

DETERMINAZIONE DELL'IMPEGNO DI SERVIZIO COLLEGATO AI VOLUMI PRESTAZIONALI DEL PERSONALE MEDICO

Servizio Programmazione, Valutazione e Controllo Strategico
Direzione Sanitaria Presidio Ospedaliero

(versione febbraio 2002)

RIFERIMENTI NORMATIVI

CCNL 1998-2001, art. 16, commi 1, 2 e 4 (Orario di lavoro dei dirigenti)

Comma 1 - (omissis) I volumi prestazionali richiesti all'équipe ed i relativi tempi di attesa massimi per la fruizione delle prestazioni stesse vengono definiti con le procedure dell'art. 65 comma 6 del CCNL 5 dicembre 1996 nell'assegnazione degli obiettivi annuali ai dirigenti di ciascuna unità operativa, stabilendo la previsione oraria per la realizzazione di detti programmi. L'impegno di servizio necessario per il raggiungimento degli obiettivi prestazionali eccedenti l'orario dovuto di cui al comma 2 è negoziato con le procedure e per gli effetti dell'art. 65, comma 6 citato.

Comma 2 - L'orario di lavoro dei dirigenti di cui al comma 1 è confermato in 38 ore settimanali, al fine di assicurare il mantenimento del livello di efficienza raggiunto dai servizi sanitari e per favorire lo svolgimento delle attività gestionali e/o professionali, correlate all'incarico affidato e conseguente agli obiettivi di budget negoziati a livello aziendale, nonché quelle di didattica, ricerca ed aggiornamento.

Comma 4 - Nello svolgimento dell'orario di lavoro per i dirigenti medici, quattro ore dell'orario settimanale sono destinate ad attività non assistenziali, quali l'aggiornamento professionale,(omissis).

CCNL 1994-1997, art. 65, comma 6 (Produttività dei dirigenti medici di I e II livello ...omissis...)

Comma 6 - Gli obiettivi preventivamente illustrati dal dirigente responsabile dell'articolazione aziendale, sono assegnati formalmente a tutti i dirigenti dell'unità operativa secondo la tipologia degli incarichi conferiti a ciascuno di essi ai sensi degli artt. 55 (retribuzione di posizione) e 56 (incarichi di direzione di struttura: determinazione e attribuzione della retribuzione di posizione) con l'indicazione dell'incentivo economico connesso.

COMMENTI

In buona sostanza:

- il contratto dice che l'orario di lavoro è confermato in 38 ore settimanali (di cui 34 per l'assistenza e 4 per attività non assistenziali) per favorire le attività dei dirigenti correlate al loro incarico e conseguenti agli obiettivi di budget negoziati a livello aziendale, ma non dice che tutta l'attività deve essere ricompresa entro le 38 ore di lavoro settimanali (di cui 34 per

l'assistenza e 4 per attività non assistenziali); a conferma di ciò, si prevede che vi possa essere un impegno di servizio che va oltre l'orario dovuto, per il raggiungimento di obiettivi prestazionali eccedenti l'orario stesso;

Il contratto sancisce che il dirigente ha il diritto di essere interpellato in merito agli schemi orari e ai piani di lavoro. Per gli stessi orari e piani di lavoro il dirigente ha la possibilità di rigettare la proposta solo qualora ciò non contrasti con il perseguimento degli obiettivi aziendali e di Unità Operativa, oltre che con il corretto andamento dell'attività assistenziale.

➤ il contratto norma le modalità per l'attribuzione ai dirigenti di un impegno di servizio collegato ad obiettivi prestazionali eccedenti l'orario dovuto, e non le modalità per la determinazione dell'impegno di servizio. In sostanza il CCNL non precisa le modalità per la definizione dei carichi di lavoro, ma norma invece le modalità per l'attribuzione ai dirigenti di obiettivi prestazionali eccedenti l'orario di lavoro e del conseguente impegno di servizio collegato, ossia le ore di attività necessarie al conseguimento dell'obiettivo prestazionale.

➤ Il CCNL specifica che l'impegno di servizio collegato ad obiettivi prestazionali eccedenti l'orario dovuto deve essere *negoziato* secondo le seguenti modalità:

- assegnazione dell'impegno **a tutti** (e non solo ad alcuni componenti)



- in modo differenziato **a seconda dell'incarico** conferito a ciascuno



- con specificazione dell'**incentivo economico** connesso a tale impegno eccedente.

