

7

novembre-dicembre 2003

# Indicatori e standard per l'assistenza infermieristica

## Il modello di analisi della complessità assistenziale

# I QUADERNI

de L'INFERMIERE

 IPASVI

FEDERAZIONE NAZIONALE COLLEGI IPASVI

# Indicatori e standard per l'assistenza infermieristica

## Il modello di analisi della complessità assistenziale

### S O M M A R I O

#### **Premessa**

Indicatori e standard attraverso il modello della complessità assistenziale ..... 3  
*di Annalisa Silvestro*

#### **I mutamenti dei sistemi sanitari regionali e la gestione del patrimonio professionale**

I cambiamenti prodotti dalle scelte politiche, dalle condizioni economiche  
e dagli assetti istituzionali in evoluzione ..... 5  
*di Lionello Barbina*

#### **Il fabbisogno di infermieri nei servizi sanitari: dalle indicazioni normative alle definizioni aziendali**

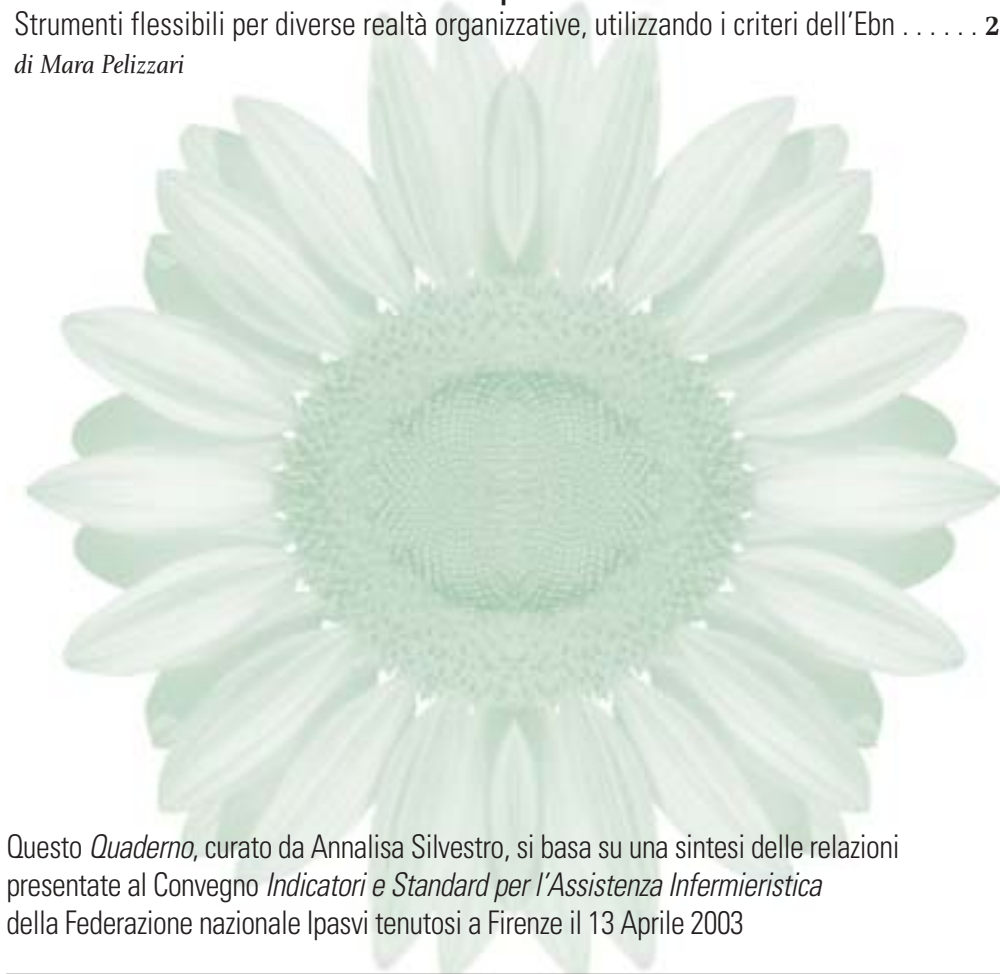
I fondamenti legislativi che sono alla base delle indicazioni quantitative delle piante organiche . . 14  
*di Marinella D'Innocenzo*

## Un modello di analisi della complessità assistenziale

La proposta di un metodo per analizzare le variabili  
che concorrono a definire il fabbisogno e la tipologia assistenziale . . . . . 22  
*di Giuliana Pitacco*

## Indicatori e standard per definire il fabbisogno infermieristico nei servizi ospedalieri e territoriali

Strumenti flessibili per diverse realtà organizzative, utilizzando i criteri dell'Ebn . . . . . 28  
*di Mara Pelizzari*



Questo *Quaderno*, curato da Annalisa Silvestro, si basa su una sintesi delle relazioni presentate al Convegno *Indicatori e Standard per l'Assistenza Infermieristica* della Federazione nazionale Ipasvi tenutosi a Firenze il 13 Aprile 2003

 <p><b>I QUADERNI</b> <i>Supplemento de L'Infermiere n. 8-9/05</i></p> <p><b>Direttore responsabile:</b> Annalisa Silvestro, <b>Comitato editoriale:</b> Marinella D'Innocenzo, Danilo Massai, Gennaro Rocco,</p>	<p>Loredana Sasso, Annalisa Silvestro, Giovanni Valerio, Franco Vallicella</p> <p><b>Responsabile dei servizi editoriali:</b> Emma Martellotti</p> <p><b>Servizi editoriali:</b> Italpromo Esis Publishing srl Via del Commercio 36, 00154 Roma, tel. 06.57.29.981, fax 06.57.29.98.21-2. e-mail: roma@ihg.it</p>	<p><b>Coordinatore</b> Cesare Fassari</p> <p><b>Segreteria di Redazione:</b> Lorena Giudici</p> <p><b>Ufficio Grafico:</b> Giordano Anzellotti (<i>responsabile</i>), Daniele Lucia</p> <p><b>Editore:</b> Federazione Nazionale dei Collegi Ipasvi Via Agostino Depretis, 70 00184 - Roma tel. 06/46200101, fax 06/46200131 www.ipasvi.it</p>	<p><b>Periodicità</b> trimestrale</p> <p><b>Stampa</b> Elcograf, un marchio della Pozzoni Spa, Beverate di Brivio (Lc)</p> <p><b>Registrazione</b> Presso il Tribunale di Roma n. 10022 del 17/10/64. <i>La riproduzione e la ristampa, anche parziali, di articoli e immagini sono formalmente vietate senza la debita autorizzazione dell'editore.</i></p>
--	---	--	--

# Premessa

## Indicatori e standard attraverso il modello della complessità assistenziale

di Annalisa Silvestro\*

È quotidiana rilevare nei mass media le tensioni, le turbolenze e il sostegno/dissenso ai cambiamenti che si verificano nel Servizio sanitario nazionale e nelle organizzazioni che si occupano di sanità. Le ultime innovazioni sono analizzate e valutate da una parte con interesse, dall'altra con preoccupazione: non sempre, infatti, è chiaro il disegno che viene perseguito in questa fase di forte evoluzione sanitaria del Paese.

La Federazione nazionale dei Collegi Ipasvi, in quanto organo di rappresentanza di tutti i professionisti di matrice infermieristica, vuole impegnarsi, attraverso i Collegi, nella definizione e studio di tematiche che producano un forte e sistematico dibattito e un approfondimento e confronto su come implementare servizi di assistenza infermieristica efficaci, di qualità, orientati alla pertinenza e all'evidenza scientifica. Le comparazioni tra il nostro sistema sanitario, i sistemi sanitari dell'Unione europea e quelli di altre nazioni al di fuori dell'Europa, testimoniano che la sanità del nostro Paese riscontra una positività oggettiva ed innegabile. A tale giudizio non sempre corrisponde un pari riscontro da parte dei nostri concittadini con particolare riferimento alle attività, alle prestazioni e ai processi che vengono erogati e garantiti dal sistema.

Ci sono numerosi elementi di debolezza, criticità e contraddizioni che potrebbero aumentare con la regionalizzazione del sistema. Il passaggio al regionalismo è, del resto, rilevante anche per il possibile modificarsi del ruolo fino ad ora giocato dalla rappre-

sentanza professionale nazionale, ossia dal Comitato centrale e dal Consiglio nazionale della Federazione dei Collegi Ipasvi.

Nel prossimo futuro acquisterà un peso sempre maggiore la rappresentanza professionale regionale che dovrà, quindi, essere in grado di incidere sui processi decisori che avvengono a quel livello.

È pertanto necessario che le collettività infermieristiche regionali si coagulino e sostengano la propria rappresentanza provinciale e regionale affinché venga perseguita la valorizzazione della professione infermieristica per:

- dare qualità assistenziale;
- rispondere in maniera pertinente ai bisogni specifici dei singoli cittadini e delle collettività regionali e nazionali;
- fare in modo che il sistema sanitario della singola Regione e del Paese possa giovare di professionisti preparati e attenti all'evoluzione della domanda e dell'offerta sanitaria.

La tematica *Indicatori e standard per l'assistenza infermieristica* è stata scelta fra le numerose che avrebbero potuto essere trattate, perché nella lettura delle modalità con cui le aziende e i sistemi sanitari regionali organizzano i processi di lavoro, è risultato evidente che parlare di qualità, di motivazione, di organizzazione infermieristica, significa toccare un argomento fondante: la gestione della risorsa umana anche in termini numerici.

Le questioni sul tappeto si possono sintetizzare in alcune domande:

- quali e quante risorse professionali devono essere messe in campo per un'assi-

\* Presidente della Federazione nazionale Collegi Ipasvi – Dirigente del Servizio infermieristico e Responsabile del Centro Formazione dell'Azienda per i Servizi sanitari n. 4 "Medio Friuli" – Udine

stenza sanitaria di qualità?

- quali e quante risorse professionali devono essere messe in campo affinché i cittadini possano avere un'efficace risposta al loro bisogno di assistenza infermieristica?
- quali e quanti operatori devono essere presenti nelle diverse realtà affinché l'infermiere possa dedicarsi prioritariamente a quello che è il suo mandato istituzionale e professionale (rilevare i bisogni, pianificare il processo assistenziale, effettuare l'assistenza infermieristica, verificare il processo posto in essere, dare garanzia di risultato)?

È noto che il metodo che permea l'analisi e la definizione del fabbisogno, in senso generale, di operatori è prevalentemente basato sul fattore "tempo", conosciuto nel nostro Paese con il termine di "minutaggio".

Sono altresì note le critiche da sempre presenti nei confronti di tale metodo, ma anche la rivalutazione che ultimamente è stata fatta del fattore "tempo" in quanto criterio oggettivo e comparabile. Di contro, si può ormai ritenere di accezione comune l'idea che l'elemento fondante per definire il fabbisogno di assistenza infermieristica sia l'analisi attenta, olistica ed empatica di ciò di cui abbisogna la persona che l'infermiere prende in carico. Quali sono, cioè, i bisogni di coloro che entrano in una situazione di non completo benessere psico-fisico e la cui risoluzione, spesso

complessa, necessita dell'apporto dei diversi operatori sanitari fra cui anche gli infermieri.

Dalla definizione del bisogno e dalla valutazione del grado di complessità che deve essere rilevata e gestita per dare risposte ad ogni singola persona presa in carico in una data unità operativa o servizio, si potrà quindi definire:

- il numero di infermieri e di altri operatori di area sanitaria necessari;
- la tipologia della competenza che dovrà essere posseduta dai diversi componenti l'équipe assistenziale;
- gli obiettivi a cui il coordinatore/dirigente infermieristico dovrà orientare l'équipe assistenziale/l'intero gruppo professionale.

Quello degli *Indicatori e standard per l'assistenza infermieristica* è dunque un argomento rilevante per lo sviluppo e la qualificazione dell'assistenza infermieristica. La definizione di standard attraverso l'utilizzo di uno specifico modello di analisi della complessità assistenziale può essere un contributo stimolante per il dibattito all'interno del corpus professionale: un argomento che deve vedere gli infermieri protagonisti di riflessioni, studi e ricerche perché attraverso quest'area tematica si contribuisce significativamente alla valorizzazione delle specifiche competenze professionali ed alla definizione dei percorsi migliori per una risposta sanitaria significativamente positiva.



# I mutamenti dei sistemi sanitari regionali e la gestione del patrimonio professionale

I cambiamenti prodotti dalle scelte politiche, dalle condizioni economiche e dagli assetti istituzionali in evoluzione

di Lionello Barbina\*

L'obiettivo della riflessione è quello di delineare i mutamenti più significativi dei sistemi sanitari regionali avvenuti in quest'ultimo periodo e di riflettere sul ruolo che può giocare in tutto questo l'assistenza e la professione infermieristica. La riflessione verrà effettuata prendendo a riferimento esperienze effettuate nella Regione Friuli Venezia Giulia.

