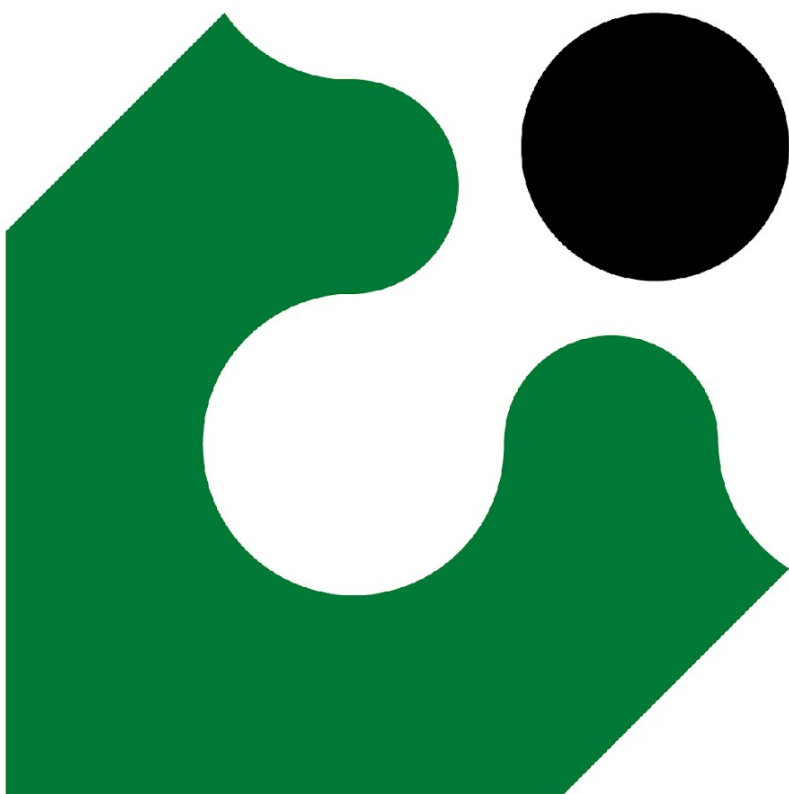


**DGR 787 del 2023: applicazione nel
territorio lodigiano, strategie di integrazione
del personale dirigente e del comparto tra la
ASST ed AREU.**

Stefano Paglia
Donatella Vasaturo

**Corso di formazione manageriale per
la rivalidazione del certificato
anno 2024**



DGR 787 del 2023:
applicazione nel territorio lodigiano, strategie di integrazione
del personale dirigente e del comparto tra la ASST ed AREU.

Corso di formazione manageriale per la rivalidazione del certificato

Codice edizione ECOLE RIV 2401/AE

Ente erogatore : ECOLE

GLI AUTORI

Stefano Paglia, Responsabile Dipartimento Emergenza Urgenza, Direttore Pronto Soccorso ASST Lodi,
email: stefano.paglia@asst-lodi.it

Donatella Vasuro, Responsabile Direzione Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociali ASST Lodi,
email: donatella.vasuro@asst-lodi.it

Il Responsabile didattico scientifico

Federico Lega, Professore ordinario Dipartimento di Scienze Biomediche per la Salute e Presidente
Del Collegio Didattico - Collegio Didattico del Corso di Laurea Magistrale in Management delle
Aziende Sanitarie e del Settore Salute, Università degli Studi di Milano-

Publicazione non in vendita.
Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.
Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia
Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano
www.polis.lombardia.it

INDICE

INDICE	3
INTRODUZIONE	4
OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO	5
DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO	6
METODOLOGIA ADOTTATA	8
DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE	10
ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE	26
RISULTATI ATTESI	33
CONCLUSIONI	34
CONTRIBUTO PERSONALE (in caso di project work di gruppo)	35
RIFERIMENTI NORMATIVI	36
BIBLIOGRAFIA	39
SITOGRAFIA	41

INTRODUZIONE

Nel luglio del 2023 regione Lombardia, preso atto delle criticità esistenti nell'ambito della rete emergenza urgenza, ha individuato un percorso di riordino ed efficientamento erogativo della Rete di Emergenza-Urgenza attraverso il documento tecnico "Piano di riordino delle strutture, delle attività e dei ruoli del personale medico nell'ambito della rete emergenza urgenza".

Tale piano ha tenuto conto anche dell'esperienza maturata, nel corso dell'ultimo decennio presso la ASST di Lodi (Azienda socio sanitaria di Lodi), articolata in un DEA di 1° livello (Dipartimento di Emergenza e Accettazione), in un PS (Pronto Soccorso) ai confini regionali, da una AAT (articolazione territoriale) con territorio esteso e da 4 PO (presidi ospedalieri). Riteniamo che proprio le caratteristiche peculiari e le criticità del territorio lodigiano rendano tale progettualità interessante dal punto di vista della sua possibile applicabilità in altri contesti di Regione Lombardia.

La dgr 787 focalizza tre aspetti strategici, i primi due sono il riordino delle strutture e delle attività svolte dalla rete emergenza urgenza, il terzo aspetto riguarda il ruolo del personale medico identificando, tra le funzioni previste per i dirigenti assunti per il pronto soccorso, anche la attività sui mezzi sanitari avanzati AREU.

Questo tipo di progettualità pone le basi principalmente per la realizzazione della figura del medico unico d'emergenza urgenza, portando conseguentemente al superamento della differenziazione di ruoli e funzioni tra i professionisti intra e preospedalieri, così come quello di favorire l'impiego efficiente ed appropriato delle figure infermieristiche in entrambi i contesti, ospedaliero e territoriale.

Questo tipo di integrazione non modifica gli ambiti di competenza e la ripartizione delle responsabilità organizzative e gestionali tra AREU (agenzia regionale emergenza e urgenza) ed ASST (azienda socio sanitaria territoriale) ma bensì affida a quest'ultima il compito di reclutare il personale coinvolto che, pur restando pienamente alle sue dipendenze, sarà chiamato a svolgere le attività in entrambi gli ambiti organizzativi assicurando funzioni ospedaliere e preospedaliere.

1. OBIETTIVI STRATEGICI E SPECIFICI DEL PROGETTO

L'obiettivo principale della ridefinizione del ruolo del personale medico nella rete emergenza urgenza è il superamento delle attuali criticità nel reclutamento dei dirigenti, sia per i PS lombardi che per AREU, attraverso l'attuazione di un progetto professionale individuale che, grazie a uno specifico percorso formativo, migliori sia i carichi di lavoro dei professionisti coinvolti sia le specifiche competenze individuali, creando sinergie di scala atte a risolvere contestualmente snodi organizzativi cruciali per la rete di emergenza urgenza quali le emergenze intraospedaliere ed i trasporti secondari, tempo dipendenti, medicalmente assistiti.

L'analisi del percorso di integrazione realizzato per la dirigenza presso la ASST di Lodi nel decennio 2014-2024 può consentire di identificare quali tra le strategie attuate si siano dimostrate efficaci e quali disfunzionali consentendo quindi di proporre una road map per la realizzazione della integrazione del personale così come previsto dalla dgr 787.

Si precisa che il progetto, sperimentato e implementato presso la ASST di Lodi a partire dal personale dirigente, ha successivamente visto la sua implementazione anche per il personale afferente al comparto, intervento che ha consentito di realizzare modelli di integrazione tra i due contesti organizzativi, seguendo un'ottica di ottimizzazione delle risorse professionali altamente specializzate e pertanto particolarmente importanti e di difficile reperimento.

Le differenze contrattuali ed organizzative tra dirigenza e comparto, pur mantenendo la stessa visione complessiva, pongono la necessità di adattare le strategie attuative al fine di rendere la figura dell'infermiere unico di emergenza urgenza percorribile ed attuabile.

Questo progetto si pone, quale obiettivo quello di analizzare l'esperienza maturata nel territorio lodigiano in termini di efficacia ed efficienza dei risultati del modello organizzativo implementato, con riferimento alle economie di scala dipartimentali per emergenza urgenza, aziendali per la ASST e interaziendali tra ASST ed AREU e, in particolare la sostenibilità dello stesso sia in termini di numerosità delle unità professionali impiegate, delle loro competenze, del campo di intervento, delle dotazioni individuali e dei percorsi formativi che il modello integrato determina e si propone.

2. DESTINATARI/BENEFICIARI DEL PROGETTO

Questo progetto è rivolto a coloro che, a diversi livelli organizzativi, si occupano di pianificare ed organizzare le attività rivolte al campo della emergenza ed urgenza, sia intra che territoriale, come le direzioni aziendali delle ASST lombarde, AREU, le direzioni delle professioni sanitarie, le direzioni di struttura complessa dei PS e delle AAT 118 e i loro coordinatori, così come i responsabili della formazione di entrambi i contesti organizzativi.

In particolare vede le direzioni aziendali, i direttori di struttura e coordinatori delle ASST tra i beneficiari destinatari in quanto pone le basi per la piena sostenibilità dei PS, offrendo loro la possibilità di superare il ricorso al supporto esterno a cooperative per il reclutamento e l'impiego di risorse professionali da inserire nel contesto organizzativo.

Il DEA di Lodi e il PS di Codogno, per quanto concerne il personale dirigente, non hanno mai ricorso alle cooperative per la copertura dei turni mentre, per quanto riguarda il comparto, si è ricorso all'integrazione del personale di supporto ed infermieristico nel corso del periodo pandemico, situazione successivamente superata con l'interruzione del contratto e l'integrazione delle unità reclutate mediante assunzione con contratti a tempo indeterminato.

Inoltre l'integrazione in interscambio professionale tra PS e AAT 118, grazie alle competenze trasversali raggiunte ed acquisite dai professionisti coinvolti, ha reso possibile la istituzione di team di intervento per emergenza medica (TEM), elementi costituenti l'architettura gestionale per la realizzazione delle reti di risposta rapida (RRT) alla base del modello ospedaliero per intensità di cura in sostituzione della guardia interdivisionale.

Il team operativo della ASST di Lodi, al fine di assicurare una maggior appropriatezza nell'implementazione di tale modello, ha inteso impiegare gli score NEWS (National Early Warning Scores) quali standard di riferimento universale per la valutazione del decorso clinico di un paziente e rappresentati nella figura 2.1, a far tempo dal 2017.

PARAMETRI FISIOLGICI	3	2	1	0	1	2	3
Frequenza del respiro	≤8		9 - 11	12 - 20		21 - 24	≥25
Saturazione d'ossigeno	≤91	92 - 93	94 - 95	≥96			
Ossigeno supplementare		Sì		No			
Temperatura corporea	≤35,0		35,1 - 36,0	36,1 - 38,0	38,1 - 39,0	≥39,1	
Pressione sistolica	≤90	91 - 100	101 - 110	111 - 219			≥220
Frequenza cardiaca	≤40		41 - 50	51 - 90	91 - 110	111 - 130	≥131
Stato di coscienza				Vigile			Richiamo verbale, dolore provocato, coma

figura 2.1: scala di valutazione NEWS tradotta ed adottata dal Servizio Santuario Regionale Toscano.

Il progetto inoltre pone le basi per la piena sostenibilità anche delle AAT e dei mezzi di soccorso avanzato, con autista soccorritore, medico e infermiere a bordo (MSA2) senza dover ricorrere a

Titolo del documento DGR 787 del 2023:
applicazione nel territorio lodigiano, strategie di integrazione
del personale dirigente e del comparto tra la ASST ed AREU.

personale libero professionista non specialista (MET) e senza dover convertire i mezzi MSA2 in mezzi di soccorso avanzato con autista soccorritore e infermiere a bordo (MSA1) a causa di una carenze di organico.

Le due auto mediche e le due auto infermieristiche attive presso la AAT di Lodi non sono mai state sospese ne riclassificate per carenza di professionisti. Il personale impiegato presso la AAT supporta con regolarità tutte altre realtà regionali strutturalmente o occasionalmente in difficoltà.

Attraverso l'integrazione delle competenze tra preospedaliero ed ospedaliero è stato possibile inoltre istituire, a far tempo dal marzo del 2022, il team emergenza medica 2 (TEM 2), team dedicato e costituito da medici ed infermieri con sede operativa presso il PO di Codogno, che assolve contemporaneamente sia alla funzione di guardia interdisciplinare notturna che quella dei trasporti secondari medicalmente assistiti per tutti e 4 i presidi ospedalieri della ASST, con il supporto del rianimatore di guardia, in caso di trasporti notturni.

Il progetto si rivolge quindi ai professionisti dell'area critica affinché possano sviluppare competenze trasversali che li pongano nella possibilità di operare in diversi setting organizzativi e assistenziali incrementandone le skills tecniche e cognitive, riducendone il tourn over e favorendo una visione sistemica dell'organizzazione offrendo loro la possibilità di conoscere ed operare per la presa in carico dell'utenza sia a livello intra che extraospedaliero.

