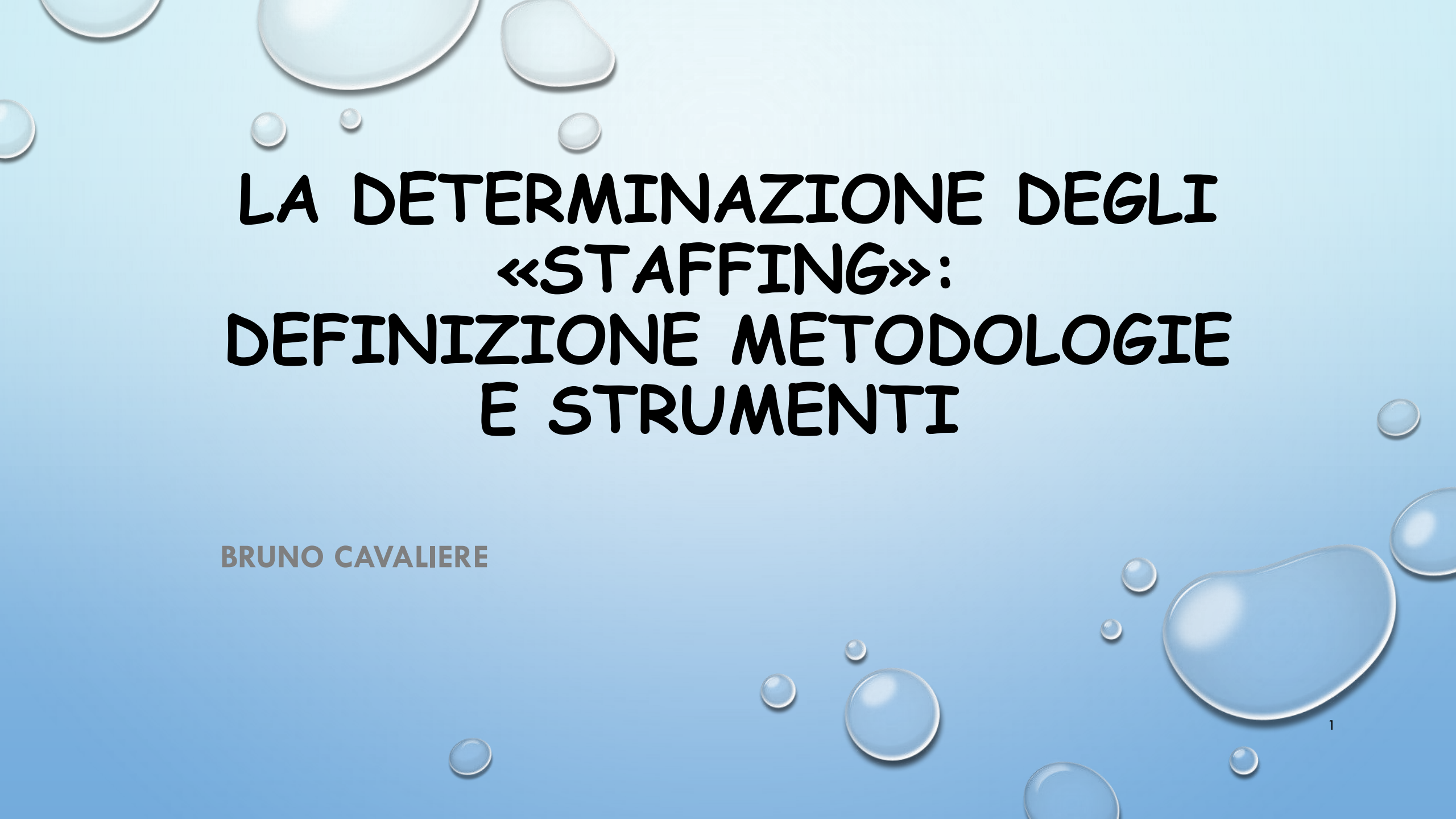




LA DETERMINAZIONE DEGLI «STAFFING»: DEFINIZIONE METODOLOGIE E STRUMENTI

BRUNO CAVALIERE

LA DETERMINAZIONE DEGLI «STAFFING» : DEFINIZIONE METODOLOGIE E STRUMENTI

- **MATTINA DALLE ORE 9,00 ALLE 13,00**
- CONCETTO DI " STAFFING " E ASSISTENZA INFERMIERISTICA ORIENTATA AGLI "OUTCOME"
- IL CONCETTO DI "MATRICI ORGANIZZATIVE"
- IL CONCETTO DI "SETTING ASSISTENZIALI" ASSOCIATI A STANDARD DI QUALITÀ E SICUREZZA
- LINEE GUIDA SUI RAPPORTI DI "STAFFING" PROPOSTI DALLA SOCIETÀ SCIENTIFICA SIDMI
- SCENARIO NAZIONALE: ANALISI DEL DOCUMENTO AGENAS SU METODOLOGIA DEL FABBISOGNO DI PERSONALE CON PARTICOLARE RIFERIMENTO AL PERSONALE DEL COMPARTO
- **POMERIGGIO DALLE ORE 14,00 ALLE ORE 17,00**
- ESERCITAZIONE GUIDATA ORGANIZZATA IN GRUPPI DI LAVORO SU DETERMINAZIONE DI STAFFING CON CASI REALI
- PRESENTAZIONE DEI LAVORI DIBATTITO E DISCUSSIONE

CHI SIAMO ?

(IDENTITA')

COSA CONTA PER NOI ?

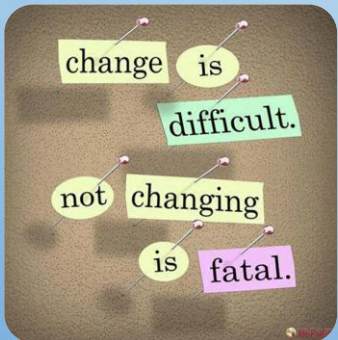
(OUTCOME)



Contano di più le nostre paure i nostri preconcetti o la sostanza delle nostre idee dei nostri risultati

«FACILITARE L'APPLICAZIONE DELLA PRESA IN CARICO E DEI MODELLI ORGANIZZATIVI»

CULTURA ORGANIZZATIVA: «IDENTITÀ DISCIPLINARE» NON È UN CONTENITORE È PIUTTOSTO «CONTENUTO».

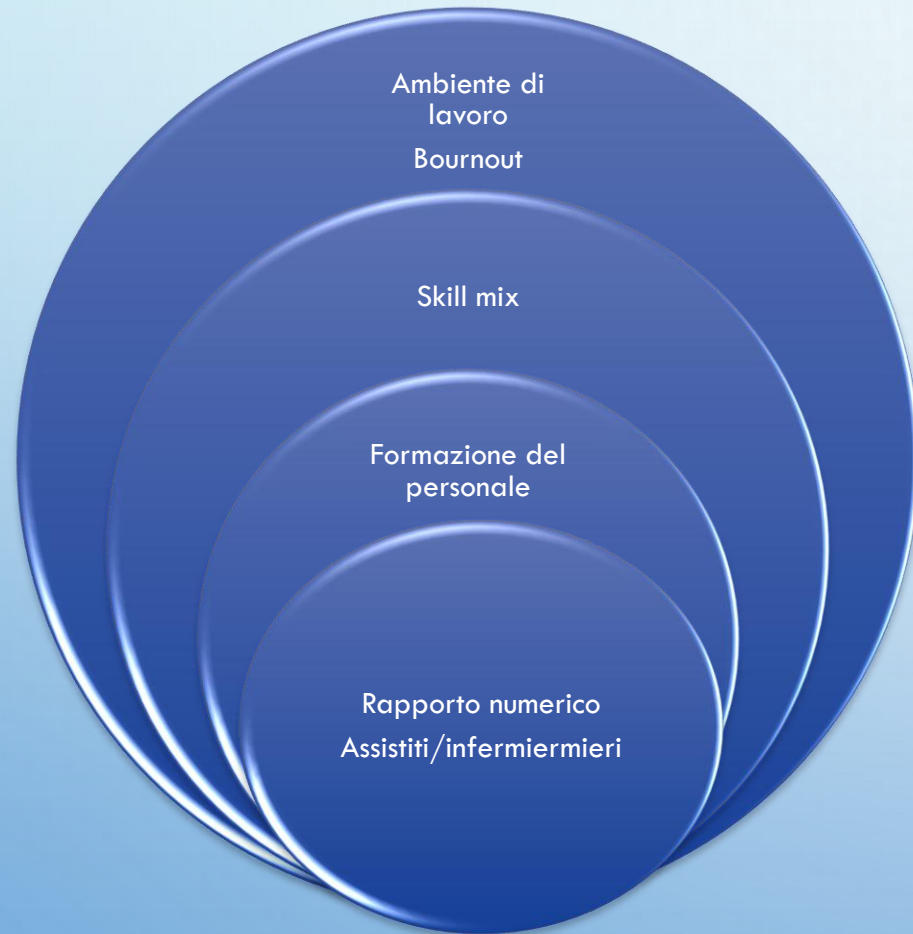


Bruno Cavaliere br.cavaliere@gmail.com



La «trama» che orienta le decisioni.

