



*Agenzia
sanitaria e sociale regionale*

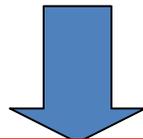
La previsione del fabbisogno di specialisti medici per il SSR dell'Emilia-Romagna

27 marzo 2014

Senese F. (ASSR), Tubertini P.(DEI – Unibo), Mazzocchetti A (Stat-RER)
Ruozi C. (ASSR), Grilli R. (ASSR), Lodi A. (DEI – Unibo)

Percorso attuale della pianificazione in Italia

- Proposte dei fabbisogni da parte delle singole Regioni e sintesi "cumulativa"
- Raccolta delle indicazioni delle categorie al Ministero Salute
- Accordo in Conferenza Stato/Regioni (vincoli economici)
- Decreto del MIUR (posti nei corsi di laurea e contratti di specializzazione)



In aggiunta le Regioni sostengono la formazione attraverso il finanziamento di **contratti aggiuntivi**.



Oltre il numero 'grezzo' di posti di specialità: quale fabbisogno di specialisti?

I'art.6 del Dlsvo 229/1999: la previsione di
fabbisogno formativo deve tener conto:

- LEA e obiettivi PSN e regionali
- Modelli organizzativi dei servizi
- Offerta di lavoro
- Domanda, considerando il personale in corso di formazione e il personale già formato non ancora immesso nell'attività lavorativa



Antecedenti 'storici' e motivi contingenti

- A fronte di 450 contratti MIUR in RER si aggiungono ca. 25 contratti soprannumerari e altri finanziati da no-profit;
- Pressione degli Ordini, Università, Associazioni, per aumentare la formazione soprannumeraria;
- Volontà di munirsi di un metodo trasparente, basato su dati, non solo orientato dalla logica del turn over.