3. METODOLOGIA ADOTTATA

Il presente elaborato analizza l'andamento del personale assunto presso la ASST di Lodi sui due presidi e sulla AAT sia in termini numerici espressi in FTE che di profilo professionale individuale nel decennio 2014-2024 categorizzando i professionisti coinvolti in tre tipologie:

1. Esclusivamente ospedalieri
2. Esclusivamente preospedalieri
3. Integrati in interscambio in orario di servizio

I dati sono stati forniti dall'ufficio del personale della ASST di Lodi e riportati in forma grafica consentendo di analizzare sia il numero complessivo dei dirigenti coinvolti sia l'evoluzione delle 3 categorie nel decennio preso in esame.

Nella figura 3.1 vengono graficamente evidenziati gli interventi posti in essere nell'arco temporale compreso tra il 2015 ed il 2022 e successivamente verranno evidenziati, sempre in forma grafica, le misure organizzative progressivamente introdotte ed il loro impatto sul personale.

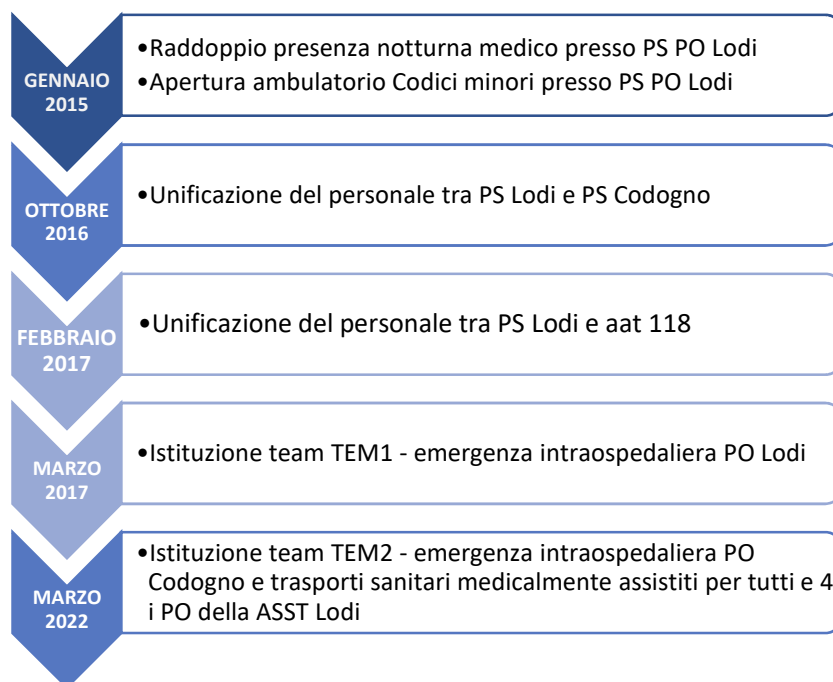


figura 3.1: rappresentazione grafica degli interventi agiti nel corso dell'arco temporale compreso tra il 2015 ed il 2022.

Per ogni misura organizzativa è stato identificato il fabbisogno di personale relativo (personale aggiuntivo per la struttura complessa) e assoluto per la ASST (impatto complessivo per la ASST determinato dal passaggio di ruoli e funzioni da altre unità operative al PS).

Titolo del documento DGR 787 del 2023:
applicazione nel territorio lodigiano, strategie di integrazione
del personale dirigente e del comparto tra la ASST ed AREU.

Le misure introdotte sono state quindi valutate in termini di efficacia e inefficacia sul reclutamento e fidelizzazione e abbandoni dei dirigenti coinvolti, sia in termini assoluti che in termini relativi (delta teste calcolato in funzione delle linee di produzione attivate e del numero di teste necessarie alla realizzazione delle stesse secondo il contratto vigente pari a 6 full time equivalent o FTE per linea nelle 24 ore).

Per lo stesso periodo temporale è stato analizzato contestualmente il numero di ore assegnate ed assicurate in regime di attività incentivante, sia intra che preospedaliera, considerando i costi complessivi del personale alla luce della legge regionale 29/12/2022, n. 34 Legge di Stabilità 2023-2025 che ha introdotto misure per affrontare la carenza di personale medico nella disciplina di medicina e chirurgia d'accettazione e urgenza presso i servizi della rete ospedaliera accreditati come Pronto Soccorso.

Lo stesso tipo di analisi è stata sviluppata per lo stesso periodo anche per il comparto impiegato presso il PS di Lodi, il PS di Codogno e della AAT 118.

4. DESCRIZIONE DEL PROGETTO, IMPLEMENTAZIONE DEL PROCESSO, FASI E TEMPISTICHE

Come sino ad ora indicato il progetto è stato implementato attraverso diverse fasi che hanno previsto dapprima una revisione del modello organizzativo intraaziendale che ha portato ad una differente distribuzione delle risorse mediche ed infermieristiche a supporto dei processi clinici e della gestione dell'emergenza e urgenza intraaziendali principalmente nel corso delle fasce orarie notturne, l'integrazione delle risorse, l'individuazione di percorsi formativi dedicati alla gestione dell'emergenza intraaziendale e di trasporto dei pazienti e la conseguente costituzione di team dedicati all'emergenza intraospedaliera e ai trasporti medicalmente assistiti operativi su tutto l'ambito territoriale afferente alla ASST di Lodi.

In particolare si è proceduto come segue e graficamente sintetizzato nella figura 4.1:

- raddoppio del medico in turno notturno presso DEA Lodi, gennaio 2015;
- apertura ambulatorio codici minori presso DEA Lodi, gennaio 2015;
- unificazione del personale tra DEA Lodi e Pronto soccorso Codogno, ottobre 2016;
- unificazione del personale tra Pronto Soccorso e AAT 118, febbraio 2017;
- istituzione del TEAM TEM 1 per emergenza intraospedaliera presidio di Lodi, marzo 2017;
- Istituzione del TEAM TEM 2 per emergenza intraospedaliera presso il presidio di Codogno;
- trasporti sanitari medicalmente assistiti per tutti i 4 presidi la ASST Lodi, marzo 2022.



figura 4-1: rappresentazione delle fasi del progetto della ASST di Lodi.

4.1. Adeguatezza organizzativa del DEA di Lodi

- Misure di carattere organizzativo
 - o raddoppio del medico in turno notturno presso DEA Lodi gennaio 2015
 - o apertura ambulatorio codici minori presso DEA Lodi Gennaio 2015
 - o differenziazione ruoli e funzioni del personale medico secondo privilegi in funzione della competenza clinica e istituzione capo turno medico.
- misure di carattere clinico;
 - o passaggio da modello admit to work a work to admit;
 - o implementazione approccio clinico ecografico integrato
 - o implementazione tecniche di supporto ventilazione non invasiva
 - o implementazione tecniche di supporto ecografico alle procedure invasive

4.2. Unificazione Direzione del DEA di Lodi e del PS di Codogno

L'unificazione della dirigenza della struttura complessa del DEA di Lodi e del PS di Codogno ha portato ad una integrazione delle procedure e delle modalità operative tra i due presidi consentendo l'interscambio del personale, garantendo l'operatività del presidio periferico nonostante le difficoltà progressivamente emerse nel reclutamento di personale disposto ad un ingaggio esclusivo in quella sede come successivamente discusso. L'interscambio professionale e la cooperazione sul campo tra i dirigenti del presidio Spoke e quelli del presidio Hub ha notevolmente agevolato la diffusione a tutti i professionisti della struttura complessa delle competenze cliniche (prima fra tutti ecografia clinica integrata) che tipicamente sono di più facile acquisizione per case mix in DEA piuttosto che in PS periferici. D'altra parte il contesto organizzativo caratterizzante il PS Spoke in non poche occasioni è risultato sfidante per i dirigenti formati presso il DEA.

4.3. Unificazione del personale tra Pronto Soccorso e AAT 118

Nel febbraio del 2017 al fine di risolvere alcune criticità organizzative correlate alla differenziazione dei modelli applicati per la gestione del personale impiegato in interscambio non differenziate risolvibili, il direttore generale della ASST di Lodi, previo nulla osta rilasciato dal direttore generale di AREU, ha conferito al direttore del PS di Lodi, oltre all'afferenza delle risorse inserite presso il PO di Codogno, anche quella di tutto il personale della AAT 118, eccezion fatta per il Responsabile della unità di struttura semplice (USS) dipartimentale AAT 118 e per il Coordinatore della stessa, così come evidenziato dal documento di cui alla figura 4.2 sotto riportata.

DGR 787 del 2023:
applicazione nel territorio lodigiano, strategie di integrazione
del personale dirigente e del comparto tra la ASST ed AREU.



figura 4.2: nota del direttore generale ASST di Lodi con la quale comunica l'afferenza delle risorse professionali della AAT 118 al direttore di struttura complessa del PS di Lodi

Questa fondamentale misura organizzativa ha consentito di istituire la rappresentazione della turnazione delle risorse professionali dirigenziali del DEA, dei due PS della ASST e della AAT 118 in un unico tabellone, uniformando le regole di ingaggio, la distribuzione dell'orario di lavoro, della fruizione delle giornate di ferie e della attività incentivante, definendo al contempo profili professionali differenziati che valorizzassero ed integrassero le competenze acquisite nella attività ospedaliera e preospedaliera.

E' importante precisare che l'autonomia e la responsabilità organizzativa della AAT sono rimaste invariate, infatti il personale apicale non è stato coinvolto dalla riassegnazione mantenendo quindi la piena responsabilità ed autonomia in merito alle indicazioni operative organizzative e cliniche in capo alla AAT, spostando le competenze gestionali per l'organizzazione delle turnistiche al Pronto Soccorso.

Titolo del documento DGR 787 del 2023:
applicazione nel territorio lodigiano, strategie di integrazione
del personale dirigente e del comparto tra la ASST ed AREU.

L'implementazione di tale modello prevede anche la valorizzazione delle competenze proprie assegnate al profilo dell'infermiere che, soprattutto in questo caso, è sostenuto da una loro elevata competenza professionale, tecnica e operativa così da assicurare una risposta sanitaria efficace ed appropriata all'utenza.

Di fatto il modello si basa sulla gestione unitaria delle risorse professionali che, pertanto, per perseguire l'obiettivo di integrazione devono raggiungere un livello di conoscenze e competenze trasversali che consenta loro di operare presso i setting individuati, la fidelizzazione e percorsi di formazione condivisi che li prepari ad operare trasversalmente nei diversi contesti operativi, così da consentire il superamento al ricorso all'impiego delle cooperative per il reclutamento delle risorse.

La convenzione tra AREU e ASST Lodi per le attività di emergenza urgenza persegue il comune obiettivo di mantenere elevato il livello di professionalità del personale sanitario chiamato a svolgere attività di emergenza e urgenza sia all'interno, sia all'esterno della ASST di Lodi ed AREU e ne delinea il modello di integrazione dell'attività intra ed extraospedaliera e la turnazione del personale nelle diverse aree critiche.

Il processo di integrazione prevede che il personale infermieristico dell'AAT 118 Lodi si interscambi con il personale del PS di Lodi in percentuale del 50% dei turni assegnati, rispettando il principio di equità per ogni professionista che avrà acquisito la competenza necessaria attraverso un percorso di formazione specifico finalizzato a migliorare e completare le conoscenze che gli consentano di operare in contesti organizzativi, intra ed extraospedalieri.

Sostanzialmente l'implementazione di un modello che prevede l'operatività di risorse condivise ed integrate all'interno di contesti intra ed extraospedalieri, evidenzia una numerosità di punti di forza che di seguito si rappresentano:

- assicurare la continuità assistenziale tra le attività intra ed extraospedaliere;
- acquisire competenze specifiche ed avanzate di tipo trasversale;
- migliorare le performance ed incrementare la motivazione dei professionisti, oltre a fornire loro la visione complessiva dell'organizzazione.
- Migliorare la capacità di valutazione clinica e la conoscenza dei percorsi della persona assistita dal domicilio al PS e delle relative attività assistenziali.
- Favorire la sostenibilità organizzativa di entrambi i setting di cura e assistenza, soprattutto in ambito della gestione e dell'impiego di risorse professionali specializzate in area critica.
- Favorire la crescita professionale e l'autonomia dei professionisti assegnati all'area attraverso percorsi condivisi di formazione continua.
- Favorire l'ottimizzazione all'accesso al Sistema d'emergenza a fronte di una maggior competenza dei professionisti che operano nelle diverse fasi della presa in carico della persona assistita, sia in ambito intra che extra ospedaliero, utilizzando una visione sistemica e non analitica.
- Incrementare e rafforzare le abilità cognitive, comportamentali e relazionali che non sono specifiche dell'expertise tecnica di un professionista (NTS, non technical skills), ma risultano altrettanto importanti nel contribuire all'attivazione di performance maggiormente efficaci e sicure quali:
 - consapevolezza situazionale;
 - decision making;
 - teamwork;
 - comunicazione efficace;

DGR 787 del 2023:
applicazione nel territorio lodigiano, strategie di integrazione
del personale dirigente e del comparto tra la ASST ed AREU.

- leadership;
- gestione dello stress;
- capacità di fronteggiare la fatica.

Al fine di dare avvio all'implementazione del progetto è stata effettuata una analisi delle risorse professionali assegnate all'area di emergenza ed urgenza del PS e della AAT 118, in termini numerici, di anzianità di servizio nell'ambito organizzativo oggetto di revisione, unitamente alle competenze possedute.

