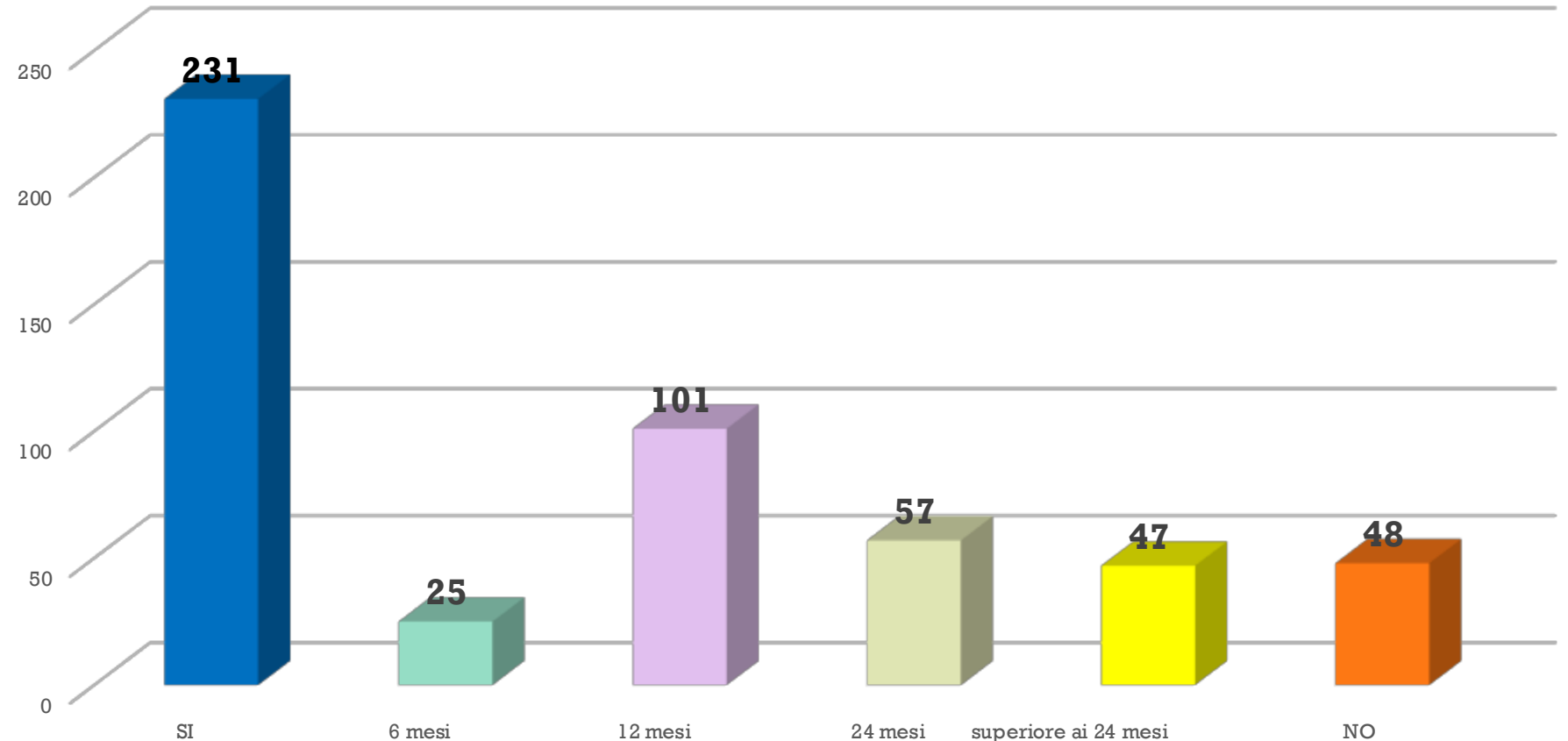
Indagine Nazionale AGE.NA.S

(strutture ospedaliere)

FORMAZIONE

*LINEE DI INDIRIZZO
NAZIONALI SUL TRIAGE
INTRAOSPEDALIERO 2019*

Organizzazione di corsi di retraining formativi sul triage

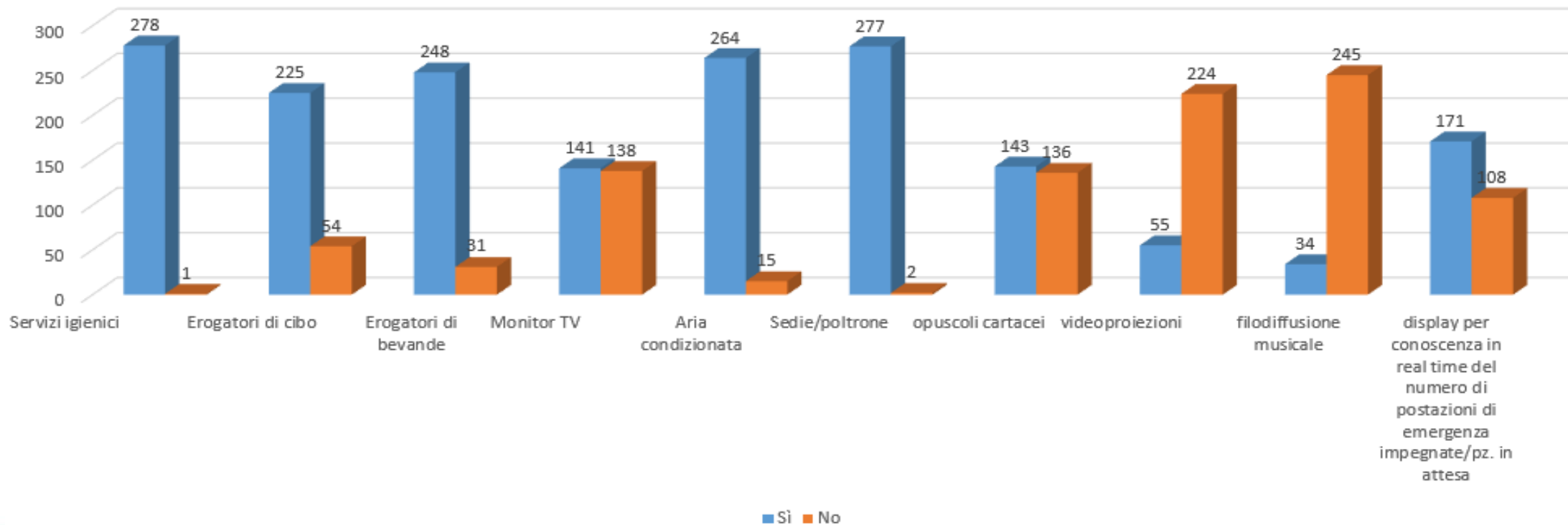


Indagine Nazionale AGE.NA.S (strutture ospedaliere)

