

**METODO PER LA DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE DI ASSISTENZA  
INFERMIERISTICA ED OSTETRICA (INFERMIERI, INF. PEDIATRICI, OSTETRICHE e OSS)**

**Premessa:**

Le risorse umane sono sia un valore che un patrimonio per il Sistema sanitario ed è necessario fare una riflessione in termini di professionalità e specificità con un necessario adeguamento alla richiesta, che si è modificata nel tempo facendo emergere nuovi bisogni di salute della popolazione sempre più anziana, fragile e pluripatologica.

A fronte di queste iniziali considerazioni, si rende necessario definire un sistema/metodo per la definizione del fabbisogno di risorse che sia appropriato, flessibile, di facile utilizzo ed in linea con le normative nazionali e locali di riorganizzazione delle reti ospedaliere e territoriali.

In considerazione del fatto che il personale nelle organizzazioni sanitarie rappresenta un elemento primario di valore e produzione di benessere e salute, è necessario che nella scelta del metodo, per la stima del fabbisogno di professionisti, vengano prese in considerazione quelle che sono ad oggi le evidenze scientifiche disponibili in letteratura.

I dati e risultati presenti oggi, degli studi internazionali relativi al personale di assistenza infermieristica, che correlano esiti (*outcomes*) delle persone assistite, numero e qualità dei professionisti (*staffing*) ad indicatori di sicurezza e qualità delle cure, sono macro indicatori, già disponibili, in letteratura e consentono di orientare le scelte su questo tema (vedi Nurse forecasting – RN4cast in Europe and Italy – L.Aiken e at 2014 e Ball e at. 2014 e Sasso e at 2016).

Si richiama, anche, lo strumento professionalizzante “MAP risorse” che permette di prevedere, monitorizzare e verificare l’appropriatezza delle risorse impiegate nell’ambito delle Aziende ospedaliere in relazione alla complessità delle persone assistite.

Il metodo tiene conto di quelli che sono i vincoli di sostenibilità economica e quelli dell’eterogeneità a livello nazionale e regionale .

Considerati i criteri definiti dal documento regionale che si riassumono di seguito:

- Organizzazione della rete dell’offerta sia della rete ospedaliera che emergenza -urgenza come definiti dal DM 70/2015 e dalla DGR 600/2014 e s.m.i della Regione Piemonte.
- Effettiva attività di produzione (ricoveri, DH, prestazioni ambulatoriali) delle Aziende ospedaliere e dei presidi ospedalieri desumibile dai flussi informativi regionali.
- Tempo lavoro medio personale sanitario tenuto conto del rispetto dell’orario di lavoro e della turnistica come previsto dalla Legge 161/2014

si propongono i seguenti PARAMETRI :

## **RICOVERI ORDINARI E DH**

1) Raggruppamento delle specialità mediche per AREA ASSISTENZIALE OMOGENEA (intensità di cura, unità assistenziali multispecialistiche) come di seguito specificato:

### **Personale infermieristico, ostetrico e di supporto all'assistenza AREE OMOGENEE assistenziali.**

<b>AREA OMOGENEA ASSISTENZIALE</b>	<b>SPECIALITA' MEDICHE afferenti</b>
AREA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE	21 geriatria-25 medicina lavoro-56 RRF -60 lungodegenti
AREA MEDICA (medicines generali e specialistiche)	01 Allergologia -04 week hospital -08 cardiologia- 19 malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione-20 immunologia- 24 malattie infettive e tropicali-26 medicina generale-28 unità spinale- 29 nefrologia-32 neurologia -51 MECAU -52 dermatologia- 58 gastroenterologia- 61 medicina nucleare-64 oncologia – 65 oncoematologia - 67 pensionanti-68 pneumologia-69 radiologia- 70 radioterapia-71 reumatologia -75 neuroriabilitazione- 97 detenuti
AREA CHIRURGICA (chirurgie generali e specialistiche)	09 chirurgia generale -10 chirurgia maxillo facciale- 12 chirurgia plastica-13 chirurgia toracica-14 chirurgia vascolare- 30 neurochirurgia-34 oculistica-35 odontoiatria e stomatologia-36 ortopedia e traumatologia-37 ostetricia e ginecologia (solo DRG chirurgici) 38 otorinolaringoiatria- 43 urologia-
AREA ELEVATA INTENSITA' (HIGH CARE e sub-intensive)	07 cardiocirurgia – 18 ematologia con trapianti – stroke unit -48 nefrologia con trapianto rene
AREA CRITICA (terapie intensive generali e pediatriche)	50 unità coronarica -47 grandi ustionati 49 terapia intensiva 49 terapia intensiva con trapianti
AREA SALUTE MENTALE	40 psichiatria
AREA OSTETRICIA	37 ostetricia e ginecologia (solo DRG ostetrici) + N° parti
AREA PEDIATRICA E NEONATOLOGICA	11 chirurgia pediatrica-78 urologia pediatrica-39 pediatria -77 nefrologia pediatrica 06 cardiocirurgia infantile - 76 neurochirurgia pediatrica 46 grandi ustioni pediatriche 31 nido- 62 neonatologia 73 terapia intensiva neonatale 33 neuropsichiatria infantile
DH MEDICI e CHIRURGICI	Tutte le specialità mediche e chirurgiche

2) identificazione di un indicatore RAPPORTO INFERMIERE/PERSONA ASSISTITA che definisce un LIVELLO MINIMO DI QUALITA' E SICUREZZA DELLE CURE INFERMIERISTICHE a cui aggiungere una percentuale di tempo OSS (attività in supporto all'assistenza autonoma, su attribuzione o in collaborazione);

Alla luce gli studi presenti in letteratura, progressivamente dovranno raggiungersi i rapporti consigliati per rispondere, in sicurezza e qualità, alla complessità dei bisogni di salute delle persone assistite a livello ospedaliero con **un rapporto infermiere/persona assistita minimo pari a 1:6 nelle aree di medicina e chirurgia generale e specialistiche**, tenuto conto delle variabili riguardanti i progetti di cura e di assistenza di ogni singola persona assistita (setting assistenziali), con contestuale implementazione di modelli assistenziali quali *primary nursing*, *case management* orientati alla presa in carico della persona assistita, della sua famiglia e alla continuità delle cure ospedale - territorio.