Si ribadisce la possibilità per il dirigente medico di rigettare la proposta fatta, nei termini sopra definiti. Solo in tali casi non è applicabile lo schema soprariportato.

Nonostante il CCNL non obblighi l'Azienda ad esplicitare le specifiche modalità tecniche attraverso le quali si vuole procedere per determinare l'impegno di servizio, tuttavia si ritiene opportuno portare a conoscenza di tutte le OOSS il modello che l'Azienda intende adottare, al fine di assicurare la massima trasparenza, dando garanzia a priori che la sua applicazione implica un trattamento equo dei dirigenti, con ciò dovendosi intendere che le eventuali differenziazioni tra le équipes (e, se del caso, tra i professionisti della stessa équipe) sono motivate da diverso rendimento o, a parità di rendimento, da diverso impegno di servizio collegato agli obiettivi aziendali.

IL METODO

Sostanzialmente, la metodologia adottata porta a confrontare le ore di **impegno medico** per le varie attività espletate, con il **volume di risorse disponibili**, espresso in termini orari, che tutti gli appartenenti all'équipe devono effettuare per disposizione contrattuale.

Le tipologie di attività che sono state prese in esame per la definizione dell'impegno di servizio collegato ai volumi prestazionali sono le seguenti:

1 Calcolo dell'impegno orario medico per le attività rivolte ai pazienti ricoverati in degenza ordinaria durante le ore diurne feriali.

Le fonti normative cui fare riferimento al riguardo sono quelle inerenti il calcolo dell'organico del personale dei Servizi ospedalieri ed in particolare la bozza dello "schema per la costruzione di standards per il servizio di assistenza ospedaliera della Regione Emilia-Romagna". Tali documenti, sicuramente carenti e di difficile applicazione, consentono di definire, per ciascuna Unità Operativa ospedaliera, i contingenti di personale per l'assistenza a ciclo continuo e a ciclo diurno dei degenti, comprese le attività di pre-ospedalizzazione e le fasi di dimissione protetta e si riferiscono a situazioni di produttività per degenza media, occupazione media dei posti letto e indice di operatività conformi alle indicazioni del 2° Piano Sanitario Regionale.

Dagli standards citati è possibile determinare il numero di minuti per posto letto che devono essere dedicati all'assistenza diurna feriale ai pazienti degenti per le diverse branche presenti nella struttura ospedaliera. Tale metodica, ossia la definizione di "minuti per posto letto", è quella che è stata di norma adottata finora.

Nel modello da noi adottato si è ritenuto opportuno definire un numero di minuti di assistenza in relazione alla presenza media giornaliera (PMG). Il valore di minuti di assistenza da noi attribuito è sicuramente superiore rispetto a quello desumibile dai documenti di riferimento suddetti, qualora applicati a realtà ospedaliere della regione Emilia-Romagna, ed anche al valore documentabile dai piani di lavoro analoghi prodotti da altre Aziende Sanitarie. Tali valori sono:

UU.OO. di Medicina Generale	30' x PMG x 6gg.
UU.OO. di Medicina Specialistica	30' x PMG x 6 gg.
UU.OO. di Chirurgia Generale	20' x PMG x 6 gg.
UU.OO. di Chirurgia Specialistica	25' x PMG x 6 gg.
UU.OO. di Pediatria e Chir.Pediatria	40' x PMG x 6 gg.
U.O. di Geriatria	35' x PMG x 6 gg.
U.O. di Medicina d'Urgenza	35' x PMG X 6 gg.
Lungodegenza	15' x PMG x 6 gg.

In alternativa alla formula di calcolo che prevede l'utilizzo della PMG possono essere utilizzate le giornate di degenza (GD). La formula di calcolo diventerebbe in tal caso:

$$(\text{minuti di assistenza medica giornaliera} \times \text{GD annue} \times 6 \text{ gg.}) / 365$$

La scelta delle GD rispetto alla PMG può essere condotta anche per la valutazione dell'attività assistenziale connessa ai ricoveri in regime di Day-Hospital.

