

METODOLOGIA DI VALUTAZIONE PIANI DI FABBISOGNO PERSONALE

Ai fini di quanto previsto dalla legge 208/2015, art. 1, commi 541 e seguenti, il Ministero della salute ha elaborato una metodologia di valutazione dei piani di fabbisogno del personale. Tale metodologia è stata definita all'interno di un gruppo tecnico composto dai alcuni componenti regionali del Tavolo ex DM 70/2015 e clinici specializzati in organizzazione delle strutture sanitarie.

La metodologia si articola in due livelli:

- 1) Metodologia per la definizione di un fabbisogno teorico di personale**
- 2) Metodologia per la valutazione dei piani di fabbisogno regionali**

1) Metodologia per la definizione di un fabbisogno teorico di personale

In prima applicazione la metodologia fa riferimento esclusivamente al fabbisogno teorico di personale sanitario medico, infermieristico e OSS, che svolge la propria attività in ambito ospedaliero.

I criteri utilizzati per definire il fabbisogno teorico hanno avuto tre driver principali e nello specifico:

1. L'organizzazione della rete di offerta: identificazione del ruolo delle strutture nella rete ospedaliera e di emergenza-urgenza secondo la classificazione del DM n. 70/2015;
2. La produzione: l'attività ospedaliera, specialistica e di emergenza urgenza, erogate in ambito ospedaliero nel corso del 2015;
3. Il tempo di lavoro: rispetto dell'orario di lavoro e della turnistica come previsto dalla Legge n. 161/2014.

Relativamente alla rete di offerta si è tenuta in considerazione la programmazione regionale approvata, o in corso di approvazione, delle reti ospedaliere rispondenti alle disposizioni ed ai criteri previsti dal DM 70/2015. Corre l'obbligo rappresentare che non tutte le Regioni hanno completato il percorso di definizione/revisione delle reti ospedaliere e di emergenza – urgenza ai sensi del DM 70/2015 e nessuna ha completato l'attuazione del programma.

Per quanto concerne l'attività sono stati utilizzati: i ricoveri ospedalieri (SDO); i flussi di specialistica ambulatoriale (ex Art. 50); il flusso di prestazioni del pronto soccorso EMUR. Con particolare riferimento ai flussi di specialistica ambulatoriale occorre tener presente che i dati sono classificati con nomenclatori differenti tra regione e regione e non esiste una univoca attribuzione delle prestazioni dei nomenclatori regionali alle discipline di riferimento.

In relazione al tempo è stato utilizzato, come parametro, il numero di ore lavorate per Full Time Equivalent (FTE), il quale è stato identificato sulla base delle ore lavorabili a tempo pieno al netto di ore di non presenza per Festività infrasettimanale, Ferie e festività soppresse, Ore non assistenziali (formazione), Assenza per malattie, per Infortunio sul lavoro/malattia professionale; Aspettative per motivi di famiglia o personale, per cariche pubbliche elettive, aspettativa, legge

104/92, Maternità/ Congedo parentale ex D.Lgs. 151/2001 e, per i medici, aggiungendo delle ore medie aggiuntive autorizzate. È stato pertanto stimato un numero di ore lavorate per la dirigenza medica pari a 1.454 ore, e per il personale del comparto (infermieri, operatori socio sanitari e operatori tecnici dell'assistenza) pari a 1.418 ore. Nella tabella che segue si riporta il dettaglio della modalità di calcolo delle ore.

Comparto			
Calcolo ore lavorate (ipotesi 6 gg/sett)			
Ore alla settimana	36		
GG alla settimana	6		
Ore al giorno	6		
Voce	ore/anno		
Orario contrattuale 36 ore *52 settimane	1.872		
Media delle festività infrasettimanali che cadono in giornate lavorative (compreso santo patrono) 10 GG			
Ferie e festività sopresse 32+4 GG	-216		
Primo subtotale	1.596		
Assenze per maternità, per 104, distacco sindacale, cariche pubbliche elettive etc.	-50	3,10%	
Assenze per malattia; è inclusa la formazione	-128	8,00%	
Ore lavorate all'anno per assistenza - comparto	1.418		

