

**COMITATO INFERMIERI DIRIGENTI**  
**Corso di Formazione, Informazione e Aggiornamento**  
**La Ricerca ed il Management**  
**21-22-23 Febbraio 08 – ORVIETO**

***L'ANALISI DELLO SKILL- MIX NELLE ATTIVITÀ DI ASSISTENZA:***  
***strumento per la ridefinizione della composizione organica delle unità operative***  
**Relatore : I., I.I.D., D.ssa Michela Casella**

## **1. CONCETTI TEORICI DELLO SKILL MIX**

Il significato del termine skill mix (mix di competenze) può essere efficacemente rappresentato con una metafora “*Un bravo pasticciere può, con gli stessi ingredienti, in quantità diverse e con modalità di utilizzo diverse, preparare buone torte, anche molto diverse tra loro, che vadano bene per rispondere alle richieste di clienti con gusti diversi*”. Così, altrettanto, in un'organizzazione, si possono utilizzare le professionalità e competenze diverse, nel mix migliore per ogni possibile obiettivo da raggiungere.

Il concetto di “skill mix”, applicato all'assistenza, si traduce nella definizione del miglior mix di professionalità, in relazione ai problemi ed ai bisogni sanitari degli utenti che devono essere assistiti da una determinata equipe.

La determinazione dello skill mix è parte dei meccanismi di pianificazione e revisione delle risorse necessarie al funzionamento di un sistema, fornendo strumenti a questi per una miglior comprensione dei rapporti tra il lavoro svolto e le necessarie competenze.

Vi sono diverse metodologie di analisi dello skill mix e ciò è dovuto, in parte, alle varie interpretazioni dello skill mix ed in parte ai diversi tipi di problemi cui è rivolta l'analisi.

Va chiarito in premessa che non può esistere un “mix ideale ed universale” di professionalità, perché lo skill mix è influenzato fortemente da innumerevoli variabili quali il contesto generale e sanitario del paese, le risorse disponibili in una data struttura sanitaria, la tipologia di utenza da assistere, le modalità organizzative scelte.

Va inoltre specificato che la determinazione dello skill mix rappresenta lo strumento per un'analisi razionale e per la definizione di scenari credibili di cambiamento organizzativo e non il cambiamento stesso.

Il cambiamento organizzativo, come noto, comporta spesso la necessità di mediare tra contrastanti esigenze ed interessi. Ad esempio, in molte realtà non è possibile ridefinire le attribuzioni degli operatori senza passare attraverso un dialogo con le organizzazioni sindacali dei lavoratori. In altri contesti potrebbe essere il personale stesso o la dirigenza di un dato servizio a rappresentare un ostacolo.

Se, ad esempio, il problema è la scarsità di personale in un reparto, si deve verificare se si tratta di un fenomeno generale o locale (inteso come relativo a quel dato reparto).

Nel primo caso (generale), che può verificarsi, quando vi sia una carenza di infermieri sul mercato del lavoro o un blocco degli organici, il ragionamento da condurre deve partire dall'assunto che si opera in regime di iso-risorse, ovvero non sono prevedibili aiuti dall'esterno. Nel secondo caso (carenza locale), potrebbe trattarsi di un problema di scelte allocative tra reparti diversi di un'azienda sanitaria. In tal caso, la soluzione migliore sarebbe quella di considerare il problema sulla più vasta dimensione aziendale, con l'inevitabile conseguenza, però, di un coinvolgimento di più soggetti (sindacato, direzione).

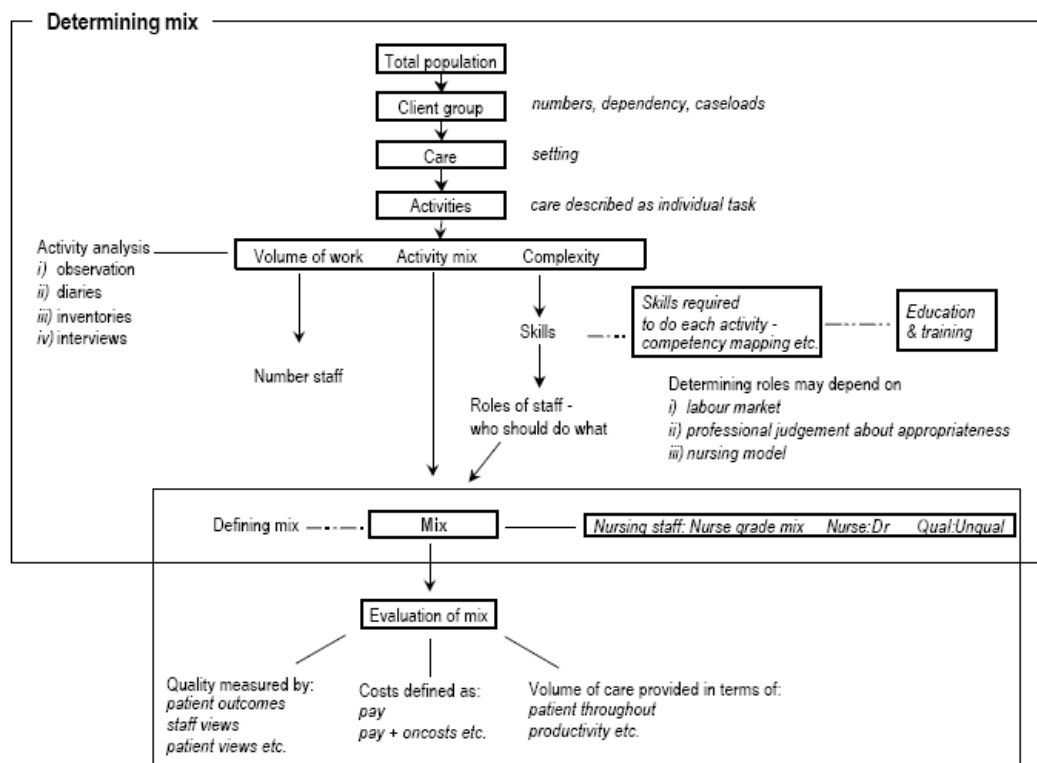
Nel caso specifico dell'Italia, il fenomeno si manifesta spesso con notevoli differenze locali (ad es. i dati numerici sono diversi da regione a regione) e con diversità anche marcate all'interno delle aziende.