PRESA IN CARICO

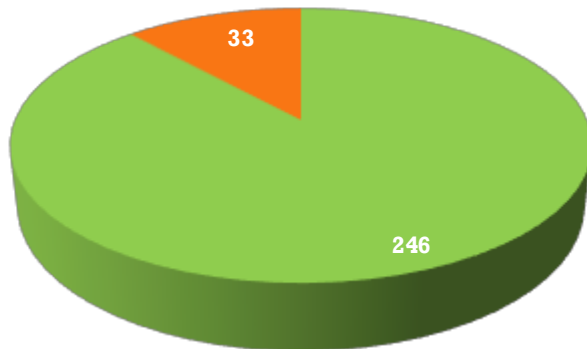
*LINEE DI INDIRIZZO NAZIONALI SUL TRIAGE
INTRAOSPEDALIERO 2019*

Presenza di iniziative di umanizzazione e «attesa attiva»



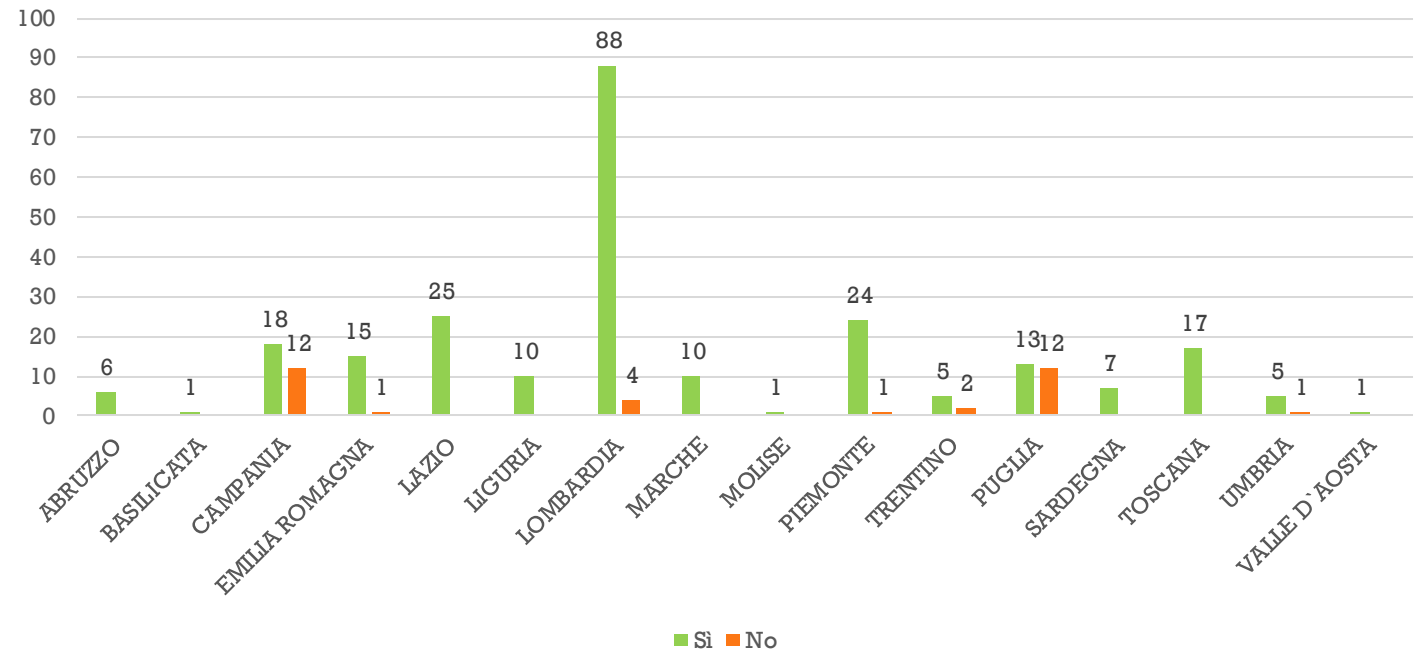
Indagine Nazionale AGE.NA.S (Strutture sanitarie)

Presenza di un Piano di Emergenza Interno per il Massiccio Afflusso di Feriti PEIMAF



■ Si ■ No

Presenza di un Piano di Emergenza Interno per il Massiccio Afflusso di Feriti PEIMAF



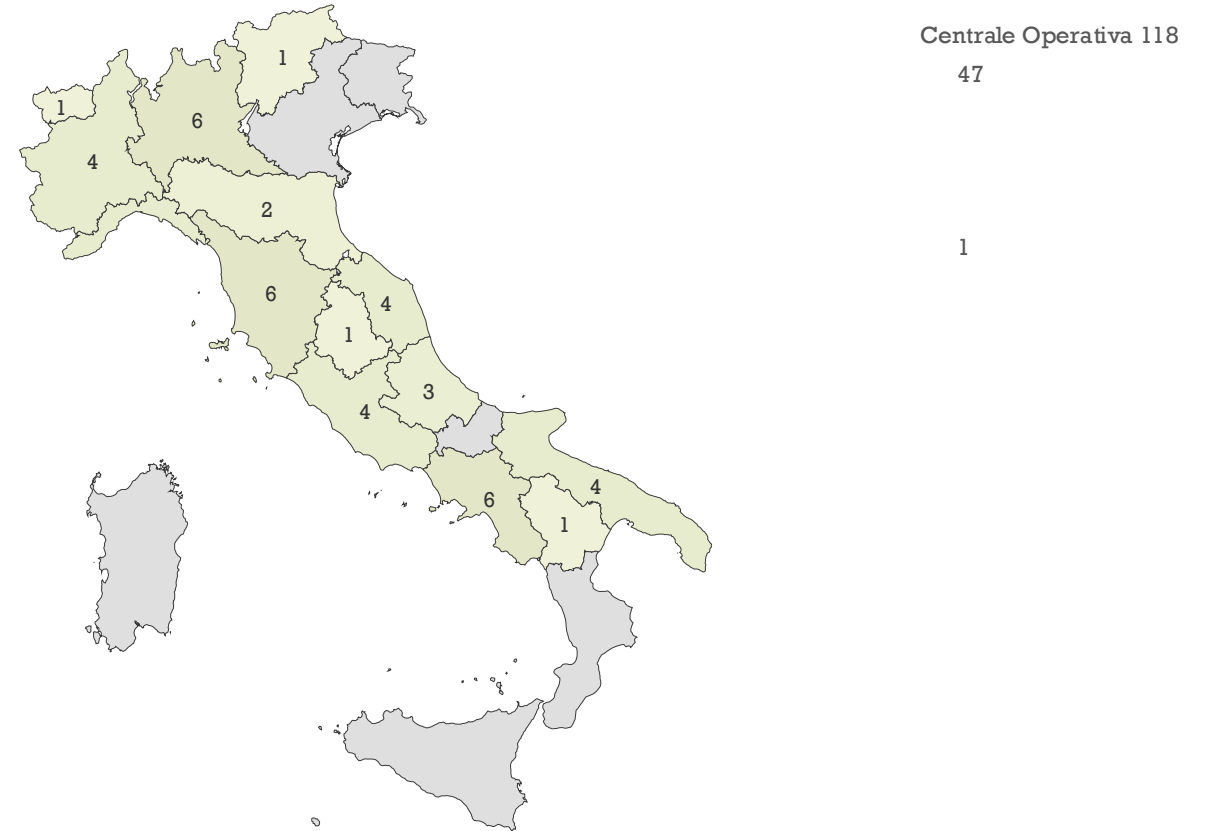
Indagine Nazionale AGE.NA.S (centrali operative)

