

COLLEGIO IPASVI BARI

PROGETTO “A.M.B.R.A.”

***A**nalisi, **M**odelli, **B**isogni
delle **R**isorse **A**ssistenziali*

*Quantità v/s Qualità
dell'Assistenza Infermieristica
nell'Azienda Ospedaliero Universitaria
Policlinico di Bari*

PREFAZIONE

La professione infermieristica in Italia sta vivendo in questi ultimi anni profondi cambiamenti culturali e istituzionali, che la avvicinano sempre di più ai modelli europei e nord-americani. Da un lato ciò rappresenta un riconoscimento del ruolo e delle competenze acquisite dall'infermiere, dall'altro costituisce una naturale evoluzione della figura infermieristica, a cui sono richieste capacità, autonomia decisionale e responsabilità in tutti gli aspetti dell'attività assistenziale, in risposta ai molteplici bisogni di salute.

I Collegi, Enti di diritto pubblico, istituzionalmente garantiscono la tutela del cittadino/utente di ricevere prestazioni sanitarie da personale competente e la tutela della professionalità degli infermieri favorendo la crescita culturale e offrendo servizi di supporto per un corretto esercizio professionale.

Questo "progetto" si inserisce all'interno della **mission** del Collegio IPASVI di Bari con l'obiettivo di proporre un modello *possibile* per la definizione del fabbisogno delle risorse infermieristiche, all'interno di una Azienda Complessa e Specialistica quale l'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari.

Il documento si articola in due parti: la prima parte presenta un excursus normativo e metodologico che hanno determinato la crescita formativa e culturale della professione, la seconda parte descrive il percorso e gli strumenti del "progetto".

Si auspica che il progetto possa essere punto di partenza per un'*analisi dei metodi e bisogni delle risorse assistenziali*, al fine di una razionale allocazione delle risorse umane all'interno dell'Azienda, volta ad un miglioramento della qualità dell'assistenza.

Il Presidente
Saverio Andreula

PREMESSA

Nelle organizzazioni sanitarie caratterizzate da un alto grado di complessità la risorsa umana rappresenta un elemento primario nei processi di produzione di prestazioni e servizi. Le attività sanitarie, per loro natura, non sono sempre standardizzabili in quanto l'ambito discrezionale del contributo professionale è sempre presente in relazione al livello di responsabilità ed in grado di influenzare il risultato.

Nel passato si sono affermati diversi metodi di valutazione dell'assistenza infermieristica in termini di qualità e costi, attraverso sistemi basati sia sulla classificazione dei pazienti che sulla rilevazione dei carichi di lavoro. Ma il binomio carico di lavoro e determinazione del fabbisogno di personale non è in grado di fornire risposte alle attuali esigenze, in quanto la variabile quantitativa deve essere legata ad altre dimensioni di ordine epidemiologico e metodologico.

Obiettivo di questo lavoro è proporre uno strumento che possa fornire ai vari attori coinvolti nel sistema, sia a livello aziendale che regionale, un riferimento per individuare il bisogno di assistenza infermieristica, quindi la determinazione del fabbisogno di risorse, per un'Azienda complessa e specialistica.

In virtù di questi elementi, il **Collegio IPASVI di Bari** ha costituito un gruppo di lavoro composto da operatori sanitari dell'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari, per la realizzazione del progetto: la determinazione del fabbisogno infermieristico.

***Parole chiave:* gestione infermieristica, scienze infermieristiche, complessità assistenziale, rischio, classificazione dei pazienti, livelli di organico, carichi di lavoro.**

INTRODUZIONE

Il settore sanitario in generale, e ospedaliero in particolare, stanno vivendo anni di radicali e rapidi cambiamenti, sfidati sempre di più da un numero crescente di bisogni sanitari e ristrettezze finanziarie che limitano la capacità di rinforzo delle strutture e della forza lavoro. Sostanzialmente si sta facendo strada una sanità moderna, altamente complessa, con risvolti assistenziali, legali, etici ed economici in cui il governo delle risorse umane in tutte le sue fasi, dalla pianificazione per la determinazione del fabbisogno, alla selezione, all'inserimento, alla formazione professionale, sino alla valutazione (della posizione, delle prestazioni, del potenziale, delle competenze), riveste un'importanza strategica nelle organizzazioni sanitarie.

Ma non è solo il quadro di riferimento che muta. Gli operatori sanitari si trovano a lavorare in condizioni diverse rispetto al passato, in particolare per:

- * diverse e nuove aspettative dei cittadini e della società;
- * introduzione di nuove tecnologie;
- * maggior attenzione al rapporto costi/benefici;
- * gestione decentrata e periferizzata dei servizi sanitari, con conseguente dinamismo decisionale per ogni singolo professionista;
- * riduzione della durata della degenza;
- * concentrazione degli spazi per la relazione.

Nel frattempo il numero degli operatori sanitari è rimasto stabile, con una conseguente problematizzazione della risposta ai bisogni di cura dei pazienti, segnatamente per quanto attiene gli interventi di competenza infermieristica; questo può indurre importanti disfunzioni a livello dell'organizzazione e della qualità delle cure, con pazienti che sovente non beneficiano di prestazioni professionali adeguate e di un contesto relazionale soddisfacente. In questa prospettiva i modelli organizzativi utilizzati risultano cruciali per la qualità dell'assistenza infermieristica e per la sicurezza dei pazienti. In particolare la pianificazione del fabbisogno di risorse umane, così da disporre di professionisti adeguati per numero e competenze professionali, è sicuramente uno degli aspetti cruciali di un sistema sanitario pubblico in grado di rispondere adeguatamente ai bisogni sanitari dei cittadini.

QUADRO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

La definizione degli organici delle strutture sanitarie è stata per lungo tempo un problema: essendo il personale uno dei costi principali nei bilanci, la risorsa umana è sempre stata oggetto di attenzione da parte del legislatore, attraverso i classici meccanismi di blocco totale o parziale del turn-over, oppure delle autorizzazioni alle assunzioni, ad opera periodicamente delle leggi finanziarie.

Il ruolo sanitario costituisce da solo quasi l'80% dell'intero costo del personale, ricomprendente l'ampia gamma dei professionisti sanitari (medici, biologi, infermieri, tecnici sanitari, etc.). Sino al 1993 la definizione degli organici era stata normata da atti legislativi di programmazione o di organizzazione dei servizi, prevalentemente emanati dal competente Ministero: dalla più datata indicazione contenuta nella L.132/1968 (la cosiddetta Legge Mariotti), che definiva standard di personale in relazione alla attività di diagnosi e cura ed alla intensità delle prestazioni, sino al D.M 109/1988 (il cosiddetto Decreto Donat Cattin) che parametrava gli organici a modelli organizzativi predeterminati delle varie specialità (bassa, media ed alta), con la precisa individuazione di contingenti di posti letto da istituire per il riordino della rete ospedaliera. Ne deriva che per molto tempo le considerazioni di carattere finanziario non rappresentavano l'elemento prevalente nella definizione delle scelte di politica sanitaria.

In considerazione della rilevanza della spesa del personale rispetto al costo complessivo del SSN, la definizione dei criteri per la determinazione delle piante organiche è diventata progressivamente oggetto di regolamentazione all'interno delle norme finanziarie. Tuttavia, il dato più significativo dell'evoluzione normativa sul tema è dato dal passaggio dal concetto di *pianta organica* a quello di *definizione di fabbisogno di risorse umane* disposto dal D. Lgs. 29/1993, più volte modificato ed integrato, che disciplina l'attività dei dipendenti pubblici. I punti essenziali di tale riforma riguardano essenzialmente il rapporto di lavoro, che essenzialmente diviene:

- * conforme ai principi del Codice Civile;
- * normato dai Contratti Collettivi Nazionali e dai Contratti Integrativi Aziendali;

* gestito dai dirigenti in qualità di datori di lavoro privati.

In ordine alla organizzazione, i nuovi elementi di riferimento sono:

- * la definizione delle strutture di vertice da parte degli organi politici, la determinazione delle risorse in rapporto ai bisogni da parte dei dirigenti;
- * l'impegno a garantire il rispetto dei criteri di efficienza, efficacia ed economicità.

In altre parole, si passa da uno schema rigido e preconstituito ad una ricognizione di risorse umane, dimensionando quest'ultime espressamente per le effettive funzioni svolte da ciascun ufficio, pertanto modificabili ogni volta che si modificano le strategie d'azione dell'Azienda. A tal proposito la norma precisa che le dotazioni organiche debbono essere riviste periodicamente, con cadenza almeno triennale e che le eventuali variazioni saranno adottate dagli organi di vertice, dopo confronto con le organizzazioni sindacali: unico limite, il rispetto della programmazione triennale delle assunzioni e dei bilanci.

Contestualmente alla riforma del Pubblico Impiego, l'assetto amministrativo del Servizio Sanitario Nazionale viene delineato dal D. Lgs. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni. Gli elementi fondanti di tale riordino prendono spunto dai punti di crisi della L. 833/1978; ispirandosi ai principi della regionalizzazione, dell'aziendalizzazione, della tecnicizzazione, della razionalizzazione e della umanizzazione del sistema sanitario nazionale, portano ad una rivisitazione critica dell'assetto istituzionale, gestionale ed organizzativo del sistema stesso, per ancorarlo a:

- modelli di funzionamento fondati sulla programmazione reale;
- l'uso ottimale delle risorse effettivamente disponibili, in funzione di obiettivi certi e raggiungibili di soddisfazione dei bisogni sanitari, secondo priorità predeterminate in termini di compatibilità con le risorse date;
- la piena responsabilizzazione degli operatori al raggiungimento degli obiettivi assunti;
- la finalizzazione delle attività;
- la competitività;

- la produttività.

A favorire tale processo hanno contribuito i primi Contratti Collettivi Nazionali (1994 -1997) dell'Area Dirigenza Medica, dell'Area della Dirigenza Sanitaria Professionale Tecnica Amministrativa e del Comparto. L'insieme di questi si è rivelato uno strumento idoneo al perseguimento di finalità fondamentali, ovvero:

* la flessibilizzazione del rapporto di lavoro, per adeguarlo al soddisfacimento dei bisogni e delle esigenze degli utenti;

* la valorizzazione delle professionalità dei dipendenti, da correlare alle esigenze delle singole aziende;

* l'armonizzazione delle regole e delle tutele tra lavoro pubblico e lavoro privato;

* la razionalizzazione della struttura retributiva.

Il riassetto strutturale del sistema sanitario, avviato con il predetto decreto, trova una sua più concreta realizzazione con la riforma ter del SSN, ovvero il D. Lgs 229/1999, il quale modifica in modo consistente il precedente assetto normativo, sia dal punto di vista dell'organizzazione del sistema, sia per quanto riguarda l'erogazione dell'assistenza. L'obiettivo primario della riforma ter è quello di ri-orientare l'impegno delle risorse verso un sistema che, a partire dalla analisi dei bisogni di salute in un certo territorio, li trasformi in obiettivi e indirizzi dei dipartimenti territoriali ed ospedalieri. E' infatti evidente l'adesione ad un metodo di programmazione realistica, fondata sul paradigma:

- risorse disponibili;

- individuazione dei bisogni prioritari;

- offerta di servizi nei limiti consentiti dalle risorse.

Ne consegue l'abbandono del metodo della programmazione idealistica, proprio della L. 833/1978, fondato sull'opposto paradigma bisogni-risorse-risposta assistenziale, comunque legato alla soddisfazione dei bisogni a tutto campo.

Presupposto fondamentale per la stima di fabbisogno di personale è anche l'esplicitazione delle strategie aziendali e dei relativi obiettivi prefissati. Tutto ciò consentirebbe anche di prevedere, con suffi-

ciente anticipo, eventuali carenze di professionalità che si verificano ciclicamente.

