

Al Ministro della Salute

Al Direttore Generale
Dipartimento Programmazione Sanitaria
Ministero della Salute

Roma 21 marzo 2018
prot. n. 55/2018/Snrm

Oggetto: METODOLOGIA PER LA DETERMINAZIONE FABBISOGNI PERSONALE OSPEDALIERO. Valutazione documento del Gruppo di lavoro misto Regioni – Ministero della Salute

Come concordato nel corso dell'incontro del giorno 12 marzo 2018, si segnalano le criticità e gli errori, sia di tipo concettuale che di calcolo, riscontrati nel "metodo per la determinazione del fabbisogno di personale ospedaliero", elaborato dal Gruppo di lavoro misto Regioni – Ministero della Salute.

▪ **Errori nella composizione delle Aree omogenee**

L'Unità Spinale viene collocata erroneamente nell'Area omogenea di Medicina (pag. 10) invece di essere collocata nell'Area omogenea di neuro-riabilitazione, in base alle caratteristiche della patologia trattata e tipologia di attività sui pazienti.

L'Urologia Pediatrica viene collocata nell'Area omogenea di Medicina (pag. 10) invece di essere collocata nell'Area omogenea di Chirurgia, in base anche qua alle caratteristiche della patologia trattata e tipologia di attività.

▪ **Errore nel limitare l'individuazione di diversi livelli di complessità organizzativa solamente ad alcune specialità**

Diversi livelli organizzativi dei reparti da cui derivano diversi fabbisogni di personale medico sono previsti anche per i P. S., le neonatologie e punti parto, LE oncologie, ecc..

▪ **Errore nella definizione quantitativa del FTE annuo medico di riferimento (pag. 11-12)**

Il valore del FTE non può essere calcolato sulla base delle ore medie annue lavorate a consuntivo in conseguenza di un parziale utilizzo degli istituti di assenza ordinariamente dovuti annualmente nella loro interezza (festività settimanali e infrasettimanali, ferie e festività soppresse e ore di formazione).

Tale valore annuo dei medici deve basarsi sul totale utilizzo di tutti i suddetti istituti di assenza. Nella tabella che segue sono indicate, anche attraverso i dati desunti dal Ministero di Economia e Finanza, le ore medie lavorate da ciascun medico nel corso del 2016:

Ore settimana * 52 settimane (38*52)	+ 1976 h
Media festività + Santo Patrono (10gg)	-63h:30 m.
Congedo ordinario e festività soppresse [(32+4)*(6h:20min.)]	- 228 h
Ore non assistenziali formazione (3,30h) ogni settimana lavorata (44 settimane)	- 144 h

Malattie + congedi retribuiti + Legge 104/92 + Maternità-Congedi parentali, ecc. + Permessi e Assenze retribuite*	-104h:30 m
*Conto Annuale MEF 2016 = 1.859.379 gg di assenza su 110.501 medici = 16,82 gg pro capite = 104h 30min.	
ORE MEDICO ANNO	+ 1.436 h

La stessa tabella conferma quanto convenzionalmente proposto dalla maggioranza delle Regioni, al netto di ferie, malattie e altre assenze contrattualmente previste, nella misura di 1.454 ore/anno/medico a tempo pieno. Quindi la metodologia di calcolo indicata risulta sovrastimata rispetto al reale FTE.

- **Errori nella definizione di indicatori quantitativi correlati alle guardie mediche (pag. 11-12)**
Una guardia medica consuma in un anno 5.136 ore lavoro medico che, se calcolato con il valore errato di indicatore FTE presente nel documento, corrisponde a 3,29 FTE medico annuo e non 3 FTE medico anno. Se invece fosse calcolato con il valore corretto di indicatore FTE, sarebbe = **3,50 medico annuo**. La differenza fra la stima di 3 medici, presente nel documento, e quella di 3,5 risultante da un calcolo corretto costituisce una sottostima rilevante.
- **Errore nella definizione del n. massimo di posti letto serviti da n. 1 guardia medica di area omogenea (pag. 13-20).**

Il carico di lavoro per una guardia medica su 100 p. l., spesso posti in condizioni logistiche difficoltose e con pazienti ricoverati con patologie complesse in fase clinica acuta e spesso multiple, **è eccessivo e pericoloso ed è gravato da una incidenza di rischi clinici elevata.**

Il limite massimo deve essere comunque ridotto (max 60 pl), proporzionato alla complessità delle patologie ordinariamente presenti ma, soprattutto, deve tenere conto di ulteriori variabili quali, ad esempio, le strutture ospedaliere costruite su più padiglioni distanti tra loro .

