



S.I.E.D.
Società Italiana
Endoscopia Digestiva

SIED Commissione politica e affari generali
Coordinatore: Bastianello Germanà

Supplemento del **GIORNALE ITALIANO DI ENDOSCOPIA DIGESTIVA** • MARZO 2019

Analisi dei carichi di lavoro legati all'attività endoscopica

Gruppo di lavoro

Mauro GIOVANARDI

Adriano LAURI

Armando GABBRIELLI

Alberto MERIGHI

Bastianello GERMANÀ



COMITATO EDITORIALE

Direttore Editoriale

Marco Pennazio, *Torino*

Redattori Capo

Vito Annese, *Dubai (EAU)*

Paolo Cantù, *Milano*

Comitato di Redazione

Francesco Azzolini, *Milano*

Mauro Bruno, *Torino*

Paola Cesaro, *Brescia*

Giuseppe De Roberto, *Milano*

Massimo Devani, *Garbagnate (Mi)*

Michele Marchese, *L'Aquila*

Andrea Parodi, *Genova*

Teresa Staiano, *Candiolo (To)*

Notiziario SIED

Antonio Pisani

Past Editors del Giornale Italiano di Endoscopia Digestiva dal 1978

Rodolfo Cheli, Antonio Russo, Renzo Cestari, Pier Alberto Testoni,
Guido Costamagna, Emilio Di Giulio, Rita Conigliaro, Franco Radaelli,
Gianluca Rotondano

CONSIGLIO DIRETTIVO NAZIONALE 2018-2021

LUIGI PASQUALE

Presidente

ANTONIETTA LAMAZZA

Vice-Presidente

ANTONIO PISANI

Segretario Nazionale e Tesoriere

ANTONIETTA LAMAZZA

Consigliere Delegato Regionale di Macroarea Centro

GIANPAOLO CENGIA

Consigliere Delegato Regionale di Macroarea Nord

ENRICO CILIBERTO

Consigliere Delegato Regionale di Macroarea Sud e Isole

RITA LUISA CONIGLIARO

Consigliere Coordinatore di Commissione Educazionale

PAOLA DA MASSA CARRARA

Coordinatore Commissione Medico Legale/Tutela dei Soci

BASTIANELLO GERMANÀ

Consigliere Coordinatore di Commissione Affari Generali / Politica

ROCCO MAURIZIO ZAGARI

Consigliere Coordinatore di Commissione Scientifica



Gruppo di lavoro

Analisi dei carichi di lavoro legati all'attività endoscopica

Mauro GIOVANARDI¹, Adriano LAURI², Armando GABBRIELLI³, Alberto MERIGHI⁴, Bastianello GERMANÀ⁵

¹Direttore U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva AUSL della Romagna, Ambito Rimini

²Direttore U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva, ASL Pescara

³Direttore Unità di Endoscopia Digestiva - U.O.C. Gastroenterologia, AOUI Verona

⁴Direttore U.O.C. Gastroenterologia Azienda Ospedaliero-Universitaria di Ferrara

⁵Direttore U.O.C. Gastroenterologia ed Endoscopia Digestiva ULSS 1 Dolomiti, Belluno

Il processo di aziendalizzazione della sanità ha comportato un cambiamento culturale profondo nei medici: concetti come costo dei servizi, programmazione, gestione delle risorse, *budget*, un tempo esclusi dal loro impegno professionale - perché riferiti ad attività proprie di altre professionalità, generalmente di ambito amministrativo - sono entrati progressivamente e ormai stabilmente, a far parte del bagaglio culturale dei medici e, in maniera proporzionale al grado di responsabilità, si traducono nell'assorbimento di una quota importante dell'orario di lavoro.

Di pari passo con questo processo, l'endoscopia digestiva ha progressivamente affermato e ampliato il proprio ruolo grazie al miglioramento della tecnologica e all'affermarsi negli anni di nuove metodiche, fino a divenire, per alcune patologie, non solo *gold standard* diagnostico ma procedura operativa complementare, alternativa o addirittura sostitutiva della chirurgia.

Ma proprio dall'espansione di competenza e di complessità tecnica dei nostri interventi deriva la necessità di far emergere e definire, attraverso una precisa metodologia di calcolo dei carichi di lavoro, la ricaduta che hanno sull'organizzazione dei Servizi pratiche consolidate e nuove metodiche endoscopiche, queste ultime spesso non contem-

plate nei nomenclatori/tariffari prestazionali che non si sono aggiornati di pari passo con la crescita della disciplina e che presentano difformità da regione a regione.

Senza dimenticare che l'endoscopia digestiva rappresenta un formidabile strumento tecnico in mano allo specialista, generalmente gastroenterologo, del quale amplia l'ambito di intervento clinico, che comprende anche ecografia, visite specialistiche, consulenze, attività di degenza. Pertanto l'endoscopia va solitamente ricompresa nel contesto di Unità Operative Complesse di cui rappresenta una parte variamente consistente, ma non esclusiva, dell'attività.

In questo contesto la definizione e l'ottimizzazione dei carichi di lavoro endoscopici rappresenta uno strumento indispensabile per la pianificazione dell'offerta di ogni singolo centro, per stabilire il corretto rapporto fra risorse umane, economiche e tecnologiche disponibili e volume di prestazioni erogabili e per programmare la formazione del personale.

