

La presente copia è conforme all'originale
 e si compone di fogli 6 e di 12
 facciate ciascheduna vidimata da apposito
 timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo - Direzione
 Sanità".
 Pescara, il 26 GIU. 2008
 Il Dirigente di Servizio
 Dr. Enzo Mancini



GIUNTA REGIONALE

Manuale di Autorizzazione

**DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO DELLE
 RISORSE INFERMIERISTICHE,
 FISIOTERAPISTI, DEL PERSONALE DI
 SUPPORTO E DEL PERSONALE
 SANITARIO DELLA RIABILITAZIONE**

Giugno 2008



La presente copia è conforme all'originale
 e si compone di fogli 7 e di 12
 facciate ciascheduna vidimata da apposito
 timbro recante la dicitura "Regione Abruzzo -
 Direzione Sanità".
 Pescara, il 26 GIU. 2008

Il Dirigente di Servizio
 Dr. Enzo Mancini

Documento composto da n. 12 facciate,
 ALLEGATO come parte integrante alla del-
 berazione n. 591/P del 1 LUG. 2008
 IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA
 (Dott. Walter Garlani)
 W. Garlani





DEFINIZIONE DEL FABBISOGNO DELLE RISORSE INFERMIERISTICHE, FISIOTERAPISTI, DEL PERSONALE DI SUPPORTO E DEL PERSONALE SANITARIO DELLA RIABILITAZIONE

La definizione del fabbisogno delle risorse infermieristiche e del personale di supporto atto a garantire adeguati ed appropriati livelli assistenziali nelle diverse aree cliniche rappresenta sicuramente un elemento centrale nel contesto di una programmazione sanitaria; anche in coerenza ed attuazione degli Atti Aziendali.

Occorre infatti l'esigenza di rispondere alla domanda di sicurezza dei pazienti e della qualità e appropriatezza delle prestazioni erogate, da una parte e del rispetto delle diverse professionalità coinvolte dall'altra.

A tal fine si è ritenuto opportuno ispirarsi alla formulazione diversificata che più rispondesse a criteri di:

1. complessità di assistenza;
2. effettivo numero di pazienti assistiti in rapporto ai posti letto attivati (tasso di occupazione).

La complessità assistenziale è definita dall'interazione di più variabili e si traduce nella capacità di presa in carico globale e continua del paziente da parte del sistema sanitario.

Una valutazione della complessità assistenziale (per certi versi assimilabile ad un risk assessment individuale) richiede l'analisi di tre fondamentali variabili:

1. valutazione della stabilità/instabilità clinica;
2. valutazione della capacità del paziente di comprensione/scelta adeguata o inadeguata;
3. valutazione della possibilità/capacità di agire coerentemente e quindi della autonomia/dipendenza.

La valutazione del livello di complessità di ciascuno degli assistiti è atto multidisciplinare svolto collegialmente da tutti i professionisti sanitari in maniera paritaria e ciascuno secondo le proprie competenze. E' possibile, sulla base delle definizioni sopra esposte, riconoscere che la valutazione della stabilità/instabilità clinica è prevalentemente di competenza medica; la valutazione dei livelli di autonomia/dipendenza è prevalentemente di competenza infermieristica; mentre la valutazione di comprensione/scelta è condivisa dai diversi professionisti che intervengono nei processi di cura ed assistenza.

L'adeguata valutazione del livello di complessità assistenziale degli assistiti dei servizi residenziali (ospedalieri e non) è di fondamentale importanza per una corretta impostazione di tutti gli interventi assistenziali che dovranno essere adottati.

La valutazione dei diversi livelli di complessità dei bisogni assistenziali va effettuata con l'adozione di scale validate.

L'organizzazione dei servizi, dei presidi ospedalieri e delle strutture residenziali non ospedaliere va reimpostata progressivamente e contestualmente ai processi di dipartimentalizzazione secondo una organizzazione che, superata l'articolazione per Unità Operativa, faccia riferimento alla complessità del bisogno assistenziale così come definito precedentemente.

Sono, pertanto, individuabili aree di degenza e servizi con 4 livelli di complessità (Fig.1):

- a bassa complessità assistenziale;
- a media complessità assistenziale;
- ad alta complessità assistenziale;
- di assistenza intensiva.



Una corretta valutazione del fabbisogno del personale infermieristico deve tenere conto della effettiva potenzialità lavorativa in considerazione delle molteplici variabili che possono ridurre il tempo lavoro (maternità, part-time, L. 104/92, idoneità con limitazioni per motivi di salute).

