

**ALLEGATO A alla Dgr n. 610 del 29 aprile 2014****DEFINIZIONE DEI VALORI MINIMI DI RIFERIMENTO PER IL PERSONALE DI ASSISTENZA DEL COMPARTO DEDICATO ALLE AREE DI DEGENZA OSPEDALIERA****PREMESSA**

Per quanto riguarda la determinazione delle dotazioni di personale sanitario, l'atto di indirizzo e coordinamento che fissa i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, approvato con DPR 14 gennaio 1997, fornisce indicazioni generiche (limitandosi ad affermare che "la dotazione di personale deve essere rapportata al volume ed alla tipologia delle prestazioni erogate").

Il Decreto del Ministero della Sanità del 13 Settembre 1988, che aveva per oggetto, la determinazione degli standard di personale dei presidi ospedalieri, risulta superato oltre che dalla dimensione organizzativa anche dall'evoluzione normativa soprattutto perché è prerogativa esclusiva delle Regioni disciplinare con proprie leggi l'articolazione territoriale e l'organizzazione interna dei servizi sanitari.

La successiva bozza di regolamento recante "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, in attuazione dell'art.1, comma 169 della Legge 30 Dicembre 2004, n.311 e dell'art.15, comma 13, lettera c) del Decreto Legge 6 Luglio 2012, n.95 convertito, con modificazioni, dalla Legge 7 Agosto 2012, n.135 non prevede specifici standard per quanto riguarda il personale di assistenza.

Il recepimento di queste normative da parte della regione dovrebbe disciplinare la definizione puntuale dei requisiti - in particolare organizzativi e di personale - per l'accreditamento istituzionale.

La Regione Veneto con propria Legge 16 agosto 2002, n. 22, "Autorizzazione e Accreditamento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali" ha disciplinato la materia dell'accreditamento, approvando il manuale delle procedure e prevedendone l'attuazione con D.G.R. n. 2501 del 6/8/2004, successivamente integrata con ulteriori atti tesi a definire specifici requisiti in relazione a particolari tipologie di strutture.

I provvedimenti sopra richiamati si inseriscono nel processo di attuazione dell'art. 8, del D.Lgs. 30 Dicembre 1992, n.502 e s.m.i. e del DPR 14 gennaio 1997 sopra citato, che prevedono la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi.

La Regione ha nel tempo emanato atti di indirizzo diretti a definire specifici requisiti in relazione a particolari tipologie di strutture tra i quali:

- DGR n. 84/2007 (area strutture sociosanitarie e sociali);
- DGR n. 1616/2008 (salute mentale);
- DGR n.1533/2011 (età evolutiva);
- DGR n. 2337/2011 (sanità penitenziaria).

Il nuovo PSSR, approvato con L.R. n.23/2012, ha peraltro, individuato quali scelte strategiche della programmazione regionale le linee di indirizzo di seguito riportate:

- ✓ confermare e consolidare l'integrazione socio-sanitaria, che costituisce l'elemento distintivo del SSSR veneto e che si fonda sul ruolo svolto dai Comuni e dal Distretto socio-sanitario;

- ✓ potenziare l'assistenza territoriale, consolidando il ruolo del Distretto socio-sanitario, ridisegnando la rete territoriale sulla scorta di una filiera dell'assistenza in grado di garantire un sistema di cure gradualità;
- ✓ completare il processo di razionalizzazione della rete ospedaliera, delineando reti cliniche funzionali ed estendendo modelli ospedalieri in cui la degenza sia definita in base alla similarità dei bisogni (complessità assistenziale e intensità di cura richiesta);
- ✓ assumere iniziative per favorire un impiego appropriato delle risorse professionali, ridefinendo modelli operativi, standard e parametri con cui misurare l'organizzazione del lavoro ed il conseguente fabbisogno di personale.

Nella legge e negli specifici documenti attuativi, non sono stati definiti precisi valori di riferimento per quanto riguarda le dotazioni di personale di assistenza nelle aree di degenza ospedaliera.