Idealmente, l'esame dello skill mix dovrebbe partire dall'identificazione delle cure delle quali ha bisogno una specifica popolazione di pazienti e in base a queste, si dovrebbe determinare le abilità richieste e quindi la quantità e qualità di personale che si è in grado di offrire.

Buchan J, ed altri <sup>1</sup> hanno elaborato un modello concettuale (graf. n. 1), che parte proprio dall'analisi della popolazione che accede ad un determinato servizio sanitario e dei bisogni di assistenza che essa esprime.

Il campo specifico infermieristico è identificato come "care" e si concretizza nelle attività assistenziali.

**Graf. n. 1 modello concettuale dello skill mix**



Le attività assistenziali sono analizzate in dettaglio, come compiti individuali, per determinare:

- il volume di attività da cui consegue il numero di operatori necessario (sarebbe meglio definirlo come fabbisogno o volume di tempo-lavoro necessario);
- l'insieme delle diverse attività indicate, come eterogeneità delle attività (cui può corrispondere, in prima approssimazione, le tipologie di operatori necessarie)
- la complessità delle attività (cui corrisponde il livello di abilità teorico-pratiche o skill, necessarie a svolgere un dato compito anche a parità di qualifica).

Il modello indica le variabili che influenzano lo skill mix:

- il mercato del lavoro, se ad es. vi sono pochi operatori di una qualifica disponibili sul mercato, si tenderà a ridurre il campo di azione di questa (attribuendo ad altri, parte delle attività);
- l'opinione dei professionisti sull'appropriatezza del ruolo ricoperto, intesa come il modo in cui i professionisti intendono presentarsi alla società, che ruolo vorrebbero ricoprire, e di converso quale preparazione e competenza, la società richiede a ciascuna professione
- i modelli teorici dell'assistenza che influenzano le competenze dei soggetti; un modello organizzativo funzionale prevede abilità diverse (rapidità di esecuzione, tecnicismo) rispetto al primary nursing (abilità di pianificazione, di accertamento sul paziente, ecc)

### ***1.2. Le motivazioni per la revisione dello skill mix***

I sistemi sanitari si prefiggono in genere l'obiettivo di contenere i costi e, al tempo stesso, migliorare la qualità dei servizi offerti. L'assistenza sanitaria è un lavoro ad alto utilizzo di risorse umane ed il costo del lavoro è una parte rilevante dei costi totali (spesso il 75% dell'intera spesa sanitaria). In tale situazione, la qualità ed il mix di personale di assistenza sanitaria diviene un elemento centrale nel costo delle cure, ed un determinante notevole della qualità dei risultati

Buchan J, ed altri<sup>2</sup> osservano che *“la determinazione e la realizzazione di un mix corretto di personale sanitario rappresenta una sfida notevole per la maggior parte delle organizzazioni sanitarie. L'assistenza sanitaria prevede un alto impiego di manodopera e i responsabili dell'assistenza sanitaria devono sforzarsi di identificare il mix più efficace di personale ottenibile con le risorse disponibili, prendendo in esame priorità locali”*.

Nel settore dell'industria, le tecniche di skill mix sono prevalentemente utilizzate per ridurre i costi di produzione. Al contrario, nell'assistenza sanitaria le ragioni sono varie.

Esempi paradigmatici di come queste tecniche possono essere utilizzate per raggiungere obiettivi opposti, sono i seguenti:

Es 1: *“La scarsità, su scala nazionale, di infermieri diplomati (Registered Nurse) servì come motivazione ad un ospedale del Regno Unito per fare una revisione dello skill mix. Si optò per l'approccio “discussione di gruppo”. Il risultato fu un miglioramento dell'efficienza dei servizi senza aumentare il numero di infermieri diplomati.”*

Es. 2: *“Alcuni direttori infermieristici, in Finlandia, constatando un'eccedenza di infermieri (con conseguente elevato numero di disoccupati), ampliarono le attribuzioni degli infermieri qualificati, diminuendo la delega di attività verso operatori di minor qualifica”*.