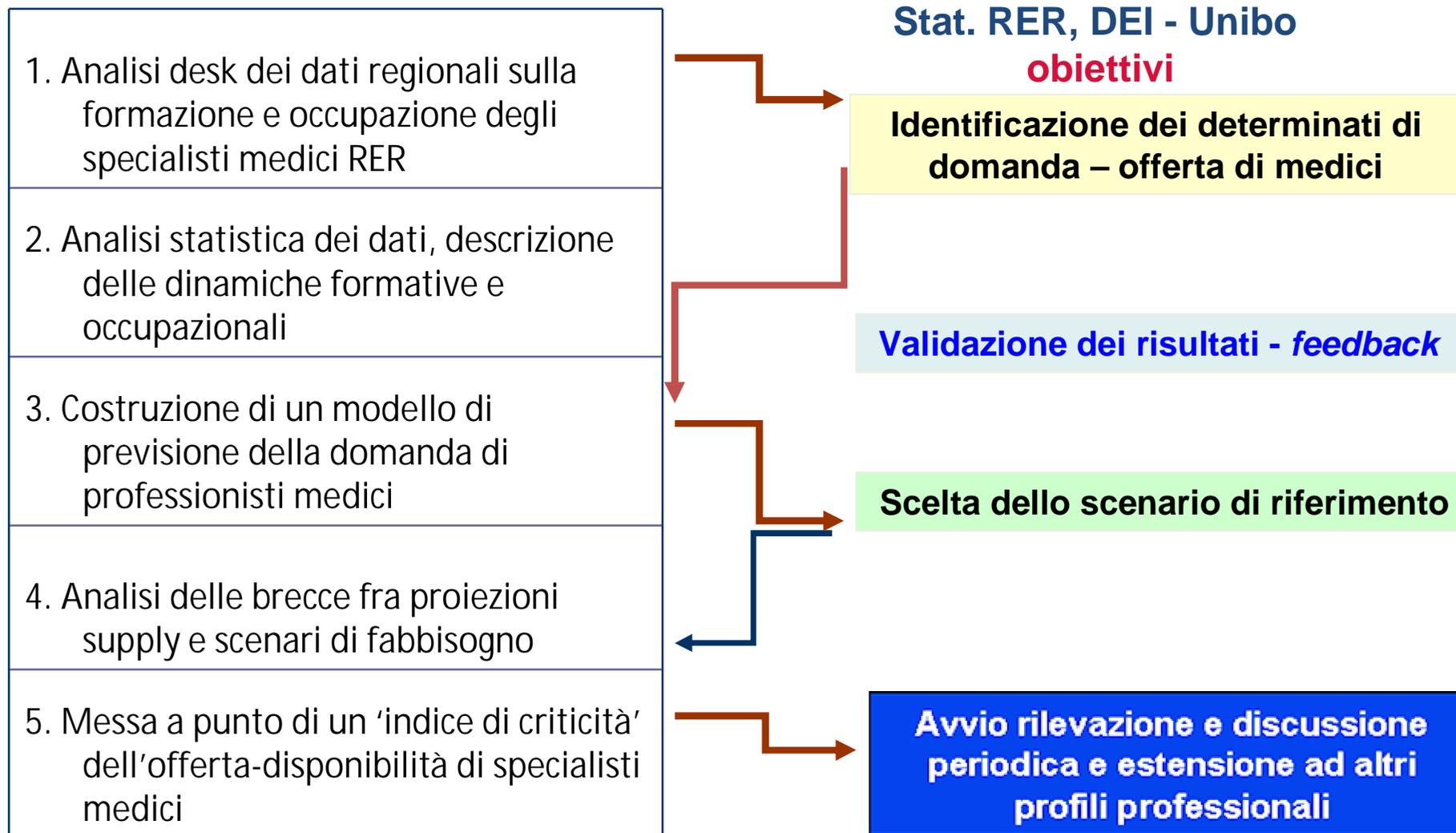
Iniziative della Regione ER

- à Piano triennale 2001-03: Gruppo ASSR sulla Demografia professionale;
- à Dossier sulla professione infermieristica 2004;
- à 2011: Progetto ASSR sulla previsione dei fabbisogni professionali, caso studio applicato agli specialisti medici.

Ruolo del gruppo di lavoro regionale

Gruppo di lavoro, rappresentanti:
DGSPS, ASSR, Ausl e AO, Aiop,
Stat. RER, DEI - Unibo

Fasi dello STUDIO



Obiettivi dello studio

Obiettivo finale: costruire un modello di previsione del fabbisogno formativo di specialisti medici per l'SSR.

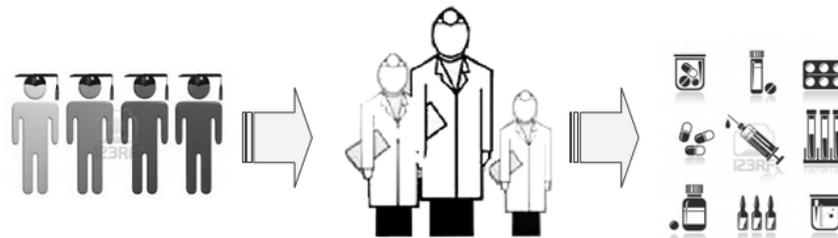
Obiettivi specifici (intermedi):

1. analisi della composizione del personale delle Aziende sanitarie e delle dinamiche occupazionali e formative;
2. revisione della letteratura sui modelli utilizzati per la previsione del fabbisogno;
3. costruzione modello di previsione del fabbisogno in base a possibili scenari organizzativi e strategici.



Output attesi

- Previsioni a medio-lungo termine sul fabbisogno formativo (e occupazionale) regionale;
- Costruzione di un 'indice di criticità' della offerta/disponibilità per le specialità mediche che consenta annualmente di definire l'allocazione ottimale delle borse 'soprannumerarie';
- Istituzione di un ciclo dinamico di rilevazione e programmazione strategica.



Le caratteristiche del modello RER

■ Orizzonte temporale: 2030

■ Lato OFFERTA

- Stock: al 2011, medici TI/TD SSR per specialità;
- Inflow: Diplomandi/ti da Scuola di specialità secondo MIUR;
- Outflow: Ratei di pensionamento e uscita SSR per passaggio a privato.

■ Lato DOMANDA → 3 scenari

Principali determinanti della domanda:

- Popolazione: residenti RER e loro proiezione al 2030, scenario centrale per sesso e classi quinquennali d'età (Uff. Statistica RER);
- Consumi attesi ASA e SDO per disciplina, sesso e classe di età;
- Posto letto per disciplina (standard dotazionali)