Inoltre, la definizione nel dettaglio dei passaggi che compongono una prestazione rappresenta uno strumento utile alla previsione e alla gestione del rischio clinico, capace di individuare i punti di criticità e le "debolezze" organizzative, sia riferibi-

li alla pianificazione della singola prestazione, che all'organizzazione della struttura erogante.

Definire i carichi di lavoro è divenuto inoltre di estrema necessità dopo il recepimento e l'entrata in vigore, il 25 novembre 2015, della direttiva europea sull'orario di lavoro e sui riposi dei medici (Direttiva 2003/88/CE del 4 novembre 2003) che, con l'imposizione delle 11 ore di riposo fra un turno e l'altro, potrebbe generare forti criticità gestionali, quando non addirittura situazioni in contrasto con la legge, se non accompagnata da adeguamenti di organico che sanino situazioni di carenza, là dove presenti.

L'applicazione della norma rafforza il concetto, già affermato dalla giurisprudenza, che la mancata fruizione dei riposi o il protrarsi dell'attività lavorativa oltre l'orario di lavoro previsto dal CCNL non è - fatte salve situazioni eccezionali e non prevedibili di emergenza/urgenza - nella discrezionalità del singolo medico: in caso di evento avverso l'accettazione volontaria di un turno irregolare, con i rischi connessi, è considerata condotta imprudente, costituendo quindi aggravante e non giustificazione.

Definizione dei carichi di lavoro e pianificazione delle attività diventano pertanto termini inscindibili per coniugare la programmazione dell'attività endoscopica con il miglioramento della qualità delle prestazioni e dei Servizi, garantendo nel contempo la sicurezza dell'utente e dell'operatore. Infatti carichi di lavoro eccessivi o mal organizzati si traducono da una parte in aumento del rischio di evento avverso - nell'accezione che ne dà lo stesso Ministero della Salute di "*evento inatteso correlato al processo assistenziale che comporta un danno al paziente, non intenzionale e indesiderabile*" - e dall'altra in aumento di malattie professionali, come ampiamente documentato in letteratura.

● METODOLOGIA

La definizione dei carichi di lavoro è funzione di due variabili principali:

1. il tempo necessario per eseguire una determinata prestazione endoscopica (tempistica delle prestazioni)
2. il debito orario, cioè la quantità di ore di lavoro che ciascun dirigente medico deve svolgere in un anno in base al CCNL.

1. Tempistica delle prestazioni endoscopiche

Per il calcolo della tempistica, intesa come impegno orario necessario per completare il processo di erogazione di una determinata prestazione, si è proceduto:

- definendo e scomponendo in frazioni di tempo le varie fasi che compongono il processo di erogazione di ogni singola prestazione;
- individuando per ciascuna prestazione la o le figure professionali coinvolte (amministrativo, infermiere, medico, OSS), contemporaneamente o in successione, a seconda delle rispettive mansioni
- stimando il tempo necessario per svolgere ogni singola fase di cui si compone il processo di erogazione della prestazione.

Si sono così definiti dei **tempi fissi**, che si ripetono fondamentalmente uguali indipendentemente dalla tipologia di prestazione e un tempo variabile (**tempo tecnico**) riferibile alla specificità e complessità di ogni prestazione.

Dalla somma dei tempi fissi e del tempo tecnico e dalla loro ripartizione tra le diverse figure professionali è possibile ricavare l'**impegno temporale complessivo** che ogni prestazione comporta.

L'obiettivo di questo lavoro è di fornire uno strumento utile alla programmazione di volumi di attività sostenibili in rapporto alle risorse tecnologiche e umane disponibili e a promuoverne un adeguamento ove necessario.

Riteniamo opportuno sottolineare che questa frammentazione rappresenta solo una metodologia di calcolo, utile a definire sulla carta una successione di atti che, nella pratica clinica, rappresentano un continuo in cui è qualificante, anche se non quantificabile a priori (casomai *ex post* attraverso strumenti come questionari di soddisfazione dell'utente), la qualità della relazione medico-paziente.

Infine si rammenta che secondo gli standard fissati dai requisiti per l'accreditamento, ogni sala endoscopica deve prevedere la presenza del medico e di due infermieri, mentre in accordo con le linee guida per il *reprocessing* si deve prevedere la presenza di personale dedicato a tali operazioni per tutto il tempo di svolgimento dell'attività endoscopica.

1.1 Le fasi di scomposizione del processo (Tabella 1)

- a) Accettazione/registrazione amministrativa
- b) Accoglienza e approntamento della sala
- c) Anamnesi (principali patologie e terapie farmacologiche in atto.
Motivo di richiesta della prestazione/quesito clinico), informazione e raccolta del consenso informato
- d) Effettuazione della prestazione (tempo tecnico)
- e) Assistenza al paziente dopo la procedura e riordino della sala endoscopica
- f) Refertazione
- g) Comunicazione dei risultati
- h) Eventuale osservazione post- sedazione

a) Accettazione/registrazione amministrativa (3-5 minuti)

Nei servizi in cui un alto volume di attività giustifica la presenza di questa figura in organico, l'accettazione dei pazienti esterni dovrebbe essere eseguita al *front office* da un amministrativo: in questo caso il tempo necessario andrà considerato separatamente dal tempo-prestazione. Altrimenti l'accettazione sarà compito dell'infermiere e il tempo relativo inciderà sulla tempistica della prestazione.