### ***1.3. Approcci allo skill mix***

Vi sono principalmente 8 tipologie di approccio nella revisione dello skill mix (tab. n. 1)

Alcuni approcci allo skill mix possono condurre a cambiamenti immediati o a breve termine, altri necessitano di mesi o anni.

La selezione e la realizzazione di un dato approccio sarà influenzata dall'urgenza o meno del cambiamento, dalle strutture e gli operatori coinvolti (un'unità o un'organizzazione intera? Un gruppo di operatori o diversi gruppi?).

Come si può osservare, alcuni approcci puntano sul coinvolgimento degli operatori, altri sulla bontà del dato da ottenere attraverso l'analisi.

I primi sono certamente da preferire in situazioni conflittuali.

I secondi garantiscono però una visione più neutrale e definita dei fenomeni. Nel lavoro che si andrà ad illustrare è stato adottato il secondo approccio.

**Tabella n. 1 :Approcci principali per determinare lo skill mix**

<b>N</b>	<b>Approccio</b>	<b>Metodi</b>
<b>1</b>	<b>Analisi dei compiti</b>	Analisi della frequenza e del costo del compito come elementi che identificano il lavoro.
<b>2</b>	<b>Analisi di campioni di attività o sulle attività</b>	L'attività compiuta da ogni componente dello staff è registrata da osservatori a intervalli di tempo predeterminato, per un periodo di tempo definito.
<b>3</b>	<b>Stesura auto compilativa di un diario quotidiano</b>	Come per l'analisi di campioni di attività , ma le attività vengono registrate dal personale
<b>4</b>	<b>Case mix/ Dipendenza dei pazienti</b>	Pazienti/clienti classificati in raggruppamenti secondo diagnosi o dipendenza.
<b>5</b>	<b>Ridelineare /Ripianificare ("partire da zero ")</b>	Vi è un gruppo di lavoro che considera le alternative all'interno delle risorse disponibili
<b>6</b>	<b>Giudizio professionale</b>	Staff e management stimano l'attività corrente e il personale disponibile; applicano un giudizio collettivo sulla riassegnazione del lavoro ,
<b>7</b>	<b>Analisi del lavoro attraverso le interviste / revisioni dei ruoli</b>	Interviste individuali particolareggiate o di gruppo
<b>8</b>	<b>Discussioni di gruppo/ "brainstorming"</b>	Si favoriscono gruppi di studio /discussioni di gruppi di operatori per identificare i problemi che richiedono cambiamenti.

#### Analisi di campioni di attività o sulle attività

Questo approccio consiste di una serie di fasi. Le attività di tutti i componenti dell'equipe, dopo l'osservazione e contemporanea registrazione, vengono classificate per frequenza e tradotte in tempo lavoro necessario per la loro effettuazione . I dati sono usati come base per revisione delle attività e /o i compiti dello staff

E' un approccio di tipo quantitativo che può essere usato per revisioni dello skill mix nei contesti dove vi è squilibrio di risorse inter professionale (medici –infermieri) , vi è la necessità di ridurre i costi del personale ( infermieri vs personale di supporto) , o gli squilibri dei carichi di lavoro (infermieri vs medici o amministrativi) .

Gli svantaggi sono il costo degli osservatori , la difficoltà di utilizzo nei settori non di degenza (es. nelle cure domiciliari, dove vi è la necessità di troppi rilevatori, non essendoci concentrazione di operatori , che possono essere osservati contemporaneamente ). Se il personale non viene coinvolto c'è il rischio della non accettazione dei risultati dello studio

E' un approccio che produce un numero rilevante di dati, può essere effettuato una sola volta o regolarmente ripetuto.

## **2. L'INDAGINE**

### **2.1 Razionale dello studio**

Le motivazioni per effettuare un indagine sulla revisione dello skill mix dell'equipe infermieristica e del personale di supporto erano :

- ✓ La convinzione che il problema della carenza di personale infermieristico in Italia sia solo in parte dovuta ai pochi infermieri assunti dalle strutture;

- ✓ La necessità di ripensare le mansioni svolte alla luce della maggior autonomia professionale dell'infermiere, sancita dalla normativa;
- ✓ La nascita di una nuova figura di supporto con un campo di azione più ampio rispetto alla figure precedenti , con una chiara dipendenza dall'infermiere.

L'indagine è stata condotta nell'ospedale Maria Vittoria, A.S.L. n.3, Torino, nel periodo tra giugno e ottobre 2005. Lo studio era parte integrante di un evento formativo, rivolto ad un gruppo di caposala.

## **2.2. Obiettivi dell'indagine**

1. Analizzare lo skill-mix delle équipes assistenziali di una struttura ospedaliera.
2. Ridefinire lo skill-mix, in termini di distribuzione del tempo lavoro delle équipes, con riferimento alle competenze percepite ed in relazione alla normativa vigente.
3. Confrontare i risultati ottenuti dal ricalcolo dei tempi lavoro con i dati inerenti alla situazione attuale

Si è trattato di un'indagine in tre tempi:

Indagine di prevalenza : studio quantitativo descrittivo trasversale di prevalenza condotto sul campo dai partecipanti al corso di formazione/intervento (obiettivo 2)

Studio qualitativo: utilizzo di focus group, cui ha fatto seguito l'elaborazione di proposte di modifica delle attribuzioni individuate (obiettivo 2).

