

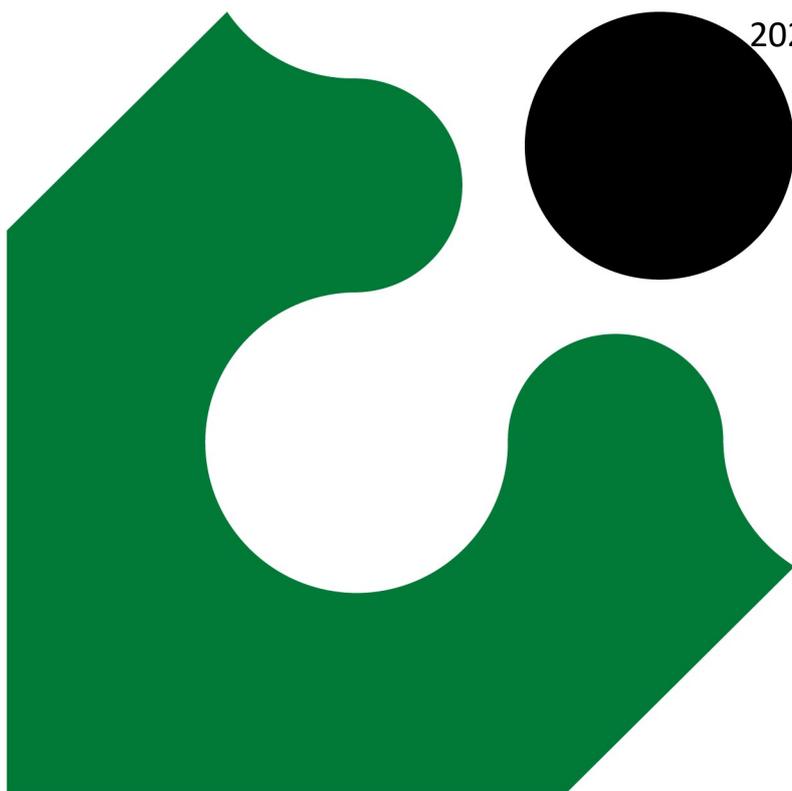
**La gestione delle risorse umane
nell'ampliamento dell'offerta di servizi da RSA in
RSA/RSD.**

Analisi della gestione delle risorse umane nella realizzazione di una struttura di Residenza Sanitaria assistenziale per Disabili (RSD) affiancata ad una struttura di Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) già esistente.

Nazzareno Fagoni

**Corso di formazione manageriale
per Dirigenti di Struttura Complessa**

2021



La gestione delle risorse umane nell'ampliamento dell'offerta di servizi da RSA in RSA/RSD.

Corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa

DSC 2101/AE

School of Management and Advanced Education, Università degli Studi di
Brescia

L'AUTORE

Nazzareno Fagoni, dirigente medico presso AAT Brescia, dipartimento di anestesia, rianimazione, emergenza e urgenza; ASST Spedali Civili di Brescia, nazzareno.fagoni@unibs.it

IL DOCENTE DI PROGETTO

Dottore Alberto Bottini, dirigente medico presso la Breast Unit Cancer Center, IRCCS Humanitas

IL RESPONSABILE DIDATTICO SCIENTIFICO

Professore Umberto Gelatti, professore ordinario di igiene e sanità pubblica, università degli studi di Brescia

Pubblicazione non in vendita.

Nessuna riproduzione, traduzione o adattamento
può essere pubblicata senza citarne la fonte.

Copyright® PoliS-Lombardia

PoliS-Lombardia

Via Taramelli, 12/F - 20124 Milano

www.polis.lombardia.it

La gestione delle risorse umane nell'ampliamento dell'offerta di servizi da RSA in RSA/RSD.

INDICE

Sommario

| | |
|---|----|
| INDICE..... | 5 |
| 1. Introduzione | 6 |
| 1.1 Contesto regionale e provinciale..... | 6 |
| 1.2 Contesto locale: la residenza sanitaria assistenziale A. Fiorini | 7 |
| 1.2.1 <i>Risorse a disposizione nella fondazione A. Fiorini</i> | 7 |
| 1.3 La gestione delle risorse umane nell'ambito di progetti che richiedono competenze specifiche..... | 8 |
| 1.3.1 <i>Competenze professionali specifiche in RSA/RSD</i> | 8 |
| 2. Obiettivi strategici e specifici del progetto | 12 |
| 3. Destinatari/beneficiari del progetto | 14 |
| 4. Metodologia adottata | 15 |
| 5. Implementazione del processo, fasi e tempistiche del progetto..... | 16 |
| 6. Analisi degli indicatori di implementazione del processo..... | 19 |
| 7. Risultati attesi..... | 22 |
| 8. Conclusioni | 28 |
| Riferimenti normativi | 29 |
| Bibliografia e sitografia..... | 30 |

1. Introduzione

La regione Lombardia rappresenta una realtà con un'offerta di servizi sociosanitari per cittadini fragili fra le più complete sul territorio nazionale, in qualità e quantità di servizi erogati a persone anziane, cittadini affetti da dipendenze patologiche, da patologie psichiatriche, malati disabili e cittadini che necessitano cure di fine vita. La presa in carico dei soggetti fragili e dei pazienti si realizza grazie ad una stretta collaborazione ed integrazione tra la fase acuta, normalmente gestita dal sistema sanitario per acuti, da quello sociosanitario, rappresentato dalla residenzialità, semi residenzialità e dalla domiciliarità, e quello di assistenza sociale alla persona presso il proprio domicilio.

Pubblico ed enti erogatori privati concorrono in sinergia all'offerta di prestazioni sociosanitarie, al fine di realizzare l'integrazione tra ospedale e territorio, uno degli obiettivi strategici del sistema sociosanitario regionale (delibera di giunta regionale XI/2019 e legge regionale 33/09). La necessità di stretta integrazione tra le due componenti, ospedaliera e territoriale è determinata da un forte incremento della domanda di una presa in carico sociosanitaria, con l'obiettivo di far corrispondere la qualità delle cure con la qualità della vita. Questa duplice componente è determinata da cambiamenti demografici (aumento della popolazione anziana e dell'aspettativa di vita alla nascita), dalla trasformazione della società (attualmente la struttura familiare si è profondamente modificata con aumento significativo di famiglie unipersonali, aspettative crescenti di assistiti e famiglie sempre più esigenti), da cambiamenti epidemiologici (aumento delle patologie croniche, pazienti con numerose comorbidità, aumento di pazienti con disabilità acquisite), da innovazioni tecnologiche (riduzione dei centri ospedalieri e dei posti letto per acuti che divengono sempre più specializzati), da problemi strutturali (crescente carenza di medici specializzati). Al fine di integrare le attività e le prestazioni di carattere sanitario, sociosanitario e sociale, la legge regionale 33/09 istituisce i Presidi Socio Sanitario Territoriali (PreSST). Il PreSST è un modello che contribuisce alla presa in carico della persona e delle fragilità passando così da una dimissione ospedaliera protetta alla dimissione ospedaliera assistita tramite il case manager, il quale individua percorsi di cura post dimissione variabili dalla riabilitazione, alle degenze in comunità, a percorsi assistenziali per pazienti terminali (hospice), a servizi residenziali e semi residenziali sociosanitari, fino al rientro al domicilio (con relativa assistenza domiciliare).

Alcuni ambiti, tuttavia, richiedono la mobilitazione di risorse affinché richieste attualmente non soddisfatte possano esserlo nel breve periodo. Tra gli ambiti carenti risulta di particolare interesse la valutazione di ampliamento dell'offerta nell'ambito delle Residenze Sanitarie assistenziali per Disabili (RSD) e delle Cure Intermedie.

1.1 Contesto regionale e provinciale

L'offerta sanitario-assistenziale nell'ambito di alcune patologie specifiche afferenti alle RSD si avvale di oltre 100 enti erogatori all'interno della regione Lombardia. A livello regionale sono attualmente autorizzati un totale di 4.194 posti, di cui 4.126 accreditati, come da aggiornamento del sito di regione Lombardia del 14 settembre 2021, mentre nella provincia di Brescia i posti totali autorizzati sono 471 di cui 465 accreditati (Fonte: regione Lombardia, 2021).