Successivamente è stato individuato un gruppo di lavoro costituito dal responsabile infermeristico di area dei servizi ad alta intensità di cura e di emergenza e urgenza afferente alla direzione delle professioni sanitarie e sociali, dai due coordinatori infermieristici del PS e della AAT e dai referenti della qualità e della formazione aziendale, così da individuare il profilo di posto dell'infermiere nei diversi contesti e le relative competenze da possedere.

Al termine degli incontri è stata redatta una job description, individuato un percorso formativo trasversale ed individuale da possedere e pianificare, unitamente al fabbisogno di risorse professionali da integrare. Occorre infatti ricordare che presso la sede del PS di Lodi nel corso del 2020, l'osservazione breve intensiva (OBI) veniva assicurata, quale attività infermieristica e di supporto, facendo ricorso al personale assicurato in outsourcing attraverso una cooperativa. Successivamente, a seguito della volontà di implementare il nuovo modello organizzativo si è proceduto ad assicurare, nel febbraio del 2021, sia le risorse infermieristiche che di supporto reclutate mediante l'espletamento di prove selettive concorsuali pubbliche che ne hanno consentito l'acquisizione e l'assunzione diretta.

Si è passati poi alla pianificazione di eventi formativi condivisi e trasversali, certificati ed accreditati ECM, prevedendo diverse fasi di apprendimento, di volta in volta analizzate, dando così vita ad un processo continuo di ampliamento delle conoscenze dei professionisti coinvolti, di condivisione della progettualità e della implementazione di una visione sistemica aziendale finalizzata alla gestione dell'emergenza e urgenza intra ed extra ospedaliera.

Le ricadute sulla attività della AAT di Lodi sono state valutate e riassunte nella tabella 4.3, confrontandole con l'andamento regionale congiuntamente ad Areu (fonte SITRA AREU Dott. Pirovano protocollo AREU n. 16840/2024).

Titolo del documento DGR 787 del 2023:
applicazione nel territorio lodigiano, strategie di integrazione
del personale dirigente e del comparto tra la ASST ed AREU.

ANNO	ORE MEDICO	TOTAL E ORE	ASST DI LODI
2023	orario istituzionale	188.423	11.699
2023	premiante	194.247	8.068
2023	MET	49.597	-
2023	Attività aggiuntiva MET	4.989	-
2023	Professionisti/Cooperativ	8.363	-
2023	Specializzandi/Universit	895	-
2023	Totale	446.513	19.767
2022	orario istituzionale	255.729	12.720
2022	premiante	150.569	4.800
2022	MET	46.835	-
2022	Attività aggiuntiva MET	7.660	-
2022	Professionisti/Cooperativ	2.215	-
2022	Specializzandi/Universit	2.000	-
2022	Totale	465.008	17.520
2021	orario istituzionale	201.267	13.028
2021	premiante	178.085	5.032
2021	MET	59.546	-
2021	Attività aggiuntiva MET	4.738	-
2021	Professionisti	2.115	-
2021	Specializzandi/Universit	697	-
2021	Totale	446.447	18.060
2020	orario istituzionale	216.864	14.334
2020	premiante	179.390	5.144
2020	MET	50.919	-
2020	Attività aggiuntiva MET	14.724	-
2020	Professionisti	3.968	-
2020	Specializzandi/Universit	360	-
2020	Totale	466.224	19.478
2019	orario istituzionale	206.412	14.589
2019	premiante	199.297	4.569
2019	MET	66.281	-
2019	Attività aggiuntiva MET	1.846	-
2019	Professionisti	1.742	-
2019	Specializzandi/Universit	2.464	-
2019	Totale	478.042	19.158

tabella 4.3: rappresentazione tabellare delle ore di attività dirigente medico a favore delle attività di AREU distinte per tipologia contrattuale – dato complessivo Regione Lombardia vs AAT di Lodi nel periodo 2019 – 2023.

La tabella 4.3 di cui sopra, riporta le ore effettuate dal personale dirigente medico a favore delle attività di AREU, distinte per tipologia contrattuale nel periodo compreso tra il 2019 ed il 2023 poste a confronto con il dato complessivo di regione Lombardia, mentre non è stato fornito il dato rispetto all'arco temporale richiesto (2014-2023) in quanto prima del 2019, i dati disponibili includevano in modo indistinto le ore destinate alla formazione e aggiornamento dei professionisti.

In merito ai dati riferiti alle ore medico regione lombardia e all'analisi degli stessi è possibile osservare che le ore di attività dei medici sono complessivamente diminuite passando da 478.042 del 2019 a 446.513 del 2023 (riduzione di 31.519 ore, pari ad un calo del 7%), in ragione di una riorganizzazione dei mezzi di soccorso sul territorio regionale avvenuta nel periodo di osservazione.

L'attività in orario di lavoro istituzionale ha visto una progressiva riduzione nel corso degli anni passando da 206.412 del 2019 a 188.423 del 2023 (riduzione di 17.989 ore, pari ad un calo del 8,8%), mentre l'attività in sistema premiante è sostanzialmente rimasta invariata.

Nel 2023 la distribuzione delle ore necessarie alla copertura del servizio tra le due modalità (istituzionale vs sistema premiante) è risultata lievemente a favore del sistema premiante (49,2% in orario istituzionale vs 50,8% in sistema premiante).

In molte AAT risulta ancora determinante il contributo dei medici di Emergenza Territoriale (MET), personale medico non specialista, che nel corso degli anni AREU ha progressivamente sostituito con

personale specializzato (in prevalenza A.R.T.I.D - Anestesia, Rianimazione, Terapia Intensiva e del Dolore e M.E.U. (Medicina di Emergenza e Urgenza), a garanzia di una risposta maggiormente qualificata per la gestione di soccorsi in cui sono coinvolti pazienti critici.

A partire dal 2022 in alcune AAT si è osservata l'introduzione e significativo incremento di liberi professionisti reclutati con contratto individuale o mediante affidamento a cooperative, fino a 8.636 ore nell'anno 2023.

Per quanto concerne l'attività della AAT di Lodi nel corso degli anni si è rilevata una progressiva riduzione dell'orario di lavoro istituzionale passando da 14.589 del 2019 a 11.669 del 2023, mentre l'attività in sistema premiante è cresciuta passando da 4.569 del 2019 a 8.068 del 2023.

Si segnala inoltre che l'AAT di Lodi ha contribuito nel corso degli ultimi due anni a gestire carenze in altre realtà in sistema premiante. Nel 2023 la distribuzione delle ore necessarie alla copertura del servizio nelle due modalità (istituzionale vs sistema premiante) è risultata a favore dell'orario istituzionale (59.2% in orario istituzionale vs 40,8% in sistema premiante).

Presso l'AAT di Lodi non sono in servizio medici MET, ma solo medici specialisti che rappresentano una garanzia di un soccorso maggiormente qualificato.

Non sono state esposte ore relative all'impiego di liberi professionisti o cooperative di medici.

4.3. Istituzione del team TEM 1 per emergenza intraospedaliera presso il presidio di Lodi

Nel corso dell'anno 2017 si è inteso analizzare le modalità di gestione della rete di risposta rapida (RRT) mediante l'attivazione di un gruppo di clinici che, attraverso le competenze acquisite in area critica, hanno definito il percorso di attivazione dei trasporti di pazienti allocati fuori da aree ad alta intensità di cura che presentavano un rapido deterioramento dei parametri cardiorespiratori ed emodinamici.

Venne così individuata una rete di professionisti, costituita da medici e infermieri di diversa estrazione professionale, accomunati però da comprovate competenze acquisite in area critica, in grado di offrire risposte appropriate alle condizioni cliniche di gravità rilevate, al fine di evitare ciò che in letteratura viene definito quale mancato soccorso (failure to rescue), intendendo con questo la mancata capacità di riconoscere i segni e sintomi precoci di instabilità e deterioramento clinico nei pazienti ricoverati o il ritardo nel porre in essere quelle procedure o terapie atte a prevenire l'arresto cardiaco.

I tre principali problemi attinenti il mancato soccorso riguardano:

- fallita pianificazione;
- interrotta o mancata comunicazione tra paziente e staff o tra i diversi membri dello staff;
- mancato riconoscimento dei segni precoci di instabilità emodinamica.

Parte fondamentale della rete risposta rapida (RRT) è il team di emergenza medica (TEM1), la cui istituzione ha avuto il compito di superare la logica della guardia interdivisionale medica e chirurgica, mediante l'adozione sistematica di strumenti, protocolli e scores validati di monitoraggio (ad

Titolo del documento DGR 787 del 2023:
 applicazione nel territorio lodigiano, strategie di integrazione
 del personale dirigente e del comparto tra la ASST ed AREU.

esempio lo score NEWS), dotando le divisioni dei presidi tecnologici capaci di semplificare il rapido calcolo dello score, elemento spesso citato in letteratura come critico.

In particolare il personale infermieristico dei reparti effettua le rilevazioni del NEWS, scala di gravità, validata e adottata a livello internazionale, che ha lo scopo di misurare il livello di gravità di un paziente, divenendo uno strumento di monitoraggio per sorvegliare l'andamento clinico e cogliere immediatamente il deterioramento delle condizioni generali di salute del paziente.

Il calcolo del NEWS si fonda sulla rilevazione dei parametri vitali come già rappresentato nel testo alla figura 1, definendo per ogni parametro degli intervalli di gravità che portano all'attribuzione di un punteggio e la somma dei punteggi parziali concorre alla determinazione del punteggio complessivo NEWS.

L'adozione della scala NEWS comporta anche l'introduzione di modelli standard di sorveglianza temporale dei pazienti, secondo schemi ben definiti, e l'attivazione del TEM1 per livelli o variazioni del punteggio strettamente codificati, come indicato nella tabella 4.4 sotto riportata.

Punteggio news	Frequenza NEWS	Risposta clinica
0	Minimo ogni 12 ore	Procede il monitoraggio parametrico come da tempo indicato
Totale : 1-4	Minimo ogni 6 ore	
Totale ≥ 5 oppure 3 in un solo parametro	Almeno ogni ora	L'infermiere allerta il TEM1 Il medico responsabile valuta urgentemente il paziente Il livello assistenziale deve essere adeguato alla gravità clinica
Totale ≥ 7	Monitoraggio continuo	L'infermiere chiama in emergenza il TEM1 Il TEM1 provvede alle cure eventualmente insieme al medico Rianimatore
		Viene preso in considerazione il trasferimento in un reparto sub-intensivo o intensivo

tabella 4.4: schema di sorveglianza temporale dei pazienti finalizzata all'attivazione del TEM1

Il progetto integra le evidenze di letteratura verso un più ampio percorso di costituzione di unità di medici d'emergenza con mandato operativo ospedaliero ed extra-ospedaliero, ampiamente integrato in una logica di continuità assistenziale ed una maggior appropriatezza dell'impiego delle risorse rianimatorie disponibili.

Il TEM1 è costituito da un medico e da un infermiere del PS, che si affiancano al personale dello stesso servizio e che, per il presidio di Lodi, il primo assume anche la responsabilità diretta dei pazienti ricoverati in osservazione breve intensiva (OBI) L'infermiere TEM non ricopre ruolo di capo turno infermieristico per il PS.

La figura infermieristica del capo turno in particolare infatti è stata inserita all'interno dell'organizzazione del PS di Lodi nell'anno 2021 ed economicamente incentivata attraverso la premialità aziendale (fondino o 5% del Direttore Generale) è stata istituita con la finalità di valorizzare la componente infermieristica che, in un setting assistenziale altamente complesso e critico, quale quello del PS, assicura una funzione di raccordo e connessione tra la linea maggiormente operativa e quella di coordinamento. Tale ruolo è stato individuato per consentire una gestione dell'attività clinica e organizzativa gestionale appropriata e tempestiva in rispondenza alle numerose criticità che la tipologia e la complessità del setting pone dinanzi nel

applicazione nel territorio lodigiano, strategie di integrazione del personale dirigente e del comparto tra la ASST ed AREU.

corso dell'apertura del servizio operativo nelle 24 ore per 365 giorni l'anno. I capoturno, presenti uno per squadra, si interfacciano direttamente con il coordinatore ed il responsabile clinico presente in turno, distribuiscono il carico assistenziale, assicurano la corretta assistenza infermieristica per i casi in carico, gestiscono le criticità organizzative, le assenze improvvise, oltre a rivestire un ruolo di riferimento per la propria squadra, garantendo loro un costante e preciso passaggio delle informazioni e delle comunicazioni ricevute. Tale incarico viene assegnato ad infermieri esperti nel setting assistenziale con una anzianità di almeno 3 anni di servizio, che hanno mostrato elevate capacità critiche, conoscenze cliniche e di gestione organizzativa nello svolgimento del loro operato, a cui viene assegnato un profilo di attività come indicato nella tabella 4.5, sotto riportata.

