

L'organizzazione professionale: cinque realtà italiane

I colleghi contattati sono:

- **Elisabetta Allegrini**, infermiera dirigente, responsabile Servizio delle professioni sanitarie Azienda ospedaliera universitaria integrata di Verona;
- **Antonella Santullo**, infermiera dirigente, Direzione infermieristica e tecnica AUSL di Rimini;
- **Bruno Cavaliere**, infermiere dirigente, IRCCS Azienda ospedaliera universitaria San Martino IST di Genova;
- **Antonella Leto**, infermiera dirigente, responsabile del Dipartimento di assistenza alla persona ASL Roma C;
- **Marcello Bozzi**, dirigente Professioni Sanitarie, Area infermieristico-ostetrica, Azienda USL di Pescara

È stato loro proposto di intervenire sui temi trattati dal network toscano o comunque su quelli di estrema attualità ottenendo le seguenti opinioni e valutazioni.

1. A quale rapporto infermiere/ricoverato, medio nelle 24 ore, nell'area medica della tua organizzazione, collochi il livello di sicurezza assistenziale, ovvero a quale soglia fai scattare disposizioni compensative?

A. Santullo - Rimini: Nella realtà ove opero il rapporto infermieri/ricoverati è per la mattina 0,15 ovvero 1 infermiere ogni 6,6 ricoveri, per il pomeriggio è 0,13 ovvero 1 infermiere ogni 8 ricoveri e per la notte 0,075 ovvero 1 infermiere ogni 13,3 ricoveri. Complessivamente la media nelle 24 h è di 1 infermiere ogni 8,6 ricoveri (rapporto 0,12)

Le disposizioni compensative scattano qualora le assenze del personale sono quantificabili in 2 o più unità; vengono garantite con l'attivazione del pool infermie-

ristico centralizzato (gestione a livello della Direzione infermieristica e tecnica) che attribuisce 0,5 unità infermieristiche nel caso di 2 assenze, 1 unità per 3 assenze ecc. Il pool infermieristico, istituito nel 2008, nasce dalla necessità di creare un gruppo di infermieri con competenze multisettoriali, in grado di prestare la propria opera in differenti Unità operative previo idoneo periodo di addestramento con lo scopo principale di favorire da un lato l'ottimizzazione allocativa delle risorse di nuova assunzione in ambiti organizzativi con criticità gestionali, dall'altro creare un gruppo di infermieri con esperienza lavorativa multisettoriale orientati a maturare competenze diversificate. Tuttavia nonostante gli incrementi dotazionali degli ultimi anni non ritengo sia stata ancora raggiunta la meta ideale.

E. Allegrini - Verona: Penso che al massimo un infermiere in area medica possa gestire 10 pazienti, un numero maggiore non consente di garantire sicurezza nell'esecuzione delle prestazioni diagnostico terapeutico assistenziali, nella somministrazione della terapia e nel monitoraggio dei segni e sintomi oltre che dei parametri vitali.

B. Cavaliere - Genova: Attualmente e mediamente nelle aree mediche della mia Azienda si garantisce un rapporto infermiere/assistito diurno variabile tra 1/8-1/10 mentre in quello notturno tra 1/13-1/15.

A. Leto - Roma: Attualmente il rapporto esistente è pari a 1 infermiere ogni 8/9 posti letto, la mattina la presenza di 1 o 2 infermieri diurnisti migliora tale standard, che

però si riduce nuovamente la domenica e festivi. Nel contesto attuale si tende a mantenere tale standard.

M. Bozzi - Pescara: Dipende dalla complessità assistenziale presente (gravità di patologia/severità delle cure), dai livelli di autonomia/dipendenza del paziente e dal progetto di cura e assistenza definito per i singoli pazienti.

Il rapporto infermiere/ricoverato varia nelle tre turnazioni (maggiore nelle ore diurne e minore nelle ore notturne).

Va considerato anche il necessario supporto dell'OSS, solitamente inserito nelle turnazioni diurne, generalmente a maggiore carico assistenziale.