STAFFING (NURSE)



LIVELLI DI «STAFFING»

- I RISULTATI DI STUDI INTERNAZIONALI INERENTI IL PERSONALE DI ASSISTENZA INFERMIERISTICA POSTO IN RELAZIONE AGLI ESITI (OUTCOMES) DELLE PERSONE ASSISTITE,
- IL NUMERO DEI PROFESSIONISTI (COMPETENZE),

LIVELLI DI «STAFFING»

- L'AMBIENTE LAVORATIVO E IL BENESSERE ORGANIZZATIVO NEI LUOGHI DI LAVORO CON PARTICOLARE ATTENZIONE AL TEAMWORK E ALLA LEADERSHIP.

LIVELLI DI «STAFFING»

- MIGLIORE RESPONSABILIZZAZIONE DEGLI INFERMIERI, MINORE RISCHIO DI OMISSIONI (MISSED NURSING CARE) E MINOR RISCHIO DI BURN OUT.

LIVELLI DI «STAFFING»

- GLI INFERMIERI CHE LAVORANO CON MAGGIORE SICUREZZA (IN SICUREZZA) , SI SENTONO MOTIVATI E MENO STRESSATI.

Otto fondamentali qualità di un leader

- **CONDIVIDERE LA PROPRIA VISIONE** – ESSERE IN GRADO DI TRASMETTERE LA VISIONE IN MODO CHIARO E APPASSIONATO
- **DARE IL BUON ESEMPIO** – GUADAGNARSI IL RISPETTO ESSERE ISPIRAZIONE
- **MOSTRARE INTEGRITÀ** – SONO SICURO DI CIÒ CHE È GIUSTO E CIÒ CHE È SBAGLIATO
- **COMUNICARE IN MODO EFFICACIE** – QUALITÀ IMPRESCINDIBILE CHIARO, DIPLOMATICO, CURIOSO
- **PRENDERE DECISIONI DIFFICILI** – SE NE ASSUME LA RESPONSABILITÀ E LA PORTA A TERMINE
- **RICONOSCERE IL SUCCESSO** – SISTEMATICAMENTE E FREQUENTEMENTE «BEN FATTO»
- **DARE POTERE AGLI ALTRI** - LASCIARE AUTONOMIA AFFIDARE POTERE DI DECISIONE ANCHE AGLI ALTRI
- **MOTIVARE E ISPIRARE** – LO SFORZO DI UN TEAM FA LA DIFFERENZA – PASSIONE, ENTUSIASMO, ISPIRAZIONE

Gli stili di leadership

LA **LEADERSHIP** NON PRESUPPONE UN APPROCCIO UNIVOCO A OGNI SITUAZIONE.

IL **LEADER**, INFATTI, DEVE SAPERE QUANDO E COME MODULARE IL PROPRIO STILE DIREZIONALE PER OTTENERE I RISULTATI DESIDERATI.

QUESTO CONCETTO È ALLA BASE DELLA **TEORIA DELLA LEADERSHIP SITUAZIONALE** (DI KENNETH BLANCHARD E PAUL HERSEY), NELL'AMBITO DELLA QUALE VENGONO INDIVIDUATI **QUATTRO STILI PRINCIPALI DI LEADERSHIP**.

STILI DI LEADERSHIP

Lo stile direttivo – questo stile di leadership non è orientato alle comunicazioni bidirezionali. Le decisioni vengono prese dall'alto e non sono in discussione. Si applica nei casi in cui tali decisioni eccedono la competenza gerarchica di coloro ai quali sono comunicate.

Lo stile coaching – si applica quando il compito del leader è quello di definire le mansioni, ma la comunicazione è bidirezionale e il leader è aperto a consigli e indicazioni da parte dei collaboratori.

STILE DI LEADERSHIP

- **LO STILE PARTECIPATIVO** – IN QUESTO CASO, IL LEADER PARTECIPA ALLE DECISIONI, INTERVENENDO SOLO IN CASO DI CRITICITÀ.
- **LO STILE DELEGANTE** – IN QUESTO CASO, SONO I COLLABORATORI INCARICATI A INTERPELLARE, IN CASO DI BISOGNO, IL LEADER. QUEST'ULTIMO STILE PRESUPPONE NEI COLLABORATORI UN ALTO GRADO DI COMPETENZA, SICUREZZA E MOTIVAZIONE.

teoria della leadership situazionale (di Kenneth Blanchard e Paul Hersey),

L'IMPEGNO ORGANIZZATIVO (COMMITMENT)

- IN GENERALE, IL **COMMITMENT** ORGANIZZATIVO PUÒ ESSERE DEFINITO COME IL LEGAME ESISTENTE TRA UN LAVORATORE E LA PROPRIA **ORGANIZZAZIONE**, IL QUALE RENDE MENO PROBABILE L'ABBANDONO VOLONTARIO DI QUEST'ULTIMA (MEYER E ALLEN, 1990).
- IN LETTERATURA SONO PRESENTI NUMEROSE DEFINIZIONI DI **COMMITMENT**, TUTTAVIA MEYER E ALLEN (1991) HANNO SOTTOLINEATO COME LA MAGGIOR PARTE DI ESSE FACCIA RIFERIMENTO A TRE ASPETTI FONDAMENTALI

L'IMPEGNO ORGANIZZATIVO (COMMITMENT)

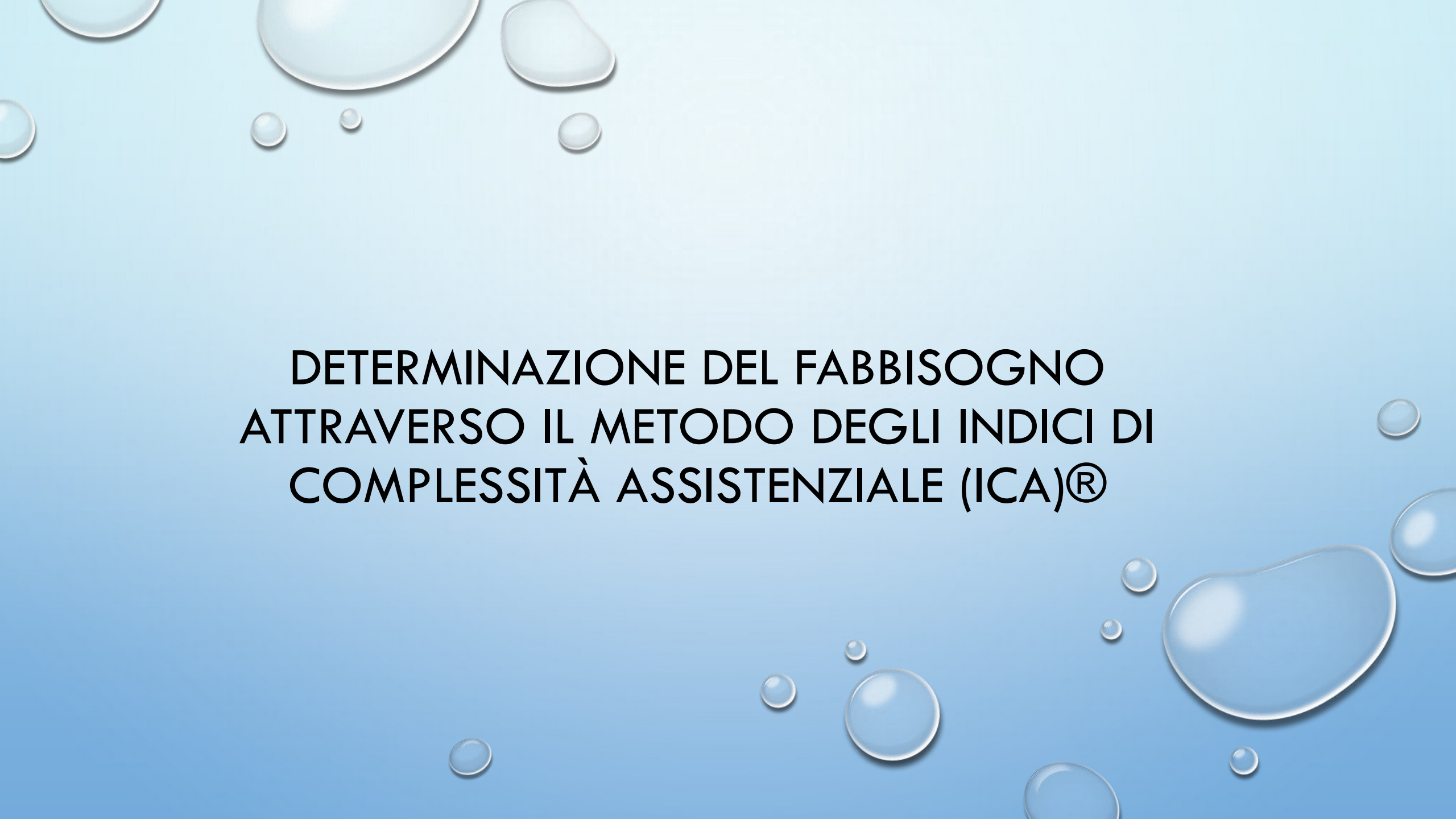
- IL **COMMITMENT AFFETTIVO** FA RIFERIMENTO ALL'ATTACCAMENTO EMOTIVO, ALL'IDENTIFICAZIONE E AL COINVOLGIMENTO PERSONALE CHE SI PROVANO PER L'ORGANIZZAZIONE PRESSO CUI SI LAVORA; IN CONSEGUENZA A CIÒ, I LAVORATORI CONTINUANO A RIMANERE PRESSO TALE ORGANIZZAZIONE PERCHÉ È LORO VOLONTÀ FARLO (CLIMA ORGANIZZATIVO);
- IL **COMMITMENT NORMATIVO** SI RIFERISCE AL SENTIMENTO DI OBBLIGO MORALE, DI RESPONSABILITÀ, CHE PORTA I LAVORATORI A RIMANERE NELLA PROPRIA ORGANIZZAZIONE PERCHÉ SENTONO CHE È UN LORO DOVERE (FIDELIZZAZIONE);
- IL **COMMITMENT PER CONTINUITÀ**, INFINE, È LEGATO ALLA PERCEZIONE DEI COSTI E DELLE DIFFICOLTÀ CHE SI VIVREBBERO DOPO AVER ABBANDONATO LA PROPRIA ORGANIZZAZIONE, E PORTA LE PERSONE A RIMANERE A LAVORARE PER ESSA PERCHÉ SONO COSTRETTE A FARLO. (TOUR OVER – INTENTION TO LIVE);