ATTIVITÀ/RESPONSABILITÀ DELL'INFERMIERE CAPOTURNO	
1	Assegna puntualmente le postazioni e le attività degli infermieri e degli OSS del proprio team secondo le necessità emergenti e dispone in caso di necessità (life-car, overcrowding) eventuali variazioni di setting, al fine di ottimizzare l'efficienza del Pronto Soccorso.
2	Identifica le competenze dei professionisti all'interno della propria squadra affidandogli la referenza di attività clinico organizzative.
3	Assicura, come da procedura "gestione assenze non programmate", la copertura del turno (infermieri / OSS) e di tutte le aree di lavoro a garanzia della continuità assistenziale.
4	Supervisiona le attività e i comportamenti adottati, del personale infermieristico e OSS del proprio team valutandone gli esiti.
5	Supervisiona l'applicazione delle linee guida, regolamenti e procedure, volti a disciplinare le attività da parte del personale infermieristico e OSS della sua equipe, informando via email il coordinatore in caso di inosservanza.
6	Garantisce per quanto di competenza, il corretto utilizzo delle risorse tecnologiche assegnate.
7	Riconosce e segnala eventuali eventi avversi e situazioni di criticità informando il coordinatore.
8	Collabora con il coordinatore e con gli altri capoturno, al fine di realizzare modalità operative condivise e coerenti garantendo l'erogazione di prestazioni e servizi.
9	Collabora con il coordinatore, alla verifica della corretta compilazione e gestione della documentazione sanitaria (controllo scheda triage, diario clinico, parametri news, verbale di pronto soccorso completo, autorità giudiziaria scheda 118).
10	è coresponsabile con il coordinatore, della corretta gestione degli armadi farmaceutici dell'UO, dell'approvvigionamento straordinario, dello stoccaggio e della corretta conservazione dei farmaci e dei presidi.
11	Conosce e supervisiona la documentazione in uso, i protocolli e le procedure, in particolar modo la cartella condivisa, i documenti della qualità la compilazione e l'aggiornamento delle check-list
12	Conosce le procedure di sanificazione ambientale e controlla che queste siano rispettate e applicate correttamente;
13	Promuove l'implementazione di progetti di integrazione intra, extra team e aziendali.
14	Utilizza un metodo comunicativo, riconoscendo le diverse modalità di interazione (istituzionali e non)
15	Svolge attività di formazione/affiancamento al personale infermieristico neoinserito/neoassunto/studenti in tirocinio

tabella 4.5: Profilo di attività e responsabilità della figura del capoturno.

Il team è affiancato dalla figura di un medico anestesista rianimatore (AR) di guardia, che funzionalmente fa parte del team e lo integra nei contesti di peri arresto o in quelli richiedenti management delle vie aeree, ed interviene su specifica chiamata da parte del TEM1.

Di fatto il TEM1, sostituisce la guardia interdivisionale ed è un servizio attivo presso il PO di Lodi dalle ore 20.00 alle ore 8.00 di tutti i giorni dell'anno, ha sede operativa presso l'OBI e risponde ad un numero dedicato comunicato a tutto il personale dei servizi e delle unità operative. Interviene ogni qualvolta sia ritenuta necessaria una valutazione medica o in caso di modifica dei parametri vitali e conseguente incremento dello score NEWS, a seguito di valutazione effettuata a cura del personale infermieristico di reparto per le unità operative indicate nella tabella 4.6.

E' provvisto di specifica fornitura di dispositivi, apparecchiature strumentali e sostanze

Titolo del documento DGR 787 del 2023:
 applicazione nel territorio lodigiano, strategie di integrazione
 del personale dirigente e del comparto tra la ASST ed AREU.

farmacologiche dedicate, di ecografo multidisciplinare e di sistemi di supporto ventilatorio non invasivo monouso. Dispone di DAE come backup, ma utilizza in via preliminare il defibrillatore in dotazione al carrello di emergenza presente presso i reparti.

Unità Operativa	Necessità clinica	Alterazione parametri NEWS
Chirurgia Polispecialistica (ORL, Urologia, Chir. Vascolare)	TEM1	TEM1
Medicina		
Oncologia		
Pneumologia		
Nefrologia		
Ortopedia		
Chirurgia Plastica		
Pazienti dell'UOC Oculistica		
Chirurgia Generale	Medico di guardia (può attivare TEM1)	TEM1 (relaziona al Medico di Guardia)
Ginecologia		
Neurologia		
Semintensive		

tabella 4.6: unità operative e attivazione TEM1

Come evincibile dalla tabella il chirurgo, il ginecologo e il neurologo in guardia attiva rimangono titolari delle procedure di ricovero nella propria divisione, compreso il foglio di terapia (secondo organizzazione interna di reparto), dell'assistenza non urgente o differibile, ordinaria o programmata.

In questi tre reparti il medico di guardia può richiedere l'intervento del TEM1 qualora lo ritenga strettamente funzionale alla gestione dello specifico quadro clinico o alla sua potenziale evolutività, oppure il TEM1 può essere attivato direttamente dagli infermieri contestualmente al medico di guardia per instabilizzazione dei NEWS.

In caso di contemporaneità di urgenze specialistiche in semintensiva specialistica (UTIC e STROKE UNIT) ed altri reparti o servizi del presidio di Lodi il neurologo e il cardiologo di guardia potranno chiedere il supporto del team TEM1 per la gestione della contemporaneità anche nelle divisioni Semintensive.

Il progetto è stato valutato per il primo triennio di applicazione 2017-2019 confrontandolo con il triennio precedente 2014-2017, nello studio: "Efficacy and Sustainability in the use of the Rapid Response System utilizing Emergency Physicians" sottoposto per pubblicazione, i cui risultati vengono di seguito riepilogati e sintetizzati nella tabella 4.7 e 4.8.

DGR 787 del 2023:
 applicazione nel territorio lodigiano, strategie di integrazione
 del personale dirigente e del comparto tra la ASST ed AREU.

	PRE (2014-2016)	POST (2017-2019)	p-value²
Hospitalizations (N)			
MET wards	15,387	14,107	-
Non-MET wards	16,029	14,897	-
MET and non-MET wards	31,416	29,004	-
Transfers to ICU1 – N (%)			
MET wards	242 (1.57%)	178 (1.26%)	0.028
Non-MET wards	210 (1.31%)	163 (1.09%)	0.092
MET and non-MET wards	452 (1.44%)	341 (1.18%)	0.005
Hospital deaths ¹ – N (%)			
MET wards	585 (3.80%)	553 (3.92%)	0.62
Non-MET wards	257 (1.60%)	196 (1.32%)	0.040
MET and non-MET wards	842 (2.68%)	749 (2.58%)	0.47

tabella 4.7: rappresentazione del numero di pazienti ospedalizzati, trasferimenti non pianificati in terapia intensiva e decessi suddivisi in reparti MET e non MET nel periodo pre e post i 3 anni di implementazione della rete di risposta rapida (RRT).

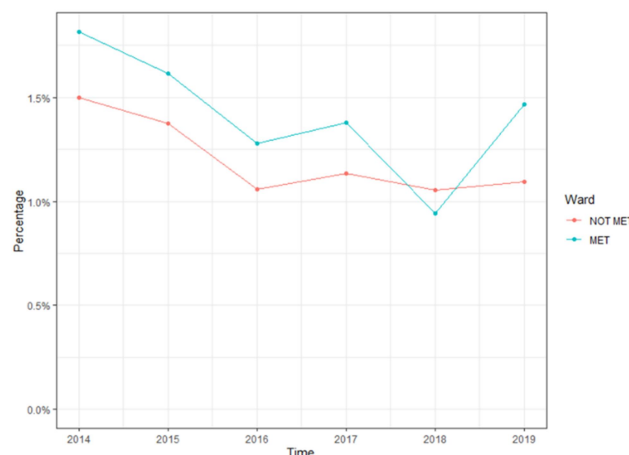


figura 4.8 :rappresentazione grafica della proporzione annuale di trasferimenti non pianificati in terapia intensiva da reparti MET e non MET (1. La proporzione è calcolata utilizzando al denominatore il corrispondente numero di ricoveri - 2. Confronto della percentuale di trasferimenti in terapia intensiva e di decessi).

Le conclusioni dello studio, attualmente in pubblicazione, vengono di seguito riportate:

«Lo studio ha documentato la sicurezza della RRS implementata presso l’Ospedale Maggiore di Lodi e la non inferiorità del MET gestito in DEA rispetto alla tradizionale guardia interdivisionale in termini di trasferimenti non pianificati in terapia intensiva e tassi di mortalità.»

4.4. Istituzione del team TEM 2 per emergenza intraospedaliera presso il presidio di Codogno e trasporti sanitari medicalmente assistiti per tutti i 4 presidi della ASST Lodi

A seguito di una analisi della modalità organizzativa attinente il trasporto di emergenza intraospedaliera effettuata presso la ASST di Lodi sono state poste in luce alcune criticità nella gestione del paziente che afferiva all'ospedale spoke, sia esso degente presso i due PS che presso le unità operative, la cui sostenibilità era correlata ad un modello fondato sulle reperibilità dei professionisti coinvolti. Stante la necessità di superare tale criticità si è proceduto ad istituire un gruppo di lavoro (GdL) con la finalità di individuare un nuovo modello finalizzato alla gestione dei soggetti affetti da patologia tempo dipendente che necessitano di interventi rapidi, appropriati mediante un governo centralizzato della logistica e delle risorse professionali secondo una logica di hub & spoke, così come già implementato da AREU.

L'ASST di Lodi ha così inteso estendere la rete di risposta rapida precedentemente operativa presso il presidio di Lodi anche a quello di Codogno, obiettivo da raggiungere mediante la realizzazione di due fasi, la prima con la quale si istituiva un team dedicato al trasporto diurno sanitario emergente o urgente medicalmente assistito (TEM2) ed una seconda che estendeva il servizio nelle 24 ore, contemplando all'interno dell'attività notturna anche la funzione di guardia interdipartimentale.

Tale modello organizzativo ha visto le due organizzazioni, ASST e AREU, impegnate nella stesura condivisa di un documento i cui contenuti sono stati inseriti all'interno di una convenzione ufficialmente stipulata tra le parti ed il cui testo fornisce e dettaglia le caratteristiche, le responsabilità e le afferenze delle risorse. Nello specifico la convenzione prevede che i professionisti del TEM2 afferiscono alla ASST di Lodi, che ne sostiene i costi e si impegna altresì a garantire il coefficiente numerico necessario per assicurare il servizio e dei professionisti necessari, nel rispetto delle normative vigenti, mentre la AAT 118 Lodi fornisce i dispositivi di protezione individuale (DPI) necessari allo svolgimento dell'attività descritta, definisce la modalità organizzativa del servizio assicurandone la piena funzionalità e garantendo la formazione a tutti i professionisti dedicati all'attività di trasporto sanitario emergente ed urgente medicalmente assistito. Viene inoltre confermata la responsabilità gestionale della direzione della struttura semplice dipartimentale della AAT e contestualmente l'afferenza del personale alla struttura complessa del PS come unica unità operativa complessa armonicamente integrata.

La convenzione prevede inoltre l'interscambio per il personale che svolge l'attività presso i due setting assistenziali della AAT 118 Lodi e del TEM2. Il personale di AAT che non gode di tale esclusività e il personale del PS del presidio di Lodi formato per l'attività svolta da AAT 118 Lodi, interscambia tra il 30% e il 50% dei turni mensili assegnati dalle rispettive unità operative di afferenza, secondo le esigenze organizzative ed il principio di mantenimento delle competenze cliniche e tecnico specialistiche, proprie dei tre setting assistenziali quali il PS del presidio di Lodi, il TEM1, il TEM 2 e la AAT 118 Lodi.

Il team trasporti secondari dispone di un mezzo dedicato con autista ed equipaggiamento idoneo per CMR convenzionato da ASST Lodi, in stazionamento presso il presidio di Codogno, impiegabile dalla SOREU Pianura (sala operativa regionale di emergenza urgenza) anche per esigenze specifiche della rete del sistema di trasporto materno assistito (STAM), assumendosi l'impegno di intervenire in caso

si presenti un evento di contemporaneità che necessiti di assicurare un trasporto secondario medicalmente assistito.

Il TEM si occupa inoltre del trasferimento di tutte le persone assistite con patologia evolutiva o instabilità emodinamica, escludendo tutti i trasporti sanitari di persone assistite stabili non tempo dipendenti e non necessitanti di supporto medico ma trasferibili mediante MSB.

La responsabilità della identificazione del corretto setting assistenziale per il trasferimento della persona assistita resta in capo al curante, come definito attraverso la socializzazione di una procedura aziendale dedicata ai trasporti secondari, periodicamente sottoposta a verifica di appropriatezza da parte della ASST di Lodi e di AREU. Tale attività viene tracciata attraverso l'impiego di una documentazione condivisa e informatizzata, con la quale è possibile attivare il servizio, tracciare gli eventi, individuare gli indicatori, effettuare analisi statistiche dei dati rilevati ed il monitoraggio da parte del controllo di gestione.