Un rapporto ottimale (fermo restando l'approfondimento delle questioni sopra citate) potrebbe essere di un infermiere e un OSS ogni 10 pazienti nel turno mattino, un infermiere ogni 10 pazienti e un OSS ogni 15 pazienti nel turno pomeridiano, solo infermieri nel turno notturno (rapporto 1/10), con tutte le possibili variazioni legate alla complessità assistenziale.

2. Qual è secondo te l'appropriato *skill mix* infermiere/OSS nelle degenze di area medica?

E. Allegrini - Verona: In area medico geriatrica dove vi è assistenza di pazienti in fase acuta, caratterizzati da polipotologia, fragilità e instabilità clinica la percentuale di assistenza erogata da OSS non deve superare il 30%, in situazioni di stabilità e cronicità penso si possa arrivare a un 40-50%.

A. Santullo - Rimini: Attualmente garantisco 1 OSS ogni 2,5 infermieri.

B. Cavaliere - Genova: Attualmente, nella mia realtà, rilevo 25% OSS e 75% infermieri; a mio parere il giusto case mix in queste aree potrebbe essere praticamente ribaltato prevedendo quindi: 30% infermiere e 70% OSS.

A. Leto - Roma: Considerato che nella mia attuale organizzazione, non sono presenti figure di supporto, sulla base della mia precedente esperienza e delle mie valutazioni ritengo che il rapporto infermiere/OSS si possa basare intorno al 70/30.

M. Bozzi - Pescara: Dipende dalla tipologia di U.O. e dalle caratterizzazioni clinico-assistenziali.

Un rapporto 2/3 infermiere e 1/3 OSS potrebbe risultare adeguato.

3. Nella tua organizzazione puoi affermare di aver ottenuto in ogni settore la personalizzazione dell'assistenza e quindi l'abbandono del nursing funzionale?

Quale percorso hai seguito/stai seguendo per il suo raggiungimento?

E. Allegrini - Verona: Ritengo che vi siano delle aree dove si lavora ancora per funzioni, soprattutto dove i tempi assistenziali e organizzativi sono ridotti. C'è poi da considerare un problema culturale, dove i vecchi infermieri, o forse gli infermieri di vecchia concezione, faticano a lasciare il modello per compiti e hanno più difficoltà ad assumere la presa in carico totale di alcuni assistiti.

Stiamo lavorando per implementare una cartella infermieristica informatizzata, inoltre abbiamo programmato un corso sulla presa in carico e sul primari nursing che speriamo di iniziare entro i prossimi mesi.

A. Santullo - Rimini: No, il nursing funzionale costituisce il modello prevalente.

Individuare le U.O. dove sono presenti condizioni organizzative idonee per avviare cambiamenti che diventano stabili nel tempo. Tra le condizioni per me è rilevante l'organizzazione dell'équipe medica e la disponibilità al cambiamento.

B. Cavaliere - Genova: No, il modello prevalente e assolutamente maggioritario è quello funzionale, stiamo valutando la migliore strategia da adottare in relazione al contesto.

A. Leto - Roma: Assolutamente no, a oggi è presente un'organizzazione ancora fondata sul nursing funzionale. La Regione Lazio sta però perseguendo una politica di riorganizzazione per intensità di cura delle degenze che dovremmo poter sfruttare anche in tal senso. Nei prossimi mesi ognuno degli infermieri dirigenti dal Lazio sarà chiamato a impegnarsi in una complessiva rimodulazione degli standard assistenziali in base al nuovo modello.

A oggi, quindi, si sta procedendo solo attraverso riunioni a livello direzionale per la condivisione del modello stesso e la verifica delle condizioni strutturali, impiantistiche e di dotazioni per la verifica delle possibilità e delle strategie necessarie al cambiamento. Alcuni di noi dello staff direzionale delle professioni sta avviando con la Direzione strategica approfondimenti sull'adozione del modello per intensità di cura, attraverso l'organizzazione di visite presso strutture poste in altre Regioni.

M. Bozzi - Pescara: Al momento è possibile riscontrare alcune situazioni con un trend positivo e altre situazioni con maggiori difficoltà di sviluppo.

Formazione per una maggiore consapevolezza del ruolo;
Formazione per l'adeguamento dei saperi ai cambiamenti necessari.