In questa fase si identifica l'utente, generalmente già inserito in una lista CUP, e si verifica che abbia preso visione e possibilmente firmato (a dimostrazione della effettiva presa visione e comprensione del contenuto) la modulistica informativa ricevuta all'atto della prenotazione. Viene approntata una cartella contenente la richiesta del MMG, la modulistica informativa, il modulo per il consenso informato, la documentazione pregressa quando presente. È auspicabile che queste operazioni avvengano nell'assoluto rispetto della normativa sulla *privacy*, stabilendo un'adequata separazione o distanza fra gli spazi di attesa e il *front office* e assegnando p.es. un codice all'utente che eviti successive chiamate per nome e cognome.

Si può stimare in 3-5 minuti il tempo dell'operazione. Nei confronti dei pazienti che accedono all'endoscopia come interni, preferibilmente attraverso percorsi separati, questa fase viene generalmente gestita direttamente in sala endoscopica.

b) Approntamento della sala (5 minuti)

Gestita dall'infermiere, che appronta la sala endoscopica per la specifica procedura e predispone strumenti e accessori necessari.

c) Accoglienza e preparazione del paziente (5-10 minuti) (predisposizione al monitoraggio e sedazione)

Gestita dall'infermiere, che introduce l'utente e lo prepara alla prestazione.

Si sottolinea che all'interno di questo passaggio si deve considerare e conteggiare a parte, il tempo di preparazione del paziente che contempla il reperimento di un accesso venoso, l'allestimento del monitoraggio e della predisposizione alla somministrazione di O₂, la compilazione della scheda infermieristica e la preparazione e somministrazione dei farmaci per la sedo-analgesia.

Le attività infermieristiche descritte al punto b) e c) si sovrappongono in parte a quella del medico che svolge la fase di seguito descritta.

d) Anamnesi, informazione e raccolta del consenso informato (10 minuti)

Questa fase è compito specifico del medico, che raccoglie l'anamnesi, valuta le terapie in atto, prende visione del quesito diagnostico e ne valuta l'appropriatezza rispetto ai sintomi riferiti dal paziente; inoltre informa il paziente sulla procedura cui sta per sottoporsi, sui rischi e sui benefici attesi, risponde in maniera comprensibile ed esaustiva alle sue domande e acquisisce la firma sul modulo di consenso.

Nel contempo gli infermieri proseguono nel lavoro di preparazione della sala.

Accoglienza, informazione e raccolta del consenso informato rappresentano passaggi critici del tempo-prestazione. Se infatti è ragionevolmente prevedibile e soggetto a variabilità abbastanza contenuta il tempo tecnico della prestazione soprattutto se diagnostica, la fase "colloquiale", come facilmente intuibile, è soggetta ad ampia variabilità in ragione della storia clinica, della scolarità, dell'emotività e delle aspettative di ogni paziente. La stima di **almeno 10' totali** è pertanto in molti casi in difetto.

e) Effettuazione della prestazione

È il tempo tecnico necessario ad eseguire la prestazione.

Rappresenta la quota variabile all'interno del processo di erogazione, strettamente legata all'atto endoscopico e ampiamente variabile in rapporto alla complessità clinica del caso e alla metodica impiegata.

Tabella 1*Fasi della prestazione endoscopica, figure professionali coinvolte e frazioni di tempo*

Fase operativa	Figura professionale coinvolta	Frazione di tempo/prestazione
Accettazione/registrazione amministrativa	Amministrativo	3-5'
Approntamento della sala	Infermiere	5'
Accoglienza e preparazione del paziente	Infermiere	5'
Colloquio anamnestico informazione e raccolta del consenso informato	Medico	10'
Effettuazione della prestazione (Tempo Tecnico)	Medico e infermieri	In funzione della tipologia di prestazione
Assistenza al pz dopo la procedura e riordino della sala endoscopica	Infermieri	10'
Refertazione	Medico	5'
Comunicazione dei risultati	Medico	5'
Osservazione post- sedazione	Infermiere	Figura dedicata per l'intero orario di servizio

Il tempo tecnico va riferito alla presenza in sala endoscopica di **un medico e due infermieri**, poiché anche per le procedure diagnostiche del tratto digestivo superiore – dove secondo criteri di accreditamento sarebbe sufficiente la presenza di un infermiere – la necessità di garantire l'offerta di sedazione (vedi "Manuale di accreditamento SIED") e la possibilità di trovarsi "in corso d'opera" a praticare manovre operative, porta di fatto a due le unità infermieristiche necessariamente presenti.

f) Assistenza al paziente dopo la procedura e riordino della sala endoscopica

g) Refertazione

Le fasi f) e g) avvengono in contemporanea ma impegnano separatamente medico e infermieri per altri **5 minuti**.

h) Comunicazione dei risultati (5 minuti)

È un momento fondamentale che connota fortemente la relazione medico-paziente e condiziona la percezione della qualità del servizio ricevuto (*patient satisfaction*), ma risulta difficile quantificarne i tempi perché soggetti a diverse variabili, prime fra tutte il tipo di diagnosi o ipotesi diagnostica comunicata e la capacità del paziente di comprenderla e sostenerne l'impatto emotivo in caso di patologia grave.