Per una ulteriore precisazione, si riportano di seguito gli indicatori di struttura più frequentemente utilizzati:

$$DM = GD/R$$

$$OM\% = \frac{GD}{GD^*} \times 100 \quad \text{dove } GD^* = PL \times 365$$

$$It = \frac{GD^* - GD}{R}$$

$$Ir = \frac{R}{PL}$$

$$PMG = \frac{GD}{365} \quad \text{inteso come numero medio di presenti per giorno}$$

Per alcune UU.OO. tale valore è stato ulteriormente incrementato in relazione alla specifica attività svolta, mentre, in rarissimi casi, si è provveduto ad una sua riduzione, sempre in relazione alla specifica attività effettuata.

Per quanto attiene alle UU.OO. Terapia Intensiva Neonatale e UTIC le modalità di calcolo adottate non hanno tenuto conto della PMG.

Di conseguenza, alla U.O. Terapia Intensiva Neonatale sono state attribuite 196 ore (in particolare, colate 98 ore sono rivolte alla degenza per le ore diurne feriali e 98 ore sono per l'assistenza notturna e il servizio festivo. In realtà, la copertura dell'Unità Operativa per 24 ore settimanali per 7 giorni comporterebbe un impegno pari a 168 ore. Le 28 ore che sono state ulteriormente attribuite, consentono la presenza contemporanea per 4 ore giornaliere, per 7 giorni alla settimana, di una ulteriore unità di personale medico).

Sulla base di considerazioni analoghe, all'UTIC sono state attribuite 66 ore/sett. (in particolare, 9 ore e 30 minuti/die, dalle ore 8,30 alle ore 18, per 7gg.).

Per quanto attiene all'U.O. Recupero e rieducazione funzionale, l'impegno orario per l'assistenza ai degenti in regime di ricovero ordinario è stato definito utilizzando gli standards definiti nel documento sull'Accreditamento istituzionale deliberato dall'Assessorato alla Sanità della Regione Emilia-Romagna.

Per quanto riguarda il Servizio Dialisi, sono stati presi in considerazione gli standard proposti dalla Regione Emilia Romagna nel 1993 (citati a pagina 2) che prevedono una dotazione organica di 3 medici per un modulo di 20 posti letto dialisi, con un incremento di 1 unità medica per ogni 10 posti letto dialisi aggiuntivi.

2 Calcolo dell'impegno medico per le attività di Day-Hospital.

Per il Day-Hospital si ripropone quanto già precisato per l'assistenza dei degenti a ciclo continuo.

In particolare le modalità di calcolo proposte sono state due.

Nella prima si è moltiplicato il valore della PMG per i giorni di attività settimanale del Day-Hospital (5 gg.) e per un numero di minuti medio di assistenza (20'). Il valore di PMG preso in considerazione si desume dai dati annuali di attività. Si precisa che la banca dati dell'Azienda dispone dei dati annuali complessivi solo dopo la metà del mese di marzo.

$$PMG \times 5 \text{ gg.} \times 20'$$

Nella seconda modalità si è moltiplicato il numero di pazienti medi settimanali, desunto dal numero complessivo di pazienti annuali, per il numero di accessi settimanali medi, sempre calcolato sui dati annuali, e per un numero di minuti medio di assistenza (20').

$$\text{n. pz./sett.} \times \text{n. accessi/settimanali} \times 20'$$

I minuti che sono stati attribuiti, nella prima ipotesi per la PMG e nella seconda per singolo paziente e per numero di accessi medi settimanali, è pari a 20.

Per un numero limitato di UU.OO. sono state fatte delle eccezioni in eccesso (attribuendo un tempo superiore ai 20 minuti) o in difetto (attribuendo un tempo inferiore ai 20 minuti), in considerazione della specifica tipologia di attività espletata.

Come già precisato in precedenza per l'attività di ricovero ordinario, in alternativa alla formula di calcolo che prevede l'utilizzo della PMG possono essere utilizzate le giornate di degenza (GD).

3 Calcolo delle ore di guardia notturne e di servizio festivo

E' stato riportato, secondo i criteri che si possono evincere dal Contratto, il valore orario effettuato settimanalmente dall'équipe. L'impegno si considera pari a 98 ore settimanali, così definite: 12 ore dal lunedì al sabato, considerando la presenza medica dalle ore 20 alle ore 8, 24 ore la domenica e i festivi (il valore delle 98 ore comprende anche la copertura dei 4 giorni di festività infrasettimanale).