4. Nella tua organizzazione le degenze sono ancora organizzate per disciplina o si è già realizzata/è in realizzazione per intensità di cura e assistenza? Se hai realizzato/stai realizzando degenze per intensità di cura, qual è la maggior difficoltà incontrata?

E. Allegrini - Verona: L'organizzazione dell'assistenza non è più per UOC ma i degenti sono raggruppati secondo la loro tipologia (ad esempio pazienti chirurgici, di area cardiovascolare e toracica), non in tutti i casi i raggruppamenti sono per intensità di cura, ma diciamo che mediamente questo è il criterio guida prevalente utilizzato nelle riorganizzazioni.

Le maggiori difficoltà per ciascuno dei soggetti in campo riguardano:

- per gli infermieri dover lavorare con medici di diverse UOC che hanno, purtroppo, modalità assistenziali (protocolli, procedure, consuetudini) diverse;
- per i medici avere assistiti in reparti diversi (ad esempio T.I.P.O., degenze ordinarie, day surgery) che vedono come dispersione di risorse doversi spostare e questo rende difficile per gli infermieri rintracciarli quando necessario;
- per i coordinatori avere la responsabilità di molti centri di costo (ogni UOC ha il proprio) da gestire e controllare;
- per il controllo di gestione la difficoltà di attribuire correttamente prestazioni e costi per ciascuna UOC (come richiesto dalla negoziazione di budget);
- per il servizio delle professioni sanitarie avere dati di attività aggregati per unità di degenza/modulo di attività anziché per UOC; la definizione di obiettivi da assegnare a gruppi assistenziali omogenei in presenza di équipe mediche diverse;
- per gli assistiti e i loro familiari la difficoltà a rintracciare il medico referente.

A. Santullo - Rimini: Ancora per disciplina fatte salve 2 U.O. di post acuti a gestione infermieristica. Attualmente non sono in essere progetti in tal senso.

B. Cavaliere - Genova: Le degenze sono organizzate per disciplina e non sono previste nel prossimo futuro progettualità diverse.

A. Leto - Roma: Nella mia precedente esperienza, svolta

presso la ASL Roma B, avevamo già avviato l'esperienza dell'organizzazione per intensità di cura superando il concetto di disciplina sia in area medica che chirurgica. Le difficoltà incontrate furono parzialmente superate attraverso il coinvolgimento degli operatori e una Direzione strategica che aveva profondamente voluto e promosso tale modifica organizzativa. La formazione fu una delle leve strategiche più importanti. Infermiere e ostetriche furono avviate a un percorso di certificazione sul case management al fine di supportare un percorso di presa in carico e di continuità assistenziale Ospedale-territorio. Oggi coordino un Dipartimento di assistenza dove nei due Ospedali di riferimento l'assistenza è ancora di tipo funzionale e la presenza di unità disciplinari e ultradisciplinari frazionano l'assistenza e la numerosità di personale, determinando un inefficiente utilizzo di risorse, le modifiche organizzative sono collegate al percorso regionale che ho appena richiamato.

M. Bozzi - Pescara: Al momento sono presenti solo degli accorpamenti tra discipline affini. La difficoltà maggiore è quella del cambiamento culturale (in particolare dei medici).

5. Quali ritieni essere i fattori che rendono l'assistenza infermieristica più complessa oggi ?

E. Allegrini - Verona: La complessità dei degenti, spesso in situazioni di fragilità; i tempi ridotti della degenza che richiedono interventi rapidi; in alcuni casi l'insufficienza delle reti assistenziali e dei collegamenti Ospedale-territorio che complica sia la presa in carico sia la dimissione; il dover assistere degenti di specialità diverse richiede competenze avanzate.

A. Santullo - Rimini: Sicuramente un mix di condizioni e fattori che posso riassumere a titolo esemplificativo in ritmi lavorativi "accelerati", instabilità organizzative, aspettative dei cittadini, aspettative dei professionisti, maggior permanenza nel mondo del lavoro, assenza di percorsi di carriera in ambito clinico, scarso riconoscimento sociale e di status economico ecc.