L'indagine nelle centrali operative 118 ha l'obiettivo di indagare alcuni aspetti peculiari del servizio, volti ad esplorare, nello specifico, aspetti strutturali, strumentali e i modelli organizzativi.

L'indagine è stata svolta attraverso un questionario ad hoc, costituito da 15 domande.

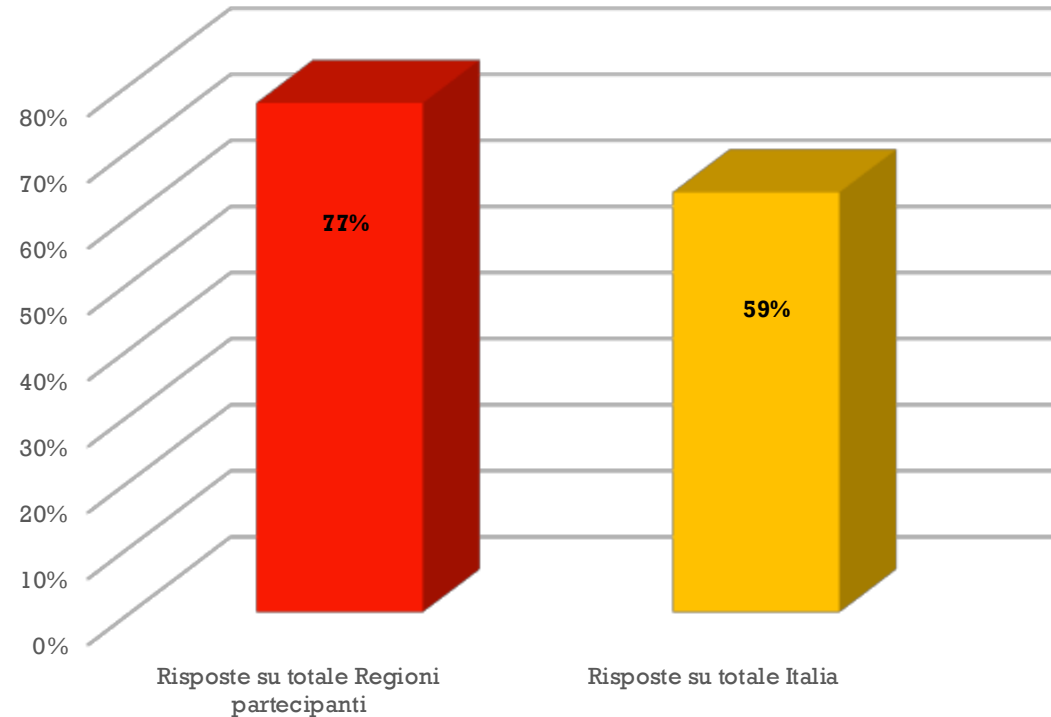
All'indagine hanno partecipato 14 regioni/P.A. (Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Toscana, Trentino-Alto Adige, Umbria e Valle d'Aosta) per un totale di 47 risposte pervenute.

Centrali operative 118 che hanno partecipato all'indagine suddivise per Regione



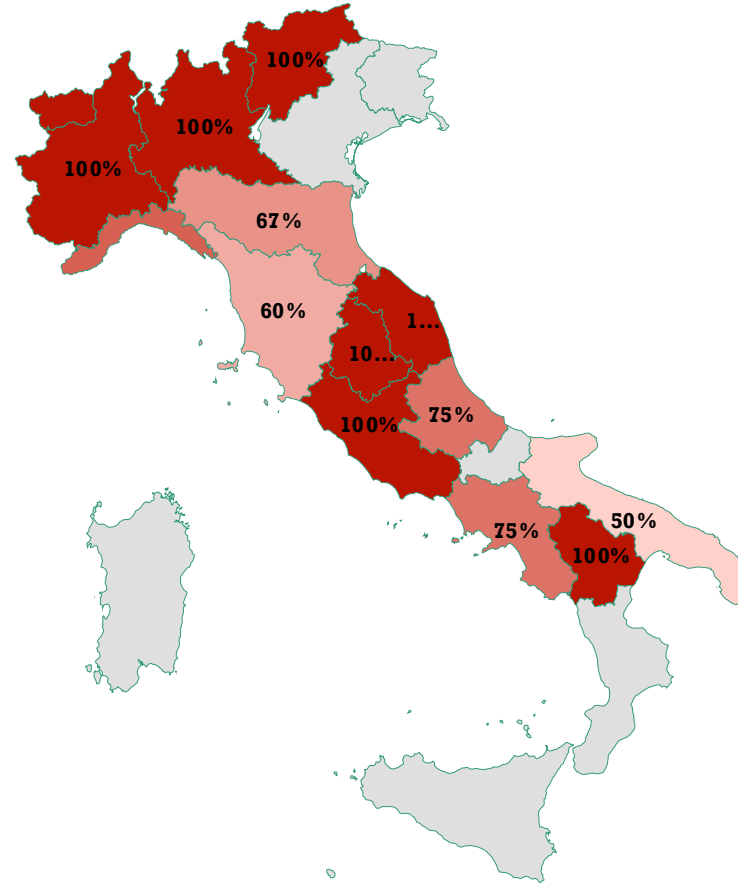
Con tecnologia Bing
 © GeoNames, Microsoft, TomTom

La percentuale di risposte sul totale delle centrali operative presenti in Italia è del 59%, mentre la percentuale di risposte sulla base delle centrali operative presenti nelle sole Regioni partecipanti è del 77%