4 Calcolo dell'impegno orario per le prestazioni Ambulatoriali

Per tutti gli ambulatori che dispongono di dati informatizzati inerenti il case-mix di prestazioni erogate a livello ambulatoriale per pazienti esterni, la determinazione dell'impegno medico verrà condotta applicando il tempario regionale ("Bozza di presentazione di un tempario relativo alle prestazioni specialistiche ambulatoriali ospedaliere", del 1993).

Prima dell'applicazione del tempario regionale si ritiene opportuno verificare con i Responsabili di Struttura o con un loro delegato le voci di attività di rispettiva pertinenza e i tempi previsti.

Per gli ambulatori che non dispongono dei dati informatizzati di case-mix, verrà effettuata una valutazione oraria dell'attività che tenga conto 1) del tempo di presenza medica presso l'Ambulatorio per l'espletamento dell'attività assistenziale nei confronti del paziente, 2) dell'impegno per l'attività di refertazione, 3) dell'impegno per l'attività di consulenza al personale tecnico o infermieristico, ecc. afferente agli ambulatori dell' U.O..

Si precisa che in quest'ultimo caso, le determinazioni dell'impegno sono generalmente in eccesso poiché calcolate su 52 settimane di attività ambulatoriale, condizione questa che si realizza raramente.

Si precisa che il volume di prestazioni che è stato considerato per effettuare il calcolo dell'impegno medico legato alla specialistica ambulatoriale per esterni, comprende l'attività dei SUMAI e di altro personale medico non dipendente.

5 Calcolo dell'impegno medico per le consulenze

Il calcolo dell'impegno orario per le consulenze è stato condotto tenendo conto dei volumi prestazionali. Si è infatti utilizzato il dato delle prestazioni prodotte, al quale è stato applicato il tempario regionale del 1993, cui si faceva riferimento nel paragrafo precedente.

Si precisa che per attività di consulenza si considera quella espletata da parte del personale medico di una Unità Operativa nei confronti dei pazienti ricoverati presso altre Unità Operative.

L'attività di consulenza rivolta ai ricoverati, detti anche "interni", può essere effettuata fisicamente:

- 1) al letto del paziente ricoverato,
- 2) presso gli Ambulatori di ciascuna U.O., in orari diversi da quelli previsti per l'accesso dei pazienti esterni,
- 3) presso gli Ambulatori di ciascuna U.O., negli stessi orari previsti per l'accesso dei pazienti esterni.

In tutte le tre condizioni indicate, le prestazioni dovrebbero essere registrate separatamente a quelle erogate a pazienti esterni. In altre parole, ciascuna Unità Operativa dovrebbe disporre di una registrazione delle prestazioni per esterni e di una per interni. Qualora l'attività di consulenza venisse registrata assieme all'attività ambulatoriale per esterni (in genere tale condizione si può realizzare per le consulenze effettuate presso gli ambulatori negli stessi orari previsti per l'accesso ai pazienti esterni) e di conseguenza non fosse possibile distinguerle, sarebbero entrambe ricomprese al paragrafo precedente.

Si rammenta che la quota di attività ambulatoriale per interni rivolta ai "propri" pazienti (ossia ai pazienti ricoverati presso l'U.O. presa in considerazione di volta in volta) non dovrebbe essere considerata.

L'attività ambulatoriale nei confronti dei "propri" ricoverati è già considerata alla voce assistenza ai degenti, nei minuti di assistenza attribuiti per ogni GD o per la PMG. I modelli tecnici per la definizione dei carichi di lavoro, adottati presso tutte le realtà sanitarie, prevedono che l'attività ambulatoriale per i "propri" pazienti (che non può ovviamente essere di consulenza) sia ricompresa alla voce assistenza ai degenti e computata nei minuti di assistenza attribuiti.

Per le UU.OO. che sostengono una rilevante attività strumentale nei confronti dei "propri" ricoverati si provvederà a definire con il Responsabile di struttura una quota oraria che riconosca questo specifico impegno assistenziale.

Il valore numerico dell'attività ambulatoriale per "interni" è stato desunto dal sistema informatico iceberg.

Per i servizi che non dispongono ancora del sistema di registrazione delle prestazioni per interni su supporto informatico "iceberg", le informazioni saranno desunte dal materiale cartaceo predisposto dalla U.O..