Il progetto ha previsto le seguenti azioni:

- a. acquisizione di numero 3 medici con profilo professionale e percorso formativo condiviso tra le due organizzazioni sanitarie.
- b. Acquisizione ed inserimento di numero 6 unità infermieristiche con profilo professionale e percorso formativo specifico.
- c. Mezzo di trasporto allocato presso il presidio di Codogno sulle 12 ore che include la presenza dell'autista, come indicato nella convenzione stipulata tra la ASST Lodi e AREU.
- d. Formazione del personale del PO di Codogno all'utilizzo della scala NEWS per l'attivazione del TEM 2, così come precedentemente attivato presso il presidio di Lodi.
- e. Redazione e condivisione di specifica procedura di attivazione del TEM 2 e divulgazione al personale di tutte le unità operative della ASST di Lodi e presso AAT 118.
- f. Strutturazione condivisa con AREU, di specifica procedura per l'attivazione del trasporto secondario urgente.
- g. Predisposizione e approntamento del materiale per l'emergenza intra ed inter-ospedaliera ad uso del TEM2 da utilizzare anche per i trasporti secondari urgenti (zaini, farmaci, stupefacenti, consumabili, materiale trauma).
- h. Individuazione e predisposizione della documentazione sanitaria ad uso dell'equipaggio da utilizzare durante il trasporto.

Una particolare importanza la riveste la formazione del personale finalizzata all'acquisizione di competenze da assicurare a coloro che devono operare in setting organizzativi altamente complessi e diversi tra loro, perchè possa essere utile e professionalmente inserito in sicurezza. Allo scopo sono stati previsti step differenziati che assicurano il raggiungimento di conoscenze, abilità cliniche e capacità relazionali specifiche e di contesto. Il progetto si compone di un percorso strutturato di inserimento graduale dell'infermiere neoassunto, figura 4.9, e di rivalutazione degli infermieri già in servizio, con il fine di acquisire la competenza necessaria per la sicurezza propria e del paziente, a cui segue un percorso supplementare.

Titolo del documento DGR 787 del 2023:
 applicazione nel territorio lodigiano, strategie di integrazione
 del personale dirigente e del comparto tra la ASST ed AREU.

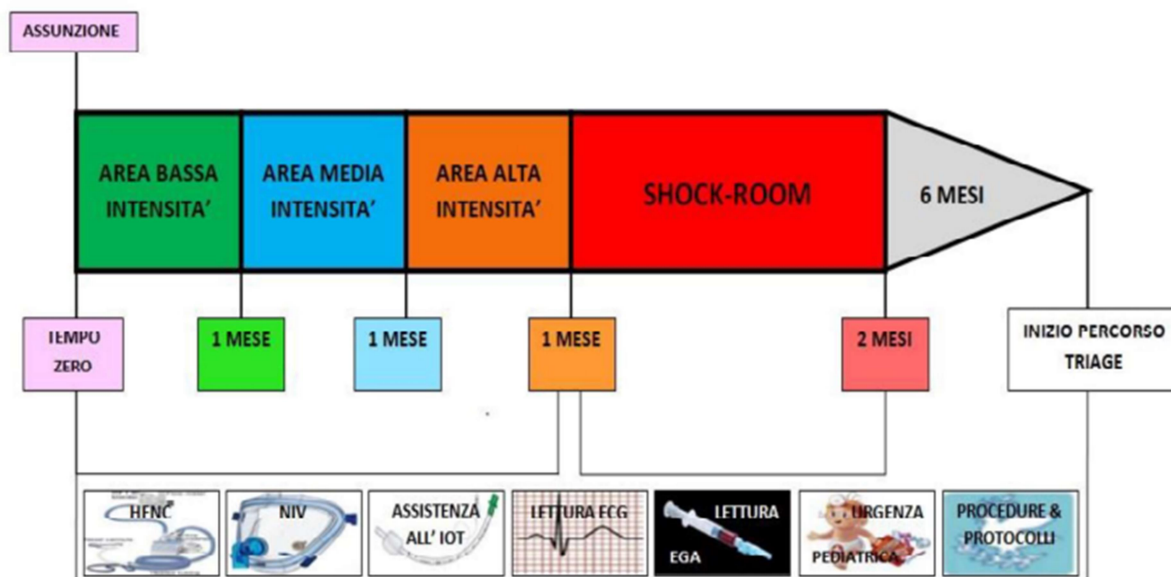


figura 4.9: framework formazione neo assunto assegnato al PS della ASST di Lodi

Tenuti in debito conto gli aspetti metodologici derivanti dalla teoria dell'apprendimento dell'adulto e in particolare dell'apprendimento sul campo attraverso la riflessione sull'esperienza, sono state introdotte la figura del tutor e il metodo del briefing e debriefing, predisponendo un percorso di inserimento che specifica contesto, tempi, finalità, opportunità di apprendimento e una calendarizzazione degli step del percorso.

Al fine di preparare il professionista infermiere all'interscambio, individuato tra coloro che hanno maturato 3 anni di servizio, viene predisposto un percorso formativo supplementare (Trauma base – PCT; Trauma avanzato, Corso Maxi-emergenze, EPALS).

Con l'istituzione del TEM2 la ASST di Lodi ha inteso procedere anche attraverso una procedura aziendale per la gestione del trasporto secondario per i pazienti dei due PS e di quelli ricoverati presso i reparti con indicazione clinica al trasferimento presso altro nosocomio per necessità di ricovero o visita di prestazione ambulatoriale.

Tale procedura prevede la sua applicazione all'interno di tutte le unità di struttura semplice (USS) e unità di struttura complessa (USC) e servizi della ASST di Lodi e dell'hospice di rete (Casalpusterlengo, Codogno, Melzo, Melegnano, Inzago) e persegue lo scopo di definire le modalità di gestione dei trasporti dei soli pazienti critici, con esclusione dei trasporti neonatali (due mesi di vita) e di quelli a carico del trasporto maternoassistito di cui alla dgr XI 2396 11 novembre 2019, che necessitano di:

- diagnostica o terapia non disponibili presso la ASST di Lodi;
- Ricovero in altre strutture aziendali per distribuzione presso le diverse specialità della ASST di Lodi.
- Ricovero in presidi sanitari con specialità non presenti nella ASST di Lodi.

La ASST di Lodi per la valutazione delle necessità tecniche, cliniche ed assistenziali da applicare alle modalità ed alla tipologia del trasporto, si è avvalsa della classificazione Eherenwerth¹ alla quale si rimanda per approfondimento. Allo scopo la ASST ha anche predisposto un documento ad uso interno che ne definisce la classificazione generale, le caratteristiche del paziente e dell'equipaggio necessario e dettagliato per ciascun caso.

Nello specifico, al fine di facilitare l'implementazione del modello organizzativo nella sua applicazione pratica, si è inteso definire le caratteristiche relative alla tipologia di trasporto sanitario, ovvero il trasporto o trasferimento di persone assistite tra strutture sanitarie di ricovero e cura (interospedaliero) o all'interno delle strutture medesime (intraospedaliero) suddividendoli in due differenti categorie, come di seguito riportato.

- **Trasporto primario:** trasporto di un paziente dal luogo di insorgenza della patologia acuta e o dell'infortunato, alla struttura sanitaria più appropriata. Si tratta di trasporto urgente o emergente proveniente dal territorio verso le strutture ospedaliere e di un trasporto di esclusiva pertinenza del sistema 118.
- **Trasporto secondario:** trasporto di un paziente proveniente dal PS o dai reparti di un PO della ASST di Lodi ad un altro o ad una Struttura Sanitaria. Il trasporto sanitario è diversificato in funzione della condizione clinica del paziente oppure della priorità temporale in cui deve essere eseguito.

Nelle tabelle 4.10 e 4.11 si riporta la suddivisione dei casi in relazione al quadro clinico e secondo la classificazione di Eherenwerth, rispettivamente differenziato per pazienti di età ">" e "<" ai 18 anni di età, che supporta la gestione dei trasporti sanitari all'interno della ASST di Lodi.

Classificazione di Eherenwerth del rischio di trasporto implementato presso i 4 PO ASST Lodi		
Pazienti > 18 anni		
CLASSE	INDICAZIONI	SPECIFICHE
3E – 4- 5 «patologia tempo dipendente»	con un mezzo di soccorso avanzato, Centro Mobile di Rianimazione (CMR), con autista e assistenza di un medico e di un infermiere, inclusi pazienti bariatrici fino a 220 kg con analoghe caratteristiche.	Il trasporto è eseguito dal team della ASST (mezzo di trasporto e personale sanitario) e da AAT 118 (mezzo di trasporto e personale sanitario) in caso di contemporaneità, solo nel caso di trasporti tempo dipendenti.
4-5 «senza patologia tempo dipendente»	con un mezzo di soccorso avanzato Centro Mobile di Rianimazione (CMR) con autista e assistenza di un medico e di un infermiere, inclusi pazienti bariatrici fino a 220 kg con analoghe caratteristiche.	Il trasporto è sempre garantito dalla ASST (mezzo di trasporto e personale sanitario CMR).
Classi 3	trasporto eseguito da mezzo allestito come CMR, con medico della unità operativa senza infermiere per i presidi di Lodi e Codogno.	Se proveniente da presidio di Casalpusterlengo o Sant' Angelo Lodigiano il trasporto è garantito dal CMR aziendale.
Classi 1-2	trasporto con mezzo di soccorso di base (MSB).	Il trasporto è garantito dalla ASST (mezzo base in convenzione) nel caso in cui non sia a carico del paziente o di altri enti.

tabella 4.10: classificazione Eherenwerth del rischio di trasporto di pazienti con età >18 anni impiegata presso la ASST di Lodi.

¹ Eherenwerth J, Sorbo S., Hackel A. "Transport of critically ill adult"- Crit.Care Med 1986 Vol 14 n. 6 543-47

Titolo del documento DGR 787 del 2023:
applicazione nel territorio lodigiano, strategie di integrazione
del personale dirigente e del comparto tra la ASST ed AREU.

Classificazione di Eherenwerth del rischio di trasporto implementato presso i 4 PO ASST Lodi		
Pazienti < 18 anni		
CLASSE	INDICAZIONI	SPECIFICHE
Classe 3E, 4 e 5	per i pazienti < 2 mesi di vita e/o di peso inferiore ai 5-6 kg, lunghezza inferiore a 58 cm e comunque in presenza dei requisiti dichiarati nella procedura dedicate al Sistema di Trasporto in Emergenza del Neonato (STEN) e Sistema di Trasporto Materno Assistito (STAM); trasporto a carico dello STEN.	
	Per i pazienti > 2 mesi di vita fino a 3 anni di età di classe Eherenwerth 3 E, 4, 5 e per i pazienti dai 3 anni ai 18 anni di classe Eherenwerth 5, trasporto in emergenza-urgenza viene effettuato dal Rianimatore, in collaborazione con il TEM2.	Il trasporto è eseguito dal team della ASST (mezzo di trasporto e personale sanitario) e da AAT 118 (mezzo di trasporto e personale sanitario) in caso di contemporaneità, solo nel caso di trasporti tempo dipendenti.
	Per i pazienti di età tra 3 e 18 anni non compiuti classe 3E e 4, l'assistenza medica per il trasporto è garantita dal TEM2 che potrà avvalersi della collaborazione del pediatra, se necessaria.	Il trasporto è sempre garantito dalla ASST (mezzo di trasporto e personale sanitario CMR).
Classe 3	trasporto eseguito da mezzo allestito come CMR, con medico della unità operativa senza infermiere per i presidi di Lodi e Codogno.	
Classi 1-2	trasporto garantito dalla ASST con MSB (mezzo base in convenzione) laddove non a carico del paziente o di altri enti.	

tabella 4.11: classificazione Eherenwerth del rischio di trasporto di pazienti con età < 18 anni impiegata presso la ASST di Lodi.

E'importante sottolineare che questa modalità organizzativa per la gestione dei trasporti secondari è in linea con quanto indicato nel documento :« *BPC - "Trasporto intra-ospedaliero ed inter-ospedaliero"* , pubblicato il settembre 27, 2023 da SIAARTI.

Nella tabella 4.12, vengono riportate le raccomandazione della Panel attinenti.

QUESTION 8. QUALI SONO LE COMPETENZE CHE DEVONO POSSEDERE LE FIGURE PROFESSIONALI COINVOLTE NEL TEAM DI TRASPORTO	
8.1	Il panel ritiene opportuno che se il paziente è in Classe IV o V e se risponde ai criteri indicati in Allegato, sia trasportato in intra-ospedaliero con equipe medica/infermeiristica di area critica/terapia intensiva possibilmente che abbia già avuto in gestione il paziente (Allegati 1.2.3)
8.2	Il panel ritiene opportuno che se il paziente è in Classe IV o V e se risponde ai criteri indicati in Allegato è appropriato che il trasferimento interospedaliero sia effettuato con equipe medica/infermieristica di area critica/terapia intensiva che riceva adeguate informazioni (Allegato) e che venga coinvolti nel processo di cura e di stabilizzazione.
8.6	Il panel ritiene opportuno che per il trasporto extra-ospedaliero, l'equipaggio di accompagnamento debba preferibilmente possedere una certificazione della propria formazione con sigla di appartenenza (BLS-D fino alle classi 3 non evolutiva, ALS dalla 3 evolutiva fino alla 5).
8.11	E' molto importante che per i trasporti di classe IV/V e III-E si provveda ad una formazione del personale che li addestri ad operare sui mezzi di trasporto (ambulanza ed elisoccorso), in spazi ristretti ed in movimento.
8.15	Il panel ritiene opportuno che i Servizi di Anestesia e Rianimazione in collaborazione con la Medicina d'urgenza, come maggiormente coinvolti nel trasferimento di pazienti ad elevata complessità, proponano e condividano con la Centrale Operativa 118 di riferimento documenti che siano finalizzati alla creazione di Centri Mobili di Rianimazione o di Ambulanze di soccorso equivalenti, le cui dotazioni di impianti gas medicali ed elettrici siano idonee e compatibili con le attrezzature utilizzate a bordo e di proprietà dei singoli ospedali. Tali mezzi devono essere preferibilmente propri degli ospedali o delle ASL o di proprietà delle Organizzazioni di soccorso/trasporto purchè garantiscano, con apposite convenzioni scritte gli standard ospedalieri degli impianti e la possibilità di allestimento di apparecchiature ospedaliere se necessario/richiesto per il trasporto specifico.

figura 4.12: raccomandazione del Panel attinenti il tema trattato.