- **Errore di tipo concettuale nella definizione dei valori massimi del personale medico (pag. 21-24).**

Il Gruppo di lavoro nel documento ha ideato un nuovo indicatore, definito **“PESO MEDICO”**, atto ad esprimere il peso dell’unità lavoro annuo medico (FTE annuo) sulla produttività globale del reparto. Si fa presente che l’identificazione dei “pesi medici” non può essere mutuata dal sistema dei pesi DRG perché il metodo non tiene conto della differente gravità clinica facendo quasi esclusivo riferimento al consumo delle risorse. Questo vale soprattutto nei limiti di poter descrivere la casistica dei pazienti anziani a comorbilità più elevata. Già l’applicazione di un sistema di classificazione alternativo quale APR-DRGs avrebbe potuto meglio identificare i “pesi medici” poiché il sistema tiene conto delle differenze nella composizione della casistica dovute al diverso grado di severità. Di fatto la classificazione in sottoclassi descrive l’impatto della gravità clinica sull’intensità di assorbimento di risorse nel processo assistenziale.

In questo caso, quindi, il Gruppo di lavoro è incorso in un errore di approccio concettuale, in quanto i punti DRG esprimono in modo grossolano solamente la complessità economica di una attività sanitaria, ma sono del tutto inadeguati ad esprimere la complessità organizzativa e clinica, nonché il tempo lavoro medico necessario.

L’intervallo di confidenza fra Peso medico massimo e minimo, indicato nella tabella per ciascuna specialità, rileverebbe, se fosse calcolato in modo corretto, grossolanamente solamente la congruità della redditività supposta di una dotazione organica a valle del processo produttivo e permetterebbe una comparazione teorica di questa fra reparti simili, senza però tener conto delle diverse carenze tecnologiche e delle inefficienze organizzative poste a monte di ciascuno di questi reparti.

Per questi motivi potrebbe essere in linea teorica forse utile al MEF in una visione limitatamente economicistica, **ma risulterebbe del tutto inutile per valutare la congruità di una dotazione organica sul piano dell'efficacia organizzativa e clinica e sul piano della sicurezza.**

- **Errore nella definizione dei valori massimi del personale medico nelle attività di day-hospital (pag. 24).**

Appare del tutto penalizzante il voler uniformare il trattamento del DH medico alla prestazione ambulatoriale escludendolo dalla casistica ospedaliera. Giova ricordare che il DH Medico non comprende una sola prestazione e che, pertanto, il carico di lavoro è superiore alla normale prestazione ambulatoriale.

- **Errore nella definizione dei valori massimi del personale medico nelle attività ambulatoriali (pag. 29).**

Si conferma la penalizzazione del "Peso Medico" rispetto alle attività ambulatoriali se mutuato dal sistema dei DRG. Occorre riallineare le prestazioni ambulatoriali rispetto al nomenclatore nazionale attraverso la corretta gestione dei flussi informativi (File C).

- **Errori nella definizione del personale dedicato ad alcune attività specifiche e aree dei servizi (pag. 33-41).**

Area Materno-Infantile: si fa riferimento unicamente all'area della ostetricia perché la ginecologia non è presente nelle tabelle n. 3 e 5. Si osserva che sono stati già definiti gli standard organizzativi in sede di Conferenza unificata Stato-Regioni del 16.12.2010 e che gli stessi prevedono un range iniziale di 500-1.000 parti (e non 1.500) con adeguamenti ogni 1000 parti. In ogni caso per poter garantire il "metabolismo minimo" secondo un equivalente FTE di 1.436 ore, il numero minimo di 6 medici per 500-1500 parti appare del tutto insufficiente. Occorre, inoltre, aggiungere la dotazione di medici per tutte le attività della ginecologia, misurabili in base al numero di posti letto della struttura ed ai volumi sia in regime di ricovero che ambulatoriale.

Pediatria-Neonatologia-Nido: la tabella tiene conto esclusivamente del rapporto numero parti / dotazione medici con distribuzione tra tre specialità (pediatria, neonatologia e nido). Occorrerebbe riconsiderare i valori minimi FTE tenendo conto anche del numero dei posti letto e, quindi, dei ricoveri, delle eventuali attività ambulatoriali e soprattutto di Pronto Soccorso se presente. Si ricorda che con un FTE di soli 1.436 ore non si garantisce neppure una guardia H24 il che espone a notevoli problematiche in tema di sicurezza delle cure.

Area Intensiva: appare davvero pericoloso prevedere, per l'area della Terapia Intensiva, un turno minimo di 1 medico ogni 8 posti letto su tre macro attività, ovvero: guardia attiva, gestione dei posti letto e vigile attesa per le attività di sala operatoria. In particolare per "vigile attesa" si lascia intendere la possibile mancata istituzione di una guardia anestesiologicala con chiamata del medico anestesista in regime di pronta disponibilità. Trattandosi di ospedali per acuti, se confermato questo principio, la sicurezza delle cure è ad altissimo rischio ed in netta contraddizione rispetto ai principi enunciati nel mandato affidato al Gruppo di lavoro ristretto.

Radiologia.

