

Introduzione

Il seguente *Project Work* è organizzato come segue: un primo paragrafo intitolato "*motivazioni personali*" contiene una breve sintesi delle motivazioni che hanno spinto lo scrivente a candidarsi all'incarico in oggetto. Nel paragrafo successivo, "*ambiti di miglioramento identificati*", sono esplicitati gli ambiti che potrebbero necessitare di miglioramento e/o efficientamento.

1. Motivazioni personali

Le motivazioni personali che hanno spinto lo scrivente a candidarsi all'incarico di "Responsabile Gestione Flussi e Standard Informativi" riguardano principalmente 2 aspetti:

- La possibilità di collaborare al governo delle Risorse Umane.

Questo aspetto è di estrema importanza, in quanto, a mio avviso, le organizzazioni moderne non possono eccellere se non vi è un coordinato lavoro di gestione e ascolto dei professionisti.

Per gestione, non si intende una esclusiva gestione numerica, anche se questa è necessaria all'interno di un'azienda sanitaria, al fine del rispetto dei criteri di accreditamento; ma una gestione più ampia delle risorse umane che ha come fine quello di favorire l'ascolto, l'orientamento, la guida del professionista e, non da ultimo, la loro appropriata allocazione; il tutto per migliorare il benessere dei dipendenti, il clima organizzativo, lo sviluppo delle competenze al fine di impattare positivamente sulla qualità dell'assistenza erogata. Per fare quanto descritto occorre un lavoro coordinato tra le diverse posizioni della DAPSS che, con ambiti di competenza differenti, si occupano di risorse umane.

- Supportare la presa di decisioni attraverso una chiara sintesi dei dati sanitari.

Tutte le aziende sanitarie sono caratterizzate da una mole di dati sempre più elevata rispetto a qualche decennio fa; in altre parole riceviamo enormi volumi di dati eterogenei. Avere più dati non sempre equivale ad avere maggiore chiarezza e informazioni di valore per i *Decision Maker*. Pertanto, penso sia una sfida trasformare l'enorme quantità di dati in informazioni chiare e accessibili, in modo da supportare le scelte che i diversi attori aziendali devono prendere in base al loro ambito di competenza.

2. Ambiti di miglioramento identificati e proposte di ottimizzazione

2.1 Distribuzione delle risorse umane nelle diverse strutture/servizi ospedaliere/i e territoriali

La Deliberazione N. VI/38133 del 6 agosto 1998 rende attuativo l'articolo 12, comma 3 e 4, della L.R. 11.7.1997 n.31. "*Definizione di requisiti e indicatori per l'accreditamento delle strutture sanitarie*".

Tale normativa identifica il minuto/paziente/die come unità di misura per l'assistenza infermieristica.

Il paradigma di tale normativa sottintende una visione per disciplina, dove a ogni specialità identificata corrisponde una pre-definita e costante intensità di cure dei pazienti; più precisamente, a discipline specialistiche corrisponde sempre una maggiore intensità di cure rispetto alle discipline di base. Le discipline appartenenti alle diverse specialità (base, media assistenza ecc..) sono rimaste pressoché invariate dalla loro prima identificazione (Decreto 13 settembre 1988 "Determinazione degli standard del personale ospedaliero") fino alla loro ultima riconferma nel Piano Socio-Sanitario Lombardo del 2002-04.

Tuttavia è ormai noto che l'intensità di cure è determinata da due aspetti: instabilità/severità clinica e la complessità assistenziale; in altre parole è determinata da variabili legate ai pazienti e non dalla disciplina specialistica. Per di più, a causa dell'aumento dell'aspettativa di vita che determina un incremento delle comorbidità, è sempre più frequente assistere pazienti a media-elevata intensità di cure in reparti appartenenti alle specialità di base (120 min/pz/die).

Infine, gli studi condotti da Aiken L., a partire dal 1981 negli Stati Uniti, hanno dimostrato che se il rapporto pazienti-infermiere è inferiore o uguale a 6:1 la mortalità diminuisce del 20% nelle medicine e del 17% nelle chirurgie (Griffiths e Ball et al., 2016). Di conseguenza, la stessa Aiken L., con lo studio pubblicato su *The Lancet* nel 2014, ha dimostrato che aumentare il carico di lavoro al singolo infermiere di un solo paziente produce un aumento del rischio di mortalità a 30 giorni dal ricovero del 7%. Tale studio, denominato *Registered Nurse*

forecasting (RN4CAST), ha raggiunto dimensioni mondiali coinvolgendo 19 paesi, di cui 13 in Europa (tra cui l'Italia), dimostrando sempre risultati simili.

2.1.1 Proposta di miglioramento/ottimizzazione

Il problema sopra riportato è complesso, in quanto entrano in gioco diverse variabili:

- l'aziendalizzazione degli ospedali a partire dal DL 502/1992;
- la normativa tutt'oggi in vigore che definisce, quale unità di misura per l'assistenza infermieristica, i min/pz/die;
- L'evoluzione delle conoscenze, ovvero la consapevolezza che un aumentato rapporto infermieri/pazienti generare outcome negativi di salute.

