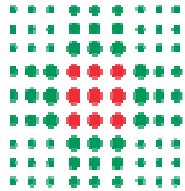


SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
EMILIA-ROMAGNA
Azienda Ospedaliero – Universitaria di Ferrara

Modulo IMPLEMENTAZIONE e CONDUZIONE di PROCESSI OPERATIVI per la GESTIONE DELLE RISORSE

Docente: Dott.ssa Elisa Tarroni
e.tarroni@ospfe.it
Cell. Aziendale 334/1460895



Materiale didattico richiesto dagli studenti

1. La determinazione del fabbisogno del personale: Aspetti quantitativi

Bibliografia

- C. Orlandi, Manuale di management per le professioni sanitarie, 2015
- Royal College of Nursing (2010). Guidance on safe nurse staffing levels in the UK. Ball J.: Author. London RCN, RCN publication code 003 860

Introduzione

- Come definire quantitativamente e qualitativamente lo staff infermieristico e di supporto rimane un problema rilevante e irrisolto. Comprendere quale è lo staff ottimale, quello minimo e il mix di competenze da assicurare per garantire cure costo-efficaci, rappresenta una questione aperta anche a livello internazionale (Royal College of Nursing, 2010). A livello nazionale, il numero assoluto di infermieri negli ultimi anni è aumentato, malgrado sia ancora del tutto evidente la carenza infermieristica (Federazione IPASVI Rapporto, 2010); è, infatti, aumentata la capacità del Servizio Sanitario Nazionale di offrire cure diversificate, come pure sono aumentati i bisogni dei pazienti che assorbono una quantità addizionale di cure infermieristiche; negli ospedali il tasso di occupazione dei letti è aumentato ma non vi è altrettanta evidenza di un adeguamento quantitativo degli staff infermieristici.

Introduzione

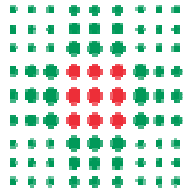
- Va inoltre segnalato che lo skill mix, ovvero la proporzione di cure infermieristiche erogate sul totale dell'assistenza è divenuto più diluito per l'inserimento degli operatori di supporto (OSS); per queste ragioni, si sta osservando un numero di pazienti crescente in carico a ciascun infermiere. Mancando standard minimi regolati sta emergendo, inoltre, una variabilità importante non sempre giustificata nella dotazione quali-quantitativa di risorse, sia all'interno di uno stesso ospedale, sia tra ospedali limitrofi e tra regioni.

Introduzione

- La quantità di infermieri da assegnare alle strutture ospedaliere dipende dal ruolo che occupano e dal processo di cure infermieristiche che gestiscono; dipende anche dall'efficienza e dall'efficacia delle cure erogate da altri professionisti, nonché dai contesti organizzativi (Royal College of Nursing Employment Research, 2009). Nel tentativo di sviluppare un metodo efficace per definire la quantità di infermieri da assicurare negli ospedali, molti approcci sono stati documentati in letteratura: alcuni si sono focalizzati sulla valutazione del bisogno dei pazienti e dei loro problemi; altri sulle cure da erogare, stimate con modalità top down o bottom up. Tuttavia, rispetto ai numerosi strumenti e metodi disponibili non vi è alcuna evidenza di affidabilità e validità (Registered Nurses' Association of Ontario, 2007).

Introduzione

- Considerata la carenza di evidenze sul sistema più efficace per pianificare la dotazione di personale e i molti fattori che determinano la composizione qualitativa e quantitativa degli staff assistenziali legati anche al contesto, oggi è diffusamente raccomandata (Royal College of Nursing, 2010) la **triangolazione** realizzata da un comitato di Dirigenti responsabili della pianificazione dell'offerta assistenziale: un approccio in cui le decisioni sulle dotazioni organiche sono assunte integrando i dati disponibili sul personale, sui pazienti e sull'assistenza, il giudizio professionale degli esperti di gestione, e i dati di benchmarking.