In Puglia la normativa regionale¹ non definisce un coefficiente minimo obbligatorio, ma indica i parametri di riferimento di cui tenere conto:

“La Direzione definisce il fabbisogno di personale, in rapporto al volume e alla tipologia delle attività ed in rapporto alla organizzazione dei singoli presidi, in maniera tale da garantire il corretto svolgimento delle attività, secondo i criteri specificati.

In particolare il fabbisogno di personale deve essere garantito:

** in termini numerici (equivalente a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale;*

** per posizione funzionale;*

** per qualifica”.*

E' da rilevare che, se il contesto normativo appare ormai ampiamente delineato, molto ancora resta da fare per adeguare i comportamenti e le modalità operative alle nuove esigenze del sistema salute. Tra le figure professionali che in questi ultimi anni sono oggetto di periodiche e significative carenze (medici anestesisti e radiologi, infermieri, tecnici di radiologia), abbiamo preso in esame il fabbisogno infermieristico, che rappresenta per la sua incidenza quantitativa il gruppo più rilevante.

1) Regolamento Regionale del 13 gennaio 2005, n. 3 - Requisiti per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie, sezione A.01.03 “Gestione delle risorse umane”

LE TAPPE STORICO-LEGISLATIVE DELLA RIFORMA DELLA FORMAZIONE INFERMIERISTICA

L'evolversi delle norme in ambito sanitario, la ridefinizione delle politiche di welfare, l'importanza sempre più crescente dello status dell'infermiere sono alcuni degli elementi chiave che hanno contribuito all'evoluzione della professione infermieristica, molto lenta fino agli anni settanta e successivamente più rapida e costante, sia nei tempi che nei contenuti.

In Italia la regolamentazione della formazione infermieristica avviene a partire dal 1925². Le prime scuole professionali richiedono requisiti culturali molto scarsi, ossia la licenza elementare, che di fatto non risulta vincolante, poiché in carenza di candidate che ne siano in possesso si potrà derogare.

Successivamente (1934) le norme sulla formazione infermieristica vengono inserite nel Testo Unico delle leggi sanitarie, ma è con l'Accordo di Strasburgo³ che si stabiliscono i requisiti minimi di accesso per le scuole infermieristiche e il monte-ore minimo di insegnamento da impartire, pari a 4600 ore. Nel 1971 la L. 124 sopprime l'obbligo di residenza nella scuola-convitto, che da questo anno in poi amplia l'accesso agli uomini, denominandosi *scuola per infermieri professionali*. Tappa fondamentale degli anni successivi è certamente la ratifica in Italia del dettato comunitario e la successiva modifica degli ordinamenti didattici⁴, che da questo anno prevedono un percorso formativo di tre anni, a cui si accede con una scolarità minima di 10 anni (biennio di scuola media superiore). L'anno 1979 segna l'acquisizione di un'altra tappa importante: con la definizione dei profili professionali delle figure infermieristiche per la prima volta si identifica l'operatore professionale dirigente⁵. Si tratta della figura dirigenziale infermieristica, la quale, sebbene ancora lontana dalla identificazione in professione, comincia già a segnare i primi traguardi sociali: è infatti con questo titolo che la società italiana riconosce per la prima volta la necessità di uno

² R. D. 15 agosto 1925, n. 1832

³ Accordo di Strasburgo, 25 ottobre 1967

⁴ Cfr. DPR n. 867 del 13 ottobre 1975

⁵ Cfr. DPR 761 del 20 ottobre 1979

sviluppo apicale per l'infermiere. Successivamente, con la normativa concorsuale del 1982, il diploma conseguito presso le Scuole universitarie dirette a fini speciali per dirigenti e docenti dell'assistenza infermieristica diventa requisito obbligatorio per chi voglia partecipare ai concorsi per direttore didattico e capo dei servizi sanitari ausiliari.

Con gli anni Novanta si avvia la transizione in assoluto più rivoluzionaria per l'odierna professione infermieristica: viene infatti istituito il diploma universitario di primo livello in scienze infermieristiche⁶. Il nuovo titolo di studio:

...“ha il fine di fornire agli studenti adeguata conoscenza di metodi e contenuti culturali e scientifici orientata al conseguimento del livello formativo richiesto da specifiche aree professionali”...

L'ordinamento del corso di diploma universitario è regolato dall'allora rinomata tabella XXXIX ter⁷, che definisce il primo percorso formativo dell'infermiere ormai in università. Tuttavia questo provvedimento, pur creando le premesse per un profondo rinnovamento, non interferisce con le tradizionali scuole professionali per infermieri. Il corso di diploma universitario costituisce infatti un canale formativo parallelo a quello delle scuole che operano in ambito regionale, rilasciando diplomi che conservano integro il loro valore abilitante ai fini dell'esercizio professionale. Questo periodo di transizione – informalmente noto come *doppio binario formativo* – è infine scaturito nel definitivo passaggio alla formazione universitaria⁸: requisito di accesso è il possesso del diploma di scuola secondaria superiore di secondo grado, mentre il titolo rilasciato al termine del corso è un diploma universitario, a firma del Rettore dell'Università e del responsabile della struttura sede di formazione. La transizione si completa tra il 1994 e il 1998, con la stipula di protocolli d'intesa tra Regioni e Università, riconoscendo a quest'ultima l'esclusività formativa per la professione infermieristica.

Ben presto subentra la necessità di ridisegnare un nuovo ordina-

⁶ Cfr. Lg 19 novembre 1990, n. 341

⁷ Cfr. D.M. 2 dicembre 1991

⁸ Cfr. D. Lgs 502 del 1992 e successive modificazioni

mento didattico universitario⁹, rivedendo e limando il titolo accademico alle rapide evoluzioni delle professioni sanitarie di quegli anni, con l'avvento del diploma universitario per infermiere (DUI). Un ulteriore intervento legislativo¹⁰ ridefinisce gli assetti del sistema universitario, portando una riforma dei percorsi accademici rispetto alle esigenze del mondo del lavoro, all'evoluzione professionale, nel quale ormai si colloca a pieno titolo la formazione infermieristica.

Gli anni Novanta vedono cambiamenti importanti anche nelle normative che regolamentano l'esercizio professionale, che qui citiamo per la loro stretta connessione con la riforma dei percorsi formativi: i decreti sul profilo professionale dell'infermiere¹¹ e dell'infermiere pediatrico¹², l'abrogazione del mansionario¹³, la sistematizzazione della dirigenza infermieristica¹⁴. In corrispettivo, nei percorsi accademici si assiste all'attivazione della laurea specialistica¹⁵, la quale mira a:

...“una formazione professionale avanzata per intervenire con elevate competenze nei processi assistenziali, gestionali, formativi e di ricerca (...I laureati ...) sono in grado di esprimere competenze avanzate di tipo assistenziale, organizzativo, gestionale, di ricerca in risposta ai problemi prioritari di salute della popolazione e ai problemi di qualità dei servizi ”...

Queste competenze sono in linea con l'evoluzione di questo progressivo processo di professionalizzazione, sostenuto da un'offerta formativa diversificata e coerente, con la crescita del ruolo e delle funzioni infermieristiche. L'accesso a tale livello di formazione è consentito anche a coloro che sono in possesso del titolo abilitante all'esercizio professionale rilasciato in base al vecchio ordinamento, purché concomitante alla maturità quinquennale¹⁶. Nel dicembre 2003, dopo l'approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni dell'Accordo

⁹ Cfr. D.M. 2 dicembre 1991

¹⁰ Cfr. DM 509/1999

¹¹ Cfr. DM 739/1994

¹² Cfr. DM 70/1997

¹³ Cfr. L. 42/1999

¹⁴ Cfr. L. 251/2000

¹⁵ Cfr. Decreto Murst 2 aprile 2001

¹⁶ Cfr. L. 1/2002

tra il Ministero della Salute, le Regioni e le Province autonome sulla determinazione del fabbisogno delle professioni sanitarie, anche il MIUR si pronuncia positivamente sull'attivazione delle lauree specialistiche e ratifica la decisione. Il Consiglio Universitario Nazionale (CUN) costituisce quindi uno schema di ordinamento didattico per le singole classi specialistiche, al fine di assicurare la formazione di figure professionali uniformi sul territorio nazionale.

Ma si deve attendere il 2004 per la definizione delle modalità e dei contenuti delle prove di ammissione ai corsi di laurea specialistica: con appositi provvedimenti si fissano le modalità e i contenuti delle prove per la laurea specialistica delle professioni sanitarie¹⁷, poco dopo i posti per le relative immatricolazioni¹⁸. Il Ministero dell'Università, recependo le indicazioni del Ministero della Salute, per l'anno accademico 2004/2005 assegna alla classe SNT- SPE/1 (Scienze infermieristiche ed Ostetriche) 578 posti complessivi¹⁹, con l'avvio contemporaneo in ben 15 Università italiane. La contestuale riforma degli ordinamenti didattici universitari²⁰ non interviene comunque sui percorsi formativi delle classi che attengono alle professioni sanitarie, ma ne modifica solo la denominazione da corso di laurea specialistica in *corso di laurea magistrale*.

Le tappe evolutive della normativa, emanata negli anni, ha riconosciuto nella figura dell'infermiere l'unico responsabile dell'assistenza generale alla persona, che tuttavia deve sostenere la propria autonomia e responsabilità professionale, attraverso l'adozione di modelli (complessità assistenziale) e strumenti di pertinenza (documentazione infermieristica).

¹⁷ Cfr. Decreto MIUR 9 luglio 2004

¹⁸ Cfr. Decreti del 27 luglio 2004 e del 1° ottobre 2004

¹⁹ Cfr. Gazzetta Ufficiale del 4 agosto 2004, n.181

²⁰ Cfr. DM 270/2004

COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE

Diversi metodi sono stati messi a punto per valutare l'assistenza infermieristica in termini di qualità e costi, compresi i sistemi per la classificazione dei pazienti e per la rilevazione dei carichi di lavoro. Le informazioni così desunte sono utilizzate per l'assegnazione delle risorse. La valutazione accurata dei carichi di lavoro ha avuto pertanto un'attenzione particolare, anche grazie alla disponibilità di metodi validati.

Dall'analisi dei metodi per la determinazione del fabbisogno di personale infermieristico fondata sui bisogni di assistenza dei pazienti, si rileva che la stessa scaturisce da due ordini di criteri:

- l'individuazione del bisogno globale di assistenza, attinente allo stato di salute dei singoli soggetti, alle loro esigenze fisiologiche e psicologiche, premessa indispensabile per i progetti assistenziali;
- la quantificazione del bisogno in tempi di assistenza, passaggio obbligato per la determinazione del fabbisogno di personale e la sua razionale distribuzione.

Ma il binomio carico di lavoro e determinazione del fabbisogno di personale non è in grado di fornire risposte alle attuali esigenze, in quanto la variabile quantitativa deve essere legata ad altre dimensioni di ordine epidemiologico e metodologico.

La metodologia del calcolo dell'indice di complessità fornisce importanti informazioni analitiche e/o sintetiche attraverso l'impiego di strumenti che consentono di:

- * pianificare la propria attività;
- * misurare la complessità assistenziale per assistito;
- * determinare le competenze necessarie;
- * definire strumenti di integrazione organizzativa.

Il metodo di analisi della complessità assistenziale consente di esprimere il bisogno globale di assistenza infermieristica dell'assistito attraverso tre elementi assistenziali più o meno articolati tra di loro e correlati allo specifico personale e clinico. Tali elementi sono dimensionati lungo tre diverse direttrici concettuali: la stabilità/instabilità clinica (salute/malattia), l'autonomia/dipendenza, la comprensione/scelta.

