

DISPENS@TORE DI STIMOLI INFERMIERISTICI BLOCKNOTES

S spesso in questa rubrica, si è parlato di come la professione infermieristica è vista all'esterno, di come è rappresentata dai *media* e di come le altre professioni dovrebbero riconoscere appieno la nostra autonomia e indipendenza.

Grandi passi avanti sono stati fatti, ma tanti ne devono essere ancora fatti per una piena approvazione; internet deve servire per creare una rete di comunicazione che dimostri all'utente, ed alle altre professioni sanitarie, il lavoro ed percorso da noi intrapreso, ma soprattutto deve creare un modo comune tra gli infermieri di sentire la professione e come far circolare le notizie.

Dai colleghi d'oltreoceano statunitensi, arrivano spunti interessanti per capire come far evolvere l'infermieristica, creando una serie di strumenti che danno la possibilità di far conoscere a tutti in modo semplice e veloce, quello che sta succedendo nel panorama sanitario.

www.nursetv.com è una televisione che nasce grazie allo sviluppo di internet, fatta da infermieri che raccontano la propria professione, si informano attraverso un telegiornale te-

matico che ha l'obiettivo di dare a tutti i colleghi veloci informazioni, raccontano la quotidianità del proprio lavoro; il "telegiornale via internet" è la giusta evoluzione delle newsletters, attraverso un linguaggio semplice e veloce le infor-

la frase

La comunicazione radiotelevisiva ed elettronica della scienza ha reso possibile ritrovarci degli esperti nel nostro salotto... ad offrirci suggerimenti e spiegazioni. Ciò a reso queste figure... più capaci di suggestionare le coscienze e indurre cambiamenti di costume, abitudini e... di mercato.

TOM JEFFERSON
"Attenti alle bufale", 2005

mazioni circolano più facilmente. Ma questa televisione ha anche l'obiettivo, oltre quello di far aggiornare gli infermieri, anche di "giocare" (in questo momento, ripercorrendo il filone televisivo nostrano, è in atto un *reality*), e di far parlare gli infermie-

ri, facendogli spiegare quello che realmente fanno senza il "filtro" di altre persone (una sezione è dedicata alle interviste e riprese "nel campo", durante l'attività assistenziale). Questa esperienza molto interessante serve per creare un forte sentimento di attaccamento alla professione oltre che un'immagine diversa da parte dell'utenza di internet.

Non esiste un'esperienza simile in Italia anche se innumerevoli sono le associazioni che danno voce agli infermieri; e numerosi sono gli infermieri che usano internet per creare siti personali che contribuiscono a diffondere la proprie esperienze.

Tra i più interessanti c'è www.lucabenci.it sito del noto infermiere-giurista fiorentino, dal suo portale è possibile trovare materiale che riguarda varie tematiche di carattere legislativo, che vanno dalla normativa sull'aborto, alla procreazione assistita, dalle tematiche sull'accanimento terapeutico alla normativa sull'uso di emoderivati.

Anche colleghi umbri partecipano all'arricchimento professionale delle scienze infermieristiche, www.avianorossi.it

Dinamo Camp cerca infermieri

Dinamo Camp è un Centro estivo che ospita gratuitamente per periodi di vacanza a svago bambini e ragazze dai 7 ai 16 anni affetti da patologie gravi o croniche in terapia e nel periodo post ospedalizzazione. Fa parte della famiglia dei campi Hole in the Wall fondati da Paul Newman e attivi in tutto il mondo.

Si trova sull'Appennino Tosco-emiliano, a Bimstre (Pistoia), all'interno dell'oasi Cesto del Lupo affiliata WWF. Il camp intende offrire ai suoi partecipanti la possibilità di riappropriarsi della loro infanzia e adolescenza attraverso un programma di attività ludiche e ricreative teso a rafforzare l'autostima, la possibilità di socializzare in un ambiente protetto diverso da quello ospedaliero.

Per poter realizzare il proprio programma Dinamo Camp sta cercando per l'estate 2008 Infermieri Pediatrici o Infermieri con Master in Pediatria oppure Infermieri con esperienza pluriennale in ambito pediatrico, che abbiano preferibilmente lavorato in reparti di onco-ematologia pediatrica.

Le sessioni sono nel periodo estivo (dal 21/6 al 7/9) e richiedono una disponibilità di 7-10 giorni, a seconda del periodo scelto. Per maggiori informazioni o per presentare la propria candidatura rivolgersi a:

Dott. Laura Lactignola, Dir. medico Dinamo Camp +39 339 5042104 lauralactignola@yahoo.it – www.dynamocamp.org.

Un nuovo indirizzo per la salute

Il Ministero della Salute ha cambiato la propria sede centrale a Roma ed ha riunito gli uffici finora dislocati in edifici diversi, nella sede unica del Ministero che si trova in zona EUR Castellaccio al numero 5 di Via Giorgio Ribotta, angolo Viale dell'Oceano Pacifico e dista meno di 3 Km. dalle attuali sede dell'EUR che verranno chiuse. Il Ministro e gli Uffici di diretta collaborazione rimarranno nella sede attuale di lungotevere Ripa, 1.

Si tratta d'un trasferimento atteso e necessario che consentirà la riduzione dei costi di gestione, l'ammodernamento dei sistemi e la possibilità di offrire servizi migliori e più efficienti ai cittadini ed agli operatori sanitari. Quale luogo di contatto diretto con il pubblico, è prevista l'attivazione di un front office, un centro operativo articolato in più sportelli per informazioni e servizi.

L'utilizzo dei defibrillatori...

