



REGIONE DEL VENETO

giunta regionale

61

05 GIU. 2017

DECRETO N. DEL

OGGETTO: Approvazione delle “*Direttive per la revisione dei modelli organizzativi ed assistenziali delle aree mediche e chirurgiche degli ospedali spoke della Regione del Veneto*”.

NOTE PER LA TRASPARENZA:

Con il presente decreto si approvano le direttive recanti indicazioni sui modelli organizzativi ed assistenziali da utilizzare nelle aree mediche e chirurgiche degli ospedali *spoke* della Regione del Veneto allo scopo di migliorare l'organizzazione e i livelli di sicurezza dei pazienti e degli operatori. Con le medesime direttive vengono altresì fornite indicazioni relative al coinvolgimento del paziente e dei *caregiver* nel processo assistenziale, all'informatizzazione di processi aziendali e all'esternalizzazione di attività che permettano al personale sanitario di focalizzarsi maggiormente sull'assistenza al paziente.

IL DIRETTORE
DELL'AREA SANITÀ E SOCIALE

VISTA la L.R. n. 23 del 29/6/2012 recante “*Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2016*” che ha istituito il modello di rete il quale individua diversi ruoli per i nosocomi regionali, classificandoli in ospedali *hub*, ospedali *spoke* e ospedali nodi di rete, ed ha previsto altresì l'assunzione di 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;

VISTA la DGR n. 610 del 29/4/2014 “*Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera*” con la quale è stato definito il tempo di erogazione dei minuti di assistenza minimo di riferimento, quale presupposto necessario a garantire adeguati livelli assistenziali;

CONSIDERATO che il monitoraggio periodico dell'applicazione della DGR n. 610 del 29/4/2014 ha evidenziato la necessità di effettuare approfondimenti riguardanti l'organizzazione del lavoro negli ospedali *spoke* della Regione del Veneto;

RILEVATO che per dare seguito a quanto previsto dalla sopra citata DGR n. 610 del 29/4/2014, nel corso dell'anno 2016 è stato condotto uno studio sul personale infermieristico e di supporto delle unità operative di area medica e chirurgica degli ospedali *spoke* del SSR per descrivere e confrontare le modalità di gestione del lavoro adottate in tali contesti ed evidenziare la presenza di criticità nonché di buone pratiche funzionali alla stesura di raccomandazioni per l'organizzazione assistenziale;

VERIFICATO che i risultati dello studio succitato hanno evidenziato la necessità di fornire indicazioni uniformi alle Aziende ULSS sedi di ospedali *spoke*, allo scopo di migliorare l'organizzazione dell'assistenza e i livelli di sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari mediante un appropriato utilizzo del personale delle unità operative di area medica e chirurgica;

CONSIDERATO che, per il fine di cui sopra, in esito allo studio condotto sono state elaborate apposite direttive per la revisione dei modelli organizzativi ed assistenziali delle aree mediche e chirurgiche degli ospedali spoke della Regione del Veneto, le quali costituiscono dunque la disciplina a cui dovranno attenersi gli ospedali stessi;

ATTESO pertanto che è necessario approvare le direttive di cui all'**Allegato A** del presente atto,

DECRETA

1. di ritenere le premesse parte integrante e sostanziale del presente atto;
2. di approvare le “*Direttive per la revisione dei modelli organizzativi ed assistenziali delle aree mediche e chirurgiche degli ospedali spoke della Regione del Veneto*”, di cui all'**Allegato A** del presente decreto, le quali costituiscono la disciplina a cui dovranno attenersi gli ospedali *spoke* delle Aziende ULSS della Regione del Veneto;
3. di incaricare il Direttore della Direzione Risorse Strumentali SSR-CRAV dell'attuazione del presente decreto e di effettuare presso le Aziende U.L.S.S. della Regione del Veneto sedi di ospedali *spoke* un monitoraggio periodico sull'applicazione della direttiva di cui al precedente punto 2;
4. di comunicare il presente provvedimento alle Aziende U.L.S.S. della Regione del Veneto sedi di ospedali *spoke*;
5. di dare atto che il presente provvedimento non comporta spesa a carico del bilancio regionale;
6. di pubblicare il presente provvedimento nel Bollettino Ufficiale della Regione del Veneto.

