

PARTE PRIMA

Sezione II**ATTI DELLA REGIONE**

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE
15 dicembre 2004, n. 1972.

Linee di indirizzo sulla definizione del fabbisogno della risorsa infermieristica.

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del direttore regionale alla sanità e servizi sociali;

Preso atto, ai sensi dell'art. 21 del regolamento interno di questa Giunta:

a) del parere di regolarità tecnico-amministrativa e della dichiarazione che l'atto non comporta impegno di spesa resi dal dirigente di Servizio competente, ai sensi dell'art. 21, c. 3 e 4, del regolamento interno;

b) del parere di legittimità espresso dal direttore;

Vista la legge regionale 22 aprile 1997, n. 15 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il regolamento interno di questa Giunta;

A voti unanimi, espressi nei modi di legge,

delibera:

1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta del direttore, corredati dai pareri di cui all'art. 21 del regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;

2) di approvare l'emanazione delle linee di indirizzo ai sensi di quanto previsto dall'art. 3, comma 4, della legge 3/98;

3) di recepire conseguentemente il relativo elaborato, allegato al documento istruttorio, che diviene pertanto parte della programmazione sanitaria regionale per il triennio 2003-2005;

4) di pubblicare il presente atto nel *Bollettino Ufficiale* della Regione.

Il Relatore
Rosi

La Presidente
LORENZETTI

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: Linee di indirizzo sulla definizione del fabbisogno della risorsa infermieristica.

Il PSR 2003-2005, orientando la politica sanitaria regionale verso il governo clinico, dispone che le nuove relazioni organizzative tra manager e professionisti per il miglioramento della qualità - lungo definite dimensioni: continuità assistenziale, sicurezza, efficacia, appropriatezza, equità di accesso alle cure efficaci, efficienza, coinvolgimento dei cittadini - abbiano una loro base materiale anche nella presenza di standard.

A questo proposito spicca la mancanza di quelli relativi al personale da assegnare alla professione infermieristica in relazione alle competenze della stessa ed alla intensità assistenziale prevedibile sia per le attività nei principali servizi territoriali ed ospedalieri, che nei percorsi della continuità assistenziale.

La Regione Umbria ha approvato linee guida (DGR 1251/2003) per l'assistenza infermieristica in quattro ambiti assistenziali di fondamentale importanza (area critica, ADI, cure palliative salute mentale).

L'imminente approvazione del PAL, con le connesse profonde riorganizzazioni dei servizi territoriali ed ospedalieri intorno alle equipe ed ai dipartimenti come livelli di auto-governo dei professionisti e intorno al distretto ed al presidio ospedaliero come livelli gestionali, rende necessaria l'adozione di uno strumento che permetta di gestire in modo ottimale la valorizzazione della professione infermieristica nei processi del governo clinico.

Infine l'utilizzo appropriato della risorsa infermieristica diventa stringente data la scarsa offerta di infermieri nel mercato del lavoro con conseguente elevata difficoltà nel mantenere stabile il numero di infermieri operanti nelle aziende sanitarie e quindi il monte/ore assistenza necessario a garantire gli attuali livelli assistenziali.