La commissione Sanità del Senato ha approvato all'unanimità il disegno di legge che prevede l'utilizzo di defibrillatori "salva cuore" nei luoghi pubblici. Il testo avrebbe dovuto completare l'iter legislativo tornando alla camera per il via libera definitivo; allo stato attuale di precarietà delle strutture parlamentari, è difficile prevedere i tempi di realizzo. La legge prevede l'utilizzo di defibrillatori anche al di fuori dell'ambito ospedaliero rendendo di fatto possibile la riduzione dei tempi di non intervento nel caso di grave aritmia ventricolare. Il disegno di legge contiene norme che individuano luoghi, strutture e mezzi di trasporto nei quali dovrebbe essere prevista la disponibilità di defibrillatori automatici e semiautomatici: dagli ambulatori, agli aeroporti, ai treni, ai penitenziari, alle sedi dei grandi eventi, fino alle scuole, alle farmacie e molti altri. Il testo approvato prevede, inoltre, che il personale sanitario segua corsi di formazione e addestramento per poter procedere con la necessaria sicurezza all'uso dei defibrillatori.

Questa legge dovrebbe contribuire a garantire maggiore sicurezza ai cittadini che potranno essere soccorsi con la dovuta competenza senza incorrere nel rischio di dover subire tempi di non intervento spesso drammaticamente determinanti le prognosi infauste ●

è il sito di un collega infermiere, che raccoglie in modo ragionato, tutte le leggi di carattere infermieristico, link a numerosi siti infermieristici, materiale che riguardano tematiche inerenti l'assistenza e l'organizzazione.

Nasce sempre da infermieri italiani, l'ambiziosa idea di "copiare" l'enciclopedia mondiale wikipedia (www.wikipedia.it), per crearne una tutta di carattere sanitario/infermieristico. Questo sito dal nome nursepedia (www.proterin.net/nursepedia/index.), come gli stessi autori dichiarano, ha l'obiettivo di creare "una grande enciclopedia di termini, biografie, tesi, modelli assistenziali che appartengono al mondo infermieristico". Ovviamente come nel sito ispiratore, è importante il contributo di tutti, chiunque può collaborare creando una nuova voce o migliorando i contenuti di quelle già esistenti; ovviamente, perché il progetto funzioni, c'è bisogno di quanta più collaborazione possibile.

Attorno ad internet c'è un grande movimento di idee e pensieri democratici, dove ognuno può portare il suo contributo per far crescere la professione. Sicuramente occorre cercare di non disperdere troppo le energie in progetti di difficile raggiungimento, ma focalizzare l'attenzione su progetti facilmente realizzabili e concreti che portino ad una vera crescita intellettuale e professionale. 

(Indirizzo e-mail dell'autore a cui potersi rivolgere per informazioni: blocknotesumbria@libero.it)

DI MARCO ZUCCONI

PREVENIRE GLI ERRORI - IMPARARE DAGLI ERRORI SICUREZZA PER GLI OPERATORI & CORSO SICURE

In questo numero, a causa di problemi di spazio originati dalla necessità di pubblicare i bilanci dei Collegi, l'appuntamento con la tematica del risk management è necessariamente ridotto. La rubrica, nella sua forma consueta, tornerà ad essere disponibile nel prossimo numero, con un articolo riguardante la sicurezza nell'impiego dei farmaci. A seguire sarà comunque presentata una nuova raccomandazione e un evento formativo in modalità FAD

Raccomandazione per prevenire gli atti di violenza a danno di operatori sanitari

Gli atti di violenza a danno degli operatori sanitari costituiscono eventi sentinella che richiedono la messa in atto di opportune iniziative di protezione e prevenzione. Nasce da questo presupposto la nuova Raccomandazione del Ministero della Salute (consultabile integralmente all'indirizzo, http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_721_allegato.pdf). È l'ottava della serie predisposta in collaborazione con gruppi di esperti del Servizio sanitario nazionale e associazioni di settore per aumentare la qualità e la sicurezza delle cure, che intende incoraggiare l'analisi dei luoghi di lavoro e dei rischi correlati e l'adozione di iniziative e programmi, volti a prevenire gli atti di violenza e attenuarne le conseguenze negative, dall'aggressione verbale

alla violenza fisica fino all'omicidio. Nel nostro Paese mancano statistiche specifiche sulla diffusione del fenomeno, tuttavia la frequenza delle aggressioni è più alta che in altri tipi di lavoro e alcuni dati sono indicativi. Gli infortuni da atti di violenza nelle strutture ospedaliere italiane e denunciati all'INAIL per qualifica professionale e modalità di accadimento nel 2005 ammontano a 429, di cui 234 su infermieri e 7 su medici. In generale, gli eventi di violenza si verificano più frequentemente nelle seguenti aree: servizi di emergenza-urgenza; strutture psichiatriche ospedaliere e territoriali; luoghi di attesa; servizi di geriatria; servizi di continuità assistenziale. Numerosi sono i fattori responsabili di atti di violenza diretti contro gli operatori delle strutture sanitarie e sebbene qualunque operatore sanitario possa essere vittima di violenza, i medici, gli infermieri e gli operatori socio sanitari sono a rischio

più alto. Questo perchè sono a contatto diretto con il paziente e devono gestire rapporti caratterizzati da una condizione di forte emotività sia da parte del paziente stesso che dei familiari, che si trovano in uno stato di vulnerabilità, frustrazione o perdita di controllo, specialmente se sotto l'effetto di alcol o droga. Il comportamento violento avviene spesso secondo una progressione che, partendo dall'uso di espressioni verbali aggressive, arriva fino a gesti estremi quali l'omicidio. La conoscenza di tale progressione (vedi figura sottostante) può consentire al personale di comprendere quanto accade ed interrompere il corso degli eventi.

La raccomandazione è sviluppata attraverso l'elaborazione di un programma di prevenzione, l'analisi delle situazioni lavorative, la definizione ed implementazione di misure di prevenzione e controllo e la formazione del personale.

