



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Conferenza permanente delle Classi di Laurea
Delle Professioni Sanitarie
Presidente Prof.ssa Luisa Saiani
Segretario Generale Prof.ssa Alvisa Palese
23 – 24 ottobre 2021

«La docenza disciplinare nelle professioni sanitarie universitarie a contratto»

L'evoluzione dinamica dei profili

Claudio Costa

Roma, 24 settembre 2021

Contesto normativo

Art. 11 del decreto legge n.35/2019;

«al fine di dare attuazione a quanto previsto dall'ultimo periodo dell'articolo 11 comma1 del decreto legge n.35/2019 il Ministero della salute previa informativa sindacale propone la metodologia per la valutazione del fabbisogno del personale ospedaliero già approvata e testata con le regioni ed avvia, altresì, il processo di valutazione della metodologia del fabbisogno del personale dei servizi assistenziali territoriali».

PATTO PER LA SALUTE 2019-2021

Contesto normativo

Art. 1, comma 472 della legge n.160/2019;

«Al fine di sviluppare ed adottare metodologie e strumenti per la definizione del fabbisogno di medici e professionisti sanitari, nell'ottica di consentire una distribuzione dei posti da assegnare per l'accesso ai corsi di medicina e chirurgia e delle professioni sanitarie ed alle scuole di specializzazione di area sanitaria rispondente alle effettive esigenze del Servizio sanitario nazionale, e' autorizzata la spesa di 3 milioni di euro nell'anno 2020 e di 2 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2021, da destinare all'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali per il supporto da essa reso alle attivita' del Ministero della salute e delle regioni»