La durata di **5 minuti** è quindi puramente indicativa potendo ridursi nel caso di assenza di patologia e referto di normalità o richiedere molto più tempo se la notizia prefigura scenari successivi complessi e presa in carico - a partire dalla compilazione delle richieste - per ulteriori procedure endoscopiche, altri approfondimenti diagnostici, intervento chirurgico.

i) Osservazione post-sedazione

Poiché l'osservazione si protrae generalmente anche durante la prestazione successiva e, nel caso di più sale endoscopiche contemporaneamente attive, può riguardare più pazienti, è opportuno che si preveda una figura professionale dedicata.

La durata dell'osservazione post-procedura deve tener conto dei farmaci utilizzati, della loro emivita, dell'eventuale utilizzo di antagonisti.

Considerando che nella pratica clinica la sedo-analgesia è più frequentemente praticata associando benzodiazepine e oppiacei, la dimissibilità è condizionata al pieno recupero dello stato mentale precedente e alla stabilità dei parametri vitali entro limiti accettabili.

In ogni caso "quando sono stati impiegati gli antagonisti delle benzodiazepine deve passare un lasso di tempo sufficiente (da 1 a 2 ore) per avere la certezza che il paziente non sia nuovamente sotto sedazione/analgesia alla fine dell'effetto dell'antagonista" (R. Conigliaro, GIED 2014).

Sommando i tempi indicati risulta che ciascuna prestazione comporta un impegno temporale fisso quantificabile in almeno **20 minuti variamente ripartiti, come carico di lavoro, fra le diverse figure professionali** (amministrativo, infermiere, medico, OSS) e che, a parte il tempo amministrativo, tempi infermieristici e tempi medici, anche quando impegnati su diverse fasi della prestazione, sono contemporanei e nel complesso si equivalgono (**Tabella 1**).

Pertanto, nella pianificazione dell'organico di un servizio di endoscopia digestiva si deve prevedere che ogni sala impegni un medico e due infermieri cui si aggiungono almeno una figura professionale dedicata all'osservazione post-sedazione e una impegnata in sala lavaggio-disinfezione degli strumenti. Situazioni di committenza interna (in base a quali e quante U.O. nell'ospedale di appartenenza e a quali volumi di richiesta) e di ampiezza del bacino d'utenza definiranno la scelta di operare su 5 piuttosto che su 6 giorni alla settimana, se solo al mattino o anche al pomeriggio e su più sale contemporaneamente.

Va inoltre tenuto conto che in ambito universitario il debito orario del medico è ripartito al 50% fra attività didattica e assistenziale e che ci sono ospedali così detti d'insegnamento inseriti nelle reti formative per i quali il tempo dedicato alla formazione deve essere tenuto nel dovuto conto quando si pianifica l'attività assistenziale.

Si schematizza questa metodologia di scomposizione nell'**Allegato 1**, applicandola alla prestazione colonscopia, per la quale esistono in letteratura chiari e definiti standard e indicatori di qualità già ampiamente applicati nella pratica clinica: pulizia intestinale, percentuale di intubazione del cieco, *Adenoma Detection Rate* (ADR), tempo di retraction, marcatura, raccolta di documentazione fotografica, report delle pratiche di sedazione.

2. Definizione del debito orario/medico/anno

Fatti salvi i tempi dedicati alla didattica, dove praticata, l'orario di lavoro del dirigente medico (CCNL 2002-2005, art. 14, co. 2-5) prevede un impegno di 38 ore settimanali di cui 4 di attività non assistenziale quali l'aggiornamento professionale, l'ECM, la partecipazione ad attività didattiche, la ricerca finalizzata. Previo accordo in sede di budget, le 4 ore possono essere ridotte a 3h 30', destinando ulteriori 30' ad attività assistenziale, prevenzione, contenimento delle liste d'attesa, ecc.

È prevista inoltre la possibilità di assentarsi per 8 giorni nell'anno per aggiornamento facoltativo. A seconda dell'organizzazione dei servizi, il debito orario può essere spalmato su sei giornate lavorative settimanali con un impegno orario quotidiano di 6h 20' o su cinque, con un impegno di 7h 36'. Quando l'orario è svolto su 6 giorni settimanali il lavoratore usufruisce di 36 giorni di ferie nell'anno, che si riducono a 32 se l'orario di lavoro è svolto su 5 giorni settimanali.

Metodologia di calcolo del debito orario

Le giornate lavorative nell'anno, sono calcolate detraendo dal totale di 365 giorni, le domeniche (e i sabati in caso di orario di lavoro distribuito su 5 gg. settimanali), le ferie, le festività infrasettimanali. Inoltre, come detto, l'orario di lavoro prevede 4 ore settimanali di attività non assistenziale, pertanto, sebbene nella pratica buona parte di queste ore venga di fatto impegnata in attività assistenziale, per un corretto calcolo delle ore da dedicare all'effettuazione di prestazioni, esse dovrebbero essere detratte dal debito orario totale, come pure dovrebbero essere detratte interamente le ore corrispondenti agli 8 giorni previsti nell'anno per aggiornamento facoltativo, anche se nella pratica potrebbero essere utilizzati solo in parte.