Si sottolinea l'obbligo di utilizzare in modo appropriato le risorse infermieristiche, in quanto da dati nazionali emerge che una quota stimabile attorno al 30% del Tempo Lavoro degli infermieri, è utilizzato per lo svolgimento di attività non specifiche.

In questa cornice assume risalto la disponibilità di un adeguato numero di personale ausiliario, operatori socio-sanitari ed amministrativi per lo svolgimento di tutte le attività e funzioni afferenti a tali figure.

Fig. 1 - I 4 livelli di complessità assistenziale correlati alle 3 fondamentali variabili

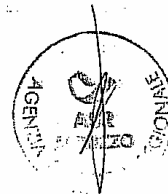
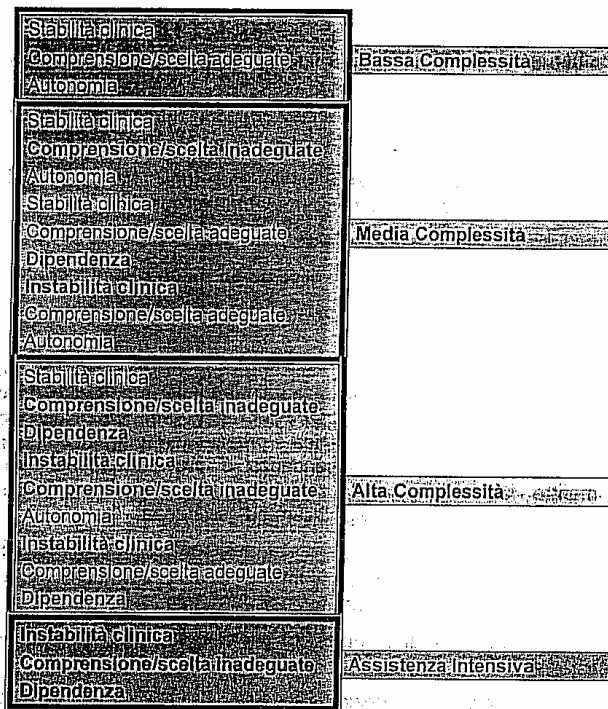




Tabella 1 - Standard organizzativo per infermieri e operatori di supporto in relazione alla complessità assistenziale.

	Infermieri	Personale di supporto
Bassa Complessità	0,23	0,18
Media Complessità	0,35	0,21
Alta Complessità	0,53	0,21
Assistenza Intensiva	2	0,35

MODALITÀ DI CALCOLO DEL FABBISOGNO INFERMIERISTICO E DEL PERSONALE DI SUPPORTO

L'indice di Case-Mix permette di definire il livello di complessità assistenziale (pur con la intrinseca limitazione).

Definiamo:

BASSA COMPLESSITÀ	per valori di Case-Mix < 0,80
MEDIA COMPLESSITÀ	per valori di Case-Mix $\geq 0,80 \leq 1,50$
ALTA COMPLESSITÀ	per valori di Case-Mix $> 1,50 \leq 3,00$
ASSISTENZA INTENSIVA	per valori di Case-Mix $> 3,00$

Il calcolo delle risorse per ciascuna Unità Operativa viene elaborato tenendo conto dei posti-letto attivati e del tasso di occupazione rilevato.

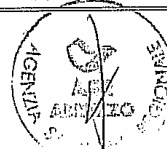
Pazienti effettivamente assistiti = posti-letto attivati X tasso di occupazione

Il prodotto di tale moltiplicazione va ulteriormente moltiplicato per gli *Indici Infermieri* (Standard organizzativo) della classe di complessità assistenziale di appartenenza (vedi Tabella 1).

Esempio:

Unità Operativa X

Case-Mix	Num. P.L.	Tasso Occupaz.	Complessità Assistenziale
0.92	20	80%	MEDIA



Indici Infermieri: 0.35

Operatori di Supporto: 0.21

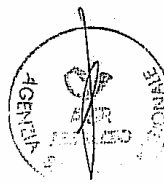
FORMULA per il CALCOLO del Fabbisogno INFERMIERISTICO

$$PL \times O.M. \times I.C.M. \times Ore \text{ Eff.} \times G.A. / O.M.L.A.$$

Formula Calcolo Fabbisogno Infermieristico				
		esempio		
PL attivati	x	20		
occupazione media 80 %	x	0,80	16	presenza media
Indice di case mix 0,92	x	0,35	5,6	n. inf. presenti nelle 24 h
ore effettuate x turno 8	x	8	44,8	ore totali necessarie nelle 24 h
giorni assistenza annui 365	x	365	16352	ore totali necessarie nell'anno
ore medie lavorate annue 1420	/	1420	11,51	n. inf. totali necessari
totale unità infermieristiche		12		fabbisogno infermieristico
minuti ass/paz/die		168,00		minuti ass. inf./paz/die