Nonostante lo sforzo organizzativo per la gestione delle gravi disabilità neurologiche, il settore appare ancora in carenza di adeguata offerta sul territorio. Mentre per alcuni servizi sociosanitari è possibile avere dei dati pubblici relativi alle necessità del territorio, come ad esempio è possibile trovare informazioni sulle liste di attesa delle Residenze Sanitarie Assistenziali (RSA) della provincia di Brescia tramite siti internet (Fonte: ATS Brescia, 2021), per le liste d'attesa RSD non vi sono dati pubblicati. È stato possibile risalire ad una stima delle necessità relative alle RSD grazie a fonti interne al corso di formazione manageriale per Dirigenti di Struttura Complessa frequentato nell'anno in corso (2021). Infatti, il Direttore sanitario di ATS Brescia, dottoressa Laura Lanfredini, come docente del corso ha presentato l'offerta sociosanitaria regionale, sottolineando una situazione caratterizzata da carenze di posto letto RSD con conseguenti liste d'attesa fino a circa due anni. Non ci fosse stata questa occasione, ovviamente si doveva procedere a ricognizione dello stato di fatto chiedendo ad ATS Brescia i dati relativi alle richieste di posti letto e relative liste d'attesa per l'accesso alle RSD. Una attuazione del progetto richiederà comunque un incontro interlocutorio per definire in modo appropriato questo aspetto.

1.2 Contesto locale: la residenza sanitaria assistenziale A. Fiorini

La RSA A. Fiorini è un'organizzazione non lucrativa di utilità sociale che presta servizio di RSA dal 1946 operante sul territorio bresciano. L'ente fonda la propria attività nel campo dell'assistenza sociosanitaria. Offre i seguenti servizi:

- RSA autorizzata al funzionamento e accreditata per 70 posti letto.
- Il centro diurno integrato (CDI). Ha una funzione intermedia tra l'assistenza domiciliare e le strutture residenziali. Si rivolge ad anziani che vivono al proprio domicilio, con compromissione parziale o totale dell'autosufficienza e con necessità assistenziali che superano la capacità del solo intervento domiciliare, ma che non richiedono ancora un ricovero in RSA. La fondazione garantisce il servizio per circa 30 ospiti.
- La RSA aperta. Un servizio al domicilio per persone generalmente anziane, affette da Alzheimer o forme di demenza precoce.
- Minialloggi per anziani. Si tratta di otto appartamenti protetti, in comunicazione strutturalmente con la RSA, che consentono all'anziano di preservare la propria parziale autonomia e di vivere in un ambiente protetto. A fine 2020 erano presenti 27 ospiti.

La vocazione della fondazione a rispondere ad esigenze del territorio in ambito sociosanitario ha recentemente portato alla discussione, da me proposta, di ampliare l'offerta dei servizi, approfondendo in particolare la tematica delle RSD. Come già definito nel paragrafo precedente, in provincia di Brescia e, più in generale, in regione Lombardia, vi sono lunghe liste d'attesa per pazienti che necessitano di RSD e la fondazione, data la sua mission, potrebbe considerare l'ampliamento dell'offerta, da RSA a RSA/RSD. È necessario uno studio di fattibilità con l'approfondimento di alcune tematiche specifiche che, in questo elaborato, si soffermeranno prevalentemente sulla gestione delle risorse umane.

1.2.1 Risorse a disposizione nella fondazione A. Fiorini

La fondazione A. Fiorini ha 32 dipendenti, suddivisi tra ASA, servizi amministrativi, servizio educativo, manutenzione e due infermiere con funzioni di coordinamento. Oltre ai 32 dipendenti assunti

direttamente dalla fondazione, sono presenti 81 lavoratori assunti da cooperative, tra i quali vi sono 11 infermieri e 40 ASA, 9 addette alle pulizie ambientali, 6 addette alla ristorazione. I liberi professionisti, tra cui figurano medici, psicologa e consulenti, sono 23. In totale tra dipendenti assunti direttamente dall'ente, quelli che lavorano all'interno della struttura tramite cooperativa e i liberi professionisti, vi sono circa 136 lavoratori che gestiscono tutti i servizi offerti dalla fondazione.

L'affidamento di alcuni servizi a cooperative presenta ovviamente dei vantaggi e allo stesso tempo degli elementi non funzionali all'organizzazione delle risorse umane. La gestione del singolo lavoratore assunto dalle cooperative potrebbe essere preferibile, ad esempio, in caso di assenza per una qualsiasi ragione; in questo caso, infatti, la cooperativa deve sostituire il lavoratore e la fondazione non è chiamata come attore principale alla sostituzione, avendo il servizio e la presenza del lavoratore sempre garantita. Tuttavia, va considerato che i lavoratori assunti dalle cooperative spesso ruotano, esponendo la struttura a problemi soprattutto relativi alla formazione e alla conoscenza approfondita del luogo di lavoro nel quale il singolo lavoratore è inserito. Problemi che potrebbero essere facilmente affrontati con l'internalizzazione progressiva del personale.

1.3 La gestione delle risorse umane nell'ambito di progetti che richiedono competenze specifiche

La possibilità di ampliare i servizi offerti da parte di un ente, oltre alle valutazioni economiche e progettuali, si scontra con la necessità di analizzare le competenze professionali richieste per l'attivazione di progetto di RSD. Se infatti la RSA da un punto di vista del personale sanitario (medici, psicologi, infermieri, fisioterapisti), del servizio ausiliario e degli educatori professionali non richiede conoscenze relative all'utilizzo di presidi avanzati nell'approccio all'ospite (gestione ventilazione, gestione tracheostomie, utilizzo in continuo di monitor multi parametrico, strumenti di comunicazione per medullose), dato che spesso i percorsi di studio e professionalizzanti offrono una preparazione discreta in ambito geriatrico e comunque la conoscenza della fragilità è perfezionabile con corsi facilmente reperibili, le competenze necessarie per la gestione di un ospite di RSD riguardano aspetti non comunemente approfonditi nei percorsi di studio, come quelli elencati in parentesi. Pertanto vi è la necessità di approfondire, da un lato, il tema della formazione del personale, dall'altro il tema dell'eventuale internalizzazione del personale stesso al fine di mantenere un rapporto di lavoro più duraturo tra l'ente e i lavoratori formati. Accanto a questi due processi, anche il miglioramento della gestione delle risorse umane riorganizzando il servizio, come la realizzazione di un team multidisciplinare, potrebbe essere una strategia aziendale migliorativa.

1.3.1 *Competenze professionali specifiche in RSA/RSD*

Di seguito una breve disamina delle competenze richieste alle diverse figure professionali afferenti a RSA. Per la RSD si sottolineano le differenze rispetto agli utenti RSA e le eventuali competenze delle figure professionali che assistono l'ospite. È altresì vero che gli enti che offrono gli stessi servizi sociosanitari possono presentare caratteristiche diverse anche se l'inquadramento giuridico è lo stesso. Ad esempio, vi sono RSA che accettano stati vegetativi, condizione clinica sicuramente più vicina agli ospiti all'ambito RSD, mentre altre no. Nella realtà di riferimento la scelta è stata quella di accettare stati vegetativi senza tracheostomia, senza ventilazione, senza PEG.

La gestione delle risorse umane nell'ampliamento dell'offerta di servizi da RSA in RSA/RSD.

RSA. Medici. Il personale medico è composto dal Responsabile Sanitario e da altri 2 medici presenti costantemente in struttura. A loro si affiancano come consulenti un geriatra, un neurologo, uno psichiatra e un fisiatra che vengono contattati al bisogno in consulenza. Ovviamente in RSA la cura della fase acuta di alcune patologie è parte integrante della pratica quotidiana; tuttavia, il miglioramento clinico si focalizza spesso nella fragile cronicità degli ospiti presenti: i piccoli guadagni dei pazienti, le stabilizzazioni cliniche, purtroppo spesso senza vere e proprie guarigioni, le difficoltà di relazione e comprensione sono parte integrante della pratica clinica quotidiana. Nella realtà della fondazione A. Fiorini non vi è né l'utilizzo di strumenti per la ventilazione né di tracheostomia.

Psicologo. Sebbene la figura dello psicologo possa essere rendicontata nelle ore per l'accreditamento della struttura, questa figura nelle RSA non è obbligatoria. Le aree di operatività di competenza sono molteplici. L'intervento diretto sulla persona deve considerare sia la sfera cognitiva che quella emotivo affettiva. Si focalizza su ciò che l'ospite è ancora in grado di fare, piuttosto che enfatizzare le carenze, con l'obiettivo di stimolare nell'anziano la motivazione e la consapevolezza di sé. L'efficacia di tale intervento dipende dalla condivisione di tale modello d'approccio con tutto il gruppo di lavoro e dalla gestione del sistema anziano famiglia.

Infermieri. Oltre alle attività note a tutti noi, è necessario il potenziamento delle competenze professionali. Questo è il presupposto per una riorganizzazione delle cure capace di passare da una medicina d'attesa ad una medicina di iniziativa. Sebbene in RSA la presenza del medico, in guardia attiva o in reperibilità, sia costante, il rapporto medici/ospiti non consente un contatto diretto, quotidiano, costante. È necessario quindi fornire agli infermieri specifiche competenze che consentano loro di valutare quotidianamente i rischi della persona fragile, ricercando i piccoli segnali che rappresentano campanelli d'allarme di peggioramento dello stato di salute dell'ospite. LA presenza costante e attenta garantisce la presa in carico assicurando continuità delle cure e dell'assistenza.