Studio comparativo: studio analitico comparativo: confronto tra dati dello studio trasversale (pre) e dati delle proiezioni (post) a seguito di rivalutazione dello skill mix (obiettivo 3).

## **2.3 Popolazione indagata e campionamento**

Infermieri e personale di supporto (ausiliario, OTA, OSS) in unità operative dell'ospedale Maria Vittoria , ASL. 3 di Torino.

La rilevazione si è svolta in 7 unità operative, e precisamente i reparti di degenza di: Medicina , di Urologia e Chirurgia Plastica, di Cardiologia, di Pediatria , di Ortopedia e Traumatologia e gli ambulatori di Endocrinologia e di Odontostomatologia .

Si è ricorso ad un campionamento non probabilistico di convenienza. Sono stati inclusi nell'indagine tutti i soggetti, rispondenti alle caratteristiche definite per la popolazione, presenti nelle unità operative, in un determinato giorno.

I giorni nei quali si è svolta l'indagine sono stati scelti con criterio casuale e non è stata preventivamente comunicata al personale osservato.

## **2.4 Metodi e strumenti**

Nella prima fase dello studio vi è stato un momento formativo per i rilevatori, con informazioni sullo skill-mix e sulla normativa vigente (profili professionali per l'infermiere e indicazioni normative per l'infermiere generico e le figure di supporto), con indicazioni su tipologia di attività teoricamente assegnabili alle diverse figure.

Si è concentrata l'attenzione soprattutto sull'infermiere, considerata figura fondamentale dell'assistenza e nello stesso tempo risorsa scarsa per l'azienda.

Si è proceduto quindi alla parte osservazionale, attraverso:

- 1) la rilevazione delle attività svolte dagli operatori , utilizzando l'approccio dell' **analisi di campioni di attività**
- 2) trascrizione delle attività in fogli di lavoro informatizzati
- 3) la quantificazione dei tempi inerenti ciascuna attività.

Si sono effettuate complessivamente **1.385** rilevazioni nelle 7 unità operative scelte per la sperimentazione, da parte di **19** osservatori . La rilevazione delle attività svolte dagli operatori

è avvenuta attraverso una osservazione sistematica di tutti gli operatori presenti in quel momento (esclusi i medici e il caposala) e la trascrizione su apposita griglia. Sono stati osservati complessivamente **32** persone per un totale di n. **253** ore - lavoro osservate.

L'osservazione ha riguardato solo l'attività giornaliera, è stata esclusa l'osservazione della fascia oraria notturna (per i reparti di degenza) in considerazione del fatto che, nelle ore notturne, il personale infermieristico e di supporto svolge rappresenta il contingente minimo necessario.

Nei reparti la rilevazione è avvenuta dalle ore 7 alle ore 23, nei servizi dalle ore 8 alle ore 16 (rilevazione completa)

Ogni operatore veniva osservato ogni 10 minuti ma le rilevazioni sono state organizzate in modo che ogni rilevatore potesse, laddove possibile, alternare le osservazioni su 2 operatori all'intervallo stabilito.

Si è stabilito di osservare l'operatore ogni 10 minuti, in considerazione del fatto che su questa dimensione temporale, pur non potendo rilevare i singoli compiti è comunque possibile rilevare le attività (ad es: la sistemazione del carrello per i farmaci fa parte dell'attività: somministrazione farmaci).

Lo strumento utilizzato è stata una scheda per ogni operatore osservato dove si doveva indicare l'attività osservata all'intervallo prestabilito. Per lasciare piena autonomia nell'osservazione ogni rilevatore era libero di descrivere l'attività con i termini che riteneva opportuno. Gli osservatori erano "esperti" delle attività da osservare in quanto infermieri coordinatori di altre unità operative.

La scelta di far osservare una realtà diversa dalla propria è stata determinata dalla necessità di evitare condizionamenti dovuti all'autoreferenzialità.

Nella **seconda fase** è stata attivata una consensus conference costituita dai 28 coordinatori, che hanno partecipato al corso di formazione/intervento. Gli obiettivi della consensus conference erano:

### **1. la codifica delle attività**

Al momento dell'elaborazione dei dati, le attività sono state tutte riviste dall'insieme degli osservatori per accordarsi sull'utilizzo dello stesso termine nel descrivere la stessa attività osservata. Si è concordato di utilizzare frasi brevi o brevissime per ogni attività codificata (ad es. uso di poche preposizioni) per evitare che nell'inserimento dei dati vi fossero scritte diverse tra gli osservatori. Tutte le osservazioni riguardanti momenti di relax del personale, consumo del pasto, caffè break (il contratto di lavoro prevede ½ ora di pausa di lavoro per turni superiori a 6 ore) venivano indicate sotto il termine "pausa psico-fisica" ed escluse dal conteggio delle attività.