Non sono state calcolate assenze per malattie che

tuttavia, secondo dati INPS, ammonterebbero in media, nel settore pubblico, a 15 gg/anno per lavoratore e che devono in qualche modo essere considerate nella pianificazione annuale delle attività, se non altro per definire procedure di gestione della criticità conseguente all'assenza non programmata. Applicando questi criteri il calcolo procede nel seguente modo.

2.1 Orario su 6 gg /settimana Impegno giornaliero 6h 20'

Ai 365 gg. dell'anno si sottraggono:

52 domeniche

10 festivi infrasettimanali

su teorici 12 (capodanno, epifania, lunedì di Pasqua, 25 aprile, primo maggio, 2 giugno, ferragosto, ognissanti, 8 dicembre, Natale, S. Stefano, patrono) se ne conteggiano solo dieci per la probabilità che alcuni coincidano con la domenica.

36 gg. ferie

8 giorni per aggiornamento facoltativo

13 su 15 gg consecutivi di rischio radiologico (RR), quando previsto; il calcolo esclude due domeniche comprese nel periodo dei 15 gg. consecutivi.

$365 - 52 \text{ (domeniche)} = 313$

$313 - 10 \text{ (festivi infrasettimanali)} = 303$

$303 - 36 \text{ (ferie)} = 267 \text{ giorni lavorativi nell'anno}$

$267 \times 6 \text{ h } 20' = 1691 \text{ h}$

debito orario di ciascun medico nell'anno.

Da cui vanno ancora sottratte:

- **4 ore di attività non assistenziale/settimana** (equivalenti a 40' al giorno in caso di orario spalmato su 6 gg) per un totale di **178 h** nell'anno ($267 \text{ gg lavorativi} \times 40' / \text{giorno} = 178 \text{ h}$)

- **8 giornate** previste per aggiornamento facoltativo per un totale di ulteriori **50 ore:**

$1691 - (178 + 50) = 1463 \text{ h}$

(debito orario medico senza RR)

In caso venga riconosciuto il Rischio Radiologico si decurteranno altre 82 ore ($6 \text{ h } 20' / \text{giorno} \times 13 \text{ gg. lavorativi su 15 consecutivi di RR}$)

$1463 - 82$

= 1381 h (debito orario medico con RR)

(Tabella 2)

2.2 Orario su 5 gg /settimana Impegno giornaliero 7h 36'

In questo secondo caso nel conteggio dei giorni lavorativi/anno si dovranno sottrarre anche i sabati e tenere conto che i giorni di ferie nell'anno sono ridotti a 32.

$365 - (52 \text{ dom.} + 52 \text{ sab.}) = 261$

$261 - 10 \text{ (festivi infrasettimanali)} = 251$

$251 - 32 \text{ (ferie)} = 219 \text{ giorni lavorativi nell'anno}$

$219 \times 7 \text{ h } 36' = 1664 \text{ h}$

debito orario di ciascun medico nell'anno

Da cui vanno ancora sottratte:

- **4 ore di attività non assistenziale/settimana** (equivalenti a 48' al giorno in caso di orario spalmato su 5 gg.) per un totale di **175 h** nell'anno ($219 \text{ gg lavorativi} \times 48' / \text{giorno} = 175 \text{ h}$)

- **8 giornate** previste per aggiornamento facoltativo per un totale di ulteriori **61 ore:**

$1664 - (175 + 61)$

= 1428 h (debito orario medico senza RR)

In caso di lavoratori cui venga riconosciuto il Rischio radiologico si dovranno decurtare altre 83 ore ($7 \text{ h } 36' / \text{giorno} \times 11 \text{ gg. lavorativi su 15 consecutivi di RR}$)

$1428 - 83$

= 1345 h (debito orario medico con RR)

(Tabella 3)

Ogni Unità Operativa o Servizio definirà la propria pianificazione sulla base del calcolo del debito orario per medico, della opzione su 5 o su 6 giorni lavorativi alla settimana, del numero di sale endoscopiche attive contemporaneamente e nell'arco della giornata (solo al mattino o anche al pomeriggio). È del tutto evidente che sarà la tipologia e la complessità delle prestazioni, diverse a seconda del fabbisogno del bacino d'utenza e delle "vocazioni" di ogni singola U.O., a determinare i volumi di attività e la definizione dell'organico (medico, infermieristico e amministrativo) necessario per erogarli.