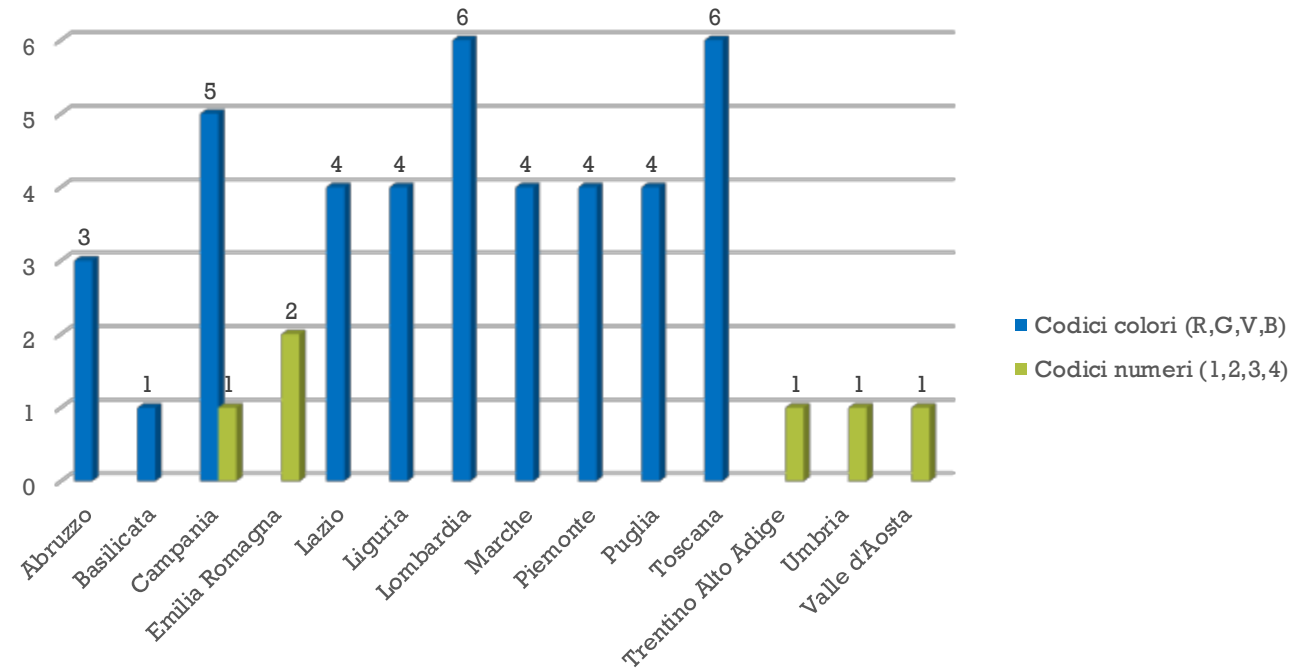
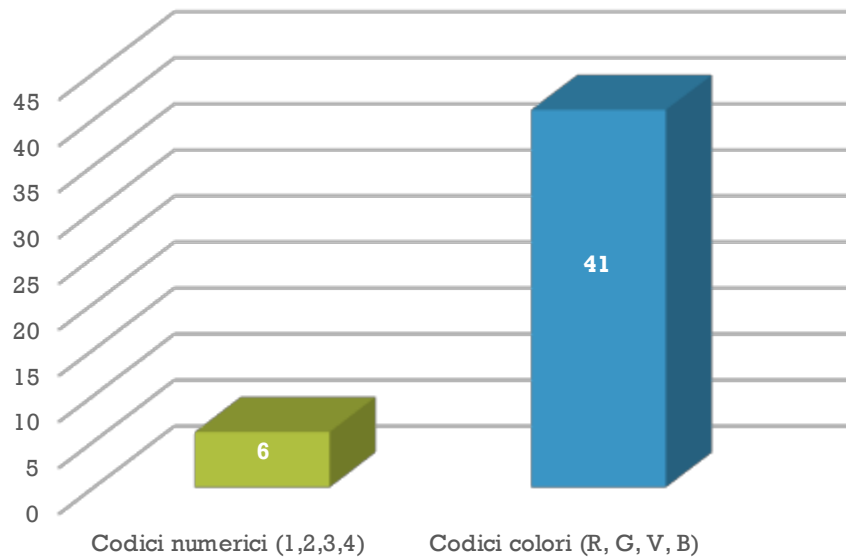


- La percentuale di risposte dalle singole regioni in base alla presenza di CO118 nella singola regione è compresa nel range 50 – 100%



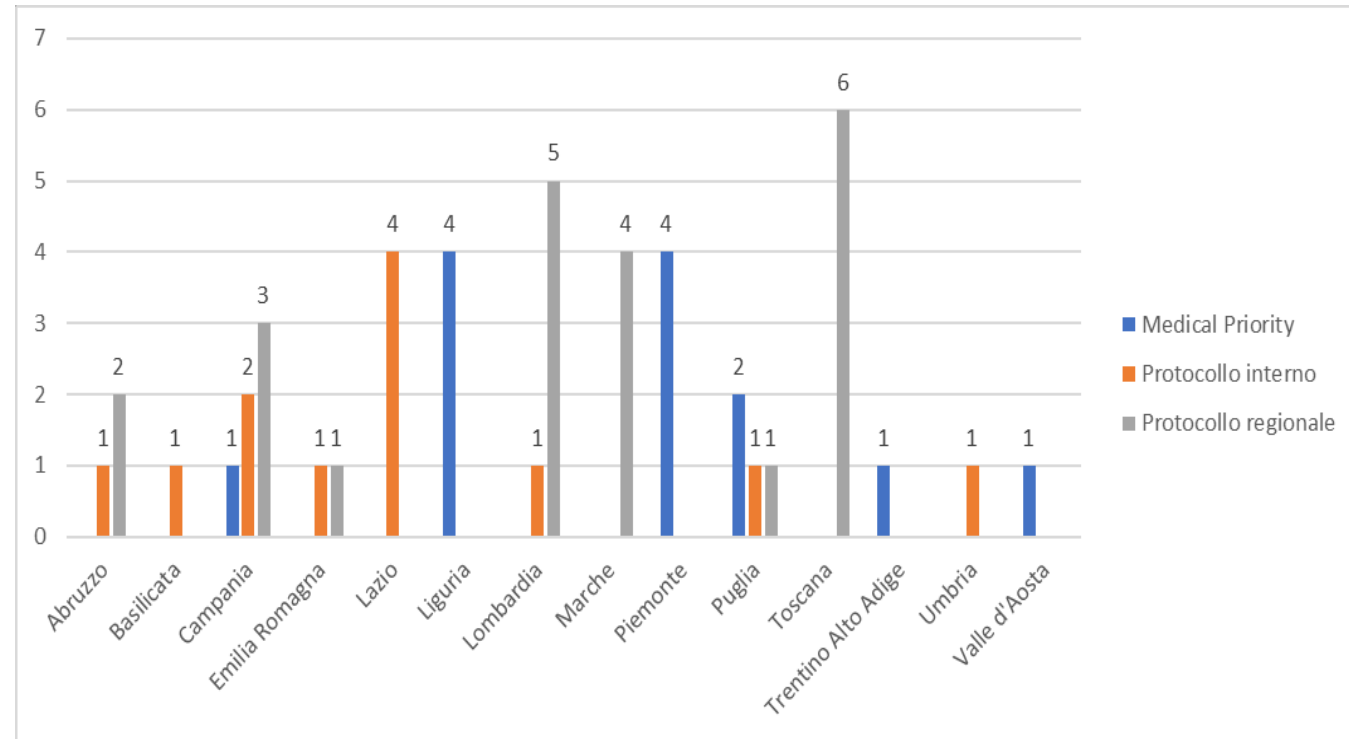
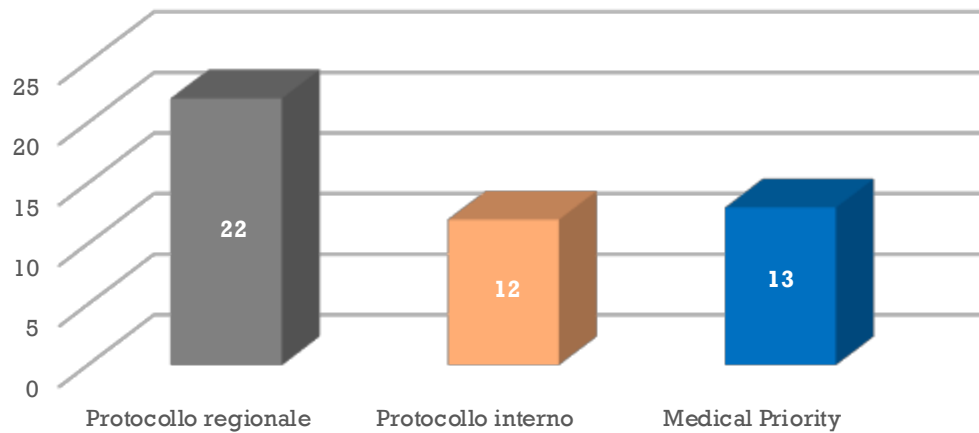
Indagine Nazionale dell'AGENA.S
(centrali operative)