Gli indirizzi per la determinazione del fabbisogno di personale: Dalle indicazioni normative alle definizioni aziendali

**Norme legislative che intervengono sugli organici del SSN nel periodo
anteriore al 1990**

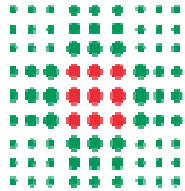
Riferimenti legislativi

DPR 128/69, art.8
Ordinamento interno dei servizi ospedalieri

Delibera CIPE del 20 dicembre 1984

Legge 595/85

*Decreto 13/9/1988
Determinazione degli standard del personale ospedaliero*



Gli indirizzi per la determinazione del fabbisogno di personale: Dalle indicazioni normative alle definizioni aziendali

Lo spostamento dell'asse decisionale dallo Stato alle Regioni e alle Aziende

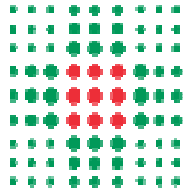
Riferimenti legislativi

Dlgs 502/92 e 517/93

DLgs 29/93 e Circolare n.6 della Funzione pubblica del 23 marzo del 1994

DLgs 165/2001, art. 1 e 6

Delibere regionali di recepimento della Circolare del Ministero della funzione pubblica e individuazione di metodi per la determinazione delle piante organiche e relative dotazione di personale. Definizione dei tempi di riferimento regionali (TRR) utilizzati per la definizione delle dotazioni organiche



📖 DPR 128/1969 “ordinamento interno dei servizi ospedalieri”

Dà indicazioni sulla quantificazione del personale e ne stabilisce il numero occorrente per garantire un livello di assistenza infermieristica, espresso in minuti medi die per posto letto di degenza (Artt. 8-11-18);

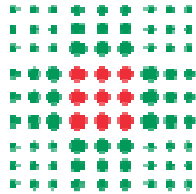
L'art.8; recita *“La dotazione organica del personale sanitario ausiliario deve assicurare un tempo minimo di assistenza effettiva per malato di 120 minuti nelle 24 ore e deve prevedere:*

- *un capo sala*
- *un infermiere professionale sempre presente in ogni sezione nelle 24 ore e inoltre un adeguato numero di infermieri professionali e generici “.*

La denominazione di *“professione sanitaria ausiliaria”* per la professione infermieristica è stato fu sostituito con *“operatore sanitario”* con il regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale dell'infermiere, DM 739/94 e, successivamente l'aggettivo di ausiliario è stato definitivamente sostituito con L.26/2/1999, n.42, *“Disposizioni in materia sanitaria”*.

Questo DPR individua alcuni settori assistenziali e ne determina il tempo minimo di assistenza infermieristica per malato, nell'arco delle 24 ore:

- Servizi diagnosi e cura : 120'
- Sezioni neonatali : 420'
- Anestesia e rianimazione: 420'



Non sono dichiarate le modalità con cui viene costruito il parametro minuti di assistenza. Inoltre, sono definite le variabili di tipo strutturale, tecnologico, relative alla complessità assistenziale e relative allo sviluppo del sistema organizzativo (modello assistenziale) in base alle quali i minuti di assistenza possono essere modificati. Nonostante ciò nel DPR non si fa menzione a quale sia la metodologia adottata per realizzare questi calcoli.

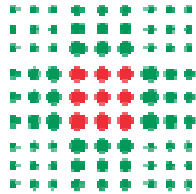
Operativamente, per determinare l'organico di base, si applica la seguente formula:

- o dato il numero di posti letto di degenza, si moltiplica per i minuti previsti dai riferimenti normativi, nelle 24 ore per paziente e si divide per i minuti di debito orario medio giornaliero del personale.¹

Per es.:

$$O.B. = \frac{p.l.xm' / medi / die}{309'}$$

$$O.B. = \frac{31 * 120'}{309'} = 12 \text{ unità}$$



Legge 833 /'78 e successive modifiche

Determina, a livello organizzativo le modifiche con la nascita delle Unità Sanitarie Locali e degli organi di gestione e governo delle medesime e preposte a garantire l'assistenza sanitaria alla popolazione locale..

Prevede un organo tecnico preposto all'organizzazione, al coordinamento e al funzionamento di tutti i servizi e alla direzione del personale.

Delibera CIPE/ '84 (comitato interministeriale per la programmazione economica)

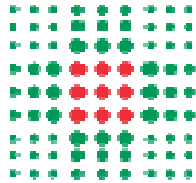
Fornisce indicazioni di massima per le Regioni e le USL affinché adottino standard organizzativi e di attività comuni, con riferimento anche alla dotazione di personale, suddiviso per qualifica, in ambito sia ospedaliero che territoriale.

I parametri indicati sono il bacino di utenza, le patologie prevalenti, la degenza media e l' apporto tecnologico.