Al fine di dare piena attuazione alla normativa citata, si ravvisa la necessità di integrare alcuni aspetti relativi ai requisiti per l'autorizzazione all'esercizio delle attività sanitarie precedentemente individuati, con riferimento al requisito dell'adeguatezza della dotazione di personale, rispetto alla tipologia e al volume dell'attività svolta. La definizione di valori minimi di riferimento si pone anche il precipuo scopo di favorire la stretta correlazione tra i diversi profili professionali e le relative competenze contrattualmente previste, con particolare riferimento ai principali profili dell'infermiere e dell'operatore socio sanitario (OSS). Tali riferimenti calcolati sulla base di una rilevazione nell'arco temporale di un anno, possono quindi, essere considerati anche ai fini delle procedure previste per la L.R. 22/2002.

L'inserimento nei modelli organizzativi di figure professionali, quali ad esempio gli operatori socio sanitari e la conseguente rivisitazione delle funzioni assistenziali proprie dell'infermiere, con la contestuale valorizzazione di quest'ultimo, hanno comportato dei mutamenti sull'incidenza di tali profili rispetto al tempo all'assistenza diretta alla persona assistita.

Si ritiene pertanto, di dover esplicitare ulteriori elementi tesi alla "misurazione" dei livelli assistenziali con riferimento alle specifiche figure professionali degli infermieri e di quelle di supporto degli operatori socio sanitari operanti nelle aree di degenza, determinandone così, ai fini della normativa citata, i valori di riferimento assistenziali.

Partendo dalla considerazione che lo scenario organizzativo/assistenziale è in continua evoluzione, la definizione delle dotazioni di personale infermieristico e di supporto necessario a garantire adeguati e appropriati livelli assistenziali secondo standard qualitativi definiti, diventa uno degli elementi strategici nel dominio della programmazione sociosanitaria regionale.

La definizione dei valori minimi di riferimento potrà quindi permettere sia in ambito delle singole aziende, sia in ambito regionale, la valutazione della corretta allocazione/distribuzione delle risorse umane rispetto ai citati valori, definendo "de facto" una *baseline* di riferimento regionale.

Per la definizione dei valori di riferimento, gli attuali modelli descritti in letteratura ed utilizzati in contesti nazionali nonché internazionali si sono dimostrati per molteplici motivi, difficilmente implementabili nel contesto assistenziale ed organizzativo della Regione Veneto.

Si rende pertanto necessario individuare un modello che si regga in considerazione delle peculiarità del "sistema salute" italiano e veneto in particolare, e che parta dalla concreta realtà organizzativa delle nostre Aziende sociosanitarie. Il modello dovrà essere individuato considerando le molteplici variabili cliniche che incidono sulle attività assistenziali del personale infermieristico e di supporto, come ad esempio la mobilitazione, il monitoraggio sistematico dei

pazienti, la prevenzione del rischio di caduta, delle lesioni da pressione, nonché la presa in carico delle persone assistite secondo adeguati percorsi assistenziali nell'ottica della sicurezza delle stesse.

Vi sono inoltre da considerare variabili di carattere organizzativo che possono incidere nei tempi di assistenza come ad esempio il setting tecnologico, il sistema informativo, la distribuzione logistica degli ambienti di lavoro e, non ultimo, le modalità di erogazione dei servizi "no core" necessari al modello organizzativo/assistenziale.

Visto il grado di variabilità con in quale, le succitate variabili, si presentano nel "sistema salute" veneto e considerato lo specifico livello di implementazione delle stesse in ogni singola struttura ospedaliera, oltre che il loro diverso impatto in considerazione dello specifico modello organizzativo, si ritiene opportuno che possano essere valutate, pesate e gestite all'interno di ogni singola azienda, affinché sia possibile individuare in loco il giusto equilibrio ai fini del corretto confronto tra i valori di erogazione dell'assistenza nella singola struttura e i valori di riferimento regionale.

Si ritiene altresì che eventuali differenze rispetto ai valori minimi di riferimento, debbano trovare adeguate e sostanziali motivazioni da parte delle singole aziende.