Perugia, li 13 dicembre 2004

L'istruttore
F.to MICHAELA CHIODINI

REGIONE UMBRIA
GRUPPO REGIONALE INFERMIERI

**LA DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO
DELLA RISORSA INFERMIERISTICA**

Perugia, 13 dicembre 2004

INDICE

1) IL PROBLEMA	Pag.	7
2) GLI OBIETTIVI	»	7
3) MATERIALI E METODI	»	7
3.1) <i>Materiali</i>	»	7
3.1.1) Le competenze infermieristiche	»	7
3.1.2) Gli adempimenti contrattuali	»	7
3.1.3) Una rassegna della letteratura e della normativa regionale in materia	»	8
3.2) <i>Metodi</i>	»	8
3.2.1) Stima del tempo di lavoro dovuto	»	8
3.2.2) Definizione di complessità assistenziale	»	10
3.2.3) Criteri per definire la presenza di infermieri e personale di supporto nei servizi sanitari ospedalieri e territoriali	»	10
3.2.4) Condivisione del documento e avvertenze	»	11
4) RISULTATI	»	12
4.1) <i>Assistenza territoriale</i>	»	12
4.1.1) Assistenza domiciliare integrata	»	12
4.1.1.1) Standard per servizio ADI	»	12
4.1.1.2) Standard per assistenza malati terminali	»	12
4.1.2) Residenza sanitaria assistenziale	»	12
4.1.3) Assistenza infermieristica in salute mentale	»	13
4.2) <i>Standard per le degenze ospedaliere e day hospital</i>	»	13
4.3) <i>Standard per le sale operatorie</i>	»	14
4.4) <i>Standard per il pronto soccorso</i>	»	14
4.5) <i>Standard per il servizio dialisi</i>	»	15
4.6) <i>Standard per le attività ambulatoriali e di servizi ospedalieri</i>	»	15
5) PERCORSO APPLICATIVO E CONCLUSIONI	»	16
<i>Bibliografia</i>	»	17

LA DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO DELLA RISORSA INFERMIERISTICA

1) IL PROBLEMA.

Il PSR 2003-2005, orientando la politica sanitaria regionale verso il governo clinico, dispone che le nuove relazioni organizzative tra manager e professionisti per il miglioramento della qualità - lungo definite dimensioni: continuità assistenziale, sicurezza, efficacia, appropriatezza, equità di accesso alle cure efficaci, efficienza, coinvolgimento dei cittadini - abbiano una loro base materiale anche nella presenza di standard.

A questo proposito spicca la mancanza di quelli relativi al personale da assegnare alla professione infermieristica in relazione alle competenze della stessa ed alla intensità assistenziale prevedibile sia per le attività nei principali servizi territoriali ed ospedalieri, che nei percorsi della continuità assistenziale.

La Regione Umbria ha recepito le leggi 42/99 e 251/00, istituendo tra le altre misure il SITRO, che diviene DITRO in alcune realtà organizzative, come stabilito nelle linee guida per l'atto aziendale allegate al PSR 2003-2005.

Ha inoltre approvato linee guida (DGR 1251/2003) per l'assistenza infermieristica in quattro ambiti assistenziali di fondamentale importanza (area critica, ADI, cure palliative salute mentale).

L'imminente approvazione del PAL, con le connesse profonde riorganizzazioni dei servizi territoriali ed ospedalieri intorno alle equipe ed ai dipartimenti come livelli di autogoverno dei professionisti e intorno al distretto ed al presidio ospedaliero come livelli gestionali, rende necessaria l'adozione di uno strumento gestionale affidato al SITRO/DITRO che permetta di gestire in modo ottimale la valorizzazione della professione infermieristica nei processi del governo clinico.

Infine l'utilizzo appropriato della risorsa infermieristica diventa stringente data la scarsa offerta di infermieri nel mercato del lavoro con conseguente elevata difficoltà nel mantenere stabile il numero di infermieri operanti nelle aziende sanitarie e quindi il monte/ore assistenza necessario a garantire gli attuali livelli assistenziali.

2) GLI OBIETTIVI.

In relazione al problema sopra definito, sono stati individuati i seguenti obiettivi:

- 2.1) individuare ed esplicitare i criteri per definire i bisogni assistenziali e i livelli di qualità;
- 2.2) individuare la metodologia per definire il fabbisogno di infermieri e quello di OSS per quanto riguarda l'attività di supporto infermieristica;
- 2.3) quantificare la carenza globale di infermieri in ambito regionale;
- 2.4) definire standard di dotazioni di personale in relazione a diversi livelli di intensità assistenziale dell'attività infermieristica nei principali servizi territoriali ed ospedalieri;
- 2.5) proporre un percorso applicativo in relazione sia ai tempi che alle responsabilità gestionali delle misure individuate.

3) MATERIALI E METODI.

3.1) MATERIALI.

3.1.1) *Le competenze infermieristiche.*

In coerenza con quanto definito nelle linee di indirizzo infermieristiche regionali, che individuano modalità operative per alcune aree prioritarie assistenziali, si ritiene che lo standard organizzativo vada applicato in questi servizi tenendo conto di tutte le funzioni infermieristiche, che sostanzialmente ruotano intorno a:

- intervento tecnico autonomo e su prescrizione;
- intervento educativo;
- intervento tecnico e/o di supervisione e verifica del proprio agire e di quello del personale di supporto.