Medici			
Calcolo ore lavorate (ipotesi 6 gg/sett)			
Ore alla settimana	38		
GG alla settimana	6		
Ore al giorno	6,33		
Voce	ore/anno		
38h/sett*52 settimane	1.976		
Media delle festività infrasettimanali che cadono in giornate lavorative (compreso santo patrono) 10 GG	-63		
Ferie e festività sopresse 32+4 GG*6,33	-228		
Ore non assistenziali (formazione) H 3,30' ogni settimana lavorata (44)	-154		
Primo subtotale	1.531		
Assenze per maternità, per 104, distacco sindacale, cariche pubbliche elettive etc.	-48	3,10%	
Assenze per malattia.	-69	4,40%	
Ore medie aggiuntive autorizzate	40		
Ore lavorate all'anno per assistenza - medici	1.454		

La metodologia è applicata distintamente al fabbisogno teorico di personale afferente all'area dell'emergenza-urgenza secondo ben definite discipline e al fabbisogno di tutte le altre discipline.

Con particolare riferimento all'area dell'emergenza-urgenza, sono stati individuati i criteri metodologici, desunti dal documento "Linee guida di indirizzo e criteri operativi per la strutturazione e il dimensionamento degli ospedali" elaborato dall'Agenas, (gennaio 2014), condiviso con le principali società scientifiche dell'emergenza-urgenza, distinti per:

- *Personale medico per Osservazione Breve Intensiva (OBI)* – il fabbisogno è determinato in base al ruolo del presidio nella rete di emergenza: 2 medici per DEA 1° liv. e 3 medici per DEA 2° liv.
- *Personale medico per PS* – i minuti per accesso in pronto soccorso si calcolano in modo differenziato in funzione del ruolo del presidio nella rete ospedaliera (allegato tabella 6). I minuti di assistenza si moltiplicano per il numero di prestazioni e si divide per 60 minuti all'ora e il numero ore annue dei medici pari a 1.454. Infine si moltiplica il risultato per un coefficiente da 1 (min) a 1,1 (max) in funzione delle particolari condizioni del singolo presidio. Il valore minimo è di 6 medici.
- *Personale infermieristico e OSS per OBI* – i minuti per accesso in pronto soccorso si calcolano in modo differenziato in funzione del ruolo del presidio nella rete ospedaliera (allegato tabella 6). I minuti di assistenza si moltiplicano per il numero di prestazioni e si divide per 60 minuti all'ora e il numero ore annue del personale di assistenza pari a 1.418. Alla fine si moltiplica il risultato per un coefficiente da 1 (min) a 1,1 (max). Il valore minimo è di 12 unità.
- *Personale infermieristico e OSS per il PS* – il fabbisogno è determinato secondo il ruolo del presidio all'interno della rete ospedaliera: 6 infermieri per Dea 1° e 12 infermieri per Dea 2°.

Per il personale infermieristico e OSS, al fine di tenere conto del personale con limitazioni e delle differenze logistiche il valore di riferimento è stato ampliato del 13%.

Con riferimento ai fabbisogni di personale afferente alle altre discipline, al fine di tener conto di particolari situazioni regionali organizzative, si è inteso elaborare un intervallo di riferimento di fabbisogni teorici e sono stati individuati i seguenti criteri metodologici, distinti per le diverse tipologie di personale:

1. *Medici per ricoveri ordinari e day hospital (incluso sala operatoria)* – ci si basa sul numero di ricoveri pesati per impegno medico articolato per disciplina. I ricoveri pesati si ottengono dividendo il valore delle prestazioni con un parametro fisso: 2.363 euro per peso. Il numero di medici (minimo e massimo) si ottiene dividendo il risultato con il parametro specifico per specialità (allegato tabella 1);
2. *Anestesisti per le sale operatorie* – ci si basa sul numero di sedute medie per ricoveri chirurgici e per chirurgia ambulatoriale. Il numero di sedute annue si calcola dividendo il numero di pazienti annui con DRG chirurgico per il parametro per seduta (allegato tabella 2). Il numero di sale operatorie si ottiene dividendo il risultato per 220 (giornate annue). Il numero di anestesisti si ottiene moltiplicando il risultato per 1,1 se ricoveri ordinari e 1,0 se day surgery e interventi di chirurgia ambulatoriale qualificata (allegato tabella 3);
3. *Medici per prestazioni ambulatoriali per esterno* – ci si basa sui minuti di assistenza per prestazione ambulatoriale come risulta dall'allegato tabella 4. I minuti di assistenza si moltiplicano per il numero di prestazioni e si divide per 60 minuti all'ora e il numero ore annue dei medici stabilito pari a 1.454;
4. *Medici per le guardie e per copertura oraria* – standard specifico (allegato tabella 5) per alcune specialità rispetto al ruolo della struttura all'interno della rete ospedaliera;
5. *Medici per Anatomia patologica* – un medico ogni 7.500 ricoveri pesati (RO e DH);
6. *Medici per il servizio trasfusionale* – un medico ogni 6.300 - 8.900 ricoveri pesati (RO e DH);
7. *Medici per il servizio di radiologia per esterno* – il fabbisogno è stato calcolato sui minuti di assistenza per prestazione ambulatoriale (allegato tabella 4). I minuti di assistenza si moltiplicano per il numero di prestazioni e si divide per 60 minuti all'ora e il numero ore annue dei medici pari a 1.454;
8. *Medici per il servizio di radiologia per il PS* – il fabbisogno di minuti per passaggio (5-6 minuti per passaggio in PS). I minuti di assistenza si moltiplicano per il numero di prestazioni e si divide per 60 minuti all'ora e il numero ore annue dei medici 1.454;
9. *Medici per il servizio di radiologia per i ricoverati* – il fabbisogno di minuti per peso prodotto (un medico ogni 5.600-7.400 pesi normalizzati di ricoveri prodotti dal presidio);
10. *Medici per la Direzione sanitaria* – Il numero di medici è stato determinato con uno standard per ciascun presidio sede di DEA II e DEA I: 1 responsabile + 1 medico fino a 200 PL e 1 medico ogni ulteriore 200 PL calcolati. Al numero di posti letto concorrono anche quelli dei presidi non DEA afferenti al presidio con DEA;
11. *Personale infermieristico per i ricoveri ordinari* – minuti di assistenza per giornata di ricovero come dalla tabella 7. I minuti di assistenza si moltiplicano per il numero di giornate e si divide per 60 minuti all'ora e il numero ore annue del personale di assistenza pari a 1.418;
12. *Personale infermieristico per il day hospital* – minuti di assistenza per accesso come dall'allegata tabella 8. I minuti di assistenza si moltiplicano per il numero di accessi e si divide per 60 minuti all'ora e il numero ore annue del personale di assistenza pari a 1.418;