Qualora anche l'informazione su supporto cartaceo non fosse disponibile si provvederà a richiedere al Responsabile di struttura complessa il numero medio e la tipologia di prestazioni di consulenza settimanali effettuate. Tale valore verrà tradotto in termini orari e inserito nel piano di lavoro.

Per la valutazione dell'impegno temporale legato alle consulenze interne verrà utilizzato il tempario della Regione, cui si faceva riferimento precedentemente, incrementato per tener conto degli spostamenti (esempio: la visita da 20 minuti è stata conteggiata 30 minuti, la visita breve chirurgica da 10 minuti è stata conteggiata 15, ecc.).

L'incremento temporale per gli spostamenti del personale medico potrà anche essere definito tramite un orario aggiuntivo globale da destinare agli spostamenti, calcolato sull'orario complessivo, definito a sua volta attraverso il tempario regionale. Ad esempio, si può considerare che il 15% dell'orario complessivo settimanale per le consulenze interne, calcolato attraverso il tempario regionale, debba essere considerato per gli spostamenti e di conseguenza vada aggiunto al tempo previsto per l'effettuazione delle prestazioni.

Nel caso di prestazioni non previste nel tempario regionale, il tempo previsto per l'effettuazione della prestazione verrà definito dalla Direzione Generale in accordo con i Responsabili di struttura complessa. Nella nostra simulazione è stato utilizzato un numero di minuti medi di assistenza per singolo caso pari a 20.

6 Calcolo dell'impegno medico per le consulenze di Pronto Soccorso

La determinazione di tale impegno ha interessato le UU.OO. che svolgono attività di consulenza presso il Pronto Soccorso Generale.

Anche in tal caso, il calcolo dell'impegno orario è stato condotto tenendo conto dei volumi prestazionali, ossia delle prestazioni prodotte.

I dati di produttività sono stati desunti dal sistema informativo "iceberg".

Anche le prestazioni effettuate come consulenza al Pronto Soccorso sono state valorizzate tramite il tempario regionale.

7 Calcolo dell'impegno medico per il Pronto Soccorso

La determinazione ha interessato le U.O. che svolgono direttamente attività di Pronto Soccorso, ossia l'U.O. di Medicina d'Urgenza e Pronto Soccorso, il Pronto Soccorso Ostetrico-Ginecologico, il Pronto Soccorso Pediatrico, il Pronto Soccorso Oculistico, il Pronto Soccorso Ortopedico.

Per ciascun Pronto Soccorso sono state considerate le ore di effettiva copertura medica.

8 Calcolo dell'impegno medico per l'attività di sala operatoria

In tal caso sono state definite per ciascuna U.O. chirurgica il numero di sedute settimanali in anestesia generale (AG), loco regionale e locale (AL). Sono state attribuite 6 ore per ciascuna seduta in AG e 5 ore per ciascuna seduta in anestesia loco regionale e locale. Tali due valori sono stati moltiplicati per il numero di medici strutturati impegnati nell'intervento chirurgico (in genere 2 per un intervento in anestesia generale, 1 per un intervento in anestesia locale e loco regionale, 3 in un numero limitato e definito di casi, effettuati in genere presso le UU.OO. di Chirurgia Specialistica).

Si precisa che verrà definita in modo analogo anche tutta l'attività di sala operatoria effettuata in orario di servizio, al di fuori dell'Ospedale S. Anna. Ovviamente a tale impegno saranno aggiunti i tempi di percorrenza e l'eventuale attività specialistica ambulatoriale pre- e post-intervento effettuata presso la struttura periferica.

I dati di attività di sala operatoria così ottenuti verranno posti a confronto con i valori reali di impegno operatorio, sulla base di una verifica dei registri dei blocchi operatori, in modo tale da disporre di un dato più rappresentativo dell'attività espletata.

9 Analisi delle variabili da considerare per le UU.OO. di Anestesia e Terapia Intensiva

Di seguito si trattano le variabili prese in considerazione per la definizione dell'impegno di servizio per le UU.OO di Anestesia e Terapia Intensiva.

A – Assistenza ai ricoverati nelle UU.OO. di Terapia Intensiva durante le ore diurne feriali e i festivi: si attribuisce, come in altre realtà ospedaliere di analoga complessità, 120 min./die X PL X 7 gg. di attività.