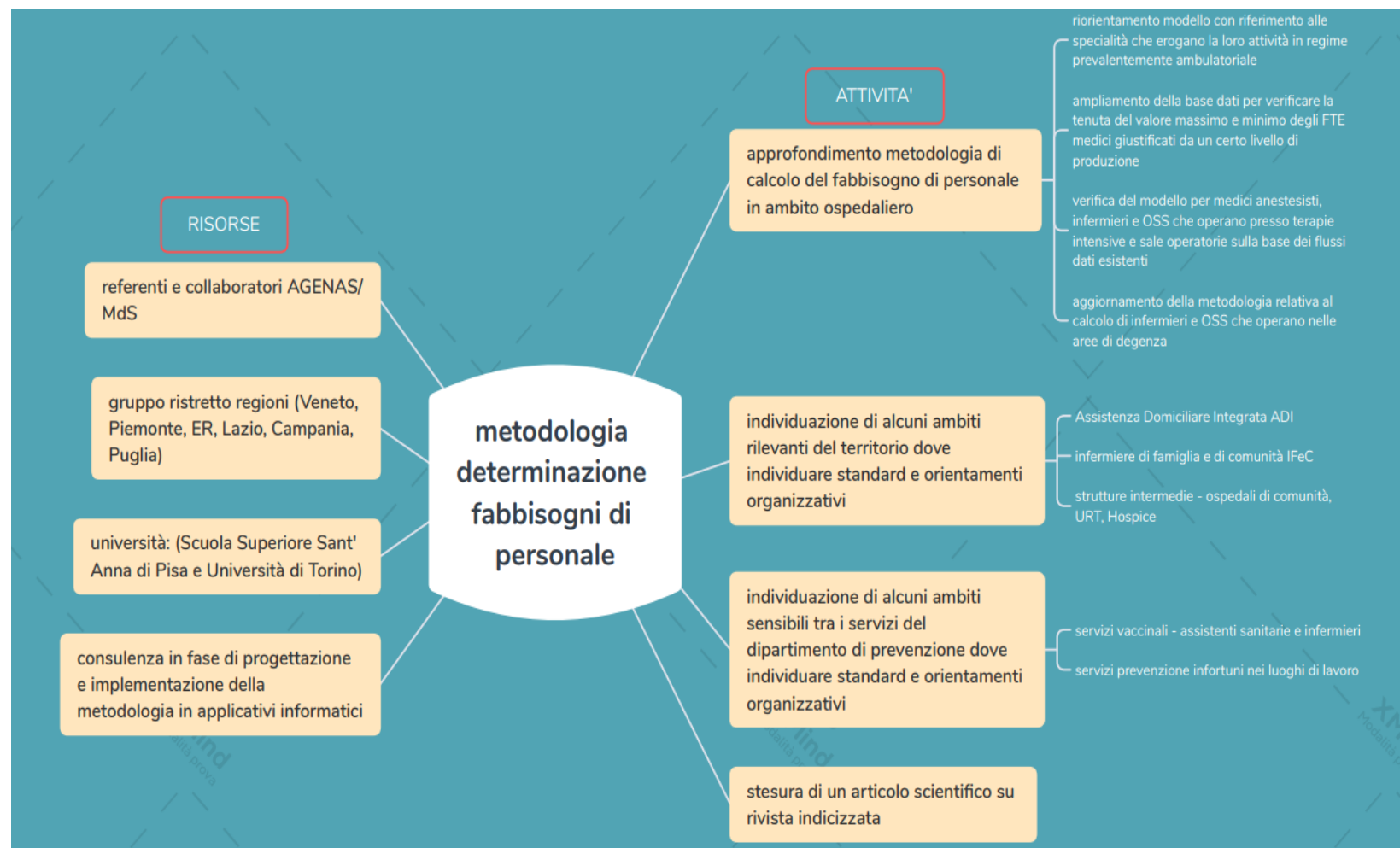


LINEE DI RICERCA CORRENTE 2020 -2021

Linea di ricerca n. 1: analisi e misurazione degli esiti di salute per valutare percorsi di cure integrate all'interno di reti cliniche e i fattori di mobilità sanitaria e per identificare modelli sanitari basati sul valore

Progetto: Metodologie e strumenti per la definizione del fabbisogno delle professioni sanitarie

Responsabile: dr. Claudio Costa



XMind | Modalità prova

Obiettivo

- Approfondimento della metodologia di calcolo del fabbisogno di personale in ambito ospedaliero

Ospedale



- Definizione di standard e orientamenti organizzativi in alcuni ambiti rilevanti del territorio

Territorio



- Definizione di standard e orientamenti organizzativi in alcuni ambiti rilevanti per il Dipartimento di Prevenzione

Prevenzione



Risorse Impegnate

AGENAS

Ministero della Salute
(DGPROG)

Definizione di una
metodologia per la
determinazione del
fabbisogno di
personale

Regioni:

- Campania
- Emilia Romagna
- Friuli Venezia Giulia
- Liguria
- Lombardia
- Marche
- Piemonte
- Prov. Autonoma di Trento
- Puglia
- Sardegna
- Umbria
- Veneto

Consulenti:

- Università di Torino
- Università S. S. Sant'Anna
- KPMG
- AlmaViva

Tavolo 1: definizione del fabbisogno di personale in ambito ospedaliero, a partire dall'attività sviluppata dal gruppo ristretto delle regioni nel corso del 2017

Sub Tavolo 1.1: modello con riferimento alle specialità per l'ambito ambulatoriale

- CAMPANIA
- EMILIA ROMAGNA
- FRIULI VENEZIA GIULIA
- LOMBARDIA
- MARCHE
- PUGLIA
- PROV. AUTONOMA DI TRENTO

Sub Tavolo 1.2: modello per medici anestesisti, infermieri e OSS che operano presso terapie intensive e sale operatorie

- CAMPANIA
- EMILIA ROMAGNA
- FRIULI VENEZIA GIULIA
- LOMBARDIA
- MARCHE
- PIEMONTE
- PUGLIA
- PROV. AUTONOMA DI TRENTO
- UMBRIA

Sub Tavolo 1.3: modello di calcolo di infermieri e OSS che operano nelle aree di degenza

- CAMPANIA
- EMILIA ROMAGNA
- FRIULI VENEZIA GIULIA
- LOMBARDIA
- MARCHE
- PIEMONTE
- PUGLIA
- PROV. AUTONOMA DI TRENTO

Due metodologie da integrare

- Cd «Metodo Veneto»
 - ▣ prevede solo valori minimi
 - ▣ Sviluppato sulla base delle necessità della regione
 - ▣ Limitato alle attività di degenza per il personale infermieristico e di supporto
- Cd «Metodo Piemonte» prevede
 - ▣ Introduzione di un tempario per le prestazioni ambulatoriali
 - ▣ «sistema di pesi» per la determinazione del fabbisogno del personale medico la cui tenuta andava verificata per le altre regioni benchmark (DGR, tariffe, dotazioni)