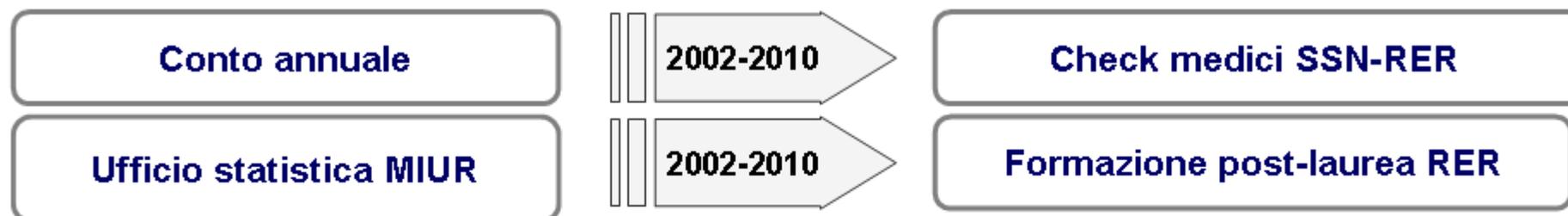


Confronto variabili RER con MDS

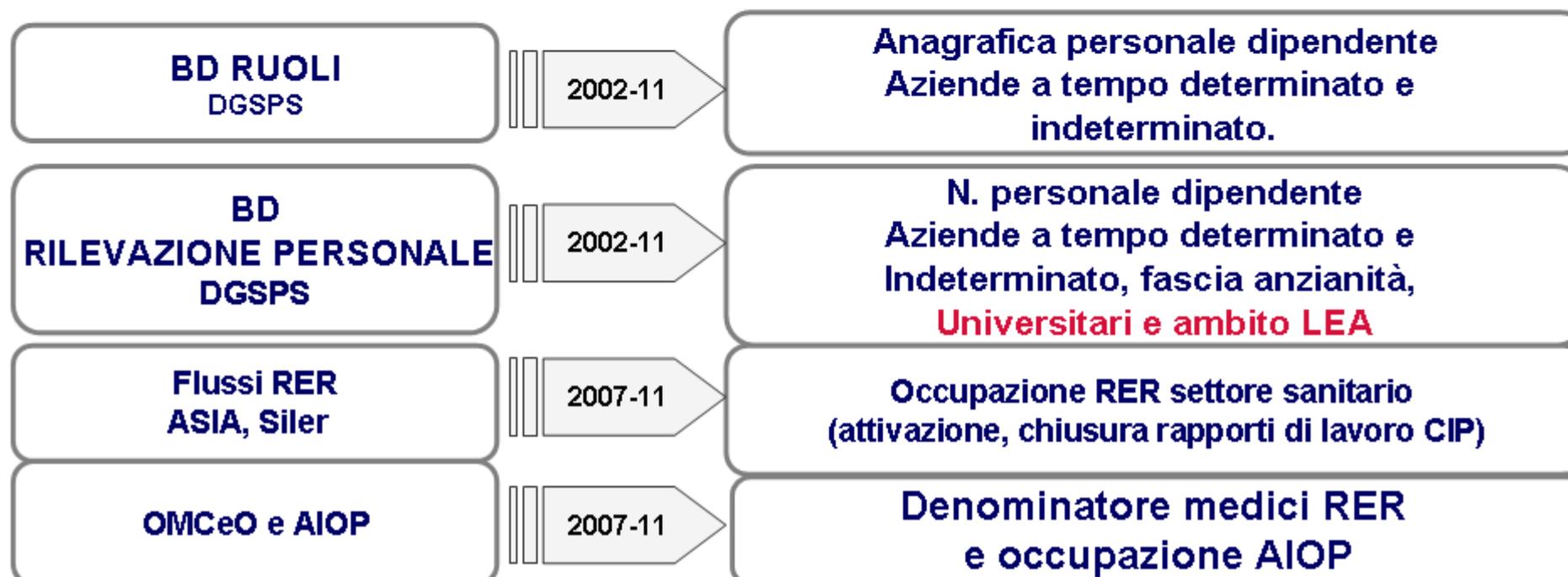
Aree	Offerta - SSR					Domanda	
Caratteristiche	Forza lavoro	Formazione	Pensionamento	Migrazione	Immigrazione	Popolazione	Consumo servizi sanitari
Professione	✓	✓	STIME	STIME	N.D.		
Età	✓	✓	STIME	STIME	N.D.	✓	✓
Genere	✓	✓	STIME	STIME	N.D.	✓	✓
Teste	✓	✓	STIME	STIME	N.D.	✓	✓
ETP (FTE)	STIMATA						
Area geografica	AUSL - RER	ATENEO				✓	✓
Specializzazione	✓	✓	STIME	STIME	N.D.		
Stato di prima qualifica	PRESUNTA	✓					
Produttività?	ASA-SDO attribuibili						