La parametrizzazione del personale infermieristico ospedaliero nelle 24 ore e per posto letto è così definita:

- settori di degenza di base 70' - 90'
- settori di terapia sub-intensiva 200' - 240'
- settori di terapia intensiva 500' - 600'.

La delibera individua le tipologie di reparto anche in base ad un generico carico di lavoro, senza peraltro definire la metodologia ed i soggetti che devono valutare tale carico.



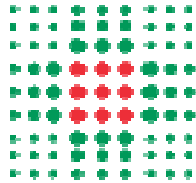
DM 13/9/88- Determinazione degli standard del personale ospedaliero

Indica gli standard per l'assegnazione del personale per moduli di posti letto strutturati in sezioni o divisioni . In particolare, vengono individuate 6 aree:

- terapia intensiva e sub intensiva
- specialità ad elevata assistenza
- specialità a media assistenza
- specialità a media assistenza a larga diffusione/ a media diffusione
- riabilitazione
- lungodegenza.

Per ogni area, un modulo base in posti letto definiva il numero totale di personale medico e infermieristico. Per adeguare la dotazione ci si basava sul modulo base di posti letto e in proporzione si utilizzava un multiplo o sottomultiplo. Questo strumento di calcolo del personale non è più utilizzato in quanto la Legge 407 / 90 ne ha dichiarato il superamento.

¹ Il debito orario settimanale è, per contratto, di 36 ore: dividendo 36 ore per 7 giorni si ottiene un debito orario medio giornaliero di 5,14 ore che espresso in minuti diventa 308,57, che viene arrotondato per eccesso a 309 minuti di debito orario medio giornaliero.



DLgs n° 502/92 e 517/93“ riordino della disciplina in materia sanitaria”

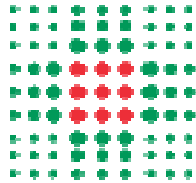
Revisiona l'assistenza sanitaria in termini organizzativi rispetto alla L.833 del 1978. Gli aspetti maggiormente significativi sono:

- le USL assumono configurazione di Aziende sanitarie Locali e Ospedaliere;
- le regioni, devono definire le linee generali per l'organizzazione e il funzionamento delle aziende, **le modalità di finanziamento regionale ed i criteri per la definizione delle dotazioni organiche e le mobilità;**
- nell'ambito della struttura organizzativa di azienda è possibile prevedere l'istituzione di un organo infermieristico dotato di autonomia e responsabilità tecnico gestionale, per quanto riguarda il settore di competenza.

Per la definizione delle dotazioni organiche la legge fa **riferimento al DLgs 29/93** e successive modificazioni.

Il Decreto fissa l'obbligo per le amministrazioni pubbliche di ridefinire le proprie piante organiche sulla base di criteri relativi alla determinazione dei carichi di lavoro.

Questi devono essere effettuati con riferimento alla quantità di atti e operazioni prodotte, ai tempi standard di esercizio delle attività e del grado di copertura del servizio reso in rapporto alla domanda espressa o potenziale.



📖 **Circolare 23 Marzo 1994 n° 6** il Ministero della funzione pubblica “carichi di lavoro delle amministrazioni pubbliche e dotazioni organiche delle amministrazioni dello Stato”.

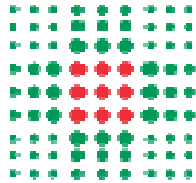
Per carico di lavoro si intende “ *la quantità di lavoro necessario, dato un contesto operativo e un periodo di riferimento, per trattare i casi che vengono sottoposti ad una unità organizzativa*”.

La circolare del Ministero ha poi fornito maggiori indicazioni operative a questo titolo, lasciando però facoltà ai singoli Enti di provvedere sulla base di metodologie proprie, seppure soggette a preventivo giudizio di congruità.

La misurazione dei carichi di lavoro fa esplicito riferimento alla domanda e alle condizioni di produzione dei servizi, in quanto dipende da:

- le esigenze degli utenti;
- le risorse, le condizioni e l’organizzazione complessiva dell’azienda;
- gli obiettivi della produzione.