COMPLESSITA' ASSISTENZIALE

COMPLESSITÀ

«La complessità assistenziale è
«capacità di sapere risolvere di sapere decidere»...

in un determinato tempo,
in un determinato luogo...
per quell' assistito ...
all'interno di un specifico team ...».

The background is a light blue gradient with several realistic water droplets of various sizes scattered across the surface. The droplets have highlights and shadows, giving them a three-dimensional appearance.

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO ATTRAVERSO IL METODO DEGLI INDICI DI COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE (ICA)®

METODOLOGIA «I.C.A.»

REALIZZARE UN «SISTEMA DI CURE» INTEGRATO, EQUO, APPROPRIATO E SICURO ORGANIZZATO PER PROCESSI;

MISURARE LE CURE PERSONALIZZATE (PIANI DI ASSISTENZA) ATTRAVERSO «INDICI»;

SUPPORTARE LE DECISIONI STRATEGICHE PER REALIZZARE «INTERVENTI» DI ECCELLENZA IN UN REGIME DI CURE SICURO.

METODOLOGIA ICA

RIFERIMENTI DALLA LETTERATURA

- ❑ CLINICAL GOVERNANCE» SULLA RESPONSABILIZZAZIONE DEI PROFESSIONISTI;
- ❑ «DIREZIONE PER PROCESSI» PER REALIZZARE L'INTEGRAZIONE DELLE COMPETENZE ;
- ❑ «PROJET MANAGEMENT» PER LO SVILUPPO DELLO STRUMENTO ICACODE ®;
- ❑ «MODELLO DELLE COMPETENZE» PER LA MAPPATURA E VALUTAZIONE;
- ❑ MINTZBERG COME RIFERIMENTO DEL «MODELLO ORGANIZZATIVO».

Storia e sviluppo della metodologia ICA

Start prima pubblicazione
nel 1999

A CUI SONO SEGUITE 3
PUBBLICAZIONI DAL
2000 AL 2006

NEL 2012 ULTIMO
ARTICOLO PUBBLICATO
SU SANITA' PUBBLICA E
PRIVATA N.1

Validazioni
scientifiche

Dal 2005 ad oggi

> 15 Studi osservazionali
LONGITUDINALI
PROSPETTICI

3 VALIDAZIONI
COMPARATIVE (con met.
Svizzero, TISS28,
ASGO/VIA

VERIFICHE DI
CUSTOMER e
VALIDAZIONI dei
Dizionari e Modelli

Campo
d'applicazione

Ospedale

Territorio

Sala operatoria

Ambulatori

Diagnostiche

2009

Pubblicazione Libro

2010

Applicativo web

ICAcodé ®

dedicato alla
«governance» delle
professioni sanitarie

Sperimentazioni/applicazioni

MONODISCIPLINARI

Massa Pasquinucci CNR

**Napoli Santobbono
struttura pediatrica**

**ULSS Vicentina –
Arziniano valdagno
montecchio**

Siena USL 7

Aviano CRO

Viareggio versilia

Omegna

Ancona ASRU

MULTIDISCIPLINARI :

**Infermieristico; riabilitativo;
pediatrico; ostetrico; tecnico**

**Roma San Camillo Forlanini ;
Matera ;
Azienda USL Roma H ;
Lanusei .**

**Studi sperimentali (tesi)
condotti in diversi atenei –
ultimi lavori**

Verbania

Usl 10 fiorentina

Ospedale di alessandria

Humanitas Milano

San Raffaele Milano

Osp. Di Empoli

Osp. Di Asti

Osp. Alessandria

Osp di Crema

PROBLEMA

**Teoria della
complessità.** Set
h Lloyd, fisico

**Teoria della
decisione**
Kahneman
Tversky,
economisti

- ❑ **CLASSIFICARE E MISURARE GLI «ELEMENTI» LE «CONNESSIONI» E LE «INTERAZIONI» DEL SISTEMA ASSISTENZIALE;**
- ❑ **PRODURRE INDICATORI DI «FEED-BACK» A SUPPORTO DEL «DILEMMA DEL GIUDIZIO»;**