DGR 787 del 2023:
 applicazione nel territorio lodigiano, strategie di integrazione
 del personale dirigente e del comparto tra la ASST ed AREU.

Il personale operante sul centro mobile aziendale per i trasporti secondari medicalmente assistiti Classe 3E, 4 e 5 di Eherenwerth è infatti integralmente costituito da medici ed infermieri certificati per MSA1 e MSA2 da AREU pienamente rientranti nelle raccomandazioni SIAARTI.

Nella tabella 4.13 viene rappresentata l'attività del TEM 2 assicurata presso i 4 PO della ASST di Lodi nel periodo 2023-2024.

RENDICONTAZIONE TEM2		
Marzo 2023- Marzo 2024		
MISSIONI	Tempo medio	2,85 ore
	Tasso giornaliero	18,37%
	Fascia diurna	77,30%
	Fascia notturna	22,70%
	AAT 118 per contemporaneità	n° 5
	Lodi verso Codogno	51%
	Codogno verso Lodi	38%
	Patologia cardiologica	n° 235
	Patologia neurologica	n° 85
	Totale annuo	n° 564

tabella 4.13: rappresentazione grafica rendicontazione delle missioni assicurate dal team TEM2 nel periodo compreso tra il marzo 2023 ed il marzo 2024

4.5. ANALISI DEI COSTI DI IMPLEMENTAZIONE O REALIZZAZIONE

Come precedentemente indicato, la ASST di Lodi ha fatto ricorso all'impiego della cooperativa per assicurare un numero di 6 operatori di supporto in un periodo compreso tra il 1 marzo ed il 31 dicembre 2020, per un numero compreso tra le 3 e le 8 unità di figure infermieristiche in un periodo compreso tra il mese di settembre 2020 e febbraio 2021, sostenendo i costi come indicato nella tabella 4.14.

COSTO PERSONALE INFERMIERISTICO E DI SUPPORTO				
ASSICURATO DA COOPERATIVA				
	ANNO 2020		ANNO 2021	
	INFERMIERI	OPERATORI	INFERMIERI	OPERATORI
N° Risorse	3-8	2-6	8	0
Ore totali	1770	613	2209	0
COSTI PARZIALI	47540	12260	59331	0
COSTO ANNUALE	59800		59331	
COSTO TOTALE	119131			

tabella 4.14 : rappresentazione costi sostenuti da ASST Lodi per fornitura risorse da Cooperativa nel periodo compreso tra marzo 2020 e febbraio 2021.

Titolo del documento DGR 787 del 2023:
 applicazione nel territorio lodigiano, strategie di integrazione
 del personale dirigente e del comparto tra la ASST ed AREU.

Successivamente, interrotto il contratto con la cooperativa, si è proceduto al reclutamento delle risorse infermieristiche e di supporto attraverso l'espletamento di prove concorsuali che hanno consentito l'assunzione di professionisti con contratti a tempo indeterminato, assicurando la stabilizzazione delle risorse assegnate ad un'area altamente specialistica quale quella della emergenza ed urgenza.

L'interscambio professionale proposto dalla dgr numero 787 si realizza attraverso il superamento della separazione delle funzioni tra gli operatori del preospedaliero e del pronto soccorso, questo cambiamento non determina un incremento del numero dei professionisti da coinvolgere ma ne implementa esclusivamente le funzioni e le competenze. Rispetto al modello con ruoli e funzioni separate determina, nel caso di interscambio al 50%, il raddoppio del numero di professionisti ingaggiati nel preospedaliero e una sostenibilità organizzativa nei due setting di cura.

I costi correlati allo svolgimento del servizio preospedaliero sui mezzi avanzati AREU sono ripartiti su tre principali capitoli di spesa:

- dotazione individuale DPI;
- formazione iniziale;
- aggiornamento professionale.

I costi per la dotazione individuale per un professionista in interscambio sono però inferiori rispetto ai costi che AREU sostiene per la dotazione di un professionista impiegato a tempo pieno come nella tabella 4.15, mentre non si rilevano differenze dei costi sostenuti per i DPI per il personale medico ed infermieristico.

Costi divise e servizio lavanolo			
	profilo 1	profilo 2	profilo 3
COSTO totale annuo per operatore	293	390	573
legenda			
Profilo 1	riguarda personale in servizio di soccorso che effettua da 2 a 4 turni al mese e non lavora in centrale operativa		
Profilo 2	riguarda personale in servizio di soccorso che lavora con un part-time al 50% e non lavora in centrale operativa		
Profilo 3	riguarda personale in servizio di soccorso che lavora full-time e non lavora in centrale operativa		

Tabella 4.15: rappresentazione dei costi sostenuti per la dotazione delle divise al personale infermieristico per l'interscambio.

In merito al personale in interscambio al 50% si precisa che, ogni 10 professionisti i costi annui per le dotazioni dei DPI aumentano, rispetto a 5 a tempo pieno 1035 euro complessivi annui (10x390-5x573).

Il percorso definito e sancito da AREU con specifici documenti (documento 91 "Percorso formativo per medici su MSA2" e 95 "Percorso formativo per infermieri su MSA2"), per lo svolgimento dell'attività su mezzi di soccorso avanzato nel preospedaliero, sia per il personale medico che infermieristico, è sovrapponibile e consta della partecipazione e idoneità a singoli corsi, di base e avanzati, che forniscono al professionista gli strumenti per la gestione delle situazioni di emergenza

medica e traumatica, sia dell'età adulta che pediatrica, nonché delle situazioni di eventi improvvisi che implicano il coinvolgimento di un numero importante di persone e di risorse (maxiemergenze).

Il percorso formativo si articola in diverse fasi:

- corsi di formazione teorico-pratico specifici (per un totale di circa 90 ore);
- tirocinio pratico:
 - affiancamento operativo su MSA (circa 48-54 ore);
 - tirocinio osservazionale in SOREU (8-12 ore).

E' quindi possibile stimare il costo individuale per ogni dirigente o infermiere ingaggiato che deve iniziare questa attività.

Nel dettaglio, si calcola un costo di circa 2.235,00 € cad per la formazione (docenze, manualistica, materiale di consumo e ammortamenti vari di simulatori, manichini, devices), a cui va aggiunto il costo di almeno 17 giornate lavorative (orario istituzionale) che la ASST sostiene per ogni singolo partecipante (circa 10 giornate per i corsi teorico-pratici e circa 7-8 giornate per gli affiancamenti operativi in MSA e osservazionali in SOREU).

Va specificato che i costi individuali per un operatore che esercita esclusivamente attività incentivante su MSA1 o 2 ed i costi per il personale in interscambio al 50% oppure a tempo pieno 118 sono gli stessi, mentre cambia il numero di operatori in funzione del modello organizzativo adottato.

I dati sono stati gentilmente forniti dal responsabile dell'IR&TeC di AREU, Sig. Stefano Sironi.

Il costo giornaliero per un medico neo assunto è stimabile in € 247 al giorno e per un infermiere in € 130 al giorno.

Il costo complessivo quindi per formare ed equipaggiare un professionista ospedaliero alla attività preospedaliera è calcolabile:

- per il dirigente medico ammonta a circa 6.434 €;
- per il personale infermieristico ammonta a circa 4.445 €.

Per la ASST di Lodi il costo aggiuntivo stimato per la piena realizzazione dell'interscambio al 50% di tutti i professionisti coinvolti nella gestione, delle due auto mediche MSA2 e delle due auto infermieristiche MSA1, calcolando il raddoppio del personale medico abilitato (da 11 a 22 teste in interscambio) e di quello infermieristico abilitato (da 21 a 42 teste in interscambio) è stimabile in 164.119 €.

Questo importo si riferisce esclusivamente ai costi aggiuntivi rispetto ad un teorico modello organizzativo che preveda esclusivamente personale a tempo pieno esclusivo operativo presso il 118 senza l'attivazione di alcun interscambio come di medici coinvolti in attività premiale, ad esempio per le due MSA2 della ASST Lodi 11 FTE.

Questa tipologia organizzativa per i dirigenti medici non è mai stata realizzata, prima del 2014 infatti i medici della AAT erano 8 su 11 con il coinvolgimento di un numero significativo di medici in attività premiale provenienti dal dipartimento di emergenza e urgenza ma con orario individuale molto ridotto (massimo 48 ore mensili).

Titolo del documento DGR 787 del 2023:
applicazione nel territorio lodigiano, strategie di integrazione
del personale dirigente e del comparto tra la ASST ed AREU.

L'istituzione delle ulteriori funzioni previste dalla dgr 787 determina implementazione dell'organico da assegnare al PS in linea con quanto previsto dai contratti vigenti in funzione di numero di 6 teste per ogni guardia attiva nelle 24 ore.

I trasporti secondari affidati a un team in guardia attiva necessitano quindi di numero 6 medici e numero 6 infermieri aggiuntivi.

Il team emergenza intraospedaliera necessita di un numero di 3 medici e di 3 infermieri a garanzia della copertura della fascia oraria notturna e di 6 unità medico e di 6 unità infermieristiche nel caso in cui si optasse per un servizio attivo sulle 24 ore.

La medicina d'emergenza urgenza (MEU) necessita, nella sua componente di degenza breve e semintensiva, di personale medico ed infermieristico in funzione del numero di letti assegnati e del livello assistenziale identificato, tenendo conto che la dgr numero 787 non consente di superare i 12 letti complessivi, di cui non meno di 4 semintensivi per i DEA di primo livello e 24 letti complessivi di cui non meno di 4 semintensivi per i DEA di secondo livello.

Queste ulteriori assegnazioni però determinano implementazioni di costi esclusivamente per il personale infermieristico ingaggiato nel team per l'emergenza intraospedaliera (TEM1), il personale medico infatti interviene in sostituzione della guardia interdivisionale medica nei reparti coperti dal team.

Il costo del personale va quindi stornato dalle divisioni coinvolte, modificando le assegnazioni organiche in funzione della applicazione della delibera regionale.

Analogha considerazione vale per la apertura dei posti letto di degenza di medicina d'emergenza urgenza che la dgr 787 non considera come aggiuntivi ma quale numero complessivo dei posti letto accreditati per la ASST: *«...Il numero complessivo di letti afferenti alle UUOO di Medicina d'Emergenza-Urgenza non può essere superiore a 24 posti letto complessivi per i DEA di II livello e 12 per i DEA di I livello. I posti letto sono da considerarsi all'interno dei posti letto complessivi accreditati... ».*

In conclusione quindi l'apertura dei letti di medicina d'emergenza urgenza non determina costi aggiuntivi per le ASST ma una riassegnazione interna delle risorse implementando l'organico destinato al pronto soccorso ed alla MEU riducendo nel contempo quello destinato alle unità operative a cui i carichi di lavoro vengono sottratti.

L'istituzione del team trasporti secondari analogamente potrebbe non determinare costi aggiuntivi per le ASST laddove si procedesse ad una redistribuzione delle risorse interne assegnate, diversamente, occorrerebbe tenere conto della dotazione organica di 3 o 6 unità infermieristiche a seconda che si intenda assicurare un servizio attivo sulle 12 o sulle 24 ore.

Nella esperienza della ASST di Lodi l'istituzione del team di emergenza intraospedaliera non ha determinato costi aggiuntivi per il personale ma si è optato per una diversa assegnazione delle risorse professionali all'interno delle aree assistenziali.

L'istituzione del TEAM per emergenza intraospedaliera determina infatti costi aggiuntivi esclusivamente per la componente infermieristica (implementazione rispetto al modello definito dal singolo medico di guardia) stimabile quindi in 3FTE essendo operativo esclusivamente di notte.

L'istituzione del TEAM per emergenza intraospedaliera comprensivo di infermiere può determinare economie di scala per le dotazioni delle strutture complesse garantite dal servizio atte a pareggiare i maggiori costi sostenuti.

DGR 787 del 2023:
applicazione nel territorio lodigiano, strategie di integrazione
del personale dirigente e del comparto tra la ASST ed AREU.

Per valutare nello specifico le ricadute sulla capacità di reclutamento, ingaggio e fidelizzazione del personale coinvolto nella realizzazione del progetto abbiamo analizzato l'evoluzione dell'organico dirigente espresso in FTE e suddiviso per tipologia di contratto e assegnazione prima della realizzazione della progettualità presentata, anno 2014, e dopo la sua implementazione, anno 2023, riportato nella tabella 4.16.