I termini ultimi per l’adempimento sono stati dapprima confermati dalla legge finanziaria 1994 (L. n. 537/93) e poi spostati al 30 giugno 1995, dalla legge finanziaria 1995 (L. n. 724 /94), per quanto concerne la determinazione della dotazione organica. Quest’ultima legge ha anche traslato per vari enti – fra cui le aziende sanitarie – l’onere del giudizio di congruità sui singoli organi competenti, rappresentati dalle regioni

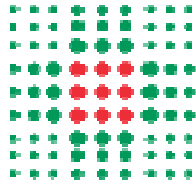


CALCOLO DEL FABBISOGNO INFERMIERISTICO

La normativa vigente stabilisce che la definizione del fabbisogno di personale infermieristico e delle dotazioni organiche sia basata sulla rilevazione effettiva della complessità dell'assistenza infermieristica e del relativo carico di lavoro connesso.

Calcolato il valore dell'intensità delle cure/complessità assistenziale espresso in fabbisogno di ore assistenziali, è possibile ricavare tutti gli altri dati quantitativi riferiti al fabbisogno, dotazioni e alle presenze corrispondenti al periodo temporale desiderato (giorno, settimana, anno) e, quindi formulare il tipo di turno più adeguato.

***I carichi di lavoro* sono espressi in relazione alla quantità totale degli atti, ai tempi standard di esercizio delle attività e alla domanda espressa o potenziale.**

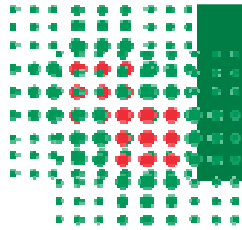


CALCOLO DEL FABBISOGNO INFERMIERISTICO

Fabbisogno, dotazioni e presenze

Questi tre parametri esprimono misure quantitative diverse che sono però in stretta relazione tra loro. Si utilizzano i concetti di:

- **Fabbisogno**, per indicare la risorsa oraria o in personale necessaria per garantire un certo livello quali-quantitativo assistenziale
- **Dotazione**, con riferimento al numero di operatori assegnati a una determinata unità operativa
- **Presenza**, per indicare il numero di turni mattutini, pomeridiani e notturni o di orario realmente erogato in un arco temporale (giorno, settimana, anno)



CALCOLO DEL FABBISOGNO INFERMIERISTICO

Modalità di calcolo di fabbisogno

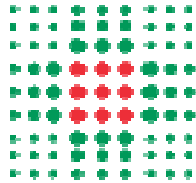
a) Calcolo del fabbisogno di assistenza settimanale

45 ore	x	7 gg	=	315 ore
Fabbisogno giornaliero		Giorni settimanali		Fabbisogno settimanale

b) Calcolo del fabbisogno di assistenza annuale

45 ore	x	365 gg	=	16425 ore
Fabbisogno giornaliero		Giorni anno		Fabbisogno annuale

Il fabbisogno è espresso come necessità giornaliera, settimanale e annuale, al fine di ricavare le successive misure quantitative di personale.



CALCOLO DEL FABBISOGNO INFERMIERISTICO

Modalità di calcolo della dotazione organica

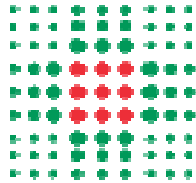
Per calcolare la dotazione organica è necessario ricavare la disponibilità di tempo lavoro che deriva da vincoli contrattuali e dal livello di assenza relativo all'équipe, che sono due aspetti essenziali nel definire la programmazione dell'utilizzo delle risorse umane.

- 1. Calcolo del monte ore operatore /anno "teorico" ed "effettivo"**
- 2. Calcolo del tasso di assenteismo**

In genere per "*monte ore operatore/anno*" si intende la quantità di ore annue che il prestatore d'opera, nel rispetto delle disposizioni contrattuali vigenti del settore economico/produttivo di appartenenza, è obbligato a fornire al datore di lavoro in cambio della retribuzione che gli viene corrisposta.

Il monte ore lavoro/anno così definito, tuttavia, rappresenta un valore grezzo per cui, nel comune linguaggio organizzativo, si è soliti individuare un *monte ore lavoro/anno "teorico"* e un *monte ore lavoro/anno "effettivo"*.

Il primo si ottiene moltiplicando le ore lavorative settimanali per il numero di settimane annue. Il secondo risulta dalla differenza tra il primo e le ore/giornate di ferie, festività soppresse, festività infrasettimanali. Per la definizione della dotazione organica è necessario calcolare il monte orario effettivo al netto del tasso di assenteismo.



CALCOLO DEL FABBISOGNO INFERMIERISTICO

Calcolo del monte ore operatore/anno "teorico"

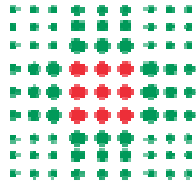
Il *monte ore lavoro/anno "teorico"* si calcola moltiplicando le ore lavorative settimanali, che nel pubblico impiego sono 36, per il numero di settimane annue, fissato in 52.