Fisioterapisti. La gestione dell'ospite in RSA richiede un approccio globale che si basa contemporaneamente su interventi di prevenzione, cura e riabilitazione. Terapia occupazionale, educazione dei caregiver e degli operatori di supporto, informazioni relative al corretto posizionamento, all'igiene posturale, alle strategie per l'incremento dell'autonomia, su spostamenti e trasferimenti sono la base delle attività quotidiane.

Educatore Professionale. L'educatore ha l'obiettivo di lavorare sulle capacità residue dell'ospite, agendo con il fine di mantenerle e potenziarle. Allo stesso tempo cercare di coinvolgere la persona anziana dando un senso alla propria giornata e al tempo, favorendo la partecipazione ad una vita attiva e di comunità.

Nell'RSA l'ausiliario di servizio supporta gli ospiti nel corretto espletamento delle funzioni igieniche e nella vestizione, assiste gli ospiti che necessitano di aiuto durante il pasto e durante l'assunzione di terapie orali, li aiuta a mettersi a letto e supporta l'ente nelle attività ludico e ricreative.

Nelle RSD le competenze appena definite per la RSA sono parte integrante delle attività quotidiane dei professionisti, alle quali si aggiungono ulteriori necessarie professionalità. Il servizio sociosanitario residenziale per persone con disabilità viene istituito con delibera di giunta regionale della regione

Lombardia n. 7/12620 del 7 aprile 2003. In esso confluiscono le unità di offerta istituti educativi assistenziali per handicappati, i centri residenziali per handicappati e gli istituti di riabilitazione extraospedaliera. La RSD accoglie soggetti con disabilità grave e/o gravissima, di età inferiore ai 65 anni, che non possono, temporaneamente o in modo permanente, rimanere nel loro contesto familiare. Il servizio quindi è rivolto ai gravi disabili e stati vegetativi; assiste persone affette da malattie neurologiche degenerative (a titolo di esempio ma non esaustivo, pazienti con sclerosi laterale amiotrofica -SLA-, sclerosi multipla, corea di Huntington, distrofia muscolare di Duchenne, ecc. ecc.) e persone con gravi cerebrolesioni acquisite, che, per le particolari patologie e per le situazioni di disagio familiare, non sono nelle condizioni di frequentare Centri Diurni o di restare presso il proprio domicilio. Gli ospiti afferenti alle RSD possono presentare condizioni cliniche caratterizzate dalla presenza di ventilazione, necessità di fisioterapia respiratoria, presenza di nutrizione artificiale, utilizzo di strumenti avanzati per la comunicazione in ospiti medullosesi, quindi con un carico clinico e assistenziale che, rispetto agli utenti RSA ospitati presso la fondazione A. Fiorini, necessitano di competenze specialistiche, attualmente non presenti nella struttura di riferimento.

L'ospite inserito in una RSD viene valutato tramite la scheda individuale del disabile (S.I.Di.), una scheda individuale composta da anagrafica, anamnesi, abilità (motorie e cognitive) dell'utente (per l'ospite ultrasessantacinquenne vi è alternativamente la necessità di compilare la scheda di osservazione intermedia dell'assistenza, SOSIA). Oltre alla S.I.Di., l'ente compila anche annualmente la scheda struttura nella quale inserisce i propri dati economici, strutturali e gestionali. In base alla valutazione multidimensionale S.I.Di., per ogni ospite viene definita la classe di remunerazione a cui appartiene e che dipende dal livello del carico assistenziale del singolo ospite (tabella 1.1). La S.I.Di. è una scheda individuale multidimensionale che si compone di items provenienti dalla scheda SOSIA e altri provenienti dalla scheda valutazione multidimensionale soggetto disabile (VMSD) e valutazione funzionale medullosesi (VFM) e che consente di valutare i carichi assistenziale, educativo, riabilitativo ed infermieristico di ogni singolo ospite e il peso che ogni funzione ha all'interno dello standard generale.

| Classe S.I.Di. | Livello del carico assistenziale | Misura del carico assistenziale (minuti settimanali medi per ospite) |
|-----------------------|---|---|
| 1 | ALTO | 2.500 |
| 2 | MEDIO ALTO | 2.000 |
| 3 | MEDIO | 1.600 |
| 4 | MEDIO BASSO | 1.200 |
| 5 | BASSO | 900 |

Tabella 1.1 - Classi S.I.Di. relative al livello del carico assistenziale e conseguente misura del carico assistenziale espresso in minuti settimanali medi per ospite (delibera di giunta regionale della regione Lombardia n. 7/12620 del 7 aprile 2003).

Nel delineare il ruolo del personale sanitario, non si può pertanto escludere la necessità di attivare un team multidisciplinare dove i singoli specialisti non vengano chiamati singolarmente in consulenza, come avviene attualmente in RSA, bensì vengano convocati in

La gestione delle risorse umane nell'ampliamento dell'offerta di servizi da RSA in RSA/RSD.

gruppo mensilmente, al fine di discutere i casi più meritevoli, ad esempio quelli individuati nelle classi di gravità S.I.Di. più severe (classi S.I.Di. 1 e 2, tabella 1.1).

2. Obiettivi strategici e specifici del progetto

Questo elaborato approfondisce il tema dell'ottimizzazione delle risorse umane all'interno di un sistema integrato RSA/RSD, si rimanda ad ulteriori approfondimenti l'analisi economico e finanziaria del progetto, e quindi la sostenibilità economica della realizzazione di una RSD.

Grazie alle diverse competenze richieste nei due ambiti lavorativi, le figure professionali potrebbero acquisire ed ampliare le loro abilità, migliorando le competenze specifiche e consentendo al sistema di ottimizzare la gestione del personale. Quindi, all'interno dell'organizzazione aziendale della RSA, questo project work vuole approfondire le tematiche relative all'ottimizzazione della gestione delle risorse umane, in particolare proponendo un'analisi di un modello organizzativo all'interno di RSA/RSD che si basi sui concetti di job-rotation, job-enlargement e team multidisciplinare.

Obiettivo è di formare un gruppo di professionisti con competenze adeguate per una RSD, in grado di rispondere alle esigenze del progetto che ha come fine ultimo allargare l'offerta dei servizi sul territorio lombardo, data la carenza di strutture RSD e le liste d'attesa che attualmente non consentono l'accesso nelle strutture in tempi brevi, aumentando le pressioni sugli ospedali e sulle riabilitazioni che spesso non riescono a trasferire pazienti che necessitano di lungodegenze temporanee o definitive.

Il progetto richiede la formazione di personale di RSA al fine di affrontare un'attività clinica parzialmente nuova. Una situazione simile si è verificata in seguito alla pandemia COVID19. Durante la pandemia diverse figure sanitarie sono state costrette ad una conversione rapida delle proprie competenze (Aziz *et al.*, 2020; Holthof and Luedi, 2021; Ridley, Freeman-Sanderson and Haines, 2021). La necessità di trattare un numero di pazienti particolarmente elevato con caratteristiche respiratorie critiche ha richiesto l'utilizzo di personale da reparti ospedalieri che normalmente non trattano queste patologie e soprattutto non hanno competenza per l'utilizzo di alcuni presidi sanitari (come, ad esempio, i ventilatori e di tipologie di ventilazione normalmente effettuate in ambienti intensivi e subintensivi). Immagino ad esempio personale proveniente dall'oculistica che si è trovato a gestire pazienti in ventilazione non invasiva. In letteratura vi sono diversi articoli che concernono la riconversione delle skills da parte degli operatori sanitari durante la pandemia. Oltre agli sforzi per aumentare in sicurezza il numero di personale sanitario, come ad esempio l'impiego all'estero di infermieri e medici alla fine del loro periodo di formazione (Olanda) o il reinserimento di personale in pensione (Buerhaus, Auerbach and Staiger, 2020), sono emersi sforzi per intraprendere il lavoro in modo diverso e per spostare i compiti e aumentare la flessibilità degli operatori sanitari (Ridley, Freeman-Sanderson and Haines, 2021). Pubblicazioni, case report, studi retrospettivi relativi alla gestione delle risorse umane potrebbero consentire di approfondire modalità gestionali applicabili al personale presente in RSA, che non tratta normalmente pazienti gravemente disabili (post-traumatici, neurologici, con presidi ventilatori, nutrizione artificiale, ecc, ecc). Il modello applicato con il COVID19 ha richiesto tempistiche estremamente rapide e senza consentire, spesso, adeguata formazione al personale. In questo elaborato si discute del tema della modifica delle mansioni approfondendo il concetto della formazione.