LATO OFFERTA

Le fonti di informazione nazionali

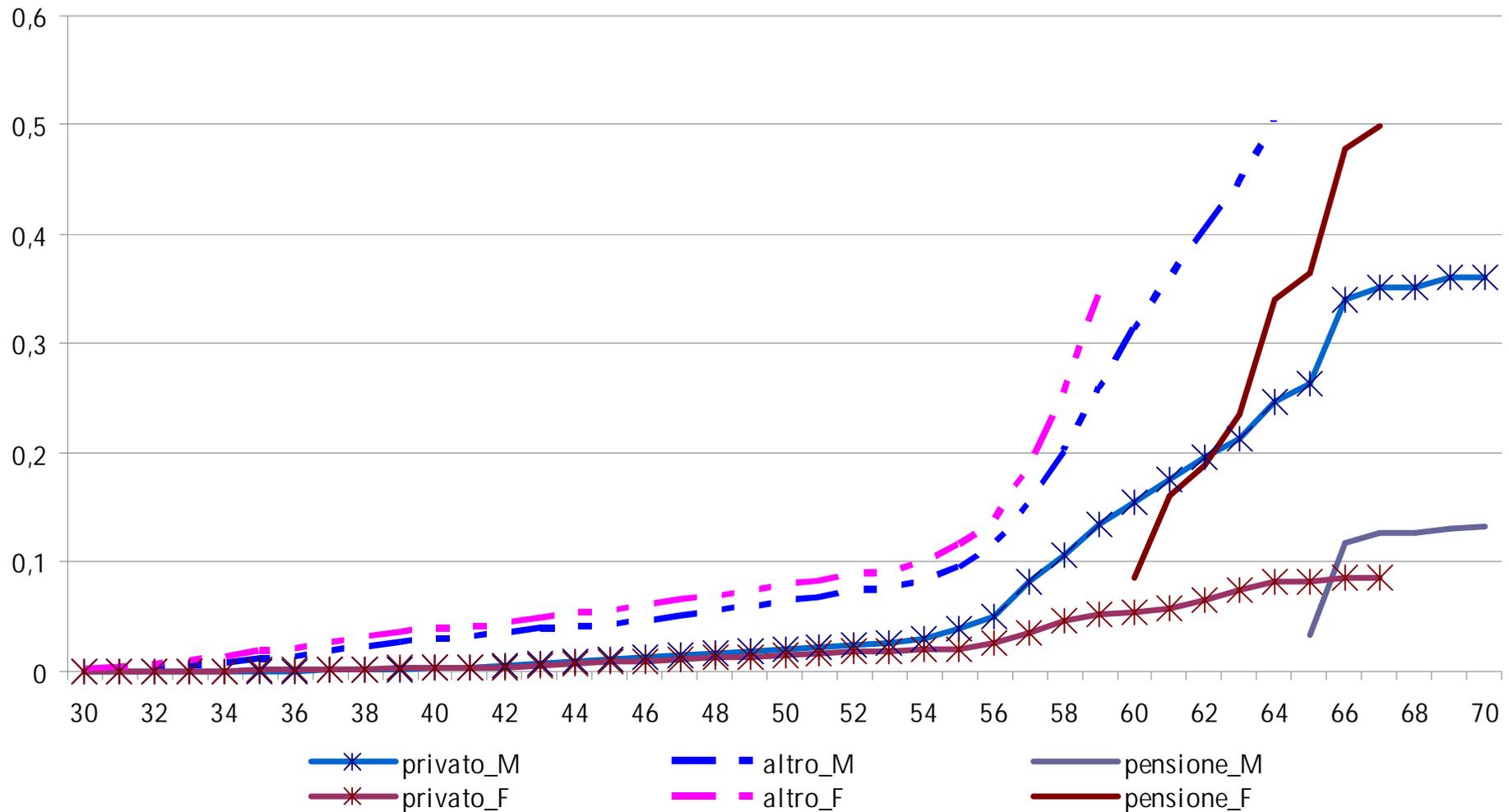


Le fonti di informazione regionali



ES. Modellazione dell'uscita dei medici dal SSR: Il modello invecchia i medici SSR e li fa uscire secondo diversi ratei di uscita (pensionamento, LP/privato o altro)

Incidenza cumulativa per confrontare la 'forza' di eliminazione dei 3 motivi per età e sesso