## 1. Situazione caratteristica dei sistemi sanitari "occidentali"

### Forte pressione alla diffusione delle innovazioni tecnologiche e farmaceutiche

Sulla questione tecnologica può essere fatto un esempio molto banale: dieci anni fa nella Regione Friuli Venezia Giulia – come in molte altre – il problema principale in radiologia era il completamento della rete della Tomografia assiale computerizzata (Tac).

Oggi si parla di completamento della rete della Risonanza magnetica (Rm) e, naturalmente, di *Positron emission tomography* (Pet); in dieci anni, è cambiata completamente la prospettiva tecnologica della diagnostica per immagini e della diagnostica

per immagini in endoscopia.

Sulla questione farmaceutica: l'innovazione scientifica cambia completamente l'approccio farmaceutico che caratterizza alcune terapie. Basti pensare ai sistemi di immunità, alle malattie reumatiche, a come vengono "arruolati" i pazienti e al ribaltamento di tutto questo sul costo.

### Invecchiamento della popolazione

La Regione Friuli Venezia Giulia, verso la fine degli anni Ottanta, aveva svolto un'analisi pluriennale sulle ricadute che l'invecchiamento della popolazione avrebbe avuto nei vent'anni successivi. Le ricadute, in termini quantitativi, si sono avverate completamente. Sono state invece sbagliate tutte le previsioni sui costi. La stima di un costo "x" si è rivelata in effetti di otto o nove volte maggiore della previsione.

Sempre nella Regione Friuli Venezia Giulia, oggi, le giornate di degenza in ospedali per acuti sono uguali alle giornate di degenza dei cosiddetti ospiti "non autosufficienti", sia che questi si trovino in Rsa, sia che si trovino in altre strutture che possiamo definire "esterne". Senza contare poi

\* Direttore generale dell'Agenzia Regionale Sanità del Friuli Venezia Giulia – Udine

i degenti delle case di riposo; il peso della disabilità è rilevante come può evidenziarsi dalle tabelle sottoriportate. Sono presenti nuove patologie e cresce la domanda espressa, collegata essenzialmente ad un bisogno generale della popolazione che aumenta e cambia con il cambiare antropologico delle abitudini e, naturalmen-

te, con il cambiare del prodotto interno lordo nazionale (Pil).

La prima e la terza colonna indicano le graduatorie che vanno a misurare rispettivamente gli "anni di vita passati in invalidità" e gli "anni di vita persi per morte prematura" (Yld=Years Life with Disability; Yll=Years Life Lost due to premature death).

Tabella 1

## L'EVOLUZIONE DEI BISOGNI

YLD	DALY	YLL	Stime DALYS 2000 Europa A	YLD	DALY	YLL
1	1	30	Disturbi depressivi unipolari	4.074	4.074	0
2	3	19	Alzheimer e altre demenze	2.867	3.101	234
3	5	20	Disturbi legati all'uso di alcool	2.503	2.691	188
4	7	27	Osteoartrite	1.470	1.474	4
5	9	31	Perdita di udito in adulti	1.265	1.265	0
6	4	2	Malattie cerebrovascolari	838	2.732	1.894
7	17	32	Emicrania	747	747	0
8	10	8	Broncopatia cronico-ostruttiva	631	1.239	608
9	20	23	Asma	619	717	98
10	22	29	Disturbi affettivi bipolari	619	621	2
11	19	22	Disturbi legati all'uso di droga	604	717	113
12	25	26	Schizofrenia	590	595	6
13	14	28	Diabete mellito	577	1.008	4
14	18	18	Cadute	482	742	260
15	16	11	Altri traumi non internazionali	459	895	437
16	23	21	Disturbi nutrizionali/endocrini	439	618	179
17	8	4	Incidenti stradali	416	1.407	991
18	29	25	Carenze nutritive	336	386	49
19	2	1	Ischemia cardiaca	274	4.066	3.792
20	32	24	Epilessia	269	358	89
21	21	15	Anomalie congenite	263	621	358
22	11	6	Cancro del colon e del retto	208	1.82	874
23	13	7	Cancro della mammella	206	1.013	807
24	15	12	Cirrosi epatica	185	931	431
25	30	17	Cancro della prostata	77	376	298
26	12	5	Traumi auto inflitti	73	1.015	942
27	6	3	Cancro della trachea/bronchi/polmoni	56	1.665	1.610
28	28	14	Malattie perinatali	56	435	380
29	27	13	Linfomi/mielosi multipli	31	445	414
30	24	9	Infezioni delle vie respiratorie inferiori	29	612	583
31	26	10	Cancro dello stomaco	24	475	451
32	31	16	Cancro del pancreas	11	365	355

YLD = Years Life with Disability (anni di vita passati in invalidità)

DALY = Disability-Adjusted Life Years (somma degli anni di vita persi per morte e degli anni di vita passati in invalidità)

YLL = Years Life Lost due to premature death (anni di vita persi per morte prematura)

L'ultimo, quindi, è l'indicatore che misura la mortalità.

Yld e Yll sono tradizionalmente i due indicatori che gli esperti di epidemiologia e, soprattutto, di economia sanitaria prendono in considerazione per le loro analisi. I dati riportati nelle righe dalla 20 alla 32 sono stime Oms riferite all'Europa "gruppo A" (che corrisponde all'Europa Occidentale).

Nella parte destra della tabella è riportato il valore assoluto, mentre nella parte sinistra è riportata la graduatoria.

La graduatoria dell'Yld mette al primo posto i disturbi depressivi unipolari; questi costituiscono 4.074 anni di vita passati in invalidità. Mentre, in termini di Yll – cioè di anni di vita persi per morte – il valore è zero.

Quello che risulta interessante, ormai anche per le indicazioni Oms, è il nuovo sistema di stima (Daly), che somma gli anni di vita persi per morte e gli anni di vita passati in invalidità e ricostruisce la graduatoria. Pertanto la graduatoria riportata nella seconda colonna in termini di valore assoluto, dà l'idea di come alcune patologie – poco considerate rispetto all'evoluzione dei bisogni – diventano una "questione" fondamentale per i sistemi sanitari.

La graduatoria continua con altre patologie, ma è evidente il peso rilevante della disabilità nel quadro complessivo del bisogno sanitario delle società più avanzate.

#### Patologie in aumento

Di ulteriore interesse è la presenza della patologia tumorale, sia come causa di morte che come causa di disabilità. Basta pensare al cancro del colon, al cancro dello stomaco e al cancro del pancreas: sono tutte situazioni che compaiono nell'indicatore degli anni di vita passati in invalidità.

In questi casi, il bisogno cambia radicalmente e sposta i termini classici dell'organizzazione dei sistemi sanitari. Dieci anni fa questi dati erano completamente diversi.

Un altro fattore da prendere in considerazione è quello inerente le malattie mentali, che hanno un peso rilevante nella disabilità ma limitato nella mortalità; ed ancora i traumi, le malattie cardiovascolari, gli ictus e le malattie respiratorie, che sono di rilevanza tale da giustificare un impegno particolare dell'offerta. Il tutto per evidenziare, in estrema sintesi, che, nella situazione attuale dei sistemi sanitari occidentali – compresi anche gli Stati Uniti – il tasso di crescita del costo dei servizi è pari al 5% annuo – media dei sistemi occidentali – che è superiore alla crescita dei prodotti interni lordi.

Tabella 2

#### LA SPESA SANITARIA

<i>Italia</i>	<i>7,8% del Pil</i>
<i>Francia</i>	<i>9,8% del Pil</i>
<i>Germania</i>	<i>10% del Pil</i>
<i>Svizzera</i>	<i>11% del Pil</i>

*Della spesa sanitaria italiana complessiva il 70-75% è coperta dal terzo pagante pubblico (circa 5,5% del Pil), il resto della spesa è privata.*

Gli Stati Uniti (Usa) spendono tra il 14%, e il 15% del Pil; non sono stati inseriti nella valutazione perché il loro sistema non è comparabile con quello dei Paesi europei. Negli Usa esiste una *deregulation* rispetto al rapporto domanda/offerta; il rapporto è libero e si alimenta vicendevolmente. Il 70-75% della spesa sanitaria complessiva è coperto dal "terzo pagante" pubblico che rappresenta circa il 5,5% del totale; per il resto, la spesa è di tipo privato.

Quindi il valore della spesa privata – comprendente tutto (spese dentistiche ed altro) – incide per un terzo rispetto al 7,8%. Detto questo, l'Italia è sotto il 6% rispetto al Pil come spesa pubblica. Il dato del 30% – comparato con quello degli altri Paesi europei – è decisamente più alto; in sostanza gli altri Paesi europei spendono meno dell'Italia in termini di "spesa privata". Tutti i Paesi – non solo l'Italia – per effetto del tasso di aumento superiore al 5% –



sono costretti periodicamente a inseguire la spesa attraverso strumenti diversi.

I Paesi dell'Europa centrale, caratterizzati da sistemi assicurativi del tipo "bismarkiano", sono costretti ad introdurre assicurazioni nuove: i tedeschi, ad esempio, hanno introdotto da pochissimo l'assicurazione per la lungodegenza; gli svizzeri cambiano i premi assicurativi ogni anno ed ora sono arrivati all'11%. Il sistema sanitario italiano – stante che il Paese è al di sotto del 6% e visti i tassi di crescita – si trova di fronte ad un dilemma:

- aumentare la spesa pubblica;
- affiancare un secondo pilastro al sistema principale.

Non esistono, infatti, metodologicamente altri sistemi. Affiancare un altro sistema significa avere le assicurazioni integrative, cosa già prevista dal Dlgs 229/99 che prevede fondi integrativi e non sostitutivi perché, altrimenti, si viene a creare un "altro" tipo di sistema sanitario.

## 2. Il sistema italiano: caratteristiche strutturali

### Instabilità normativa

Il sistema italiano è particolare ed è difficile da comparare con gli altri. È un sistema che ha avuto ed ha tuttora un'instabilità normativa significativa anche agli occhi degli europei o dei cittadini di altri Paesi. Difatti, subisce un cambiamento ogni due anni e mezzo e questo a partire all'incirca dal 1968 quando è cominciata la prima grande riforma (legge 132/68, detta anche "legge Mariotti") che ha creato gli Enti ospedalieri.

Da questa data, mediamente ogni due anni e mezzo, è stata varata una legge per la sanità con strumenti per l'applicazione incompleti e senza simulazioni e verifiche. E questa è una patologia tutta italiana: il nostro approccio è completamente contrario a quello degli altri Paesi. Questi ultimi, infatti, prima approvano la legge, poi verificano gli output e poi ancora, se del caso, la cambiano o modificano.

Con tale logica giuridica sono state "bru-

ciate" parecchie cose: basti pensare agli anni Ottanta caratterizzati dallo slogan della pianificazione sanitaria, del "mettiamoci tutti insieme, togliamo tutti gli Enti e facciamo un'unica regia".

Agli inizi degli anni Novanta, nessuno voleva più sentir parlare della pianificazione sanitaria senza neanche averla provata. Gli anni Novanta sono stati caratterizzati dal *budget*, che è un meccanismo di integrazione organizzativa e di direzione per obiettivi mirante a tenere insieme i vari pezzi dell'organizzazione.

Il budget è stato consumato e quasi buttato nel cestino, perché è stato detto che sono i ragionieri a fare il budget senza pensare a che cos'era e a che tipo di strumento dovesse essere applicato.

### Disomogeneità applicative

Esiste poi la disomogeneità applicativa del processo di cambiamento dei sistemi sanitari per area geografica.

La regionalizzazione, intesa come *devolution*, può accentuare tale fenomeno, peraltro già esistente; il sistema sanitario della Regione Friuli Venezia Giulia è diverso da quello del Veneto, da quello dell'Emilia Romagna o da quello della Puglia. La devoluzione può aiutare o, addirittura, portare all'esasperazione il fenomeno favorendo la creazione di ventuno sistemi sanitari.

### Eterogeneità nella composizione pubblico o privato

L'incertezza rispetto alla composizione del sistema ricade sul rinnovamento organizzativo delle organizzazioni pubbliche, sull'assunzione del rischio di imprese da parte delle organizzazioni private, sul processo di aziendalizzazione in generale. I due mandati che dovevano, in qualche maniera, ribaltare le vecchie organizzazioni che si occupano di Sanità, erano:

- *per quelle pubbliche*: "aziendalizzazione" ossia attenzione a ciò che viene posto in essere, all'integrazione, alla necessità di rivedere e innovare i modelli in uso;

- *per quelle private*: non più fatturato garantito, ma inserimento nel processo di rischio di impresa.

#### **Organizzazione del lavoro**

Il nostro Paese ha 535 medici ogni 100.000 abitanti contro una media europea di 280. Un dato forte che condiziona qualunque tipo di processo di cambiamento organizzativo all'interno del sistema sanitario.

#### **Politiche del personale**

È diffuso lo scarso presidio delle politiche del personale e il coinvolgimento degli operatori nei diversi processi messi in atto dalle aziende. Il processo di cambiamento ed il gioco in termini di qualità del sistema passano attraverso il coinvolgimento dei quadri: chi non coinvolge i quadri è destinato ad avere delle performance professionali inferiori.