LEGENDA

PL	Posti Letto
T.O.M.	Tasso di Occupazione Media
I.C. M.	Indice Case Mix
Ore Eff.	Ore Effettuate per turno dal Dipendente
G. A.	Giorni Assistenza Anno
O.M.L.A	Ore Medie Lavorate Anno





FORMULA per il CALCOLO del Fabbisogno Operatori Socio Sanitari:

Attività		esempio		contabilizzati
PL attivati	x	20		
Tasso occupaz. media 80%	x	0,80	16	presenza media
Indice di case mix	x	0,21	3,36	n. O.S.S. presenti nelle 24h
ore effettuate x turno 6	x	6	20,16	ore totali necessarie nelle 24 ore
giorni assistenza annui 365	x	365	7358	ore totali necessarie nell'anno
ore medie lavorate annue 1420		1420	5,18	n. O.S.S. totali necessari
totale unità di supporto.		5,18		fabbisogno O.S.S.
minuti ass./paz./die		75,60		minuti ass. O.S.S./paz./die

Per le UU.OO. ove sono previsti gli O.S.S. in turno anche di notte, (es. Pronto Soccorso etc.) bisogna considerare per il calcolo del fabbisogno il turno di 8 ore anziché quello di 6 ore, previste normalmente.

MODALITÀ DI CALCOLO DEL FABBISOGNO DEL PERSONALE AUSILIARIO

Per la dotazione organica del personale Ausiliario si deve fare riferimento agli Standard definiti nel D.Min.Sanità del 13/09/1988.

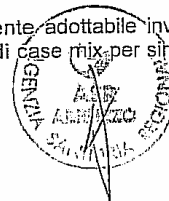
Criteria per definire la presenza di infermieri e personale di supporto nei servizi sanitari ospedalieri e territoriali.

Il calcolo della dotazione organica, in prima applicazione, deve essere stimato considerando un tasso di occupazione ottimale del 80% dei posti letto per Unità Operativa previsti al 31.12.2008, dal Piano di Riordino dei posti letto (L.R. 6/2007).

Come indicatore di complessità assistenziale o case-mix, in prima applicazione, deve intendersi il Peso Medio Ministeriale Regionale della Disciplina, quindi, si dovrà considerare il Peso Medio Ministeriale della specifica Unità Operativa, unico parametro allo stato attuale, fruibile a tale finalità, pur con le note intrinseche limitazioni.

Peso medio ministeriale. - Peso specifico DRG x n. di dimissioni DRG (somma: peso totale) / totale dimissioni DRG. Per il calcolo dell'indicatore sono stati utilizzati i pesi ministeriali del sistema DRG versione 19 (NB: il 2006 rappresenta il primo anno di applicazione). L'indicatore 'peso medio' esprime la complessità dei casi trattati (case-mix) in termini di peso_DRG includendo tutti i DRG della disciplina e/o struttura (indicatore di case-mix utilizzato a livello ministeriale).

Tale dotazione deve intendersi come "virtuale", la dotazione realmente adottabile invece, deve far riferimento al calcolo dell'indice di occupazione e dell'indice di case mix per singola Unità Operativa.



Una corretta valutazione del fabbisogno di personale infermieristico deve tenere, pertanto, conto della effettiva potenzialità lavorativa in considerazione delle variabili precedentemente analizzate, nonché del fatto che una assistenza infermieristica efficace, qualificata e personalizzata si basa sulla stima e sulla verifica sistematica della complessità della situazione assistenziale di ogni singolo paziente (espressione reale della domanda d'assistenza) e sulla pianificazione delle tipologie d'intervento necessarie (espressione efficace ed efficiente della risposta assistenziale).

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

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

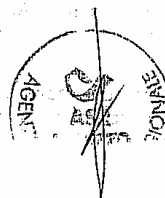
Relativamente alle aree di degenza ordinaria ospedaliera si formula la seguente proposta:

- a) gli standard di infermieri ed operatori di supporto vanno calcolati sulla base della rilevazione del numero di pazienti effettivamente presenti nelle diverse aree di degenza il Dipartimento Infermieristico Tecnico Riabilitativo Ostetrico (D.I.T.R.O.), (vedi P.S.R. 2008-2010) provvede a definire le modalità per il calcolo dei posti letto occupati secondo cui determinare l'attribuzione di personale;
- b) l'attribuzione di personale deve considerare che, comunque, debba essere garantita la sicurezza dei pazienti e degli operatori, pertanto, fermo restando il rispetto degli indici, il numero minimo di operatori presenti in ciascun turno non può essere inferiore a 2, anche contestualizzando il concetto di Unità assistenziale derivante dalla fusione gestionale di Unità Operative di aree omogenee, contigue;
- c) l'attribuzione dei pazienti secondo la complessità assistenziale determinata dalle oggettive condizioni dovrà essere effettuata, come già detto, in maniera adeguata e secondo specifici strumenti di valutazione (Indice di Complessità Assistenziale – ICA); la rivalutazione della complessità assistenziale dei pazienti, nel corso della degenza, dovrà essere effettuata periodicamente ed ogni volta si determini un cambiamento di stato; la rivalutazione del paziente determina la permanenza o il suo trasferimento all'area a complessità assistenziale più adeguata al suo stato;
- d) l'allocazione di infermieri e personale di supporto va effettuata secondo i criteri sopra esposti e secondo gli indici definiti; e va considerato anche un criterio di equità per cui essa deve equamente tendere allo standard organizzativo in tutte le aree del dipartimento.

In coerenza a quanto sopra definito, ed in considerazione di possibili variazioni delle attività delle singole UU.OO. (v.Tasso di occupazione e livello di Complessità assistenziale...), a cadenza annuale, devono essere effettuate verifiche della definizione del fabbisogno organico.

In ottemperanza a quanto contenuto nella Legge Regionale 6/2007 di riordino dei posti letto della rete ospedaliera della Regione, la suddetta dotazione organica si riferisce, come già prima dichiarato, al numero di posti letto attivati al 31/12/2008, NON sono previsti, né attivabili POSTI letto aggiuntivi, salvo che per eventi straordinari (maxi-emergenze) e nel rispetto della normativa vigente, ottimizzando al massimo, l'utilizzazione dei posti letto dei Dipartimenti Aziendali intra ed extramurali.

Nel rispetto delle normative vigenti, l'adeguata valutazione dei bisogni assistenziali dei pazienti, la definizione di un piano assistenziale e l'organizzazione e la supervisione degli atti assistenziali delegati sono atti propri delle funzioni infermieristiche.



**STANDARD ORGANIZZATIVO.**

Lo *standard organizzativo* permette di attivare tutte le funzioni infermieristiche.

Per quanto riguarda la costruzione dell'indicatore, di norma:
 - nel *numeratore* si rileva il personale realmente in servizio;

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

ASSISTENZA TERRITORIALE

Assistenza Domiciliare Integrata. Standard per servizio ADI.

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

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

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

$$\frac{N. \text{ ore fabbisogno assistenziale paziente in carico in ADI}}{N. \text{ ore fabbisogno assistenziale paziente in carico in ADI}}$$

Tabella 2 - Standard per ADI e cure palliative domiciliari

ORE EFFETIVE LAVORO INFER. ANNO	BISOGNO ASSISTENZIALE PAZIENTI IN ADI > 65 ANNI	PAZIENTI PRESI IN CARICO > 65 ANNI DA OGNI UNITA' INFERMIERISTICA PER ANNO
1420 h	60 h	24 casi
ORE EFFETIVE LAVORO INFER. ANNO	BISOGNO ASSISTENZIALE PAZIENTI IN ADI TERMINALI	PAZIENTI PRESI IN CARICO TERMINALI DA OGNI UNITA' INFERMIERISTICA PER ANNO
1420 h	90 h	16 casi

Per le Residenze Sanitarie Assistite e le Residenze Assistenziali (ex Centri Residenziali) per anziani non autosufficienti e disabili, si può considerare applicabile il modello della complessità assistenziale, considerando però che una parte consistente degli interventi assistenziali, trovandosi di fronte a quadri clinici stabilizzati, costituiscono atti assistenziali delegati dagli infermieri agli operatori di supporto (prevalentemente OSS).

Fatte queste brevi considerazioni si possono valutare queste strutture inquadrabili in un livello di bassa complessità assistenziale infermieristico con indice minimo di 0.1 e la presenza di almeno un infermiere per ciascun turno nelle RSA, mentre il personale di supporto andrebbe rapportato ad un indice minimo di 0.30 (e la presenza di almeno un OSS per turno).

Nota:

per le strutture già operanti alla data dell'entrata in vigore del presente manuale provvisoriamente accreditate, sono fatte salve le norme transitorie di cui alla DGR n. 361 del 16 Maggio 2003 per tutto il personale presente a tale data e tutt'ora in servizio. Le figure professionali degli "addetti all'assistenza" continuano ad operare, con obbligo di riqualificazione nei tempi e modi stabiliti dalla Regione e comunque nell'arco temporale massimo di cinque anni dalla data di efficacia del presente manuale.