Il valore che si ottiene, quindi, è $36 \times 52 = 1872$.

Esempio

Esempio anno x

Orario contrattuale/ore lavoro annue	36 ore x 52 settimane =	1872 ore -
--------------------------------------	-------------------------	------------



CALCOLO DEL FABBISOGNO INFERMIERISTICO

Calcolo del monte ore operatore/anno "effettivo"

Per il *monte ore lavoro/anno "effettivo"* è necessario seguire due diversi procedimenti, a seconda che l'orario di lavoro sia articolato su cinque o su sei giornate lavorative.

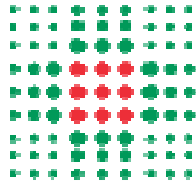
A tale proposito si precisa che:

- se l'orario di lavoro è articolato su cinque giornate lavorative, il debito orario giornaliero è pari a $(36 : 5) = 7$ ore e 12 minuti/die;
- se, al contrario, l'orario di lavoro è distribuito su 6 giornate lavorative, il debito orario giornaliero è pari a $(36 : 6) = 6$ ore/die.

Esempio su 6 giorni lavorativi

Esempio anno x

Orario contrattuale/ore lavoro annue	36 ore x 52 settimane =	1872 ore -
Festività infrasettimanali	10 giorni x 6 ore =	60 ore -
Ferie e festività soppresse	36 giorni x 6 ore =	216 ore =
Monte ore lavoro/anno effettivo		1596 ore



CALCOLO DEL FABBISOGNO INFERMIERISTICO

Calcolo del monte ore operatore/anno “effettivo”

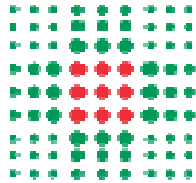
Esempio su 5 giorni lavorativi		
Esempio anno x		
Orario contrattuale/ore lavoro annue	36 ore x 52 settimane =	1872 ore -
Festività infrasettimanali	10 giorni x 7,12 ore =	72 ore -
Ferie e festività soppresse	32 giorni x 7,12 ore =	230,4 ore =
Monte ore lavoro/anno effettivo		1570 ore

Per semplicità di calcolo la frazione di orario è calcolata sempre in centesimi e non in sessantesimi. Pertanto si ha che nell'orario settimanale su 5 giorni l'orario giornaliero è di **7,2 ore e 20 centesimi** che corrisponde a **7 ore e 12 sessantesimi**.

Il monte orario calcolato sui 5 e 6 giorni porta a debiti orari alquanto diversi tra loro. Tale differenza varia in base all'anno solare (le festività settimanali possono coincidere o no con un giorno festivo) ma è dovuta soprattutto a una sperequazione interna ai due orari contrattuali che, di fatto avvantaggia i lavoratori sui 5 giorni settimanali.

Per esempi confrontando le ferie si ha la seguente situazione:

- Con 5 gg/sett: 32 gg di ferie x 7,2 = 230,4 beneficio orario ferie
- Con 6 gg/sett: 36 gg di ferie x 6 = 216 beneficio orario ferie

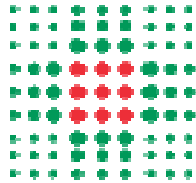


CALCOLO DEL FABBISOGNO INFERMIERISTICO

Calcolo del monte ore operatore/anno “effettivo”

Elementi base per la determinazione delle dotazioni organiche	
Debito orario settimanale	36 ore
Debito orario giornaliero (debito orario settimanale / 6 gg)	6 ore
Debito orario annuale “potenziale” (debito orario settimanale x 52 settimane)	1872 ore
Festività (10 giorni x debito orario giornaliero)	60
Ferie (36 giorni x debito orario giornaliero)	216
Debito orario-annuale (debito “potenziale” - festività e ferie)	1584
Debito orario mensile (debito orario annuale / 12)	133
Debito mensile in minuti (debito orario mensile x 60)	7980 min
Giorni di lavoro annuali (52 settimane x 6 gg di lavoro - 36 gg di ferie - 10 gg di festività)	266 gg
Giorni di lavoro mensili (gg di lavoro annuali / 12)	22