Ai fini del presente documento è rilevante far notare che, a fronte della necessità di utilizzare in modo appropriato la risorsa infermieristica, una quota stimabile intorno al 30 per cento del tempo lavoro degli infermieri è utilizzato per lo svolgimento di attività non specifiche. In questa cornice assume risalto la disponibilità di un congruo numero di personale ausiliario e OSS rispettivamente per le attività che non richiedono specifiche competenze sanitarie (accompagnamento pazienti, trasporto materiale biologico, ecc.) e tutte le altre funzioni afferenti a tali figure.

3.1.2) *Gli adempimenti contrattuali.*

Un'indagine effettuata a livello nazionale e presentata nel marzo 2001 dalla Federazione IPASVI, ha evidenziato che il 20 per cento degli infermieri in organico al 31 dicembre 2000, garantisce una quantità ridotta di ore lavoro rispetto al dovuto contrattuale, per i seguenti motivi:

a) *maternità*: nel personale infermieristico prevalgono di gran lunga le donne (80 per cento) in età fertile.

Le leggi di tutela della maternità consentono periodi di astensione, prima e dopo il parto, orario ridotto nel primo anno di vita del bambino e l'esonero dai turni notturni sino al terzo anno di vita del bambino;

b) *part-time*: fino al 25 per cento della dotazione organica di ciascun profilo;

c) *tutela dei soggetti portatori di handicap*: fino a tre giorni di assenza mensili;

d) *idoneità con limitazioni per motivi di salute*: il personale adibito ad attività compatibili ma non sempre ascrivibili all'assistenza infermieristica diretta.

3.1.3) Una rassegna della letteratura e della normativa regionale in materia.

Per definire il fabbisogno di infermieri e di personale di supporto all'interno dei servizi sanitari, è stata effettuata una approfondita analisi bibliografica¹. La bibliografia ha fornito numerosi spunti applicativi in quanto esistono diversi metodi per definire il fabbisogno di personale.

Ogni metodo si caratterizza in modo autonomo e specifico e ciò rende oggettivamente complessa la scelta di un modello che da solo sia in grado di fornire indicazioni applicabili a realtà diversificate e complesse.

Un criterio ricorrente nei metodi analizzati è la rilevazione/determinazione del «tempo».

Necessario alla messa in atto delle diverse attività assistenziali. Il criterio «tempo» presenta una duplice natura, da un lato è un parametro omogeneo e di utilizzo trasversale, dall'altro è un parametro strutturalmente critico perché non può pesare la «complessità assistenziale» di ogni persona presa in carico. La singola situazione assistenziale è determinata da variabili cliniche, tecnico/operative, relazionali, ambientali. Tali variabili, interagendo sinergicamente, definiscono il livello di complessità dell'assistenza che, per sua natura, è un processo unitario e globale².

3.2) METODI.

3.2.1) Stima del tempo di lavoro dovuto.

Il tempo lavoro annuale di un infermiere, senza riduzione di orario corrisponde a 1480/1428 ore.

¹ Il gruppo regionale infermieristico ha ricercato i contributi teorici nell'ambito del nursing, per andare a strutturare la risposta assistenziale su tre livelli, più un quarto relativamente all'assistenza intensiva in cui oltre al completo livello di dipendenza del paziente dal personale sanitario, si riscontra anche la necessità di un approccio tecnico/professionale complesso.

I contributi teorici che richiamano i tre livelli sono quelli relativi a Virginia Henderson e Dorothea Elisabeth Orem.

Virginia Henderson definisce tre diversi «livelli di relazione infermiere-paziente».

Sostitutivo

- fornisce al paziente ciò che gli manca per essere completo

Di aiuto

- durante la convalescenza si deve perseguire l'autonomia
- in realtà nessuno è autonomo, l'obiettivo è quello della interdipendenza sana

Partner

- quando la relazione diventa egualitaria, l'infermiere formula insieme al paziente il piano di assistenza
- l'obiettivo è quello di mantenere la giornata più normale possibile, sia quando si è quasi guariti, sia quando si è quasi vicino alla morte.

Dorothea Elisabeth Orem definisce «tre tipi di sistema infermieristico».