Nella determinazione dei valori regionali di riferimento e nella complessiva dotazione organica del personale della struttura sanitaria sono da considerarsi i rapporti di skill mix professionale infermiere/OSS secondo quanto stabilito nella D.G.R.V. n.3093/2006.

Tutto ciò precisato, si ravvisa la necessaria esigenza di individuare possibili valori di riferimento e di confronto, che siano da un lato rappresentativi dell'attuale tempo assistenziale erogato nelle aree di degenza ospedaliera, e dall'altro possano rappresentare per le singole aziende e per la Regione uno strumento di pianificazione, gestione e controllo dei modelli organizzativi delle strutture gestite.

METODOLOGIA DI RILEVAZIONE ED ANALISI DEI DATI DELLA RICOGNIZIONE EFFETTUATA

Al fine di pervenire alla definizione di valori minimi di riferimento maggiormente aderenti alla realtà delle Aziende Sanitarie del SSSR nel corso del 2011 è stato costituito un gruppo di lavoro regionale per la ricognizione sull'organizzazione del lavoro e degli organici delle unità operative di degenza.

Il primo obiettivo del gruppo di lavoro è stato quello di effettuare un'analisi critica dei dati della citata ricognizione, dati che sono stati trasmessi dalle Aziende UU.LL.SS.SS. ed Ospedaliere della Regione Veneto con riferimento alla presenza media dei pazienti ed alla rispettiva presenza ed organizzazione dei turni del personale di assistenza nell'ottica di un arco temporale di un anno e nello specifico per l'anno 2010.

Oggetto dell'analisi sono state le unità di degenza degli Ospedali delle Rete, degli Ospedali di riferimento provinciale nonché delle Aziende Ospedaliere della Regione. I dati raccolti hanno evidenziato notevoli disomogeneità tra le strutture ospedaliere stesse, sia in termini di presenze medie dei pazienti, sia in termini di minuti di assistenza erogati nelle diverse specialità siano esse di area medica o di area chirurgica. E' apparso evidente anche che i modelli organizzativi ed i criteri di aggregazione delle specialità in aree omogenee assistenziali sono propri di ciascuna azienda/struttura ospedaliera. Infine un altro importante elemento di disomogeneità è stato il dimensionamento delle singole specialità in termini di numero di persone assistite, aprendo il confronto anche a unità operative con un ridotto numero di posti letto e quindi con valori in termini assoluti di presenza media molto bassi.

La rappresentazione dei dati è avvenuta per ogni struttura ospedaliera, tenendo conto delle due tipologie di ospedale previste dal nuovo PSSR. Il concetto di "specialità clinica" aggregata in aree comuni di degenza ha trovato una nuova formula rappresentativa. Allo scopo infatti di rendere confrontabili i valori rilevati si è proceduto a modulare le aggregazioni delle specialità in aree omogenee, ritenute assimilabili sia rispetto al profilo organizzativo sia rispetto alle necessità clinico/assistenziali delle persone assistite.

Le Aree Omogenee che comprendono le diverse specialità, identificate dal Gruppo di Lavoro sono le seguenti:

1. Area omogenea di medicina interna: dermatologia, gastroenterologia, geriatria, malattie endocrine del ricambio e della nutrizione, medicina generale, nefrologia, radioterapia, reumatologia, oncologia;
2. Area omogenea di medicina specialistica: cardiologia, ematologia, neurologia, pneumologia, astanteria,
3. Area omogenea di chirurgia generale: ortopedia e traumatologia, chirurgia generale, otorinolaringoiatria, urologia, oculistica, chirurgia toracica, chirurgia plastica, chirurgia maxillo-facciale;
4. Area omogenea di chirurgia specialistica: cardiocirurgia, chirurgia vascolare, neurochirurgia;
5. Area omogenea di ostetricia e ginecologia;
6. Area omogenea critica: terapia intensiva, unità coronaria, unità grandi ustionati;
7. Area omogenea sub-intensiva: cardiocirurgia trapianti, oncologia pediatrica, nefrologia pediatrica;
8. Area omogenea di pediatria: chirurgia pediatrica, pediatria, neuropsichiatria infantile;
9. Area omogenea di assistenza neonatale: terapia intensiva neonatale;
10. Area omogenea di salute mentale: psichiatria;

11. Area omogenea di riabilitazione e lungodegenza: unità spinali, recupero riabilitazione funzionale e lungodegenti;
12. Area omogenea di malattie infettive.