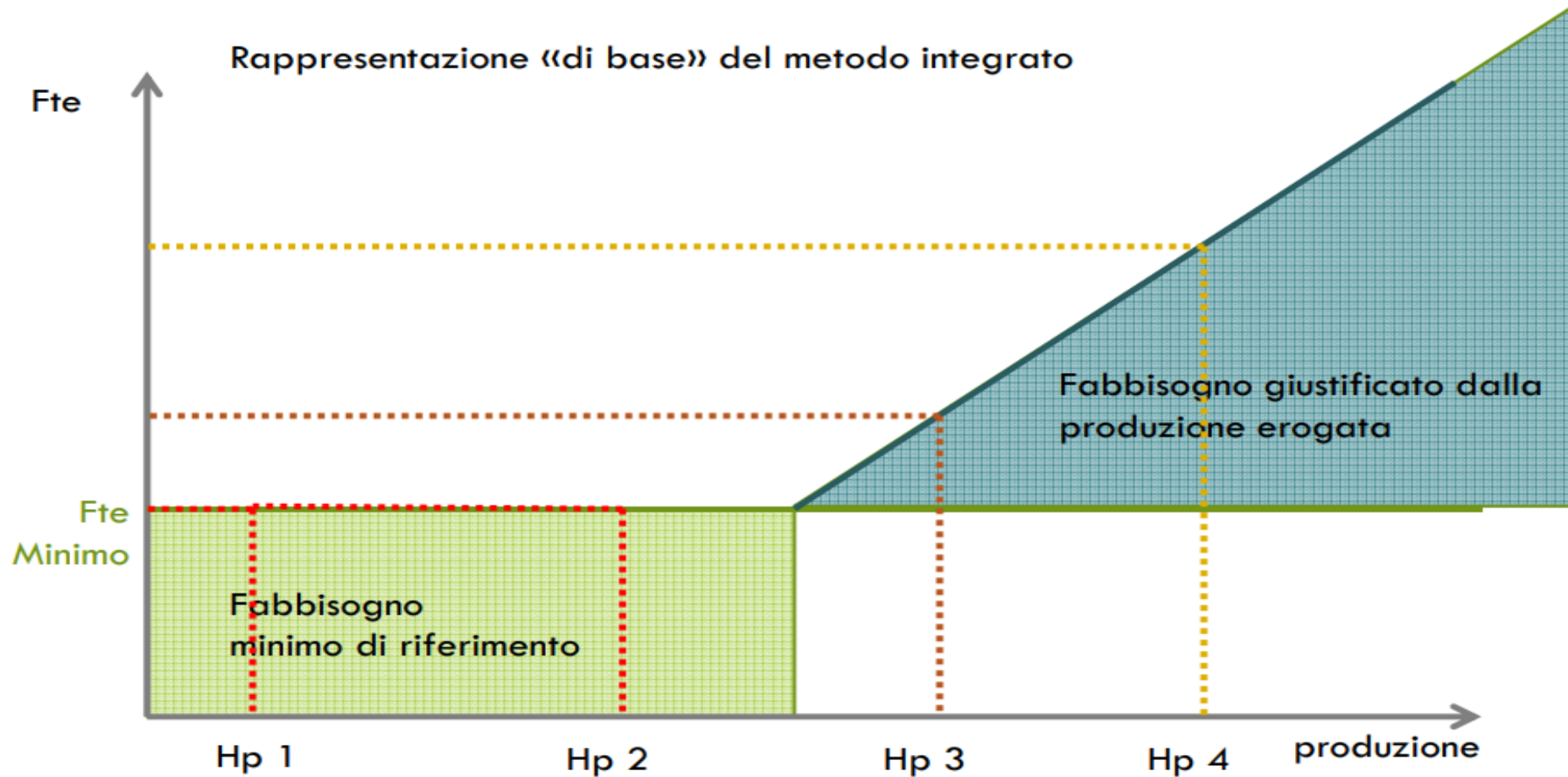


Applicazione - Assunti organizzativi

Ai fini di poter applicare correttamente il metodo è stato necessario condividere alcuni **«assunti organizzativi»**

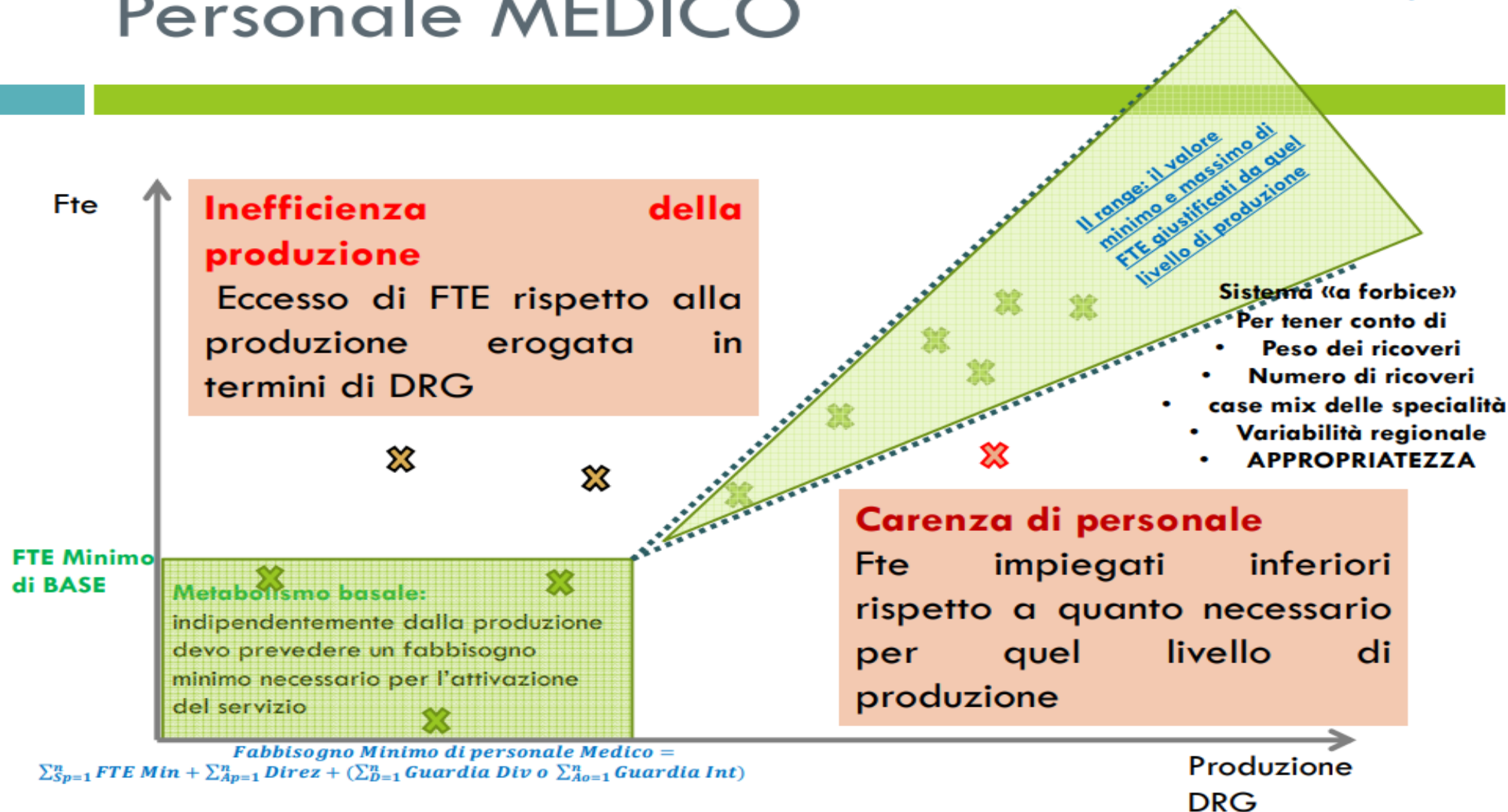
- Definizione di Aree Omogenee
- Aggregazione delle specialità in area omogenea
- Ore medie lavorate annue per profilo professionale
- Criteri per la definizione delle guardie
- Criteri per l'assegnazione del personale del comparto
- L'organizzazione delle reti
- Computo delle attività svolte in regime ambulatoriale