B. Cavaliere - Genova: Ritengo siano i fattori derivanti dall'organizzazione per outcome. Se il modello organizzativo è centrato sulla decisione e strategia di pianificazione possiamo affermare che oggi l'assistenza è più complessa o che l'assistere preveda maggiore complessità ma se il modello è ancora esecutivo non ritengo che si possa sostenere questa affermazione solo ed esclusiva-

mente per tecnicismo ovvero per le situazioni collegata all'urgenza clinica. La complessità è competenza e non carico di lavoro. La complessità è decisione e quindi è "il dilemma del giudizio" che determina la determina.

A. Leto - Roma: Le persone da assistere e il loro contesto familiare. Chiariamoci: le persone da assistere in quanto portatori di pluripatologie che spesso accedono alle strutture ospedaliere in condizioni molto critiche. L'assenza di una presa in carico territoriale che consenta agli infermieri di comunità di poter assistere le persone nel loro ambiente di vita, determina l'accesso agli Ospedali quando le condizioni sono troppo critiche. Le famiglie invece sono troppo "abbandonate, demoralizzate e con troppi pregiudizi" nei confronti dell'organizzazione ospedaliera.

M. Bozzi - Pescara:

- Le situazioni multi-fattoriali che caratterizzano le condizioni cliniche di un numero sempre più alto di pazienti.
- Le evoluzioni continue interessanti i modelli organizzativi e i sistemi di cura e assistenza.
- Le esigenze di funzionamento dei sistemi sanitari.
- Le compatibilità economiche, significativamente diverse rispetto al passato.
- Le aspettative dei pazienti.

6. Una volta approvate le norme che consentano di prevedere la presenza degli infermieri specialisti nelle nostre organizzazioni, qual è secondo te la giusta percentuale di questi rispetto ai generalisti che vorresti formalizzare nella tua organizzazione?

E. Allegrini - Verona: Non ho fatto riflessioni approfondite su questo tema, ritengo non vi sia una percentuale definibile a priori ma dettata dalla tipologia degli assistiti e dei master frequentati (ad esempio area critica, rischio clinico, palliazione).

A. Santullo - Rimini: Nella realtà ove opero ho quantificato le figure di specialisti nel 7% della dotazione nella prima fase d'implementazione mediante i seguenti criteri:

- livelli di specializzazione esistenti;
 - volumi attività/popolazione di riferimento;
 - riqualificazione percorsi organizzativi;
 - documenti di programmazione regionale/nazionale.
- Il 7% costituisce un riferimento e un punto di partenza per il territorio nel quale opero, con la sua storia; ciò non esclude eventuali rivalutazioni in altri contesti.

B. Cavaliere - Genova: È un tema che non ho ancora completamente affrontato e quindi in una analisi squisitamente teorica oserei dire in misura del 10% .

A. Leto - Roma: Domanda complessa! se l'Ospedale è organizzato per intensità di cura gli infermieri specialisti dovrebbero fungere da consulenti per i generalisti. Quanti? Non ho una risposta. Dovremmo analizzare quali necessità assistenziali sono prevalenti, di quali conoscenze e competenze gli infermieri generalisti sono portatori, sicuramente sono necessari e inseriti in una logica di progressione di carriera. C'è lo spazio professionale e contrattuale. Gli infermieri clinici specialisti o con competenze avanzate acquisite sul campo devono poter esprimere il potenziale formativo ed esperienziale per assicurare esiti assistenziali nei confronti della popolazione assistita.

M. Bozzi - Pescara: È una domanda che apre dei diversi scenari.

È necessario definire in maniera molto chiara il concetto di "specialista" riferito ad ambiti e contesti disciplinari, dallo "specialista di attività/prestazioni".

Il percorso formativo di "specialista disciplinare" potrebbe essere il requisito richiesto a tutti gli operatori per l'esercizio professionale in particolari contesti (ad esempio terapia intensiva, area pediatrica, area psichiatrica, ecc.). Il percorso formativo di "specialista di attività/prestazioni" potrebbe essere il requisito richiesto per la certificazione di competenze avanzate in particolari ambiti e contesti assistenziali.

Le analisi di cui sopra saranno di fondamentale importanza per consentire al sistema universitario di tarare i curricula formativi alle nuove esigenze dei professionisti e alle nuove necessità del sistema.