Queste tre dimensioni della complessità assistenziale costituiscono nel loro insieme la disarticolazione fondamentale del bisogno d'assistenza e del suo livello d'impegno.

In particolare, lo studio di Pitacco e Silvestro²¹ ha utilizzato, come strumento base per lo sviluppo del modello di analisi, i tre assi – dimensioni con le quali si definisce la complessità assistenziale:

asse autonomia–dipendenza: capacità della persona di soddisfare i propri bisogni;

asse salute–malattia: stabilità ed instabilità clinica;

asse comprensione–scelta: capacità di relazionarsi e di decidere cosa si vuole venga attuato.

Questo modello identifica la *criticità*, l'*instabilità* e la *intensività* dell'utente, definendo così la complessità assistenziale; esaminando le tre dimensioni della persona che determinano i bisogni di assistenza infermieristica definisce le tipologie di intervento e le aree di responsabilità dell'infermiere.

Individua infine le aree di competenza dell'infermieristica:

- *tecnica*: riconducibile alle procedure diagnostiche, terapeutiche, di sostegno alle funzioni vitali, di soddisfazione dei bisogni di base;
- *educativa/relazionale*: finalizzata ad una modificazione consapevole del comportamento della persona assistita o delle persone di riferimento;
- pianificatoria, di supervisione, verifica dell'intervento di assistenza infermieristica e/o quello degli operatori di supporto.

Il modello della complessità assistenziale è stato elaborato sia per dare una risposta professionale alla difficoltà che l'organizzazione sanitaria ha nel reperimento di infermieri nel mercato del lavoro, sia per evitare che si possa pensare di risolvere tale difficoltà sostituendo acriticamente gli infermieri con gli operatori di supporto all'assistenza infermieristica.

²¹ Federazione Nazionale dei Collegi, Indicatori e standard per l'assistenza infermieristica: il modello di analisi della complessità assistenziale – I Quaderni – supplemento de l'Infermiere n. 7 – 8-9/03

Esempi di modelli di complessità assistenziale

TITOLO	DIMENSIONI	AREE DI APPLICAZIONE
TISS (1974) e TISS Update (1983) <u>Therapeutic Intervention Scoring System</u>	Utilizza le procedure o interventi terapeutici messi in atto per i pazienti per definire la gravità e quindi il peso assistenziale dei pazienti	U. O. Chirurgia e Terapia Intensiva
NEMS (1997) <u>Nine Equivalent of Nursing Manpower use Score</u>	Derivato dal TISS (dà punteggi agli atti terapeutici o procedure)	U. O. Terapia Intensiva
PRN (1980) e successive versioni <u>Project Research of Nursing</u>	Utilizza il tempo impiegato nelle diverse attività assistenziali per definire il peso assistenziale dei pazienti. Presuppone l'utilizzo della pianificazione assistenziale	Ogni Area Assistenziale (non utilizzabile per un monitoraggio continuo della C.A.)
TOSS (1991) <u>Time Oriented Score System</u>	Utilizza il tempo impiegato nelle diverse attività assistenziali per definire il peso assistenziale dei pazienti	U. O. Terapia Intensiva
PINI (1991) <u>Patient Intensity for Nursing Index</u>	Per ogni paziente tiene in considerazione quattro dimensioni: <ul style="list-style-type: none"> • severità della patologia • grado di dipendenza del paziente • complessità delle attività assistenziali • tempo impiegato 	Ogni Area Assistenziale

Della disamina dei modelli di complessità assistenziale è opportuno ricordare che le persone assistite non rimangono stabilmente ad un certo livello di variabile considerata. Inoltre, man mano che diminuisce l'instabilità o aumenta di livello di coscienza e la capacità della persona di gestire autonomamente i propri bisogni, l'assistenza si identifica in bisogni informativi/educativi/relazionali, aspetti connaturati al prendersi cura.

I diversi sistemi di classificazione, se correttamente ed integralmente integrati, sono in grado di definire la complessità assistenziale. Inoltre l'implementazione di un sistema di classificazione, coerente con il processo di assistenza infermieristica, che intercetta i Problemi e i Bisogni reali della persona, sono gli obiettivi del sistema tassonomico N.N.N. (NANDA, NOC, NIC).

DIAGNOSI INFERMIERISTICHE, RISULTATI E INTERVENTI

Il contesto in cui si è sviluppato l'approccio diagnostico infermieristico è quello americano; in tempi relativamente più recenti il dibattito si è allargato al contesto europeo e negli ultimi decenni anche nel contesto italiano.

Ripercorrendo le tappe storiche che hanno portato all'attuale formulazione delle Diagnosi Infermieristiche, si deve sottolineare che Kristine Gebbie e Mary Ann Lavin nel 1973 organizzano a S. Louis la I^a Conferenza Nazionale per la classificazione delle diagnosi infermieristiche, ma solo diversi anni dopo, ovvero nel 1978, il gruppo di lavoro sulla classificazione delle diagnosi infermieristiche si formalizzò con il nome di Associazione Nord Americana per le Diagnosi Infermieristiche (NANDA).

Nel 1987 l'ANA riconosce ufficialmente NANDA come organizzazione deputata allo sviluppo di un sistema di classificazione delle diagnosi infermieristiche.

La definizione delle Diagnosi Infermieristiche (D.I.) ha subito evoluzioni nel tempo:

* una funzione infermieristica indipendente, una valutazione delle risposte personali del cliente alle sue esperienze umane attraverso il ciclo dell'esistenza, siano esse crisi di sviluppo o accidentali, malattie, avversità o altri stress (Bircher, 1975);

* problemi di salute attuali o potenziali che gli infermieri, in virtù della loro preparazione ed esperienza, sono capaci di trattare ed abilitati a farlo (Gordon, 1982);

* un giudizio clinico riguardante una persona, una famiglia o una comunità al quale si giunge mediante un processo deliberato e sistematico di raccolta e analisi di dati. Esso costituisce la base per la prescrizione di trattamenti risolutivi di cui è responsabile l'infermiere (Shoemaker, 1984);

* un'affermazione che descrive una risposta umana (stato di salute o modello di interazione con alterazioni in atto/potenziali) di una persona o di un gruppo, che l'infermiere è abilitato a riconoscere e per la quale può prescrivere interventi risolutivi che mirano a mantenere lo

stato di salute o a ridurre, eliminare o prevenire le alterazioni (Carpenito,1988).

Ma la definizione più accreditata si deve a NANDA stessa (1990):
“*La diagnosi infermieristica è un giudizio clinico riguardante le risposte della persona, della famiglia o della comunità a problemi di salute/processi vitali attuali o potenziali. La diagnosi infermieristica costituisce la base sulla quale scegliere gli interventi infermieristici volti a raggiungere dei risultati di cui l’infermiere è responsabile*”.

Lo scopo di tale giudizio clinico è identificare/descrivere i problemi del cliente e sintetizzare le informazioni raccolte durante l’acertamento diagnostico, punto di partenza del processo diagnostico.

Il *processo infermieristico* è strutturato in due momenti fondamentali: il *processo diagnostico* e la *pianificazione*. Il processo diagnostico ha la principale finalità di orientare l’infermiere nella sistematizzazione delle informazioni raccolte e nell’identificazione dei bisogni di assistenza infermieristica.

La *pianificazione* orienta l’infermiere nella scelta delle *prestazioni infermieristiche*, in un percorso che abbia come finalità il recupero della risposta autonoma ai propri bisogni da parte della persona.

Il processo diagnostico e la pianificazione sono costantemente sottoposti a procedure di *verifica* e di *valutazione*, che pertanto non rappresentano singole o particolari fasi, bensì una *dimensione continua e trasversale del processo infermieristico*.

Si tratta di un metodo di natura cognitiva, dinamico e ciclico, centrato sui problemi di salute, le risorse e le risposte della persona assistita, pianificato e diretto al conseguimento di risultati, flessibile, applicabile universalmente.

Esso si compone di 6 fasi :

1. accertamento infermieristico;
2. ragionamento diagnostico e diagnosi infermieristiche - **NANDA**;
3. pianificazione degli obiettivi/risultati infermieristici - **NOC**;
4. selezione degli interventi infermieristici - **NIC**;
5. gestione / erogazione delle prestazioni assistenziali;
6. verifica e valutazione.

Obiettivo finale della Nursing Interventions Classification (NIC) e della Nursing Outcomes Classification (NOC) è standardizzare il titolo e la definizione degli interventi e dei risultati infermieristici, al fine di facilitare la comunicazione tra contesti diversi e favorire la ricerca e il confronto in seno alla comunità professionale. Riunire i tre sistemi di classificazione NANDA, NOC e NIC in un'unica tassonomia è l'obiettivo che attualmente si propongono sia NANDA che l'Università dello Iowa.

In pratica l'infermiere si avvale di queste classificazioni nel quotidiano individuando, in relazione alla diagnosi infermieristica, uno o più risultati NOC tra quelli indicati, pianificando poi il relativo percorso assistenziale. Tale scelta va discussa con la persona assistita: l'infermiere funge da guida per l'assistito nel decidere insieme un risultato che sia appropriato, raggiungibile, realistico, misurabile e applicabile nei tempi previsti per quella specifica persona o famiglia.

Per ciascun NOC sono possibili più interventi infermieristici (NIC), in relazione alle condizioni dell'assistito e alle modalità organizzative dell'unità operativa, riportandole sul piano di assistenza: anche questi saranno parte del percorso assistenziale.

NANDA ha individuato cinque tipi di diagnosi:

- *reali o attuali* - rappresentano una condizione convalidata clinicamente da caratteristiche definenti (manifestazioni, segni e sintomi);
- *di rischio* – definisce che una persona/una famiglia/una comunità è più vulnerabile nei confronti di un certo problema rispetto ad altri
- *possibili* - descrivono un problema che si sospetta per il cui accertamento occorrono ulteriori dati;
- *di benessere* – indica la condizione favorevole per una persona/famiglia/comunità alla transizione ad un livello di benessere superiore;
- *a sindrome* - includono un insieme di segni e sintomi o un insieme di D.I. reali o di rischio che originano da un comune evento o situazione.

Componenti della diagnosi infermieristica

TITOLO: riassume definizione e caratteristiche definenti.

DEFINIZIONE: esprime in modo chiaro e preciso il significato della dia-

gnosi per differenziarla da quelle che le somigliano.

CARATTERISTICHE DEFINENTI: si riferiscono ad indicatori clinici, cioè segni e sintomi oggettivi e soggettivi che insieme orientano a una certa D.I.

FATTORI DI RISCHIO (solo per le D.I. a rischio): rappresentano le situazioni che accentuano la vulnerabilità della persona o del gruppo.

FATTORI CORRELATI: fattori eziologici o contribuenti che determinano quel particolare cambiamento dello stato di salute.

Tassonomia delle diagnosi infermieristiche

La professione infermieristica richiede solide basi scientifiche, di conseguenza un sistema di classificazione che offra una struttura alla pratica clinica:

“Lo scopo di una tassonomia è di fornire un vocabolario per la classificazione dei fenomeni in una disciplina e svolgere un ruolo nella derivazione dei concetti” (NANDA, 1999).

Ciò significa che il sistema di classificazione per le D.I. comprende una conoscenza della pratica infermieristica, dei modelli teorici e delle caratteristiche delle tassonomie.

Alla prima conferenza nazionale le D.I. furono elencate in ordine alfabetico. La *Tassonomia* NANDA II approvata nel 2002 ha cambiato il formato della tassonomia. Essa utilizza un formato multi assiale, che aiuta ad aggiungere nuove diagnosi o a modificare quelle esistenti. Oltre a cambiare il formato, la *Tassonomia* II ha una struttura con codici che può essere usata in un sistema di database informatizzati.