STANDARD PER I DAY HOSPITAL

L'attività di Day Hospital è caratterizzata da un elevato contenuto clinico in cui vengono privilegiate le attività diagnostiche e di terapia. Il ruolo assistenziale in questi ambiti è, pertanto, prevalentemente di collaborazione con l'attività del medico specialista.

Tale attività necessita di elevate capacità tecniche e di competenze comunicative ed educative da parte degli infermieri.

Considerando l'attività dei DH sulle 12 ore giornaliere dal lunedì al venerdì e l'attivazione di 6 ore nella giornata di sabato, con un indice di rotazione sul posto letto o poltrona disponibile pari a 3, lo standard di infermieri calcolato sempre in rapporto al numero di accessi, che si ritiene di indicare è di 0,2; per il personale di supporto l'indice consigliato è dello 0,1, salvo forme di integrazione e centralizzazione dei servizi che ciascun'azienda potrebbe attivare e di cui andrebbe valutata l'efficacia. Per il Day Surgery, lo standard di infermieri, calcolato sempre in rapporto al numero di accessi, che si ritiene di indicare è di 0,40.

STANDARD PER LE SALE OPERATORIE.

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

Indicatore numero operatori presenti/postazione di lavoro attiva di sala operatoria. Tabella 3 Standard Personale Sale Operatorie

Tabella 3 - Standard Personale Sale Operatore

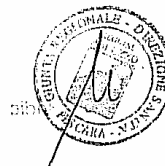
Interventi a ALTA e MEDIA complessità

Presenza nelle 24 h	Presenza per postazione di lavoro attiva
Standard infermieri	3

Interventi a BASSA complessità

Presenza nelle 24 h	Presenza per postazione di lavoro attiva
---------------------	--





Standard infermieri	2
O.S.S	1

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

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

- OSS per le attività di sterilizzazione ogni 2. sale (laddove non è presente servizio centralizzato);
- OSS per le attività di collegamento (trasporto malati, materiale biologico ecc.) con tutti i servizi ospedalieri.

STANDARD PER IL PRONTO SOCCORSO.

La presenza è da ritenersi applicabile nei Pronto Soccorso delle Aziende ospedaliere nei quali si evidenzia una distribuzione dei codici in percentuale pressoché omogenea e gli infermieri sono utilizzati in modo distinto per le funzioni di triage, servizio 118 ed osservazione temporanea.

Nei Pronto Soccorso delle Aziende sanitarie territoriali dove gli infermieri svolgono contemporaneamente tutte le funzioni summenzionate incluso quella di pronto soccorso, ogni azienda individua la presenza consigliata utilizzando uno strumento basato sull'analisi dei tempi infermieri occorrenti per svolgere in modo integrato le funzioni di triage, servizio 118 ed osservazione temporanea. Si consiglia, pertanto, che le aziende sanitarie conducano un'analisi comparata dei dati.

Tabella 4 - Standard per il Pronto Soccorso

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

Nella strutture territoriali è da prevedere la presenza di una unità aggiuntiva nel periodo di picco di accessi in P.S., sulla base di analisi dei dati di affluenza relativi a ciascuna U.O., per lo svolgimento delle funzioni del 118.

STANDARD PER IL SERVIZIO DIALISI



Indicatore numero operatori presenti
numero letti dialisi attivi 12 h

Tabella 5 - Standard Servizio Emodialisi

Presenza nelle 12 h	Presenza
Standard Infermieri	1,0
Standard Personale supporto	0,30

STANDARD PER LE ATTIVITÀ AMBULATORIALI E DI SERVIZI OSPEDALIERI.

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

Indicatore: ore presenze operatori
ore di apertura al pubblico

Tabella 6 - Standard per le attività ambulatoriali

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





ambulatori		l'accoglienza degli utenti
------------	--	----------------------------

DOTAZIONE MINIMA PERSONALE SANITARIO DELLA RIABILITAZIONE

Trattamenti **ambulatoriali**: 1 paziente ogni ora, con una presa in carica effettiva di 45 minuti, per un totale massimo di 36 pazienti settimanali.

Trattamenti **domiciliari**: 1 paziente ogni 108 minuti, comprensivi dei tempi di spostamento e con una presa in carico effettiva di 45 minuti, per un totale massimo di 20 pazienti settimanali.

Trattamenti in **regime di ricovero**, il trattamento riabilitativo si deve effettuare con il rispetto degli stessi tempi previsti per lo svolgimento delle attività ambulatoriali.