Tipologia contratti Dirigenti Medici	ANNO 2014			ANNO 2023		
	LODI	CODOGNO	AAT LODI	LODI	CODOGNO	AAT LODI
Strutturati tot in FTE	10	9,71	8	27	5	2
Libero Professionisti tot in FTE	4,5	1,5	0	5,8	0	0
Totale complessivo	14,5	11,21	8	32,8	5	2
Totale medici in FTE complessivo	33,72			39,84		

Tabella 4.16: rappresentazione tabellare dell'evoluzione organica della dirigenza medica del 2014 versus quella del 2023.

Il delta teste per la dirigenza medica è passato dal 13 al 17% ma il dato più saliente appare essere a nostro giudizio a fronte della drastica riduzione del personale dirigente sia per la AAT (da 8 a 2) che per il presidio periferico di Codogno (da 11.21 a 5) il contestuale netto incremento del personale di Lodi passato in 10 anni da 14.5 FTE a 32.8 FTE come rappresentato nella tabella 4.17.

2014			2023		
FTE LODI SRUTTURATI	10		FTE LODI SRUTTURATI	27	
FTE LODI LP	4,5		FTE LODI LP	5,8	
FTE TOT LODI		14,5	FTE TOT LODI		32,8
FTE CODOGNO STRUTTURATI	9,71		FTE CODOGNO STRUTTURATI	5	
FTE CODOGNO LP	1,5		FTE CODOGNO LP	0	
FTE TOT CODOGNO		11,21	FTE TOT CODOGNO		5
FTE AAT 118 STRUTTURATI	8		FTE AAT 118 STRUTTURATI	2	
FTE LP AAT 118	0		FTE LP AAT 118	0	
FTE TOT AAT 118		8	FTE TOT AAT 118		2
FTE COMPLESSIVO		33,71	FTE COMPLESSIVO		39,8
FTE STIMATI TEORICI 2014		39	FTE STIMATI TEORICI 2014		48
DELTA TESTE		5,29	DELTA TESTE		8,2
% DELTA TESTE %		13,5641	% DELTA TESTE %		17,08333

tabella 4.17: rapporto risorse personale medico negli anni 2014 e 2023.

E' importante sottolineare che il presidio di Lodi è stato oggetto delle misure di implementazione organizzative e strutturali successivamente adottate nella dgr 787.

Si ritiene utile sottolineare che le linee di lavoro operative nel 2014 presso il PS di Codogno e la AAT della ASST di Lodi erano le stesse del 2024 mentre le linee di lavoro presso il DEA di Lodi erano differenziate sul piano organizzativo ma uguali sul piano del fabbisogno di personale (un solo medico di notte ma turni e reperibilità attiva, codici bianchi al posto dei codici minori), ma non erano attivi i servizi di TEM1 e TEM2.

Nel corso del 2023 invece, mentre le linee di lavoro attive presso il PS di Codogno e la AAT della ASST di Lodi restano invariate, le linee di lavoro del DEA di Lodi subiscono una variazione sul piano organizzativo mentre si conferma il fabbisogno di personale (secondo medico di notte non turnista e

Titolo del documento DGR 787 del 2023:
 applicazione nel territorio lodigiano, strategie di integrazione
 del personale dirigente e del comparto tra la ASST ed AREU.

reperibilità passiva, codici minori al posto dei codici bianchi) e vengono attivati entrambi i servizi di TEM 1 e TEM 2.

Nella tabella 4.18 viene posto a confronto il fabbisogno del personale dirigenziale medico per le linee di attività anno 2014 versus anno 2023 dalla quale è evincibile l'incremento di FTE a seguito della implementazione dei servizi TEM1 e TEM2.

FABBISOGNO PERSONALE DIRIGENTE MEDICO (considerando 6FTE per singola linea di lavoro attiva nelle 24 ore)		
LINEA DI ATTIVITA'	ANNO 2014	ANNO 2023
PS LODI	18	18
PS CODOGNO	9	9
MSA 2(2)	12	12
TEM1	Non attivo	3
TEM2	Non attivo	6
TOTALE FTE TEORICO STIMATO	39	48
Personale effettivamente presente	33,72	39,84
DELTA TESTE (gestito in attività incentivata)	5,28 pari al 13,53% degli effettivi nel 2014	8,16 pari al 17% degli effettivi nel 2024

Tabella 4.18: comparazione del fabbisogno del personale dirigenziale medico anno 2014 versus anno 2023.

L'implementazione del personale non ha quindi solo consentito di mantenere le attività sul DEA di Lodi ed implementarle sia per TEM1 che TEM2 ma ha anche contestualmente consentito di mantenere attive e pienamente operative le due auto mediche della ATT di Lodi e il PS di Codogno nonostante la netta riduzione del personale di entrambi i centri di costo.

Importante sottolineare il fatto che questo risultato è stato ottenuto senza dover mai ricorrere nel decennio 2013-2024 al supporto di nessuna cooperativa.

Dal punto di vista dell'ingaggio e della fidelizzazione dei dirigenti su questa tipologia di progetto nel periodo 2014-2023 (escludendo i contratti atipici libero professionali impiegati per i codici minori) analizzando esclusivamente i dirigenti strutturati, la struttura complessa integralmente considerata ha visto il reclutamento di 27 dirigenti di cui 19 MEU. La figura 4.19 riporta la evoluzione del personale dirigente in FTE nel corso dell'anno 2014 e 2023.

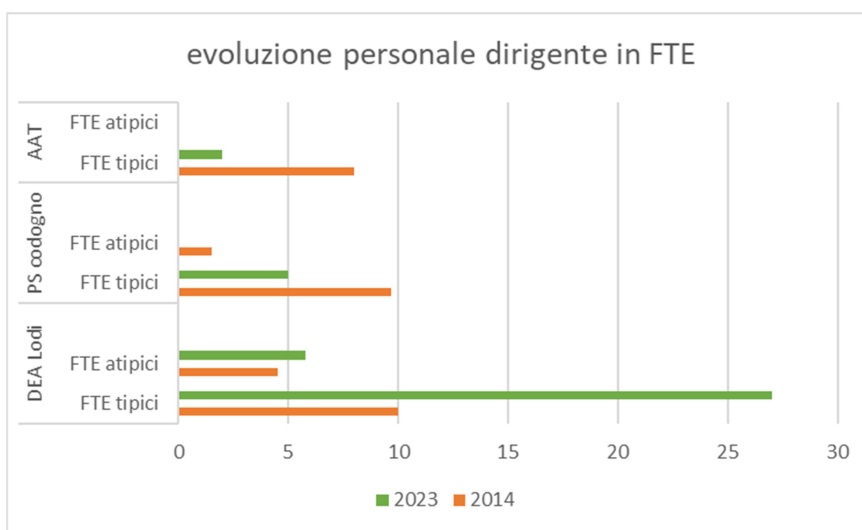


Figura 4.19 : confronto dell'evoluzione del personale dirigente in FTE anno 2014 versus anno 2023.

Nello stesso periodo si sono registrate 26 cessazioni tra i dirigenti medici, così ripartite:

- 6 pensionamenti per limite di età ;
- 3 cambiamanti di struttura per avanzamento di carriera in ambito di emergenza e urgenza ;
- 5 cambiamenti di area lavorativa (passaggio ad altra disciplina) ;
- 12 cambiamanti di struttura restando in ambito emergenza e urgenza presso altra azienda sanitaria ospedaliera.

Al netto quindi dei pensionamenti e promozioni presso altre strutture sanitarie, in questo decennio, pur considerando il periodo pandemico, il tasso di selezione dei nuovi assunti è stato del 63%, impatto che va indubbiamente tenuto in considerazione, come per tutte le strutture sanitarie. Indubbiamente questo rappresenta la maggiore criticità riscontrata anche alla luce dell'impegnativo percorso formativo a cui i dirigenti sono sottoposti ed il costo complessivo come detto stimato in oltre 6.434 €.

Altro elemento da considerare è l'entropia intrinsecamente correlata alle nuove misure organizzative realizzate ed alla implementazione delle funzioni sopra esposte.

Presso la ASST di Lodi per completare la piena attuazione della dgr 787, resta da accreditare esclusivamente il reparto di medicina emergenza urgenza (MEU), per cui sono già stati calcolati i fabbisogni in termini di personale ed avviate le procedure di selezione concorsuale.

L'apertura del MEU, se correlato ad adeguata implementazione organica, dovrebbe contribuire a ridurre il delta teste per i dirigenti della struttura complessa ed auspicabilmente contribuire a ridurre il turnover oggettivamente significativo in questo primo decennio.

L'allineamento formativo specialistico universitario che la riforma sta già generando determinerà un minor impegno formativo post contrattualizzazione dei futuri MEU, fattore che dovrebbe concorrere nel ridurre, in modo significativo, i costi per la ASST.

L'implementazione dell'organico e la riduzione del delta teste per i dirigenti coinvolti potrebbe consentire economie di scala finalizzate alla sostenibilità della rete coinvolgendo e supportando altre

Titolo del documento DGR 787 del 2023:
applicazione nel territorio lodigiano, strategie di integrazione
del personale dirigente e del comparto tra la ASST ed AREU.

strutture ospedaliere in maggiore difficoltà ma allineabili sul piano progettuale in linea con quanto
previsto dalla dgr.n.XI/7013 seduta del 26 settembre 2022

5.RISULTATI ATTESI

Riteniamo che la definizione di una roadmap attuabile e verificata per agevolare AREU e le ASST lombarde nel non sempre semplice percorso di integrazione per il personale dirigenziale e del comparto, possa rappresentare un elemento importante per la realizzazione della dgr regionale numero 787.

Obiettivo di quest'ultima è infatti la sostenibilità della rete emergenza urgenza anche attraverso la chiara definizione di ruoli e funzioni dei professionisti coinvolti.

Riteniamo che tale obiettivo possa essere realizzato attraverso una serie di interventi, coordinati ed integrati fra loro, di carattere organizzativo, gestionale e formativo volti al reclutamento delle risorse umane, al mantenimento delle competenze e delle skills dei professionisti coinvolti, alla verifica di indicatori oggettivi attinenti l'efficacia e l'efficienza del modello introdotto.

Riteniamo tali obiettivi possano essere declinati in :

- **dipartimentali:** verifica del mantenimento della operatività di tutti i presidi sede di PS senza il ricorso a cooperative.
- **Aziendali per le ASST:** gestione dell'emergenza intraospedaliera e dei trasporti secondari attraverso i ai professionisti che operano in modo integrato e coinvolti nel progetto. Risultati in termini di outcomes clinici tra cui mortalità complessiva e trasferimenti in terapia intensiva post ricovero da reparti di media intensità di cura.
- **Aziendali per AREU:** piena operatività dei due mezzi MSA2 provinciali della AAT Lodi senza il ricorso al MET o riclassificazione a MSA1.

Per quanto riguarda la ASST di Lodi gli obiettivi sopra declinati e realizzati nel decennio 2014-2024 possono essere così riassunti :

- **dipartimentali:** impiego di personale assunto dalla ASST ed assenza di ricorso alle cooperative per la dirigenza medica e di rescissione della somministrazione in outsourcing delle risorse infermieristiche e di supporto reclutato per il solo periodo pandemico.
- **Aziendale per ASST:** mantenimento della piena operatività sia del DEA di Lodi che del PS di Codogno senza il ricorso a cooperative. L'implementazione delle reti TEM1 e TEM2 presso la ASST di Lodi hanno assicurato percorsi sicuri gestiti con personale medico ed infermieristico dedicato con risultati positivi ed incoraggianti, in fase di prossima pubblicazione per il TEM1 ed in valutazione per il TEM 2.
- **Aziendali per AREU:** pienamente raggiunti anche rispetto al confronto con il trend regionale.

6.CONCLUSIONI

Le strategie di integrazione del personale dirigente e del comparto tra la ASST ed AREU poste in essere nella ASST di Lodi nel decennio 2014-2024 hanno di fatto anticipato le misure previste nella dgr numero 787 del 2023.

L'implementazione in termini di costi appare contenuta per quanto riguarda la dotazione dei DPI mentre i costi della formazione, indubbiamente implementati, stimati in circa 164.119 € totali, vanno a nostro giudizio considerati per le positive ricadute sulle competenze acquisite dagli operatori impiegati nelle funzioni trasversali che il modello organizzativo realizza tra ospedale e territorio.

Si ritiene inoltre utile sottolineare anche l'importanza ed il valore assunto dalle ricadute positive in termini di sostenibilità organizzativa complessiva ottenuta a seguito dell'implementazione del modello, per tutti i presidi e per le unità operative coinvolte.

Le caratteristiche strutturali della ASST di Lodi, la collocazione territoriale e le risorse limitate tipiche e comuni a molti presidi periferici rendono i risultati raggiunti particolarmente interessanti e, a nostro giudizio, esportabili presso altre realtà e strutture sanitarie della rete di emergenza e urgenza di regione Lombardia.