I processi di job-rotation e job-enlargement, che sono strategie utilizzati anche durante la pandemia COVID19, possono essere riproposti all'interno di questo processo al fine di migliorare le competenze

e realizzare un nuovo servizio di RSD partendo da personale che lavora in RSA. Nel caso specifico verrebbe applicato un modello di job-rotation orizzontale; significa che il personale con mansioni dello stesso livello organizzativo viene fatto ruotare, con lo scopo di far acquisire alla risorsa competenze maggiori relative alla sua posizione (ad esempio infermiere con competenze diverse che effettuano turni a rotazione sia in RSA che in RSD per periodi predefiniti di alcuni mesi). A differenza della job-rotation, il job-enlargement prevede un aumento delle mansioni periodicamente affidate alla risorsa: le nuove mansioni assunte non riguardano una mobilità verticale, nonostante possano essere diversi da quelli affidati, così come non prevedono assegnazioni di nuovi poteri, ma di nuove mansioni comunque previste dal profilo professionale (ad esempio un infermiere di RSA che non ha mai gestito tracheostomie che inizia a farlo in una RSD).

Infine, l'utilizzo di un team multidisciplinare è indispensabile in un contesto dove le competenze richieste affrontano tematiche trattate da specialisti diversi. È provato che l'utilizzo in alcuni contesti di team multidisciplinari possa essere in grado di modificare esiti come la mortalità; un esempio concerne la realizzazione delle Breast Unit, reparti gestiti da team multidisciplinari, che ha portato alla riduzione della mortalità fino al 12% (Gillis and Hole, 1996; Kesson *et al.*, 2012).

3. Destinatari/beneficiari del progetto

Due sono i principali destinatari del progetto elaborato nel presente scritto.

Innanzitutto, il territorio: il progetto vuole rispondere ad esigenze specifiche di carenza di strutture per il trattamento delle disabilità gravi con residenzialità semipermanente/permanente.

In seconda istanza, il personale della fondazione A. Fiorini. Obiettivo specifico del progetto è l'implementazione di un processo di gestione delle risorse umane, valorizzando le figure professionali presenti nell'ente e proponendo anche all'interno di una realtà diversa dalle strutture ospedaliere la realizzazione di un team multidisciplinare.

4. Metodologia adottata

Il progetto ha come obiettivo l'ottimizzazione della gestione delle risorse umane in un sistema integrato RSA/RSD.

Date le competenze delle varie figure professionali enunciate nei capitoli precedenti, si propone di utilizzare una serie di indicatori con l'obiettivo di monitorare una serie di parametri. Tra gli indicatori proposti nel presente progetto figurano degli indicatori (elencati e approfonditi nei capitoli successivi):

- di input, che si riferiscono agli elementi che costituiscono le risorse e la situazione di partenza su cui innestare la progettazione;
- di risultato, che servono a valutare la realizzazione progettuale dell'obiettivo operativo (processo);
- di efficienza, che rappresentano l'insieme degli indicatori che valutano il rapporto tra risorse economiche impiegate e le attività di progetto prodotte;
- di impatto, utilizzati a valutare i contributi a lungo termine rispetto all'obiettivo generale.

L'utilizzo di questi indicatori si prefigge di monitorare costantemente alcuni risultati, di valutare nel tempo la progressione aziendale in termini di formazione, integrazione di nuove unità e la gestione di un nuovo settore di servizi alla persona e, successivamente, effettuare anche un'analisi di benchmark con realtà comparabili, confrontando ad esempio il bilancio della struttura rapportato al numero di personale presente in azienda, normalizzando il dato per i soggetti a cui viene erogato il servizio e stratificandoli per gravità tramite la classe S.I.Di.

Per gli indicatori riportati al Capitolo 5, il valore X_t calcolato al tempo t (con $t = 1, 2, n$) potrà essere valutato rispetto a:

- Il confronto tra X_t e X_{t-1} ;
- Eventuale scostamento di X_t dal valore mediano se vi è per l'indicatore la possibilità di confronto con altre realtà presenti all'interno del medesimo territorio.

5. Implementazione del processo, fasi e tempistiche del progetto.

Di seguito vengono riportate le fasi del progetto con le relative tempistiche e la rappresentazione del processo, figura 5.1; segue descrizione analitica della stessa.

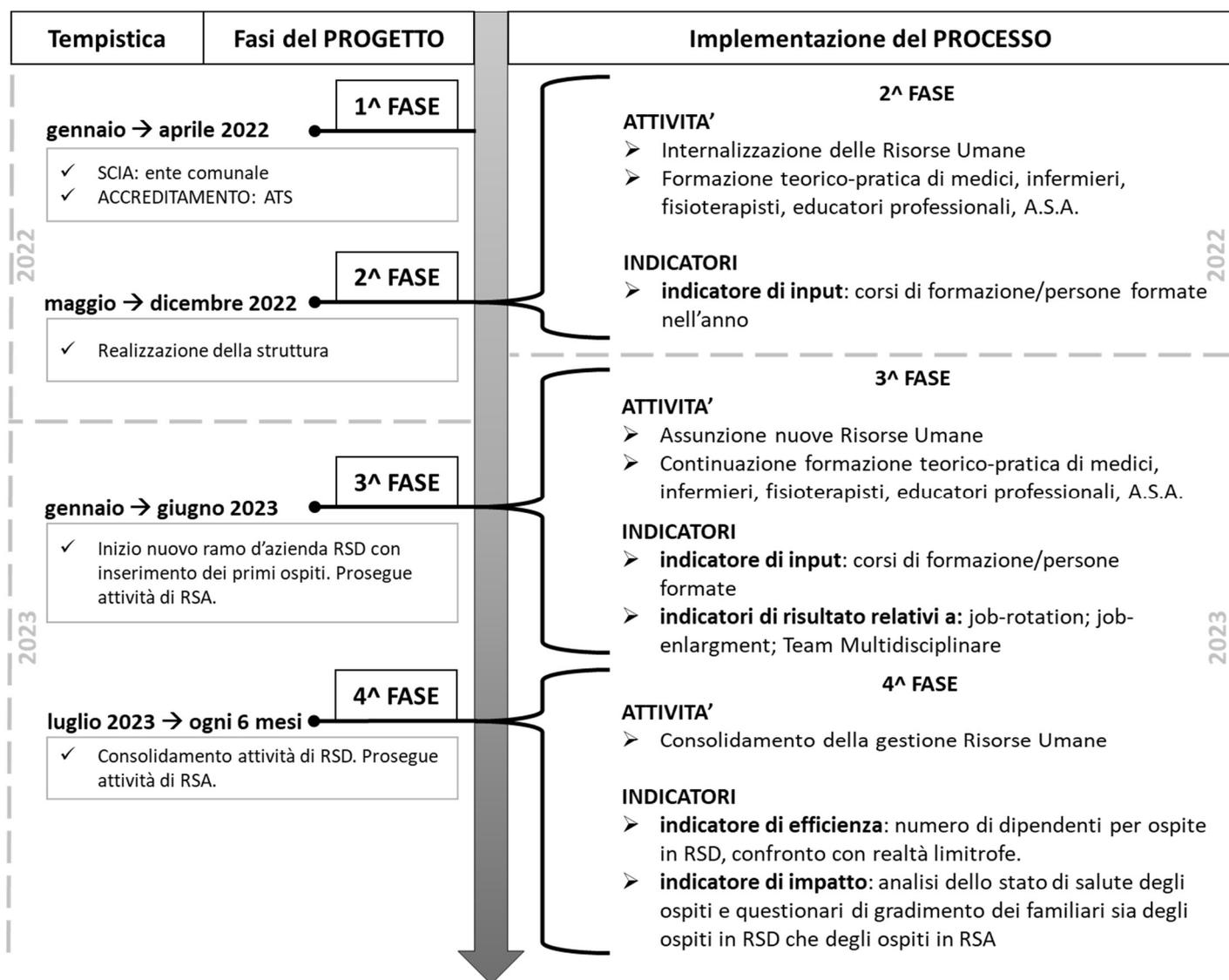


Figura 5.1 - Timeline con rappresentazione schematica delle tempistiche del progetto, delle fasi del progetto e dell'implementazione del processo.

Sulla timeline viene riportata l'implementazione del processo per la gestione delle risorse umane, che non riguarda esclusivamente una singola fase all'interno del progetto stesso, bensì ne coinvolge diverse, in particolare dalla 2^ FASE alla 4^ FASE, in base all'indicatore considerato.

- Prima fase, 4 mesi (1 gennaio 2022 – 30 aprile 2022). Presentazione del progetto ad ATS Brescia e Comune di Mazzano. Processo di accreditamento dei posti letto e analisi progettuale.