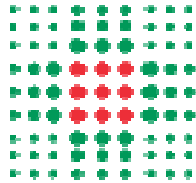
Nell'ipotesi presa in considerazione (6 gg lavorativi) il debito orario effettivo al lordo del tasso di assenteismo, risulta essere il seguente: $1872 - 276 = 1596$



CALCOLO DEL FABBISOGNO INFERMIERISTICO

Calcolo del tasso di assenteismo

Per ottenere il *tempo effettivo*, è fondamentale la rilevazione del tasso di assenza. Per definire il livello di assenza si deve tener conto di tutte le assenze che il personale effettua a vario titolo, escluse le ferie, i riposi settimanali, le festività. Il calcolo di questo tasso riveste particolare importanza perché, insieme alla determinazione del fabbisogno, consente di individuare la dotazione organica che è necessario conferire alla struttura.



CALCOLO DEL FABBISOGNO INFERMIERISTICO

Modalità di calcolo del tasso di assenteismo

Varie modalità di calcolo del tasso di assenteismo

$$\text{Tasso di assenza} = \frac{\text{totale ore di assenza}}{\text{reali effettuate da tutti gli operatori}} \times 100$$

n. operatori

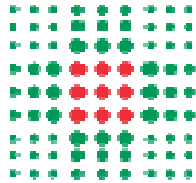
$$\text{Tasso di assenza} = \frac{x \text{ gg di assenza procapite annui} \times 100}{\text{gg. teorici di presenza}}$$

Dove x gg assenza annui è dato da:

$$x \text{ gg assenza procapite annui} = \frac{\text{somma gg assenza degli operatori}}{\text{n.operatori}}$$

espresso in ore:

$$\text{Tasso di assenza} = \frac{\text{totale ore di assenza di un operatore} \times 100}{\text{ore teoriche di presenza}}$$



CALCOLO DEL FABBISOGNO INFERMIERISTICO

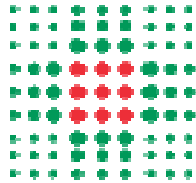
Calcolo degli effettivi per le dotazioni organiche, al netto del tasso di assenza

a. Determinazione ore di lavoro annue

Variabili	Parametri	Ore/anno
Orario contrattuale	36h/sett	1872-
Festività infrasettimanali	10 x 6 gg	60-
Ferie e festività soppresse	36 gg x 6 h	216=
Ore di lavoro contrattuali individuali annue per lavoratore		1596

b. Tasso di assenza

variabili	Parametro di riferimento
Assenze (stima malattie, infortuni, permessi etc.)	6%



CALCOLO DEL FABBISOGNO INFERMIERISTICO

Calcolo degli effettivi per le dotazioni organiche, al netto del tasso di assenza

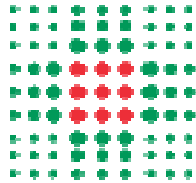
c. Ore effettive di lavoro

Ore contrattuali - Tasso di assenza = Ore lavoro effettive annue	1596 - 96 = 1500 ore
---	-----------------------------------

Il valore delle assenze pari a 16 gg (pari a 96 ore) è stato indicato a titolo esemplificativo

d. Coefficiente di sostituzione

$\frac{\text{Ore lavoro annue}}{\text{Ore effettive annue}}$	$1872/1500 = 1,24$
--	--------------------



CALCOLO DEL FABBISOGNO INFERMIERISTICO

Calcolo degli effettivi per le dotazioni organiche, al netto del tasso di assenza

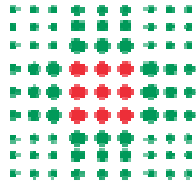
e. Quantificazione del monte ore lavoro equipe

Una stima delle ore lavoro annue che ciascun operatore sarà in grado di prestare può essere ottenuta applicando la seguente formula:

$$1596 - (1596 \times \text{tasso assenza}) = 1500 \text{ ore lavoro nette procapite}$$

Il volume di lavoro che l'équipe è in grado di svolgere in un anno corrisponderà quindi a:

Monte ore lavoro dell'équipe previsto = n. operatori assegnati all'équipe x ore di lavoro nette previste procapite



CALCOLO DEL FABBISOGNO INFERMIERISTICO

Modalità di calcolo della dotazione organica

A questo punto è possibile ricavare la dotazione di personale nel seguente modo:

La prima dotazione si riferisce a quanti operatori mediamente devono essere assegnati all'unità operativa perché questa possa erogare 45 ore di assistenza al giorno, per tutto l'anno, garantendo il rispetto dei vincoli contrattuali (orario di 36 ore, ferie ecc.) e una quota di giorni di malattia (nel nostro esempio 15 giorni pro capite anno).