Andrà considerata, anche, la riorganizzazione territoriale in corso a livello regionale in relazione a quello che è e sarà l'assorbimento e il trasferimento di risorse necessario per garantire le cure territoriali. Si vedano ad esempio le nuove Case della salute, gli ambulatori infermieristici di prossimità, gli infermieri di famiglia e di comunità

#### Personale infermieristico ed ostetrico e di supporto all'assistenza

##### STANDARD minimi assistenziali

AREA OMOGENEA ASSISTENZIALE	RAPPORTO INF/persona assistite standard minimo	PERCENTUALE tempo aggiuntivo indicativo personale OSS supporto assistenza	Tempo assistenziale complessivo	Percentuale tempo attribuito indicativo personale supporto OSS rispetto al tempo complessivo
AREA LUNGODEGENZA E RIABILITAZIONE	<b>1:10</b>	+55%	224'	35%
AREA MEDICA (medicines generali e specialistiche)	<b>1:8*</b>	+45%	260'	31%
AREA CHIRURGICA (chirurgie generali e specialistiche)	<b>1:8*</b>	+45%	260'	31%
AREA ELEVATA INTENSITA' (HIGH CARE e sub-intensive)	<b>min 1: 6 max 1:4</b>	min + 30% max + 20%	312'-432'	17-23%
AREA CRITICA (UTIC, terapie intensive generali)				

anche con trapianti)	<b>min 1:3 max 1:1</b>	+15%	552'- 979'	13%
AREA SALUTE MENTALE	<b>1:6</b>	+40%	336'	29%
AREA OSTETRICA	<b>1:10 (degenza)</b>	+40%	202'	29%
Accordo stato /regioni 2012	+			
	<b>1 OSTETRICA ogni 110 parti min 6 unità</b>			
	o			
Il profilo professionale interessato è quello dell'ostetrica.	<b>2 OSTETRICHE per turno fino 1000 parti , 3 per turno fino 1500, 4 fino a 2000 e 5 oltre 2000+ 1 ogni 750 parti</b>			
AREA PEDIATRICA E NEONATOLOGICA				
aree mediche e chirurgiche gen e spec, neonatologia	<b>1:6</b>	+40%	336'	29%
cardiochirurgia e neurochirurgia, grandi ustioni,neuropsichiatria	<b>1:4</b>	+ 20%	432'	23%
terapie intensive e TIN	<b>1:2</b>	+15%	828'	13%
* In tutti i settori di neonatologia e pediatria deve essere prevista la presenza preferenziale di infermieri pediatrici				
DH MEDICI e CHIRURGICI	<b>1:12</b>	+20%	144'	20%
DH ONCOEMATOLOGICI	<b>1:10</b>	+20%	173'	20%

Deve essere garantita, comunque, per continuità assistenziale e sicurezza nelle aree di degenza ordinaria la presenza minima di n. 2 infermieri per turno.

E' auspicabile ed indicata sempre alla luce dei risultati degli studi, una distribuzione equilibrata del personale sui tre turni (mattino, pomeriggio e notte ).

Il tempo attribuibile al personale di supporto assistenziale è molto eterogeneo in ambito nazionale e regionale , pertanto quello previsto è un tempo medio indicativo . La letteratura ci indica *come skill mix una soglia del 65,6% di infermieri su un organico totale assistenziale (Aiken et al. 2017).*

\* Il coefficiente MINIMO omogeneo per area consente di poter differenziare nelle varie aree di degenza, a seconda delle dimensioni dell'unità assistenziale e della tipologia di persone assistite presenti, standard appropriati. E' uno standard minimo che può essere maggiorato anche in relazione a variabili quali la tipologia di struttura (hub / spoke) o la complessità delle persone assistite con un impegno al raggiungimento del **range pari a 1:6** come rapporto ottimale consigliato dalla letteratura e dalle evidenze in materia.

Il metodo proposto consente, con una valorizzazione quantitativa semplice, di definire un riferimento uniforme per valutare l'adeguatezza e la distribuzione del personale nelle Aziende sanitarie. Non si considera, pertanto esaustivo, in relazione alla complessità del tema.

E' importante, infatti, considerare altri aspetti quali-quantitativi nella valutazione delle dotazioni, in particolare va posta attenzione allo skill mix con mantenimento di una % adeguata di Infermieri rispetto al totale del personale di assistenza e di laureati rispetto ai diplomati che garantiscono maggiori livelli di sicurezza e qualità delle cure.

E' significativo, altresì monitorare, con costanza e periodicità, l'ambiente lavorativo e il benessere organizzativo nei luoghi di lavoro con particolare attenzione al teamwok e alla leadership, così come gli esiti sensibili alle cure infermieristiche (cadute, lesioni pressione, contenzione e at..) e le cure mancate (igiene orale, della cute, mobilitazione, educazione terapeutica e at..) Non per ultimo il livello di soddisfazione degli utenti e delle famiglie.

**Torino 31.10.2017**