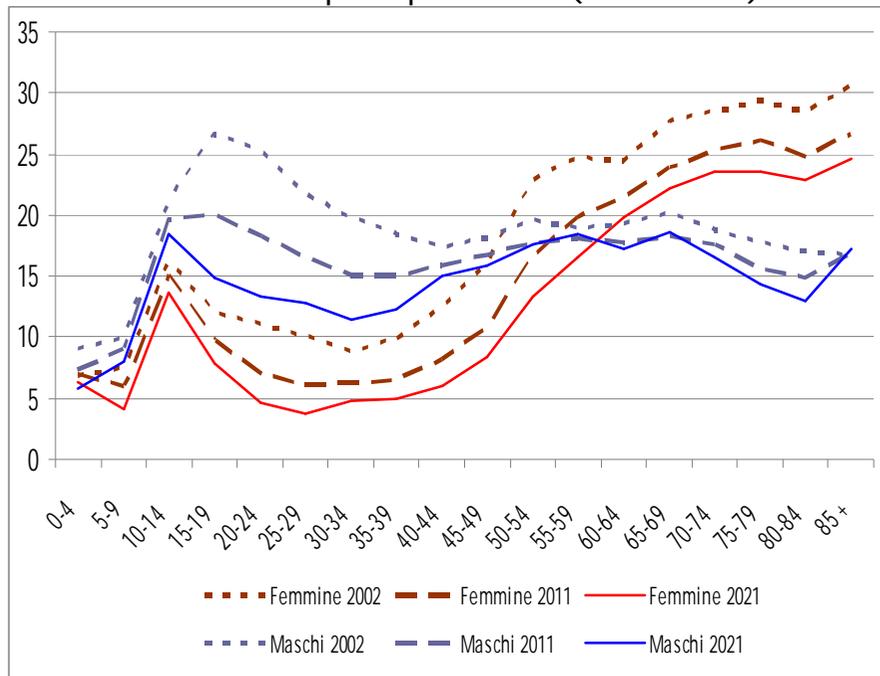


Tassi di uscita Specialità o Area specifici à maggiore dinamicità di alcuni profili

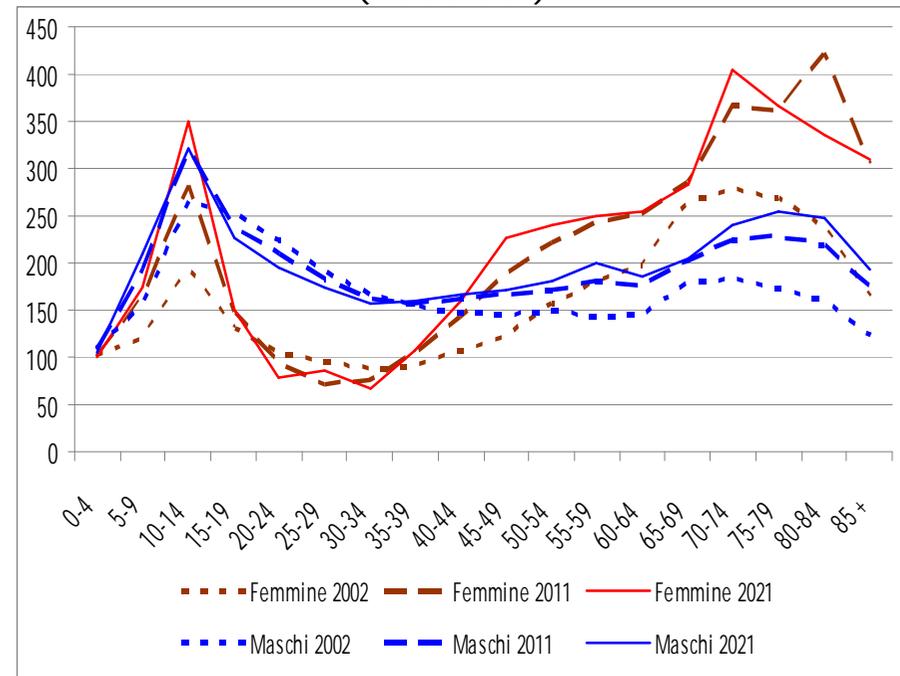
LATO DOMANDA

Es. trendlines al 2030 consumo ASA e SDO di ortopedia

Tassi di ospedalizzazione consuntivi 2002, 2011 e stimati al 2021* per sesso e fasce d'età quinquennali (1000 ab.)



Tassi ASA consuntivi 2002, 2011 e stimati al 2021* per sesso e fasce d'età quinquennali (1000 ab.)