### **3. Il sistema sanitario regionale**

A proposito di organizzazione del lavoro, sarebbe interessante ricordare cos'è successo nel nostro Paese negli anni Settanta ed è altrettanto interessante discutere di cos'è successo negli anni Ottanta.

Brevemente, si può dire che negli anni Settanta c'è stata la sparizione delle "mutue" ed un cambiamento radicale nell'organizzazione del lavoro.

In quegli anni non c'era problema di numero di personale all'interno delle unità operative o, meglio, c'era sicuramente ma non esisteva dal punto di vista della conflittualità aziendale o meglio dell'Ente ospedaliero (soprattutto di quest'ultimo). Questo perché con il sistema a "retta di degenza" le composizioni dei conflitti avvenivano all'interno dei reparti.

Negli anni Settanta le Direzioni sanitarie in Italia sono completamente prive di storia; sono affidate a degli infettivologi che avevano certamente caratteristiche professionali importanti e fondamentali, ma che non erano esperti in organizzazione del lavoro.

Con il 1° gennaio 1975 salta la "retta" ed è come se saltasse una diga: il primario, la caposala e gli infermieri non sono più interessati a gestire le conflittualità nel reparto e la conflittualità arriva così alla direzione sanitaria, quindi, ai presidenti degli Enti per pervenire, infine, in Regione. L'effetto ottenuto (è interessante vedere le piante organiche e le unità operative nate nel periodo che va dal 1975 al 1983) ricorda il big bang: ospedali con 280 dipendenti diventano, dopo sei, sette anni, ospedali con 700 dipendenti; ospedali con tre unità operative passano a tredici.

Il sistema salta: non c'è più la responsabilità generale da una parte e quella operativa dall'altra.

Gli anni Ottanta sono stati gli anni del recupero.

La Regione Friuli Venezia Giulia in quel periodo, si è trovata con un + 23% di spese pro capite, con un 12‰ di posti letto per abitante e con un tasso di ospedalizzazione pari al 260‰.

C'è stata poi la grande aggressione a quei fenomeni e l'eliminazione di questa distanza agli inizi degli anni Novanta.

Gli anni Novanta sono descrivibili come gli anni dell'inizio del processo di aziendalizzazione e regionalizzazione.

### **4. La responsabilizzazione**

La responsabilizzazione regionale sul sistema comincia già con il Dlgs 502/92. Le Regioni fanno un passo avanti in quanto sono direttamente coinvolte sulle problematiche del sistema sanità attraverso la definizione delle risorse e degli obiettivi.

Il sistema sanitario regionale diventa un insieme di aziende che hanno il mandato comune della tutela della salute della popolazione.

La responsabilizzazione per centri di erogazione e supporto diventa uno degli slogan più conosciuti agli inizi degli anni Novanta. Veniva detto: "basta con la deresponsabilizzazione!".

Oggi l'organizzazione responsabilizza per

centri di erogazione ed emerge, sempre di più, la distinzione tra il momento politico, strategico e manageriale.

C'è il momento strategico, o della proprietà, ed il momento tecnico gestionale con responsabilità diverse e senza ingerenze:

- *il momento strategico*: la politica fornisce gli obiettivi e le risorse.
- *il momento manageriale*: vengono "mixati" i fattori produttivi. La diversificazione di funzioni è la base della responsabilizzazione; la politica non entra nei fattori produttivi, né nell'acquisto, né nella scelta del personale.

Esiste poi un aumento della distinzione tra il trattamento delle situazioni acute ed il trattamento delle situazioni cronico-degenerative. L'ospedale non rappresenta il luogo ed il momento in cui tutti i bisogni e le domande vengono risolti, bensì è uno strumento per aggredire l'acuzie.

L'aggressione della patologia cronico-degenerativa deve essere fatta in un'altra maniera.

La diversificazione è stata teorizzata in tutti i sistemi sanitari regionali con momenti più o meno diversi, ed è chiaro che questo incide sull'organizzazione del lavoro.

Quanto costa, oggi, mediamente un ospedale? Usando come unità di misura il "posto letto reale" possiamo dire che quest'ultimo costa circa 250/270 milioni di lire l'anno.

Il riferimento è al costo di gestione di un ospedale medio; nei grandi ospedali il costo del "posto letto reale" arriva ad oltre i 300 milioni.

Va detto che questo è ancora il costo di un ospedale non perfettamente giocato sull'acuzie; un ospedale per acuti veri, dove si lavora davvero nelle ventiquattro ore e dove, per esempio, viene effettuato un intervento chirurgico "non urgente" anche alle ore 19.00 è impiantato, come organizzazione del lavoro, in termini completamente diversi. Un ospedale così costa 400 milioni a posto letto e fa girare le grandi apparecchiature con tassi

di rendimenti diversi.

Un cambiamento siffatto, che i sistemi sanitari subiscono a diverse graduazioni, incide profondamente sul sistema. Naturalmente, dall'altra parte, deve esserci ciò che serve per trattare le situazioni non acute.

La persona colpita da ictus, dopo il passaggio in ospedale, deve poter andare "dall'altra parte" perché necessita di cose diverse da quelle che può offrire un ospedale per acuti.

Scema l'approccio pesantemente diagnostico terapeutico, ed entra in campo il recupero e la riabilitazione che hanno costi ed organizzazione del lavoro diversi.

Chiaramente, in questo caso, fanno un passo avanti le altre professioni rispetto a quella medica.

I meccanismi di finanziamento sono diversi: nel territorio è pro capite e nell'ospedale a "tariffa".

Esiste poi il tema della libera scelta e dei limiti di spesa nell'ambito dell'equilibrio territoriale e funzionale.

In ogni Regione c'è il problema dell'equilibrio fra ospedale e territorio e dell'equilibrio tra zone della Regione che consumano di più e zone che consumano di meno. Anche questa è una problematicità nell'ambito del cambiamento dei sistemi sanitari; ne consegue il superamento dei meccanismi procedurali che caratterizzano la pubblica amministrazione in senso classico.

A questo punto si può provare ad enumerare – per vedere se sono espandibili e socializzabili – le criticità che il sistema sanitario si trova ad affrontare, oggi, in termini di cambiamento e di rapporto domanda/offerta.

Le argomentazioni vengono riferite alla Regione Friuli Venezia Giulia utilizzata come termine di confronto; è da verificare la loro esportabilità in altre situazioni regionali.

La prima considerazione è che è aumentata l'efficacia; in una scala da zero a dieci in Friuli Venezia Giulia la domanda incrocia

l'offerta a un livello che si posiziona tra il 6 e il 7 e quindi con la sufficienza e con margini di miglioramento. Anche in termini di efficienza vi è stato un indubbio miglioramento.

Nonostante ciò, esistono espressioni di disagio da parte di cittadini, operatori e comunità locali. Bisogni, domanda espresa e tecnologia sono in continua evoluzione e vi è la necessità di fornire servizi qualitativamente ottimali ed affrontare nuove emergenze. In pratica, è come se in un sistema economico si fosse di fronte ad una domanda e ad un bisogno in continua evoluzione.

Con l'offerta attuale e con la modalità di erogazione della stessa, tra qualche anno vi saranno obsolescenze e difficoltà sempre maggiori nell'adeguare l'offerta e la sua qualità al variare dell'evoluzione dei bisogni.

Esempio: se nascono meno bambini non possono essere mantenute le stesse sale parto con livelli di performance e di qualità medi perché, oggi, nella sala parto deve essere presente un'équipe ben definita di professionisti di diversa competenza. Ed è altrettanto evidente che una sala parto non può incrociare solo 600 parti; deve incrociarne di più e non solo per problemi di rendimento ma anche e soprattutto per problemi di qualità.

La velocità del cambiamento della pubblica amministrazione è però minore del previsto; a tal proposito si potrebbe dire che i sistemi sanitari regionali si stanno muovendo, in questo momento, come se ci fosse un treno al quale, in ogni stazione, viene attaccato un vagone; è difficile staccare i vagoni che non servono più.

Altre criticità sono:

- quella degli *investimenti* che non si possono fare se non c'è una visione di tipo programmatico con riferimento pluriennale;
- quella della *managerialità*, tenendo conto che per ragionare in tali termini occorrono finanziamenti reali e predefiniti, con

coerenza per risorse assegnate ed obiettivi da raggiungere che devono essere di tipo sanitario.

Quali sono le sfide che attendono i servizi sanitari regionali nel prossimo periodo? Si può provare ad indicare ed elencare tali sfide, sia sul fronte della domanda che su quello dell'offerta.

Sul fronte della domanda, certamente il tema dei livelli di assistenza accennato è fondamentale.

Rispetto all'offerta, è fondamentale il tema "modelli organizzativi". Se tale tema non viene affrontato emerge per il sistema italiano una significativa difficoltà di "tenuta" rispetto agli altri Paesi europei.

L'analisi può continuare affrontando il problema dei livelli di assistenza con alcune provocazioni di tipo positivo. Il primo livello viene decodificato come "promozione di interventi basati su prove scientifiche di efficacia". Esiste poi l'aumento degli interventi appropriati con liberazione di risorse per le priorità ed i bisogni reali. I "cento anni uomo di fisioterapia" possono essere spostati sugli strumenti e l'azione del fisioterapista può essere indirizzata, invece che sugli strumenti, su altro dove, probabilmente, ha maggiore utilità.

Esiste anche la questione dei fondi integrativi che non può più essere messa sullo sfondo, dal momento che è un tema fondamentale.

La questione "fondi integrativi" necessita di una premessa generale. È ipotizzabile che il sistema sanitario dei Paesi europei, nei prossimi anni, rimarrà impostato su base universalistica, sulla salute come "diritto", sulla regia istituzionale del sistema pubblico.

Tutti i sistemi sanitari europei non vogliono orientarsi sulla tipologia di quello adottato negli Stati Uniti che, tra l'altro, è isolato. Di contro il tema sul tavolo di tutti è quello inerente i "modelli". Nel nostro Paese si è sviluppato un importante dibattito provocato dalle dinamiche che si sono attivate, per esempio, tra la Regione Lom-

bardia ed il Governo centrale. Tali dinamiche hanno prodotto l'ipotesi che il modello della Regione lombarda fosse il problema prevalente del nostro sistema sanitario. Da ciò che si legge, da ciò che si sente, da ciò che si è potuto approfondire si evidenzia un comune accordo sul fatto che il modello organizzativo è deideologizzato. L'ideologia è nell'idea di un sistema universalistico. La questione "modelli" è invece un problema tecnico che ognuno può giocare come vuole. Pertanto, i modelli di organizzazione dell'offerta sono da considerarsi in evoluzione e, comunque, sottoposti a valutazioni di efficacia ed efficienza.

Queste ultime, devono permettere le migliori scelte rispetto all'esigenza del cittadino e da ciò derivano alcune domande: come ci si organizza? Come si organizza ogni Regione? Come si organizza ogni azienda?

Questo è il grande tema aperto; un tema che riguarda strumenti, metodi e tecniche gestionali.

Sempre con riguardo alle "sfide", significativo è il problema dell'offerta pubblica.

Il tema per le aziende sanitarie è la definizione di come fare manutenzione continua dei propri impianti organizzativi e di come impostare il funzionamento degli stessi. Se qualcuno dell'Università di Kyoto venisse in Italia con una cinepresa e riprendesse i nostri impianti organizzativi avrebbe molto materiale per lo studio di numerosi elementi di patologia dell'organizzazione. Il problema va dunque affrontato perché riguarda tutti e perché è necessaria la riorganizzazione del lavoro senza tabù e senza schemi rigidi e imm modificabili.

### 5. La formazione permanente e la motivazione dei quadri

Se i quadri non sono motivati la qualità del sistema ne risponde. Questo vale anche per l'acquisizione di beni e servizi "esterni".

Acquisire beni e servizi dall'esterno significa fare una rigorosa valutazione del "buy of make". Non basta acquistare al costo mi-

nore; bisogna anche verificare la qualità del prodotto e monitorare la produttività. Il problema di fondo, quindi, è quello della verifica del prodotto nell'idea che il pubblico interesse non si risolve soltanto al momento dell'acquisto ad un prezzo inferiore, ma anche al momento del controllo dello standard e, soprattutto, quando si effettua la valutazione del prodotto fornito. Il problema del ruolo del privato nell'offerta di prestazioni sanitarie è legato prevalentemente alla fornitura di prodotti e servizi alle strutture pubbliche, ma non è da sottovalutare anche la fornitura di prestazioni socio sanitarie ai cittadini.

Su quest'ultimo fronte, come già anticipato, i temi base sono diversi e, tra questi, si trova la certezza di regole del gioco, cosa necessaria per parlare di rischio di impresa.