La D.I. non deve indicare:

- * diagnosi mediche (es. diabete);
- * stati patologici (es. ipertermia);
- * trattamenti o strumenti (es. sondino nasogastrico);
- * indagini diagnostiche (es. cateterismo cardiaco);
- * situazioni (es. gravidanza);
- * bisogni (es. bisogno di esprimere le paure);
- * obiettivi (es. provvederà da solo a...).

Il principale vantaggio derivante dall'adozione delle D.I. è l'ac-

quisizione di un linguaggio disciplinare comune, da cui deriva:

1. una migliore descrizione del campo di attività di cui l'infermiere ha una responsabilità esclusiva;
2. una più accurata descrizione della quantità e qualità delle attività infermieristiche, sia a scopo gestionale che organizzativo (peso dell'assistenza infermieristica);
3. una comunicazione univoca e agevole all'interno del mondo infermieristico e tra gli infermieri e gli altri professionisti dell'ambito sanitario. La comunicazione tra infermieri avviene in primo luogo in forma scritta (protocolli, percorsi assistenziali, cartelle infermieristiche e altri documenti professionali);
4. una formazione professionale orientata alla dimensione autonoma dell'attività infermieristica, senza dimenticare gli aspetti collaborativi;
5. la possibilità di elaborare statistiche e implementare ricerche mirate, grazie anche alla possibilità di informatizzazione delle D.I..

Correlazione tra Diagnosi Infermieristiche e fabbisogno infermieristico.

L'adozione delle diagnosi infermieristiche porta in sé una caratterizzazione dell'esercizio professionale che apre molte possibilità alla ricerca applicata. In questi anni un tema allo studio delle direzioni infermieristiche è la revisione dei sistemi di gestione delle risorse umane disponibili, mirando a una riduzione delle risorse e alla individuazione di nuovi sistemi di finanziamento dei servizi sanitari.

Descrivere attraverso le D.I. le attività infermieristiche permette di definire meglio la correlazione tra bisogni assistenziali, interventi erogati e risultati ottenuti. Ci si avvicina così ad un utilizzo dei sistemi di classificazione infermieristici finalizzato alla determinazione dei bisogni di personale e alla verifica dei costi dell'assistenza.

SCHEDA DI DIMISSIONE OSPEDALIERA E DRG (INDICATORI DI EFFICIENZA)

I Diagnosis Related Groups (DRG) sono un sistema di classificazione dei pazienti dimessi dagli ospedali (per acuti), sviluppato nel corso degli anni Sessanta e Settanta da Fetter (Yale University), utilizzato negli Stati Uniti dal 1983 come base per il finanziamento prospettico degli ospedali. Si tratta di un sistema che trasforma un atto clinico complesso (quale attività diagnostico-strumentale - terapeutica per i degenti) in un numero, ossia in un valore economico. Con l'applicazione di tale sistema viene introdotto nel Sistema Sanitario Nazionale una nuova modalità di finanziamento delle attività ospedaliere, basato sulla remunerazione delle prestazioni mediante tariffe predeterminate.

La classificazione per DRG si basa sulle informazioni contenute nella scheda di dimissione ospedaliera (SDO). Da ciò, l'importanza di una corretta compilazione della SDO per evitare errori e danni economici per gli ospedali. Dai codici riportati sulla SDO si arriva ad un dato DRG: ad ogni paziente può essere attribuito un unico DRG, anche se il paziente è stato etichettato con diagnosi multiple, di diversa complessità. Tale sistema si fonda sulla classificazione delle malattie, associate ad un numero progressivo che va da 0 a 492 e raggruppate in macrocategorie omogenee di diagnosi.

Il raggruppamento in macrocategorie viene effettuato sulla base del consumo di risorse (meglio di isorisorse), della durata della degenza e del profilo clinico delle singole malattie. Il sistema isorisorse cerca di descrivere la complessità dell'assistenza erogata o dell'assistenza teoricamente necessaria. Il DRG è un sistema di valutazione delle risorse impiegate ed un sistema per quantificare il pagamento (USA): in Italia lo si è introdotto, non per il controllo di qualità, bensì per quantificare l'entità dei finanziamenti ospedalieri, sulla base del case-mix.

L'attribuzione dei DRG dipende inoltre da:

- * età del paziente (> 0 < 17 anni; > 0 < 65 anni...);
- * patologie secondarie (con o senza CC). Per complicanza (= condizione secondaria che insorge durante l'ospedalizzazione) e comorbilità (condizione che coesiste al momento del ricovero del paziente con la diagnosi principale) si intendono quelle condizioni

associate alla diagnosi principale, che provocano un allungamento della durata della degenza di almeno 1 giorno in almeno il 75% dei pazienti;

* stato alla dimissione: vivo, deceduto, dimesso contro il parere dei sanitari, trasferito ad altro servizio.

Il ruolo dell'infermiere.

Per una corretta applicazione dei DRG è indispensabile una corretta compilazione della scheda di dimissione ospedaliera. Perché questa sia compilata in modo esatto occorrono i seguenti elementi:

1. Diagnosi corretta non solo clinicamente, ma anche economicamente. La diagnosi principale riguarda quella patologia che ha indotto il maggior consumo di risorse. La sua definizione è a cura del medico.

2. Elencazione corretta di tutti gli interventi (diagnostici e terapeutici) avvenuti nel corso della degenza. E' questa un'attività integrata, in parte di pertinenza medica ed in parte di pertinenza dei professionisti sanitari.

Se al medico compete la compilazione della SDO, al personale infermieristico compete la corretta raccolta delle informazioni relative al materiale di consumo ed alle indagini effettuate per quel certo paziente. Compito delicato, dal quale dipenderà la corretta quantificazione di spesa dell'unità operativa, il successivo budget, i carichi di lavoro, le risorse in termini di personale (numero, categorie).

RISCHIO CLINICO E RISORSE UMANE

Il sistema sanitario è un sistema complesso per diverse variabili (specificità dei singoli pazienti, complessità degli interventi, modelli gestionali diversi, etc.) al pari di altri sistemi. Ma in sanità i concetti di rischio, di errore, di danno e di responsabilità professionale, al pari dei concetti ad essi opposti (controlli e procedure di miglioramento della qualità), non possono essere di esclusivo interesse e competenza dei clinici, ma anche dei dirigenti sanitari, amministrativi e tecnici che, a diverso livello di responsabilità, orientano le scelte decisionali inerenti i programmi, le funzioni, i modelli organizzativi e le attività delle strutture, delle aree e dei relativi servizi.

Da sempre i medici hanno prestato attenzione soprattutto agli errori imputabili ad imperizia, imprudenza, negligenza; in realtà, la complessità organizzativa delle istituzioni sanitarie ed il volume delle prestazioni erogate rendono la pratica assistenziale un'attività esposta ad un gran numero di errori, spesso attribuibili solo in parte a carenza di conoscenze o competenze professionali degli operatori.

Gli incidenti, inoltre, non sempre sono causati da un unico errore, umano o tecnologico; più spesso essi sono il frutto di una concatenazione di deficienze ed eventi e l'operatore responsabile dell'errore finale non è altro che l'ultimo casuale anello di questa catena.

Per spiegare questa concezione dell'errore si fa di solito riferimento al cosiddetto modello dello *swiss-cheese* (fig.1).

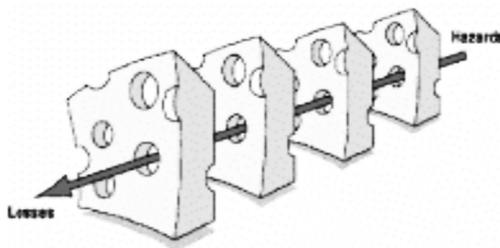


Fig.1 modello dello *swiss-cheese*

Tale modello descrive le organizzazioni come una serie di fette di formaggio svizzero che scivolano l'una sull'altra mediante continui moti browniani. I buchi rappresentano falle nelle barriere di sicurezza. Lo

spostamento delle fette può determinare il casuale allineamento dei buchi. Quando tutti i buchi si allineano, la traiettoria delle opportunità dell'errore si realizza in uno degli eventi negativi.

Molti errori in sanità possono essere evitati, assicurando una maggiore sicurezza al paziente e agli stessi operatori. Dalla letteratura risulta che gli infermieri italiani ne sono consapevoli e si sono attivati per ridurre sensibilmente il rischio di errori nella pratica clinica.

Il Collegio IPASVI di Roma, promotore dell'evento, ha presentato la ricerca internazionale sui near misses condotta in collaborazione con l'Università di Toronto e nove Aziende ospedaliere dell'area romana. Lo studio²² ha impegnato per tre anni e mezzo 230 tra infermieri e coordinatori. Le principali cause di errore rilevate sono riferibili a: stanchezza, doppi turni di lavoro, diminuzione del personale, aumento dei carichi di lavoro, turn over del personale, comunicazioni errate od omesse, interferenze ambientali, deficit strumentali e organizzativi. In effetti, la frequenza con cui si verificano gli errori appare direttamente collegata alla carenza di personale infermieristico, che nel Lazio (dove mancano almeno 4 mila infermieri negli organici di Aziende sanitarie e ospedaliere) è particolarmente drammatica. Di conseguenza, i doppi e tripli turni a cui il personale in servizio è costretto a sottoporsi per sopperire ai vuoti di organico accresce la stanchezza e aumenta il rischio di errore.

Carichi di lavoro eccessivi

Una discrepanza tra il carico di lavoro richiesto agli infermieri e quello che possono ragionevolmente realizzare, minaccia la loro salute e mette in pericolo i pazienti. Pressioni sugli orari, esigenze contraddittorie, interruzioni, carenze di competenze e conoscenza, risorse insufficienti o non disponibili, sono altrettanti fattori che aggravano maggiormente carichi di lavoro elevati. Una ricerca di O'Brien-Pallas, Thomson, Alksnis, e Bruce (2001) indica che gravi carichi di lavoro aumentano lo stress lavorativo (definito come una combinazione di elevata domanda di lavoro e scarso potere decisionale) e suggerisce che un aumento di

²² Collegio IPASVI di Roma, Il contributo infermieristico alla sicurezza del paziente in ospedale: uno studio qualitativo multicentrico sui near misses (danni evitati), 2005

produttività nel breve periodo porta ad un aumento di costi sanitari nel lungo periodo. Lo studio rileva una forte correlazione tra le ore di straordinario lavorate e il tempo di malattia.

Tuttavia gli approcci empirici che incorporano un quadro teorico e i numerosi fattori che influenzano il carico di lavoro infermieristico sono ancora ad uno stadio limitato di sviluppo. E' necessario intensificare gli sforzi per creare sistemi migliori che permettano ai responsabili delle risorse umane di prendere le migliori decisioni in materia di dotazione del personale.

Alle istituzioni, agli infermieri e alle loro organizzazioni i pazienti chiedono infatti maggiore sicurezza e migliore qualità dell'assistenza. Ciò significa che gli infermieri devono sentirsi impegnati a raccogliere tutti i dati possibili relativi all'impatto della forza lavoro sanitaria sugli esiti clinici, a divulgare i risultati di questi studi e a dimostrare sulla base di evidenze scientifiche quanto sia importante poter contare su un numero adeguato di infermieri qualificati.

Anche la ricerca infermieristica può e deve essere, quindi, il terreno su cui costruire larghe alleanze per influire sulle decisioni politiche, anche in relazione al fatto che lo spessore del lavoro assistenziale rischia di essere appiattito da modelli formativi e gestionali rigidi, semplicistici. Questi, seppur capaci di offrire risposte immediate e pragmatiche a bisogni congiunturali, nel lungo periodo si possono rivelare inutili e dannosi, se impediscono di pensare a fondo il nodo della soggettività umana, dei bisogni di cura ed il loro intreccio con la produzione di servizi alle persone.