B – Servizio di guardia notturna e festiva: si attribuiscono 98 ore/sett..

C- Attività operatoria: viene assegnata la fascia oraria delle sedute operatorie, distinguendo come per le UU.OO. chirurgiche le sedute di anestesia generale e quelle di locale (di conseguenza sono state attribuite: 6 ore per sedute di AG e 5 ore per sedute di AL).

D – Attività di verifica delle attrezzature di Sala preliminare alle sedute: si attribuiscono 15 min per ogni seduta di AG..

E – Assistenza pre e post-operatoria: per tale assistenza rivolta al paziente chirurgico viene riconosciuto un impegno pari ad 1 ora per ciascuna seduta di anestesia generale.

F – Assistenza consulenziale (rivolta ai pazienti ricoverati in altre U.O. e in Pronto Soccorso), coordinamento blocchi e presenza pomeridiana: per tali attività si considera un impegno pari a 40 ore/settimanali. Si possono considerare circa 6 ore giornaliere X 6 giorni alla settimana + 4 ore/sett. aggiuntive.

Per le altre attività che possono essere prese in considerazione, quali ad esempio il Day-Hospital, l'attività ambulatoriale per esterni e/o per interni (diversa dall'assistenza pre- e post-operatoria per la quale si assegna 1 ora per ciascuna seduta di anestesia generale) valgono gli stessi criteri elencati precedentemente per le UU.OO. con posti letto.

In considerazione della particolare tipologia di attività effettuata presso le UU.OO. di Anestesia e Terapia Intensiva si ritiene opportuno valutare, di volta in volta, le variabili proposte con i Responsabili di struttura complessa, al fine di apportare le modifiche più idonee a rendere il modello in grado di rilevare l'effettiva attività espletata.

10 Analisi delle variabili da considerare per i Servizi di Radiologia

Nella definizione del piano di lavoro dei **Servizi di Radiologia** (Radiologia, Neuroradiologia, ecc.) si terrà conto dei più recenti modelli elaborati a livello nazionale. In particolare verrà adottato un modello definito recentemente dal SNR e dalla SIRM che valuta i pazienti trattati per classe di prestazione.

Nella valutazione dell'impegno assistenziale si terrà conto della tipologia di pazienti (emergenza e rianimazione), del maggior onere legato alla refertazione autogestita (tale valore orario verrà definito con il Responsabile di struttura complessa) e all'impegno legato all'attività di consulenza.

Per quanto attiene alla definizione dei piani di lavoro del **Servizio di Medicina Nucleare**, si terrà conto di quanto definito dalla specifica Società Scientifica ed inoltre si provvederà ad allineare i parametri temporali delle prestazioni radiologiche definiti nel modello elaborato dalla SNR e dal SIRM alla tipologia di prestazioni erogate dal Servizio di Medicina Nucleare stesso. Questo al fine di disporre di criteri uniformi e omogenei nell'ambito dei "Servizi Radiologici".

Per il **Servizio di Radioterapia** verranno definiti, in accordo con il Responsabile di struttura, i processi assistenziali attualmente in essere. Per ciascun processo verranno definite le fasi che prevedono la presenza del personale medico e il relativo tempo di impegno. Questa valutazione consentirà una più puntuale definizione dell'impegno assistenziale, al momento non definibile attraverso la sola valutazione del dato prestazionale. Inoltre si terrà conto di quanto viene attualmente previsto dalla specifica Società Scientifica.

11 Analisi delle variabili da considerare per i Laboratori Analisi

Per quanto attiene al **Laboratorio Analisi chimico clinico** la determinazione dei carichi di lavoro verrà condotta avvalendosi oltre che del dato prestazionale anche delle analisi dei diversi processi produttivi attualmente in essere presso detti servizi.

Tale valutazione verrà condotta in accordo con il Responsabile di struttura.

Sempre in accordo con il Responsabile di struttura si provvederà alla definizione dei carichi di lavoro del **Servizio Trasfusionale**; nello specifico verranno presi in considerazione il dato prestazionale, i processi produttivi attualmente in essere oltre ai dati desunti dalle attività di benchmarking condotte da alcuni anni a livello regionale.

Per il **Servizio di Anatomia e Istologia Patologica** la definizione dell'impegno medico è stata condotta attraverso il sistema sviluppato nel 1995 dalla SIAPEC e pubblicato nel 1997 sulla rivista scientifica "Pathologia".