Non è infatti pensabile che le aziende private, quando entrano in gioco, non abbiano "certezze" sia in senso positivo che negativo. "Certezza" significa, quindi, regole chiare per tutti che diventano una precondizione per poter parlare effettivamente di rischio di impresa. Se così non fosse non si potrebbe parlare di "privato", ma di "fatturato garantito" cosa che è decisamente "altro".

Naturalmente – anche per le imprese private – esiste il problema del riorientamento verso aree richieste di attività. Se esistono aziende private che fanno prestazioni che non servono più al sistema, quelle aziende devono riorientare le proprie prestazioni.

Una considerazione sulla pluralità di fornitori di prestazioni. Il "mercato" in sanità in senso classico non esiste anche perché il nostro Paese si muove sul prodotto interno lordo predefinito dalla sanità.

Ad ogni modo, la questione della pluralità di fornitori di prestazioni pone anche un altro problema che ogni servizio sanitario deve coniugare: la spinta forte all'innovazione in tutti i settori dell'informazione.

Ciò significa che la caratteristica del mercato della pluralità è certamente l'innova-

zione. Aprendosi al confronto e alla competizione è evidente che un'azienda riesce ad essere innovativa e a produrre innovazione in tutti i settori dell'organizzazione. All'inizio i direttori generali hanno interpretato fortemente tale modello e addirittura, in campo organizzativo, non c'era scambio e confronto sulle innovazioni che ognuno aveva ideato per la propria realtà. Tutte le aziende hanno uno stato patrimoniale che riguarda i propri beni; la contabilità generale è composta di un conto economico e di uno stato patrimoniale. Ogni azienda dovrebbe avere lo stato del proprio patrimonio professionale che è così rilevante da rappresentare la ricchezza maggiore del sistema sanitario. La performance del Servizio sanitario regionale è direttamente collegata alla gestione del patrimonio professionale.

Tutto il mondo aziendale ha ormai capito l'importanza degli incentivi, ma anche che se non c'è la partecipazione del "quadro" e dell'operatore, non si fa qualità.

Patrimonio professionale, partecipazione e forte turbolenza organizzativa per la costante necessità di cambiamento determinata non tanto e non solo dalla volontà delle Regioni o dell'intero Paese, ma dalla volontà internazionale (tecnologia e farmaci). Tutto questo condiziona pesantemente le potenzialità del patrimonio professionale e diventa l'altra equazione fondamentale del sistema.

I sistemi sanitari regionali hanno, dunque, l'esigenza di conoscere il rapporto tra turbolenza organizzativa e patrimonio professionale: conoscere per adeguare il sistema sanitario ai diversi livelli di azione.

Una delle cose che, a tal proposito e in qualità di osservatori hanno stupito è, ad esempio, il pensiero di come la chirurgia generale sia cambiata radicalmente negli ultimi dieci anni. Gli interventi cruenti sono diventati una cosa meno rilevante.

Un Servizio sanitario regionale, un'Azienda non possono non porsi il problema di come la turbolenza organizzativa, dettata dall'innovazione tecnologica e dal livello di conoscenza della scienza medica, provochi i cambiamenti. Quale decisione deve essere presa sui medici in più che si trovano nelle diverse strutture?

Nella Regione Friuli Venezia Giulia ci si comincia a porre il problema ed in tal senso si sta ipotizzando l'idea di attivare un Osservatorio delle professioni con l'obiettivo di leggere in maniera organica il rapporto tra la turbolenza organizzativa ed il patrimonio professionale. L'Osservatorio:

- è uno strumento che aiuta l'osservazione del patrimonio professionale del sistema sanitario;
- fotografa il patrimonio professionale dal punto di vista quali-quantitativo cercando di capire i cambiamenti organizzativi, i cambiamenti scientifico tecnologici;
- registra le difficoltà degli operatori per impadronirsi dei sistemi;
- studia i nuovi bisogni di professionalità necessari a supportare il cambiamento del sistema delle cure e dei sistemi organizzativi;
- facilita la relazione tra fabbisogno formativo e formazione continua.

Sono certo che in tal modo si cominceranno a costruire e a vedere i primi e significativi risultati positivi.



# Il fabbisogno di infermieri nei servizi sanitari: dalle indicazioni normative alle definizioni aziendali

I fondamenti legislativi che sono alla base  
delle indicazioni quantitative delle piante organiche

di Marinella D'Innocenzo\*

In Italia ogni cittadino, secondo quanto stabilito dalla Costituzione (articolo 32), ha diritto all'assistenza sanitaria. Lo Stato attraverso il Ssn garantisce la risposta ai bisogni di salute della popolazione.

Nel rispetto dei principi della dignità della persona, dell'equità nell'accesso all'assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze e dell'economicità nell'impiego delle risorse, sono stati individuati i Lea (Dpcm 29 novembre 2001).

I Lea assicurano prestazioni che rispondono a criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità.

L'universalismo selettivo del Ssn, a cui si è giunti dopo un travagliato processo di riforma, è un universalismo che identifica le **prestazioni essenziali** allo scopo di fornire un'efficace ed appropriata risposta ai bisogni sanitari, rendendola contestualmente compatibile con le risorse effettivamente disponibili. Ad ogni prestazione ritenuta necessaria è associata la migliore condizione organizzativa ed operativa per erogarla.

Rispetto a questo, le Regioni (ai sensi del-

la legge 56/00 in materia di federalismo) hanno oggi l'obbligo di assicurare le "garanzie" previste dal Ssn attraverso un processo di responsabilizzazione regionale sull'uso delle risorse. Ciò significa che ogni Regione deve ufficializzare gli obblighi che si impegna a rispettare nei confronti dei propri cittadini, definendo quali benefici devono essere garantiti (e quali tipologie di servizi devono essere offerti) a fronte del mandato implicito fra gli stessi cittadini e il sistema di solidarietà ed equità generale. In quest'ottica, il funzionamento del Ssn, quale insieme delle funzioni di tutti i sistemi sanitari regionali, deve riguardare:

- i diritti dei cittadini;
- le tipologie di prestazioni offerte e l'organizzazione attraverso cui garantirle;
- i meccanismi di valutazione e controllo dei servizi erogati ed erogabili;
- la responsabilità dei professionisti e degli individui.

Sono essenziali ed appropriate quelle prestazioni che sono in grado di tutelare nel miglior modo possibile la capacità di ogni utente di esercitare i propri diritti o di conquistarne la fruizione. Il diritto all'assistenza,

\* Componente del Comitato centrale della Federazione nazionale dei Collegi Ispasvi – Direttore dell'Unità operativa complessa Servizio assistenza infermieristica Asl Rm B – Roma

così come sancito dai Lea, è garantito attraverso una buona ed appropriata organizzazione e gestione delle risorse. Ciò presuppone il diritto ad avere un'assistenza erogata da un numero "congruo" di operatori tale da garantire la qualità delle prestazioni sanitarie ed assistenziali ai cittadini.

Ma qual è il numero "congruo" di operatori necessari per garantire il diritto all'assistenza? Come si è evoluto il quadro normativo metodologico-organizzativo negli ultimi trent'anni?

È importante sottolineare innanzitutto come nel corso degli anni si sia passati progressivamente da una legislazione essenzialmente statale, da una politica e da un governo di tipo "centralista" attento ai bisogni generali della popolazione, ad una legislazione, ad una politica e ad un governo di tipo "loco-regionale" più vicino alle esigenze/richieste dei propri cittadini/residenti (figura 1).

niscono ancora oggi, in molte realtà aziendali, il supporto metodologico con cui calcolare il fabbisogno di personale infermieristico da assegnare alle unità operative. La definizione dell'organico è considerata, in questi anni, strumento "tecnico" essenziale per garantire l'erogazione di un'assistenza infermieristica di qualità nelle strutture sanitarie ospedaliere. Come si legge nel Dpr 128/68:

*"(...) la dotazione organica del personale sanitario ausiliario deve assicurare un tempo minimo di assistenza effettiva per malato di 120 minuti nelle 24 ore (...) tenendo conto dei seguenti elementi (...) numero effettivo dei posti letto, necessità dei servizi ambulatoriali e di guardia, turni di ferie e riposi settimanali e festivi, nosologia e impegno a essa inerente, quantità e qualità dell'attività medica, orari di servizio del personale sanitario (...)".*

Dalla 833/78 in poi (tabella 1), vi è, da un lato, uno sforzo contestuale da parte dello Stato per razionalizzare il sistema cercando di definire criteri organizzativi e stan-

Figura 1



Con il Dpr 128/68, ma anche con la delibera Cipe dell'84 e il Dm dell'88 fino alla prima legge di riforma sanitaria (Dlgs 502/92), si dettano le norme e i criteri a livello nazionale per il calcolo del fabbisogno di personale e per la valutazione della dotazione organica. Tali indicazioni for-

dard assistenziali, dall'altro si assiste ad un'esplosione delle piante organiche nel tentativo di risolvere i problemi occupazionali attraverso il reclutamento di ingenti risorse infermieristiche.

La legge 595/85 inizia a dare indicazioni in merito ad alcuni standard di riferimen-



Tabella 1

**LE NORME LEGISLATIVE CHE INTERVENGONO SUGLI ORGANICI DEL SSN**

- 1968** – Legge 132 (Legge Mariotti)  
• Dpr 128/69
- 1978** – Legge 833  
• Dpr 761/79
- 1984** – Dpr 821 (art. 19)  
Ccnl 348/83 (orario di lavoro a 38h/sett)
- 1984** – Delibera Cipe (Ripartizione Fsn 1985)
- 1985** – Legge 595, Psn 1986–88
- 1987** – Dpr 270 (orario di lavoro a 36h/sett)
- 1988** – Legge 109, “Misure urgenti per le dotazioni organiche degli ospedali...”
- 1988** – Dm sulla “Determinazione degli standard del personale ospedaliero”
- 1990** – Legge 407 (Ota)
- 1991** – Legge 111, Norme sulla gestione transitoria delle Usl
- 1992** – Legge 421, Delega per il riordino della disciplina in materia sanitaria

to utili per definire il fabbisogno di personale. La riorganizzazione degli ospedali deve, infatti, tener conto:

- del tasso di utilizzazione dei posti letto;
- dei posti letto per abitante;
- della riconversione degli ospedali con <120 posti letto;
- della maggiore attività di day hospital;
- del potenziamento dell'organico delle strutture con carico di lavoro superiore.

Il Dm del 13 settembre 1988 (decreto Donat Cattin), *Determinazione degli standard del personale ospedaliero*, stabilisce, nell'ambito della rideterminazione del numero dei posti letto ospedalieri, gli standard di personale:

“(...) con riferimento a moduli organizzativi tipo che (...) ne comportano l'utilizzazione ottimale

(...). I moduli organizzativi tipo costituiscono ad un tempo la soglia minima al di sotto della quale la gestione dell'unità operativa diviene antieconomica (...) ed una indicazione parametrica per la determinazione della dotazione organica”.

Gli standard di personale delle unità operative di degenza suddivise in sei livelli di intensità assistenziale (terapia intensiva e sub-intensiva, specialità ad elevata assistenza, specialità a media assistenza, specialità di base, riabilitazione, lungodegenza) sono determinate in base al numero di posti letto.

Tutta la normativa di questo periodo impone “dall'alto” che l'organizzazione del personale di assistenza e di supporto venga regolata in rapporto ad alcuni parametri, come riportati in tabella 2.

Tabella 2

**PARAMETRI PER LA DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE INFERMIERISTICO PREVISTI DA ALCUNI PROVVEDIMENTI NORMATIVI**

N. posti letto N. minuti di assistenza/die teoricamente erogabili per tipo di reparto	<b>Dpr 128/69</b>
N. operatori per abitante Apporto tecnologico, patologie prevalenti, degenza media	<b>Delibera Cipe/84</b>
Moduli–tipo di reparto per specialità e complessità Aspetto tecnologico	<b>Dm 1988</b>

Il calcolo del fabbisogno tiene conto dei posti letto, del tempo assistenziale (teorico), dell'orario contrattuale dovuto, delle giornate di presenza ecc. In nessun caso, il calcolo di fabbisogno nella determinazione delle piante organiche tiene conto del bisogno globale di assistenza di ogni singolo paziente.

L'avvio del processo di aziendalizzazione di fatto supera il concetto di dotazione organica definita sulla base dei minuti/posti letto.

Il cambiamento politico-culturale nella organizzazione e nella gestione della sanità pubblica, dettato dalla necessità di affrontare concretamente la questione economico-finanziaria della Sanità attraverso un processo di razionalizzazione e riorganizzazione del Ssn, ha prodotto sostanziali trasformazioni anche sulle modalità di calcolo del fabbisogno di personale infermieristico.