Dr. Domenico Mantovan





REGIONE DEL VENETO

giunta regionale - 10^a legislatura



ALLEGATO A Decreto n. 61

del - 5 GIU. 2017 pag. 1/6



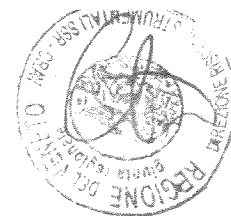
REGIONE DEL VENETO

**DIRETTIVE PER LA REVISIONE DEI MODELLI
ORGANIZZATIVI ED ASSISTENZIALI DELLE
AREE MEDICHE E CHIRURGICHE
DEGLI OSPEDALI SPOKE
DELLA REGIONE DEL VENETO**

Giugno 2017

A cura della Direzione Risorse Strumentali SSR - C.R.W. (Area Sanità e Sociale)

Palazzo Molin
San Polo, 2513
30125 Venezia
risorsestrumentalissr@regione.veneto.it



PREMESSA

Il Piano Socio Sanitario della Regione del Veneto 2012-2016 ha istituito il modello di rete che individua diversi ruoli per i nosocomi regionali, classificandoli in ospedali *hub*, ospedali *spoke* e ospedali nodi di rete. Inoltre, con riferimento al personale infermieristico e di supporto, con la DGR n. 610 del 29/04/2014, “Definizione dei Valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera”, è stato definito il TEMA (“Tempo di erogazione dei minuti di assistenza” che esprime il valore dei minuti/ persona assistita/giorno) minimo di riferimento quale presupposto necessario a garantire adeguati livelli assistenziali.

Il monitoraggio periodico dell’applicazione del provvedimento succitato ha evidenziato la necessità di effettuare ulteriori approfondimenti riguardanti l’organizzazione del lavoro negli ospedali *spoke*. Pertanto, nel corso del 2016 è stato realizzato uno studio sul personale infermieristico e di supporto delle unità operative di area medica e chirurgica di questa tipologia di nosocomi con lo scopo di descrivere e confrontare le modalità di gestione del lavoro adottate in tali contesti; nello specifico è stata analizzata la composizione e la turnistica dei “team assistenziali” (infermieri ed operatori socio sanitari - OSS - dedicati all’assistenza dei pazienti degenti che afferiscono ad una o più specialità presenti nel contesto analizzato e che sono inseriti nella relativa turnistica). Un ulteriore obiettivo è stato quello di evidenziare la presenza di criticità e buone pratiche che consentano di fornire elementi per la stesura di raccomandazioni per l’organizzazione assistenziale.

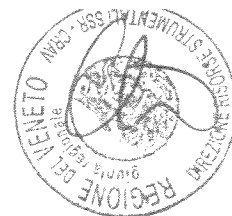
I risultati dello studio hanno evidenziato che gli ospedali *spoke* della Regione sono sostanzialmente equiparabili per quanto riguarda la dotazione di personale dei team delle aree medica e chirurgica e che i più frequenti sono quelli dedicati a 25 -30 posti letto in area chirurgica ed a 20-35 posti letto in area medica.

L’analisi dettagliata della turnistica ha posto in luce che in alcuni team la presenza notturna è sottodimensionata per gli infermieri rispetto alle raccomandazioni presenti in letteratura (NICE, 2014) e, a volte, soprattutto nei team di area medica, sono presenti un solo OSS e un solo infermiere. Tale situazione è talvolta compensata dalla disposizione logistica dei posti letto gestiti dal team assistenziale che favorisce la collaborazione di infermieri di altri team.

I modelli assistenziali più diffusi sono quello per settori/moduli e quello per compiti/funzionale. Il modello per intensità di cure viene utilizzato da alcuni team di area medica, mentre quello per piccole équipe è scarsamente diffuso e il *primary nursing* assente. Le figure infermieristiche a supporto di alcuni processi assistenziali (bed manager, case manager, infermiere di dimissione...) sono presenti solo in alcuni team, prevalentemente in area medica.

In entrambi gli ambiti considerati si è rilevata una diffusa presenza di caregiver, quasi esclusivamente coinvolti in attività di supporto assistenziale (somministrazione dei pasti, attività di supporto all’assistenza post-operatoria, vigilanza ai pazienti confusi/gravi) anziché nei processi di educazione terapeutica funzionali alla dimissione sicura del paziente ed alla sua successiva gestione a domicilio.

Il livello di informatizzazione di alcuni processi di lavoro è disomogeneo ed è maggiore per procedure quali l’approvvigionamento di farmaci e la richiesta di pasti e materiali, mentre sono meno informatizzate la gestione della cartella clinica e il processo di somministrazione dei farmaci; è inoltre poco diffuso l’utilizzo di dispositivi mobili quali tablet/palmari/pc portatili al letto del paziente.



Risultano infine diffusamente esternalizzati i servizi di pulizia ambientale e di trasporto della biancheria, mentre lo sono meno la distribuzione dei pasti, il ritiro dei vassoi e il trasporto dei pazienti che, di norma, sono gestiti dagli OSS.