13. *Coordinatore (caposala) per i ricoveri* – un caposala ogni 16-24 presenze medie annue. Le presenze medie di ricoveri ordinari si ottengono dividendo il totale delle giornate per 365. Il corrispondente valore per i day hospital si ottiene dividendo il totale degli accessi per 250;
14. *Coordinatore (caposala) per le sale operatorie* – Basato sul numero di sedute medie per ricoveri chirurgici e chirurgia ambulatoriale. Il numero di sedute annue si calcola dividendo il numero di pazienti annui con DRG chirurgico per il parametro per seduta (allegato tabella 2). Il numero di sedute delle sale operatorie si ottiene dividendo il risultato per 220 (giornate annue). Il numero di infermieri si ottiene moltiplicando il risultato per 3 se ricoveri ordinari e 2 se day surgery e interventi di chirurgia ambulatoriale qualificata (allegato tabella 3);
15. *Infermieri per dialisi* – un infermiere ogni 750 dialisi l'anno. Il parametro è stato ricondotto ai minuti di assistenza infermieristica per prestazione (nell'allegato tabella 4 è indicato il tempo totale dal quale scorporare il 25% per gli OSS). I minuti di assistenza si moltiplicano per il numero di accessi e si divide per 60 minuti all'ora e il numero ore annue del personale di assistenza 1.418;
16. *Infermieri per prestazioni ambulatoriali per esterno* – basato sui minuti di assistenza per prestazione ambulatoriale come risulta dall'allegata tabella 4. I minuti di assistenza si moltiplicano per il numero di prestazioni e divide per 60 minuti all'ora e il numero ore annue del personale di assistenza pari a 1.418;
17. *Infermieri per prestazioni ambulatoriali di diagnostica strumentale* – minuti di assistenza per prestazione ambulatoriale come risulta dall'allegata tabella 4. I minuti di assistenza si moltiplicano per il numero di prestazioni e si divide per 60 minuti all'ora e il numero ore annue del personale di assistenza pari a 1.418;
18. *Infermieri per sterilizzazione e gestione dei Dispositivi medici* – un infermiere per mille pazienti chirurgici;
19. *Infermieri per funzioni centrali e coordinamenti trasversali* – +2% sul totale del personale infermieristico;
20. *OSS per i ricoveri ordinari* – basato sui minuti di assistenza per giornata di ricovero come dall'allegata tabella 7. I minuti di assistenza si moltiplicano per il numero di giornate e si divide per 60 minuti all'ora e il numero ore annue del personale di assistenza pari a 1.418;
21. *OSS per le sale operatorie* – basato sul numero di sedute medie per ricoveri chirurgici e chirurgia ambulatoriale. Il numero di sedute annue si calcola dividendo il numero di pazienti annui con DRG chirurgico per il parametro per seduta riportato nell'allegata tabella 2. Il numero di sale operatorie si ottiene dividendo il risultato per 220 (giornate annue);
22. *OSS per dialisi* – un OSS ogni tre infermieri;
23. *OSS per trasporti da / a sala operatoria* – un'ora ogni 2 pazienti sottoposti a intervento chirurgico (RO). Le ore si moltiplicano per il numero di pazienti con DRG chirurgico e si divide per il numero ore annue del personale di assistenza pari a 1.418;
24. *OSS per trasporti da / a diagnostica e consulenze* – un'ora per 1,5 persone per un evento ogni 4 giorni di degenza ordinaria. Il numero annuo di giornate di degenza ordinaria si divide per 4 e si moltiplica per 1,5. Il risultato si divide per il numero ore annue del personale di assistenza pari a 1.418.

Sono in corso approfondimenti per definire i criteri relativi alle seguenti figure:

1. *Medici e altri dirigenti sanitari per il laboratorio per esterno;*
2. *Medici e altri dirigenti sanitari per il laboratorio per il PS;*
3. *Medici e altri dirigenti sanitari per il laboratorio per i ricoverati;*

4. *Ostetriche.*

2) **Metodologia per la valutazione dei piani di fabbisogno regionali**

Per la valutazione dei Piani di fabbisogno elaborati dalle Regioni ai sensi di quanto previsto dalla Legge 208/2015 e in coerenza con le indicazioni operative della circolare ministeriale del 26 febbraio 2016 sono stati condivisi dal Tavolo ex DM 70 i seguenti elementi di valutazione.

- a) Requisiti della documentazione trasmessa dalle Regioni
 - **Completezza** della documentazione
 - Richieste di assunzioni con il dettaglio delle aziende/strutture e per le discipline;
 - Dotazione al 31/12/2015 con il dettaglio richiesto;
 - la descrizione della metodologia con la quale è stato individuato il fabbisogno di personale;
 - l'impatto economico delle richieste di fabbisogno in coerenza con quanto previsto dal c. 544.
- b) **Approvazione del piano di riorganizzazione** della rete ospedaliera e dell'emergenza-urgenza ai sensi del DM 70/2015.

La valutazione prevede quindi:

- esame della metodologia utilizzata dalla regione
- confronto con il fabbisogno teorico (in termini di differenza tra il fabbisogno minimo (FTE min) e la dotazione del personale a tempo indeterminato presente al 31/12/2015)
- rispetto del limite di spesa di cui all'art. 2 comma 71 della legge 191/2009.