Trovare un equilibrio tra i 3 fattori sopra citati è una sfida. Di seguito si riporta una proposta per trovare un equilibrio tra le tre variabili sopra riportate, grazie all'identificazione degli "standard preventivi".

I min/pz/die rappresentano il criterio per determinare le dotazioni organiche minime per il rispetto dei criteri di accreditamento; ma gli organici minimi non sempre sono sufficienti per garantire un'assistenza di qualità e in sicurezza dei pazienti. Pertanto occorre valutare altre variabili, oltre ai min/pz/die, per identificare gli organici necessari (**standard preventivi**) di ogni reparto/servizio.

Tali standard preventivi derivano dalle "presenze die necessarie" per la gestione di quel determinato servizio/reparto (figura 1). Invece, nei reparti/servizi dove non sono previsti i min/pz/die, si utilizzerà il "volume delle attività/prestazioni erogate" per stimare gli standard preventivi (figura 2).

Gli standard preventivi saranno identificati in collaborazione con i gestori del coordinamento dei diversi presidi e con i responsabili percorsi pazienti cronici e acuti.

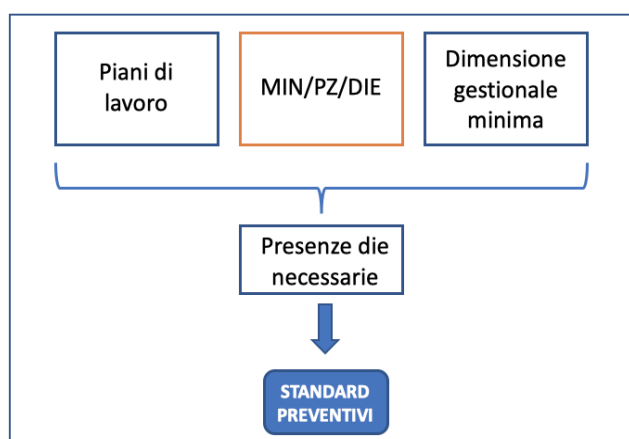


Figura 1

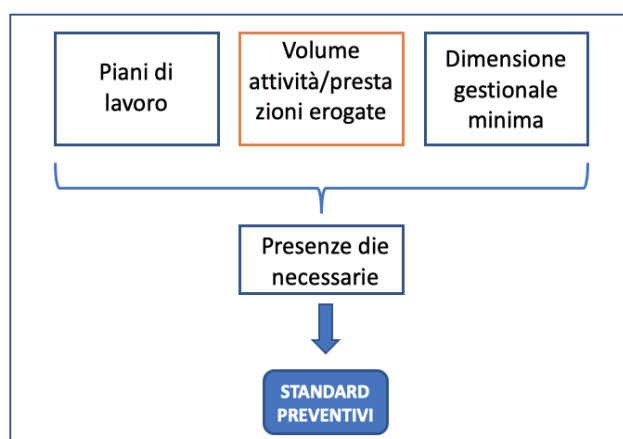


Figura 2

2.2 Gestione mobilità interne e inserimento del neoassunto

L'attuale accordo sulla gestione delle mobilità interne prevede il criterio temporale, ovvero la data di presentazione della domanda di trasferimento, come criterio principale per determinare la priorità del trasferimento stesso. Questo non è sempre sufficiente perché, in un'ottica di sviluppo delle competenze e valorizzazione delle risorse umane, occorre valutare altri criteri.

Questi stessi criteri devono essere valutati anche per l'allocazione del neoassunto, in quanto un'appropriata attribuzione e un percorso personalizzato di inserimento sono di fondamentale importanza poiché impattano sulla qualità dell'assistenza erogata.

2.2.1 Proposta di miglioramento/ottimizzazione

In un'ottica di miglioramento continuo nella gestione delle Risorse Umane, diventa fondamentale strutturare un percorso chiaro, che preveda criteri multidimensionali, per il governo delle mobilità interne. Alcuni criteri (punti 2-3-4 della figura sottoriportata), in aggiunta all'interesse del neoassunto verso una specifica area assistenziale, sono i medesimi da indagare per una sempre più appropriata allocazione. Si specifica che tale allocazione deve tener conto del rispetto degli standard preventivi identificati (**paragrafo 2.1.1**).