Tipologia di triage utilizzato



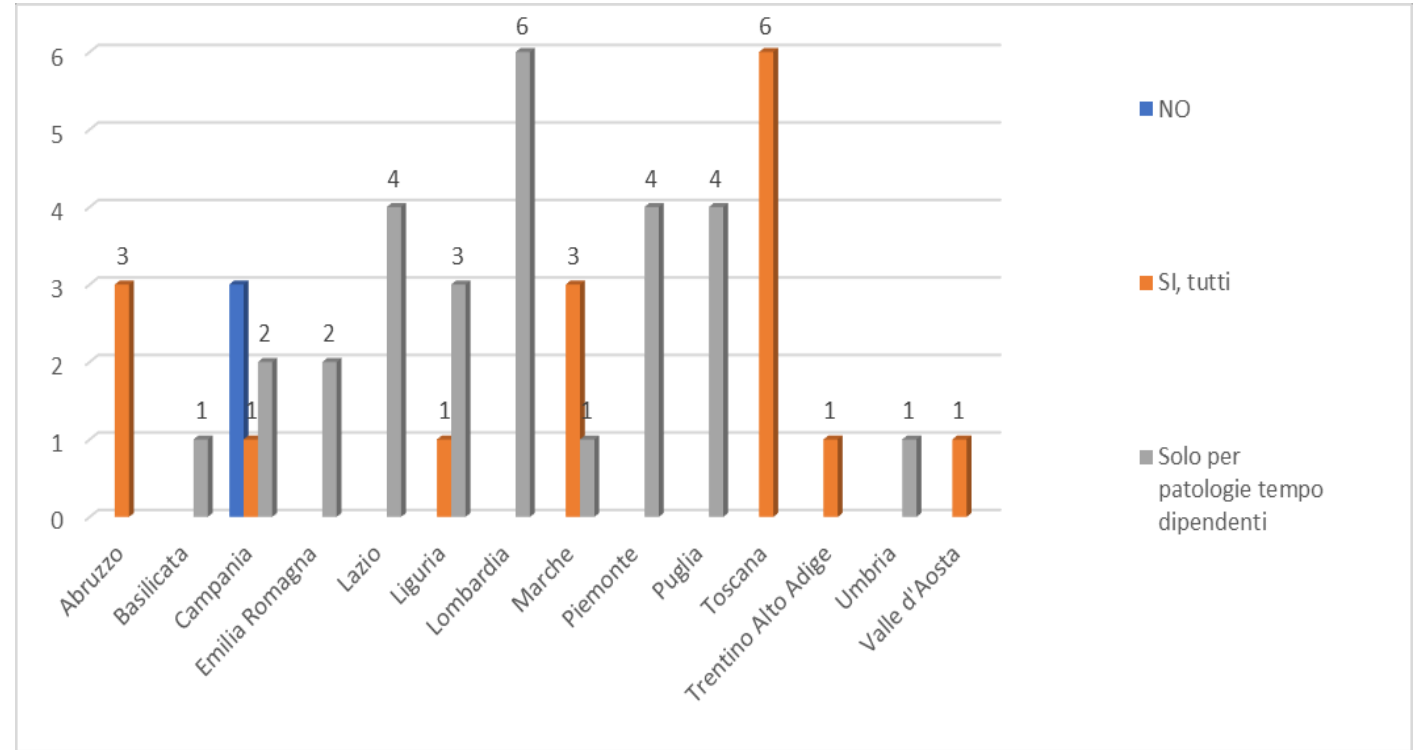
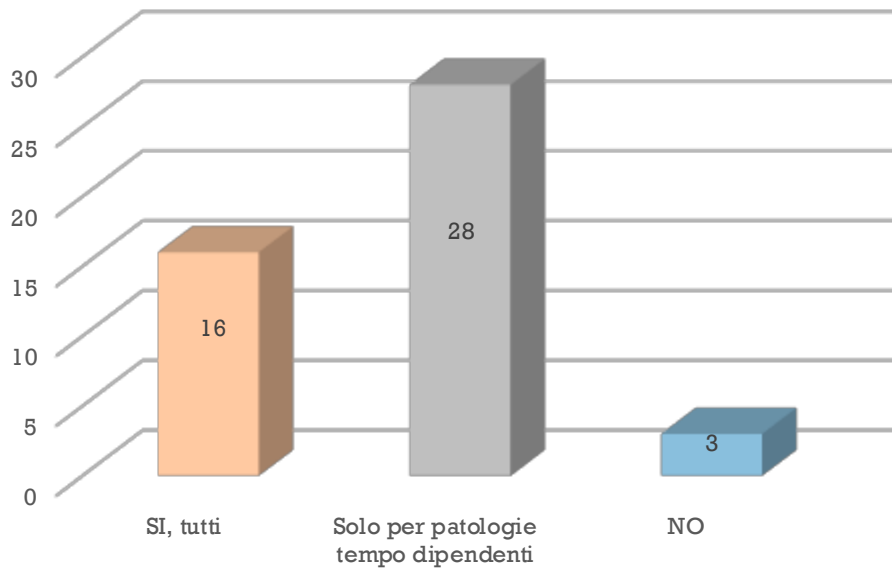
Indagine Nazionale dell'AGENA.S (centrali operative)