7.CONTRIBUTO PERSONALE

Il presente elaborato ha consentito di dare evidenza del contributo che i professionisti afferenti all'area del comparto della ASST di Lodi hanno fornito per lo sviluppo di un modello organizzativo innovativo ed articolato affinché si potesse porre in sicurezza il settore dell'emergenza e urgenza intra ed extra ospedaliera. In particolare il modello organizzativo presentato è stato implementato nel corso di un periodo temporale ampio e attraverso il coinvolgimento di numerose competenze aziendali, a testimonianza del fatto che gli obiettivi, perchè possano essere raggiunti, necessitano dell'impegno a lungo tempo dei professionisti coinvolti che, tessendo alleanze professionali, concorrono e ne consentono il raggiungimento.

Il percorso intrapreso è stato impegnativo, costante e sfidante e fortemente voluto dalla scrivente in quanto sostenuto dalla volontà di valorizzare le competenze dei professionisti quotidianamente impegnati nell'erogazione di prestazioni sanitarie sicure e appropriate, nell'ambito dell'emergenza e urgenza. Tale modello inoltre, attraverso una visione sistemica ed integrata, ha posto le basi per ottimizzare l'impiego di risorse altamente specializzate e difficilmente reclutabili nell'attuale periodo storico che, contemplando e condividendo conoscenze e competenze specifiche utili allo svolgimento di attività da assicurare in contesti organizzativi intra ed extra ospedalieri, assicurano le loro funzioni all'interno dell'area della emergenza e urgenza,

Ha rivestito particolare importanza la condivisione della vision aziendale, la partecipazione alla valutazione periodica dei risultati ottenuti, la loro revisione e aggiornamento, la condivisione con le direzioni strategiche ed i colleghi coinvolti, in merito alle potenzialità del progetto.

La direzione delle professioni sanitarie che rappresento ha, attraverso le sue componenti organizzative ed operative, assicurato il suo supporto sin dalla fase iniziali, all'analisi, alla progettazione e alla pianificazione del progetto di integrazione delle risorse professionali tra la ASST di Lodi e AREU, al fine di permettere il raggiungimento di questo risultato anche attraverso:

- **formazione e addestramento:** pianificazione di percorsi di formazione dedicati al personale su tecniche di primo soccorso, gestione dello stress e comunicazione efficace in situazione di crisi.
- **Sviluppo di procedure:** collaborazione nella stesura di protocolli chiari per la gestione delle emergenze, includendo scenari specifici e ruoli assegnati.
- **Tecnologia e innovazione:** promozione dell'uso di tecnologie moderne, come app per la gestione delle emergenze o sistemi di comunicazione rapidi, per migliorare la risposta.
- **Simulazione e esercitazioni:** organizzazione di esercitazioni pratiche per testare le procedure e migliorare la coordinazione tra i membri del team.
- **Valutazione e feedback:** creazione di un sistema di raccolta feedback post emergenza per identificare aree di miglioramento e successi.
- **Supporto psicologico:** integrazione di un programma di supporto psicologico per il personale, per affrontare lo stress e il burnout.

Titolo del documento DGR 787 del 2023:
applicazione nel territorio lodigiano, strategie di integrazione
del personale dirigente e del comparto tra la ASST ed AREU.

In particolare ringrazio il Dottor Paglia, le direzioni strategiche che si sono succedute nel periodo e tutti i collaboratori che, attraverso il loro costante impegno e supporto, hanno consentito il raggiungimento di un obiettivo che da molti era considerato difficilmente raggiungibile.

Si è infatti reso necessario lavorare molto sulle componenti dei due gruppi professionali afferenti alle due organizzazioni, ASST e AREU, principalmente nel fargli comprendere l'opportunità di cui avrebbero potuto giovare, il modello organizzativo ed il percorso da attivare per poterlo implementare. Il progetto ha necessitato di un grande impegno profuso sin dalla sua ideazione, pianificazione, programmazione, attuazione e controllo ma soprattutto ha richiesto una particolare attenzione alla comunicazione e socializzazione dei principi fondamentali e di collegamento tra i due setting organizzativi tesi all'integrazione dei professionisti a partire dalle conoscenze e competenze in ambito della gestione dell'emergenza e urgenza. Molti sono stati i momenti informativi, gli incontri, i lavori di gruppo e i confronti sulle esperienze vissute che hanno consentito di giungere sino ad oggi.

Consapevole che il percorso non sia terminato e che occorra prevedere un ulteriore impegno al fine di poterlo completare per raggiungere una globale e totale integrazione dei due gruppi professionali, ma altrettanto certa che la costanza e la determinazione sino ad ora da tutti dimostrata non verrà meno, si potrà giungerà all'implementazione di un modello organizzativo e gestionale integrato ed in grado di erogare un servizio sostenibile e sicuro.

In qualità di Direttore del Pronto Soccorso di Lodi in considerazione del mandato operativo affidatomi dalla Direzione (DG Dott. Rossi DAPSS Dott.sse Gritta e successivamente Garofalo) ho avuto modo di poter implementare, grazie ad un gruppo di collaboratori estremamente motivati e disponibili al cambiamento, le modalità operative proprie di un PS orientato alla filosofia "work to admit/dismit" anche attraverso le metodiche tipiche dell'approccio clinico ecografico integrato, strutturando il PS di Lodi grazie al preziosissimo contributo degli infermieri in differenti aree di intensità di cura, implementando sin dal triage l'uso dello score NEWS. La successiva nomina come responsabile del PS di Codogno ha agevolato i progetti volti ad uniformare gli standard di cura anche in questo caso grazie alla presenza in quel presidio di operatori estremamente motivati. L'unificazione del personale tra Ps di Lodi ed AAT di Lodi avvenuta per trovare soluzioni percorribili a criticità organizzative non diversamente gestibili, ha consentito grazie al prezioso supporto e mandato pieno del Capo Dipartimento EU Dott. Storti, di progettare e realizzare la rete RRT ed il progetto TEM1.

Nel pieno del periodo Pandemico la collaborazione con la Direzione (DG Dott. Lombardo, DS Dott. Perotti, DAPSS Dott. Raimondi e successivamente Vasaturo) è stata ovviamente orientata ad altre priorità rinviando quindi la realizzazione del TEM2 che avrebbe dovuto entrare in servizio nel marzo del 2020

La successiva nomina come Responsabile di Dipartimento Emergenza Urgenza della ASST di Lodi unitamente al mandato ricevuto dalla nuova Direzione (DG Dott. Gioia, DS Dott. Bernocchi, DAPSS Dott.ssa Vasaturo) ha reso possibile realizzare in pieno accordo con AREU (DG Dott. Zoli e DS Dott. Sechi) oltre che DSC Terapia Intensiva (Dott. Russo) e con l'organico delle due rianimazioni afferenti al dipartimento ed ovviamente i professionisti della UOC che ho il piacere e l'onore di dirigere il progetto TEM2 attualmente in sperimentazione.

DGR 787 del 2023:
applicazione nel territorio lodigiano, strategie di integrazione
del personale dirigente e del comparto tra la ASST ed AREU.

L'attuale Direzione (DG Dott. Grignaffini DS dott. Monza DAPSS Dott.ssa Vasaturo) oltre a confermare i mandati operativi e consolidato il modello organizzativo sta operando tenacemente per la realizzazione a pieno della 787 progettando l'apertura presso il DEA di primo livello della MEU

Aver ideato, realizzato e verificato sul campo questi progetti ha consentito di verificare le potenzialità dei professionisti Medici d'Emergenza Urgenza non solo in PS o nel preospedaliero ma anche in ospedale nei punti nodali organizzativi riguardanti emergenze intraospedaliere in media intensità di cura e trasporti medicalmente assistiti tempo dipendenti e non.

Tutto questo ha consentito di dare un contributo fattivo alla stesura della DGR 787 basandosi su esperienze consolidate.

Senza il mandato ed il supporto delle Direzioni avvicendatesi in questi anni e soprattutto senza la piena collaborazione da parte dei professionisti che a tutti i livelli, OSS, Infermieri e medici hanno percorso insieme a me questo lungo e impegnativo tragitto, portando però il peso delle modifiche organizzative implementate, nulla di tutto questo sarebbe mai stato realizzato. A tutti loro esprimo profonda stima e gratitudine.

RIFERIMENTI NORMATIVI

- Deliberazione N° X / 5165 Seduta Del 16/05/2016 - Aggiornamento della disciplina dei servizi in materia di trasporto sanitario semplice, trasporto sanitario e soccorso sanitario extraospedaliero (Atto da trasmettere al Consiglio Regionale)
- Dgr XI/ 2396 Del 11/11/2019 “Rete Regionale Per L’assistenza Materno-Neonatale; Determinazioni in merito al sistema di trasporto materno assistito (STAM) e al sistema di trasporto in emergenza del neonato (STEN) e del lattante”.
- Disposizioni Dg Welfare – Maggio 2021- “Attivazione ruolo della SOREU nel sistema di trasporto materno assistito (STAM) e di trasporto neonatale in emergenza (STEN), come previsto dalla Delibera N. XI/2396 del 11/11/2019
- Legge Regionale del 29/12/2022 n. 34 « Legge di stabilità 2023-2025
- Deliberazione N° XII / 787 del 31/07/2023 – Approvazione del “Piano di riordino delle strutture, attività e dei ruoli del personale medico nell’ambito della rete emergenza urgenza ospedaliera”

BIBLIOGRAFIA

- Knowles M.S., Holton E.F. III, Swanson R.A., *Quando l'adulto impara. Andragogia e sviluppo della persona*. Milano: Franco Angeli (2008)
- Marmo G., Molinar Min M., Montanaro A., Rossetto P., *Complessità assistenziale: un metodo per, orientarsi*, Maggioli Maggioli Editore, Editore, Santarcangelo di Romagna (RN),2016.
- Benedetti R., Ceradini S., Corazza A., Guarino L., *Healthcare staffing: dalle mansioni alle competenze* Rivista L'Infermiere N°2 – 2019
- Adami S., *Processo di inserimento dell'infermiere neoassunto*. Nurse24.it 15.07.19
- Markakis C. et al "Evaluation of a risk score for interhospital transport of critically ill patients" *Emerg Med J* 2006; 23:313–317
- Ferro M., *Percorso per l'inserimento dell'infermiere neoassunto in pronto soccorso* 2008;25(4): 25-29
- Marmo G., Gavetti D., Russo R., *Profilo di posto. Dalla concettualità, al metodo e all'operatività* C.G. Edizioni Medico Scientifiche, 2011
- BPC - "Trasporto intra-ospedaliero ed inter-ospedaliero" Pubblicato il settembre 27, 2023 da SIAARTI
- Runcie CJ, Reeve WR, Wallance PGM. : "Preparation of the critically ill for interhospital transfer." - *Anaesthesia* 1992; 47:327-31.
- Smith I., Fleming S., et al.: "Mishaps during transport from the intensive care unit." - *Critical Care Medicine*, 1990 mar., 18(3): 278-81.
- Gruppo di Studio SIAARTI per l'Assistenza al paziente: "Raccomandazioni per l'assistenza al paziente durante il trasporto medicalizzato secondario" - *Notiziario SIAARTI* 1994;4.
- Venkataraman ST., Orr RA.: "Intrahospital transport of critically ill patients." - *Critical Care Clinics*, 1992 Jul., 8(3), 525-31.
- Gruppo di Studio SIAARTI per l'Assistenza al paziente: "Raccomandazioni per l'assistenza al paziente durante il trasporto medicalizzato secondario" - *Notiziario SIAARTI* 1994;4.

Titolo del documento DGR 787 del 2023:
applicazione nel territorio lodigiano, strategie di integrazione
del personale dirigente e del comparto tra la ASST ed AREU.

- Venkataraman ST., Orr RA.: “Intrahospital transport of critically ill patients.” - Critical Care Clinics, 1992 Jul., 8(3), 525-31.
- Ministero della Salute – Raccomandazione n°11 – Gennaio 2010 – “ Morte o grave danno conseguenti ad un malfunzionamento del sistema di trasporto (intraospedaliero, extraospedaliero)”.
- Manuale ATLS ed. italiana VIII ed. tab. 3-1 pg. 65
- Picco C. – AREU - 22/01/2018 – “Documento 95: Percorso formativo per infermieri su MSA2”.
- Sechi G.M.- AREU - 17/12/2021- “Documento 91 – Percorso formative per medici su MSA2”.

SITOGRAFIA

- “Guideline for the Management of Severe Head Injury” (2020) , Brain Trauma Foundation – American Association of Neurological Surgeons, Joint Section on Neurotrauma and Critical Care (2000), Brain Trauma Foundation [online] - <http://www.braintrauma.org/>.
- The Intensive Care Society (2011)– London : “Guidelines for the transport of the Critically Ill Adult” 3° Edition – [http:// www.ics.ac.uk](http://www.ics.ac.uk)
- Oggioni Roberto, Pontecorvo Catello, Raimondi Maurizio, A. Ratto Giuseppe (2012) “Raccomandazioni per I trasferimenti inter ed intra ospedalieri”[online] SIAARTI, “Disponibile su<,https://d1c2gz5q23tkk0.cloudfront.net/assets/uploads/3019640/asset/Raccomandazioni_trasferimenti_ospedalieri.pdf?1607086995> [Data di accesso: 31/08/2024].