### **2. l'aggregazione di attività**

Atti o mansioni che facessero parte della stessa attività sono stati aggregati, utilizzando per essi lo stesso termine. Le attività aggregate sono risultate n. **48** (escludendo la pausa psicofisica)

### **3. la pertinenza e la riassegnazione delle attività**

Le categorie di personale osservate sono state: infermieri, infermieri generici, ota, oss.

Tutte le attività congruenti con lo specifico ambito sono state definite *attività pertinenti*, tutte le altre *non pertinenti*.

2. La riassegnazione delle attività non pertinenti è stata fatta verso tre direttrici:

- "alto", intesa come riassegnazione a figure gerarchicamente o funzionalmente a livelli superiori (per l'infermiere verso il medico, per l'oss verso l'infermiere)
- "basso", intesa come riassegnazione a figure gerarchicamente sottoposte (per l'infermiere verso l'infermiere generico e le figure di supporto)
- **ad altre figure** (per l'infermiere verso il personale amministrativo, i commessi, ecc).

La revisione dello skill mix è avvenuta con riferimento alla pertinenza delle attività alle diverse figure professionali in base alla normativa, al giudizio dei coordinatori, alla necessità di mantenere consistenze numeriche sufficienti a garantire le turnazioni.

La normativa utilizzata come strumento di analisi della pertinenza è quella che definisce le funzioni dell'infermiere, le attività e i compiti dell'infermiere generico, OTA, OSS e O SSA.

Il lavoro si basava anche su di una voce prevista nella scheda di rilevazione, dove l'osservatore, definendo le attività non pertinenti, poteva indicare a quale categoria o gruppo di operatori riteneva più opportuno riassegnarle.

Nella riassegnazione non si è tenuto conto della reale presenza della figura destinataria nell'unità operativa (ad esempio, alcune attività sono state definite come riassegnabili al personale amministrativo anche se in quell'unità operativa non era previste nella dotazione organica), proponendo così un modello più che una soluzione organizzativa immediata.

Per quanto attiene il personale di supporto, gli osservatori hanno ritenuto opportuno fare riferimento alle attribuzioni dell'OSS, in attesa di una riqualificazione in O SSA di un n. ampio di operatori.

I criteri guida nella riassegnazione sono stati l'economicità (nella riassegnazione verso il basso o ad altre figure), l'efficienza (intesa come liberazione di tempo lavoro per attività più complesse) e l'efficacia (se l'operatore al livello superiore può svolgere l'attività autonomamente e con maggior competenza).

## **2.5 Risultati**

Per ogni unità operativa sono illustrati i dati generali sull'attività e sull'organico infermieristico e i dati più significativi ottenuti con l'osservazione diretta:

**1. Quantificazione delle attività:** si è effettuata la quantificazione di ogni singola attività.

**2. Ore lavoro skill-equivalenti:** le attività osservate sono state trasformate in tempo lavoro. Ogni osservazione valeva convenzionalmente dieci minuti di attività. Se ad es. una attività veniva registrata tre volte, il tempo ad essa attribuito era di 30 minuti primi.

Sono state poi quantificate le ore lavoro annue necessarie per svolgere le attività osservate, nell'ipotesi che siano svolte tutti i gg. dell'anno

**3. Operatori skill-equivalenti:** a partire dalle ore ottenute è stato quantificato il n. di operatori necessari per effettuare le attività osservate al  $t_0$  confrontandole con quelle che si otterrebbero dopo riassegnazione delle attività. Per effettuare il calcolo degli operatori necessari si è stimato che ogni operatore lavori **1480** ore all'anno (ore contrattuali – assenze a vario titolo).

*A titolo esemplificativo si illustrano i dati del reparto di Medicina e dell'ambulatorio di Endocrinologia.*

### **Reparto di degenza di Medicina**

La rilevazione del reparto di Medicina del presidio, si è svolta in 2 giornate diverse (osservazione delle attività nella fascia oraria dalle ore 7 alle ore 15 e in quella dalle ore 15 alle ore 23) da parte di **3** osservatori. Gli operatori osservati sono stati **6**.