APPROCCIO ALLA COMPLESSITÀ

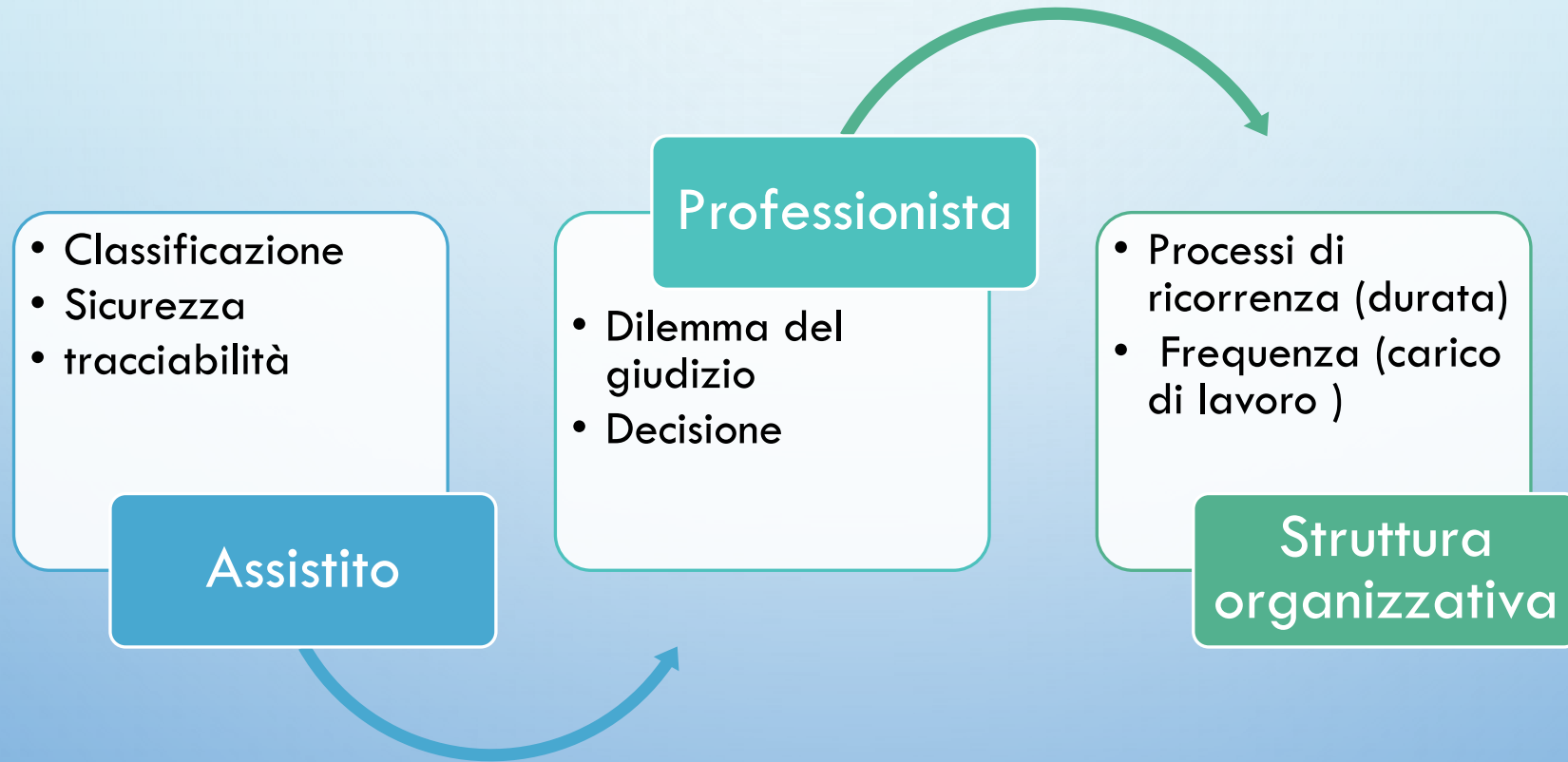
Elementi connessioni e interazioni non lineari.



COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE



COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE DEL PROCESSO DI CURA



FEEDBACK / INTERAZIONI

Assistito

Professionista

Struttura organizzativa



Complessità
Assistenziale

Elementi
connessioni
e interazioni

METODOLOGIA DEGLI *INDICI DI COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE* (I.C.A.)

☐ *STRUMENTI DI SISTEMA (ELEMENTI):*

- ☐ DIZIONARI DEGLI INTERVENTI;
- ☐ MODELLI DI PIANIFICAZIONE E DI RACCOLTA DATI

☐ *INDICATORI (FEED-BACK):*

- ☐ INDICE DI COMPLESSITÀ ASSISTENZIALE (ICA), CLASSE DI GRAVITÀ (CDG), PESO INTERVENTO (PI), LIVELLO DI PRIORITÀ INTERVENTO (P), INDICE DI CRITICITÀ DI STRUTTURA (ICS).

☐ *STRUMENTI GESTIONALI (FEED-BACK):*

- ☐ CARICO DI LAVORO, DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE; PESATURA DEGLI INTERVENTI E VALUTAZIONE DEL RICOVERO / PRESA IN CARICO (QUALI-QUANTITATIVA);

☐ *STRUMENTI OPERATIVI (CONNESSIONI E INTERAZIONI):*

- ☐ PIANIFICAZIONE ED ESECUZIONE DEL PROCESSO DI CURA , PROGRAMMAZIONE DEL CARICO DI LAVORO PER PRIORITÀ D'INTERVENTO ;

COMPETENZA

L'essere competente; idoneità e autorità di trattare, giudicare, risolvere determinate questioni.

In sanità

SAPERE DECIDERE; SAPERE FARE; RISOLVERE PROBLEMI;
PRESA IN CARICO

E direttamente correlata alla CONOSCENZA ED ESPERIENZA
e quindi una caratteristica che non si improvvisa

SETTING DI CURA

Cosa vuol dire setting?

Iniziamo col dare una definizione di setting.

Il termine deriva dall'inglese "to set", che significa "fissare", "sistemare";

In sanità meglio GARANTIRE, ASSICURARE

per cui il setting terapeutico, per definizione, è la cornice all'interno della quale sono fissati i presupposti per svolgere un processo terapeutico.

CARICO DI LAVORO

Il **carico di lavoro** è definito come la quantità di **lavoro** necessario delle diverse qualifiche e professionalità, dato un contesto operativo e un periodo di riferimento, **per** trattare i casi che vengono sot- toposti ad una unità organizzativa in dipendenza

MATRICI ORGANIZZATIVE

Come si definisce una matrice?

Una matrice è una **tabella in cui sono riportati in modo ordinato gli elementi di un dato insieme, che generalmente sono numeri, ma potrebbero anche essere vettori, funzioni o loro derivate.**

Le matrici organizzative sono appunto rappresentazioni formali delle attività che una organizzazione deve garantire

MATRICE ORGANIZZATIVA

cdr	attività	medici				infermieri				OSS				sett/anno	medici	infermieri	OSS
		numero	ore/gg	gg/sett	ore/sett	numero	ore/gg	gg/sett	ore/sett	numero	ore/gg	gg/sett	ore/sett		ore/anno	ore/anno	ore/anno
H00	ACCOGLIENZA MATTINO				0				0	2	6,7	7	93,8	52	0	0	4.878
	ACCOGLIENZA POMERIGGIO				0				0	2	6,7	7	93,8	52	0	0	4.878
	TRIAGE MATTINO				0	2	6,7	7	93,8				0	52	0	4.878	0
	TRIAGE POMERIGGIO				0	2	6,7	7	93,8				0	52	0	4.878	0
	TRIAGE NOTTE				0	2	11,8	7	165,2				0	52	0	8.590	0
	ATTESA ASSISTITA - TRIAGE II LIVELLO - MATTINO				0	2	6,7	7	93,8	1	6,7	7	46,9	52	0	4.878	2.439
	ATTESA ASSISTITA - TRIAGE II LIVELLO - POMERIGGIO				0	2	6,7	7	93,8	1	6,7	7	46,9	52	0	4.878	2.439
	ATTESA ASSISTITA - TRIAGE II LIVELLO - NOTTE				0	2	11,8	7	165,2	1	11,8	7	82,6	52	0	8.590	4.295
	SALE PS mattina (8 sale)	6	6,25	7	262,5	5	6,7	7	234,5				0	52	13.650	12.194	0
	SALE PS pomeriggio (8 sale)	4	6,25	7	175	5	6,7	7	234,5				0	52	9.100	12.194	0
	SALE PS notte (4 sale)	3	12,25	7	257,25	5	11,8	7	413				0	52	13.377	21.476	0
	OBI matt/pom : 18 posti letto, 4 monitorizzati MATTINO	2	6	7	84	2	6,7	7	93,8	2	6,7	7	93,8	52	4.368	4.878	4.878
	OBI matt/pom : 18 posti letto, 4 monitorizzati POMERIGGIO	1	6	7	42	2	6,7	7	93,8	2	6,7	7	93,8	52	2.184	4.878	4.878
	OBI matt/pom : 18 posti letto, 4 monitorizzati NOTTE				0	2	11,8	7	165,2	2	11,8	7	165,2	52	0	8.590	8.590
	OBI-2 matt/pom : 10 posti letto monitorizzati MATTINO*	1	6	7	42	2	6,7	7	93,8				0	52	2.184	4.878	0
	OBI-2 matt/pom : 10 posti letto monitorizzati POMERIGGIO*	1	6	7	42	2	6,7	7	93,8				0	52	2.184	4.878	0
	OBI-2 matt/pom : 10 posti letto monitorizzati NOTTE				0	2	11,8	7	165,2				0	52	0	8.590	0
	Facilitatore/flussista	1	8	7	56	1	12	7	84				0	52	2.912	4.368	0
H1Y	ACCETTAZIONE MATTINO				0	1	6,7	7	46,9				0	52	0	2.439	0
	ACCETTAZIONE POMERIGGIO				0	1	6,7	7	46,9				0	52	0	2.439	0
	DEGENZA MATTINO H1YD1 (AREA MONITOR NON COVID)	1	6	7	42	2	6,7	7	93,8	3	6,7	7	140,7	52	2.184	4.878	7.316
	DEGENZA MATTINO H1YD1 (AREA CENTRO)	2	6	7	84	2	6,7	7	93,8				0	52	4.368	4.878	0
	DEGENZA MATTINO H1YD2 FERIAI (AREA COVID)	1	6	7	42	2	6,7	7	93,8	2	6,7	7	93,8	52	2.184	4.878	4.878
	DEGENZA MATTINO H1YD3 (AREA NON COVID)	2	6	7	84	2	6,7	7	93,8	1	6,7	7	46,9	52	4.368	4.878	2.439
	DEGENZA POMERIGGIO H1YD1/D3 (AREA NON COVID)	2	6	7	84	6	6,7	7	281,4	3	6,7	7	140,7	52	4.368	14.633	7.316
	DEGENZA POMERIGGIO H1YD2 FERIAI (AREA COVID)	1	6	5	30	2	6,7	7	93,8				0	52	1.560	4.878	0
	DEGENZA NOTTE	1	12	7	84	7	11,8	7	578,2	2	11,8	7	165,2	52	4.368	30.066	8.590