Rinviando per maggiori dettagli alle osservazioni che avanzerà la OS di categoria (SNR-FASSID), si segnalano per intanto i seguenti punti:

- la radioterapia a pag. 35 non viene prevista tra i servizi ospedalieri
- non è chiara a pag. 38 la differenziazione tra Radioterapia e Radioterapia Oncologica
- i valori minimi riguardanti il numero di medici radiologi previsti per le diverse tipologie di ospedale appaiono insufficienti. Ad es. 2 medici negli ospedali di base significa non avere un servizio di pronta disponibilità e prevedere 4 medici per un ospedale di 1° livello non tiene conto del fatto che per un bacino di utenza di 300.000 abitanti vanno previste mediamente 600.000 prestazioni di Radiologia/anno, di cui più della metà nella struttura ospedaliera .

Laboratorio.

Per il servizio di laboratorio occorre considerare diversi livelli di complessità propri dell'organizzazione delle reti di laboratorio, differenziando laboratori generali di base siti in presidi ospedalieri per acuti sede di pronto soccorso, da laboratori centralizzati polispecialistici centri di rete, da laboratori specializzati in Patologia/Biochimica clinica, in Microbiologia e Virologia, per determinare i "Turni Minimi" per garantire l'esecuzione delle attività ed i turni aggiuntivi per i diversi ambiti di specializzazione.

Nell'area dei servizi di laboratorio vanno pertanto incluse le attività di Laboratorio Analisi, Microbiologia e Virologia, Genetica ed epidemiologia clinica, Tossicologia.

Rinviando per maggiori dettagli alle osservazioni della OS di categoria (AIPAC-FASSID) per il fabbisogno complessivo, senza distinzione tra Dirigenza Medica e Sanitaria non medica, si suggeriscono le seguenti dotazioni:

Tipologia	Ospedale di Base	Presidi di I livello	Presidi di II livello
Presenza necessaria	Guardia o pd (H24)	Pres o disp rete (H.24)	Presenza (H.24)
Bacino di utenza	80.000 – 150.000	150.000-300.000	600.000 -1.200.000
Dirigenti Sanitari Medici e Non Medici*	5-9	10-20	18-38

(*) comprese guardie e apicalità

Tabella 10: Servizi di Laboratorio

Inoltre, bisogna calcolare il personale per le specialità aggiuntive quali microbiologia (minimo 2 dirigenti) o ematologia con citofluorimetria (minimo 2 dirigenti), e prevedere incrementi in base a tipologia di esami e numero, pari a 1 dirigente in più ogni milione di esami ed 1 per ogni settore specialistico a valenza regionale.

Medicina Trasfusionale

La medicina trasfusionale è prevista dal DM 70/2015 per ogni DEA (bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti), con la nota che i bacini devono essere coerenti con le previsioni dell'accordo stato-regioni del 16 dicembre 2010 e del 25 luglio 2012, con riferimento alle attività di preparazione e trattamento degli emocomponenti.

Per il servizio di medicina trasfusionale occorre determinare un cd. "Turno Minimo" per garantire l'esecuzione delle attività, secondo la specifica seguente:

Tipologia	Presidi di I livello	Presidi di II livello
Presenza necessaria	Pres o disp rete (H.24)	Presenza (H.24)
Bacino di utenza	150.000-300.000	600.000 -1.200.000
Dirigenti Sanitari Medici e Non Medici*	4-7	7-16

(*) comprese guardie e apicalità

Tabella 11: Medicina Trasfusionale

Anatomia patologica

Per il servizio di anatomia patologica un cd. “Turno Minimo” per garantire l’esecuzione delle attività deve prevedere , come specificato in rosso, senza distinzione tra Dirigenza Medica e Dirigenza Sanitaria non medica.

Tipologia	Ospedale di Base	Presidi di I livello	Presidi di II livello
Presenza necessaria	Guardia o pd (H24)	Pres o disp rete (H.24)	Presenza (H.24)
Bacino di utenza	80.000 – 150.000	150.000-300.000	600.000 -1.200.000
Dirigenti Sanitari Medici e Non Medici	1-3	3-8	6-14

(*) comprese guardie e apicalità

Tabella 12: Anatomia Patologica

Area Emergenza - Urgenza: I valori di riferimento appaiono troppo generici e sottostimati perchè non si tiene conto del numero medio di accessi/anno, nè della complessità media delle prestazioni. Considerato il delicato ruolo svolto dal Pronto Soccorso all’interno di una struttura ospedaliera occorre definire il “metabolismo minimo” per garantire la guardia attiva h24, incrementato da un numero di FTE secondo carichi di lavoro eccedenti basati sul numero e complessità di accessi.

In linea generale, per tutte le aree si dovrebbe tenere conto anche delle attività non standardizzabili, riferite alla formazione, all’audit, alla sfera gestionale o di programmazione, verifica e controllo. Il valore di queste attività si può stimare tra il 25% ed il 30% del tempo contrattuale.

Costantino Troise
Segretario Nazionale ANAAO ASSOMED



Guido Quici
Presidente Nazionale CIMO