Dal Dlgs 502/92 in poi (tabella 3) si sposta progressivamente l'asse decisionale dallo Stato alle Regioni e alle Aziende. Le Regioni si configurano come l'Ente locale in grado di tradurre attraverso le Aziende i bisogni di salute in servizi sanitari ai cittadini di quel territorio. Le ex Unità sanitarie locali diventano *Aziende dotate di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica* le quali provvedono

*“ad assicurare i livelli di assistenza nel proprio ambito territoriale”.*

Una cospicua produzione legislativa tendente a razionalizzare le risorse nei servizi pubblici avvia la riorganizzazione anche della pubblica amministrazione. Ed è proprio con partenza dalla pubblica amministrazione che si abbandona il concetto di pianta organica predefinito e si comincia a parlare per la prima volta di misurazione del carico di lavoro per la definizione del fabbisogno di personale.

Il Dlgs 29/93 fissa l'obbligo per tutte le amministrazioni pubbliche di ridefinire le proprie piante organiche sulla base della determinazione dei carichi di lavoro. La rilevazione del carico di lavoro ha come riferimento:

1. la definizione della quantità totale di atti ed operazioni prodotte;
  2. i tempi standard di esercizio delle attività svolte;
  3. il grado di copertura del servizio reso in rapporto alla domanda reale o potenziale.
- Con la Circolare n. 6/94 sui *Carichi di lavoro delle amministrazioni pubbliche e dotazioni organiche delle Amministrazioni dello Stato* si emanano le direttive per la revisione delle piante organiche e per la definizione delle metodologie di rilevazione dei carichi di lavoro. Le delibere regionali di recepimento della circolare, individuano i metodi per la determinazione delle piante

Tabella 3

## LO SPOSTAMENTO DELL'ASSE DECISIONALE DALLO STATO ALLE REGIONI E ALLE AZIENDE

*Dlgss 502/92 e 517/93:*

- *Principi del Ssn salvaguardati*
- *Aziende: autonomia/responsabilità*
- *Direttore generale: potere di gestione delle Aziende*
- *Regione: indirizzi e controllo*

*Dlgs 29/93-Circolare n. 6 del ministero della Funzione pubblica 23 marzo 1994:*

• *carichi di lavoro delle amministrazioni pubbliche e dotazioni organiche delle amministrazioni dello Stato*  
*Delibere regionali di recepimento della Circolare del ministero della Funzione pubblica e individuazione di metodi per la determinazione delle piante organiche e relative dotazioni di personale. Definizione dei Trr (Tempi di Riferimento Regionali).*

- *I Trr sono utilizzati dalle Aziende sanitarie per la definizione delle dotazioni organiche*

organiche e provvedono alla definizione dei tempi di riferimento regionali mediante i quali le Aziende possono rilevare il carico di lavoro e definire le dotazioni organiche. Di fatto la Circolare Cassese non introduce sostanziali cambiamenti a quanto già indicato nella normativa vigente: stabilisce una revisione delle dotazioni organiche, ma non affronta il problema di come fare a garantire quel diritto all'assistenza ai cittadini che ne hanno bisogno.

La produzione legislativa in materia fiscale (documenti di programmazione economico-finanziaria e dalle leggi finanziarie a partire dalla legge 407/90) di questi ultimi dieci anni, mostra come i "tagli" per la sanità e per l'assistenza siano diventati uno strumento progressivo di programmazione economico-finanziaria ed abbiano di fatto fortemente condizionato le politiche regionali e locali in materia di organizzazione e gestione dei Servizi sanitari delle risorse umane.

Da un'attenta lettura delle leggi finanziarie (tabelle 4, 5 e 6) e di tutta la normativa sanitaria vigente, nel passaggio dal livello statale a quello loco-regionale, si osserva come la riduzione dei costi del personale ed il blocco delle assunzioni nelle

Aziende sanitarie che garantiscono a stento il turn over di personale, siano di fatto diventati gli strumenti tecnici delle manovre per il contenimento della spesa.

L'introduzione del federalismo fiscale (legge 56/2000) sta producendo un'ulteriore serie di cambiamenti nella Sanità, tra cui la responsabilizzazione economica delle Regioni sui disavanzi e sulla gestione generale, una maggiore responsabilità economica dei Direttori generali soprattutto rispetto all'obbligo del pareggio di bilancio, il "blocco" ulteriore delle piante organiche, la progressiva carenza di alcune figure professionali sul mercato (tra cui quella infermieristica è forse oggi il caso più eclatante!) determinanti per la risposta assistenziale e la conseguente emanazione di indicazioni nazionali (Accordo Stato-Regioni sulla figura dell'Operatore socio sanitario, 2001) e leggi regionali sull'istituzione di nuove figure di supporto all'assistenza infermieristica.

Anche il processo di riforma del Ssn (dal Dlgs 502 in poi; vedi tabella 7) che avrebbe dovuto garantire il diritto all'assistenza attraverso una buona ed appropriata organizzazione e gestione delle limitate risorse disponibili, e attraverso una maggiore re-

Tabella 4

**LEGGI E MANOVRE FINANZIARIE**

<i>Legge 407/90</i>	<i>Legge 448/01</i>
<i>Legge 412/92</i>	<i>Legge 80/98</i>
<i>Legge 537/93</i>	<i>Dlgs 229/99</i>
<i>Legge 724/94</i>	<i>Legge 133/99 (Federalismo)</i>
<i>Legge 85/95</i>	<i>Legge 56/00 (Federalismo)</i>
<i>Legge 549/95</i>	<i>Legge 328/2000</i>
<i>Legge 662/96</i>	<i>Psn 2000-2003</i>
<i>Decreto legge 280/96</i>	<i>Legge 405/2001</i>
<i>Legge 448/98</i>	<i>Dm/2001 (Definizione dei Lea)</i>
<i>Legge 488/99</i>	<i>Psn 2002-2004</i>
<i>Legge 388/00</i>	<i>Legge 1/2001</i>

Tabella 5

**ACCORDI STATO-REGIONI**

<i>3 agosto 2000</i>	<i>8 agosto 2001</i>
<i>22 marzo 2001</i>	<i>25 ottobre 2001</i>

Tabella 6

## LE LEGGI FINANZIARIE DEGLI ULTIMI DIECI ANNI

*La legge 407/90, per prima, comincia a prevedere limiti alle assunzioni e a ravvisare la necessità di rideterminare gli standard di personale in base a criteri di razionalizzazione delle risorse umane.*

*La legge 412/92, e così tutte le Finanziarie successive, stabilisce, nell'ambito della definizione degli standard organizzativi per calcolare il parametro capitario, il blocco delle assunzioni per il personale infermieristico.*

*Nella legge 537/93 (collegato alla Finanziaria 1994) all'articolo 8 si pone l'obbligo per il 1994 alle Aziende sanitarie di non procedere all'assunzione di personale.*

*La legge 724/94 prevede la riorganizzazione degli ospedali con la riduzione del 5% dei posti letto e il ridimensionamento degli organici. In alcuni articoli si pone il divieto di assunzione di personale per i primi 6 mesi e nei successivi le assunzioni riguarderà solo la copertura del turn over previa verifica dei carichi di lavoro (articolo 4), nonché si definisce l'articolazione dell'orario di lavoro su 5 giorni e part time fino ad un max del 25% della dotazione organica (articolo 22).*

*La legge 85/95 ("manovra Dini") pone particolarmente l'accento sul contenimento della spesa sul personale.*

*La legge 549/95 (Finanziaria 1996) prevede:*

- *modello dipartimentale per l'organizzazione interna degli ospedali*
- *riorganizzazione delle attività sanitarie tendente al recupero di personale in esubero e contenimento delle spese*

*Decreto legge 280/96 (Disposizioni urgenti nel settore sanitario):*

- *le Regioni procedono ad attività di controllo e verifica sul corretto utilizzo da parte degli erogatori di prestazioni sanitarie delle risorse impiegate*
- *le Regioni completano la ristrutturazione della rete ospedaliera entro il 31 dicembre 1999*
- *al personale si applicano le misure di mobilità previste dalla normativa vigente a seguito del processo di ristrutturazione della rete ospedaliera*

*Legge 662/96 (Finanziaria 1997):*

- *contenimento della spesa attraverso la rideterminazione delle dotazioni organiche in misura pari ai posti coperti al 31 agosto 1996... la mancata rideterminazione entro il 30 aprile 1997 determina la riduzione automatica del 5%*
- *divieto di assumere personale anche a tempo determinato fino al 31 dicembre 1997*
- *autorizzazione solo delle procedure di mobilità*

*Legge 449/97 (Finanziaria 1998):*

- *estensione dell'obbligo di pareggio di bilancio ai presidi ospedalieri delle Asl*
- *misure per incentivare il ricorso al part time*
- *contenimento spesa del personale*

*Legge 448/98 (Finanziaria 1999):*

- *Patto di stabilità e crescita: riduzione progressiva del disavanzo e perseguimento degli obiettivi di efficienza e di contenimento dei costi del personale*

*Legge 488/99 (Finanziaria 2000):*

- *rispetto degli obiettivi di riduzione programmata di personale*
- *politiche di assunzione collegate alla riduzione complessiva della spesa per il personale*

*Legge 388/00 (Finanziaria 2001):*

- *le Regioni sono tenute a provvedere ad eventuali disavanzi di gestione utilizzando l'autonomia impositiva*
- *indicazioni alle Regioni per il contenimento della spesa*

*Legge 448/01 (Finanziaria 2002):*

- *in base al Patto di stabilità del 2001, divieto di procedere ad assunzioni di personale a tempo indeterminato per il 2002.*

sponsabilità nell'offerta e nella produzione di servizi/prestazioni ai cittadini/utenti, è spesso caduto in contraddizione in questi anni, lasciando prevalere in alcuni momenti la logica del contenimento dei costi su quella della razionalizzazione delle risorse e della lotta agli sprechi e alle inefficienze organizzative del sistema.

Tabella 7

**TESTO AGGIORNATO DEL DLGS 502/92**

*Dlgs 7 dicembre 1993, n. 517*  
*Decreto legge 30 maggio 1994, n. 325*  
*Decreto legge 27 agosto 1994, n. 512*  
*Legge finanziaria 23 dicembre 1994, n. 724*  
*Legge finanziaria 28 dicembre 1995, n. 549*  
*Decreto legge 18 novembre 1996, n. 583*  
*Dlgs 15 dicembre 1997, n. 446*  
*Legge finanziaria 23 dicembre 1998, n. 449*  
*Legge delega 30 dicembre 1998, n. 419*  
*Dlgs 19 giugno 1999, n. 229*  
*Dlgs 28 luglio 2000, n. 254*  
*Legge 16 novembre 2001, n. 405*  
*Legge 1/02*

In questi anni, è cambiata la quantità e la qualità della domanda di salute e gli stili di vita della popolazione, la tipologia delle patologie (croniche ed invalidanti), e determinante è diventato il supporto delle tecnologie e delle strumentazioni diagnostico-terapeutiche nell'assistenza sanitaria ai cittadini, ma tutto questo ha determinato una maggiore complessità della risposta assistenziale, ha reso necessaria una revisione dei processi assistenziali e una riprogettazione organizzativa sulla base del modello dipartimentale e dell'articolazione distrettuale.

Ciononostante, l'organizzazione, il funzionamento dei servizi e le attività assistenziali in molte realtà sanitarie sono ancora oggi:

- centrate più sui bisogni dell'organizza-

zione che non sui bisogni dei pazienti;

- organizzate per compiti e non per obiettivi e processi;

- legate alla consuetudine anziché alla valutazione del risultato e all'appropriatezza.

Allo stato dell'arte il Ssn post riordino si presenta abbastanza eterogeneo: in alcune parti del Paese sono ancora presenti i retaggi lasciati dal Dpr 128/68, in altre le cose stanno cambiando, in altre realtà più avanzate si sta puntando all'eccellenza; ma in ogni caso si continua a parlare tanto del contenimento della spesa e poco di carico di lavoro e di risorse umane necessarie per garantire risposte assistenziali appropriate e sicure ai cittadini.

Altro aspetto sul quale occorre soffermarsi è quello della progressiva demotivazione professionale legata alla mancata corrispondenza tra il potenziale sviluppo professionale sancito anche dal quadro normativo vigente e il riconoscimento reale nell'organizzazione attraverso una congrua valorizzazione economica e di carriera.

La piena autonomia organizzativa e finanziaria dei Servizi sanitari regionali ha reso, oggi, esplicita la "tensione" tra richieste di flessibilità ed autodeterminazione, ed esigenze di uniformità che connotano il carattere nazionale del sistema. È cresciuta la preoccupazione che un'eccessiva *devolution* faccia perdere di vista quelli che sono i principi del Ssn e il quadro generale di riferimento indispensabile al funzionamento del sistema stesso ed entro cui si devono connotare anche le politiche del personale. La mancanza di un quadro di riferimento nazionale che dia indicazioni chiare alle Aziende sulle modalità organizzative per entrare nel mercato dell'offerta, ha favorito il ricorso alla flessibilità selvaggia quale alibi per non effettuare le revisioni organizzative altresì necessarie per definire chi e quanto personale dovrebbe fare che cosa e come, nonché rilevanti per determinare costi evitabili derivanti, ad esempio, da interventi/prestazioni "non essenziali", cioè inefficaci, inappropriati ed an-

ti-economici o da un uso incongruo di personale infermieristico per la copertura di attività non attinenti alla funzione specifica di assistenza generale alla persona previste dalla normativa vigente (legge 42/99, legge 251/00, Codice deontologico 1999). Accade, infatti, che le Aziende negozino con i dirigenti di Unità operativa e i Dipartimenti le risorse. Le dotazioni organiche infermieristiche risentono dei limiti imposti dai bilanci e dalla presenza nel mercato di figure professionali specifiche. Il numero degli infermieri nelle Unità operative ospedaliere, nei servizi territoriali, nell'assistenza domiciliare e strutture residenziali e semi, è legato alle politiche della Regione di appartenenza e alle scelte del singolo Direttore generale.