Strumento utilizzato per il dispatch



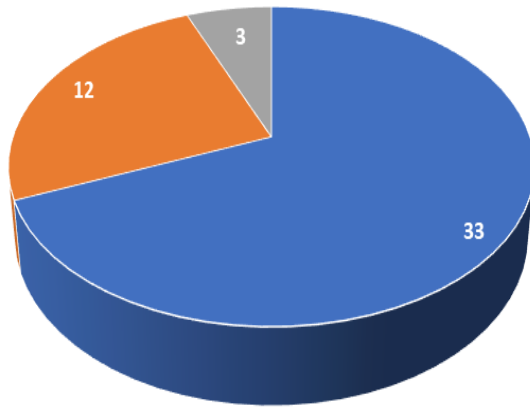
Indagine Nazionale dell'AGENA.S
(centrali operative)

Esecuzione dei trasporti secondari da parte della centrale operativa

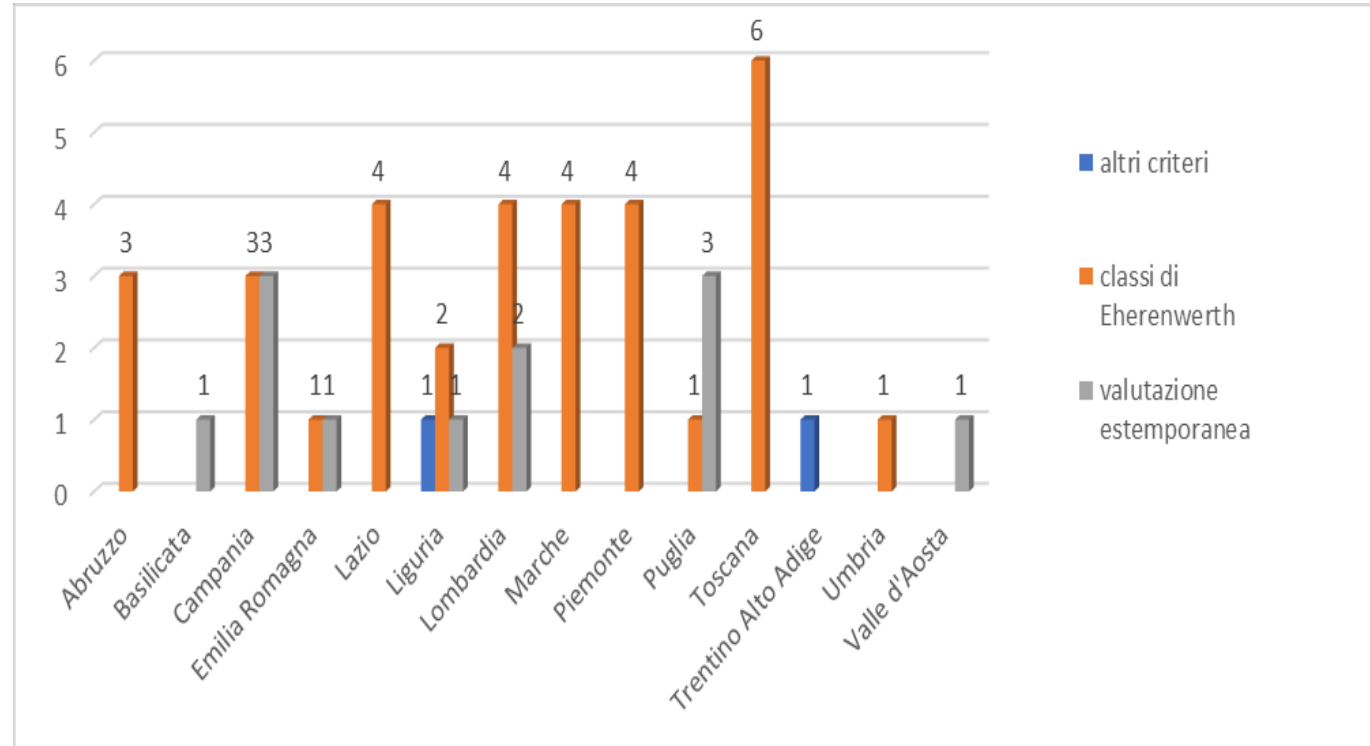


Indagine Nazionale dell'AGENA.S
(centrali operative)

Criteria utilizzati per determinare il livello di assistenza per i trasporti secondari