Un pragmatismo spinto rischia talora di produrre e legittimare, in una sorta di ideologia dell'emergenza, teorie che non facilitano la soluzione dei problemi pertinenti il lavoro terapeutico/assistenziale, ma contribuiscono ad allontanarne/alienarne i termini dall'orizzonte della coscienza individuale e collettiva.

La congruenza dei modelli di riferimento, in ambito formativo e gestionale, è indubbiamente pre-requisito di un percorso che miri alla qualità nei servizi sanitari. E' necessaria la consapevolezza che nell'ospedale, accanto alle variabili hard (requisiti strutturali, risorse economiche, tecnologie, norme giuridiche), agiscono necessariamente e contestualmente anche le variabili soft (culture, atteggiamenti, stili di

comunicazione, conflitti, condizioni fisiche e psichiche), che i diversi attori sociali implicati immettono nel campo operatorio del curare, e che sono responsabili di della plasticità del sistema stesso, della sua razionalità ed efficacia.

La soggettività degli operatori che animano le strutture sanitarie, in mancanza di un modello esplicativo che ne consenta una lettura, una definizione adeguata, rischia di essere elusa nell'ambito di una razionalizzazione semplicistica della realtà lavorativa, definita sulla base delle semplici variabili hard della struttura, più facilmente visibili e misurabili.

Una strategia di cambiamento deve prevedere necessariamente lo sviluppo di un'organizzazione del lavoro che si costituisca anche come spazio/tempo legittimato all'espressione della scena interna della struttura stessa, della fenomenologia soft, della soggettività degli attori sociali coinvolti.

PROGETTO A.M.B.R.A.

***A**nalisi, **M**odelli, **B**isogni
delle **R**isorse **A**ssistenziali*

INTRODUZIONE

Nell'ambito dell'organizzazione dei servizi sanitari, la professione infermieristica ricopre un ruolo di rilievo, sia per ciò che riguarda il rapporto con il paziente e il restante personale sanitario, sia per quanto attiene l'assetto organizzativo delle strutture in cui opera.

Fino a qualche anno fa il fulcro della discussione era costituito dal numero di infermieri; oggi è imprescindibile tener conto di altre variabili che influenzano la necessità di cure sicure, tra cui: il contesto in cui si eroga l'assistenza, la complessità della situazione clinica dei pazienti, il livello di competenza relativamente alle nuove tecnologie e il grado di intensità assistenziale.

Nel documento *Insufficienza Globale di Personale Infermieristico: Aree Prioritarie di Intervento* del 2005, il Consiglio Internazionale degli Infermieri osserva che diversi paesi, inclusi gli Stati Uniti e l'Australia, si sono imposti un coefficiente minimo obbligatorio relativo al rapporto tra pazienti e infermieri come una delle diverse strategie volte a migliorare le condizioni di lavoro e favorire il ritorno degli infermieri all'esercizio della professione, così come il promuovere livelli di dotazione del personale che garantiscano cure di qualità per i pazienti. Nel nostro paese, per stabilire le unità da assegnare alle diverse strutture sanitarie sono stati emanati numerosi provvedimenti che, per motivi diversi, difficilmente hanno trovato applicazione²³. Successivamente, le norme non hanno più definito standard.

Il dato più significativo di evoluzione normativa del sistema di gestione del personale è dato dal passaggio dal concetto di pianta organica a quello di definizione di fabbisogno di personale disposto dal D. Lgs n. 29/93, più volte modificato ed integrato, che disciplina l'attività dei dipendenti pubblici. Abbandonato il concetto di pianta organica predefinita, la legislazione fissa l'obbligo di definire il fabbisogno di personale attraverso la rilevazione del carico di lavoro. Nella realtà quello che a tutt'oggi prevale è la necessità di contenere i costi; per questo, invece che la rilevazione dei carichi di lavoro, sono utilizzati indicatori ricavati da percorsi di negoziazione basati sulle vecchie norme.

²³ DPR 128/1969
Delibera CIPE 20.12. 1984
Decreto Ministeriale 13/9/1988

Nella Regione Puglia il Regolamento²⁴ non definisce un coefficiente minimo obbligatorio, ma indica i parametri di riferimento di cui tenere conto:

“La Direzione definisce il fabbisogno di personale, in rapporto al volume e alla tipologia delle attività ed in rapporto alla organizzazione dei singoli presidi, in maniera tale da garantire il corretto svolgimento delle attività, secondo i criteri specificati.

In particolare il fabbisogno di personale deve essere garantito:

** in termini numerici (equivalente a tempo pieno) per ciascuna professione o qualifica professionale;*

** per posizione funzionale;*

** per qualifica.”*

Lo scopo di questo lavoro è quello di proporre una metodologia che possa fornire ai vari attori coinvolti nel sistema, sia a livello aziendale che regionale, un riferimento che, seppur non vincolante, possa orientare la programmazione e la pianificazione, facilitare il confronto e la comparazione tra le diverse aziende sanitarie regionali, al fine di quantificare e qualificare la perenne carenza degli infermieri.

Sono stati presi in esame i dati demografici e clinici della popolazione assistita, nonché alcune variabili organizzative e strutturali che caratterizzano ciascuna realtà operativa dell’Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari. In virtù di questi elementi, il Collegio IPA-SVI di Bari ha costituito un gruppo di lavoro, composto da operatori sanitari dell’Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Consorziiale di Bari con un mandato chiaro: progettare un modello possibile per determinare il fabbisogno di risorse umane per l’assistenza infermieristica in una Azienda complessa e specialistica.

²⁴ Regolamento Regionale del 13 gennaio 2005, n.3 - Requisiti per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie, nella sezione A.01.03 GESTIONE RISORSE UMANE

PRESENTAZIONE DELL'AZIENDA

L'Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico di Bari è un ente pubblico dotato di autonomia organizzativa e gestionale dal 1° maggio 1996, operante nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale e Nazionale.

L'Azienda è attualmente costituita da due stabilimenti:

* *Policlinico*: si estende su un'area di circa 230 mila metri quadri ed è suddiviso in 32 padiglioni, al cui interno si trovano ubicate le Unità Operative ospedaliere e universitarie.

* *Ospedale Pediatrico Giovanni XXIII*: si estende su un'area di circa 50.000 metri quadri ed è composto di una struttura unica, al cui interno si trovano ubicate le Unità Operative ospedaliere.

Nel 2005 è stato inaugurato il Nuovo Complesso Chirurgico della Emergenza Asclepios, destinato ad assumere un ruolo strategico non solo all'interno della Azienda, ma anche di tutto il sistema regionale della emergenza-urgenza.

L'Azienda dispone complessivamente di n. 1.550 posti letto e si articola in n. 125 unità organizzative complesse, suddivise come segue per macrostruttura:

Presidio Policlinico					
Tipologia di unità	Tipologia di servizio	Numero Unità operative	Posti letto ordinari	Posti letto day hospital	Totale
Totale Azienda		105	1212	166	1378
Unità Ospedaliere	Degenza medica	7	127	14	141
	Degenza chirurgica	4	69	7	76
	Servizi intermedi	12	-	-	-
	Servizi generali	15	-	-	-
Unità Universitarie	Degenza medica	25	476	61	537
	Degenza chirurgica	27	540	84	624
	Servizi intermedi	15	-	-	-
Presidio Giovanni XXIII					
Tipologia di unità	Tipologia di servizio	Numero Unità operative	Posti letto ordinari	Posti letto day hospital	Totale
Totale Azienda		20	152	20	172
Unità Ospedaliere	Degenza medica	8	109	16	125
	Degenza chirurgica	5	43	4	47
	Servizi intermedi	5	-	-	-
	Servizi generali	2	-	-	-

MATERIALI E METODI

Per dare risposta agli obiettivi citati, il gruppo di lavoro ha effettuato una approfondita ricerca bibliografica, per verificare se e con quali criteri è stato affrontato nelle diverse regioni italiane tale quesito. La ricerca è stata condotta consultando testi specialistici cartacei e digitali.

Un criterio ricorrente nei metodi analizzati è la rilevazione/determinazione del *tempo*. Necessario alla messa in atto delle diverse attività assistenziali, questo criterio, se da un lato è un parametro di utilizzo trasversale, dall'altro è un parametro critico perché non può pesare la complessità assistenziale di ogni persona presa in carico e non recepisce tutte le funzioni infermieristiche, quali:

- * interventi autonomi e collaborativi;
- * interventi educativi, formativi ed informativi;
- * interventi tecnici e/o di supervisione e verifica del proprio agire e di quello del personale di supporto.

Pertanto sono stati considerati per la strutturazione del progetto AMBRA le indicazioni derivanti da due fonti:

- linee di indirizzo sulla definizione del fabbisogno della risorsa infermieristica definite dalla Regione Umbria con delibera n.1972 del 15/12/2004;
- indicazioni derivate da uno studio californiano pubblicate sul Sole 24 Ore Sanità del 26/2/2008.

Regione Umbria

Linee di indirizzo sulla definizione del fabbisogno della risorsa infermieristica

I criteri presi in considerazione dal gruppo di lavoro umbro sono stati costruiti sulla definizione e verifica della complessità assistenziale di ogni persona (espressione reale della domanda d'assistenza) e sulla pianificazione delle tipologie d'intervento necessarie (espressione efficace ed efficiente della risposta assistenziale), per una migliore comprensione del lavoro si riportano in sintesi i concetti e i dati presi a riferimento:

Definizione di complessità assistenziale.

La complessità assistenziale è definita:

a) dalla stabilità/instabilità clinica che determina l'area collaborativa con il personale medico. Ad alta instabilità clinica corrisponde una discrezionalità decisoria dell'infermiere: a quest'ultimo è richiesta una elevata competenza tecnica ed un'alta capacità di integrazione con il professionista che prescrive l'effettuazione del processo diagnostico terapeutico;

b) dalla capacità dell'assistito di definire le proprie necessità e di scegliere i comportamenti a lui più idonei. Ad una bassa comprensione/scelta dell'assistito corrisponde una elevata e specifica competenza educativo/relazionale dell'infermiere che può giungere a sostituirsi completamente alla persona. L'intervento educativo e di sostituzione deve sempre essere agito dall'infermiere;

c) dalla possibilità dell'assistito di agire su se stesso autonomamente ed efficacemente. Ad una diminuita possibilità di azione autonoma dell'assistito corrisponde un'elevata discrezionalità decisoria dell'infermiere. Egli decide se effettuare direttamente gli interventi o se demandarli agli operatori di supporto. In quest'ultimo caso l'infermiere mantiene la responsabilità del piano assistenziale, la supervisione sull'andamento del processo di assistenza e la verifica di quanto effettuato da altri.

Sulla base di quanto descritto il gruppo regionale infermieristico ha ritenuto che gli assistiti possono essere inseriti in quattro livelli di complessità assistenziale:

- complessità assistenziale bassa;*
- complessità assistenziale media;*
- complessità assistenziale alta;*
- assistenza di tipo intensivo.*

Il metodo di analisi della complessità assistenziale consente di esprimere il bisogno globale di assistenza infermieristica dell'assistito e potrebbe consentire di:

** differenziare l'assistenza fornita concentrando l'attenzione degli infermieri sui pazienti che presentano una maggiore complessità assistenziale anche al fine di ottimizzare le risorse (uguaglianza versus equità);*

** orientare le cure infermieristiche sui pazienti che hanno bisogno*

di risposta/prestazioni sanitarie infermieristiche e attribuire al “personale di assistenza” le attività assistenziali non sanitarie;

- * individuare le competenze necessarie agli infermieri per assistere pazienti a più elevata complessità;
- * migliorare la documentazione infermieristica.