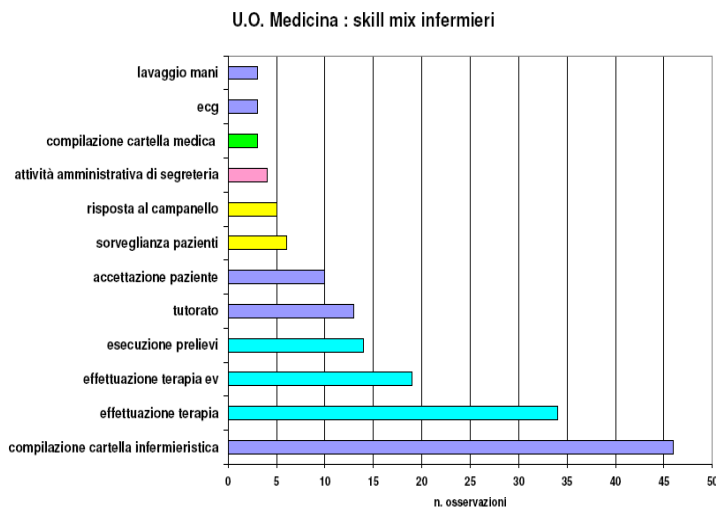
#### **Quantificazione delle attività**

Sono state effettuate **193** rilevazioni sul personale infermieristico e **96** sul personale di supporto, le attività osservate (esclusa la pausa psicofisica) sono state n. **175** per il personale infermieristico e n. **88** per il personale di supporto: per un totale di **263** attività. Le attività effettuate dal **personale infermieristico** sono state aggregate in **24** tipologie (nel graf. n. 2 sono indicate le più frequenti), di queste **11** sono risultate riassegnabili; **8** al personale di supporto (nel grafico sono indicate solo 2), **2** al personale medico e **1** al personale amministrativo.

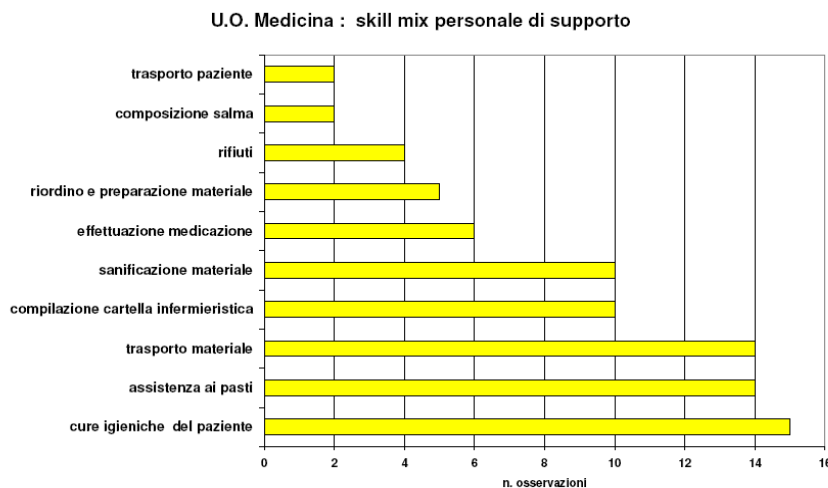
Nel reparto di Medicina l'attività più frequente è risultata essere la “ compilazione della cartella infermieristica” ; n. 46 osservazioni, per un tempo/lavoro di ca. 2 ore per ogni infermiere, (pari al 23,9 % del tempo lavoro dell'equipe) comprensivo di scrittura, passaggio di informazioni ad altri operatori, consultazione della documentazione clinica infermieristica . Al 2° e 3° posto venivano la terapia e la terapia endovenosa che nell'insieme impegnava ogni singolo infermiere per 2,2 ore , corrispondente al 27,6 % del tempo lavoro equipe infermieristica.

Le attività di compilazione della cartella infermieristica e di somministrazione della terapia farmacologica costituiscono insieme più del 50% del tempo lavoro infermieristico

Il dato rispecchiava la già avvenuta attribuzione al personale di supporto di alcune attività di assistenza di base (graf. n. 3 es. mobilizzazione del paziente )



Graf.2



Graf. n.3

Note	Attività
	attività riassegnabili a personale amministrativo
	attività riassegnabili a personale di supporto
	attività riassegnabili a personale medico
	attività c.d. medico delegate

Le attività effettuate dal personale di supporto (graf. n.3) sono state aggregate in **16** tipologie: solo 2 attività non sono risultate pertinenti e attribuite agli infermieri e al personale amministrativo.

Le 2 attività più frequenti sono risultate la cura della persona e alimentazione; il 62,5% erano attività di assistenza diretta al paziente, il 37, 5% riguardava la pulizia, manutenzione, trasporto del materiale necessario per l'assistenza. E' da notare che anche il personale di supporto utilizzava la documentazione infermieristica (compilazione cartella infermieristica

### **Pertinenza delle attività osservate e ipotetica riassegnazione di skill mix**

Nella tabella successiva sono indicati i dati risultanti dalla trasformazione delle attività osservate in ore lavoro skill equivalenti e loro riassegnazione. Il dato più significativo riguarda il personale infermieristico che vedrebbe un minor impegno, in gran parte per effetto della riassegnazione di 18 attività vs il personale di supporto .

**Tab. n. 2: revisione dello skill mix reparto di Medicina**

Tipologia operatore	Infermieri	OSS	Pers. * Amministr.	Medici*	Totale
Attività osservate (f)	<b>175</b>	<b>88</b>			<b>263</b>
Attività osservate (% su totale)	66,5	33,5			100%
Attività dopo riassegnazione (f)	<b>150</b>	<b>104</b>	<b>5</b>	<b>4</b>	<b>263</b>
Attività dopo riassegnazione (% su totale)	57	39,5	2	1,5	100%
Δ Osservato/Rassegnato (in %)	- 9,5	+ 6	+ 2	+ 1,5	
Tempo lavoro attuale su proiezione anno	10.646	5.353			15.999
Tempo lav. dopo riassegnazione su proiezione anno	9.125	6.327	304	243	15.999
<b>Δ ore anno</b>	<b>-1.521</b>	<b>973</b>	<b>304</b>	<b>243</b>	

\*dati dell'attività riferibili solo alle attività rassegnabili

### **3. Operatori skill-equivalenti**

Per trasformare le ore skill equivalenti in operatori skill equivalenti si sono usati 2 coefficienti numerici: il n. di **ore lavoro lavorabili** (numero di ore di presenza previste nell'anno, per tutti gli operatori di una data qualifica per assolvere ai compiti assegnati) e le **ore lavoro/lavoratore** ( ore lavoro che di media un operatore garantisce all'anno = 1.480 ore).