Autorizzazione ottenibile possibilmente entro 60 giorni dalla presentazione della SCIA (Segnalazione Certificata di Inizio Attività), alla quale può seguire un ulteriore periodo legato ad eventuali modifiche richieste dall'ente competente (in questo caso il Comune di Mazzano). Tutta la fase autorizzativa potrebbe prevedere presunti 120 giorni, considerando almeno due possibili interruzioni del processo autorizzativo in seguito a richieste di modifiche/integrazioni al progetto. Durante questa fase non sono previsti attività inerenti all'implementazione del processo.

- Seconda fase, 8 mesi (1 maggio 2022 – 31 dicembre 2022). È il periodo che intercorre tra l'approvazione del progetto tecnico da parte del comune competente, l'accreditamento di posti letto da parte di ATS e la realizzazione della struttura. Contemporaneamente alla fase di realizzazione del progetto edile, iniziano due processi che possono essere entrambi oggetto di valutazione tramite indicatori. Il primo riguarda l'internalizzazione delle risorse umane, il secondo la formazione teorica/pratica per medici, infermieri e fisioterapisti (valutazione indicatori di input: persone formate nell'anno).
- Terza fase, 6 mesi (dal 1 gennaio 2023, o più precocemente se la realizzazione della struttura risultasse più rapida, al 30 giugno 2023). Inizio delle attività di RSD. Ipotizzando 60 posti letto (3 nuclei da 20 posti letto ciascuno, come previsto dal delibera di giunta regionale n. 7/12620 del 07 aprile 2003), come previsto dall'allegato C del delibera di giunta regionale n. 7/12620 del 07 aprile 2003 che quantifica in 1.600 minuti settimanali per ogni ospite adulto gli standard minimi di assistenza prescritti per l'autorizzazione al funzionamento e l'accreditamento delle RSD, (40% dello standard minuti settimanali per ospite assicurato da ausiliari socio assistenziali, ASA; 40% dello standard minuti settimanali per ospite assicurato da figure professionali appartenenti all'area educativa, all'area riabilitativa e all'area infermieristica; 20% dello standard di minuti settimanali per ospiti definito dalla struttura sulla base dei progetti individualizzati tra le diverse figure professionali riconducibili alle aree sopra indicate a cui concorre anche il personale medico e psicologo. È indispensabile quindi erogare circa 83.200 ore/anno per 60 ospiti, da distribuire come sopra riportato. Indicativamente è necessario integrare il personale con 6 medici, 2 psicologi, 15 infermieri, 5 fisioterapisti, 3 educatori, 25 ASA (tabella 5.1), la cui organizzazione dipenderà dall'applicazione degli strumenti seguenti:
 - job-rotation: verifica che in struttura RSD ci sia sempre almeno il 50% del personale che ha effettuato il corso di formazione specifico per la gestione degli ospiti di RSD.
 - Job-enlargement: verifica che i nuovi assunti, che non hanno ancora effettuato il corso per la gestione di ospiti RSD, vengano assegnati al reparto RSD per incrementare le mansioni periodicamente affidate ai lavoratori. I nuovi compiti assunti dal lavoratore non prevedono una mobilità in senso verticale, bensì un aumento delle competenze personali grazie all'acquisizione diretta durante il lavoro con personale già formato in precedenza e mediante l'iscrizione ai corsi di formazione.

La gestione delle risorse umane nell'ampliamento dell'offerta di servizi da RSA in RSA/RSD.

- Costituzione di un team multidisciplinare: programmazione di riunioni tra l'equipe di RSA/RSD (responsabili di categoria individuati dall'ente) con il team multidisciplinare formato dagli specialisti consulenti di struttura per la valutazione dei casi più complessi. Almeno 1 valutazione al mese per gli ospiti RSD inseriti nelle classi S.I.Di. 1-2; valutazione trimestrale per le classi S.I.Di 3-4-5.
- Quarta fase, ogni 6 mesi (dal 1 luglio 2023). Consolidamento del progetto di RSD e analisi in itinere del processo. A 6 mesi dalla realizzazione della struttura e dal funzionamento della stessa è indispensabile inserire degli indicatori di efficienza e di impatto. L'indicatore di efficienza è utile per valutare se il numero di dipendenti per ospite in RSD, suddiviso per ruolo, è simile alle realtà presenti sul territorio. Quelli di impatto servono a valutare l'effetto dell'introduzione dei sistemi di job-rotation, job-enlargement e team multidisciplinare sulla ottimizzazione della gestione delle risorse umane e l'impatto del processo sullo stato di salute degli ospiti e il gradimento dei familiari. Gli indicatori vanno valutati ogni 6 mesi dall'inizio delle attività di RSD, sia sul nuovo ramo d'azienda che su quello già consolidato di RSA; infatti, anche il servizio RSA dovrebbe beneficiare delle nuove competenze e abilità acquisite dal personale, così come della gestione dei casi più complessi da parte del team multidisciplinare istituito con l'inizio del nuovo ramo d'azienda.

| Figure professionali | Personale attivo in RSA (unità da internalizzare) | Unità assunte part time (50%) oppure tempo pieno (100%) | Personale da assumere (tempo pieno) alla realizzazione del progetto RSD (60 posti) | Personale al termine del progetto impiegato sia in RSA che in RSD |
|-----------------------------|--|--|---|--|
| MEDICI | 3* (0) | 3 unità al 50% | 3 unità al 100% | 4 unità al 100% 1 unità al 50% |
| PSICOLOGI | 1* (0) | 1 unità al 50% | 2 unità al 100% | 2 unità al 100% 1 unità al 50% |
| INFERMIERI | 13 (11) | 2 unità al 50% 11 unità al 100% | 15 unità al 100% | 27 unità al 100% |
| FISIOTERAPISTI | 3* (0) | 3 unità al 50% | 3 unità al 100% | 4 unità al 100% 1 unità al 50% |
| EDUCATORI | 2 (0) | 2 unità al 50% | 2 unità al 100% | 3 unità al 100% |
| ASA | 50 (40) | 50 unità al 100% | 30 unità al 100% | 80 unità al 100% |

Tabella 5.1 - Personale presente in RSA, sia come dipendente dalla fondazione A. Fiorini che come dipendenti di cooperativa, questi ultimi riportati tra parentesi sotto il totale. Previsione del personale da assumere per la copertura del nuovo servizio di RSD. Vengono anche riportate le percentuali di servizio (tempo pieno 100% oppure tempo parziale 50%). *: personale che effettua servizio in libera professione e che non vengono quindi internalizzati come dipendenti della fondazione.

6. Analisi degli indicatori di implementazione del processo.

| | Tipologia indicatore | Indicatore | Fonte | Tempistiche rilevazione | Analisi dell'indicatore | Interpretazione dei risultati |
|---------------------|----------------------|--|----------------------------------|--------------------------------------|--|---|
| 2 ^A FASE | Di input: A | Internalizzazione di infermieri, di fisioterapisti, di ASA in RSA da cooperative | Tipologia di contratti di lavoro | Termine 2 ^a fase – 8 mesi | Valutazione della tipologia di contratto per le categorie professionali previste al termine degli 8 mesi | <ul style="list-style-type: none"> • Percentuale di personale internalizzato in RSA; obiettivo 100% per infermieri, fisioterapisti e ASA |
| | Di input: B | Formazione teorico/pratica di tutto il personale medico presente in RSA | Certificati di partecipazione | Termine 2 ^a fase – 8 mesi | Verifica del numero di certificati restituiti (n=3). | <ul style="list-style-type: none"> • Percentuale di personale che ha completato il corso; obiettivo 100% del personale medico. |
| | Di input: C | Formazione teorico/pratica dello psicologo presente in RSA | Certificato di partecipazione | Termine 2 ^a fase – 8 mesi | Verifica del numero di certificati restituiti (n=1). | <ul style="list-style-type: none"> • Percentuale di personale che ha completato il corso; obiettivo 100%. |
| | Di input: D | Formazione teorico-pratica del 80% degli infermieri presenti in RSA (10 unità) | Certificati di partecipazione | Termine 2 ^a fase – 8 mesi | Verifica del numero di certificati restituiti (n=10). | <ul style="list-style-type: none"> • Percentuale di personale che ha completato il corso; obiettivo 80% degli infermieri. |
| 3 ^A FASE | Di input: E | Formazione teorico-pratica di tutto il personale medico presente in RSA/RSD | Certificati di partecipazione | Termine 3 ^a fase – 6 mesi | Verifica del numero di certificati restituiti (n=3 per il nuovo personale assunto al 100%). | <ul style="list-style-type: none"> • Percentuale di personale che ha completato il corso; obiettivo 100%. (4.5 unità: 3 unità al 50% 2^a FASE + 3 unità al 100% 3^a FASE). |
| | Di input: F | Formazione teorico-pratica degli psicologi presente in RSA/RSD | Certificato di partecipazione | Termine 3 ^a fase – 6 mesi | Verifica del numero di certificati restituiti (n=2 per il nuovo personale assunto al 100%). | <ul style="list-style-type: none"> • Percentuale di personale che ha completato il corso; obiettivo 100%. (3 unità: 1 unità al 50% 2^a FASE + 2 unità al 100% 3^a FASE). |