La seconda dotazione, invece, indica gli operatori che mediamente dovrebbero sostenere il turno di lavoro. La differenza tra 10,95 e 8,75, di circa 2 unità, serve a garantire le assenze contrattuali di tutto il gruppo di lavoro e non costituisce una risorsa direttamente spendibile.

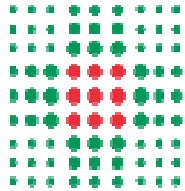
Occorre inoltre tenere presente che arrotondando la cifra all'unità superiore (es. 9 operatori in turno) si registrerà mediamente un orario settimanale inferiore al dovuto, con necessità di rientri. Viceversa, se si utilizzano 8 operatori in turno, si dovranno prevedere giorni di recupero per smaltire l'eccedente orario accumulato.

c) CALCOLO DELLA DOTAZIONE DI UN'UNITÀ OPERATIVA

16 425 ore	:	1500 ore	=	10,95 unità
Fabbisogno annuale		Monte ore operatore/anno		Dotazione operatori unità

d) CALCOLO DELLA DOTAZIONE IN TURNO

315 ore	:	36 ore	=	8,75 unità
Fabbisogno settimanale		Orario settimanale contrattuale		Dotazione operatori in turno



ESEMPIO: U.O di 20 PL area medica

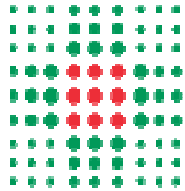
FORMULA per il CALCOLO del Fabbisogno INFERMIERISTICO

$$\text{PL} \times \text{O.M.} \times \text{I.C.M.} \times \text{Ore Eff.} \times \text{G.A} / \text{O.M.L.A.}$$

Formula Calcolo Fabbisogno Infermieristico					
			esempio		
PL attivati	x		20		
occupazione media 80 %	x	0,80		16	presenza media
Indice di case mix 0,92	x	0,35		5,6	n. inf. presenti nelle 24 h
ore effettuate x turno 8	x	8		44,8	ore totali necessarie nelle 24 h
giorni assistenza annui 365	x	365		16352	ore totali necessarie nell'anno
ore medie lavorate annue 1420	/	1420		11,51	n. inf. totali necessari
totale unità infermieristiche			12		fabbisogno infermieristico
minuti ass/paz/die			168,00		minuti ass. inf./paz/die

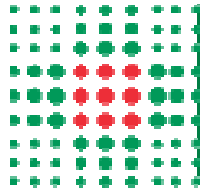
LEGENDA

PL	Posti Letto
T.O.M.	Tasso di Occupazione Media
I.C. M.	Indice Case Mix
Ore Eff.	Ore Effettuate per turno dal Dipendente
G. A.	Giorni Assistenza Anno
O.M.L.A	Ore Medie Lavorate Anno



Altri criteri per la definizione degli organici

- 1. ACCREDITAMENTO REGIONALE EMILIA-ROMAGNA: REQUISITI ORGANIZZATIVI delle Unità Operative**
- 2. SIVEAS: Sistema Nazionale di verifica e controllo sull'Assistenza Sanitaria – Ministero della Salute**
- 3. CONSENSUS CONFERENCE***
- 4. BENCHMARKING con ALTRE AZIENDE SANITARIE**



CONSENSUS CONFERENCE DEFINIZIONE

- E' una metodologia per rispondere a quesiti relativi all'efficacia, ai rischi e alle applicazioni cliniche di interventi biomedici o di sanità pubblica, oggetto di specifiche controversie nella pratica clinica, orientandone anche la ricerca futura. Si realizza attraverso la produzione di rapporti di valutazione della letteratura scientifica, discussi da una "Giuria" composta da professionisti sanitari e da altre figure professionali e sociali. Il modello delle Consensus Conference (CC) è stato sviluppato negli USA da parte del National Institute of Health (NIH) negli anni '70, come metodo per affrontare problemi complessi concernenti gli interventi sanitari e per orientare la ricerca. La CC intende definire lo "stato dell'arte" rispetto ad uno specifico problema assistenziale, attraverso un processo esplicito in cui le informazioni scientifiche vengono valutate e discusse da una "Giuria", composta non solo da professionisti sanitari, ma anche da altre componenti professionali e sociali.