73.359 197.579 67.813

* Il personale medico è registrato sui codici di H1Y

FTE ATTESE ---> 43,9 124,7 42,8
FTE OSSERVATE ---> 43,8 116,3 26,2





STANDARD

Gli standard sono dunque **livelli attesi di qualità del servizio all'utenza, su cui l'Azienda sanitaria, nel suo complesso, si impegna per assicurarne il rispetto.** Gli standard della Carta dei servizi sono obiettivi dichiarati dall'Azienda sanitaria e costituiscono forme di garanzia all'utente sul tema del servizio.

Il termine inglese **standard** deriva dal vocabolo francese antico *estendart*, avente il significato di stendardo, insegna. Il termine italiano che più si avvicina a standard è "norma".

DOCUMENTARE L'ASSISTENZA

PNE 2017 

 *Ministero della Salute*  *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

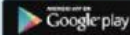
Programma Nazionale Esiti - PNE

PNE è uno strumento di valutazione a supporto di programmi di audit clinico e organizzativo
"PNE non produce classifiche, graduatorie, giudizi."

APP



PNE APP

 **Google play**

 **App Store**

PNE INFORMA

Taglio cesareo Cosa sapere	Infarto Numero minimo di ricoveri raccomandati?	Colecistectomia Numero minimo di interventi?
		

FORMAZIONE

-  **Formazione ECM**
-  **Tutorial**
-  **Panoramica del sito**



Struttura
Ospedaliera/ASL



Sintesi per
Struttura/ASL



Strumenti per
audit



S.I. Emergenza
Urgenza



Sperimentazioni
regionali

DATA SET MINIMI INFERMIERISTICI (DMI)

PUNTI DI FORZA

- Descrivere i problemi degli assistiti;
- Descrivere gli interventi infermieristici
- Descrivere «outcome» degli assistiti sensibili all'infermieristica;
- Descrivere le risorse infermieristiche attraverso vari contesti, le popolazioni cliniche, le aree geografiche e il tempo.

DATA SET MINIMI INFERMIERISTICI (DMI) PUNTI DI DEBOLEZZA

- MANCANZA DI COMPARABILITÀ TRA DIFFERENTI SISTEMI DI DATASET MINIMI INFERMIERISTICI;
- MANCANZA DI RELAZIONE TRA INTERVENTI ED «OUTCOME» INFERMIERISTICI NEI DATI MEMORIZZATI;
- LA NECESSITÀ DI VALUTARE L’AFFIDABILITÀ E LA VALIDITÀ DEL DATABASE;
- LE DIFFERENZE NELLE SPECIFICITÀ E NEL DETTAGLIO DEI VOCABOLARI (FRANTUMAZIONE), L’ASSENZA DI UN VOCABOLARIO ADATTO PER QUALSIASI SCOPO;

STRATEGIE E POLITICHE DELLA LEADERSHIP MANAGERIALI

CI SONO MOLTI MODI DI ANDARE AVANTI,
MA SOLO UN MODO DI STARE FERMO.

(FRANKLIN D. ROOSEVELT)

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE

LINEE GUIDA SUGLI STAFF SIDMI



**PERCHÈ È IMPORTANTE
IL GIUSTO RAPPORTO
INFERMIERE* / ASSISTITO**

PIU' INFERMIERI SALVANO LA VITA

**MAGGIORE SICUREZZA
DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA**

Minore rischio di omissioni, errori di somministrazione della terapia farmacologica e di cadute accidentali dei pazienti

Gli infermieri che lavorano con maggiore sicurezza, lavorano con maggiore soddisfazione.

**Raccomandazioni per la determinazione
dello staff per l'assistenza infermieristica**
Rev.1.0 maggio 2021

MIGLIORI ESITI DELL'ASSISTENZA INFERMIERISTICA

Minore rischio di infezione e mortalità per gli assistiti

All'aumento di 1 infermiere full time /giorno si riduce:

- il rischio di polmonite post-chirurgica
- il rischio di sepsi
- il rischio di infezione urinaria e della ferita chirurgica

La mortalità si riduce del 20% se un infermiere assiste non più di 6 pazienti in ospedale

MIGLIORE ASSISTENZA AGLI ASSISTITI

Più tempo per l'assistenza di ogni persona

Maggiore attenzione individuale riceve la persona assistita, migliore è la sua sicurezza e la qualità dell'assistenza ricevuta.

NON PIÙ DI 6 ASSISTITI PER INFERMIERE IN OSPEDALE

Oggi, in Italia, ad ogni infermiere sono affidati in media dagli 8 ai 17 pazienti

Shock room
Aree Intensive e Terapia intensiva neonatale
Area Pediatrica Area Emergenza
Aree Sub-intensive Pronto Soccorso Aree Specialistiche
Area Medica e Chirurgica Nido

N.B.: In base al modello assistenziale adottato è previsto un adeguato numero di operatori di supporto al fine di favorire la presa in carico della persona assistita

**DEGENZE TERRITORIALI:
1 INFERMIERE OGNI
12 ASSISTITI**

**1 INFERMIERE DI
FAMIGLIA E DI COMUNITÀ
OGNI 1.500-3.000
ASSISTITI IN BASE ALLA
DENSITÀ ABITATIVA**

**NON MENO DI 8
INFERMIERI PER
1000 ABITANTI**

Oggi ci sono 5,8 infermieri ogni 1000 abitanti.
media Ocse è di 8,8.
media UE è di 8,5

Fonte: Rapporto OCSE Health at a Glance 2019

*da infermieri infermieri maschi e femmine

WWW.SIDMI.IT

COPYRIGHT (C)SIDMI2020

LINEE GUIDA SUGLI STAFF SIDMI

AMBITO OSPEDALIERO		STANDARD INF/PERSONA ASSISTITA	RAPPORTO INF/OSS
AREA OMOGENEA ASSISTENZIALE	SPECIALITA' MEDICHE afferenti		
AREA MEDICA (medicines generali e specialistiche)	Allergologia - week hospital - cardiologia- malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione - immunologia- malattie infettive e tropicali - medicina generale - unità spinale - nefrologia - neurologia - MECAU - dermatologia - gastroenterologia - medicina nucleare - oncologia - oncoematologia - pensionanti- pneumologia- radiologia-	1INF/ 6 P. A.	1 INF / 0,80 OSS

	radioterapia reumatologia - neuroriabilitazione- detenuti ; geriatria medicina lavoro lungodegenti		
AREA CHIRURGICA (chirurgie generali e specialistiche)	chirurgia generale - chirurgia maxillo facciale- chirurgia plastica- chirurgia toracica- chirurgia vascolare- neurochirurgia- oculistica- odontoiatria e stomatologia- ortopedia e traumatologia- ostetricia e ginecologia (solo DRG chirurgici) otorinolaringoiatria- urologia	1INF/ 6 P. A.	1 INF / 0,70 OSS
AREA ELEVATA INTENSITA' (HIGH CARE e sub-intensive)	cardiochirurgia - ematologia con trapianti - strokeunit - nefrologia con trapianto rene	1INF/ 4 P. A.	1 INF / 0,50 OSS
AREA CRITICA (terapie intensive generali , pediatriche e neonatali)	unità coronarica - grandi ustionati terapia intensiva 49 terapia intensiva con trapianti	1INF/ 2 P. A. 1INF/1 P. A.	1 INF / 0,30 OSS
AREA SALUTE MENTALE	Psichiatria -SPDC	1INF/ 4 P. A.	1 INF / 1 OSS
AREA PEDIATRICA E NEONATOLOGICA	chirurgia pediatrica- urologia pediatrica- pediatria - nefrologia pediatrica cardiocirurgia infantile - neurochirurgia pediatrica grandi ustioni pediatriche nido- neonatologia neuropsichiatria infantile	1INF PED-INF/ 3 P. A. 1INF PED-INF/ 6 P. A. (nido)	1 INF PED-INF/ 0,70 OSS
DAY HOSPITAL e DAY SERVICE	Tutte le specialità mediche e chirurgiche	1INF/ 6 P. A.	1 INF / 0,30 OSS
PRONTO SOCCORSO		1INF/ 4 P. A.	1 INF / 0,70 OSS
DIALISI		1INF/ 3 P. A.	1 INF / 0,30 OSS
SALE OPERATORIE Ed INTERVENTISTICA		Equipe 3 INF per medio alta complessità Equipe di 2 infermieri per bassa complessità ed interventistica	1 OSS a supporto esterno 1 OSS integrato in equipe

RIFERIMENTO NORMATIVO DECRETO FABBISOGNO



Il Ministro della Salute

di concerto con

il Ministro dell'Economia e delle Finanze

AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 1 di 82



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

**“Metodo per la determinazione del
fabbisogno di personale del SSN”**

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO AGENAS

Studi internazionali correlano esiti degli assistiti al numero e alle competenze dei professionisti (staffing).