Metodo Integrato



Personale MEDICO

$$FTE \text{ Massimo } SPx = \frac{\sum \text{Punti DRG } Spx}{\text{Peso } Spx}$$



Personale INFERMIERISTICO e di SUPPORTO

Per la determinazione del numero di infermieri e operatori socio sanitari necessari per le attività di degenza, occorre procedere come segue:

- Somma dei posti letto per Area Omogenea
- Computo al 90%
- Attribuzione dei minuti di Assistenza Infermiere e Oss
- Prodotto della somma dei posti letto per i minuti (minimo e massimo) di assistenza attribuiti
- “Trasformazione in ore”= Totale minuti/60
- “Trasformazione in personale tempo equivalente” (FTE)/1480
- Attribuzione del numero di infermieri complessivi necessari per l'attività di degenza
- Attribuzione del numero di operatori complessivi necessari per l'attività di degenza

		MIN inf	MIN oss		MAX inf	MAX oss
1	MEDICA	148	63		175	77
2	CHIRURGICA	137	74		154	90
3	OSTETRICO- GINECOLOGICA	Si veda area Materno Infantile				
4	CRITICA	700	175		827	90
5	SUB INTENSIVA	330	82		358	87
6	PEDIATRICA	Si veda area Materno Infantile				
8	SALUTE MENTALE	148	63		280	120
11	RIABILITATIVA	104	85		127	103

Personale del Comparto per l'attività Ospedaliera = Degenza + Ambulatoriale + Servizi

Tavolo 1: definizione del fabbisogno di personale in ambito ospedaliero, a partire dall'attività sviluppata dal gruppo ristretto delle regioni nel corso del 2017

23 giugno

- Primo incontro con presentazione e condivisione della
- metodologia di lavoro partendo dall'esperienza del 2017

14 luglio

- Le Regioni forniscono i dati sulla dotazione organica
- suddiviso per ore lavorate.

27 luglio

- Secondo incontro con la presentazione delle prime evidenze

Abbiamo costruito un database di lavoro per correlare i dati presenti nei flussi HSP11-11bis (anagrafica stabilimenti), Tabella C (anagrafica discipline), SDO (dato di attività) e dati regionali (tempo medico)