Ad ogni livello di complessità assistenziale corrispondono le:

- * Caratteristiche cliniche (stabilità/instabilità clinica).
- * Potenzialità degli Utenti.
- * Attività Infermieristiche e di supporto.

Complessità Assistenziale	Caratteristiche Cliniche	Potenzialità degli Utenti	Attività Infermieristiche e di supporto
Bassa intensità assistenziale (tutte le attività a ciclo diurno e breve)	Stabilità clinica	Capacità di gestione autonoma e efficace delle attività di vita quotidiana	(Cantarelli) Definizione e supervisione del piano assistenziale delle attività attribuibili al personale supporto
Media intensità assistenziale (Degenza ordinaria medicina, chirurgia , ortopedia) (Assistenza Domiciliare Integrata) (Salute mentale)	Stabilità clinica	Ridotta capacità di gestione autonoma e efficace delle attività di vita quotidiana	(Parzialmente compensatoria) Intervento tecnico e/o di supervisione e verifica del proprio agire e di quello del personale di Supporto. Definizione e supervisione del piano assistenziale, intervento tecnico, addestramento familiari
Alta intensità assistenziale (Chirurgie specialistiche, cardiologie)	Instabilità clinica	Assente capacità di gestione autonoma efficace delle attività vita quotidiana	Totalmente compensatoria Intervento tecnico e/o di supervisione e verifica del proprio agire e di quello del personale di supporto
Intensiva (Rianimazione)	Instabilità clinica	Assente capacità di gestione autonoma	Totalmente compensatoria Intervento tecnico e/o di supervisione e verifica del proprio agire e di quello del personale di supporto Alta capacità di integrazione professionale

In base alla complessità assistenziale, alle caratteristiche cliniche, alla potenzialità degli utenti e alle attività infermieristiche sono stati definiti degli standard minimi di presenza del personale infermieristico per paziente.

Lo standard organizzativo minimo fa riferimento ad una dotazione di personale per paziente che garantisce livelli assistenziali di sicurezza, poiché da la possibilità di mettere in atto per lo più la prescrizione medica.

L'indice standard indica la presenza minima di infermieri per paziente, che garantisce la risoluzione di problemi collaborativi e non derivanti da un'assistenza infermieristica autonoma.

DEGENZA	PRESENZA MINIMA	
Livelli complessità assistenziale	Standard infermieri	Standard Personale di Supporto
Assistenza bassa	0,19	0,16
Assistenza media	0,28	0,18
Assistenza alta	0,40	0,21
Assistenza intensiva	1,69	-

Oltre ad uno standard minimo, è stato anche definito uno standard organizzativo consigliato, che permette di attivare tutte le funzioni infermieristiche.

DEGENZA	PRESENZA CONSIGLIATA	
	Standard infermieri	Standard Personale di Supporto
Assistenza bassa	0,23	0,18
Assistenza media	0,35	0,21
Assistenza alta	0,53	0,21
Assistenza intensiva	2,06	-

California

Calcolo rapporto infermieri/pazienti

Nel 2004 lo Stato della California, dopo la pubblicazione del rapporto *To Err is Human* che ha documentato come errori e inefficienze dell'assistenza sanitaria siano la causa diretta del decesso negli ospedali Usa di 100.000 pazienti all'anno, ha avviato il dibattito sul *nurse-to-patient ratio ottimale*, ovvero su quale debba essere il numero di pazienti per ciascun infermiere presente nelle degenze ospedaliere necessario per minimizzare il rischio che una situazione di *understaffing* sia causa diretta di mortalità e di eventi avversi.

Sono stati definiti standard minimi di sicurezza nurse-to-patient verso il rischio clinico.

Standard minimi di sicurezza nurse-to-patient

terapia intensiva 1:2	terapia sub intensiva 1:4
medicina e chirurgia 1:5	degenza specialistica 1:4
antepartum 1:4	sala travaglio e parto 1:2
postpartum coppia 1:4	postpartum solo donne 1:6
sala trauma in ps 1:1	terapia intensiva in ps 1:2
pediatria 1:4	psichiatria 1:6
pronto soccorso 1:4	

Per la determinazione del fabbisogno infermieristico sono state proposte due formule matematiche:

espressione 1 $I/P = 1 / ((NI / (1 + A)) \times (1 / (TO \times PL \times T)))$

espressione 2 $NI = (I/P \times TO \times PL \times T) \times (1 + A)$

Legenda:

NI = numero di Infermieri

I / P = Standard minimo di presenza infermieristica

T = numero di turni nelle 24 ore

TO = tasso medio di occupazione della degenza

PL = numero di posti letto di degenza

A = percentuale media di assenza

Dopo un confronto tra le due formule abbiamo deciso di utilizzare per il nostro lavoro l'espressione 2 della formula matematica, inserendo come valore soglia di presenza infermieristica gli standard minimi e consigliati indicati dalla Regione Umbria. L'espressione 2 include quindi sia un valore indicativo di risorsa infermieristica in riferimento alla complessità assistenziale, sia indicatori di efficienza della Unità Operativa di riferimento.

Il tasso di assenteismo considerato è anch'esso un valore minimo, pari al 11%, desunto dai dati trasmessi dalla Ragioneria Generale dello Stato (anno 2006) in riferimento alle giornate medie di assenza, che includono le assenze per malattie ed altre assenze retribuite, assenze retribuite per maternità, congedo parenterale e malattie figlio, legge 104/92, assenze non retribuite e scioperi.

Tutti i valori indicati (tasso medio di occupazione e numero infermieri presenti) sono riferiti ai dati dell'anno 2007. In tabella sono state riportate esclusivamente le unità operative di degenza dell'Azienda Ospedaliero Policlinico di Bari, in quanto l'intento è rivolto alla ricerca di una metodologia che possa ex-ante individuare un numero minimo sufficiente di fabbisogno infermieristico al quale legare modelli di verifica e revisione.

La tabella A riporta il calcolo con i valori minimi, la tabella B riporta i valori consigliati dei rapporti indicati dalla Regione Umbria. Non sono stati presi in considerazione i rapporti infermiere-paziente indicati dal lavoro americano, perché distanti dalla cultura sia organizzativa che professionale dell'assistenza erogati nella nostra nazione.

CALCOLO FABBISOGNO INFERMIERI – STANDARD MINIMI REGIONE UMBRIA – TABELLA A

UNITA' OPERATIVE SEDE POLICLINICO	Tasso medio di Occupazione	Posti Letto	Turno servizio	Tasso Assenteismo Medio	Rapporto REGIONE UMBRIA	Numero Infermieri Standard Presenza minima	Infermieri presenti Turno continuo	Infermieri Presenti Turni diurni
Cardiologia Ospedaliera	0,74	22	3	0,11	0,4	22	25	7
Cardiologia Ospedaliera	0,87	18	3	0,11	0,4	21	25	9
Terapia Intensiva (Cardiologia Ospedaliera)	1,03	8	3	0,11	1,69	46		
Cardiologia Universitaria	0,88	12	3	0,11	0,4	14	13	15
Terapia Intensiva (Cardiologia Universitaria)	0,90	8	3	0,11	1,69	41		
Chirurgia Generale Ospedaliera "N. Balestrazzi"	0,58	18	3	0,11	0,28	10	10	2
Chirurgia Generale Ospedaliera "Rodolfo Redi"	0,50	13	3	0,11	0,28	6	4	4
Chirurgia Generale Universitaria "A. De Biasi"	1,34	25	3	0,11	0,28	31	12	4
Chirurgia Generale Universitaria "C. Righetti"	1,28	12	3	0,11	0,28	14	11	1
Chirurgia Generale Universitaria "F. Paccione" (Trapianti)	0,84	27	3	0,11	0,4	30	15	8
Chirurgia Generale Universitaria "G. Marinaccio"	0,65	14	3	0,11	0,28	8	10	1
Chirurgia Generale Universitaria "V. Bonomo"	1,22	18	3	0,11	0,28	20	13	2
Chirurgia Generale Universitaria "V. Oliva"	0,68	15	3	0,11	0,28	9	16	2
Chirurgia Pediatrica	0,30	14	3	0,11	0,4	5	7	7
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva Ospedaliera	0,65	18	3	0,11	0,4	17	9	2
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva Universitaria	0,57	18	3	0,11	0,4	13	23	3
Chirurgia Toracica	1,08	17	3	0,11	0,4	24	8	8
Chirurgia Vascolare	0,97	18	3	0,11	0,4	23	10	2
Ematologia I e II (Trapianti)	1,42	15	3	0,11	0,4	28	15	9
Endocrinologia	0,89	17	3	0,11	0,28	14	7	6
Gastroenterologia Ospedaliera	1,17	18	3	0,11	0,28	20	9	4

CALCOLO FABBISOGNO INFERMIERI – STANDARD MINIMI REGIONE UMBRIA – TABELLA A

UNITA' OPERATIVE SEDE POLICLINICO	Tasso medio di Occupazione	Posti Letto	Turno servizio	Tasso Assenteismo Medio	Rapporto REGIONE UMBRIA	Numero Infermieri Standard Presenza minima	Infermieri Presenti Turno continuo	Infermieri Presenti Turni diurni
Gastroenterologia Universitaria	1,06	18	3	0,11	0,28	18	7	5
Ginecologia e Ostetricia I e IV	1,20	48	3	0,11	0,28	54	15	6
Ginecologia e Ostetricia II	0,76	40	3	0,11	0,28	29	13	4
Ginecologia e Ostetricia III	0,67	18	3	0,11	0,28	11	7	7
Malattie Apparato Respiratorio Ospedaliera	0,94	19	3	0,11	0,28	17	9	2
Malattie Apparato Respiratorio Universitaria	1,05	20	3	0,11	0,28	19	10	1
Malattie Infettive	1,01	22	3	0,11	0,28	21	21	5
Medicina Fisica e Riabilitazione (Unità Spinale)	0,74	14	3	0,11	0,4	14	7	2
Medicina Interna Ospedaliera " L.Ferramini"	1,12	19	3	0,11	0,28	20	9	2
Medicina Interna Ospedaliera "N. Pende"	0,78	20	3	0,11	0,28	14	10	1
Medicina Interna Ospedaliera "A. Murri"	0,87	24	3	0,11	0,28	19	7	5
Medicina Interna Ospedaliera "C. Frugoni"	0,78	27	3	0,11	0,28	19	10	10
Medicina Interna Ospedaliera "G. Baccelli"	1,11	15	3	0,11	0,28	15	11	4
Medicina Interna Ospedaliera "M. Bufano	1,25	10	3	0,11	0,28	12	9	4
Nefrologia I (Dialisi)	0,82	13	3	0,11	0,4	14	11	12
Nefrologia II (Dialisi)	0,94	8	3	0,11	0,4	10	8	3
Neonatologia – Nido	0,51	34	3	0,11	0,28	16	5	19
Neonatologia – Intensiva e Patologia Neonatale	1,07	15	3	0,11	0,4	21	11	
Neurochirurgia	0,90	30	3	0,11	0,4	36	16	3
Neurologia Universitaria I	0,77	27	3	0,11	0,28	19	10	4
Neurologia "L. Amaducci "	0,84	31	3	0,11	0,28	24	14	7
Neurologia Ospedaliera	0,84	25	3	0,11	0,28	20	12	2
Odontoiatria	0,21	10	3	0,11	0,28	2	5	9
Oftalmologia I e II	0,71	48	3	0,11	0,28	32	16	16