Sistema totalmente compensatorio

- l'infermiere effettua la cura di sé terapeutica al posto del paziente
- compensa l'incapacità del paziente a effettuare la cura di sé

Sistema parzialmente compensatorio

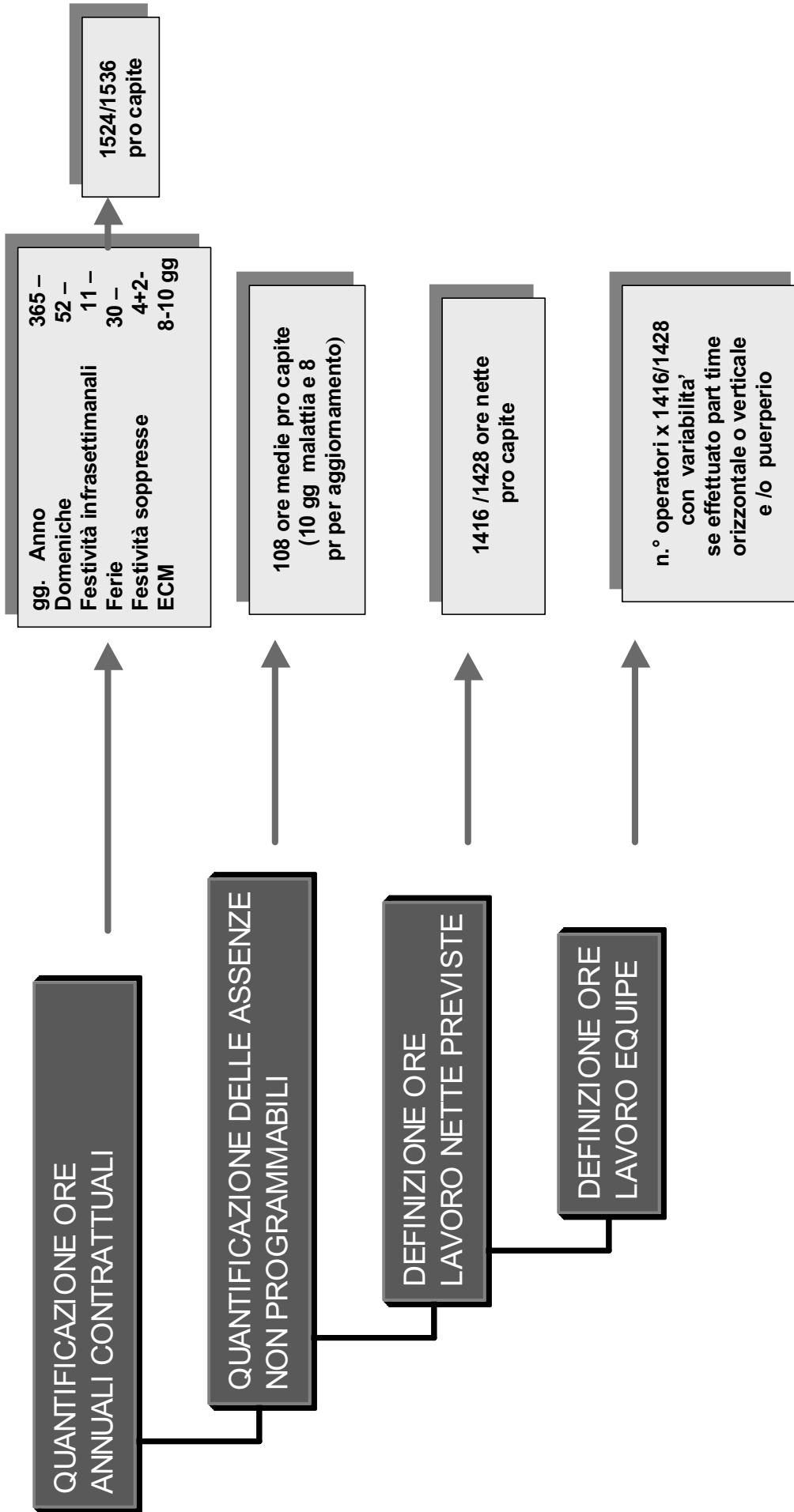
- l'infermiere effettua alcune misure di cura di sé del paziente, compensa le limitazioni alla cura del paziente

Sistema di supporto ed educazione

- l'infermiere regola l'esercizio e lo sviluppo delle azioni di cura di sé.