Infine non va dimenticato che nella maggior parte delle U.O. è attiva una pronta disponibilità (PD) endoscopica con orario più o meno esteso, ma generalmente per non meno di 12 ore, a copertura

Tabella 2*Debito orario/anno contrattuale e assistenziale per settimana lavorativa di 6 giorni*

	Giorni lavorativi/anno	Ore teoriche in base a CCNL	Ore detratte	Ore dovute
Orario di lavoro 6h 20' medie/giorno				
365 gg - 52 domeniche	$365 - 52 = 313$	1982		
Festivi infrasettimanali (mediamente 10 gg./anno)	$313 - 10 = 303$		-63 6h 20' x 10 gg	1919
Ferie 36 gg./anno	$303 - 36 = 267$		-228 6h 20' x 36 gg	1691
Attività non assistenziale 4/sett. (40' al giorno)			-178 40' x 267 gg	1513
Aggiornam. facoltativo 8 gg./anno			-50 6h 20' x 8 gg	1463 Debito orario assistenziale /anno senza RR
Rischio Radiologico (13 gg lavorativi su 15 fruiti)			-82 6h 20' x 13 gg	1381 Debito orario assistenziale /anno con RR

delle fasce orarie successive al termine dell'orario di lavoro ordinario, in particolare delle ore notturne.

La PD deve essere considerata nell'organizzazione dei turni per garantire, anche a seguito del già citato recepimento della direttiva europea 2003/88/

CE, il diritto/obbligo delle 11 ore di riposo tra un turno di lavoro e l'altro. Poiché l'entrata in vigore della norma è relativamente recente (25 novembre 2015) non disponiamo ancora, a nostra conoscenza, di una valutazione sul suo impatto organizzativo.

Tabella 3*Debito orario/anno contrattuale e assistenziale per settimana lavorativa di 5 giorni*

	Giorni lavorativi/anno	Ore teoriche in base a CCNL	Ore detratte	Ore dovute
Orario di lavoro 7h 36' medie/giorno				
365 gg – (52 domeniche + 52 sabati)	$365 - (52 + 52) = 261$	1983		
Festivi infrasettimanali (mediamente 10 gg./anno)	$261 - 10 = 251$		-76 7h 36' x 10 gg	1907
Ferie 32 gg./anno	$251 - 32 = 219$		-243 7h 36' x 32 gg	1664
Attività non assistenziale 4/sett. (48' al giorno)			-175 48' x 219 gg	1489
Aggiornam. facoltativo 8 gg./anno			-61 7h 36' x 8 gg	1428 Debito orario assistenziale/ anno senza RR
Rischio Radiologico (11 gg lavorativi su 15 fruiti)			-83 7h 36' x 11 gg	1345 Debito orario assistenziale/ anno con RR

3. Procedure e relative tempistiche

I tempi proposti nelle tabelle che seguono sono la somma di: *tempo fisso (che abbiamo calcolato in 20' x figura professionale) + tempo tecnico*

Essi rappresentano una stima media, realistica ma non automaticamente applicabile a ogni singola procedura, potendo essi ulteriormente variare in ragione di complessità imprevedibili o di complicità intraprocedurale.

Inoltre sono calcolati facendo riferimento a condizioni organizzative e logistiche "ottimali".

P.es. per le procedure sulle vie biliopancreatiche i tempi ottimali si riferiscono all'esecuzione in sala endoscopica dedicata, ubicata all'interno del Servizio di Endoscopia (senza cioè necessità di trasferirsi in sala operatoria o in sala radiologica ubicate altrove) e con assistenza anestesiológica che, migliorando la compliance, può contenere i tempi di esecuzione.

È intuitivo che dove tali condizioni non sono presenti, sulla tempistica della singola prestazione graveranno i tempi di trasferimento di materiali e attrezzature, la necessità da parte degli operatori

di endoscopia di gestire anche la sedo-analgesia, i tempi del barellamento.

Si dovranno pertanto considerare i correttivi locali necessari, che di fatto si traducono in allungamento soprattutto dei tempi fissi che è ragionevole considerare raddoppiati a causa della movimentazione di attrezzature e pazienti. Le stesse considerazioni valgono per tutte le procedure operative che comportano trasferimenti in locali diversi da quelli del Servizio di Endoscopia.

Ciò premesso, il riferimento a tempi standard consentirà di formulare piani di lavoro coerenti con le risorse disponibili o di giustificare l'adeguamento delle piante organiche quando si rivelassero carenti rispetto agli obiettivi di *budget*.

In **allegato 2**, si propone un esempio di piano di lavoro di endoscopia diagnostica (EGDS + Colonscopie) programmata secondo le tempistiche tabellate e tempo medico calcolato su un orario lavorativo di 6 h e 20' (debito orario ripartito su 6 gg. lavorativi/settimana).

Tabella 4

Visita gastroenterologica*	40'
Controllo	30'

* La visita gastroenterologica è di fatto una visita internistica e come tale deve prevedere una durata che consenta di stabilire un'adeguata relazione medico-paziente e un'effettiva presa in carico attraverso raccolta di anamnesi, visione di documentazione precedente, esame obiettivo, refertazione, indicazioni terapeutiche, compilazione di prescrizione farmacologica ed esami strumentali e/o di laboratorio su ricettario regionale.