Flussi analizzati

SDO: analisi dei DRG prodotti da ciascuna unità nel 2019



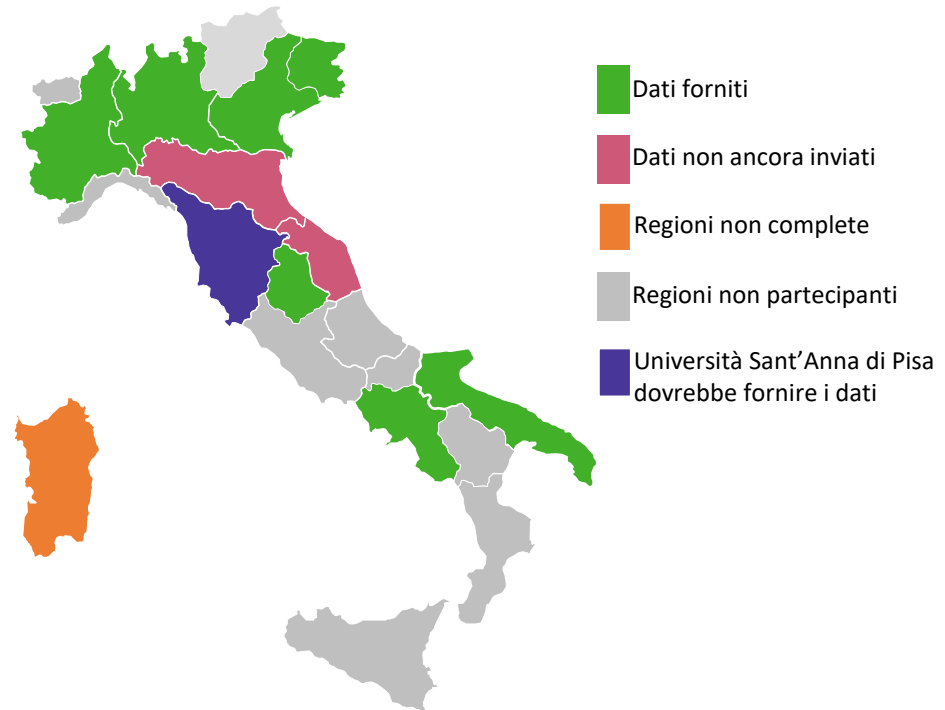
HSP: individuazione delle strutture e degli stabilimenti presenti nel 2019



Tabella C: unità programmate dalle regioni ad eccezione di FVG e Provincia autonoma di Trento*



7 Regioni ad oggi hanno inviato i dati completi



**Laddove non fossero disponibili sono stati adoperati i dati presenti in HSP12*

Dall'analisi dell'incrocio dei diversi flussi si evince un database composto, ad oggi, di 2.249 Unità Operative

Analisi dei dati di attività:

406 stabilimenti analizzati di cui **coerenti** nei 3 flussi **351**

2.142 UO con perfetta **coincidenza** tra **SDO** e **Tabella C**

1.162 UO analizzabili a livello aggregato di **stabilimento**

N° Totale di UO analizzabili = 3.304

Analisi rilevazione personale:

252 stabilimenti coerenti con la **rilevazione attività**

1.501 UO coerenti con quanto previsto in **Tabella C** e (ove non presente) HSP

**N° UO del campione:
2.249**

Terminata la rilevazione sulle ore lavorate dal personale dirigente medico procederemo ad effettuare un check con le diverse Regioni al fine di ricondurre quanto più possibile i dati del personale alle UO

- Completato il database con i dati delle Regioni mancanti provvederemo a contattarle in modo da procedere ad una riconduzione quanto più possibile esaustiva di tutti i dirigenti medici all'interno delle Unità Operative presenti in Tabella C e nel flusso SDO;
- Appena disponibile il flusso dell'attività ambulatoriale dell'ex Art.50 provvederemo ad incrociare le Unità in esso presenti con quelle facenti parte del perimetro di analisi;
- Valorizzeremo le prestazioni ambulatoriali servendoci del tempario sviluppato dalla Regione Lombardia in modo da scorporarlo dal monte ore lavorato.
- Nel contempo si avvierà la raccolta dei dati per il comparto sanitario per aree omogenee.
- Prossimo incontro proposto fine Settembre 2021.

Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale

Misura	Submisura	Totale
Misura di Riforma: Reti di prossimità, strutture e telemedicina per l'assistenza sanitaria territoriale		0 €
	Submisura 1.1: Casa della Comunità al centro del territorio	2.000.000.000 €
	Submisura 1.2: La Casa come primo luogo di cura	
	Misura di Investimento: Potenziamento dell'assistenza sanitaria e della rete sanitaria territoriale - 1.2.1 <i>La casa come primo luogo di cura</i> - 1.2.2 <i>Lo sviluppo di un nuovo modello organizzativo: la Centrale Operativa Territoriale</i> - 1.2.3 <i>La telemedicina a supporto dei pazienti con patologie croniche</i>	4.000.000.000 €
	Submisura 1.3: Rafforzare le cure intermedie e le sue strutture (l'Ospedale di Comunità)	1.000.000.000 €
		7.000.000.000 €

Tavolo 2: definizione di standard e orientamenti organizzativi in alcuni ambiti rilevanti del territorio - sub tavolo 2.1 ADI

Sub Tavolo 2.1: Assistenza Domiciliare Integrata

- CAMPANIA
- EMILIA ROMAGNA
- FRIULI VENEZIA GIULIA
- LOMBARDIA
- MARCHE
- PUGLIA
- PROV. AUTONOMA DI TRENTO
- PIEMONTE
- UMBRIA