* Tassi conservativi dal 2021 al 2030

Tassi complessivi *1000 abitanti di utilizzo ASA e SDO di ortopedia, confronto 2011-2021

Specialità	ASA				SDO			
	2011		2021		2011		2021	
	F	M	F	M	F	M	F	M
Ortopedia e traumatologia	205,9	186,3	213,0	191,6	14,5	15,3	12,5	13,7

LATO DOMANDA

Es. adozione Standard dotazionali

Complessità assistenziale	Medici per pl attivati	
	Area Medica	Area Chirurgica
BASSA	0,24	0,28
MEDIA	0,30	0,34
ALTA	0,42	0,46
ASSISTENZA INTENSIVA	1	



X standard = specialisti

Decreto del Commissario ad acta n. 49 dell'8 ottobre 2012, *Linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende USL*, Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo



**Agenzia
sanitaria e sociale regionale**

LATO DOMANDA

Combinazione driver à 3 scenari di fabbisogno

Scenario 1: status quo 2011 in rapporto alla popolazione:

— Medici specialisti = (medici 2011 / popolazione al 2011) * popolazione anno t (2011–2030)

Scenario 2: trendline prestazioni ASA + ricoveri (SDO)

Non vi è vincolo di posti letto, le teste medici richieste dal SSR saranno guidate dei tassi di ricorso a ASA e ricoveri (SDO) richiesti dalla popolazione per fasce quinquennali d'età e sesso

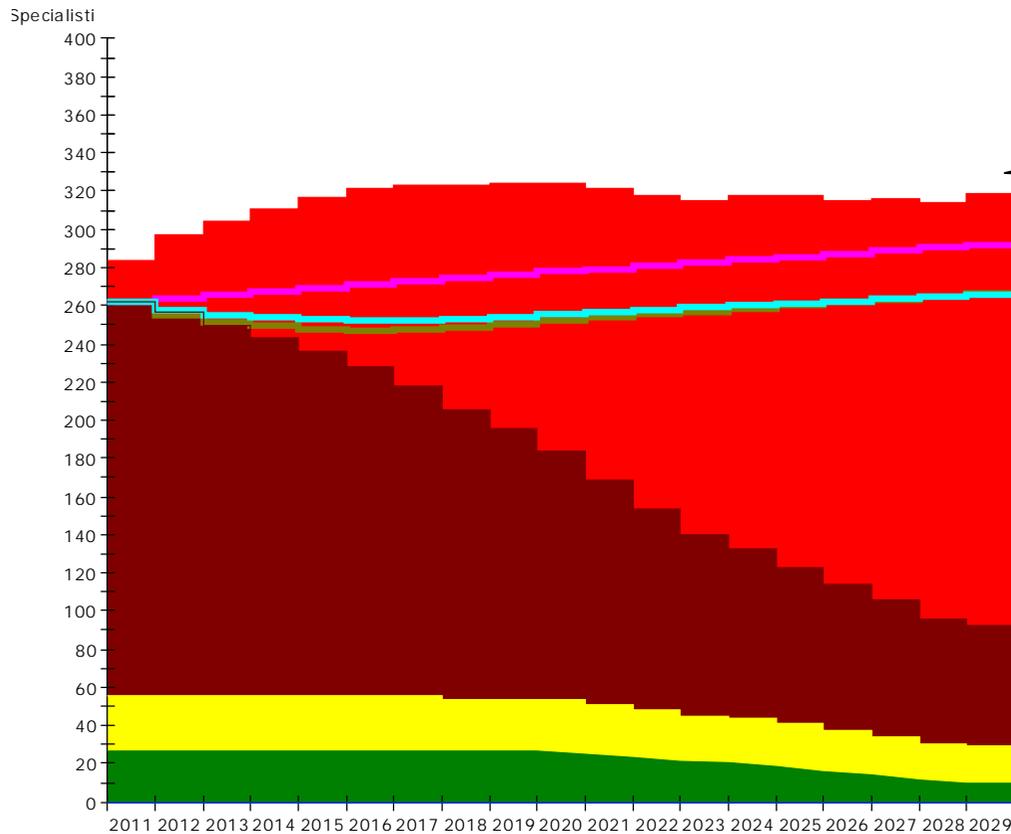
— Medici specialisti = (medici 2011 / ASA+SDO 2011) * trend ASA + SDO anno t (2011–2030)
(ASA e SDO attese per classi quinquennali di età e sesso della popolazione al 2030)

Scenario 3: deospedalizzazione
'Core' ospedale AND assistenza distrettuale ASA

— Specialisti OSPEDALIERI = standard PL 'Abruzzo' * posti letto SSR
Specialisti DISTRETTUALI = tassi ASA* 1000 abitanti per fasce di popolazione per sesso e fascia d'età quinquennale