² * Documento Regione Friuli-Venezia Giulia - Regione Toscana.

TEMPO LAVORO ANNUALE INFERMIERE



3.2.2) 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 assistenziale³.

3.2.3) Criteri per definire la presenza di infermieri e personale di supporto nei servizi sanitari ospedalieri e territoriali.

Una corretta valutazione del fabbisogno di personale infermieristico, deve tenere pertanto conto della effettiva potenzialità lavorativa in considerazione delle variabili precedentemente analizzate, nonché del fatto che una assistenza infermieristica efficace, qualificata e personalizzata si basa sulla stima e sulla verifica sistematica della complessità della situazione 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).

Peraltro una corretta valutazione della domanda d'assistenza infermieristica non può prescindere dall'utilizzo costante di strumenti e metodi mirati alla rilevazione dell'impegno infermieristico, correlato alla complessità delle situazioni assistenziali.

Su questa base della definizione data di complessità assistenziale e delle considerazioni precedentemente esposte sono state stabilite le seguenti classi di intensità assistenziale:

³ — Complessità assistenziale bassa
— complessità assistenziale media
— complessità assistenziale alta
— assistenza di tipo intensivo.

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 e efficace delle attività di vita quotidiana	Totalmente compensatoria Intervento tecnico e/o di supervisione e verifica del proprio agire e di quello del personale di supporto
Intensiva (Rianimazione TIPOC)	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

STANDARD MINIMO - STANDARD CONSIGLIATO.

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

— *lo standard organizzativo consigliato* permette di attivare tutte le funzioni infermieristiche, può essere un riferimento utile nei processi di accreditamento.

Per quanto riguarda la costruzione dell'indicatore, di norma:

— nel *numeratore* si rileva il personale realmente in servizio;

— nel *denominatore* la complessità assistenziale di ogni paziente che determina i carichi di lavoro.

3.2.4) *Condivisione del documento e avvertenze.*

Il documento proposto rappresenta una ipotesi di definizione di standard organizzativi, condivisa con tutti i responsabili dei servizi infermieristici delle Aziende sanitarie umbre caratterizzato da un sufficiente grado di adattabilità e flessibilità tenuto conto delle diversità organizzative delle diverse realtà. Il modello proposto presuppone l'appropriatezza sia della domanda che dell'offerta delle prestazioni, nodo tuttora fortemente critico, nonché la delega di alcune funzioni prettamente amministrativi.

Si sottolinea che 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.

4) RISULTATI.

4.1) ASSISTENZA TERRITORIALE.

4.1.1) Assistenza domiciliare integrata.

L'assistenza domiciliare integrata, come descritto dalle linee di indirizzo per il miglioramento della qualità dell'assistenza infermieristica, DGR n. 1251 settembre 2003, rappresenta un servizio dove l'indicazione dello standard ha il valore di un riferimento consigliato.

Il PSR 2003-2005 affida all'ADI l'obiettivo di garantire nell'anno un ciclo assistenziale a:

- almeno il 2,5 per cento degli ultrasessantacinquenni;
- almeno una frazione pari a 1 x mille delle popolazione sotto i 65 anni.

In questa ambito complessivo di attività va compresa, come modello assistenziale, anche l'attività di cure palliative domiciliari.

4.1.1.1) Standard per servizio ADI.

Dalla rilevazione delle attività infermieristiche in assistenza domiciliare integrata e dal numero di accessi necessari per garantire la continuità assistenziale, dalla presa in carico alla dimissione, possiamo ritenere che il fabbisogno assistenziale per paziente, compresi i tempi di percorrenza per il raggiungimento del domicilio, si attesta intorno alle 60/90 h. Il bisogno assistenziale relativo alle 60 h, viene utilizzato per lo più per i pazienti > 65 anni mentre le 90 h, vengono utilizzate per i pazienti terminali.

Per quanto riguarda l'assistenza infermieristica domiciliare per tutti quei pazienti non eletti in ADI, si procederà alla quantificazione dei tempi di ogni prestazione, aggiungendo il tempo medio di percorrenza per ogni accesso domiciliare effettuato.