La metodologia prevede anche l'utilizzo del fabbisogno teorico massimo di personale per tener conto di peculiarità organizzative locali e delle differenti quantificazioni e composizioni del personale con limitazioni funzionali. A tal fine, viene effettuato anche un confronto tra il fabbisogno teorico massimo di personale (FTE max) e la dotazione a tempo indeterminato al 31.12.2015, al fine di rendere disponibile l'informazione sul surplus di personale da ricollocare in altri setting assistenziali. Per il personale medico la metodologia viene applicata per le singole specialità.

Per quanto concerne la consistenza del personale medico universitario comunicato dalla regione, lo stesso - ai fini dell'applicazione della metodologia - è considerato al 50%.

I piani di fabbisogno presentati dalle Regioni sono stati quindi valutati mediante l'applicazione della metodologia precedentemente descritta, distinti tra:

1. Medici area emergenza-urgenza: sono stati presi in considerazione i dati della consistenza di personale e le richieste di assunzioni/stabilizzazioni del personale afferente alle specialità di Cardiologia, Chirurgia Generale, Medicina e Chirurgia d'Accettazione ed Urgenza (MCAU), Medicina Generale, Terapia Intensiva Neonatale, Terapia Intensiva e Anestesia;
2. Medici altre specialità: sono stati presi in considerazione i dati della consistenza di personale e le richieste di assunzioni/stabilizzazioni del personale afferente alle restanti specialità non di emergenza-urgenza;
3. Infermieri e OSS: sono stati presi in considerazione i dati della consistenza di personale e le richieste di assunzioni/stabilizzazioni complessivi.

Si riportano di seguito i format delle tabelle riportanti le valutazioni dei Piani di fabbisogno regionali

Tabella 1: Fabbisogno di personale ospedaliero per categoria professionale rispetto alle dotazioni delle unità a T.I. presenti al 31/12/2015

Categoria professionale	Dotazione T.I. al 31/12/2015	Dotazione T.D. al 31/12/2015	Richieste di assunzioni Fabbisogni stimati	FTE_MIN	FTE_MAX	Differenza tra dotazione T.I. vs FTE min	Possibili assunzioni/stabilizzazioni vs FTE min	Differenza tra dotazione T.I. vs FTE max	Unità da ricollocare	Sottodotazione organico TI rispetto a FTE min con TD e richieste
Medici – emergenza urgenza cfr Tab.2										
Medici – altre specialità cfr Tab.3										
Infermieri										
OSS										

Tabella 2: Fabbisogno di personale medico ospedaliero per specialità afferente all'area dell'emergenza-urgenza rispetto alle dotazioni delle unità a T.I. presenti al 31/12/2015

Specialità	Medici Tempo Indeterminato	Medici Tempo Determinato	Richieste di assunzioni Medici	Medici FTE_MIN	Medici FTE_MAX	T.I. vs FTE min	Possibili assunzioni/stabilizzazioni vs FTE min	T.I. vs FTE max	Unità da ricollocare	Sottodotazione organico TI rispetto a FTE min con TD e richieste
Cardiologia										
Chirurgia Generale										
MCAU										
Medicina Generale										
Terapia Intensiva Neonatale										
TI e anestesia										
Totale complessivo										

Tabella 3: Fabbisogno di personale medico ospedaliero per altre specialità rispetto alle dotazioni delle unità a T.I. presenti al 31/12/2015

Specialità	Medici Tempo Indeterminato	Medici Tempo Determinato	Richieste di assunzioni Medici	Medici FTE_MIN	Medici FTE_MAX	T.I. vs FTE_MIN	Possibili assunzioni/stabilizzazioni vs FTE_MIN	T.I. vs FTE_MAX	Unità da ricollocare	Sottodotazione organico TI rispetto a FTE min con TD e richieste
Allergologia										
Angiologia										
Cardiochirurgia										
Cardiochirurgia Infantile										
Chirurgia Maxillo Facciale										
Chirurgia Pediatrica										
.....										