La lettura e comprensione della raccomandazione è consigliata a tutti gli operatori coinvolti in processi assistenziali rivolti alla persona (medici, infermieri, psicologi, operatori socio-sanitari, assistenti sociali, personale del servizio 118, servizi di vigilanza) operanti in tutte le strutture sanitarie ospedaliere e territoriali, con priorità per le attività considerate a più alto rischio (aree di emergenza, servizi psichiatrici, Ser.T, continuità assistenziale, servizi di geriatria), nonché quelle individuate nel contesto di una specifica organizzazione sanitaria a seguito dell'analisi dei rischi effettuata.

Corso per la formazione degli operatori sanitari "SICURE Sicurezza dei pazienti e gestione del rischio clinico"

SICURE è un corso di Formazione a Distanza promosso dal Ministero della Salute, in collaborazione con FNOMCEO (Federazione Ordini Provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri) e IPASVI. Il corso SICURE fornisce le informazioni necessarie per accrescere la consapevolezza degli operatori sanitari in merito alle problematiche legate alla sicurezza dei pazienti e tradurre tali acquisizioni nella quotidiana pratica professionale. Dal dicembre 2007 è accessibile all'indirizzo <http://netlearning.netstream.it/learn/en/learner/jsp/login.jsp?site=sicure> (o, più semplicemente attraverso un motore di ricerca), previa registrazione con nome utente e password. Il corso SICURE è rivolto a medici ed infermieri e at-

tribuisce 20 crediti ECM agli iscritti che avranno frequentato le otto lezioni su web e superato con successo i relativi questionari. Le lezioni di SICURE sono presentate secondo una struttura "grafico-rappresentativa" all'interno della quale una serie di personaggi interagiscono "simulando" la rappresentazione realistica del corso stesso. Una serie di strumenti (lavagna, grande schermo...) replicano le normali dinamiche d'aula. La sin-

gola lezione è al tempo stesso illustrata attraverso speakeraggio di alcune parti dei testi e rappresentata attraverso strumenti multimediali. È poi disponibile il manuale del corso (in formato pdf), da stampare e conservare. Dopo ogni unit il discente può effettuare il questionario relativo. Solo dopo il superamento del questionario (ripetibile una volta) si potrà passare alla lezione successiva. Il discente di SICURE ha 30 giorni per poter partecipare positivamente al corso, ma sono più che sufficienti per effettuare il percorso didattico. Per eventuali problemi è disponibile un help desk tecnologico (per problemi legati alla fruizione del corso) ed uno scientifico (per i contenuti). Avendolo personalmente sperimentato posso dire che è fatto molto bene, con approfonditi contenuti presentati in forma chiara e fruibile anche per chi viene a contatto per la prima volta con la tematica della gestione del rischio. Non è necessario essere dotati di particolari supporti informatici, ma è consigliabile avere un accesso internet adsl. In conclusione, è una buona occasione per acquisire 20 crediti ECM, gratuitamente e comodamente da casa, ottenendo nuove conoscenze, indispensabili per assicurare assistenza e cura di qualità, efficaci e sicure. I Collegi provinciali, previo accurato controllo, provvederanno al rilascio degli attestati ECM per coloro che hanno superato con successo i tests d'apprendimento fine corso. Il Collegio di Perugia provvederà inoltre, alla consegna dei suddetti attestati mediante invio postale. ☞



COLLEGIO DI PERUGIA QUOTE ANNO '08

Nel mese di febbraio è stato inviato il bollettino postale per il pagamento della quota anno 2008 con scadenza del 15 marzo 2008.

Nel caso in cui non riceva il bollettino postale, vengono di seguito riportate le coordinate di conto corrente postale: **14501068 intestato a: Collegio IP.AS.VI. di Perugia via Manzoni, 82 - 06135 Ponte San Giovanni (Pg)**

causale: quota associativa 2008 importo: € 55,00. A coloro che non avessero provveduto nei tempi di scadenza al pagamento della quota annuale saranno spedite, nel mese di maggio 2008 e di settembre 2008, le raccomandate di sollecito con spese postali a carico dell'iscritto moroso.

Ove neppure queste avessero risposta, nel mese di dicembre si provvederà alla cancellazione per morosità. Qualora si rendesse necessaria una verifica, l'ufficio richiederà, come prova di avvenuto pagamento, l'esibizione della ricevuta di versamento ●

EFFICIENZA ALLOCATIVA

PRIORITY SETTING

La "efficienza allocativa" delle risorse infermieristiche nel sistema ospedaliero umbro: un aspetto non rinviabile di "Priority setting" in sanità un problema che riguarda non solo i Decisori ma anche gli Infermieri (suggerimenti per un approccio metodologico)

ABSTRACT

L'articolo riporta uno studio condotto, tra la fine del 2005 e l'inizio del 2006, su tutti i ricoveri ospedalieri effettuati nel corso del 2003 negli Ospedali umbri. Lo scopo era quello di verificare la efficienza allocativa delle risorse infermieristiche in funzione della tipologia e quantità dei ricoveri. Il lavoro, che ha utilizzato i dati elaborati dal sistema "C.A.M.S.", ha messo a confronto, per ciascun Presidio la tipologia ed il numero dei ricoveri con i relativi costi attribuiti al personale infermieristico.

Ha evidenziato significative differenze tra Ospedali, anche interni alla stessa Azienda U.S.L., permettendo di trarre due conclusioni.

1) Vi è una chiara distorsione tra il numero dei ricoveri ed i costi sostenuti per il personale infermieristico, che segnala la necessità di un chiaro intervento di razionalizzazione e riallocazione delle risorse.

2) Vi è l'esigenza di controllare i conseguenti carichi di lavoro infermieristici; non sempre l'indicatore della diminuzione tendenziale del rapporto tra volume di attività e volume delle risorse per la conseguente assistenza infermieristica può essere letto come elemento di efficienza, ma anche come elemento di criticità per la qualità e sicurezza della assistenza.