Indicatore:
$$\frac{\text{N. ore effettive lavoro infermiere anno}}{\text{N. ore fabbisogno assistenziale paziente in carico in ADI}}$$

4.1.1.2) Standard per assistenza malati terminali.

Studi condotti in diversi paesi sono concordi nello stimare in circa il 90 per cento la percentuale di deceduti per tumore che attraversano una fase terminale di malattia caratterizzata da un andamento progressivo. Gli stessi studi stimano la durata media della fase terminale in circa 90 gg. Utilizzando questi due parametri e conoscendo il numero di deceduti per tumore nel proprio territorio è possibile stimare l'incidenza e la prevalenza di pz. oncologici che potenzialmente beneficerebbero di interventi palliativi.

Ogni 1.000 deceduti x tumore ——— 900 casi incidenti ——— 222 casi prevalenti al gg.

Tabella 1: Standard per ADI e cure palliative domiciliari

ORE EFFETIVE LAVORO INFER. ANNO	BISOGNO ASSISTENZIALE PAZIENTI IN ADI > 65 ANNI	PAZIENTI PRESI IN CARICO > 65 ANNI DA OGNI UNITA' INFERMIERISTICA PER ANNO
1428 h.	60 h.	24 casi
ORE EFFETIVE LAVORO INFER. ANNO	BISOGNO ASSISTENZIALE PAZIENTI IN ADI TERMINALI	PAZIENTI PRESI IN CARICO TERMINALI DA OGNI UNITA' INFERMIERISTICA PER ANNO
1428 h.	90 h.	16 casi

* inserire personale OOS

4.1.2) Residenza sanitaria assistenziale.

In riferimento al piano PSR 2003/2005 al fine di garantire la continuità assistenziale attraverso una forte integrazione con i servizi territoriali, si propone l'utilizzo di un modello organizzativo che integri completamente la risorsa

infermieristica. Il personale infermieristico infatti, dedicato alla assistenza domiciliare integrata, a rotazione può essere impiegato anche per garantire gli standard assistenziali in RSA.

È evidente che tale proposta presuppone una ulteriore dotazione di risorse infermieristiche afferenti al servizio ADI in base al N. di p.l. attivati in RSA e conseguenti standard assistenziali e organizzativi da garantire, come definiti dal vigente PSR.

Si ritiene inoltre che, nei casi in cui i p.l. in RSA sono attivati all'interno degli ospedali di territorio la presenza del personale infermieristico può essere sulle 12 ore diurne e l'attivazione della pronta disponibilità notturna e festiva. L'attiguità della RSA con la degenza ospedaliera infatti, consente di gestire in tempi reali situazioni critiche, qualora si verificassero, in attesa della pronta disponibilità.

In tale direzione il Servizio delle professioni d'intesa con i direttori di distretto può attivare sperimentazioni al fine di verificare la praticabilità effettiva di tale integrazione di risorse.

Tabella 2 - Residenza sanitaria assistenziale

Livello complessità assistenziale infermieristica Bassa	Standard personale infermieristico	0,067
Livello assistenza tutelare Alto	Standard personale di supporto	0,1

4.1.3) Assistenza infermieristica in salute mentale.

A partire dai criteri generali definiti nel presente atto per la definizione degli standard organizzativi sulla base dell'intensità assistenziale, nonché in relazione all'elenco delle prestazioni e degli interventi di competenza infermieristica in tale settore, la Regione definisce entro 6 mesi dalla approvazione della presente linea di indirizzo, gli standard del personale infermieristico e, distintamente, degli OSS.

4.2) STANDARD PER LE DEGENZE OSPEDALIERE E DAY HOSPITAL.

$$\text{Indicatore} = \frac{\text{numero operatori presenti}}{\text{numero pazienti presenti}}$$

Tabella 3 - Standard per le degenze ospedaliere

DEGENZA	PRESENZA MINIMA		PRESENZA CONSIGLIATA	
Livelli complessità assistenziale	Standard infermieri	Standard Personale supporto	Standard infermieri	Standard personale di supporto
Assistenza bassa	0,19	0,16	0,23	0,18
Assistenza media	0,28	0,18	0,35	0,21
Assistenza alta	0,40	0,21	0,53	0,21
Assistenza intensiva	1,69	-	2,06	-

Tabella 4 - Day hospital

STANDARD INFERMIERI	STANDARD PERSONALE DI SUPPORTO
2.20	0.10

Lo standard personale per i servizi di day-hospital considera l'attività svolta sulle 12 h dal lunedì al venerdì sul posto letto o poltrona presente; la logistica incide sullo standard. *Il tasso di rotazione assunto per il calcolo è pari a 1/3 - 1/2,5.*

4.3) STANDARD PER LE SALE OPERATORIE.

