

VOL.3 | ISSUE 01 | ANNO 2023

10.53767/RP.2022.02.02.IT

ISSN 2674-0028

Valutazione del fabbisogno di personale nei servizi di emergenza-urgenza: fattori caratterizzanti e opportunità

AUTORE: [Christian Ramacciani Isemann](#), OR Head Nurse, Azienda USL Toscana Sud Est

INTRODUZIONE

Recentemente è stato reso pubblico il documento stilato da AGENAS sugli standard di personale, allo scopo di definire una modalità per la determinazione dei fabbisogni degli operatori nei differenti contesti di cura [1]. Se per alcuni setting questo documento risulta molto preciso, lo stesso non si può dire per i servizi di emergenza-urgenza, dove tutte le attività tra ospedale e territorio sono state accorpate inserendo solamente dei valori minimi e massimi in Full Time Equivalent (FTE: le ore annue garantite da un lavoratore a tempo pieno per quel profilo), stratificati per tipologia di ospedale.

Per quanto riguarda invece l'emergenza sanitaria territoriale, la differente organizzazione dei sistemi sanitari regionali - dove talvolta si riscontrano marcate differenze anche all'interno di una stessa azienda sanitaria - e la mancanza di consenso sull'utilizzo dei professionisti tra i differenti livelli di complessità assistenziale e organizzativa non sembrano essere d'aiuto [2]. Le fonti

normative non indicano una direzione precisa e la letteratura sull'argomento ha preso in considerazione solo i setting ospedalieri.

Il documento redatto da FIASO nel 2015 [3] indica i costi standard mettendo a confronto quattro sistemi molto differenti tra loro (Lazio, Lombardia, Basilicata ed Emilia-Romagna) ed esplicitando i costi orari relativi ai differenti profili professionali, ai mezzi di soccorso e alla tecnologia. Lo studio ha evidenziato anche alcuni fattori potenzialmente in grado di aumentare i costi: tra loro, a titolo esemplificativo, l'attività in orario straordinario e l'utilizzo di personale non dipendente. La spesa complessiva, però, è strettamente legata al fabbisogno di personale; una sua appropriata valutazione può essere strutturata analizzando i vari fattori che la influenzano (tab. 1).

	Ore dovute	Formazione	Ferie	Malattia	Permessi	FTE	Costo orario
Medico	1.976 h	168 h	243 h	60 h	50 h	1.455 h	72,9 €
Infermiere	1.872 h	50 h	230 h	70 h	50 h	1.471 h	29,9 €
Tecnico	1.872 h	25 h	230 h	80 h	50 h	1.486 h	23,1 €

Tab. 1 - FTE sec. FIASO, 2015

Volumi di attività e fabbisogni di base

Il fattore di base da considerare riguarda il volume di attività: questo incide sia sul fabbisogno di personale all'interno delle centrali operative che nella dislocazione di mezzi e, conseguentemente, dei professionisti nelle postazioni sul territorio. Per il primo aspetto non esistono attualmente standard universalmente riconosciuti per definire il numero di operatori necessari; fatto salvo il personale minimo necessario a garantire l'operatività, occorre una valutazione che prenda in considerazione sia il numero di interventi da gestire (stratificati per giorno della settimana e fascia oraria) che la loro durata media in minuti. Per quanto riguarda invece il numero dei professionisti sul territorio, invece, occorre considerare l'orario di operatività dei professionisti nelle postazioni territoriali,

generalmente attive H12 o H24.

Una volta stabilito quali e quanti professionisti (autisti-soccorritori, infermieri, medici, operatori tecnici o socio-sanitari) occorrono nelle diverse postazioni di lavoro sia in centrale operativa che sul territorio, il calcolo del fabbisogno diventa un semplice calcolo aritmetico: è sufficiente sommare le ore/anno necessarie per profilo e dividerle per il FTE annuo per determinare il numero degli operatori necessari. Nel calcolo del FTE vanno necessariamente considerate le ferie contrattualmente dovute e una quota oraria di assenze non programmate: per un loro calcolo più preciso, è possibile fare riferimento allo storico delle singole strutture. Di norma queste assenze pesano per l'8% circa della quota oraria (118 ore/anno), ma è possibile rivedere il dato anche in relazioni ai rischi peculiari dell'attività extraospedaliera (es. incidenti stradali, aggressioni, infortuni per movimentazione di carichi). Occorre però considerare anche altri parametri spesso non analizzati a livello aggregato, peculiari dell'emergenza-urgenza e in grado di impattare in maniera sostanziale sul fabbisogno.

Skill mix e task shifting

Il primo di questi è lo skill-mix: il numero dei differenti professionisti disponibili sta sviluppando

delle riflessioni sul loro utilizzo nei mezzi di soccorso. La tendenza attuale sembra ridiscutere

l'infungibilità del medico come unico team leader nelle ambulanze, con un utilizzo crescente degli infermieri e la valorizzazione dei medici nei casi ad elevata complessità attraverso un utilizzo più razionale delle automediche. Allo stesso modo l'attività di dispatch può venire talvolta demandata a operatori tecnici o socio-sanitari, liberando infermieri per l'assistenza diretta sul territorio come già avviene in molti sistemi di emergenza europei. Il task shifting è pertanto in grado di ridefinire quali profili siano necessari nelle varie attività, impattando non sul numero di teste ma sui costi complessivi.