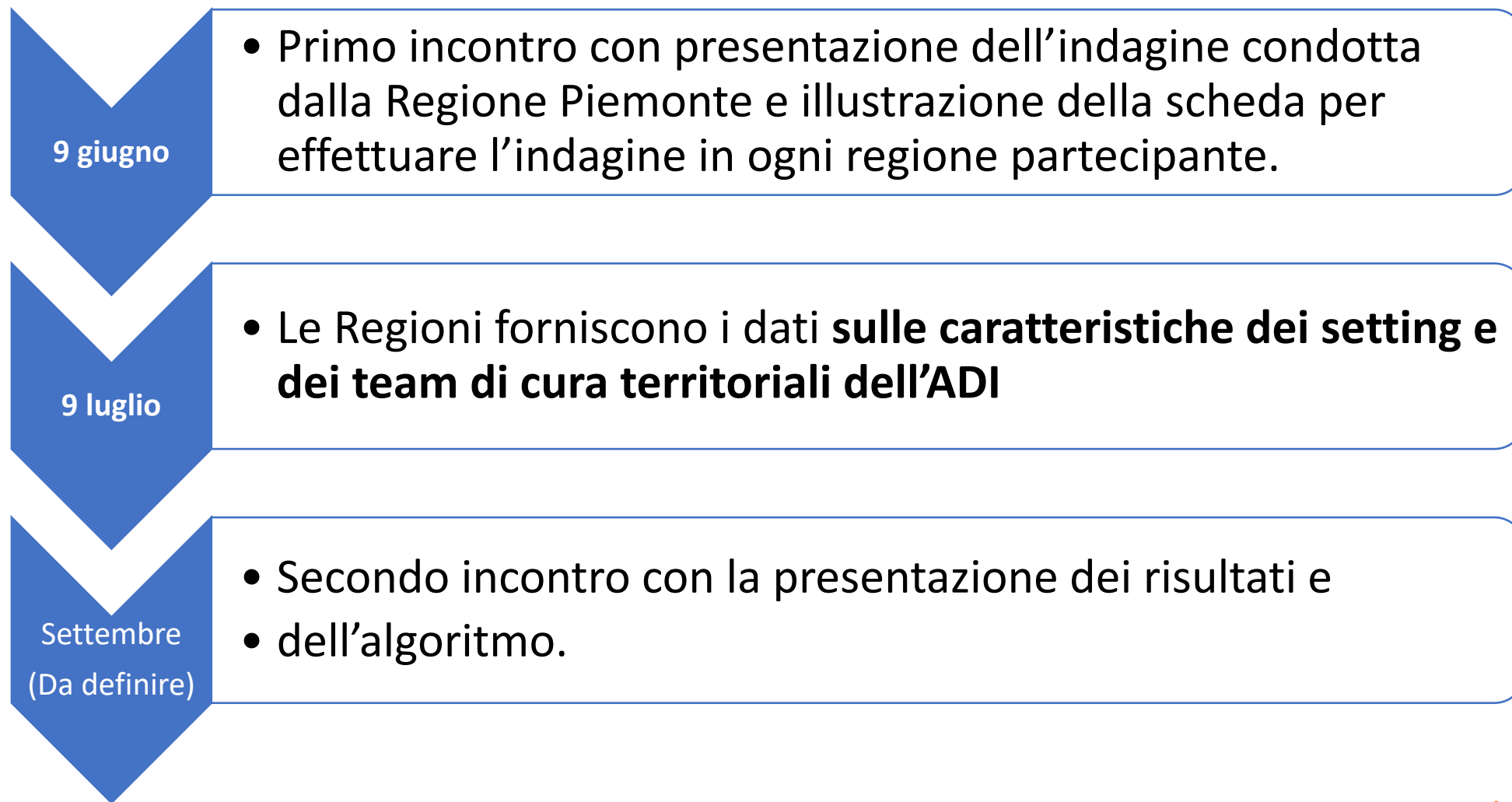
Sub Tavolo 2.2: Infermieristica di famiglia e comunità

- CAMPANIA
- EMILIA ROMAGNA
- FRIULI VENEZIA GIULIA
- LOMBARDIA
- MARCHE
- PUGLIA
- PROV. AUTONOMA DI TRENTO
- PIEMONTE

Sub Tavolo 2.3: Struttura intermedie – Ospedali di Comunità, RSA, Hospice

- CAMPANIA
- EMILIA ROMAGNA
- FRIULI VENEZIA GIULIA
- LOMBARDIA
- MARCHE
- PUGLIA
- PROV. AUTONOMA DI TRENTO
- PIEMONTE
- UMBRIA

Tavolo 2: definizione di standard e orientamenti organizzativi in alcuni ambiti rilevanti del territorio - sub tavolo 2.1 ADI



Indagine sulle caratteristiche dei setting e dei team ADI

La dotazione di personale, sia in termini numerici che di figure professionali coinvolte, deve essere proporzionata alla tipologia di attività che si intende erogare.

Per l'Assistenza Domiciliare nelle sue forme devono essere previste almeno le seguenti figure professionali:

- medici,
- infermieri,
- terapisti della riabilitazione,
- operatori sociosanitari (Oss).