Il quadro di riferimento generale

Dal 1995, anno in cui le disposizioni contenute nella L. 421/92 sono divenute operanti con il D.Lgs 517/93, si è posta molta attenzione agli aspetti economico-finanziari ed organizzativi del S.S.N.

Molti sono stati gli studi prodotti per evidenziare, in modo sempre più analitico, gli andamenti della spesa a fronte dei servizi erogati.

Secondo una analisi condotta nell'arco di un decennio, a partire dal 1995, le risorse finanziarie assorbite complessivamente dal S.S.N. sono cresciute di circa l'80%, passando da 48.136 a 87.027 milioni di euro. Nel 1995 circa 20.445

milioni, pari al 42,48% era imputabile al costo per il personale, mentre nel 2004 questa voce assorbiva circa 29.380 milioni pari al 33,76% della spesa complessiva (monitor n. 16).

Per quanto riguarda la Regione dell'Umbria l'incremento del costo complessivo del Servizio Sanitario si è attestato intorno al valore medio nazionale pur mettendo in luce significative differenze di incidenza del costo del personale.

Nel 1995 le risorse assorbite dal personale erano consolidate in 371 milioni e 981 mila euro pari ad una incidenza sul finanziamento complessivo del 52,27%, superiore di dieci punti percentuali alla media nazionale. Nel 2004 la quota di risorse assorbite dal personale

ammontavano a circa 506 milioni e 945 mila euro con una incidenza, sul finanziamento complessivo, del 39,46%, superiore alla media nazionale di sei punti percentuali. Nel decennio considerato, l'incidenza delle risorse per il personale del S.S.R. umbro ha fatto segnare una significativa riduzione di circa 13 punti, a fronte di una minore incidenza nazionale pari a circa 9 punti (monitor n. 16).

Il quadro di riferimento regionale

Per quanto riguarda l'attività di ricovero, i più significativi indicatori di "struttura", di "attività" e di "costo", ripresentano, a livello regionale, una variabilità analoga a quella na-

zionale. Le due Aziende Ospedaliere Umbre, nell'anno 2004, considerate complessivamente, hanno registrato performances *strutturali* generalmente migliori della media nazionale con qualche contraddizione al suo interno.

In particolare, a fronte di un rapporto di addetti per posto letto migliore del dato nazionale, quello riguardante il personale infermieristico si situa al di sotto della media di riferimento. Nello specifico: il rapporto Infermieri/posto letto è inferiore di un decimo di punto, mentre il numero di persone dimesse per Infermiere risulta essere superiore di nove unità. I dati che definiscono l'*attività* svolta mostrano che le due Aziende, nel corso del 2004 hanno trattato un case-mix il cui peso medio è stato pari a 1,39, a fronte di una complessità dei ricoveri nazionale la cui media è pari a 1,26.

Gli altri indicatori di attività: l'I.R (indice di rotazione: cioè il numero di persone che nell'arco dell'anno si sono alternate su un posto letto), il T.O (tasso di occupazione: cioè il tempo in giorni che trascorre tra un ricovero ed il successivo), il T.U (tasso di utilizzazione del posto letto: cioè il rapporto tra la potenzialità di ricovero, espresso come numero dei posti letto per 365 giorni, ed il numero delle giornate di degenza erogate) sono tutti in terreno positivo rispetto alla media nazionale (monitor n. 16).

Invece, gli indicatori di costo si collocano generalmente in campo negativo, facendo segnare valori mediamente su-



MOBILITÀ

Patassini Ivana

patassini.ivana@aliceposta.it
Str. di Massa, 22 - Narni

da ASL Viterbo
a Azienda Terni

Cerrini Roberta

Cell. 339.1239620
cerrirobs@libero.it
Via Ancona - Umbertide

da Azienda Perugia
a ASL n. 1 Città di Castello
ASL n. 8 Arezzo

Lari Francesca

Cell. 347.8408932
maider_81@libero.it
Via Gerolamo - Deruta

da ASL n. 2 - Perugia
a Azienda Perugia

Pace Fabio

Cell. 338.9647021
Via Papa XXIII, Reggio Emilia

da Arcispedale Reggio Emilia
a ASL n. 2 - Perugia

Sisani Erika

Cell. 339.4579303
erikasisani@libero.it
Via Malanotte - Perugia

da Azienda Perugia
a ASL n. 2 - Perugia

Cecchetti Adele

Cell. 339.5400541
adele.cecchetti@libero.it
Via Molini, 4 - Sigillo (Pg)

da ASL n. 6 Fabriano
a Azienda Perugia ASL n. 2

Al Najm Sara

Cell. 388.7471594
chirurgopg@libero.it
Via Santa Lucia - Perugia

da Azienda Perugia
a Milano, Monza, Desio ●

periori alla media nazionale soprattutto con riferimento al costo medio per giornata di degenza, quello per posto letto, per il costo medio totale del personale e quello medio del personale sanitario. La situazione descritta per le Aziende Ospedaliere rappresenta generalmente anche quella dei presidi a conduzione diretta.

Indubbiamente, una situazione caratterizzata da buoni risultati in termini di attività cui fanno da contrappunto aspetti strutturali non omogenei e costi generalmente più elevati, merita un più attento esame. Se vengono presi in considerazione taluni indicatori di struttura le contraddizioni vengono alla luce.

Il rapporto tra il numero di Infermieri e quello dei posto letto è più basso della media nazionale (1,04 contro 1,14). L'analogo rapporto tra il numero dei Medici ed i posti letto è più alto (0,56 contro 0,48) (monitor n. 16).

Questa disomogeneità dovrebbe spingere tutti i responsabili; i Decisori regionali, le Direzioni aziendali e i responsabili della gestione delle risorse professionali ad un esame più pregnante. Per chi scrive era doveroso approfondire i criteri di allocazione del personale infermieristico.