Medicina fisica e riabilitativa



FORMAZIONE MIUR
SODDISFA I 3 SCENARI
DI FABBISOGNO

Breccia
Occupazionale SSR

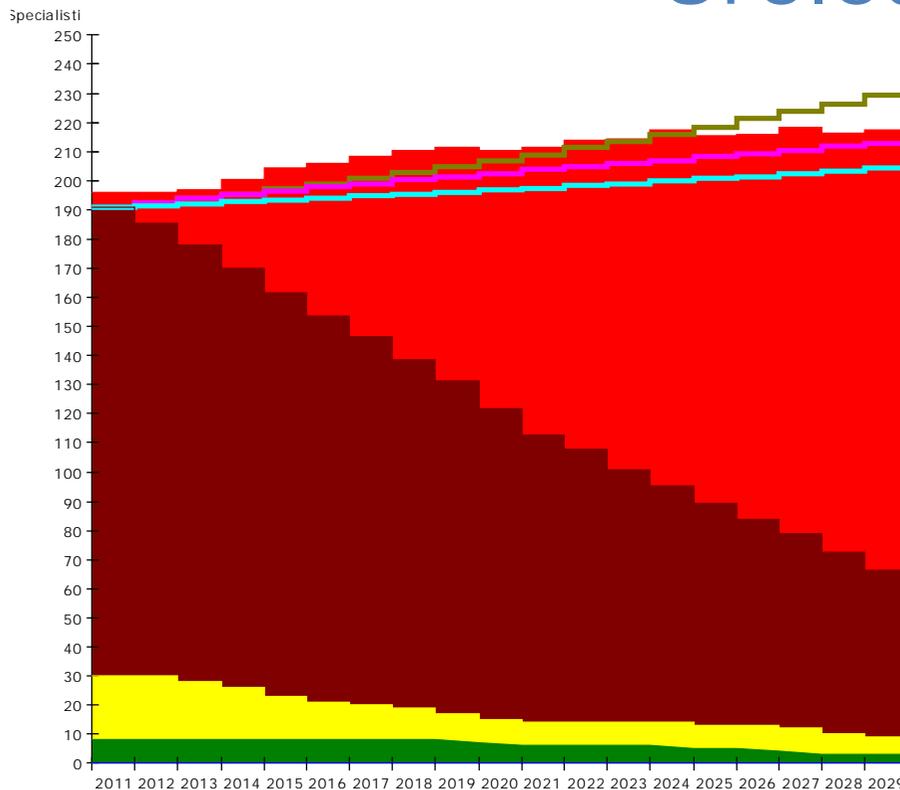
LATO OFFERTA

	Stock medici SSR 2011: tempo indeterminato, determinato, universitari
	Stock Aiop (parziali) 2011
	Stock specialisti ambulatoriali (sumaisti) 2011
	Offerta complessiva medici RER: Specializzati 'as is' MIUR 2012-13 + stock medici attivi

SCENARI DI DOMANDA

	DRIVER POPOLAZIONE
	DRIVER ASA + SDO
	VINCOLO POSTI LETTO + ASA

Urologia



FORMAZIONE MIUR INSUFFICIENTE SE LA DOMANDA DI ASA E SDO AUMENTA (SCENARIO 2)