A fronte di questa difficile e complessa situazione è necessario:

- modificare la tendenza alla flessibilità "selvaggia" delle Asl nelle definizioni delle dotazioni organiche delle Unità operative;
- garantire il diritto all'assistenza a tutti i cittadini assicurando il livello essenziale

di assistenza infermieristica necessario per erogare un'assistenza appropriata e sicura;

- definire indicatori e standard per la determinazione del fabbisogno di infermieri ed operatori di supporto nei Servizi sanitari ospedalieri e territoriali applicabili in qualsiasi contesto specifico.

La proposta della professione infermieristica tende a superare la mancanza di un quadro organico di riferimento e può rappresentare uno strumento utile per le Aziende per garantire il diritto dei cittadini a ricevere ad un'assistenza appropriata (come quella prevista dai Lea) e sicura.

È alla luce dell'analisi effettuata che la Federazione nazionale Ispasvi propone una nuova modalità di lettura assistenziale per calcolare il fabbisogno di assistenza infermieristica. Il modello di analisi della complessità assistenziale elaborato da Silvestro e Pitacco può essere uno strumento utile a guidare le scelte delle direzioni infermieristiche e ad assicurare la qualità assistenziale e il governo dei processi assistenziali.



# Un modello di analisi della complessità assistenziale

La proposta di un metodo per analizzare le variabili che concorrono a definire il fabbisogno e la tipologia assistenziale

di *Giuliana Pitacco\**

Una corretta presentazione del modello di analisi della complessità assistenziale<sup>1</sup> presuppone un breve accenno al contesto nel quale il modello si è sviluppato, alle motivazioni sottese a tale elaborazione e a come ha acquisito forma nel corso del tempo.

Il contesto è quello della Regione Friuli Venezia Giulia – presentato in maniera generale ma anche precisa e specifica dal Lionello Barbina (cfr. pp. 5-13) – e le motivazioni traggono origine dalla necessità di formulare proposte di soluzione per gestire ed affrontare la carenza infermieristica registrata nella Regione stessa.

Una piccola riflessione a voce alta: in tutte le lettere di convocazione il gruppo era denominato “Gruppo emergenza infermieristica”; di solito, l’aggettivo che si avvicina al termine “emergenza” connota una tipologia di interventi richiesti da un paziente e non evidenzia mai la mancanza di operatori. Potremmo pertanto assumere che, il sistema sanitario – in particolare il sistema sanitario della Regione considerata – è il malato che ha bisogno di assistenza infermieristica.

L’assistenza infermieristica è dunque rilevante e senza di essa è impossibile garantire la vita dell’intero sistema salute. Dopo l’inciso, riprendo la trattazione specifica dell’argomento.

Un primo risultato raggiunto dal Gruppo di lavoro è stato quello di quantificare la carenza di infermieri nella Regione Friuli Venezia Giulia; il tutto dopo aver individuato la metodologia di definizione del fabbisogno e indicatori e standard per l’erogazione dell’assistenza sia all’interno degli ospedali, sia nei contesti territoriali.

La possibilità di gestire il problema “carenza” attraverso la paventata immissione acritica di personale di supporto ossia Operatori socio sanitari (Oss) era ritenuta “pericolosa” e, ovviamente, non idonea. Vi era però la necessità di proporre qualcosa di alternativo e fattibile in tempi relativamente brevi, tenuto conto altresì del fatto che la “carenza” poteva esser vissuta e divenire anche un’opportunità per ridefinire il ruolo dell’infermiere all’interno dell’organizzazione. È generalmente noto che, e soprattutto negli ospedali, l’organizzazione sanitaria è tendenzialmente gerarchizzata; molto spesso il lavoro multidisciplinare è una formulazione di principio più che un’effettiva modalità di agire.

Spesso, purtroppo, anche gli infermieri si riferiscono più a tali formulazioni per principio che per coerenza alla reale efficacia sottesa all’integrazione e alle priorità da garantire.

Sulla base delle considerazioni sopra riportate, il Gruppo ha ritenuto che l’opportuni-

\* Infermiera dirigente, componente dello staff del Commissario straordinario dell'Ircss “Burlo Garofolo”, Trieste; componente del Gruppo di lavoro “Gestione e organizzazione” della Federazione nazionale dei Collegi Ispasvi

<sup>1</sup> Il modello è stato elaborato da Annalisa Silvestro e Giuliana Pitacco, con il contributo di Mara Pelizzari e Rosanna Finos.

tà elaborativa offerta, poteva anche portare alla definizione di un modello organizzativo capace di facilitare il raggiungimento del mandato che deriva alla professione infermieristica anche dalle norme della legge 251: la personalizzazione dell'assistenza.

È ineludibile pertanto, il passare da un paradigma in cui si "assiste il paziente" ad un paradigma in cui "si assiste la persona con il suo coinvolgimento" e tenendo conto delle risorse della persona stessa.

Nel contesto presentato da Lionello Barbina si è potuto constatare che i bisogni prioritari di salute sono sempre più di tipo cronico-degenerativo con possibili esiti invalidanti, legati ad una lunga durata della vita e ad una popolazione con determinate caratteristiche demografiche.

In tutto ciò si pone il problema dell'allocazione razionale delle risorse – soprattutto umane – anche in considerazione del fatto che non è più possibile pensare ad un sistema sanitario che assolva l'intero mandato all'interno degli ospedali.

Le valutazioni sopra riportate avevano indotto ad una riflessione anche critica su quello che è il parametro prevalentemente utilizzato per stimare il fabbisogno di assistenza infermieristica: la **dipendenza**.

Nel modello delineato la "dipendenza" rimane un elemento da considerare, ma risulta certamente incompleto in quanto non solo non esaurisce la valutazione del carico di lavoro infermieristico, ma può renderla addirittura non pertinente. Senza la riflessione sulla "dipendenza" si sarebbe potuto affermare che il neonato sano è colui che ha più bisogno di assistenza infermieristica. Il neonato, invece, ha certamente bisogno di assistenza, ma non sempre di assistenza infermieristica, così come l'anziano e le persone che vivono situazioni legate a patologie croniche.

Il Gruppo pertanto, ha ritenuto necessario definire un modello di analisi che tenesse conto di ulteriori variabili oltre alla dipendenza, comunque della **complessità** della persona e quindi dell'assistenza infermieristica.

Sul carico di lavoro infermieristico influiscono, infatti, numerose variabili quali, ad esempio, le caratteristiche della persona e l'ambiente in cui si opera. È sufficiente pensare ad alcune unità ospedaliere articolate su rilevanti lunghezze o, addirittura, su piani diversi (quindi con dispersione di spazi) oppure alle caratteristiche dei gruppi di lavoro.

La leadership dell'équipe assistenziale, ad esempio, condiziona i carichi di lavoro e la logica multidisciplinare o, viceversa, la carenza di multidisciplinarietà.

Un'altra rilevante variabile da considerare è il turn over non solo dei pazienti, ma anche del personale, come pure lo svolgimento di attività didattica, nel contesto in cui si eroga assistenza, per la formazione clinica del personale infermieristico o sanitario in senso lato.

Sulla base di tali considerazioni e di altre ancora, il Gruppo ha pensato di concentrare l'attenzione sulla variabile che, in qualche modo, è presente in tutte le realtà: **le caratteristiche e la tipologia delle persone assistite**.

Il dato culturale che accomunava il Gruppo di lavoro – composto quasi completamente da dirigenti di Servizio infermieristico – era la consuetudine all'analisi organizzativa.

Da quella base di partenza è nata l'idea di iniziare l'elaborazione utilizzando, *in primis*, le variabili che, secondo R. Vaccari, definiscono il livello di complessità di un'organizzazione (1. incertezza, 2. interdipendenza, 3. decentramento della discrezionalità decisoria) per poi verificarne la declinabilità sull'assistenza infermieristica.

In considerazione del fatto che l'obiettivo era di definire gli standard, ossia la quantità di assistenza in base alla tipologia/complessità della persona assistita, fra le variabili è stata considerata anche la "dimensione" stante l'evidenza che maggiore è il numero delle persone assistite maggiore sarà il numero di infermieri necessari.

La difficoltà oggettiva della misurazione di ciò che incide sull'assistenza infermieristica non può essere sottaciuto; le variabi-



li individuate hanno però permesso di definire, con una modalità che successivamente verrà meglio esplicitata, standard "pertinenti" e "flessibili".

Durante la fase elaborativa significativa è stata approfondita la riflessione delle norme contenute nel profilo professionale dell'infermiere (Dm 739/94), che indicano la natura educativa, tecnica e relazionale degli interventi assistenziali infermieristici. Una riflessione particolare è stata effettuata su due variabili ritenute particolarmente condizionanti l'assistenza infermieristica:

1. la condizione di salute/malattia della persona assistita;
2. la "competenza" della persona assistita rispetto alla sua condizione di salute/malattia.

Il termine "competenza", normalmente, induce a pensare all'insieme delle conoscenze, capacità cognitive e abilità che le persone possiedono.

La competenza non risiede nelle risorse (conoscenze, capacità cognitive, abilità...) da mobilitare ma nella loro mobilitazione. La competenza rientra nel concetto di saper mobilitare. Perché ci sia competenza è necessaria la messa in campo di un repertorio di risorse. Questo bagaglio è la condizione della competenza (Le Bofert, 1995). In realtà le conoscenze, le capacità cognitive e le abilità sono un bagaglio che costituisce il prerequisito della competenza che si esprime nella possibilità di mobilitare quelle risorse.

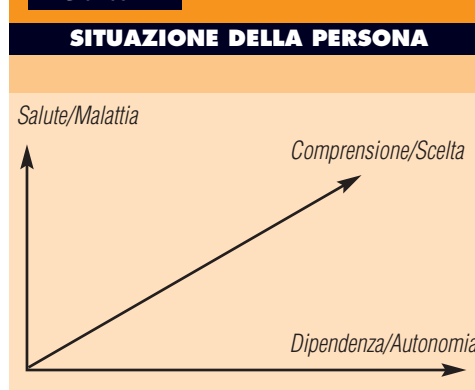
La competenza diventa quindi un "sapere agire".

La variabile "competenza" è stata ulteriormente analizzata sotto tre aspetti:

- la "Comprensione", ossia la capacità di comprendere la situazione;
- la "Scelta", ossia la capacità di scegliere i comportamenti più adeguati in rapporto alla condizione di Salute/Malattia ivi compresa;
- la Possibilità/Capacità di mettere in atto le azioni ed i comportamenti che si è de-

ciso consapevolmente di intraprendere. Le concettualizzazioni riferite sono state poi riportate nel successivo grafico che deve essere letto pensando che ognuna delle tre variabili è interdipendente con l'altra, la condiziona e ne è condizionata.

Grafico 1



La condizione di Salute/Malattia della persona viene vista in termini di stabilità ed instabilità clinica (l'instabilità clinica non deve essere collegata solo ed esclusivamente al mantenimento delle funzioni vitali visto che, ad esempio, una crisi psichiatrica produce indubbiamente instabilità clinica). Ad alta instabilità clinica corrisponde bassa discrezionalità decisoria dell'infermiere. L'infermiere che assiste una persona con alta instabilità clinica agisce prevalentemente su prescrizione e fornendo garanzia della corretta effettuazione dei processi diagnostici e terapeutici che sono quelli che riguardano prevalentemente l'asse considerata (Dm 739/94, punto g).

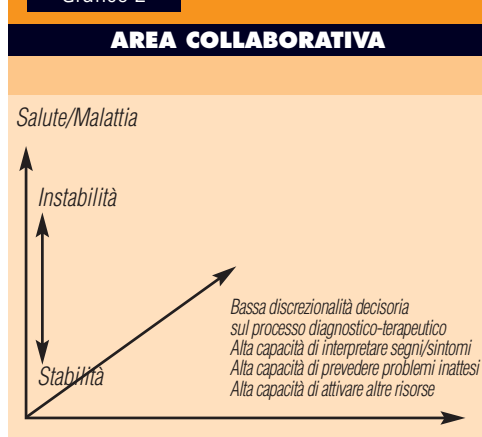
Anche nei casi in cui la persona assistita presenta un'alta instabilità clinica, l'infermiere deve possedere, comunque, una significativa capacità gestionale nel decidere come e quando mettere in atto le azioni che derivano dalla prescrizione e nell'interpretare e valutare segni e sintomi presentati dalla persona assistita.