Questi studi hanno prodotto dei macro indicatori per orientare le scelte in tale ambito.

L'individuazione delle strutture di degenza dei servizi, deve essere effettuata in rapporto ai bacini d'utenza.

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO AGENAS

Per quanto riguarda il fabbisogno di personale del comparto dedicato alla degenza ordinaria, si calcola sulla base dei posti letto riconosciuti dalla programmazione regionale.

La determinazione del fabbisogno è suddivisa per area omogenea (area medica, area chirurgica, salute della donna e materno infantile, area critica, salute mentale, area delle post acuzie.)

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO AGENAS

Per la determinazione del numero di infermieri e operatori socio sanitari per le attività di degenza si prosegue come segue:

- somma dei posti letto per area omogenea
- calcolo delle giornate equivalenti, prevedendo un tasso di occupazione del 90%
- calcolo del minuto assistenza moltiplicando le giornate equivalenti per il parametro min/paz/die proprio di ciascuna area omogenea
- trasformazione in ore (totale min/60)
- trasformazione in personale tempo equivalente (FTE)/1.450

FTE: Full Time Equivalent

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO AGENAS

Per rappresentare la diversa complessità assistenziale che caratterizza i diversi contesti di cura, i dati sono stati aggregati per area omogenea, con distinzione per centri HUB e centri Spoke.

Rispetto al minutaggio sono state introdotte alcune considerazioni in merito al numero di professionisti necessario rispetto ai reali bisogni assistenziali dei pazienti.

RN4CAST@ IT (Registered Nurse forecasting in Italy); RN4CAST (Registered Nurse forecasting in Europe)

[Società Italiana per Direzione e il Management delle Professioni Infermieristiche](#) "Raccomandazioni per la determinazione dello staff per l'assistenza infermieristica" 2021

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO AGENAS

Diversi studi internazionali, comprese le raccomandazioni SIDMI, indicano il rapporto ottimale infermiere paziente in area medica e chirurgica in un valore minimo di 1 infermiere ogni 6 pazienti.

Va aggiunto un coordinatore ogni 30 posti letto. (La prospettiva del coordinamento deve necessariamente spostarsi da un'ottica di posti letto ad un'ottica di gestione delle risorse dei processi organizzativi e di cura).

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO AGENAS

La metodologia proposta da Agenas e licenziata con decreto dal ministero della salute e il ministero dell'economia riconosce i propri limiti: rispetto al numero necessario di professionisti, sulla differenziazione dell'impegno assistenziale nei vari setting, rispetto allo skill mix necessario e quindi sui conseguenti outcomes di qualità e sicurezza delle cure.

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO AGENAS

Resta difficile catturare la variabilità della complessità, che richiedono competenze infermieristiche specifiche e avanzate. Sarà necessario codificare molteplici informazioni interconnesse tra loro, rispetto ai contesti locali, quali i modelli organizzativi, l'indice di case-mix, la mortalità, l'indice di rotazione dei posti letto, la percentuale di ricoveri ultra ottantacinquenni e così via.

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO AGENAS

Per garantire risposte adeguate ai diversi livelli di complessità assistenziale (composto da numerose variabili), risulta essere troppo semplice basarsi su un minutaggio standardizzato, che allontanano dalla vera centralità del paziente.

TABELLE DEI MINUTAGGI

AREA OMOGENEA MEDICA

Tabella 9: minuti di assistenza giornaliera del personale infermieristico per attività di degenza

		MIN	Mediana	MAX		MIN	Mediana	MAX
	Area Omogenea	HUB	HUB	HUB		Spoke	Spoke	Spoke
1	MEDICA	205	255	335		175	220	380
2	CHIRURGICA	175	190	260		175	190	220
4	CRITICA	700		825		700		825
6	SALUTE MENTALE	240	290	360		255	300	365
7	POST-ACUZIE	125	130	200		125	130	155
8	SUB-INTENSIVA	330		360		330		360

Tabella 10: minuti di assistenza giornaliera degli operatori sociosanitari per attività di degenza

		MIN	Mediana	MAX		MIN	Mediana	MAX
	Area Omogenea	HUB	HUB	HUB		Spoke	Spoke	Spoke
1	MEDICA	75	90	105		60	65	90
2	CHIRURGICA	60	65	85		60	65	70
4	CRITICA	90		175		90		175
6	SALUTE MENTALE	85	95	110		55	70	85
7	POST-ACUZIE	85	95	150		70	75	105
8	SUB-INTENSIVA	80		90		80		90

Area Omogenea	Descrizione Disciplina	Codice Disciplina
Area Medica	Allergologia	01
	Day hospital	02
	Angiologia	05
	Cardiologia	08
	Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)	08
	Medicina sportiva	15
	Ematologia	18
	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	19
	Immunologia	20
	Geriatria	21
	Malattie infettive e tropicali	24
	Medicina generale	26
	Nefrologia	29
	Neurologia	32
	Dermatologia	52
	Emodialisi	54
	Gastroenterologia	58

Area Omogenea	Descrizione Disciplina	Codice Disciplina
	Oncologia	64
	Oncoematologia pediatrica	65
	Oncoematologia	66
	Pneumologia	68
	Radioterapia	70
	Reumatologia	71
	Radioterapia oncologica	74
	Nefrologia pediatrica	77
	Terapia del dolore	96
	Detenuti	97
	Cure palliative / Hospice.	99

AREA OMOGENEA CHIRURGICA

Tabella 9: minuti di assistenza giornaliera del personale infermieristico per attività di degenza

	Area Omogenea	MIN HUB	Mediana HUB	MAX HUB		MIN Spoke	Mediana Spoke	MAX Spoke
1	MEDICA	205	255	325		175	220	280
2	CHIRURGICA	175	190	260		175	190	220
4	CRITICA	700		825		700		825
6	SALUTE MENTALE	240	290	360		255	300	365
7	POST-ACUZIE	125	130	200		125	130	155
8	SUB-INTENSIVA	330		360		330		360

Tabella 10: minuti di assistenza giornaliera degli operatori sociosanitari per attività di degenza

	Area Omogenea	MIN HUB	Mediana HUB	MAX HUB		MIN Spoke	Mediana Spoke	MAX Spoke
1	MEDICA	75	90	105		60	65	90
2	CHIRURGICA	60	65	85		60	65	70
4	CRITICA	90		175		90		175
6	SALUTE MENTALE	85	95	110		55	70	85
7	POST-ACUZIE	85	95	150		70	75	105
8	SUB-INTENSIVA	80		90		80		90

Area Chirurgica	Cardiochirurgia pediatrica (ex cardiochirurgia infantile)	06
	Cardiochirurgia	07
	Chirurgia generale	09
	Chirurgia maxillo-facciale	10
	Chirurgia pediatrica	11
	Chirurgia plastica	12
	Chirurgia toracica	13
	Chirurgia vascolare	14
	Neurochirurgia	30
	Oculistica	34
	Odontoiatria e stomatologia	35
	Ortopedia e traumatologia	36
	Otorinolaringoiatria	38
	Urologia	43
	Nefrologia (abilitato al trapianto del rene)	48
	Neurochirurgia pediatrica	76
	Urologia pediatrica	78
	Day Surgery	98
	Week Surgery (in attesa di codice disciplina).	Assente

AREA OMOGENEA CRITICA

Tabella 9: minuti di assistenza giornaliera del personale infermieristico per attività di degenza