Integrazione professionale

Un altro parametro da considerare è squisitamente organizzativo, anche qui in assenza di consenso sul tema: l'integrazione professionale tra emergenza sanitaria territoriale e pronto soccorso. Molte regioni, infatti, hanno deciso di puntare sull'utilizzo dei professionisti in

entrambi i consensi, in un gioco di addendi in grado di incrementare il numero delle prestazioni erogate dagli operatori. Anche in questo caso però occorre considerare anche il volume di attività delle strutture, dove i professionisti lamentano - talvolta a ragione - di dover "fare due lavori". L'integrazione va intesa pertanto come rotazione tra turni, dove vengono alternate le due attività con cadenza programmata; occorre riflettere però sulle dotazioni delle strutture più piccole nelle zone rurali, dove il ridottissimo numero delle prestazioni richieste deve stimolare un utilizzo più appropriato delle risorse.

Sembra opportuno, infatti, che in questi contesti gli equipaggi di emergenza sanitaria territoriale stazionino nei pronto soccorso e garantiscano l'assistenza a una quota della casistica a bassa complessità, collaborando anche nei casi maggiormente complessi quando presi in carico dalla stessa équipe già nel territorio.

Vincoli contrattuali e attività integrativa

Analogamente a quanto previsto dal DM 70 per le strutture ospedaliere, sembra opportuno che il personale proveniente dalla sede della centrale operativa o comunque dalle postazioni in area urbana possa venire impiegato, a rotazione, nelle zone periferiche. Il vigente CCNL Comparto Sanità pubblica prevede però dei paletti normativi rispetto alle distanze dalla sede di lavoro di assegnazione non sempre compatibili con le effettive necessità delle unità organizzative [4].

In molte regioni italiane, infatti, c'è la necessità di servire ampie zone di territorio a scarsa densità abitativa dove i mezzi di soccorso possono essere attivati anche molto di rado. Le distanze tra le postazioni, però, non sempre possono garantire un'adeguata rotazione tra quelle a maggiore e minore volume di attività dato il rigido vincolo contrattuale: durata del servizio inferiore alle 8 ore e distanza entro il raggio di 50 km dalla sede di assegnazione.

In assenza di ritocchi al CCNL vigente e stante l'inderogabilità in peius delle contrattazioni integrative a livello aziendale, l'istituto dell'attività integrativa dell'istituzionale appare l'unico in grado di superare i limiti normativi e, allo stesso tempo, di colmare i fabbisogni di personale non coperti dalle dotazioni organiche.

Formazione

Il documento di FIASO sui costi standard [3] prevede nel computo del FTE relativo alle diverse figure professionali anche una quota oraria annuale da riservare alla formazione; come noto, infatti, l'attività formativa genera credito orario per gli operatori e deve essere necessariamente considerato nel calcolo del fabbisogno. È emersa però dal documento una differenza sostanziale tra medici (168 ore) e infermieri (50 ore), verosimilmente legata da una parte alle peculiarità contrattuali per la dirigenza [5] e dall'altra agli obblighi ECM.

Le necessità emergenti relative alle nuove tecnologie e alle competenze avanzate richieste da un moderno sistema di emergenza-urgenza rendono opportuno rivedere questa quota oraria adeguandola alle esigenze locali. Il volume delle attività, inoltre, impatta sul fabbisogno formativo in maniera inversamente proporzionale; se nelle aree maggiormente urbanizzate il numero delle prestazioni eseguite dai professionisti è in grado di far mantenere loro adeguati livelli di performance, questo non è sempre vero nei contesti rurali. Pertanto dove l'integrazione professionale non è possibile, occorre destinare una quota oraria adeguata alla formazione on-the-job o in simulazione avanzata.

Conclusioni

L'utilizzo delle formule per calcolare i fabbisogni di personale in ambito sanitario è ormai consolidato ma le peculiarità dei differenti contesti non sempre sono prese in adeguata considerazione. La tabella di FIASO già citata può essere utile, rivedendo alcune imprecisioni e attualizzando il dato relativo alle ore di formazione; sembra auspicabile un adeguamento

delle ore di formazione per gli infermieri a quelle previste contrattualmente per la dirigenza medica (tab. 2).

	Ore dovute	Formazione	Ferie	Assenze non programmate	FTE
Medico	1.976	208*	216	118	1.434
Infermiere	1.872	200	216	118	1.338
Tecnico	1.872	50	216	118	1.488

Tab. 2 - FTE rivisti

I rischi di un'analisi imprecisa, però, restano; questi possono manifestarsi con inadeguatezza quali-quantitativa degli staff ma anche, al contrario, in inappropriati allocazione e utilizzo dei professionisti. Anche per questo motivo un calcolo corretto può mitigare - sebbene in parte - gli effetti della crescente difficoltà di reclutamento del personale da dedicare ai servizi di emergenza-urgenza.

I fattori da considerare, però, rappresentano altrettanti punti di domanda per i quali sia i policy maker che le direzioni strategiche e operative delle aziende sanitarie dovranno trovare risposta. Tra questi sembrano prioritari la definizione chiara dello skill-mix di personale e una strategia netta sull'integrazione tra emergenza territoriale e ospedaliera.

Bibliografia

1. Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali. Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale del SSN. AGENAS, 2022.
2. Federazione Aziende Sanitarie e Ospedaliere. I servizi di emergenza territoriale. Analisi organizzativa delle centrali operative 118, dei servizi di trasporto sanitario su gomma e di elisoccorso nel SSN. Il Pensiero Scientifico editore, 2019.
3. Federazione Aziende Sanitarie e Ospedaliere. Analisi comparata dei costi del soccorso sanitario con autoveicoli: Studio pilota su quattro regioni italiane per la definizione dei costi standard dei servizi di soccorso. I Quaderni FIASO, 2015

4. Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al personale del Comparto Sanità, Triennio 2019 - 2021. Art. 90.
5. Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro relativo al personale Area Sanità, Triennio 2016 -
6. Art. 38.
7. IMAGE CREDITS: Foto di [maitree rimthong](#)