Frequentemente è proprio l'infermiere esperto a saper cogliere – rilevandolo da indizi molto sfumati – qual è il quadro del-

la situazione clinica del malato e a evidenziare la capacità di prevedere sia i problemi attesi sia, e soprattutto, quelli inattesi. La competenza infermieristica, in questo ambito, ha proprio la peculiare caratteristica di prevedere situazioni che possono diventare critiche e richiede anche la capacità di attivare ulteriori risorse (per esempio i medici) qualora la situazione non sia gestibile solo ed esclusivamente da infermieri.

L'asse Salute/Malattia connota la cosiddetta "Area collaborativa" dell'infermiere con un altro professionista (prevalentemente il medico).

Grafico 2

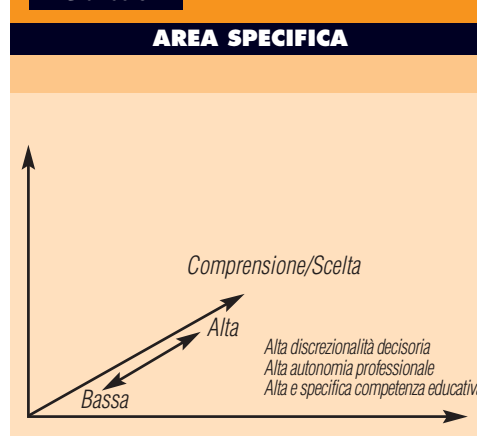


La "Comprensione/Scelta" evidenzia la capacità della persona assistita di capire la situazione e di effettuare una scelta consapevole sui comportamenti da mettere in atto per ristabilire la propria salute, mantenerla, oppure per riprogettare la propria vita in funzione di una condizione patologica che rappresenta un qualcosa di non noto o di difficile accettazione e gestione.

In questi casi il ruolo dell'infermiere è quello di "mobilizzare le risorse" della persona assistita attraverso l'informazione, l'educazione e l'addestramento, affinché possano essere operate scelte consapevoli ed attuate azioni autonome (autocura) che riguardano la propria salute.

La "Comprensione/Scelta" connota l'area di specificità e autonomia infermieristica.

Grafico 3

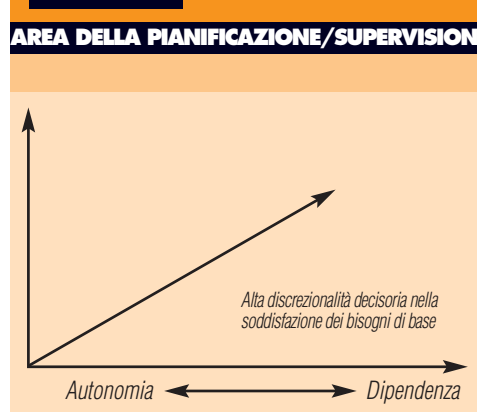


La "Autonomia/Dipendenza" prende in considerazione la possibilità della persona di agire i comportamenti precedentemente definiti. Questa è l'area della "Pianificazione/Supervisione".

Ci sono situazioni in cui le persone non sono in grado di condurre scelte autonome, ma ce ne sono delle altre in cui le persone sanno cosa vogliono e cosa dovrebbero o vorrebbero fare: non ne hanno però la possibilità.

Un esempio estremo può essere dato dalla persona con tetraplegia: sa ciò di cui ha bisogno però, evidentemente, ha la necessità di qualcuno che lo aiuti anche in quelle che sono le attività di vita quotidiana.

Grafico 4



Ritorna il concetto di “autonomia” e di “dipendenza” rispetto alla possibilità di mettere in atto comportamenti e azioni d'aiuto o di sostituzione della persona.

Tali comportamenti o l'aiuto possono non essere di stretta competenza infermieristica. In tal caso l'infermiere mantiene la responsabilità di pianificare e, soprattutto, di supervisione l'opera del personale di supporto che lo coadiuva.

Alla fine della disamina del modello di lettura della complessità assistenziale, vale la pena di ricordare che le persone assistite non rimangono costantemente a quel dato livello della variabile considerata, perché il loro stato si modifica sempre anche se impercettibilmente.

Si pensi alla persona politraumatizzata: in una prima fase la variabile che determina maggiormente il carico di lavoro infermieristico può essere quella della gestione dei processi diagnostico-terapeutici (asse della Stabilità/Instabilità clinica).

Man mano che diminuisce l'instabilità o aumenta il livello di coscienza e quindi di consapevolezza, il carico di lavoro infermieristico deriva prevalentemente dalle attività informativo/educative/relazionali per poi infine, quando la situazione si è stabilizzata, derivare dalle funzioni di pianificazione e supervisione degli interventi che potrebbero essere demandati alle figure di supporto all'assistenza infermieristica.

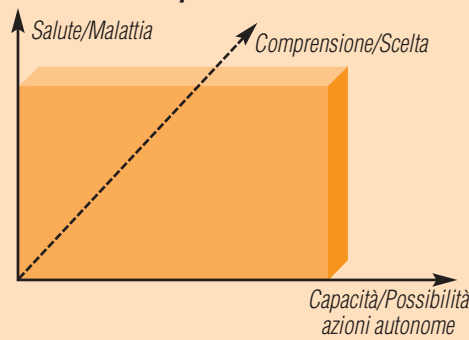
Ulteriore esempio può essere quello riferito ad una persona in coma apallico. La persona in coma apallico presenta sicuramente bassa instabilità clinica, bassa capacità di comprensione e scelta e bassa possibilità di azione autonoma.

In questo caso l'infermiere progetta autonomamente il piano di assistenza, demanda le azioni inerenti l'assistenza di base, e verifica e supervisiona le attività degli operatori che lo coadiuvano.

Forniamo di seguito (grafico 5 e grafico 6) ulteriori esemplificazioni sull'applicazione del modello.

Grafico 5

## ESEMPIO

**Presa in carico di persona con ictus in fase acuta**

Nel caso di persona presa in carico per ictus in fase acuta si evidenziano:

- alta instabilità clinica (acuzie);
- bassa capacità di comprensione scelta (incoscienza);
- alta incapacità di gestire autonomamente i propri bisogni (incoscienza).

La competenza infermieristica posta in essere riguarda prevalentemente, oltre alla gestione dei processi diagnostico-terapeutici:

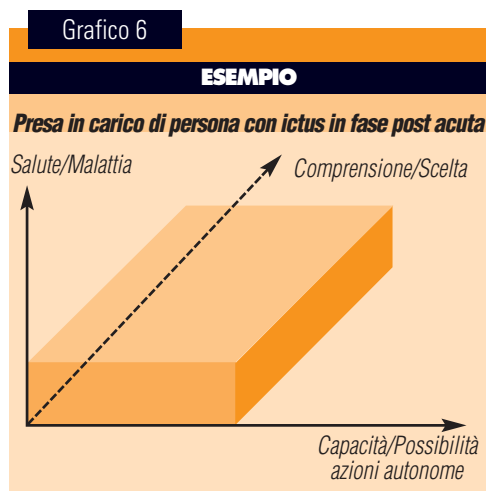
- la decodifica dei bisogni di assistenza – stante l'impossibilità della persona assistita ad interagire;
- la pianificazione della compensazione dei bisogni;
- la compensazione dei bisogni effettuata direttamente o attraverso il demando agli operatori di supporto.

Nella fase post acuta si evidenziano:

- bassa instabilità clinica;
- recupero della capacità di Comprensione/Scelta;
- recupero della Possibilità/Capacità di gestire autonomamente i propri bisogni.

La competenza infermieristica posta in essere riguarda prevalentemente:

- il sostegno alla persona che deve necessariamente riprogettarsi alla luce della nuova condizione;
- l'informazione/educazione per la definizione del progetto assistenziale;
- l'informazione e l'addestramento attraverso il demando agli operatori di supporto.



Il modello di lettura della complessità assistenziale oltre a poter essere definito come un progetto di presa in carico, ad elevata integrazione, della persona e dei caregivers, può essere anche utilizzato per l'analisi delle **competenze distintive degli infermieri** nella presa in carico della persona nelle diverse fasi del suo percorso Salute/Malattia.

La sola conoscenza ed il possesso delle abilità non sono sufficienti per garantire una qualificata assistenza infermieristica; se la competenza professionale può essere intesa come "l'uso abituale e ragionevole delle conoscenze, abilità comunicative, tecniche, ragionamento diagnostico, emozioni, valori e riflessione nella pratica quotidiana per il beneficio del singolo e della comunità servita"<sup>2</sup> allora si potrebbe affermare che la specializzazione, nell'ambito della clinica infermieristica (master nelle cinque aree del profilo professionale), punta a far acquisire competenze sia rispetto alla gestionalità dei processi diagnostico-terapeutici, sia rispetto alla tipologia dei pazienti in base al loro grado di comprensione e scelta. Da tale affermazione discende che l'infermiere responsabile dell'assistenza generale è **in grado di dare risposte assistenziali fino ad un definito livello di complessità della persona; solo successivamente** l'assistenza potrebbe essere garantita da infermieri in possesso di master e quindi di maggiore competenza professionale.

<sup>2</sup> Epstein, Humbert, Jama 2002

# Indicatori e standard per definire il fabbisogno infermieristico nei servizi ospedalieri e territoriali

Strumenti flessibili per diverse realtà organizzative, utilizzando i criteri dell'Ebn

di Mara Pelizzari\*

Dopo la presentazione del modello della complessità assistenziale, dei relativi elementi costitutivi e delle correlazioni tra tali elementi e gli ambiti di competenza infermieristica, viene presentato il percorso metodologico utilizzato per la costruzione degli indicatori e degli standard per i servizi ospedalieri e territoriali.

Prima di descrivere ed analizzare il percorso, è altrettanto importante evidenziare le due direttrici di pensiero utilizzate per costruirlo.

La prima direttrice fa riferimento ai concetti di modularità, di flessibilità e di adattabilità degli standard e degli indicatori; il tutto con l'intento di costruire uno strumento che possa calarsi e rispondere alle diverse e specifiche esigenze dei servizi ospedalieri e territoriali.

La seconda direttrice di pensiero fa riferimento ai concetti dell'appropriatezza e dell'evidenza scientifica (Ebn, Evidence Based Nursing) per costruire indicatori e standard assistenziali comunque collegati all'attenta valutazione della domanda e dell'offerta di prestazioni.

Dopo aver riflettuto sulle due direttrici di fondo, il Gruppo ha individuato gli elementi che contraddistinguono il panorama sanitario e che condizionano, di fatto, il fabbisogno di personale.

Gli elementi sono fondamentalmente di tre tipologie:

- politico/normative;
- socio-culturali;
- organizzativo/gestionali.

Sicuramente si sta delineando un nuovo modello di Welfare: il "Welfare Community" che significa ripensamento dei servizi a livello delle comunità locali e riprogettazione del sistema secondo la logica della rete di intervento che, di fatto, si basa sull'incontro creativo tra i gruppi primari – le famiglie, il vicinato, le associazioni – ed i servizi organizzati.

In questo caso le relazioni sono caratterizzate da sinergia reciproca.

Attraverso il Welfare Community si viene delineando una sorta di restituzione della competenza di cura alla comunità, in modo che sia essa stessa a farsi carico delle proprie problematiche e ad orientarsi verso l'aumento del proprio empowerment. In questa logica possono aprirsi ulteriori orizzonti per gli infermieri; l'infermiere di comunità, ad esempio, che può contraddistinguersi per competenze distintive che vanno oltre l'assistenza infermieristica classicamente intesa e che possono configurarsi con il termine assistenza avanzata. Un'assistenza orientata al potenziamento delle capacità di autocura e di autogestio-

\* Dai, Dirigente del Servizio infermieristico aziendale Ass n. 4 "Bassa Friulana" – Udine  
Componente del Gruppo di lavoro dell'Agenzia Regionale Sanitaria del Friuli Venezia Giulia

ne con infermieri presenti nel territorio che diventano attivatori delle reti formali ed informali presenti nelle comunità.

Ulteriori elementi di rilievo per la definizione del fabbisogno di personale sono la trasformazione dell'ospedale in sede privilegiata per il trattamento dei pazienti acuti, la ricerca di forme alternative all'ospedalizzazione, la rilevante evoluzione normativa relativa all'infermieristica e l'apertura di nuovi spazi di esercizio professionale.

Anche l'organizzazione del lavoro, collegata alla valutazione della rilevanza della variabile "tempo" per l'effettuazione delle prestazioni, condiziona indubbiamente la richiesta di personale.