Ad es. le ore necessarie ad un reparto che debba garantire la presenza costante di almeno 1 operatore, sono 8.760 ( 24 h x365 gg = 8.760 ). Ne consegue che si dovranno assegnare n. 6 operatori (8.760/1.480 = 6 operatori ).

Lo stesso procedimento è stato applicato alle ore skill equivalenti (tempo lavoro riassegnato su proiezione annuale ) per ogni gruppo professionale, nell'ipotesi che le attività da svolgere siano le stesse ogni giorno dell'anno.

I dati emersi sono i seguenti:

- a **t<sub>0</sub>** sono necessari **7,2 infermieri** (10.646 ore / 1.480 ore ) e **3,6 OSS** (5.353 ore / 1.480 ore )
- a **t<sub>1</sub>** con la modifica dello skill mix sono necessari **6,2 infermieri** (9.125 ore / 1.480 ore ) e **4,3 OSS** (6.327 ore / 1.480 ore )

Alcune attività andrebbero inoltre demandate al personale amministrativo e medico (per un totale di 547 ore anno).

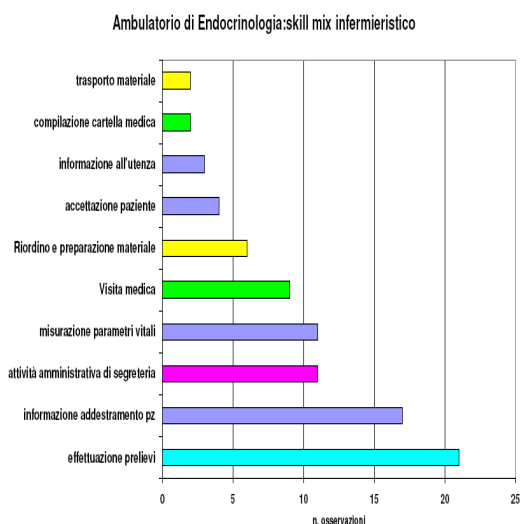
### Ambulatorio di Endocrinologia

La rilevazione dello skill mix del personale (4 operatori) dell'ambulatorio di Endocrinologia è stata fatta da 2 osservatori e si è svolta in 1 giornata (dalle ore 7,45 alle ore 16,15 - orario di apertura del servizio).

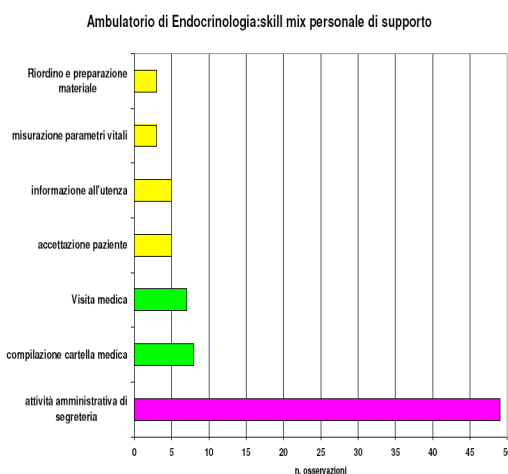
#### **1. Quantificazione delle attività**

Sono state fatte n. 99 rilevazioni sul personale infermieristico e n. 95 sul personale di supporto, le attività osservate (esclusa la pausa psicofisica) sono state n. 89 per il personale infermieristico e n. 84 per il personale di supporto: per un totale di n. 173 attività.

Le attività effettuate dal **personale infermieristico** sono state aggregate in 13 tipologie (nel graf. n. 11 sono indicate le più frequenti), di queste n. 6 sono **riassegnabili**: n. 3 al personale di supporto, 2 al personale medico e 1 al personale amministrativo. Tra le prime 2 attività osservate è interessante notare "l'informazione e addestramento ai pazienti", che fa parte della funzione educativa dell'infermiere, e attività amministrative, che occupano il 11,4% del tempo lavoro dell'infermiere.



Graf. n. 6



Graf. n. 7

#### **Note**

- attività riassegnabili a personale amministrativo
- attività riassegnabili a personale di supporto
- attività riassegnabili a personale medico
- attività c.d. medico delegate

Le attività effettuate dal personale di supporto sono state aggregate in 11 tipologie, le più frequenti riguardano attività amministrative riassegnabili (49 rilevazioni), pari al 51% del tempo lavoro degli operatori di supporto, le altre attività presentano una frequenza ridotta.