Da cui elaborare algoritmo

Progetto AGENAS/MdS/Regioni e P.A.
«Definizione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale»

Indagine sulle caratteristiche dei setting e dei team di cura territoriali dell'ADI nelle Regioni

Obiettivo: esplorare in termini di struttura, modello organizzativo, dotazioni organiche e skill mix nei servizi di Assistenza Domiciliare Integrata delle ASL.

REGIONE		
Azienda Sanitaria Locale		
Bacino d'utenza afferente all'ASL (popolazione)		
Organizzazione	Centralizzazione delle risorse ☐	Altro ☐
N° distretti		
Casi di Comunità n°		
Ospedali di Comunità PL		
Centrale Operativa	Orario di apertura	Tipologia di operatori presenti
Territoriale (COT)	Giorni Feriali	Medici n° ☐ FTE
Si ☐ No ☐	Giorni Festivi	Infermieri n° ☐ FTE
Popolazione afferente (in media) per distretto (se org. per distretto)		
Orario di apertura del servizio ADI	Giorni Feriali	Giorni Festivi
Dotazione Organica ADI (Infermieri)	Numero Operatori	FTE
Dotazione Organica ADI (Personale di supporto)	Numero Operatori	FTE
Standard di presenza giornaliera per ADI (nell'intera ASL)	N° infermieri giorni feriali	N° infermieri giorni Festivi
	N° OSS giorni feriali	N° OSS giorni Festivi
	N° Fisioterapisti giorni feriali	N° Fisioterapisti giorni festivi
Criteri utilizzati per il fabbisogno (es. n° pazienti in carico, prestazioni, morfologia del territorio...)	Indicare:	
N° casi presi in carico per anno (intera ASL)	N° CIA base ☐ ☐ ☐ ☐ CIA I ☐ ☐ ☐ ☐ CIA II ☐ ☐ ☐ ☐ CIA III ☐ ☐ ☐ ☐ CIA IV Base ☐ ☐ ☐ ☐	N° complessità assistenziale Alta ☐ Media ☐ Bassa ☐
Cure palliative domiciliari	N° CIA IV Specialistico ☐ ☐ ☐ ☐	N° Infermieri ADI ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐
N° casi presi in carico per anno (singolo infermiere)		
Durata media intervento domiciliare (minuti)		
N° medio di interventi giornalieri per infermiere		
E' previsto che le prestazioni vengano eseguite in team con altre figure professionali? (se si indicare quali)		
Tipologia di attività affidate agli operatori di supporto (ove presenti)		
Modello Assistenziale (es. Case management, Primary nursing, funzionale...)		
Tecnologie (software e hardware) fornite agli operatori		
Viene impiegata la telemedicina o il telenursing?	Specificare per quali prestazioni:	
Esiste un modello/strumento per la presa in carico anticipata dall'ospedale/territorio?	Se sì quale:	
Il PAI da chi viene redatto?	No ☐ Sì, quale	
E' presente un diario/cartella dell'assistito?		

Grazie per la collaborazione



Tavolo 2: definizione di standard e orientamenti organizzativi in alcuni ambiti rilevanti del territorio - sub tavolo 2.2 Infermiere di famiglia e di comunità

Sub Tavolo 2.1: Assistenza Domiciliare Integrata

- CAMPANIA
- EMILIA ROMAGNA
- FRIULI VENEZIA GIULIA
- LOMBARDIA
- MARCHE
- PUGLIA
- PROV. AUTONOMA DI TRENTO
- PIEMONTE
- UMBRIA

Sub Tavolo 2.2: Infermieristica di famiglia e comunità

- CAMPANIA
- EMILIA ROMAGNA
- FRIULI VENEZIA GIULIA
- LOMBARDIA
- MARCHE
- PUGLIA
- PROV. AUTONOMA DI TRENTO
- PIEMONTE

Sub Tavolo 2.3: Struttura intermedie – Ospedali di Comunità, RSA, Hospice

- CAMPANIA
- EMILIA ROMAGNA
- FRIULI VENEZIA GIULIA
- LOMBARDIA
- MARCHE
- PUGLIA
- PROV. AUTONOMA DI TRENTO
- PIEMONTE
- UMBRIA

Tavolo 2: definizione di standard e orientamenti organizzativi in alcuni ambiti rilevanti del territorio - sub tavolo 2.2 Infermiere di famiglia e di comunità

Aprile- giugno

- Indagine AGENAS per conoscere lo stato dell'arte sull'Infermiere di Famiglia e Comunità (IF/C) in Italia.