CALCOLO FABBISOGNO INFERMIERI – STANDARD MINIMI REGIONE UMBRIA – TABELLA A

UNITA' OPERATIVE SEDE POLICLINICO	Tasso medio di Occupazione	Posti Letto	Turno servizio	Tasso Assenteismo Medio	Rapporto REGIONE UMBRIA	Numero Infermieri Standard Presenza minima	Infermieri Presenti Turno continuo	Infermieri Presenti Turni diurni
Ortopedia e Traumatologia I	0,66	31	3	0,11	0,28	19	11	5
Ortopedia e Traumatologia II	0,78	30	3	0,11	0,28	22	11	3
Ortopedia e Traumatologia III	0,68	16	3	0,11	0,28	10	9	3
Otorinolaringoiatria "G. LUGLI"	0,73	13	3	0,11	0,28	9	8	5
Otorinolaringoiatria II	0,69	16	3	0,11	0,28	10	7	6
Pediatria Gen. e Spec. "B. Trambusti"	1,18	10	3	0,11	0,4	15	7	3
Pediatria Gen. e Spec. "F. Vecchio"	0,95	14	3	0,11	0,4	18	15	6
Pediatria Gen. e Spec. "S. Maggiore"	0,68	18	3	0,11	0,4	16	21	4
Psichiatria "Giuseppe Tamburri "	1,25	14	3	0,11	0,28	16	5	1
Psichiatria "Luco Bini"	1,22	14	3	0,11	0,28	16	7	0
Reumatologia Universitaria	1,26	21	3	0,11	0,28	24	9	3
Urologia Ospedaliera	0,89	20	3	0,11	0,28	17	10	3
Urologia Universitaria I (Trapianti)	1,17	12	3	0,11	0,4	18	4	1
Urologia Universitaria II	1,41	9	3	0,11	0,28	12	12	4
Anestesia e Rianimazione I e II Universitaria	1,04	14	3	0,11	1,69	81	39	4
T O T A L E		1151				1201	670	280

CALCOLO FABBISOGNO INFERMIERI – STANDARD CONSIGLIATI REGIONE UMBRIA – TABELLA B

UNITA' OPERATIVE SEDE POLICLINICO	Tasso medio di Occupazione	Posti Letto	Turno servizio	Tasso Assenteismo Medio	Rapporto REGIONE UMBRIA (CONSIGLIATO)	Numero Infermieri	Infermieri presenti Turno continuo	Infermieri Presenti Turni diurni
Cardiologia	0,74	22	3	0,11	0,53	29	25	7
Cardiologia Ospedaliera	0,87	18	3	0,11	0,53	28	25	9
Terapia Intensiva (Cardiologia Ospedaliera)	1,03	8	3	0,11	2,06	57		
Cardiologia Universitaria	0,88	12	3	0,11	0,53	19	13	15
Terapia Intensiva (Cardiologia Universitaria)	0,90	8	3	0,11	2,06	49		
Chirurgia Generale Ospedaliera "N. Balestrazzi"	0,58	18	3	0,11	0,55	12	10	2
Chirurgia Generale Ospedaliera "Rodolfo Redi "	0,50	13	3	0,11	0,35	7	4	4
Chirurgia Generale Universitaria "A. De Biasi "	1,34	25	3	0,11	0,35	39	12	4
Chirurgia Generale Universitaria "C. Righetti "	1,28	12	3	0,11	0,35	18	11	1
Chirurgia Generale Universitaria "F. Paccione" (Trapianti)	0,84	27	3	0,11				
Chirurgia Generale Universitaria "G. Marinaccio "	0,65	14	3	0,11	0,55	11	10	1
Chirurgia Generale Universitaria "V. Bonomo "	1,22	18	3	0,11	0,35	25	13	2
Chirurgia Generale Universitaria "V. Oliva "	0,68	15	3	0,11	0,35	12	16	2
Chirurgia Pediatrica	0,30	14	3	0,11	0,53	7	7	7
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva Ospedaliera	0,65	18	3	0,11	0,53	22	9	2
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva Universitaria	0,57	18	3	0,11	0,53	18	23	3
Chirurgia Toracica	1,08	17	3	0,11	0,53	33	8	8
Chirurgia Vascolare	0,97	18	3	0,11	0,53	31	10	2
Ematologia I e II (Trapianti)	1,42	15	3	0,11	0,53	37	15	9
Endocrinologia	0,89	17	3	0,11	0,35	18	7	6
Gastroenterologia Ospedaliera	1,17	18	3	0,11	0,35	25	9	4

CALCOLO FABBISOGNO INFERMIERI – STANDARD CONSIGLIATI REGIONE UMBRIA – TABELLA B

UNITA' OPERATIVE SEDE POLICLINICO	Tasso medio di Occupazione	Posti Letto servizio	Turno servizio	Tasso Assenteismo Medio	Rapporto REGIONE UMBRIA (CONSIGLIATO)	Numero Infermieri	Infermieri presenti Turno continuo	Infermieri Presenti Turni diurni
Gastroenterologia Universitaria	1,06	18	3	0,11	0,35	22	7	5
Ginecologia e Ostetricia I e IV	1,20	48	3	0,11	0,35	67	15	6
Ginecologia e Ostetricia II	0,76	40	3	0,11	0,35	36	13	4
Ginecologia e Ostetricia III	0,67	18	3	0,11	0,35	14	7	7
Malattie Apparato Respiratorio Ospedaliera	0,94	19	3	0,11	0,35	21	9	2
Malattie Apparato Respiratorio Universitaria	1,05	20	3	0,11	0,35	24	10	1
Malattie Infettive	1,01	22	3	0,11	0,35	26	21	5
Medicina Fisica e Riabilitazione (Unità Spinale)	0,74	14	3	0,11	0,53	18	7	2
Medicina Interna Ospedaliera "L. Ferramini"	1,12	19	3	0,11	0,35	25	9	2
Medicina Interna Ospedaliera "N. Pende"	0,78	20	3	0,11	0,35	18	10	1
Medicina Interna Ospedaliera "A. Murri"	0,87	24	3	0,11	0,35	24	7	5
Medicina Interna Ospedaliera "C. Frugoni"	0,78	27	3	0,11	0,35	24	10	10
Medicina Interna Ospedaliera "G. Baccelli"	1,11	15	3	0,11	0,35	19	11	4
Medicina Interna Ospedaliera "M. Bufano	1,25	10	3	0,11	0,35	14	9	4
Nefrologia I (Dialisi)	0,82	13	3	0,11	0,53	18	11	12
Nefrologia II (Dialisi)	0,94	8	3	0,11	0,53	14	8	3
Neonatologia – Nido	0,51	34	3	0,11	0,35	20	5	19
Neonatologia – Intensiva e Patologia Neonatale	1,07	15	3	0,11	0,53	28	11	
Neurochirurgia	0,90	30	3	0,11	0,53	47	16	3
Neurologia Universitaria I	0,77	27	3	0,11	0,35	24	10	4
Neurologia "L. Amaducci "	0,84	31	3	0,11	0,35	31	14	7
Neurologia Ospedaliera	0,84	25	3	0,11	0,35	24	12	2
Odontoiatria	0,21	10	3	0,11	0,35	2	5	9
Oftalmologia I e II	0,71	48	3	0,11	0,35	40	16	16

CALCOLO FABBISOGNO INFERMIERI – STANDARD CONSIGLIATI REGIONE UMBRIA – TABELLA B

UNITA' OPERATIVE SEDE POLICLINICO	Tasso medio di Occupazione	Posti Letto	Turno servizio	Tasso Assenteismo Medio	Rapporto REGIONE UMBRIA (CONSIGLIATO)	Numero Infermieri	Infermieri presenti Turno continuo	Infermieri Presenti Turni diurni
Ortopedia e Traumatologia I	0,66	31	3	0,11	0,35	24	11	5
Ortopedia e Traumatologia II	0,78	30	3	0,11	0,35	27	11	3
Ortopedia e Traumatologia III	0,68	16	3	0,11	0,35	13	9	3
Otorinolaringoiatria "G. LUGLI"	0,73	13	3	0,11	0,35	11	8	5
Otorinolaringoiatria II	0,69	16	3	0,11	0,35	12	7	6
Pediatria Gen. e Spec. "B. Trambusti"	1,18	10	3	0,11	0,53	20	7	3
Pediatria Gen. e Spec. "F. Vecchio"	0,95	14	3	0,11	0,53	23	15	6
Pediatria Gen. e Spec. "S. Maggiore"	0,68	18	3	0,11	0,53	21	21	4
Psichiatria "Giuseppe Tamburri "	1,25	14	3	0,11	0,35	20	5	1
Psichiatria " Lucio Bini"	1,22	14	3	0,11	0,35	19	7	0
Reumatologia Universitaria	1,26	21	3	0,11	0,35	31	9	3
Urologia Ospedaliera	0,89	20	3	0,11	0,35	21	10	3
Urologia Universitaria I (Trapianti)	1,17	12	3	0,11	0,53	24	4	1
Urologia Universitaria II	1,41	9	3	0,11	0,35	15	12	4
Anestesia e Rianimazione I e II Universitaria	1,04	14	3	0,11	2,06	100	39	5
T O T A L E		1151				1523	670	280

SCOSTAMENTO DAI VALORI MINIMI
TABELLA A1
VALORE TOTALE

Numero Infermieri presenti Turno continuo (X)	Numero Infermieri Standard Presenza Minima (Y)	Infermieri Presenti Turni diurni (Z)
670	1201	280

SCOSTAMENTO TRA (X - Y) $\begin{array}{r} 670 - \\ \underline{1201} = \\ \mathbf{- 531} \end{array}$

SCOSTAMENTO TRA (X + Z) - Y $\begin{array}{r} (670 + 280) - \\ \underline{1201} = \\ \mathbf{- 251} \end{array}$

SCOSTAMENTO DAI VALORI CONSIGLIATI
TABELLA B1
VALORE TOTALE

Numero Infermieri presenti Turno continuo (X)	Numero Infermieri Standard Consigliati (Y)	Infermieri Presenti Turni diurni (Z)
670	1523	280

SCOSTAMENTO TRA (X - Y) $\begin{array}{r} 670 - \\ \underline{1523} = \\ \mathbf{- 853} \end{array}$

SCOSTAMENTO TRA (X + Z) - Y $\begin{array}{r} (670 + 280) - \\ \underline{1523} = \\ \mathbf{- 573} \end{array}$

TOTALE POSTI LETTO = 1151

Tab. C: Scostamento per Unità Operativa tra il numero degli infermieri calcolo standard consigliati (Tab. B) e il numero degli infermieri presenti in turno continuo.