Il Priority Setting

Rappresenta un approccio attraverso cui le moderne teorie economiche, applicate in sanità tentano di risolvere la contraddizione esistente tra l'incremento della domanda di servizi per la salute e le risorse eco-

nomiche disponibili definite a priori generalmente insufficienti a garantire la domanda di salute nella sua globalità. Questa contraddizione deve trovare da parte del decisore regionale un punto di equilibrio, che sia in grado di rispondere ai bisogni espressi utilizzando al meglio le risorse assegnate. Il punto di equilibrio va ricercato nella consapevolezza che non sempre organizzare un servizio sul territorio di per se rappresenti il miglior modo per rispondere alla domanda di salute.

Non sempre all'aumento di risorse corrisponde un uguale aumento dei benefici attesi. Anzi alcuni studi condotti sulla relazione tra benefici e spesa impegnata, dimostrano che all'aumentare di quest'ultima, i benefici tendono ad aumentare ma non in modo proporzionale bensì secondo un andamento che ricorda una curva, di tipo Gaussiano, caratterizzata da una notevole dispersione intorno al punto che identifica la media, la mediana e la moda. Il fenomeno è tale per cui, dopo una certa soglia di impegno economico, l'incremento dei benefici attesi è irrilevante fino a divenire addirittura dannoso.

Una Ricerca sul campo

Chi scrive è un Infermiere che da anni si occupa di organizzazione e gestione del personale. Sin dall'inizio della sua attività ha sempre cercato di trovare criteri oggettivi e condivisibili che permettessero di valutare correttamente l'utilizzo delle risorse infermieristiche umbre. Con questo spirito, tra la fine del 2005 e l'inizio del

2006, si è dedicato ad analizzare il costo del personale infermieristico impegnato nella attività di assistenza ospedaliera nella nostra Regione.

Il tentativo era quello di verificare se i dati contraddittori in precedenza discussi, potessero essere, almeno in parte, giustificati dalla distribuzione del personale infermieristico secondo logiche che non rispettassero pienamente il principio di "efficienza allocativa"

Il lavoro è consistito esclusivamente nell'analizzare il solo costo del personale infermieristico operante all'interno delle strutture di degenza del sistema ospedaliero umbro e di metterlo in rapporto al "case mix" trattato.

I Materiali: il "C.A.M.S."

I dati, cui si è fatto riferimento per l'analisi sono quelli raccolti del Servizio III° Assessorato alla Sanità della Regione dell'Umbria, relativi alle attività ed ai costi sostenuti nell'anno 2003.

Questo enorme flusso di dati sono stati raccolti ed organizzati ricorrendo al C.A.M.S. (Costing Allocation Management System), un sistema informatizzato che permette di analizzare tutte le fasi del processo produttivo così da consentire la formulazione di una previsione attendibile sul costo finale del prodotto/servizio.

La metodologia: il "Benchmarking"

Il "Benchmarking" può essere definito un metodo di ana-

lisi comparata tra le diverse performances di Aziende che operano nello stesso settore di attività, perciò applicabile anche in sanità. La comparazione mira ad evidenziare il migliore risultato raggiunto, cioè il "benchmark", che diviene punto di riferimento tendenziale per tutte le altre Aziende.

Queste sono chiamate a pianificare interventi correttivi; modificando assetti organizzativi, ridefinendo le risorse impegnate e così via, tali da collocare le loro performances al livello del "benchmark".

I dati forniti ed organizzati dal C.A.M.S., proprio per le peculiari caratteristiche analitiche dello strumento, hanno consentito di individuare agevolmente, per ciascuna delle strutture ospedaliere umbre, le risorse economiche assorbite dal personale infermieristico impegnato in attività assistenziali dirette in corsia.

L'organizzazione dello studio

Lo studio ha utilizzato come riferimento il costo del personale infermieristico, considerando che nella stessa regione vi è uniformità nell'applicazione degli istituti contrattuali. Nella prima fase, il dato complessivo della spesa regionale per il personale infermieristico operante in corsia è stato rapportato con la totalità della casistica trattata dal sistema ospedaliero umbro.

Questo rapporto ha costituito il riferimento standard regionale, rispetto al quale successivamente è stato possibile

collocare le performances complessive di ciascun ospedale del sistema sanitario umbro.

Nella seconda fase sono stati rapportati, per ciascun ospedale, i dati di spesa per il personale infermieristico con la casistica trattata.

Questo rapporto rappresenta il risultato di ciascun ospedale, che permette un confronto tra presidi e con lo standard regionale, definendo, in tal modo il miglior risultato in termini di "efficacia allocativa" generalmente intesa. Nella terza fase il rapporto tra costi e casistica è stato approfondito prendendo in considerazione come riferimento, il peso medio del D.R.G. Ciò ha consentito per ciascuna struttura ospedaliera, in funzione del peso della casistica trattata, di confrontare il livello di spesa certificato con quello atteso.

Nella quarta fase, sono stati analizzati i dati relativi ai primi più frequenti 17 DRG trattati nel sistema ospedaliero umbro. Infine nella quinta fase, al fine di eliminare gli effetti distorsivi, provocati dalla disomogenea presenza di casistica impegnativa nei Presidi Ospedalieri a conduzione diretta, l'analisi è stata approfondita ed è stata condotta su una singola "linea produttiva"; quella Ostetrico-Ginecologica, presente in tutta la rete degli Ospedali umbri.