MODELLI ORGANIZZATIVI ED ASSISTENZIALI DELLE AREE MEDICHE E CHIRURGICHE DEGLI OSPEDALI SPOKE

Considerati i risultati dello studio condotto negli ospedali *spoke*, allo scopo di migliorare l'organizzazione e i livelli di sicurezza dei pazienti e degli operatori sanitari mediante un appropriato utilizzo del personale, si ritiene necessario fornire le seguenti indicazioni:

1. Organizzazione dei posti letto

Le Unità Operative di Medicina e di Chirurgia degli ospedali *spoke*, di norma, devono essere organizzate in "moduli base" costituiti da 24-28 posti letto a cui deve essere assegnato un team assistenziale esclusivamente dedicato ai pazienti degenti, composto da infermieri e personale di supporto, con un turno minimo notturno di 2 infermieri. Per le UU.OO. con un numero di posti letto superiore a quello indicato, si raccomanda l'organizzazione in più moduli.

Lo standard minimo di infermieri in un turno è di 2 unità (NICE, 2014). Lo studio regionale sugli ospedali spoke ha evidenziato che il modulo base compreso tra 24-28 posti letto risulta il più efficiente nell'utilizzo del personale.

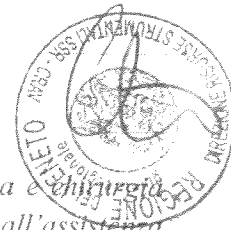
2. Articolazione oraria dei team assistenziali

Nell'articolazione oraria dei team assistenziali prevista per i moduli di 24-28 posti letto delle Unità Operative di Medicina e Chirurgia degli ospedali *spoke*, va attuata la seguente presenza minima di operatori nel turno infermieristico/OSS:

- mattina 3 infermieri e 2 OSS,
- pomeriggio 3 infermieri e 1 OSS,
- notte 2 infermieri.

Per garantire gli standard di sicurezza nel turno notturno, si raccomanda che l'eventuale presenza di personale di supporto sia, di norma, utilizzata ad integrazione del numero minimo di infermieri, evitando quindi la presenza esclusiva di 1 infermiere e di 1 OSS.

La definizione di adeguati standard organizzativo-assistenziali è fondamentale per la sicurezza dei pazienti. Il rapporto numero di infermieri/ numero di pazienti ne influenza gli esiti di salute in quanto, all'aumentare del numero di pazienti assistiti da ogni infermiere, aumentano i rischi; tale rapporto deve essere 1:8 nel turno mattutino, con la presenza contemporanea di personale esperto e di supporto (Safe Staffing Alliance, Consensus Statement, 2013; NICE, 2014); nel documento "Raccomandazioni e standard italiani per dotazioni infermieristiche ospedaliere sicure: esiti di una consensus conference" si raccomanda la presenza di 1 infermiere ogni 10 pazienti e di 1 OSS ogni 24 pazienti, nelle 24 ore, con 200 minuti totali minimi di assistenza giornalieri per paziente, con skill-mix infermiere-operatori di supporto 70-30, e al netto di attività complementari, quali trasporti di materiali, attività alberghiere e igienico-sanitarie (Saiani et al. 2011); anche secondo la DGR n. 610 del 29-4-2014 i valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del



comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera nell'area omogenea di medicina interna e chirurgia generale espresso in TEMA deve essere 190 minuti, con una percentuale di attribuzione all'assistenza infermieristica del 100% e all'assistenza di base e di supporto dell'operatore socio sanitario del 60%.

La complessità clinica dei pazienti ricoverati in ospedale richiede competenze professionali e di giudizio clinico che non possono essere demandate all'OSS; in presenza di situazioni di urgenza, emergenza, o di contemporanee attività infermieristiche su più pazienti, da gestire con l'unico supporto di un OSS, la rischiosità per i pazienti e per gli operatori aumenta (Palese & Saiani, 2010).

3. Costituzione degli staff assistenziali e utilizzo di modelli organizzativo-assistenziali di tipo professionale

Si raccomanda di costituire staff assistenziali con infermieri con livelli formativi e di expertise differenziati e di utilizzare modelli organizzativo-assistenziali di tipo professionale che promuovano la presa in carico personalizzata dei pazienti e il coinvolgimento pianificato dei caregiver.

I modelli organizzativi ed assistenziali di tipo professionale (ad esempio primary nursing, il case management, il care management) sono centrati sulla totalità delle competenze previste per l'infermiere e promuovono un maggiore supporto alla pratica professionale infermieristica nel contesto in cui sono applicati; hanno un impatto diretto sugli esiti di salute dei pazienti e sono associati ad una minor frequenza di esiti negativi quali lesioni da pressione, contenzione inappropriata, cadute, polmoniti, infezioni del tratto urinario ed errori di somministrazione della terapia (Dubois et al., 2013). Infine la composizione diversificata degli staff assistenziali e la diversa formazione ed expertise degli infermieri impattano positivamente sul turnover di questi professionisti, sulla durata della degenza media dei pazienti e sulla loro soddisfazione, sull'incidenza di complicanze, mortalità, soccorsi mancati e qualità dell'assistenza (Butler et al., 2011).