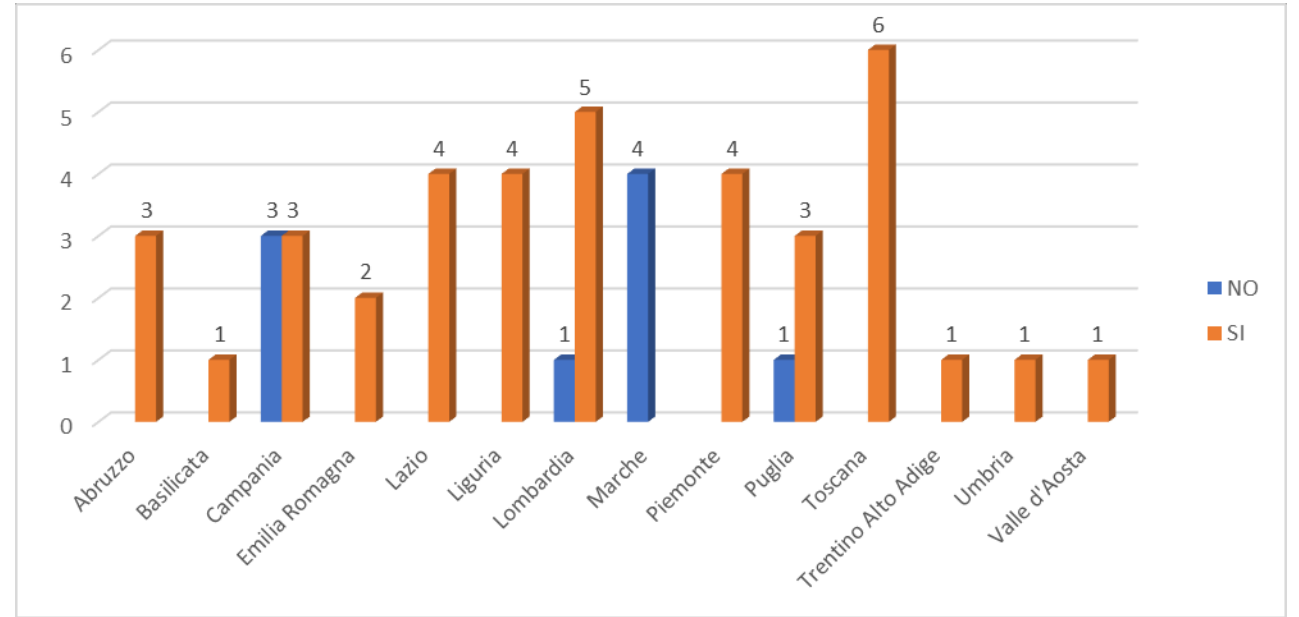
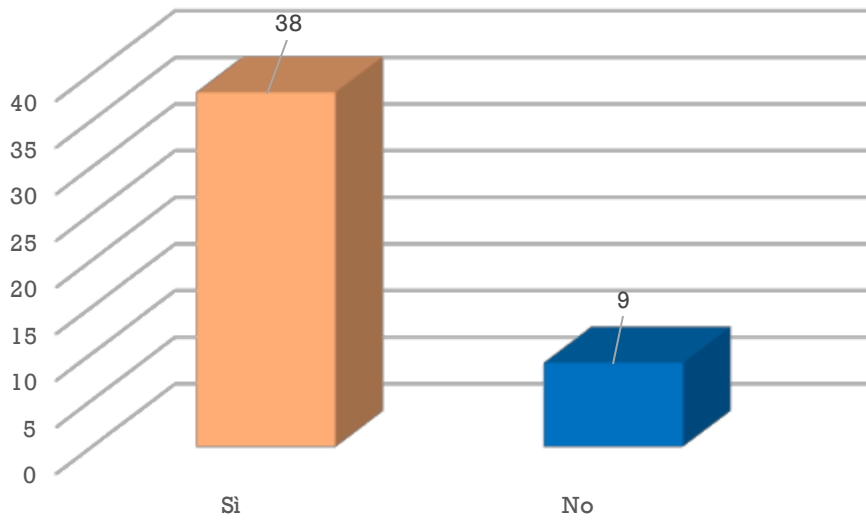


■ classi di Eherenwerth ■ valutazione estemporanea ■ altri criteri (classi Eherenwerth modificate SIAARTI)



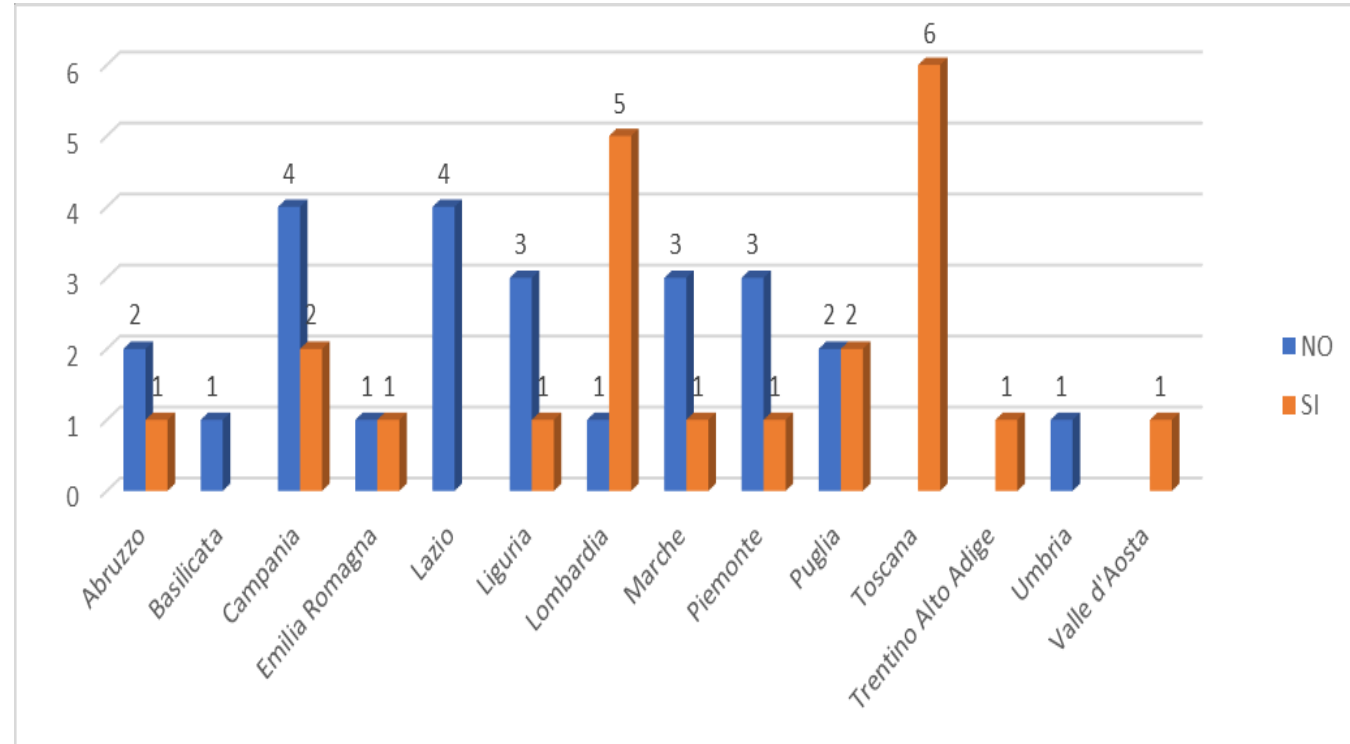
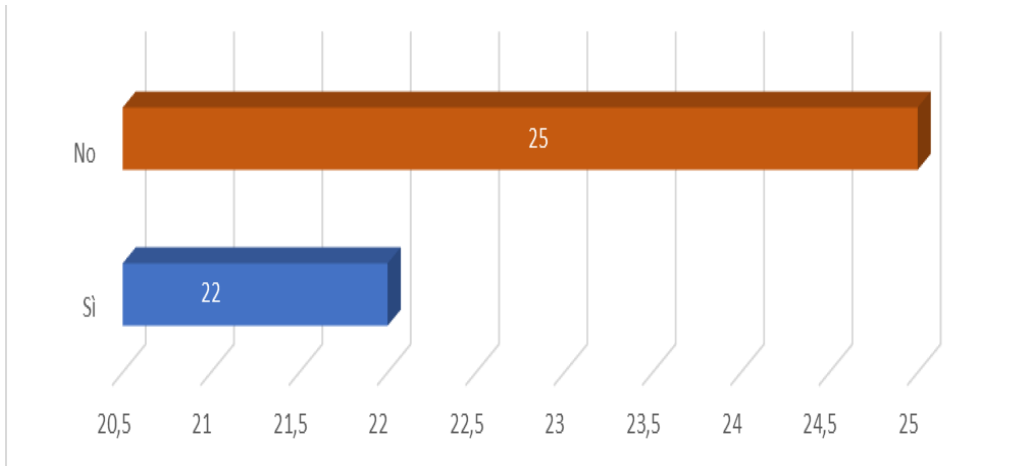
Indagine Nazionale dell'AGENA.S
(centrali operative)