Questa analisi era caratterizzata da forte omogeneità relativamente alla casistica trattata, al livello di "disease staging" (stadiazione di malattia) ed al modello organizzativo adottato. Ciò ha permesso di verificare con maggior precisione quale approccio di "priority setting" sostenesse la al-

PRESIDI	N. CASI	COSTO TOTALE INFERMIERI	COSTO MEDIO
n. 1	10.742	€ 4.305.347	€ 400,79
n. 2	4.673	€ 2.147.342	€ 459,52
n. 3	12.967	€ 5.611.930	€ 432,78
n. 4	13.970	€ 8.579.280	€ 614,12
n. 5	6.965	€ 3.568.324	€ 512,32
n. 6	5.754	€ 2.788.284	€ 404,58
n. 7	6.229	€ 2.636.726	€ 423,29
A.O. n. 1	36.220	€ 25.773.532	€ 711,58
A.O. n. 2	21.312	€ 9.832.078	€ 461,33
TOTALE	118.832	€ 65.242.843	€ 549,03

TAB. 1

PRESIDI	COSTO TOTALE DRG	COSTO TOTALE INFERMIERI	% COSTO
n. 1	€ 28.662.796	€ 4.305.347	15,02%
n. 2	€ 14.945.880	€ 2.147.342	14,36%
n. 3	€ 34.484.985	€ 5.611.930	16,27%
n. 4	€ 53.855.478	€ 8.579.280	15,93%
n. 5	€ 26.203.088	€ 3.568.324	13,61%
n. 6	€ 16.535.417	€ 2.788.284	16,86%
n. 7	€ 16.883.711	€ 2.636.726	15,61%
A.O. n. 1	€ 172.661.632	€ 25.773.532	14,92%
A.O. n. 2	€ 74.343.289	€ 9.832.078	13,22%
TOTALE	€ 438.575.639	€ 65.242.843	14,87%

TAB. 2

DRG	CASI	COSTO D.R.G.	CM D.R.G.	COSTO INF.CO	CM INF.CO
391	5.133	€ 3.501.887	€ 682	€ 2.743.351	€ 534
373	5.016	€ 9.315.665	€ 1.857	€ 1.661.520	€ 331
127	2.942	€ 9.053.887	€ 3.077	€ 1.258.077	€ 428
183	2.558	€ 4.297.005	€ 1.680	€ 412.406	€ 161
14	2.147	€ 8.088.479	€ 3.767	€ 877.737	€ 409
371	2.065	€ 5.827.265	€ 2.822	€ 896.459	€ 434
209	1.849	€ 18.493.217	€ 10.002	€ 1.742.815	€ 943
88	1.716	€ 4.548.309	€ 2.651	€ 461.212	€ 269
15	1.563	€ 4.382.246	€ 2.804	€ 395.500	€ 253
139	1.493	€ 2.107.250	€ 1.411	€ 294.740	€ 197
390	1.425	€ 1.271.741	€ 892	€ 808.276	€ 567
503	1.425	€ 4.656.059	€ 3.267	€ 509.988	€ 358
359	1.372	€ 6.873.281	€ 5.010	€ 1.320.870	€ 963
243	1.291	€ 2.511.783	€ 1.946	€ 253.799	€ 197
494	1.230	€ 5.177.107	€ 4.209	€ 774.645	€ 630
379	1.134	€ 2.068.019	€ 1.824	€ 325.110	€ 287
324	1.109	€ 1.214.976	€ 1.096	€ 94.151	€ 85
TOTALE	35.468	€ 93.388.176	€ 2.633	€ 14.830.656	€ 418

TAB. 3

D.R.G. 391 - "NEONATO NORMALE"			
PRESIDI	CASI	COSTO TOTALE	COSTO MEDIO
n. 1	47	€ 26.103	€ 555
n. 2	238	€ 151.456	€ 636
n. 3	1089	€ 524.550	€ 482
n. 4	655	€ 92.069	€ 141
n. 5	332	€ 439.662	€ 1.324
n. 6	268	€ 119.646	€ 446
n. 7	512	€ 276.152	€ 539
A. O. n. 1	1240	€ 685.695	€ 553
A. O. n. 2	752	€ 260.147	€ 346
MEDIA REGIONE	5.133	€ 2.743.351	€ 534

TAB. 4

locazione delle risorse infermieristiche a quella "linea produttiva" e in ciascun ospedale.

Risultati dello studio

Lo studio ha prodotto una notevole quantità di dati. Appresso, per brevità, ne vengono riportati solo alcuni, quelli considerati i più esplicativi.

Nella tabella n. 1 sono riportati:

- Il numero dei ricoveri effettuati nel corso del 2003 per ciascun Ospedale;
- Il costo totale sostenuto per gli Infermieri, impegnati nella assistenza diretta in corsia, per ciascun Ospedale;
- Il costo medio, sostenuto per gli Infermieri, per ciascun caso trattato.

Nella tabella n. 2 è riportato, per ciascun Ospedale, l'incidenza percentuale del costo del personale infermieristico sul totale del costo dei ricoveri.

Nella tabella n. 3 sono riportati i dati relativi ai primi 17 più frequenti DRG, per ciascuno dei quali sono segnalati:

- il numero dei casi;
- il costo DRG;
- il costo medio per DRG;
- il costo del personale infermieristico per DRG;
- il costo medio del personale infermieristico per DRG.

Nelle tabelle 4; 5; 6; 7 e 8 sono invece riportati i dati di attività Ostetrico-Ginecologica, scelti perchè presente in tutti gli Ospedali umbri.

Per ciascuno dei DRG considerati, sono riportati:

- il numero dei casi trattati in ciascuno degli Ospedali;

- il costo totale sostenuto per gli Infermieri in ciascuno degli ospedali;
- il costo medio sostenuto per gli Infermieri per ciascun caso;
- il costo medio Regionale, considerato come standard di riferimento.

Nei successivi grafici n. 1; 2; 3; 4 e 5 sono rappresentate le linee di tendenza relative all'incidenza dei costi del personale infermieristico in funzione alla numerosità dei casi trattati.

Discussione dei risultati

I risultati presentati riguardano lo studio nel suo complesso. In questo articolo la discussione è incentrata su due aspetti. Il primo riguarda il numero dei ricoveri e l'andamento del costo per il personale infermieristico. Il secondo attiene all'analisi del rapporto tra volume di attività e costo del personale, analizzato estrapolando la linea di tendenza del rapporto. Riguardo il primo aspetto, il confronto tra numero dei ricoveri e costo del personale infermieristico mostra significativi fenomeni di variabilità dei costi.