In sintesi tale sistema prende in considerazione non le singole procedure adottate nell'ambito del Laboratorio, ma il caso trattato nella sua globalità.

Di conseguenza tutte le prestazioni che portano ad una diagnosi sono state suddivise in 8 categorie (gruppo 0, 1, 2, 3, 4, 5, congelatori e autopsie); a ciascuna di queste categorie corrispondono dei tempi medi e un indice moltiplicatore.

Nello specifico verranno prese in considerazione tutte le prestazioni erogate dal Servizio, nell'ambito dell'orario di lavoro, suddivise per esterni e per interni.

Per il **Servizio di Genetica Medica** la valutazione dell'impegno assistenziale terrà conto dei volumi prestazionali prodotti e dei tempi di riferimento finora elaborati. Tali determinazioni verranno analizzate dalla Direzione Generale con il Responsabile di struttura complessa, al fine di apportare le modifiche più appropriate e rendere il modello in grado di rilevare l'effettiva attività espletata.

DEFINIZIONE DELLE RISORSE DISPONIBILI TRADOTTE IN TERMINI ORARI

Per quanto riguarda la definizione delle risorse disponibili tradotte in termini orari ci si è basati sui seguenti parametri individuali:

- per i medici ospedalieri di I e II livello sono state considerate 38 ore/settimanali. Da tale valore sono state accantonate 4 ore/settimanali per aggiornamento/didattica/ricerca e detratte 6 ore/settimanali per reciproche sostituzioni. Le reciproche sostituzioni corrispondono alla media di giorni di assenza dal servizio durante l'anno, per il congedo ordinario - ferie - per malattia e per congedo straordinario.

Complessivamente si calcolano 55 gg./anno di assenza dal servizio.

Di conseguenza avremo: $55 \text{ gg./anno} \times 5,6 \text{ ore die di sostituzione} (34 \text{ ore} / 6 \text{ gg}) = 308 \text{ ore/anno}$, corrispondenti a 5,9 ore/sett., ossia al valore di 6 ore settimanali sopra riportato.

Sono state inoltre detratte 1 ora e 30 minuti/settimanali per il rischio radiologico e 1 ora/settimanale per il rischio anestesiologicalo, nei confronti del personale medico per cui è previsto. Al riguardo il calcolo matematico è $2,30 \text{ ore} \times 38 \text{ sett. oppure } 15 \text{ gg} \times 5,6 \text{ ore} / 52 \text{ sett.}$ per il personale medico soggetto al rischio radiologico e $1,30 \text{ ore} \times 38 \text{ sett. oppure } 8 \text{ gg} \times 5,6 \text{ ore} / 52 \text{ sett.}$ per il personale medico soggetto al rischio anestesiologicalo.

Di conseguenza, la valutazione delle risorse disponibili in termini orari risulta pari a **28 ore/settimanali** per il personale medico, **26 ore e 30 minuti/settimanali** per il personale medico soggetto al rischio radiologico e **27 ore/settimanali** per il personale medico soggetto al rischio anestesiologicalo.

- per i medici universitari di tutti i livelli sono state considerate **20 ore/settimanali** (secondo l'Intesa attuativa locale le ore settimanali effettuate dai medici universitari debbono essere almeno – cioè non meno di – 19. Sempre secondo l'Intesa attuativa locale tali ore sono quelle dedicate all'attività di assistenza).
- per quanto concerne i Direttori di struttura complessa, il contributo alla realizzazione di volumi prestazionali tipici dell'Unità Operativa si definisce nella quota di **25 ore e 30 minuti/settimanali** per il personale ospedaliero e di **17 ore e 30 minuti/settimanali** per il personale universitario.

Si precisa che per i Direttori di struttura complessa radiologica viene riconosciuto il rischio radiologico, esplicitato precedentemente (1 ora e 30 minuti) e di conseguenza il contributo alla realizzazione di volumi prestazionali tipici di Unità Operativa si definisce nella quota di **24 ore/settimanali** per il personale ospedaliero e di **16 ore/settimanali** per il personale universitario.