Il pool infermieristico per le sale operatorie svolge sia funzioni autonome, relative alle attività di accoglienza, preparazione e supporto psicologico, che quelle di collaborazione e supporto con il chirurgo l'anestesista e altri specialisti.

Negli ospedali dell'emergenza e negli ospedali di territorio in cui ha sede il punto nascita, le sale operatorie possono essere attive nelle 24h per l'emergenza pomeridiana e notturna.

Indicatore numero operatori presenti

 postazione di lavoro attiva di sala operatoria⁴.

Tabella 5 - standard personale sale operatorie

Presenza nelle 24h	Presenza per postazione di lavoro attiva
Standard infermieri	1

Per quanto riguarda il personale di supporto lo stesso va definito in base al modello organizzativo specifico e alla logistica del servizio:

- OSS ogni 2 sale operatorie attive;
- OSS per le attività di sterilizzazione;
- OSS per le attività di collegamento (trasporto malati, materiale biologico ecc.) con tutti i servizi ospedalieri.

4.4) STANDARD PER IL PRONTO SOCCORSO.

La presenza è da ritenersi applicabile nei pronto soccorso delle Aziende ospedaliere nei quali si evidenzia una distribuzione dei codici in percentuale pressoché omogenea e gli infermieri sono utilizzati in modo distinto per le funzioni di triage, servizio 118 ed osservazione temporanea. Nei pronto soccorso delle Aziende sanitarie territoriali dove gli infermieri svolgono contemporaneamente tutte le funzioni summenzionate incluso quella di pronto soccorso, ogni azienda individua la presenza consigliata utilizzando uno strumento basato sull'analisi dei tempi infermieri occorrenti per svolgere in modo integrato le funzioni di triage, servizio 118 ed osservazione temporanea. Si consiglia pertanto che le aziende sanitarie conducano un'analisi comparata dei dati.

⁴ Per postazione di lavoro si intende una funzione specifica che svolge ogni infermiere continuativa nel tempo, in base al modello organizzativo e alla complessità degli interventi.

Tabella 6 - Standard per il pronto soccorso

Presenza nelle 24h	Presenza minima	Presenza consigliata
Standard infermieri	2 sempre presenti nelle 24h entro 30 accessi + 1 ogni 30 accessi	2 sempre presenti nelle 24h entro 20 accessi + 1 ogni 20 accessi
Standard personale di supporto	1 unità sempre presente nelle 24h fino a 50 accessi	1 unità sempre presente nelle 24h + 1 unità oltre 50 accessi ulteriori

4.5) STANDARD PER IL SERVIZIO DIALISI.

$$\text{Indicatore} = \frac{\text{numero operatori presenti}}{\text{numero letti dialisi attivi 12 h}}$$

Tabella - Standard servizio emodialisi

Presenza nelle 12 h	Presenza minima	Presenza consigliata
Standard infermieri	0,75	1,0
Standard personale supporto	0,05	0,10

4.6) STANDARD PER LE ATTIVITÀ AMBULATORIALI E DI SERVIZI OSPEDALIERI.

In linea con il vigente PSR 2002/2005 riguardo all'utilizzo del modello organizzativo di *DaY Service* per quanto attiene la specialistica ambulatoriale, il gruppo ritiene che tale innovazione organizzativa rappresenta oltre una opportunità di ottimizzare le risorse, anche una valorizzazione della figura infermieristica che opera in tali servizi. Infatti la continuità assistenziale attraverso l'organizzazione del percorso clinico-terapeutico, potrà essere realizzata soltanto attraverso una forte integrazione tra infermiere e medico specialista nella presa in carico del paziente in termini di gestione del percorso clinico-assistenziale. È altrettanto condiviso dal gruppo un forte investimento formativo di chi opera in questo servizio. Tuttavia riteniamo che le attività specifiche infermieristiche in questa area sono per lo più riconducibili a:

- educazione al paziente ed alle sue figure di riferimento;
- monitoraggio del programma di cura;
- somministrazione di terapie;
- supporto effettuato dall'infermiere nell'effettuazione delle procedure diagnostiche.