A titolo esemplificativo viene discusso un caso con DRG non chirurgico ed un caso con DRG chirurgico della "linea produttiva" Ostetrico- Ginecologica. Particolarmente evidente è la differenza riguardante il costo infermieristico per garantire l'assistenza a ricoverati con DRG 391 (non chirurgico) negli Ospedali 2 e 6.

A fronte di una differenza di circa il 13% nel numero di ricoverati, a vantaggio del secondo Presidio, il costo del per-

D.R.G. 373 - "PARTO VAGINALE SENZA DIAGNOSI COMPLICANTI"			
PRESIDI	CASI	COSTO TOTALE	COSTO MEDIO
n. 1	387	€ 122.823	€ 317
n. 2	194	€ 71.538	€ 369
n. 3	1102	€ 340.882	€ 309
n. 4	556	€ 245.986	€ 442
n. 5	284	€ 112.771	€ 397
n. 6	233	€ 55.177	€ 237
n. 7	315	€ 93.265	€ 296
A. O. n. 1	1259	€ 458.981	€ 365
A. O. n. 2	686	€ 160.099	€ 233
MEDIA REGIONE	5.016	€ 1.661.520	€ 331

D.R.G. 371 - "PARTO CESAREO SENZA CC"			
PRESIDI	CASI	COSTO TOTALE	COSTO MEDIO
n. 1	222	€ 71.709	€ 323
n. 2	100	€ 44.241	€ 442
n. 3	384	€ 145.720	€ 379
n. 4	120	€ 76.068	€ 634
n. 5	112	€ 68.201	€ 609
n. 6	115	€ 31.431	€ 273
n. 7	213	€ 97.884	€ 460
A. O. n. 1	542	€ 277.569	€ 512
A. O. n. 2	257	€ 83.636	€ 325
MEDIA REGIONE	2.065	€ 896.459	€ 434

D.R.G. 390 - "NEONATI CON ALTRE ALTERAZIONI SIGNIFICATIVE"			
PRESIDI	CASI	COSTO TOTALE	COSTO MEDIO
n. 1	539	€ 267.164	€ 496
n. 2	55	€ 34.478	€ 627
n. 3	353	€ 190.634	€ 540
n. 4	70	€ 66.832	€ 955
n. 5	70	€ 63.822	€ 912
n. 6	67	€ 28.287	€ 422
n. 7	29	€ 16.074	€ 554
A. O. n. 1	134	€ 98.136	€ 732
A. O. n. 2	108	€ 42.849	€ 397
MEDIA REGIONE	1.425	€ 808.276	€ 567

D.R.G. 359 - "INTERVENTI SU UTERO E ANNESSI NON PER NEOPLASIE MALIGNI, SENZA CC"			
PRESIDI	CASI	COSTO TOTALE	COSTO MEDIO
n. 1	114	€ 116.718	€ 1.024
n. 2	29	€ 31.999	€ 1.103
n. 3	349	€ 281.193	€ 806
n. 4	141	€ 210.337	€ 1.492
n. 5	100	€ 118.430	€ 1.184
n. 6	71	€ 58.231	€ 820
n. 7	120	€ 99.616	€ 830
A. O. n. 1	309	€ 301.912	€ 977
A. O. n. 2	139	€ 102.436	€ 737
MEDIA REGIONE	1.372	€ 1.320.870	€ 963

sonale infermieristico del primo nei confronti del secondo, è maggiore di circa il 43% (cfr. tab. n. 4). Si vedano ancora le differenze tra il numero dei ricoveri per lo stesso DRG ed il costo del personale infermieristico che ne garantisce l'assistenza nei Presidi n. 4 e 5 della stessa Azienda U.S.L. In queste due realtà, a fronte di un numero di ricoverati pari quasi il doppio nel primo Presidio rispetto al secondo, la spesa relativa per il personale è in rapporto di 1 a 10 (cfr. tab. n. 4).

Analogamente evidenti sono le differenze dei dati relativi al DRG 371 (chirurgico), nei Presidi n. 5 e 6, rispetto ad un numero di ricoveri pressoché uguali, il costo sostenuto per il personale infermieristico, nel primo dei due Presidi, è più del doppio rispetto al secondo (cfr. tab. n. 6). Ancora, nei Presidi n. 1 e 7 la differenza di ricoveri è superiore di circa il 4% nel primo Presidio. Il relativo costo per il personale infermieristico è invece superiore di circa il 42% nel secondo Presidio (cfr. tab. n. 6).

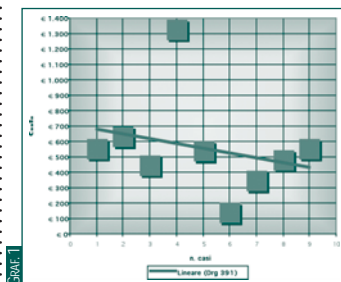
In merito al secondo aspetto dello studio vi è da dire che il rapporto tra volume delle prestazioni e risorse impegnate per il personale infermieristico, tende, anche se limitatamente, a diminuire in funzione dell'aumento delle prestazioni di ricovero (cfr. i grafici n.3, 4 e 5).

La tendenza riportata nel grafico n.2 mostra una linea asintotica, mentre quella nel grafico n. 1, la tendenza del rapporto tra le prestazioni ed il costo del personale infermieristico, evidenzia un andamento in flessione fortemente marcato.