Analogamente, per i Direttori di struttura complessa anestesiologicala viene riconosciuta la decurtazione oraria sopra esplicitata (1 ora) e di conseguenza il contributo alla realizzazione di volumi prestazionali tipici di Unità Operativa si definisce nella quota di **24 ore e 30**

minuti/settimanali per il personale ospedaliero e di *16 ore e 30 minuti/settimanali* per il personale universitario.

La decisione di riconoscere 2 ore e 30 minuti ai Direttori di unità operativa per attività gestionali pure scaturisce dalla necessità di distinguere 3 ambiti di impegno diversi di cui i primi due devono risultare preponderanti:

1. il primo ambito concerne l'attività clinica diretta ai pazienti (sia nel caso di Direttori di unità operativa chirurgica, sia nel caso di Direttori di unità operativa medica sia nel caso dei Direttori di unità operative di servizio diagnostico deve essere assicurato l'intervento diretto nella gestione dei casi clinici all'interno dell'equipe di assistenza);
 2. il secondo ambito di impegno concerne le attività di natura organizzativa destinate a rendere disponibili in modo ordinato e razionale i fattori produttivi indispensabili per l'adeguato e appropriato sviluppo delle pratiche cliniche;
 3. l'ultimo ambito a cui si riferiscono le ore 2,30 riguarda le attività di tipo relazionale sia verso organi aziendali sia verso organi extra aziendali che non hanno riferimento diretto con le attività assistenziali.
- per i medici titolari di contratto sono state considerate le ore definite e retribuite nell'ambito del Contratto (tali ore vengono verificate mensilmente dal Responsabile di Servizio).
 - per i medici titolari di incarico sono state considerate *28 ore/settimanali*.
 - per i medici titolari di assegno (personale universitario) sono state considerate 20 ore/settimanali. Per questi professionisti, così come per gli altri titolari di contratto, verranno calcolate sono le ore definite nell'ambito del contratto e destinate all'attività assistenziale.
 - per i dottorandi di ricerca sono state considerate 20 ore/settimanali. Si tratta di un numero limitatissimo di unità, che nella fase attuale non sono state conteggiate. Successivamente, a seguito di verifica con il Direttore di U.O. di afferenza dell'attività svolta, detti operatori potranno essere inseriti nel calcolo delle risorse disponibili.

CONTRIBUTO ALLA PRODUZIONE FORNITO DAGLI SPECIALIZZANDI

I medici non dipendenti, iscritti alle Scuole di Specializzazione Medico-Chirurgiche dell'Università di Ferrara, che frequentano e svolgono la loro attività presso le Unità Operative dell'Azienda Ospedaliera S'Anna, concorrono e contribuiscono alla produttività delle stesse.

Si rimanda la disciplina della loro attività (e di conseguenza del loro contributo alla produttività aziendale e alla definizione dei volumi prestazionali relativi) al regolamento che verrà elaborato a livello aziendale.

Si precisa che tale documento terrà conto di quanto riportato nell'attuale accordo Regione-Università.

CONCLUSIONI

Per ragioni di chiarezza si ritiene opportuno esplicitare i risultati che il modello illustrato in questo documento produce. In particolare, l'utilizzo del modello esposto per la definizione dei volumi prestazionali delle Unità Operative può portare a tre diverse situazioni:

- Unità Operative le cui équipes hanno un “impegno orario atteso” uguale al “volume di risorse disponibili espresso in termini orari”, ossia con Δ impegno-risorse uguale a 0.
- Unità Operative le cui équipes hanno un “impegno orario atteso” superiore al “volume di risorse disponibili espresso in termini orari”, ossia con Δ impegno-risorse positivo (> 0).
- Unità Operative le cui équipes hanno un “impegno orario atteso” inferiore al “volume di risorse disponibili espresso in termini orari”, ossia con Δ impegno-risorse negativo (< 0).

Ciò premesso, tenuto conto di quanto recita il CCNL 1998-2001, l’evidenza di una discrepanza tra l’impegno orario atteso e il volume di risorse disponibili espresso in termini orari di una équipe potrà essere un utile indicatore per definire se **aggiungere o meno risorse economiche** per il perseguimento degli obiettivi aziendali e in quale **misura**.

Si ritiene in ogni caso che la trattazione degli “aspetti applicativi” esuli dallo scopo di tale documento, che si propone di esplicitare i criteri tecnici attraverso i quali predisporre, nella maniera più equa possibile, i carichi di lavoro.