(Un criterio guida per l'assegnazione agli ambulatori può essere quello di prevedere la presenza infermieristica laddove questa è prevista per l'attività «intra moenia» dei medici).

È da tenere presente che l'area ambulatoriale rappresenta una opportunità di inserimento per tutto il personale che per motivi di salute, non può essere impiegato nell'assistenza diretta sulle 24h.

Indicatore $\frac{\text{ore presenze operatori}}{\text{ore di apertura al pubblico}}$

Tabella - Standard per le attività ambulatoriali

Tipologia ambulatori	Presenza infermieri	Presenza personale supporto e/o amministrativo
Ambulatori nei quali è appropriata la presenza infermieristica	1,0	
Ambulatori nei quali non è appropriata la presenza infermieristica		1,2
Laddove esiste un'aggregazione di ambulatori		Almeno una unità di personale amministrativo per l'accoglienza degli utenti

5) PERCORSO APPLICATIVO E CONCLUSIONI.

La definizione del fabbisogno infermieristico rappresenta:

- il risultato di una attenta analisi e revisione dei processi organizzativi e della definizione di criteri e modalità per una sua efficiente e funzionale allocazione;
- l'occasione per realizzare interventi di innovazione organizzativa, circa la distribuzione delle funzioni relative allo svolgimento dei processi assistenziali, la revisione delle caratteristiche professionali, intervenendo sulle competenze del personale, la modifica di alcune condizioni logistiche di lavoro, sulle attrezzature materiali e sulle risorse di supporto per lo svolgimento delle attività;
- la base materiale per la piena integrazione del personale di supporto (OSS).

In questa cornice l'applicazione di quanto previsto nel presente documento viene rimandata alle direzioni aziendali, che avvalendosi del SITRO/DITRO ridefiniscono, anche sulla base delle specifiche condizioni in cui versano i singoli servizi, l'organizzazione delle attività infermieristiche, relazionando alla Direzione regionale sanità e servizi sociali sul percorso applicativo e sui risultati ottenuti.

BIBLIOGRAFIA

- Manuale giuridico professionale per l'esercizio del nursing aut. L. Benci - Mcgraw - Hill
- La documentazione infermieristica - aut. M. Casati - Mcgraw - Hill
- Sistema cloc - aut. Griac - (gruppo di ricerca infermieristica in area critica) - Mcgraw - Hill
- Organizzare un'assistenza di qualità nei reparti ospedalieri - aut. A. Montesinos - Vita e pensiero
- Dirigere i servizi infermieristici - aut. A. Massei - Cusl
- La qualità nel servizio sanitario - aut. J. Ovretveit - Edises istituto Giano
- Dal pensiero al gesto - aut. Nicole Bizier - Sorbona Milano
- Il percorso assistenziale del paziente in ospedale - aut. Giorgio Casati, Maria Cristina Vichi - Mcgrow - Hill
- La gestione del rischio nelle organizzazioni sanitarie - aut. Renata Ciotti - Il pensiero scientifico
- Tipologia degli atti, n. 5 serie Soins infirmiers
- Gruppo di ricerca infermieristica in area critica sistema cloc - Mcgrow - Hill
- Rivista di diritto delle professioni sanitarie - Lauri edizioni
- Il contratto collettivo nazionale di lavoro comparto sanità 2002-2005 quadriennio normativo biennio economico 2002-2003
- La legislazione infermieristica aggiornamenti ed integrazioni - aut. Salvatore Carruba - Rassegna culturale J.M.
- Linee guida dei regolamenti universitari - Collegio Ipasvi
- L'organizzazione del lavoro infermieristico in ospedale - aut. Angela Brandi
- L'analisi del lavoro - Rosini Editrice Firenze
- La dirigenza infermieristica (manuale per la formazione dell'infermiere dirigente e del caposala) - aut. C. Calandrei, C. Orlandi - Mc Graw Hill Milano
- Modelli e teorie infermieristiche - aut. Ruby L. Wesley - Edizione Summa Padova.