#### **1. Pertinenza delle attività osservate e Operatori skill-equivalenti**

Nell'ambulatorio di Endocrinologia 1/3 delle attività svolte dall'infermiere non è pertinente e gran parte di quelle svolte dal personale di supporto sono a carattere burocratico-amministrativo.

Nell'ipotesi che le attività da svolgere siano le stesse ogni giorno dell'anno:

- a t0 sono necessari n. **2,5 infermieri** (3.694ore / 1.480 ore) e n. **2,4 OSS**

(3.486 ore / 1.480 ore )

- a t1 con la modifica dello skill mix n. **1,6 infermieri** ( 2.407 ore / 1.480 ore) e n. **0,8 OSS** (1.204 ore / 1.480 ore )

Inoltre il tempo lavoro di supporto al medico risulta essere, nell'anno, 1.079 ore e le attività amministrative 2.490 ore pari a **1,7 operatore amministrativo** ( 2.490 ore / 1.480 ore ).

### COMMENTO DEI DATI

Dalle stime prodotte con i dati riguardanti le ore skill equivalenti annue delle 7 unità operative considerate risulta la possibilità di trasferire quantità consistenti di attività dal personale infermieristico ad altre figure.

In un'ipotesi di razionalizzazione:

- l'equipe infermieristica passerebbe dagli attuali **53,4** a **40,2** unità, con un decremento di n. **13,2** operatori;
- il personale di supporto, al contrario, dovrebbe essere aumentato di **8** unità, passando dagli attuali **32** operatori a **40** unità
- parte delle attività potrebbe inoltre essere assegnata a personale amministrativo o riattribuita, per competenza, al personale medico

INFERMIERI	n.	OPERATORI DI SUPPORTO (OSS)	n.
n. totale infermieri impiegati nei reparti	53,4	n. totale oss impiegati nei reparti	32
quota di infermieri utilizzati per attività diurna del totale degli infermieri	39,6	quota di oss utilizzati per attività diurna del totale degli oss	25,6
quota di infermieri utilizzati per attività notturna del totale degli infermieri	13,8	quota di oss utilizzati per attività notturna del totale degli oss	6,4
n. infermieri necessari per attività diurna dopo ridefinizione skill mix con abbattimento del 33.3%	26,4	n. oss necessari per attività diurna dopo ridefinizione skill mix con aumento del 31.2%	33,6
riduzione n. infermieri	13,2	Aumento n. oss	8
equipe rideterminata	40,2	equipe rideterminata	40

### CONCLUSIONI

Spesso, nelle organizzazioni, è stata utilizzata la strategia di assumere personale che potesse andar bene per diverse situazioni. Il personale infermieristico, per tradizione si è dimostrato molto versatile svolgendo di volta in volta attività di segreteria, attività mediche, commissioni varie, attività alberghiere, di igiene e pulizia. Per tale ragione lo si preferiva all'amministrativo, adatto solo a compiti di segreteria e spesso anche all'ausiliario.

Questo ragionamento poteva funzionare fin tanto che si aveva a che fare con operatori in eccesso, con un livello di qualificazione basso, disposti ad accettare mansioni non propriamente loro. Attualmente ciò non è più vero. Gli infermieri costano, sul mercato del lavoro rappresentano una risorsa scarsa ed hanno un livello di qualificazione elevato.

Ne deriva che parti importanti dell'attuale organizzazione dell'assistenza andrebbero riviste e razionalizzate.

Se è vero che gli infermieri fanno cose che a loro non competerebbero, è altrettanto vero che gli infermieri, nel nostro sistema sanitario, sono pochi. Questi due elementi sommati fanno sì che gli infermieri trascurino o per meglio dire "siano costretti a trascurare" ampia parte delle loro competenze professionali, che vanno dalle attività di accertamento dei problemi del paziente, alla definizione dei piani assistenziali, all'insieme delle attività preventive educative.

Diventare infermiere significa ormai dover frequentare 16 anni di formazione al pari di molte altre professioni. Se nei giovani passa (o forse è già largamente presente) la convinzione che un simile oneroso percorso porta ad un'attività poco attraente, dequalificata, confusa tra le mansioni più elementari di assistenza, difficilmente si avrà un miglioramento nella qualità degli accessi alla formazione infermieristica.

La ridefinizione dell'immagine sociale dell'infermiere passa necessariamente per una sua riqualificazione delle funzioni, all'interno dei posti di lavoro.

In tal senso, la modifica dello skill-mix diventa un'arma strategica, non solo per operare risparmi nei costi dell'assistenza, ma anche e soprattutto per riqualificarla, lasciando spazio a quelle attività che attualmente sono trascurate, e che rappresentano, in larga parte, il possibile contributo intellettuale dell'infermiere al benessere degli utenti.

I dati che emergono da quest'indagine, fanno intravedere ampi spazi di riordino dell'assistenza e molto lavoro per dirigenti infermieristici che abbiano la motivazione e il desiderio di migliorare il servizio offerto ai propri cittadini.

---

<sup>1</sup> Buchan J, Ball J, O'May F. *Skill mix in the health workforce Determining skill mix in the health workforce: Guidelines for managers and health professionals*, Geneva, World Health Organization, 2000.

<sup>2</sup> Ibidem