UNITA' OPERATIVE SEDE POLICLINICO	SCOSTAMENTO PER UNITA' OPERATIVA
Cardiochirurgia	4
Cardiologia Ospedaliera	3
Cardiologia Universitaria	6
	2
Chirurgia Generale Ospedaliera "N. Balestrazzi"	4
Chirurgia Generale Ospedaliera "Rodolfo Redi "	27
Chirurgia Generale Universitaria "A. De Blasi"	7
Chirurgia Generale Universitaria "C. Righetti"	25
Chirurgia Generale Universitaria "F. Paccione"	1
Chirurgia Generale Universitaria "G. Marinaccio"	13
Chirurgia Generale Universitaria "V. Bonomo"	-4
Chirurgia Generale Universitaria "V. Oliva"	0
Chirurgia Pediatrica	13
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva Ospedaliera	-5
Chirurgia Plastica e Ricostruttiva Universitaria	25
Chirurgia Toracica	21
Chirurgia Vascolare	23
Ematologia I e II	11
Endocrinologia	16
Gastroenterologia Ospedaliera	15
Gastroenterologia Universitaria	52
Ginecologia e Ostetricia I e IV	23
Ginecologia e Ostetricia II	7
Ginecologia e Ostetricia III	12
Malattie Apparato Respiratorio Ospedaliera	15
Malattie Apparato Respiratorio Universitaria	5
Malattie Infettive	

UNITA' OPERATIVE SEDE POLICLINICO	SCOSTAMENTO PER UNITA' OPERATIVA
Medicina Fisica e Riabilitazione	11
Medicina Interna Ospedaliera " L. Ferrannini"	16
Medicina Interna Ospedaliera "N. Pende"	8
Medicina Interna Universitaria "A. Murri"	17
Medicina Interna Universitaria "C. Frugoni"	14
Medicina Interna Universitaria "G. Baccelli"	8
Medicina Interna Universitaria "M. Bufano	6
Nefrologia I	7
Nefrologia II	6
Neonatologia – Nido	15
Neonatologia – Intensiva e Patologia Neonatale	17
	32
Neurochirurgia	14
Neurologia Universitaria I	17
Neurologia "L. Amaducci "	12
Neurologia Ospedaliera	-3
Odontoiatria	24
Oftalmologia I e II	13
Ortopedia e Traumatologia I	16
Ortopedia e Traumatologia II	4
Ortopedia e Traumatologia III	3
Otorinolaringoiatria "G. LUGLI"	5
Otorinolaringoiatria II	13
Pediatria Gen. e Spec. "B. Trambusti"	9
Pediatria Gen. e Spec. "F. Vecchio"	0
Pediatria Gen. e Spec. "S. Maggiore"	15
Psichiatria " Giuseppe Tamburri "	13
Psichiatria " Lucio Bini"	22
Reumatologia Universitaria	11
Urologia Ospedaliera	

UNITA' OPERATIVE SEDE POLICLINICO	SCOSTAMENTO PER UNITA' OPERATIVA
Urologia Universitaria I	20
Urologia Universitaria II	3
Anestesia e Rianimazione I e II Universitaria	61

CONCLUSIONI

Per una migliore lettura ed interpretazione dei dati si ritiene opportuno evidenziare alcuni elementi strutturali ed organizzativi presenti in Azienda:

- * in alcune UU.OO. le risorse infermieristiche non sono differenziate nelle varie articolazioni delle stesse. Ad esempio Cardiologia Ospedaliera, Cardiologia Universitaria e Neonatologia con le rispettive Unità di Terapia Intensiva o la Pediatria Generale e Specialistica S. Maggiore, articolata in Unità di Allergologia ed Immunologia, di Fibrosi Cistica ed Accettazione

- * molte Unità Operative ed alcune attività ambulatoriali della nostra Azienda sono dislocate su piani diversi o in padiglioni distanti tra loro e che necessitano di risorse dedicate;

- * il numero delle risorse attribuite alle UU.OO. di Ginecologia e Ostetricia deve essere considerato come numero totale delle figure di assistenza infermieristica ed ostetrica;

- * non sono stati considerati i ricoveri in Day Hospital e/o in Day Surgery (pari al 10% dei posti letto) erogati all'interno della Unità Operativa;

- * non sono stati stimati i servizi diagnostici e gli ambulatori per le prestazioni prima-visita e di follow-up;

- * al numero totale degli infermieri presenti in Azienda nell'anno 2007 occorre aggiungere 220 infermieri che ancora oggi sono in aspettativa a vario titolo e non ancora reintegrati.

Dalla lettura dei dati emerge indubbiamente la necessità di adeguare il numero degli infermieri presenti nell'Azienda Ospedaliero Policlinico di Bari e la necessità di una migliore distribuzione delle risorse in un'ottica dipartimentale (tab. C).

La lettura analitica delle tabelle A e B ci deve far riflettere sulle correlazioni tra il tasso di occupazione e l'incremento numerico delle risorse assistenziali, senza dimenticare che la complessità assistenziale di ogni persona presa in carico non è congiunta e non può essere legata alle giornate di degenza.

Il gruppo di lavoro, infatti, si propone di effettuare una sperimentazione per verificare ulteriormente il modello proposto in quelle Unità

Operative che presentano uno scostamento per eccesso o difetto dagli standard individuati per poi attivare processi gestionali, di programmazione e valutazione delle risorse umane e definire adeguati e razionali livelli di dotazione organica.

Occorre precisare che, pur adottando in Azienda, una documentazione infermieristica la stessa si discosta sia da una assistenza basata sulla complessità assistenziale che da una rivolta alla applicazione della tassonomia NANDA, NIC e NOC.

Applicando nella pratica questa formula probabilmente emergerebbe in molte realtà ospedaliere la necessità di un forte adeguamento aggiuntivo delle risorse infermieristiche. Ovviamente preoccupano i costi, ma a questo proposito è utile considerare quanto documentato nella rivista *Ahrq Research in Action* (marzo 2004), ovvero che un'inadeguata presenza infermieristica determina inevitabilmente eventi avversi - infezioni da pneumococco, ulcere da pressione, infezioni del tratto urinario, infezioni di ferite, cadute, errori relativi alla somministrazione dei farmaci - che sensibilmente aumentano i costi di degenza.

Il documento rappresenta una proposta che deve essere condivisa con tutti gli attori del processo; il modello elaborato va inteso in senso non rigido, in quanto l'impostazione che lo sostiene è adattabile in funzione delle articolazioni organizzative di ogni azienda, sia territoriale che ospedaliera, tenuto conto dei modelli organizzativi e i livelli assistenziali da garantire.

Il fine di questo agire è disporre, con continuità, di personale adeguato per quantità e qualità alle necessità assistenziali dell'Azienda e prevenire situazioni di carenza, come quelle sperimentate nell'ultimo decennio, a carico di alcune categorie professionali, anche in relazione alla emanazione di alcune norme restrittive (L. R. 28/2000 e L.R. 32/2001) riguardanti il blocco delle assunzioni del personale.

Questo lavoro vuole essere un contributo per coloro che intendono progettare e gestire il cambiamento da un tipo di assistenza tradizionale ad un modello organizzativo dell'assistenza infermieristica, incentrato sull'appropriatezza delle prestazioni rispetto alle necessità clinico-assistenziali, sulla tempestività e la continuità della cura, sulla comunicazione con gli utenti.

La professione infermieristica deve diventare un punto di riferi-

mento per qualsiasi politica di sviluppo dei servizi sanitari, dall'ospedale al territorio e ai servizi domiciliari, sia sul piano dell'assistenza che della programmazione, della gestione e dell'organizzazione dei servizi.

La domanda di salute dei cittadini si è radicalmente modificata in questi anni, così come le aspettative. Ma l'organizzazione degli ospedali è rimasta la stessa, orientata sulle patologie e sulle specialità e non orientata al paziente. Con questa architettura di sistema non è possibile delineare, come invece servirebbe, un progetto di cura e di assistenza personalizzato e integrato. I modelli organizzativi dell'assistenza rimangono ancorati quasi del tutto a una sequenzialità di attività da garantire, senza spazi per l'elaborazione e la predisposizione di un progetto di cura basato sull'integrazione di professionisti e di saperi.

Si tratta di aspetti di fondamentale importanza, sui quali è indispensabile avviare un reale ed integrato confronto con le forze politiche, sindacali e professionali. Gli infermieri sentono una grande responsabilità verso i cittadini e chiedono che venga intrapreso, in tempi ragionevoli ma comunque brevi, un percorso finalizzato all'attribuzione della responsabilità riconosciuta nei processi assistenziali.

BIBLIOGRAFIA

AAVV, "I Quaderni", *Supplemento de "L'Infermiere"*, n° 8-9/03, pp 20-31

Agenzia Sanitaria Regionale – Regione Emilia-Romagna: *Progetti dell'area di programma risorse umane*, Bologna – Luglio 2001

Ambrosio G., Bandini F., *La Gestione del personale nelle aziende no-profit*, Etas Libri, 1998

Santullo A., *L'infermiere e le innovazioni in sanità*, Milano, McGraw-Hill, 2004

Cavaliere B. et al., "Metodologia per la rilevazione della complessità assistenziale infermieristica: calcolo dell'indice di complessità assistenziale", *Management infermieristico*, 1/1999

Cantarelli M., *Il modello delle prestazioni infermieristiche*, Milano, Masson, 1996

Casas EM., Wiley M. (a cura di): *Diagnosis Related Groups in Europe: Uses and Perspectives.*, USA Springer-Verlag, 1993

Casati M., *La documentazione infermieristica*, Milano, McGraw-Hill, 2005

Corio, Elstad, Garattini, Mallet, Roberyson, Vicarelli: *"Mutamenti nella politica sanitaria"*, Roma, Donzelli 1999

Costa Giovanni, *Economia e direzione delle risorse umane*, Torino, Utet, 1996

De Pouvourville G., Comar L., Bouvier V., "Le paiement à la pathologie des hopitaux: l'expérience française", *Rev. Epidém. et Santé Publ.*, 42, 68-78, 1994

NANDA International, *Nursing Diagnoses: Definitions & Classification*, 2007-2008

Fetter R.B., *DRG's. Their Design and Development*. Health Administration Press, Ann Arbor, Michigan, 1991

Gaba-Leroy, A.M. Bonnery, D. Marande, P. Michot, *Prévention des risques dans l'unité de soins*, Paris, Masson, 2003

Giorgetti R., *Legislazione e organizzazione del Servizio Sanitario*, Milano, Maggioli, 2001

Gordon M.: *Nursing diagnoses: process and application*, New York, McGraw-Hill Book Co., 1987

Indagine della Federazione Nazionale dei Collegi IPASVI sull'uso della risorsa infermieristica nel Servizio sanitario nazionale "Crescita zero" – Milano, Panorama della sanità n° 10 – marzo 2001

M. Johnson, G. Bulechek, J. McCloskey Dochterman, M. Maas, S. Moorhead, *DIAGNOSI Infermieristiche, Risultati, Interventi - Collegamenti NANDA, NOC, NIC, 2005*

Manara D.F., "L'inquadramento epistemologico della disciplina infermieristica", *Nursing Oggi*, 1/1999

Manara D.F., *Il Modello delle Prestazioni Infermieristiche e la risposta personalizzata agli aspetti culturali dell'assistenza infermieristica*, Tesi di diploma S.U.D.I., Milano, a.a. 1992-93

Patrini E., Folli F, *Rischi puri in ospedale: un esempio di analisi*, *RischioSanità*, 21/2006

Taroni F., Curcio Rubertini B., *Diagnosis Related Groups (DRGs) per la valutazione dell'attività ospedaliera*, Bologna, Clueb, 1991

Vitullo F., Carinci F., Lepore D., Rognoni G., *Aziende Sanitarie e modelli d'uso dei DRG*, Roma, Pensiero Scientifico Editore, 1997

Yura H., Walsh M.B., *Il processo di nursing*, Milano, Zanotti, 1992

Zanotti R. et al., *Introduzione alla metodologia del processo di nursing. Un approccio italiano*, Padova, 1994

INDICE

Prefazione

Parte Prima

Premessa	4
Introduzione.....	5
Quadro normativo di riferimento.....	6
Le tappe storico-legislative della riforma della formazione infermieristica.....	10
Complessità assistenziale.....	14
Diagnosi infermieristiche, risultati, interventi.....	18
Scheda di Dimissione Ospedaliera e DRG (indicatori di efficienza).....	23
Rischio e definizione fabbisogno risorse umane.....	25

Parte Seconda: Progetto A.M.B.R.A.

Introduzione.....	31
Presentazione dell'Azienda Ospedaliero Policlinico di Bari.....	33
Materiali e Metodi.....	35
Conclusioni.....	51
Bibliografia.....	55

Finito di stampare nel mese di novembre 2008
presso l'Azienda Grafica L'Immagine s.r.l.
Z.I. Lotto B/12 - 70056 Molfetta (Ba)