La gestione delle risorse umane nell'ampliamento dell'offerta di servizi da RSA in RSA/RSD.

| | Tipologia indicatore | Indicatore | Fonte | Tempistiche rilevazione | Analisi dell'indicatore | Interpretazione dei risultati |
|---------------------|----------------------|---|---------------------------------------|---|---|--|
| 3 [^] FASE | Di input: G | Formazione teorico-pratica del 75% degli infermieri presenti in RSA/RSD (ulteriori 10 unità rispetto a 2 [^] FASE) | Certificati di partecipazione | Termine 3 [^] fase – 6 mesi | Verifica del numero di certificati restituiti (n=10). | <ul style="list-style-type: none"> Percentuale di personale che ha completato il corso; obiettivo 75% di tutto il personale RSA/RSD (20 unità: 10 2[^] FASE + 10 3[^] FASE). |
| | Di risultato: H | Job-rotation: copertura quotidiana di min 50% dei turni con personale che ha effettuato il corso di formazione | Turni assegnati in RSD | Termine 3 [^] fase – 6 mesi | Verifica della percentuale di turni coperti da personale che ha effettuato corso di formazione dall'attivazione del servizio RSD. | <ul style="list-style-type: none"> Percentuale dei turni in cui almeno il 50% del personale sanitario ha già effettuato il corso di formazione previsto; obiettivo 100% dei giorni di attività in RSD. |
| | Di risultato: I | Job-enlargement: impiego di tutto il personale non formato in RSD. | Turni assegnati in RSD | Termine 3 [^] fase – 6 mesi | Almeno 2 mesi di lavoro in RSD per il personale sanitario senza corso di formazione nei 6 mesi precedenti | <ul style="list-style-type: none"> Percentuale di personale sanitario che ha lavorato almeno 2 mesi in RSD; obiettivo 100% del personale sanitario senza corso di formazione. |
| | Di risultato: L | Valutazione degli ospiti RSD da parte del team multidisciplinare | Verbali di equipe | Termine 3 [^] fase – 6 mesi | Verifica della discussione in equipe degli ospiti in classe S.I.Di. 1 e 2 mensile e degli ospiti in classe S.I.Di. 3-4-5 almeno trimestrale. | <ul style="list-style-type: none"> Percentuale di ospiti valutati mensilmente per le classi S.I.Di. 1-2 e trimestrale per le classi S.I.Di 3-4-5; obiettivo 100% degli ospiti di RSD valutati. |
| 4 [^] FASE | Di efficienza: M | Numero di dipendenti in RSD, suddiviso per ruolo. Confronto con le realtà locali | Contratti di lavoro in essere per RSD | Semestrale dalla fine della 3 [^] FASE | Numero di dipendenti per ospite in RSD, suddiviso per ruolo, da confrontare con realtà presenti sul territorio. Normalizzare per classe S.I.Di. | <ul style="list-style-type: none"> $X_t \leq Y_{t-1}$ = minor or sovrapponibile utilizzo di personale suddiviso per categoria (obiettivo raggiunto) $X_t > Y_{t-1}$ = maggior utilizzo di personale in RSA rispetto agli esercenti locali (obiettivo non raggiunto) |

La gestione delle risorse umane nell'ampliamento dell'offerta di servizi da RSA in RSA/RSD.

| | Tipologia indicatore | Indicatore | Fonte | Tempistiche rilevazione | Analisi dell'indicatore | Interpretazione dei risultati |
|---------------------|----------------------|--|-----------------------------------|---|--|---|
| 4 ^a FASE | Di impatto: N | Benessere psicofisico percepito dagli ospiti | Dati dei Questionari SF-36 | Semestrale dalla fine della 3 ^a FASE | X_t = punteggio della scala di valutazione SF-36 al tempo t_n | <ul style="list-style-type: none"> • $X_t \geq X_{t-1}$ = incremento o stabilizzazione del benessere (obiettivo raggiunto) • $X_t < X_{t-1}$ = peggioramento del benessere (obiettivo non raggiunto) |
| | Di impatto: O | Questionario di gradimento dei familiari degli ospiti di RSA/RSD | Dati dei Questionari prestabiliti | Semestrale dalla fine della 3 ^a FASE | X_t = punteggio del questionario di gradimento utilizzato al tempo t_n | <ul style="list-style-type: none"> • $X_t \geq X_{t-1}$ = incremento o stabilità di punteggio positivo (obiettivo raggiunto) • $X_t < X_{t-1}$ = peggioramento del punteggio (obiettivo non raggiunto) |

7. Risultati attesi

Il progetto di realizzare una struttura RSD in aggiunta ad una RSA già esistente consente di ottimizzare la gestione delle risorse umane che, nel presente elaborato, viene valutata utilizzando una serie di indicatori che analizzano ogni singolo passaggio di implementazione del processo. Il progetto si articola in quattro fasi, nella quali si inserisce su un percorso dinamico, la gestione del personale. La disamina degli indicatori riguarda innanzitutto l'internalizzazione di una parte dei lavoratori, dipendenti di cooperative, come dipendenti della fondazione; successivamente sono stati proposti indicatori di input relativi alla formazione degli operatori sanitari. Nelle ultime fasi si è voluto ottimizzare l'utilizzo delle risorse umane attraverso l'implementazione di strategie aziendali di job-rotation e job-enlargement. Infine, è stato approfondito l'impatto di una ottimale gestione delle risorse umane sullo stato psicofisico degli ospiti e sul gradimento dei familiari relativamente alla gestione sociosanitaria dei propri cari all'interno della struttura attraverso la realizzazione di un team multidisciplinare.

Nel presente capitolo verranno quindi analizzati, sviluppati e approfonditi una parte degli indicatori proposti nel capitolo 6. Per il poco tempo a disposizione avuto per la stesura del progetto non è stato possibile approfondire tutti gli aspetti economici dei singoli indicatori; ne verranno presentati alcuni come esempi di gestione delle risorse umane.

Il presente elaborato concerne l'ampliamento dei servizi offerti da una RSA in RSD; l'obiettivo è stato quello di ottimizzare la gestione delle risorse umane presenti all'interno della struttura al fine di iniziare il nuovo percorso; una parte del personale proviene dalla RSA e una parte, ovviamente, sarà di nuova assunzione. Le unità necessarie per gestire la RSD sono riportate in tabella 5.1. Tuttavia, non è possibile immaginare di iniziare un percorso di RSD senza che i professionisti sanitari abbiano le competenze necessarie. L'utilizzo di personale già inserito come dipendente nella fondazione è una scelta di ottimizzazione delle risorse interne che garantisce all'ente la gestione dell'ospite da parte di personale già noto e che progressivamente viene formato allo scopo.

2^a FASE. L'implementazione del processo riguarda innanzitutto il fatto che lavoratori dell'ente assunti dalle cooperative, appena ultimata la 1^a FASE, che concerne l'acquisizione dell'accreditamento da parte di ATS e dell'approvazione della richiesta di SCIA all'ente comunale, si proceda all'assunzione del personale delle cooperative per procedere successivamente alla formazione. L'indicatore "A: Internalizzazione di infermieri, di fisioterapisti, di ASA in RSA da cooperative", quindi, concerne il processo di internalizzazione. In questo caso l'obiettivo è di assumere tutto il personale delle cooperative all'interno della fondazione, nello specifico 11 infermieri e 40 ASA. È stata fatta una richiesta di valutazione dell'internalizzazione del costo del personale fornito dalla cooperativa al consulente del lavoro della fondazione; i costi per l'ente sono lievemente inferiori (circa 20.000 euro) rispetto a quanto attualmente viene dato alla cooperativa. Tuttavia, in questo processo, sebbene vi sia una minima riduzione del costo del personale, l'obiettivo ultimo non è una mera valutazione economica del processo, bensì la necessità di instaurare con il lavoratore un rapporto di lavoro diretto con la fondazione.

Si ritiene raggiunto l'obiettivo fissato dall'indicatore se entro la fase di realizzazione della struttura (2^a FASE), quindi prima dell'apertura della RSD, tutto il personale è stato internalizzato. Questo passaggio si rende necessario al fine di procedere poi alla formazione del personale, in particolare quello infermieristico, al fine di ottimizzare le competenze interne ed evitare che la formazione di lavoratori assunti dalle cooperative vengano poi spostati su altre strutture diverse dalla fondazione stessa.