	Area Omogenea	MIN HUB	Mediana HUB	MAX HUB		MIN Spoke	Mediana Spoke	MAX Spoke
1	MEDICA	205	255	335		175	220	380
2	CHIRURGICA	175	190	260		175	190	220
4	CRITICA	700		825		700		825
6	SALUTE MENTALE	240	290	360		255	300	365
7	POST-ACUZIE	125	130	200		125	130	155
8	SUB-INTENSIVA	330		360		330		360

Tabella 10: minuti di assistenza giornaliera degli operatori sociosanitari per attività di degenza

	Area Omogenea	MIN HUB	Mediana HUB	MAX HUB		MIN Spoke	Mediana Spoke	MAX Spoke
1	MEDICA	75	90	105		60	65	90
2	CHIRURGICA	60	65	85		60	65	70
4	CRITICA	90		175		90		175
6	SALUTE MENTALE	85	95	110		55	70	85
7	POST-ACUZIE	85	95	150		70	75	105
8	SUB-INTENSIVA	80		90		80		90

Area Critica	Attività	Minuti
	Grandi ustioni pediatriche	46
	Grandi ustionati	47
	Unità coronarica	50
	Terapia intensiva neonatale	73
	Terapia semi intensiva	94
	Stoke Unit (in attesa di codice disciplina).	Assente

AREA OMOGENEA SALUTE MENTALE

Tabella 9: minuti di assistenza giornaliera del personale infermieristico per attività di degenza

	Area Omogenea	MIN HUB	Mediana HUB	MAX HUB		MIN Spoke	Mediana Spoke	MAX Spoke
1	MEDICA	205	255	335		175	220	380
2	CHIRURGICA	175	190	260		175	190	220
4	CRITICA	700		825		700		825
6	SALUTE MENTALE	240	290	360		255	300	365
7	POST-ACUZIE	125	130	200		125	130	155
8	SUB-INTENSIVA	330		360		330		360

Tabella 10: minuti di assistenza giornaliera degli operatori sociosanitari per attività di degenza

	Area Omogenea	MIN HUB	Mediana HUB	MAX HUB		MIN Spoke	Mediana Spoke	MAX Spoke
1	MEDICA	75	90	105		60	65	90
2	CHIRURGICA	60	65	85		60	65	70
4	CRITICA	90		175		90		175
6	SALUTE MENTALE	85	95	110		55	70	85
7	POST-ACUZIE	85	95	150		70	75	105
8	SUB-INTENSIVA	80		90		80		90

Area della Salute Mentale	Neuropsichiatria infantile	33
	Psichiatria.	40

AREA OMOGENEA POST ACUZIE

Tabella 9: minuti di assistenza giornaliera del personale infermieristico per attività di degenza

	Area Omogenea	MIN HUB	Mediana HUB	MAX HUB		MIN Spoke	Mediana Spoke	MAX Spoke
1	MEDICA	205	255	335		175	220	380
2	CHIRURGICA	175	190	260		175	190	220
4	CRITICA	700		825		700		825
6	SALUTE MENTALE	240	290	360		255	300	365
7	POST-ACUZIE	125	130	200		125	130	155
8	SUB-INTENSIVA	330		360		330		360

Tabella 10: minuti di assistenza giornaliera degli operatori sociosanitari per attività di degenza

	Area Omogenea	MIN HUB	Mediana HUB	MAX HUB		MIN Spoke	Mediana Spoke	MAX Spoke
1	MEDICA	75	90	105		60	65	90
2	CHIRURGICA	60	65	85		60	65	70
4	CRITICA	90		175		90		175
6	SALUTE MENTALE	85	95	110		55	70	85
7	POST-ACUZIE	85	95	150		70	75	105
8	SUB-INTENSIVA	80		90		80		90

Area Post-Acuzie	Unità spinale	28
	Recupero e riabilitazione funzionale	56
	Lungodegenti	60
	Neuro-riabilitazione.	75

AREA OMOGENEA SALUTE MENTALE

Tabella 9: minuti di assistenza giornaliera del personale infermieristico per attività di degenza

	Area Omogenea	MIN HUB	Mediana HUB	MAX HUB		MIN Spoke	Mediana Spoke	MAX Spoke
1	MEDICA	205	255	335		175	220	380
2	CHIRURGICA	175	190	260		175	190	220
4	CRITICA	700		825		700		825
6	SALUTE MENTALE	240	290	360		255	300	365
7	POST-ACUZIE	125	130	200		125	130	155
8	SUB-INTENSIVA	330		360		330		360

Tabella 10: minuti di assistenza giornaliera degli operatori sociosanitari per attività di degenza

	Area Omogenea	MIN HUB	Mediana HUB	MAX HUB		MIN Spoke	Mediana Spoke	MAX Spoke
1	MEDICA	75	90	105		60	65	90
2	CHIRURGICA	60	65	85		60	65	70
4	CRITICA	90		175		90		175
6	SALUTE MENTALE	85	95	110		55	70	85
7	POST-ACUZIE	85	95	150		70	75	105
8	SUB-INTENSIVA	80		90		80		90

Livello 2	Pazienti che necessitano di monitoraggio continuo e supporto di tipo farmacologico o meccanico (ad es. supporto emodinamico, assistenza respiratoria non invasiva, terapiasostitutiva renale) di un solo organo/apparato con insufficienza in fase acuta che mette il paziente in pericolo di vita	Terapia Semintensiva	1 Infermiere ogni 3-4 pz 1 medico specialista nella disfunzione d'organo/apparato (respiratorio/pneumologico, cardiologico, neurologico, metabolico) h24 1 fisioterapista FTE ogni 6-8 letti 7 giorni su 7
Livello 3	Pazienti che necessitano di monitoraggio continuo e supporto di tipo farmacologico o meccanico (ad es. supporto emodinamico, assistenza respiratoria non invasiva, terapiasostitutiva renale) di più organi con insufficienza in fase acuta che mette il paziente in pericolo di vita con carico assistenziale definito di Low Treatment*	Terapia Semintensiva Critica	1 Infermiere ogni 3-4 pz 1 Medico specialista in Anestesia Rianimazione e Terapia Intensiva h24 1 fisioterapista FTE ogni 6-8 letti 7 giorni su 7 (Semintensive/Subintensive Critiche con Ventilatore Meccanico e Monitoraggio Emodinamico Avanzato))

ESEMPI DI CALCOLO CON METODOLOGIA AGENAS

Posti letto 30 struttura area medica hub min 205 medio 255 max 335

1 coordinatore 1 FTE 1450

		MIN	Mediana	MAX		MIN	Mediana	MAX
	Area Omogenea	HUB	HUB	HUB		Spoke	Spoke	Spoke
1	MEDICA	205	255	335		175	220	380
2	CHIRURGICA	175	190	260		175	190	220

Infermieri 24 ore = minuti di assistenza totali $255 * 30 = 7650$ minuti
ass nelle 24 ore $255 * 27 = 6885$

Det. del fabb. base $7650 * 365 = 2792250 / 60 = 46537,5$ 100%

$6885 * 365 = 2513025 / 60 = 41883,75$ 90%

Infermieri totali $46537,5 / 1450 = 32$ (26) FTE 100%

$41883,75 / 1450 = 28$ (22) FTE 90%

Decurtato dell'indice di assenteismo e congedo ordinario 622,00 18

operatori sulle 24 ore (3 in turno) e 4 sulle 12 ore rapporto notturno

9/1 diurno 6,75/1

ESEMPI DI CALCOLO ALTRO METODO

Posti letto 30 (ovvero 27 pp.ll. con 90% di occupazione) struttura area medica hub min 205 medio 255 max 335
1 coordinatore 1 FTE 1450

Infermieri 24 ore = minuti di assistenza totali $255 * 27 = 6885$ minuti ass nelle 24 ore

Det.ne del fabbisogno base $6885 / 308,57(1) = 22,31$ F.T.E.

Det.ne del fabbisogno complessivo (base +integrativo) $22,31 * 1,26(2) = 28,11$ F.T.E.

22,31 18 operatori sulle 24 ore (3 in turno) e quattro sulle 12 ore rapporto notturno 9/1
diurno 6/1 – 7,5 /1

(1)Questo valore rappresenta il tempo medio operatore die $36 \text{ ore} * 60 \text{ min} / 7 \text{ gg} =$
308,57

(2)Indice di assenteismo – variabile soggetta a variazione valore indicativo

ESEMPI DI CALCOLO ALTRO METODO

Posti letto 30 (ovvero 27 pp.ll. con 90% di occupazione) struttura area medica hub min 205 medio 255 max 335

1 coordinatore 1 FTE 1450

Infermieri 24 ore = minuti di assistenza totali $255 * 27 = 6885$ minuti ass nelle 24 ore

Determinazione del fabbisogno base $6885 / 308,57(1) = 22,31$ F.T.E.