Tabella 5

	Tempo fisso	Tempo tecnico	Tempo totale
EGDS diagnostica	20'	10'	30'
EGDS con mappatura bioptica (es.: esofago di Barrett)	20'	10' + 10'	40'

Tabella 6

EGDS operativa	Tempo fisso	Tempo tecnico	Tempo totale
Sclerosi/legatura di varici	20'	20'	40'
Emostasi endoscopica	20'	20' - 40'	40' - 60'
PEG	20'	25'	45'
Rimozione di corpo/i estranei	20'	25'	45'
Posizionamento protesi	20'	25'	45'
Polipectomia con ansa	20'	10' + 5' per singolo polipo	30' + (5' x n polipectomie)
Dilatazioni endoscopiche	20'	20'	40'
Mucosectomia	20'	10' + 10' per singola mucosectomia	30' + (10' x n mucosectomie)
ESD	20'	60' - 90'	80' - 110'
POEM	20'	100'	120'

Tabella 7

	Tempo fisso	Tempo tecnico	Tempo totale
Colonscopia diagnostica	20'	30'	50'
Con mappatura biptica	20'	30' + 10'	60'

Tabella 8

	Tempo fisso	Tempo tecnico	Tempo totale
Colonscopia operativa			
Polipectomia con ansa	20'	30' + 5' per singolo polipo	50' + (5' x n polipectomie)
Mucosectomia	20'	30' + 10' per singola mucosectomia	50' + (10' x n mucosectomie)
ESD	20'	90' - 120'	110' - 140'
Posizionamento protesi	20'	40'	60'
Dilatazione	20'	40'	60'
Emostasi endoscopica	20'	40'	60'

Tabella 9

Vie biliopancreatiche	Tempo fisso	Tempo tecnico	Tempo totale
ERCP (incannulazione "semplice", opacizzazione)	20'/40'*	30'	50'/70'*
+ SE, bonifica di litiasi	20'/40'	30' + 10'	60'/80'
+SE, Biopsia/brushing	20'/40'	30' + 10'	60'/80'
+ SE + bonifica + litotrixxia meccanica	20'/40'	30' + 10' + 20'	80'/100'
Stent biliare	20'/40'	30' + 10'	60'/80'
SE + biopsia/brushing + stent	20'/40'	30' + 10' + 10' + 10'	80'/80'
SE + SpyGlass con biopsie	20'/40'	30' + 10' + 20'	80'/100'
SE + SpyGlass con litotrixxia	20'/40'	30' + 10' + 40'	100'/120'

* Per procedure eseguite in locali esterni all'endoscopia

Tabella 10

Enteroscopia con videocapsula	Somministrazione della VC	Lettura	Tempo totale
	20'	150'/180'	170'/200'

Tabella 11

Enteroscopia doppio pallone	Tempo fisso	Tempo tecnico	Tempo totale
Diagnostica	20'	120'	140'
Operativa	20'	150'	170'

Tabella 12

Ecoendoscopia	Tempo fisso	Tempo tecnico	Tempo totale
Superiore diagnostica	20'	40'	60'
Superiore operativa	20'	70'	90'
Inferiore diagnostica	20'	20'	40'

Tabella 13

Ecografia	Tempo fisso	Tempo tecnico	Tempo totale
Ecografia addome sup. diagnostica	10'*	20'	30'
+ studio anse intestinali		10'	40'
Ecografia con contrasto	10'*	20' + 10'	40'
Ecografia con elastometria	10'*	20' + 100'	40'
Ecografia operativa (Biopsia ecoguidata, drenaggio percutaneo, PEI, RF)	20'	20' + 20'	60'

* Rispetto a questa prestazione i tempi di approntamento e di riordino della sala possono considerarsi trascurabili per cui il tempo fisso può essere calcolato, limitatamente alla accoglienza/refertazione/comunicazione dei risultati, in 10'

Tabella 14

Indagini funzionali	Tempo fisso	Tempo tecnico	Tempo totale
Manometria esofagea	20'	40'	60'
pHmetria/pHimpedenziometria	10'*	20'	30'
Manometria ano-rettale	20'	25'	45'