2 agosto

- Presentazione alle Regioni dei modelli regionali esistenti

5 Ottobre

- Presentazione del modello da proporre alle Regioni



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

LINEE DI INDIRIZZO INFERMIERE DI FAMIGLIA E DI COMUNITA'

Indice

1. Premessa	3
2. Introduzione	6
3. Condizioni necessarie	8
4. Analisi del contesto	10
4.1 Gli effetti pandemici sul ricambio demografico	10
4.2 Riduzione della speranza di vita	11
4.3 Mortalità correlata al Covid 19	13
4.4 La pandemia e gli effetti limitati sull'invecchiamento	15
4.5 Stato di salute e patologie croniche	16
5. Definizione	18
6. Popolazione target	20
7. I livelli dell'intervento	20
8. Le competenze core	23
9. Modello Organizzativo	26
10. Standard di personale	26
11. Formazione	27
12. Criteri di reclutamento e di allocazione	27
13. Valutazione di processo e degli esiti	28
ALLEGATO 1 – Percorso formativo Regionale	29
Bibliografia	32

In progress...

AGENAS- MdS-
Regioni - Università



Linee di indirizzo

Networking

Ricerca

Tavolo 2: definizione di standard e orientamenti organizzativi in alcuni ambiti rilevanti del territorio - sub tavolo 2.3 RSA

Sub Tavolo 2.1: Assistenza Domiciliare Integrata

- CAMPANIA
- EMILIA ROMAGNA
- FRIULI VENEZIA GIULIA
- LOMBARDIA
- MARCHE
- PUGLIA
- PROV. AUTONOMA DI TRENTO
- PIEMONTE
- UMBRIA

Sub Tavolo 2.2: Infermieristica di famiglia e comunità

- CAMPANIA
- EMILIA ROMAGNA
- FRIULI VENEZIA GIULIA
- LOMBARDIA
- MARCHE
- PUGLIA
- PROV. AUTONOMA DI TRENTO
- PIEMONTE

Sub Tavolo 2.3: Struttura intermedie – Ospedali di Comunità, RSA, Hospice

- CAMPANIA
- EMILIA ROMAGNA
- FRIULI VENEZIA GIULIA
- LOMBARDIA
- MARCHE
- PUGLIA
- PROV. AUTONOMA DI TRENTO
- PIEMONTE
- UMBRIA

Tavolo 2: definizione di standard e orientamenti organizzativi in alcuni ambiti rilevanti del territorio - sub tavolo 2.3 Ospedali di comunità, RSA

16 Settembre

- Primo incontro con presentazione e condivisione della metodologia di lavoro

30 Settembre
2021

Termine indagine RSA

Tavolo 2: definizione di standard e orientamenti organizzativi in alcuni ambiti rilevanti del territorio - sub tavolo 2.3 Ospedali di comunità, RSA

Revisione della letteratura (europea) in collaborazione con il MES

S. S. S. Anna

Proposta di indagine con lo scopo di raccogliere, attraverso un questionario, informazioni e dati di dettaglio delle singole RSA (es. posti letto, servizi offerti, presenza di flussi informativi, personale)

Obiettivo: definire lo standard di Infermieri e OSS – RSA -

Tavolo 3 definizione di standard per il Dipartimento di Prevenzione, sub tavolo 3.2 Servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro

Sub Tavolo 3.1: Servizi di igiene e sanità pubblica, anche con specifico riferimento ai servizi vaccinali

- CAMPANIA
- CALABRIA
- FRIULI VENEZIA GIULIA
- LIGURIA
- MARCHE
- PROV. AUTONOMA DI TRENTO
- PIEMONTE
- UMBRIA
- VENETO

Sub Tavolo 3.2: Servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro

- CAMPANIA
- FRIULI VENEZIA GIULIA
- MARCHE
- PROV. AUTONOMA DI TRENTO
- PIEMONTE
- UMBRIA
- VENETO

Nuovo Sub Tavolo:
Definizione di standard e orientamenti
organizzativi per il Dipartimento di
Salute Mentale

NEW

Tavolo 3 definizione di standard per il Dipartimento di Prevenzione, sub tavolo 3.2 Servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro

8 giugno

- Primo incontro con presentazione e condivisione della metodologia di lavoro e la presentazione del modello proposto dalla regione Veneto

30 giugno

- Secondo incontro in cui sono stati presentati i modelli proposti dalle regioni Lombardia e Lazio, ed è stata definita la stringa di ricerca dati che le regioni hanno inviato il 14 luglio

26 luglio

- Terzo incontro con la presentazione delle prime evidenze

Terminata la rilevazione degli FTE procederemo a valutare la migliore correlazione per sviluppare l'indicatore di assorbimento del personale

- Completato il database con le Regioni mancanti, procederemo all'elaborazione di una proposta di algoritmo, anche basato sull'analisi delle metodologie presentate dalle regioni Lazio, Lombardia e Veneto nei primi due incontri;
- Definito l'algoritmo «base» saranno valutati insieme al gruppo di lavoro eventuali parametri correttivi da introdurre.
- **Prossimo incontro proposto fine Settembre 2021.**

Dai risultati di
questo lavoro ...

Definizione del
fabbisogno

Sviluppo di nuove
competenze

Proposta di modelli
organizzativi

....

«Non esiste vento favorevole per il marinaio che non sa dove andare»
SENECA