Contemporaneamente è necessario procedere alla formazione del personale (indicatori di input "B, C, D"). È indispensabile che vengano acquisite competenze in un ambito parzialmente diverso da quello in cui stanno operando i lavoratori in RSA. Come già specificato la gestione di ospiti in RSD richiede competenze che attualmente non sono presenti in struttura. In particolare per quanto concerne la gestione della ventilazione e del presidio tracheostomia, frequente in ospiti con patologie neurodegenerative (SLA, sclerosi multipla, corea di Huntington, distrofia muscolare di Duchenne, ecc. ecc.) o neurologiche acquisite (come traumi cranici e/o midollari, ecc. ecc.). Sono stati individuati corsi di formazione per personale medico, infermieristico e per i fisioterapisti (tabella 7.1). L'obiettivo è fornire le competenze a tutto il personale medico, all'80% del personale infermieristico (10 infermieri) e ai fisioterapisti (3 unità). La scelta di non formare tutto il personale infermieristico in una prima fase è per evitare che ci siano periodi in cui le troppe assenze determinino una gestione poco oculata del personale durante il periodo del corso. Gli infermieri che non hanno effettuato formazione in 2^a FASE, verranno formati nella successiva.

| Corso di Formazione | Figure professionali coinvolte | Modalità | Costo Unitario | Totale formazione |
|---|--|--|-----------------------|--------------------------|
| Corso di ventilazione meccanica. Dalla teoria alla pratica clinica. | 3 Medici | 2 giornate intere presso l'ospedale Fondazione Poliambulanza, in via Bissolati 57 a Brescia | 190 euro | 570 euro |
| Ventilazione non invasiva in Fad. Corso interattivo di ventilazione meccanica non invasiva | 3 Medici, 10 Infermieri e 3 Fisioterapisti | corso Fad Ecm di 60 ore promosso da specialisti dell'ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda. Provider ECM: ideA-Z Project | Quotazione richiesta | Quotazione richiesta |
| la gestione del paziente con cannula tracheostomica in ambito motorio, comunicativo, respiratorio e deglutitorio | 10 Infermieri e 3 Fisioterapisti | 2 giornate intere presso EdiAcademy. V.le E. Forlanini, 65 - 20134, Milano | 360 euro | 4680 euro |

Tabella 7.1 - Esempi di corsi di formazione presenti sul territorio lombardo (ricerca dei corsi vicino alla provincia di Brescia o in FAD, al fine di ottimizzare i percorsi di formazione).

3^a e 4^a FASE. Prosegue l'analisi degli indicatori di input ("E, F, G"), in particolare per quanto riguarda la formazione degli ultimi infermieri di RSA assunti. Segue la formazione dei nuovi

assunti. In questo caso è indispensabile che solo una percentuale dei nuovi assunti venga impiegato direttamente in RSD, al fine di ottimizzare le risorse formate ed averle in servizio nella struttura dove sono richieste più competenze (RSD). A loro andranno affiancati infermieri che ancora non hanno completato il percorso formativo. I nuovi assunti verranno impiegati quindi sia in RSA che in RSD, soddisfacendo i due indicatori "H, I".

La job-rotation viene valutata dall'indicatore "H"; l'obiettivo è di analizzare se all'interno dei turni di RSD è sempre presente almeno il 50% di personale formato. Ciò consente all'ente di avere in turno sempre la presenza di personale in grado di gestire presidi complessi come tracheostomie, PEG, ventilazione. Peraltro, in questo modo, anche il personale che non ha effettuato corsi di formazione, acquisisce nuove mansioni e competenze, grazie all'aiuto sul campo da parte dei colleghi formati. Questo processo, che comporta l'attribuzione di nuove mansioni al personale, senza cambiare la posizione gerarchica e/o salariale, è alla base del job-enlargement (indicatore "I"). In questo caso tutto il personale non formato è previsto che debba lavorare per almeno due mesi su sei in RSD. Con la presenza di tutto il personale a rotazione nella modalità descritta avremmo il raggiungimento dell'obiettivo previsto dall'indicatore "I".

Durante la 3^a FASE viene attivato anche il team multidisciplinare. In RSA gli specialisti medici procedono a consulenze su richiesta del collega di struttura. Per l'attivazione di un servizio di RSD si ritiene indispensabile che i casi vengano gestiti all'interno di un team multidisciplinare formato da diversi specialisti e dall'equipe della struttura (responsabile sanitario, psicologo, coordinatori infermieristici, responsabile dei fisioterapisti, eventuale membro della direzione dell'ente). Il fine è di discutere collegialmente degli ospiti in classe S.I.Di. 1 e 2 ogni mese e, almeno ogni 3 mesi, degli ospiti in classe S.I.Di. 3,4 e 5. Questo processo virtuoso dovrebbe portare ad una gestione più consapevole degli ospiti e, indirettamente, un miglior gradimento del servizio offerto da parte dei familiari degli stessi (indicatori di impatto "N, O"). Mentre per altre realtà, come ad esempio nell'esperienza all'interno di una Breast Unit (Gillis and Hole, 1996; Kesson *et al.*, 2012), l'utilizzo di un team multidisciplinare ha portato anche ad una riduzione della mortalità, non è possibile considerare per una RSD un esito di impatto così forte. In RSD, l'istituzione del team multidisciplinare serve a discutere collegialmente gli obiettivi e, un indicatore da monitorare in questi casi, potrebbe essere il questionario SF-36. Il questionario SF-36 valuta lo stato di benessere psicofisico percepito dall'utente; se il team multidisciplinare è in grado di mantenere un benessere psicofisico soggettivo stabile o in miglioramento, viene raggiunto l'obiettivo di uno degli indicatori. Allo stesso modo può essere fatta anche una valutazione del gradimento del servizio offerto da parte dei familiari degli ospiti. Un esempio di questionario viene riportato in figura 7.1. La realizzazione di un team multidisciplinare all'interno di una RSA sarebbe caratterizzata dalla presenza degli specialisti funzionali alla gestione di ospiti con problematiche legate alla presenza di tracheostomia, ventilazione, PEG, disturbi cognitivi/comportamentali, riabilitazione neuromotoria. Gli specialisti competenti, non solo medici, individuati nella gestione delle problematiche enunciate potrebbero essere il fisiatra, lo psichiatra, il neurologo (meglio se neuropsichiatra), il pneumologo (o un medico esperto nella gestione delle tracheostomie e della ventilazione), il logopedista e il nutrizionista.

La gestione delle risorse umane nell'ampliamento dell'offerta di servizi da RSA in RSA/RSD.

Infine, in 4^a FASE, un indicatore di efficacia proposto è il confronto tra il numero di dipendenti per ospite presenti in RSD, suddiviso per ruolo, e il numero di dipendenti presente in RSD in realtà limitrofe. Questo calcolo andrebbe fatto normalizzando il risultato per classe S.I.Di. Se il numero dei dipendenti risultasse uguale o inferiore a quello presente in realtà simili limitrofe alla fondazione A. Fiorini, l'obiettivo sarebbe raggiunto. In caso contrario andrebbe rivalutata l'organizzazione delle risorse umane ottimizzandone la gestione proponendo soluzioni alternative.

Figura 7.1 - Esempio di questionario di gradimento. Prosegue nella pagina seguente

| | Molto adeguate | Abbastanza adeguate | Poco adeguate | Molto poco adeguate | Non so |
|--------------------------|----------------|---------------------|---------------|---------------------|--------|
| Cure mediche | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| Cure infermieristiche | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| Cure di assistenza (ADB) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| Fisioterapia | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| Animazione | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

COME VALUTA IL COMPORTAMENTO TENUTO DAL PERSONALE NEI CONFRONTI DEL SUO FAMILIARE?

| | Molto gentile | Abbastanza gentile | Poco gentile | Molto poco gentile | Non so |
|--------------------------------|---------------|--------------------|--------------|--------------------|--------|
| Medici | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| Infermieri | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| Personale di assistenza (ADB)) | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| Fisioterapisti | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |
| Animatori | ① | ② | ③ | ④ | ⑤ |

LE E' MAI CAPITATO DI AVERE SEGNALATO ALLA CASA PROTETTA PROBLEMI O DISSERVIZI PARTICOLARI?

- ① spesso
- ② raramente
- ③ mai

.....

SE LE È CAPITATO, CHE TIPO DI PROBLEMI ERANO _____

PER FINIRE LE CHIEDIAMO ALCUNI DATI

CHI HA COMPILATO QUESTO QUESTIONARIO?