Sono stati esclusi i dati relativi ai day hospital e day surgery in quanto i dati trasmessi dalle aziende sono risultati estremamente eterogenei e di difficile valutazione ai fini della definizione di un valore di riferimento regionale, decidendo quindi di rinviare ad un successivo e specifico approfondimento.

Allo scopo di identificare dei parametri comuni di raffronto, per la definizione dei valori di riferimento sono state individuate delle percentuali di attribuzione dell'assistenza di base e di supporto dell'operatore socio sanitario diversificate per le varie aree omogenee, come di seguito rappresentato in Tabella 1.

Tabella 1 Percentuali di attribuzione dell'assistenza di base e di supporto dell'operatore socio sanitario diversificate per le varie aree omogenee

<i>Area omogenea</i>	<i>Infermiere %</i>	<i>OSS %</i>
1. Medicina interna	100	60
2. Medicina specialistica	100	50
3. Chirurgia generale	100	60
4. Chirurgia specialistica	100	50
5. Ostetricia e Ginecologia	100	60
6. Area critica	100	20
7. Sub-intensiva	100	30
8. Pediatria	100	50
9. Assistenza neonatale	100	30
10. Salute mentale	100	70
11. Riabilitazione e Lungodegenza	100	70
12. Malattie infettive	100	50

Il personale con funzioni di coordinamento è stato convenzionalmente escluso dal computo della dotazione organica del personale di assistenza diretta al paziente della rispettiva unità operativa/servizio.

In questo contesto non è stata considerata l'area della salute mentale, i cui standard organizzativi sono già stati definiti dalla già citata DG.R n.1616/2008.

Il metodo adottato si è posto l'obiettivo di rilevare i minuti/giorno di assistenza sanitaria (Infermieri e Oss) dedicati al singolo paziente nelle unità operative di degenza. Per quanto attiene i valori di riferimento, allo scopo di poter effettuare i dovuti confronti in ambito regionale sono stati individuati due specifici indicatori, il primo è il valore della mediana regionale mentre il secondo identificato con il termine *best* è risultato dalla media delle due (strutture provinciali) oppure tre (strutture di rete) aziende sulle quali è stato rilevato il minor utilizzo di risorse espresse in minuti assistenziali in alcune delle specifiche aree oggetto della rilevazione. Entrambi i valori sono stati rilevati sia per il gruppo di ospedali provinciali sia per gli ospedali di rete in modo tale da rendere il dato confrontabile all'interno delle due categorie di

strutture ospedaliere. Il valore di riferimento in minuti assistenziali è identificato con l'acronimo TEMA ossia il "Tempo di erogazione dei minuti di assistenza" ed esprime il valore dei minuti/ persona assistita/giorno. Per determinare il valore del TEMA è stato utilizzato l'indicatore di presenza media (PM), dei pazienti nelle singole specialità, poi aggregate nelle aree omogenee secondo la formula sottodescritta.

$$Tema_{AreaOmogenea} = \frac{\sum_{AreaOmogenea} MinutiDiAssistenza_{INFERMIERI} + \sum_{AreaOmogenea} MinutiDiAssistenza_{OPERATORI}}{\sum_{AreaOmogenea} PresenzaMedia}$$

UPGRADE DEI DATI DELLA RILEVAZIONE DELL'ASSISTENZA NELLE AREE DI DEGENZA

Nel corso del primo semestre 2013, il gruppo regionale ha condotto degli incontri con ciascuna azienda, allo scopo di delineare ulteriormente gli elementi per comprendere le elaborazioni riguardanti le specifiche strutture. Durante gli stessi sono emerse osservazioni di carattere generale in merito alle modalità di rilevazione dei dati del 2010 e di carattere specifico relative alle peculiarità delle singole realtà aziendali.