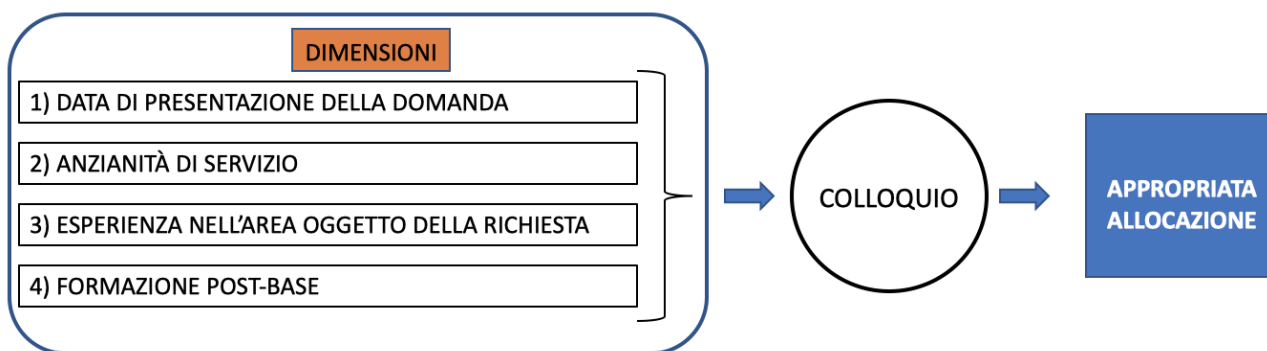


Figura 3 Percorso mobilità interna e attribuzione del neoassunto

2.3 Gestione flussi in entrata e in uscita del personale

Dopo avere identificato gli standard preventivi (**paragrafo 2.1.1**) sono necessarie delle proiezioni temporali per stimare i dipendenti in uscita e sostituirli con quelli in entrata. Ad oggi non esiste uno strumento che permetta di acquisire tali informazioni in modo chiaro e puntuale.

2.3.1 Proposta di miglioramento/ottimizzazione

Uno strumento che fornisca in modo puntuale le informazioni riguardanti il flusso in entrata e in uscite del personale favorirebbe non solo la gestione del turn over del personale, ma anche tutti quei trasferimenti interni volti a garantire il rispetto degli standard preventivi. Tale strumento, identificato in collaborazione con i Sistemi Informativi, deve contenere le seguenti informazioni:

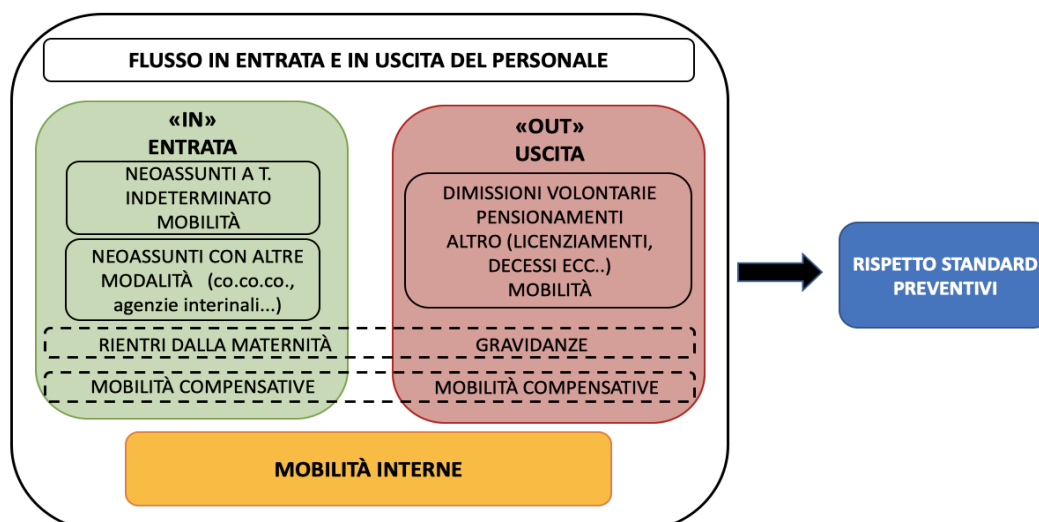


Figura 4 Flusso in entrata e in uscita del personale

2.4 Programma per la gestione del personale

Oltre ai flussi in entrata e in uscita risulta fondamentale accedere, in modo puntuale, alle informazioni riguardanti il personale presente nei diversi setting assistenziali. In questa fase di transizione oltre a esserci la sovrapposizione di 2 applicativi: OPTIPLAN (Ospedale di Circolo, Del Ponte, Luino, Cittiglio), SIGMA PLANNER (Ospedale di Tradate e di Angera), in alcune realtà non utilizzano nessuno dei 2 strumenti sopracitati. Questa disomogeneità complica l'acquisizione di tutte le informazioni necessarie alla DAPSS.

2.4.1 Proposta di miglioramento/ottimizzazione

L'obiettivo è quello di avere un unico applicativo (SIGMA PLANNER, in quanto applicativo regionale) da diffondere a tutte le realtà aziendali. Questo sia per uniformare tutti gli ospedali appartenenti alla stessa azienda e sia per facilitare l'acquisizione dei dati necessari alla DAPSS. Tuttavia, considerando che le esigenze di utilizzo dell'applicativo dei diversi attori sono differenti (es. pianificazione turni, estrapolazione dati a diversi livelli ecc..), occorre formare un gruppo di lavoro composto dai Gestori del Coordinamento delle diverse strutture aziendali, i Responsabili percorsi pazienti Acuti e Cronici, lo scrivente e dei componenti della SC Risorse Umane, al fine di apportare le migliorie necessarie per un suo efficace e funzionale utilizzo.