- ① il/la coniuge dell'ospite in Istituto
- ② il figlio/la figlia dell'ospite in Istituto
- ③ la sorella/il fratello dell'ospite in Istituto
- ④ altro parente dell'ospite in Istituto
- ⑤ altra persona

SE LE È CAPITATO, E' SODDISFATTO DI COME LA CASA PROTETTA RISOLVE LAMENTELE O PROBLEMI PARTICOLARI?

- ① molto
- ② abbastanza
- ③ poco
- ④ molto poco
- ⑤ non so

L'ETÀ DI CHI HA COMPILATO QUESTO QUESTIONARIO È DI ANNI: |__|__| ANNI

E IL SESSO? ① maschio ② femmina

QUAL E' LA COSA CHE APPREZZA DI PIU' DI QUESTA CASA PROTETTA?

OGNI QUANTO VIENE ALL'ISTITUTO?

- ① quasi tutti i giorni
- ② circa una volta a settimana
- ③ circa 1-2 volte al mese
- ④ meno di una volta al mese

E QUELLA CHE LE PIACE MENO?

COMPLESSIVAMENTE LEI QUANTO È SODDISFATTO DI COME LA CASA PROTETTA ASSITE IL SUO FAMILIARE?

- ① molto
- ② abbastanza
- ③ poco
- ④ molto poco

RISPETTO ALLE SUE ASPETTATIVE INIZIALI, COMPLESSIVAMENTE, LA SUA OPINIONE SU QUESTA CASA PROTETTA È:

- ① migliore di quanto pensassi
- ② esattamente come me l'immaginavo
- ③ peggio di quanto pensassi
- ④ non so

GRAZIE PER LA COLLABORAZIONE..

Si ricordi per cortesia di restituire il questionario compilato al personale , chiuso nell'apposita busta.

IMPORTANTE: Per rispondere barrare con una croce una sola risposta per ogni domanda.
Le ricordiamo che in ogni caso il questionario è anonimo e nessuno verrà a sapere delle sue personali opinioni.

QUAL È L'ETÀ DEL SUO FAMILIARE OSPITE DI QUESTA CASA PROTETTA?

|_|_| ANNI

E IL SESSO? ① maschio ② femmina

QUANDO IL SUO FAMILIARE È ENTRATO COME OSPITE IN QUESTA CASA PROTETTA?

|_|_| mese |_|_|_|_| anno

È SODDISFATTO DEL MODO IN CUI IL SUO FAMILIARE È STATO ACCOLTO DURANTE I PRIMI GIORNI DI PERMANENZA NELLA CASA PROTETTA?

- ① molto ④ molto poco
② abbastanza ⑤ non so
③ poco

LE VANNO BENE GLI ORARI DI APERTURA DELLA CASA PROTETTA PER LE VISITE AGLI OSPITI?

- ① molto ④ molto poco
② abbastanza ⑤ non so
③ poco

GLI ORARI IN CUI SI MANGIA IN QUESTA CASA PROTETTA LE SEMBRANO:

- ① adeguati
② inadeguati, si mangia troppo presto
③ inadeguati, si mangia troppo tardi
④ non so

SECONDO LEI IL PERSONALE È NUMERICAMENTE ADEGUATO PER ASSISTERE PERSONE CON PROBLEMI COME QUELLI DEL SUO FAMILIARE?

- ① molto ④ molto poco
② abbastanza ⑤ non so
③ poco

SECONDO LEI IL PERSONALE È PROFESSIONALMENTE PREPARATO PER ASSISTERE PERSONE CON PROBLEMI COME QUELLI DEL SUO FAMILIARE?

- ① molto ④ molto poco
② abbastanza ⑤ non so
③ poco

RITIENE DI POTER AVERE DAL PERSONALE LE INFORMAZIONI CHE DESIDERA SULLE CONDIZIONI DEL SUO FAMILIARE IN MODO SODDISFACENTE?

- ① molto ④ molto poco
② abbastanza ⑤ non so
③ poco

SI SENTE SOSTENUTO E AIUTATO DAL PERSONALE NELL'AFFRONTARE LA MALATTIA DEL SUO FAMILIARE?

- ① molto ④ molto poco
② abbastanza ⑤ non so
③ poco

SI SENTE COINVOLTO DAL PERSONALE (MEDICI, INFERMIERI E ASSISTENTI) NELLE CURE DEL SUO FAMILIARE?

- ① sempre ④ mai
② spesso ⑤ non so
③ raramente

DESIDEREREBBE ESSERE:

- ① più coinvolto di adesso
② meno coinvolto di adesso
③ va bene così

COME GIUDICA IL COSTO DELLA RETTA RISPETTO AL SERVIZIO CHE RICEVE IL SUO FAMILIARE?

- ① alto ③ basso
② giusto ④ non so

8. Conclusioni

L'analisi effettuata nel presente elaborato ha proposto degli indicatori nelle diverse fasi di processo per la gestione ottimale delle risorse umane, in un progetto in cui una realtà consolidata di RSA vuole offrire al territorio nuovi servizi. Il presente elaborato propone quindi l'utilizzo di diverse tipologie di indicatori, di input, di risultato, di efficienza e di impatto al fine di monitorare tutte le fasi di implementazione del processo di gestione delle risorse umane.

L'utilizzo di personale interno alla RSA valorizza le competenze del gruppo grazie a formazione e tramite strategie di job-rotation, job-enlargement e team multidisciplinare. Il processo è funzionale alla realizzazione di un servizio che ha come fine ultimo il miglioramento dello stato di salute degli ospiti di una RSD e, allo stesso tempo, la possibilità di ottimizzare le risorse umane all'interno di un sistema integrato RSA/RSD. Le competenze acquisite, infatti, possono essere valorizzate dal personale anche nel caso in cui in RSA ci dovesse essere la necessità di gestire ospiti più gravi, come ad esempio gli stati vegetativi, condizione clinica che è possibile ospitare anche in RSA. Inoltre, in caso di assenza del personale all'interno di una o dell'altra struttura, ogni figura è, al termine dell'implementazione del processo, sostituibile in ogni ruolo, consentendo all'ente una flessibilità di spostamento del personale non altrimenti possibile.

Riferimenti normativi

1. Delibera di giunta regionale n. 7/12620 del 07 aprile 2003. Decreto di Giunta regionale n. 7/12620 del 07 aprile 2003. Definizione della nuova unità di offerta «Residenza Sanitario Assistenziale per persone con disabilità» (RSD). Attuazione dell'art. 12, comma 2 della legge regionale 11 luglio 1997 n. 31.
2. Delibera di giunta regionale n. IX/2019 del 31 luglio 2019. Decreto di Giunta regionale n. XI/2019 del 31 luglio 2019. Prime indicazioni per l'avvio del percorso di riordino e di riclassificazione dei PreSST, dei POT e delle degenze di comunità.
3. Legge Regionale n. 33 del 30 dicembre 2009. Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità.

Bibliografia e sitografia

ATS Brescia (2021) *Liste d'attesa RSA ATS Brescia, aggiornamento del 31 agosto 2021*. Available at: <https://www.ats-brescia.it/liste-attesa-e-rette-rsa>.

Aziz, S. *et al.* (2020) 'Managing ICU surge during the COVID-19 crisis: rapid guidelines', *Intensive Care Medicine*, 46(7), pp. 1303–1325. doi: 10.1007/s00134-020-06092-5.

Buerhaus, P. I., Auerbach, D. I. and Staiger, D. O. (2020) 'Older Clinicians and the Surge in Novel Coronavirus Disease 2019 (COVID-19).', *JAMA*, 323(18), pp. 1777–1778. doi: 10.1001/jama.2020.4978.

Gillis, C. R. and Hole, D. J. (1996) 'Survival outcome of care by specialist surgeons in breast cancer: a study of 3786 patients in the west of Scotland.', *BMJ (Clinical research ed.)*, 312(7024), pp. 145–8. doi: 10.1136/bmj.312.7024.145.

Holthof, N. and Luedi, M. M. (2021) 'Considerations for acute care staffing during a pandemic', *Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology*, 35(3), pp. 389–404. doi: 10.1016/j.bpa.2020.12.008.

Kesson, E. M. *et al.* (2012) 'Effects of multidisciplinary team working on breast cancer survival: retrospective, comparative, interventional cohort study of 13 722 women.', *BMJ (Clinical research ed.)*, 344(apr26 1), p. e2718. doi: 10.1136/bmj.e2718.

Regione Lombardia (2021) *Elenco RSD Regione Lombardia, aggiornamento del 14 settembre 2021*. Available at: <https://www.dati.lombardia.it/widgets/s2zv-sfri>.

Ridley, E. J., Freeman-Sanderson, A. and Haines, K. J. (2021) 'Surge capacity for critical care specialised allied health professionals in Australia during COVID-19.', *Australian critical care : official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 34(2), pp. 191–193. doi: 10.1016/j.aucc.2020.07.006.