Il riferimento è all'attuale modello organizzativo per compiti e alle nuove possibilità che si aprirebbero se si riuscisse a trasformarlo in modello per obiettivi e successivamente in un modello di tipo professionale. Altri elementi di carattere organizzativo gestionale sono la multidisciplinarietà dei gruppi di lavoro – numerosi studi hanno evidenziato che la composizione mista dei gruppi di lavoro produce risultati di sicura efficacia, nonostante la complessità sottesa alla loro gestione –, l'introduzione di una cultura della gestione comune dei processi assistenziali (dipartimentalizzazione), l'attenzione all'appropriatezza e al corretto utilizzo delle risorse (dal "tutto a tutti" al "necessario per ognuno") e la disponibilità di averne un numero congruo.

A quest'ultimo proposito va detto che dati Ocse evidenziano che l'Italia, penultima prima della Grecia, presenta un rapporto infermieri/abitanti pari a 5,3 per mille, mentre il rapporto medici/abitanti è pari a 5,9 per mille. Negli altri Paesi europei esiste un rapporto infermieri/abitanti che è quasi il doppio del rapporto medici/abitanti e questo è un elemento di sicura criticità che va affrontato non solo sul piano organizzativo gestionale, ma anche su quello politico e normativo.

Tra gli elementi di carattere socio culturale, che possono condizionare il fabbisogno

di personale, si rileva il fatto che sicuramente l'utente sta cambiando connotazione – da fruitore passivo diventa soggetto attivo e, soprattutto, consapevole –, che vi è un nuovo target di utenza portatrice di patologie cronic-degenerative, di nuovi disagi giovanili e dei disagi legati al fenomeno dell'immigrazione.

Da ultimo, non bisogna dimenticare che la società sta andando verso il superamento del pensiero sistemico per orientarsi verso il sistema a rete.

Il percorso metodologico utilizzato si basa sostanzialmente sulle seguenti fasi:

- l'analisi bibliografica;
- l'individuazione dei criteri definenti l'impegno assistenziale;
- la definizione degli indicatori;
- la costruzione degli standard assistenziali.

L'analisi bibliografica è stata molto approfondita e attenta. La criticità più evidente è consistita nel verificare l'esistenza di modelli e metodi specifici scarsamente applicabili a realtà altamente diverse o complesse come lo sono i servizi ospedalieri e quelli territoriali.

I modelli e i metodi rilevati privilegiano, infatti, l'aspetto ospedaliero piuttosto che quello territoriale e sicuramente non riescono ad avere la caratteristica di trasversalità coniugata all'attenzione alle specificità. Era necessario, quindi, individuare nuovi elementi che fossero esauritivi e rappresentativi dell'impegno assistenziale, nonché capaci di rispondere alle reali esigenze del contesto organizzativo. Il tutto per arrivare all'ulteriore fase: quella in cui individuare i criteri definenti l'impegno assistenziale.

Fondamentalmente i criteri individuati per definire l'impegno assistenziale e quindi il fabbisogno di personale sono stati:

- la complessità assistenziale;
- il tempo.

Se per **complessità assistenziale** si intende la valutazione dell'impegno professionale richiesto per erogare l'assistenza in-

fermieristica, il **tempo** non è altro che il modo per tradurre tale impegno in ore lavoro e quindi in numero di operatori.

Il fattore tempo è il criterio maggiormente utilizzato nei diversi metodi analizzati. Vi è però una connotazione di fondo: il tempo è sempre stato considerato in termini assoluti e quindi rigidi e non, ad esempio, per definire archi temporali entro cui collocare l'impegno assistenziale secondo la logica della presenza flessibile di operatori.

Il tempo, solitamente, ha una duplice connotazione: da un lato è un parametro omogeneo di utilizzo trasversale, dall'altro è un parametro critico perché non pesa in modo selettivo la complessità assistenziale di una particolare persona.

La situazione della persona è, infatti, determinata da un insieme di variabili cliniche, tecnico-operative, logistiche, relazionali ed assistenziali che interagiscono in modo sinergico delineando la relativa complessità assistenziale.

Da ciò si può ribadire che il tempo, nel momento in cui viene strettamente correlato alla complessità e al processo assistenziale, è bene non venga considerato in termini assoluti (rigidità) ma come elemento costitutivo di un arco temporale – altrimenti detto “range” – entro il quale oscillare con la presenza di operatori pur nell'ambito di una precisa indicazione che permette di definire il livello di assistenza erogata (sotto/entro/sopra il minimo assistenziale definito) e di modificarlo.

Se il processo assistenziale è un atto unitario e globale che tiene conto della specificità e complessità della persona, non può essere frammentato e parcellizzato né tantomeno “pesato” attraverso il cosiddetto “minutaggio”.

L'arco o range temporale che racchiude nelle “ore presenza operatore” l'impegno assistenziale necessario per la presa in carico della persona, è determinato da due standard:

- la presenza minima (tempo presenza/ore assistenza infermiere/minima);
- la presenza consigliata (tempo presen-

za/ore assistenza infermiere/consigliata). Ovviamente la presenza, sia minima che consigliata, deve essere **sempre e realmente** agita.

L'affermazione intende evidenziare che gli operatori (infermieri e/o operatori di supporto all'assistenza infermieristica) necessari per garantire il “minimo assistenziale” o il “consigliato assistenziale” devono essere computati in base:

- al debito **orario** a cui sono tenuti in relazione allo specifico contratto di lavoro (full time piuttosto che part time);
- agli istituti inerenti le assenze varie trasformati in **ore** (ferie, permessi per studio, festività infrasettimanali, maternità, fruizione della legge 104, malattie ecc.).

Il monte ore che ne deriva determinerà le unità o “teste” infermieristiche necessarie. Il Gruppo ha definito che il “minimo assistenziale” o “presenza minima” indica il numero di infermieri che possono garantire solamente un'efficace collaborazione al processo diagnostico-terapeutico e che il “consigliato assistenziale” o “presenza consigliata” indica il numero degli infermieri che possono garantire sia l'assistenza collaborativa (supporto al processo diagnostico e terapeutico), sia l'assistenza autonoma (rilevazione e soddisfazione dei bisogni della persona).

Il “consigliato assistenziale” consente – grazie al numero di infermieri presenti – anche l'effettuazione di un'assistenza basata sull'utilizzo di strumenti di pianificazione e di integrazione organizzativa (piani assistenziali, procedure, protocolli, linee guida) nonché di verifica delle prestazioni effettuate. L'aumento delle ore lavoro/assistenza definenti il “consigliato assistenziale” crea il presupposto per avviare un'assistenza qualificata dove i processi assistenziali sono orientati alla relazione e alla personalizzazione delle cure, alla pertinenza e all'efficacia dei risultati, alla pianificazione degli interventi, alla costante rilevazione dei bisogni di salute e alla verifica della qualità delle prestazioni erogate.

È peraltro evidente che nel caso di diminuzione anche contenuta del numero di ore/lavoro effettivamente agite e definiti il minimo assistenziale, si verrebbe a creare una situazione tale da **non** consentire il supporto al processo diagnostico terapeutico e un'assistenza all'utente **non** sicura e foriera di possibili conseguenze medico-legali.

Il Gruppo ritiene, inoltre, che un'assistenza infermieristica veramente efficace, qualificata e personalizzata non può che basarsi sulla stima e sulla verifica della complessità della situazione assistenziale della persona; aspetto, forse, trascurato utilizzando unicamente il concetto di dipendenza della persona assistita

La terza fase del percorso metodologico è stata la costruzione di indicatori specifici per ogni realtà operativa ospedaliera e territoriale, attraverso l'individuazione al numeratore e al denominatore degli elementi ritenuti condizionanti l'impegno assistenziale.

Sono stati costruiti indicatori per le degenze ospedaliere e day hospital, per le attività ambulatoriali ed i servizi, per sale operatorie, per il pronto soccorso, per l'osservazione temporanea, per i poliambulatori territoriali, per le residenze sanitarie assistenziali, per l'assistenza domiciliare integrata, per la salute mentale.

Gli standard assistenziali conseguentemente definiti, si riferiscono alla dotazione organica di base e sono stati costruiti con le seguenti modalità:

- a) definizione del tempo necessario per effettuare le principali prestazioni assistenziali utilizzando come riferimento il tempario del Prn aggiornato al 2000;
- b) rilevazione del numero di infermieri e di operatori di supporto presenti in un determinato lasso temporale in tutte le unità operative delle aziende sanitarie sia ospedaliere che territoriali della Regione Friuli Venezia Giulia;
- c) comparazione della modalità di presa in carico dei principali casi assistenziali ge-

stiti nelle diverse Unità operative sia ospedaliere che territoriali delle Aziende sanitarie della Regione FVG.

Delle tre modalità utilizzate, la prima è a carattere nazionale, trasversale ed omogenea, le altre due hanno una valenza specificamente regionale anche se riproducibile nelle diverse realtà regionali italiane utilizzando i contenuti dei punti b) e c).

La complessità assistenziale delle diverse persone prese in carico nelle degenze ospedaliere (definibile attraverso un'apposita griglia di rilevazione e riportata al valore medio per l'intera unità operativa), è inseribile in quattro livelli di complessità assistenziale (basso, medio, alto ed intensivo) a cui corrispondono gli standard definiti con la surriportata metodologia.

Specifici ed ulteriori standard sono stati poi individuati per le sale operatorie, per gli ambulatori, per l'Assistenza domiciliare integrata, tenendo sempre in conto la rilevanza e la centralità della persona. È evidente che ogni realtà aziendale/regionale può definirsi una propria e specifica griglia di analisi e pesatura della complessità assistenziale.

Per concludere, un brano del poeta uruguayano Edoardo Galeano:

*...Oriol Walls, un pediatra di Barcellona, dice che il primo gesto umano è l'abbraccio. Dopo essere venuti al mondo, al principio dei loro giorni i bebè agitano le mani come per cercare qualcuno. Altri medici, quelli che si occupano di coloro che hanno già vissuto, dicono che i vecchi, alla fine dei loro giorni, muoiono cercando di alzare le braccia ed è così, per quanto si voglia rigirare e per quanto se ne parli, a questa cosa si riduce tutto: tra due batter d'ali, senza altre spiegazioni, trascorre il viaggio...*

Se gli operatori sanitari sapranno accogliere, con perizia ed empatia, quel batter d'ali forse potremmo parlare, forse potremmo dire di aver compreso l'essenza e il significato del termine "persona" e con esso il significato di tutti i saperi scientifici, tecnici, operativi che concorrono a promuovere il benessere della persona.



## Autovalutazione

## TEST A RISPOSTA MULTIPLA

- 1. Come si deve valutare il fabbisogno infermieristico di un'azienda sanitaria o ospedaliera?**
- A) in base alle risorse finanziarie disponibili (budget)  
 B) valutando le piante organiche utilizzate in precedenza  
 C) applicando indicatori e standard specifici per l'assistenza infermieristica
- 2. La complessità assistenziale corrisponde direttamente**
- A) alla gravità delle patologie  
 B) ai bisogni della persona presa in carico dal servizio sanitario  
 C) al grado di specializzazione che deve avere il responsabile del servizio
- 3. Cosa indica la sigla inglese "Yld"?**
- A) gli anni di vita trascorsi in condizioni di invalidità  
 B) l'aspettativa di vita media  
 C) gli anni di vita persi per morte prematura
- 4. La spesa sanitaria pubblica in Italia corrisponde al**
- A) 8,5% del Pil  
 B) 7,8% del Pil  
 C) 5,5% del Pil
- 5. Quanti medici ci sono in media in Europa ogni 100.000 abitanti?**
- A) 400, ma in Italia sono 450  
 B) 280, ma in Italia sono 535  
 C) 265, ma in Italia sono 378
- 6. Quanti infermieri ci sono in media in Europa ogni 100.000 abitanti?**
- A) 560, ma in Italia sono 530  
 B) 530, ma in Italia sono 600  
 C) 480, ma in Italia sono 500
- 7. Come si calcola il finanziamento per le aziende sanitarie e per quelle ospedaliere?**
- A) pro capite per le aziende sanitarie e "a tariffa" per le aziende ospedaliere  
 B) pro capite per entrambe, valutando il bacino di utenza  
 C) "a tariffa" per entrambe, in base alle prestazioni erogate
- 8. La situazione di una persona da assistere può essere definita attraverso un grafico a tre variabili. Quale tra quelle elencate non è invece utilizzata?**
- A) salute/malattia  
 B) comprensione/scelta  
 C) competenza/saper agire  
 D) dipendenza/autonomia
- 9. La Evidence based nursing (Ebn) è**
- A) una concezione secondo la quale l'assistenza va valutata dagli infermieri  
 B) una concezione che valuta le attività infermieristiche sulla base dell'evidenza scientifica  
 C) una concezione che organizza i sistemi sanitari muovendo dalla valutazione dell'emergenza infermieristica
- 10. Cos'è il "consigliato assistenziale"?**
- A) il luogo dove è preferibile erogare una prestazione  
 B) il numero di infermieri necessari per garantire i diversi gradi di assistenza in una struttura  
 C) il gruppo decisionale di una struttura assistenziale

RISPOSTE ESATTE: 1 C, 2 B, 3 A, 4 C, 5 B, 6 A, 7 A, 8 C, 9 B, 10 B