Determinazione del fabbisogno complessivo (base +integrativo) $22,31 * 1,26(2) = 28,11$ F.T.E.

22,31 18 operatori sulle 24 ore (3 in turno) e quattro sulle 12 ore rapporto notturno 9/1 diurno 6/1 – 7,5 /1

(1) Questo valore rappresenta il tempo medio operatore die $36 \text{ ore} * 60 \text{ min} / 7 \text{ gg} = 308,57$

(2) $36 \text{ ore} * 60 \text{ min} / 6 = 360$ $36 \text{ ore} * 60 / 5 = 432$ (per servizi diurni su sei o cinque giorni)

(3) Indice di assenteismo – variabile soggetta a variazione valore indicativo

TERRITORIO

CAI = Coefficiente di Intensità Assistenziale

4.2. Calcolo della dotazione obiettivo

Per il calcolo della dotazione obiettivo di professionisti per le attività di Assistenza Domiciliare Integrata, necessario per il raggiungimento degli obiettivi PNRR, è stata sviluppata una metodologia che, tenendo fede a quella adoperata per la stima della dotazione attuale di personale, ne introducesse dei correttivi volti a valorizzare il differenziale richiesto dall'aumento della popolazione target:

$$\text{Dotazione obiettivo per livello di CIA} = \frac{\text{Numero di accessi}}{\text{Numero di assistiti}} \times \text{Popolazione obiettivo} \times \frac{\text{Minuti medi ad accesso}}{\text{Ore annue lavorate}}$$

È stato quindi introdotto il concetto di “popolazione obiettivo” che ha individuato, partendo dalla ipotesi di composizione della popolazione over-65 al 2026 contenuta nel PNRR, la numerosità della popolazione da prendere in carico in ciascuna regione per soddisfare l'obiettivo contenuto all'interno del PNRR del 10% dei residenti con più di 65 anni di età.

A fronte degli obiettivi di presa in carico presenti nel PNRR si è assunto che, nel 2026, la popolazione presa in carico in assistenza domiciliare sarà divisa nelle varie classi di complessità come segue:

- CIA Base: 60% della popolazione (non è stata conteggiata in tale analisi la quota di assistiti presenti in GdC – Giornate di Cura pari a 0);
- CIA I livello: 20% della popolazione;
- CIA II livello: 10% della popolazione;
- CIA III livello: 4% della popolazione;
- CIA IV livello: 6% della popolazione.

Tabella 21 – Accessi per assistito medi

Accessi per Assistito - Nazionale - SIAD 2019					
Figura Professionale	CIA Base	CIA 1	CIA 2	CIA 3	CIA 4
infermiere	8,83	19,90	27,16	34,17	35,76
fisioterapista	0,36	3,46	8,68	10,60	7,16

TERRITORIO

CAI = Coefficiente di Intensità Assistenziale

4.3. Calcolo dei tempi di spostamento

Così come presentato nel paragrafo 2.3, dedicato alle assunzioni fatte nel corso della realizzazione del presente modello, è stata introdotta la dotazione obiettivo derivante non dall'attività assistenziale erogata dai singoli professionisti bensì quello necessario agli stessi per raggiungere i vari domicili degli assistiti ovvero il tempo di spostamento. Ciò mira a considerare una delle peculiarità dell'assistenza territoriale e dell'ADI nello specifico ovvero la dispersione sul territorio degli utenti che, al contrario di quanto avviene per l'assistenza ospedaliera, non si recano in prima persona verso il luogo di cura bensì ricevono l'assistenza sul territorio e, in questo specifico caso, presso il proprio domicilio.

$$\text{Dotazione per tempo di spostamento} = \frac{\text{Numero di accessi} \times \text{Minuti medi per spostamento (20 min.)}}{\text{Ore annue lavorate}}$$

4.4. Dotazione attuale ed obiettivo totale

Al fine di quantificare la dotazione attuale nonché obiettivo, è stata sommata, in entrambi i casi, la quota di FTE derivante dalle attività assistenziali con quella conseguente ai tempi di spostamento determinando in tal modo l'ammontare complessivo.

$$\text{Totale FTE} = \text{FTE attività assistenziale} + \text{FTE per tempo di spostamento}$$

Tabella 21 – Accessi per assistito medi

Accessi per Assistito - Nazionale - SIAD 2019					
Figura Professionale	CIA Base	CIA 1	CIA 2	CIA 3	CIA 4
infermiere	8,83	19,90	27,16	34,17	35,76
fisioterapista	0,36	3,46	8,68	10,60	7,16

4.2. Calcolo della dotazione obiettivo

Per il calcolo della dotazione obiettivo di professionisti per le attività di Assistenza Domiciliare Integrata, necessario per il raggiungimento degli obiettivi PNRR, è stata sviluppata una metodologia che, tenendo fede a quella adoperata per la stima della dotazione attuale di personale, ne introducesse dei correttivi volti a valorizzare il differenziale richiesto dall'aumento della popolazione target:

$$\text{Dotazione obiettivo per livello di CIA} = \frac{\text{Numero di accessi}}{\text{Numero di assistiti}} \times \text{Popolazione obiettivo} \times \frac{\text{Minuti medi ad accesso}}{\text{Ore annue lavorate}}$$

È stato quindi introdotto il concetto di "popolazione obiettivo" che ha individuato, partendo dalla ipotesi di composizione della popolazione over-65 al 2026 contenuta nel PNRR, la numerosità della popolazione da prendere in carico in ciascuna regione per soddisfare l'obiettivo contenuto all'interno del PNRR del 10% dei residenti con più di 65 anni di età.

REGIONE PUGLIA

Approvato il Piano dei Fabbisogni del personale: subito assunti medici infermieri oss ostetriche ed altre professioni sanitarie

Un esercito di medici, infermieri, operatori socio-sanitari, tecnici per rinfoltire le file della sanità pugliese. Il Ptfp 2020-2022, ovvero il Piano triennale dei fabbisogni di personale licenziato dalla Regione prevede l'assunzione di quasi 10mila nuovi operatori da inviare nei reparti e nelle corsie ospedaliere. Numeri rilevanti che, nelle intenzioni degli amministratori, serviranno a mettere fine alle carenze di organico del sistema sanitario.

In totale le assunzioni sono precisamente 9.702, così ripartite:

- 2.724 medici;
- 2.481 infermieri;
- 905 Oss;
- 105 di personale ostetrico;
- 3.487 altre figure indispensabili a far funzionare al meglio la macchina della sanità pugliese.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 28 marzo 2022, n. 448 Art. 6 D.lgs. 165/2001; D.M.

8/5/2018 - Approvazione Piano Triennale del Fabbisogno di Personale (PTFP) 2020-2022 dell'ASL BR

Di seguito, nel dettaglio per provincia, il fabbisogno e i profili da assumere nelle Asl, nei policlinici e negli istituti oncologici pugliesi.

ASL BARI

- Medici 838;
- infermieri 771;
- Oss 463;
- personale ostetrico 39;
- altro personale 1.195.

ASL BRINDISI

- Medici 316;
- infermieri 49;
- Oss 27;
- personale ostetrico 0;
- altro personale 280.

ASL BAT

- Medici 256;
- infermieri 137;
- Oss 68;
- personale ostetrico 4;
- altro personale 475.

ASL FOGGIA

- Medici 415;
- infermieri 180;
- Oss 67;
- personale ostetrico 7;
- altro personale 298.

ASL LECCE

- Medici 365;
- infermieri 868;
- Oss 151;
- personale ostetrico 14;
- altro personale 271.

ASL TARANTO

- Medici 176;
- infermieri 188;
- Oss 1;
- personale ostetrico 19;
- altro personale 400.

OSPEDALI RIUNITI DI FOGGIA

- Medici 115;
- infermieri 82;
- Oss 64;
- personale ostetrico 15;
- altro i personale 42.

POLICLINICO DI BARI

- Medici 194;
- infermieri 123;
- Oss 64;
- personale ostetrico 7;
- altro personale e 438.

IRCCS G. PAOLO II BARI

- Medici 18;
- infermieri 27;
- Oss 0;
- altro personale 20.

IRCCS DE BELLIS CASTELLANA GROTTA

- Medici 32;
- infermieri 56;
- Oss 0;
- altro personale 68.



Ci sono molti modi di andare avanti,
ma solo un modo di stare fermo.

(Franklin D. Roosevelt)