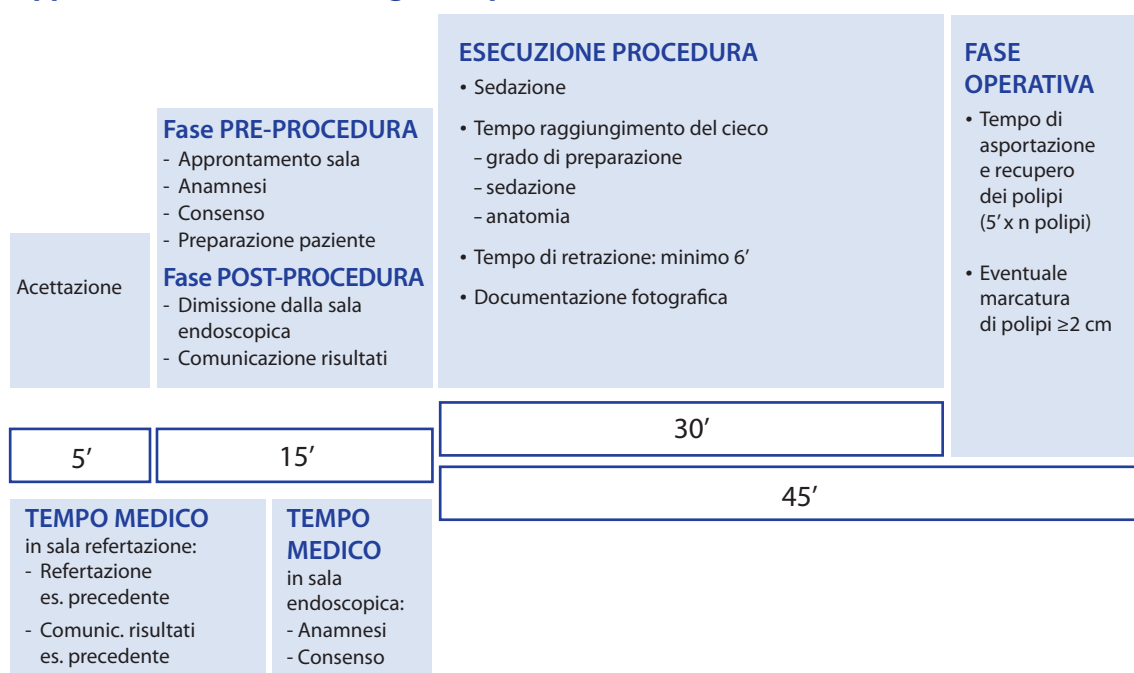
ALLEGATO 1

Scomposizione in fasi della prestazione colonscopia diagnostica

Scomposizione in fasi delle singole prestazioni

a) Accettazione amministrativa
b) Accoglienza e approntamento della sala
c) Informazione e raccolta del consenso informato
d) Anamnesi
a) Effettuazione della prestazione (tempo tecnico)
f) Assistenza al paziente dopo la procedura e riordino della sala endoscopica
g) Refertazione
h) Comunicazione dei risultati
i) Eventuale osservazione post-sedazione

Applicazione della metodologia alla procedura COLONSCOPIA



ALLEGATO 2

Esempio di piano di lavoro di endoscopia diagnostica con impegno contemporaneo di un medico, due infermieri di sala endoscopica, un infermiere in osservazione, un infermiere/OSS in sala lavaggio

EGDS	Colonscopia	EGDS	Colonscopia	EGDS	Colonscopia	Colonscopia	Colonscopia	EGDS
10'								
1h	2h	3h	4h	5h	6h			

Bibliografia

1. Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico: Manuale per la formazione degli operatori sanitari www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_640_allegato.pdf
2. Requisiti specifici per l'accreditamento delle strutture di Endoscopia digestiva
Delibera giunta regionale E.R. n 948 6 luglio 2009
3. Fatigue among clinicians and safety of patients
D.M. Gaba et al, N Eng J Med, Vol 347, No 16, oct. 17, 2002
4. Extended work duration and the risk of self-reported percutaneous Injuries in interns
C.A. Czeisler, Jama. Sept.6,2006 –Vol 296, No 9
5. ROTSCHILD JM ET AL. Risks of Complications by Attending Physicians After Performing Nighttime Procedures. Jama 2009; 302, 14: 1565-72.
6. European working time directive and doctors'health: a systematic review of the available epidemiological evidence. Rodriguez-Jareno MC et al, BMJ Open 2014;4:e004916 doi:10.1136/bmjopen-2014-004916
7. R. CONIGLIARO
La sedazione in Endoscopia Digestiva
GIED 2014; 37:223-227
8. Manuale di accreditamento SIED e allegati
9. A. EDERLE ET AL., Organizzazione del lavoro. Cap 8, pp. 113-124
In: Qualità accreditamento e gestione dei servizi di endoscopia digestiva. Centro Scientifico Editore, anno 2000
10. Libro bianco della gastroenterologia italiana. AA. VV. 2011 Appendice n.3. Documento AIGO sui carichi di lavoro in gastroenterologia
11. Quality in screening colonoscopy: position statement of the European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE). Endoscopy 2012; 44:957-968
La qualità nella colonscopia di screening: position statement della Società Europea di Endoscopia Gastrointestinale (ESGE). Linee Guida ESGE. Traduzione a cura di SIED
12. Guideline for safety in the GI endoscopy unit
Gastrointest Endosc Volume 79, No. 3: 2014
13. Guidelines for sedation and anesthesia in GI endoscopy.
Gastrointest Endosc 2018 Feb, Volume 87, Issue 2, Pages 327–337
14. Pulizia e disinfezione in Endoscopia Digestiva
A cura del gruppo AIGO-SIED-SIGE per la Sicurezza in Endoscopia Digestiva. Commissione - Reprocessing - Coordinatore G. Battaglia
GIED 2007; 30: 25-33

15. Linee Guida ANOTE per la pulizia e disinfezione degli endoscopi. Update 2011
16. Reprocessing of flexible endoscopes and endoscopic accessories used in gastrointestinal endoscopy.
Beilenhoff Ulrike et al. Reprocessing in GI endoscopy: ESGE–ESGENA Position Statement - Update 2018... Endoscopy 2018; 50

Si ringraziano i colleghi Maria Caterina Parodi, Alessandro Pezzoli, Debora Beretti e Maria Teresa Fabbi della precedente commissione carichi di lavoro SIED per il loro contributo che ha concorso nel realizzare questo lavoro

CORRISPONDENZA

MAURO GIOVANARDI

Direttore U.O. Gastroenterologia
ed Endoscopia Digestiva
AULS della Romagna
Ambito Rimini
mauro.giovanardi@auslromagna.it