Durante i momenti di presentazione dei dati, che si ricorda riguardavano il 2010, il gruppo regionale ha appreso che in diversi casi le Aziende avevano rivisto uno o più setting organizzativi, in modo particolare, per quanto attiene l'Area della Medicina Interna, creando "de facto" la necessità di effettuare una nuova "fotografia" del contesto regionale veneto e quindi di aggiornare i dati a disposizione. Si è pertanto deciso, di procedere a una revisione/aggiornamento della base dati a disposizione, effettuando una rilevazione al primo trimestre 2013, in un gruppo di Aziende. Nello specifico è stata scelta la categoria degli ospedali di riferimento provinciale, in quanto alla luce delle analisi condotte sino a quel momento, rappresentavano le strutture ospedaliere che più garantivano criteri omogenei nella distribuzione dei tempi assistenziali e che sono apparse maggiormente simili nella configurazione organizzativa.

Prima della nuova rilevazione, allo scopo di condividere nel dettaglio i criteri per la raccolta e l'elaborazione del dato sono stati organizzati, due specifici incontri con le Aziende nelle quali sono presenti ospedali di riferimento provinciali. Durante gli incontri è stato possibile condividere e quindi tenere in considerazione tutte le osservazioni rilevate dalle aziende, alcune delle quali peraltro erano già state evidenziate nell'incontro generale avuto con tutte le aziende venete durante la prima presentazione dei dati 2010.

Il metodo adottato si è riproposto quindi di rilevare i minuti/giorno di assistenza sanitaria (Infermieri e Oss) dedicati al singola persona assistita nelle unità operative di degenza.

Per quanto attiene i valori di riferimento, allo scopo di poter effettuare i dovuti confronti in ambito regionale sono stati individuati due specifici indicatori: il primo corrisponde al valore della mediana regionale, mentre il secondo viene identificato con il termine *best*. Quest'ultimo risulta dalla media delle due (strutture provinciali) aziende sulle quali è stato rilevato il minor utilizzo di risorse espresse in minuti assistenziali in alcune delle specifiche aree oggetto della rilevazione. Entrambi i valori sono stati rilevati per il gruppo di ospedali provinciali in modo tale da rendere il dato confrontabile.

La relazione del gruppo di lavoro, nonché i risultati analitici della successiva fase di elaborazione dei dati 2010 e 2013 e di definizione dei valori minimi di riferimento, sono agli atti della Segreteria Regionale per la Sanità.

Alla luce dei risultati ottenuti con l'*upgrade* dei dati e dopo aver condiviso con i diversi *stakeholder* alcune importanti riflessioni sullo sviluppo dei modelli assistenziali nel prossimo futuro, in considerazione della pianificazione sanitaria e sulla base dei dati epidemiologici presentati nel PSSR, si è ritenuto opportuno apportare dei correttivi rispetto alle ipotesi inizialmente individuate.

Vengono pertanto proposti i seguenti valori minimi di riferimento che si ritiene possano rappresentare per le singole aziende e per la Regione uno strumento di pianificazione, gestione e controllo dei modelli organizzativi delle strutture gestite.

L'identificazione dei valori minimi di riferimento potrà altresì rappresentare l'obiettivo a cui tendere sia in termini di tempo assistenziale dedicato alle persone assistite, sia in termini di efficienza organizzativa in modo tale che possano ispirare ed orientare lo sviluppo dei processi organizzativi ed assistenziali secondo livelli definiti di standard qualitativi.

Tabella 2 Valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera

<i>Area Omogenea</i>	<i>Valore di Riferimento Regionale Espresso in TEMA</i>
MEDICINA INTERNA	190
MEDICINA SPECIALISTICA	195
CHIRURGIA GENERALE	190
CHIRURGIA SPECIALISTICA	195
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	190
CRITICA	700
PEDIATRICA	200
ASSISTENZA NEONATALE	350
RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA	175
MALATTIE INFETTIVE	230

I valori minimi relativi alle aree omogenee di Medicina Interna, Chirurgia Generale e Ostetricia e Ginecologia potranno essere elevati a 195, per motivate situazioni logistiche o di carico assistenziale.