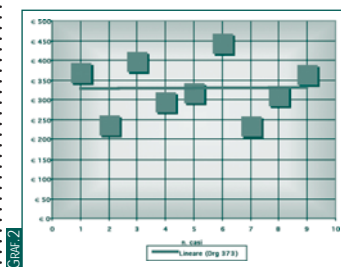
Conclusioni

I risultati discussi, nel loro complesso fanno fortemente propendere per almeno due conclusioni: lo studio ha evidenziato un problema ineludibile di dimensionamento tra le risorse impiegate - gli input - e le prestazioni prodotte - gli output -, che evoca più in generale questioni di efficienza dei singoli Ospedali e della rete regionale nel suo complesso (ci sono raggruppamenti diagnostici che, sotto l'aspetto della efficienza dell'uso delle risorse - almeno quelle infermieristiche - andrebbero trattati solo in alcuni Ospedali); ha altresì palesemente un problema di equità nella ripartizione del carico di lavoro infermieristico. Il decremento del costo medio in rapporto all'aumentare dei casi trattati, sta sicuramente a significare un buon grado di efficienza, ma può essere letto anche come indicatore di aumento del carico di lavoro (alla diminuzione del costo medio corrisponde l'aumento del rapporto Infermiere/casi assistiti). Ciò rimanda ad aspetti che investono la sicurezza e la qualità delle prestazioni infermieristiche.

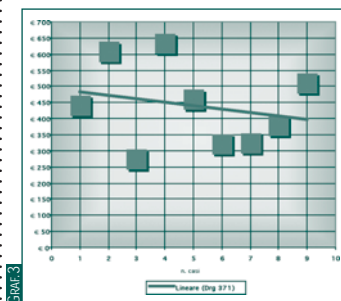
Questo breve articolo, dà conto di uno studio che ha riguardato tutti i ricoveri ospedalieri del 2003 nella Regione Umbria. Vuole essere un contributo rivolto da un lato ai Decisori del sistema regionale, dall'altro ai gestori diretti delle risorse professionali. Per i primi, perché considerino effettivamente la rete ospedaliera umbra come un sistema integrato, al cui interno è necessaria una coraggiosa opera di razionalizzazione/ridefinizione



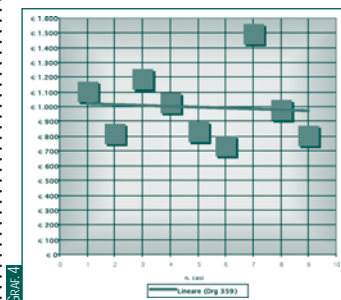
DRG 391 tendenze dei costi in funzione dei casi



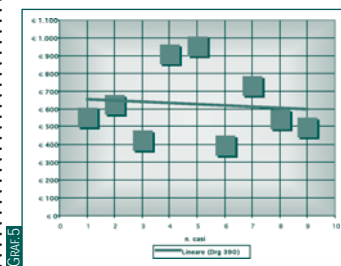
DRG 373 tendenze dei costi in funzione dei casi



DRG 371 tendenze dei costi in funzione dei casi




DRG 390 tendenze dei costi in funzione dei casi



DRG 359 tendenze dei costi in funzione dei casi

delle attività e conseguentemente delle risorse allocate.

Per i secondi perché, nella loro non semplice attività di "gestione" delle limitate risorse, si appropriano degli strumenti del "priority setting", di cui l'efficienza allocativa costituisce uno dei capisaldi principali. 

(D.A.I Dott. Sergio Angeletti, Responsabile Area Infermieristica S.P.S. Az. Osp. S. Maria Terni)

Bibliografia

- ADDUCE A., LORENZONI L., Metodologia e primi risultati di un'indagine ministeriale sui costi delle prestazioni di ricovero ospedaliero, *Politiche Sanitarie*, 4, 2004.
- BERGAMASCHI M., *L'organizzazione nelle aziende sanitarie*, Milano, McGraw-Hill, 2000.
- BORGONOV E. (a cura di), *Il controllo economico delle aziende sanitarie EGEA*, 1994 - "La nuova sanità. L'ospedale diventa impresa, *Ospedali d'Italia*, 1993.
- CAMPO B., MOTTA M., L'introduzione di un sistema di classificazione delle prestazioni e dei servizi sanitari, *Mecosan*, 12, 1994.
- COOK S., *Guida pratica al benchmarking*, Milano, Franco Angeli, 1996.
- CUCCURULLO C., *Il management strategico nelle aziende sanitarie pubbliche*, Milano, McGraw-Hill, 2003.
- DAMIANI, G., RICCIARDI, G., *Manuale di Programmazione e Organizzazione Sanitaria*, Napoli, Idelson-Gnocchi, 2005.
- DEL VECCHIO M., LONGO F., Gli aspetti rilevanti nella applicazione del D.L. 502/92, *Mecosan*, 6, 1993.
- GUCCIO C., PIGNATARO G., RIZZO I. (a cura di), *Finanziamento e valutazione dei servizi ospedalieri*, Milano, Franco Angeli, 2005.
- LERARIO A.M., NONIS M. (a cura di), *DRG: Valutazione e Finanziamento degli Ospedali*, Roma, Il Pensiero Scientifico Editore, 2003.
- LONGO F., Il sistema sanitario nazionale: dalla 833/78 alla 502/92", *Massei A. (a cura di) Corso di economia delle imprese pubbliche*, CUSL 1994, Milano, McGraw-Hill.
- Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, *Rapporto Osservasalute*, Milano, Vita e Pensiero, 2003.
- PINTUS, E., *Il project management per le aziende sanitarie*, Milano, McGraw-Hill, 2003.
- ROTONDI P., SAGGIN A., *Persona e organizzazione*, Milano, McGraw-Hill, 2002.
- SPENDOLINI M.J., *Fare benchmarking. I metodi e le tecniche pratiche*, Milano, Il Sole 24 ore Libri, 1996.
- WATSON G.H., *Il benchmarking*, Milano, Franco Angeli, 1995.
- ZAVATTARO F., Il ruolo delle esperienze nella diffusione della cultura manageriale in sanità, *Mecosan*, 1, 1992.