4. Promozione dell'empowerment del paziente

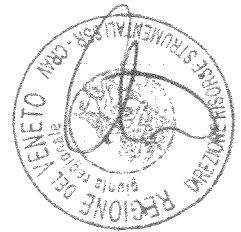
Si raccomanda di promuovere l'empowerment del paziente coinvolgendolo precocemente con i caregiver nei processi di educazione all'autocura propedeutici a favorire l'autonomia ed una dimissione sicura.

Il coinvolgimento dei caregiver nella gestione dei processi di adattamento a nuove condizioni di salute è un elemento cruciale per promuovere l'autonomia di pazienti e famiglie, riducendo le complicanze (Becchi, 2011), favorendone l'empowerment e un maggiore controllo sulle decisioni e azioni che influenzano la loro salute (WHO, 1998).

5. Informatizzazione dei processi

Si suggerisce di sviluppare ulteriormente l'informatizzazione già in atto nelle aziende sanitarie soprattutto per i processi di gestione di informazioni clinico-assistenziali e di somministrazione dei farmaci.

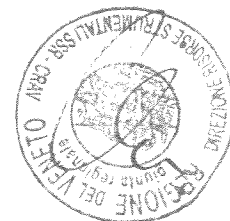
L'informatizzazione della cartella clinica comporta una diminuzione del rischio di errore e di ridondanza delle informazioni (Ministero della Salute, 2011). Inoltre, per quanto riguarda la somministrazione dei farmaci, il Ministero della Salute raccomanda l'utilizzo di tecnologie informatizzate che diminuiscano il verificarsi di errori che possano mettere in pericolo la sicurezza del paziente (Ministero della Salute, 2010).



6. Esternalizzazione delle attività

Si raccomanda di valutare le attività che potrebbero essere esternalizzate per permettere al personale sanitario di focalizzarsi maggiormente sull'assistenza al paziente.
Si sottolinea che qualora alcune attività di assistenza indiretta siano funzionali alla valutazione dello stato clinico del paziente, queste debbano essere mantenute in capo al personale dipendente.

Un esempio di attività di assistenza indiretta funzionale alla valutazione dello stato clinico del paziente è il processo di ritiro dei vassoi, che consente la rilevazione della quantità/qualità del cibo assunto dal paziente e la valutazione successiva della corretta alimentazione e dello stato nutrizionale.



BIBLIOGRAFIA

Becchi M.A. (2011). Il caregiver del paziente complesso ed il suo addestramento. Manuale di educazione terapeutica ad uso degli operatori sanitari e socio-assistenziali. Edizioni Panorama della Sanità.

Butler, M., Collins, R., Drennan, J., Halligan, P., O'Mathúna, D.P., Schultz, T.J., Vilis, E. (2011). Hospital nurse staffing models and patient and staff-related outcomes. *Protocols Cochrane Database of Systematic Reviews*. doi:10.1002/14651858.cd007019. pub2.

Dubois, C.A., D'amour, D., Tchouaket, E., Clarke, S., Rivard, M., Blais, R. (2013). Associations of patient safety outcomes with models of nursing care organization at unit level in hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(2), 110-117.

Ministero della Salute (2010). Qualità e sicurezza delle cure nell'uso dei farmaci. Raccomandazioni, Integrazione e formazione. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1358_allegato.pdf.

Ministero della Salute (2011). Sviluppo di un modello di Cartella Paziente Integrata(CPI). Retrieved on 6th March 2017 from http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1679_allegato.pdf.

NICE (2014). Safe staffing for nursing in adult inpatient wards in acute hospitals. Safe staffing guideline. Retrieved on 1st March 2017 from: nice.org.uk/guidance/sg1.

Palese, A., & Saiani, L. (2010). Quanto lunga e difficile è la notte in ospedale. *Assistenza infermieristica e ricerca*, 29(1), 2-4.

Safe Staffing Alliance, Consensus Statement. (2013). *Nursing Standard*, 27(37).

Saiani, L., Guarnier, A., Barelli P., et al. (2011). Raccomandazioni e standard italiani per dotazioni infermieristiche ospedaliere sicure: esiti di una consensus conference. *Igiene e Sanità Pubblica*, 67, 777-792.

World Health Organization (WHO). (1998). Health promotion glossary. Retrieved on 6th March 2017 from <http://www.who.int/healthpromotion/about/HPR%20Glossary%201998.pdf>.

Normativa di riferimento

DGR n. 610/2014 "Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale di assistenza del comparto dedicato alle aree di degenza ospedaliera"

L.R. 23 del 29 giugno 2012 "Norme in materia di programmazione socio sanitaria e approvazione del piano socio-sanitario regionale 2012-2016".