Corsi di triage telefonico per il personale della centrale operativa



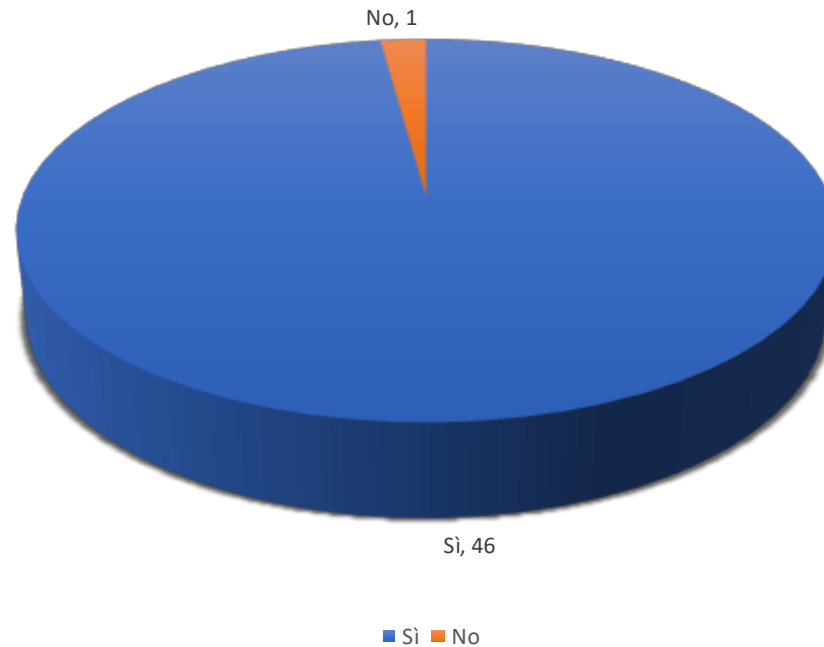
Indagine Nazionale dell'AGE.NA.S (centrali operative)

Presenza di un protocollo per la condivisione di informazione anamnestiche con il personale del pronto soccorso



Indagine Nazionale dell'AGE.NA.S (centrali operative)

Presenza di un protocollo per le maxi emergenze





Personale in FTE anni 2019 - 2022

Regione	Medici 2019*	Medici 2021*	Infermieri 2019*	Infermieri 2021*	OSS 2019*	OSS 2021*
Abruzzo	45	48	80	83	0	0
Basilicata	6	6	22	24	0	0
Calabria						
Campania	358	192	358	339	6	6
Emilia Romagna			114	115	7	7
Friulia Venezia Giulia						
Lazio	20	20	126	168	0	0
Liguria	104	100	152	152	4	3
Lombardia	56	59	152	168	0	0
Marche	36	32	108	105	3	14
Molise						
Piemonte	309	290	509	505	0	0
Puglia	72	59	178	266	8	25
Sardegna						
Toscana	28	28	117	123	23	25
Trentino	6	6	15	18	0	0
Umbria	11	11	52	53	0	0
Valle d'Aosta	9	11	16	13	0	0
Veneto						
Totale complessivo	1063	864	2001	2133	51	80

Fonte: Indagine Nazionale sul Triage e Centrali Operative I 18- Agenas (2022)

Personale in Teste Centrali Operative 118

Regione	Medici 2019	Medici 2021	Infermieri 2019	Infermieri 2021
Abruzzo	70	68	71	80
Basilicata	6	7	26	24
Campania	216	138	300	271
Emilia Romagna			114	115
Lazio	9	9	66	90
Liguria	91	84	136	138
Lombardia	49	46	111	118
Marche	36	32	86	93
Molise				
Piemonte	230	216	360	353
Puglia	72	79	179	267
Sardegna				
Toscana	64	72	149	158
Trentino	7	7	18	21
Umbria	11	11	52	53
Valle d'Aosta	9	9	11	13
Totale complessivo	872	780	1679	1794

Fonte: Indagine Nazionale sul Triage e Centrali Operative 118 – Agenas (2022).

Conclusioni- Linee di indirizzo nazionali sul triage intraospedaliero

In particolare si evidenzia che rispetto alle *Linee di indirizzo nazionali sul triage Intraospedaliero*, *Linee di indirizzo nazionali sull'Osservazione Breve Intensiva* e *Linee di indirizzo nazionali per lo sviluppo del Piano di gestione del sovraffollamento in Pronto Soccorso del 2019*:

- Codice numerico: 8/16 regioni sono transitate, 6/16 solo parzialmente, 2/16 non sono transitate ai codici numerici;
- Protocolli per la valutazione infermieristica: solo il 15,4% delle strutture sanitarie li ha previsti;
- Percorso Fast track: il 68% delle strutture sanitarie li ha previsti.

Conclusioni- Centrali operative

L'analisi dei risultati dell'indagine ha evidenziato che le centrali operative:

- Utilizzano principalmente la classificazione in codici colori;
- Effettuano trasferimenti secondari principalmente per patologie tempo dipendenti;
- Utilizzano come strumento principale per il dispatch telefonico protocolli regionali;
- Non hanno dei protocolli di condivisione delle informazioni anamnestiche con il personale dei dipartimenti di emergenza e accettazione;
- Hanno dei protocolli per la gestione delle Maxi-emergenze.

Conclusioni

L'analisi dei risultati dell'indagine, mette in evidenza difformità di tipo organizzativo, gestionale e operativo tra le diverse realtà, non solo regionali, ma anche tra province della stessa regione.

Modelli di riferimento diversi nell'organizzazione dei servizi di emergenza vs modelli omogenei, che aiutino alla riduzione dei tempi di attesa per il posto letto, maggiore appropriatezza nelle cure e un servizio informazioni a disposizione dei familiari dei pazienti al Pronto Soccorso.