Breccia Occupazionale SSR

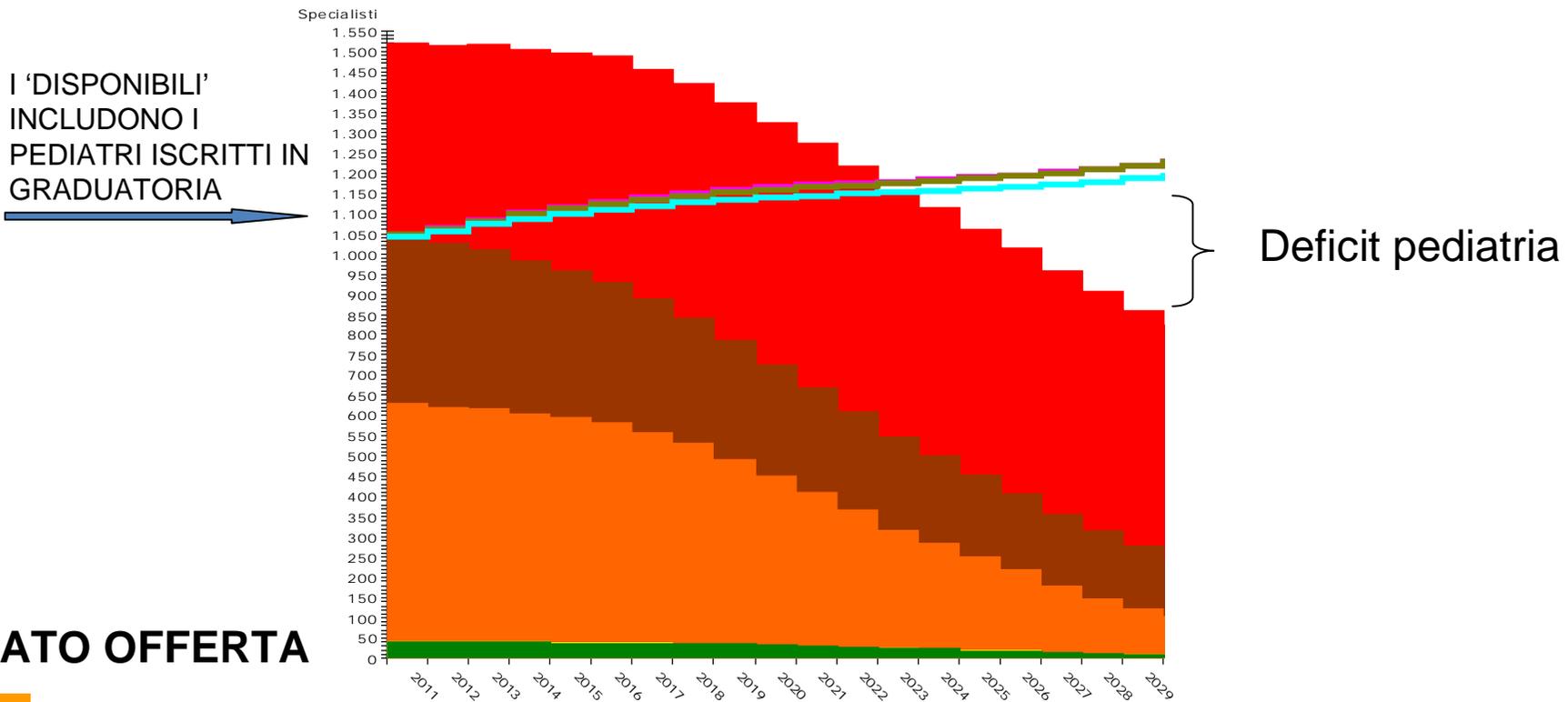
LATO OFFERTA

	Stock medici SSR 2011: tempo indeterminato, determinato, universitari
	Stock Aiop (parziali) 2011
	Stock specialisti ambulatoriali (sumaisti) 2011
	Offerta complessiva medici RER: Specializzati 'as is' MIUR 2012-13 + stock medici attivi

SCENARI DI DOMANDA

	DRIVER POPOLAZIONE
	DRIVER ASA + SDO
	VINCOLO POSTI LETTO + ASA

Pediatria



LATO OFFERTA

PLS

SCENARI DI DOMANDA

	Stock medici SSR 2011: tempo indeterminato, determinato, universitari
	Stock Aiop (parziali) 2011
	Stock specialisti ambulatoriali (sumaisti) 2011
	Offerta complessiva medici RER: Specializzati 'as is' MIUR 2012-13 + stock medici attivi

-  DRIVER POPOLAZIONE
-  DRIVER ASA + SDO
-  VINCOLO POSTI LETTO + ASA

Brecce al 2030

Impatto scenari di domanda



Area	Spec. Selezionate	Stock 2011*	INCREMENTO DOMANDA al 2030			Brecce 2030 w.r.t. 'as is' MIUR		
			Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
CHIRURGICA	CHIR. GENERALE	580	12%	13%	9%	49	46	68
	GENEC. OST.	540	12%	9%	6%	19	38	51
	NEUROCHIRURGIA	93	12%	19%	53%	-34	-40	-45
	OFTALMOLOGIA	322	12%	18%	17%	-76	-96	-93
	ORTOPEDIA	623	12%	15%	8%	81	60	107
	ORL	201	12%	19%	12%	1	-14	0
	UROLOGIA	191	12%	22%	7%	3	-15	13
MEDICA	GERIATRIA	237	20%	31%	16%	46	20	55
	MEDICINA INTERNA	997	12%	15%	10%	-344	-378	-323
	NEUROPSIC. INFANTILE	171	18%	37%	38%	2	-31	-33
	PSICHIATRIA	590	11%	5%	4%	-63	-25	-19
	GASTROENTEROLOGIA	159	12%	34%	26%	31	-5	9
	CARDIOLOGIA	553	12%	40%	16%	101	-54	81
	M. APP. RESPIRATORIO	163	12%	27%	18%	85	60	75
REUMATOLOGIA	36	12%	35%	34%	64	56	56	
SERVIZI	ANATOMOPAT.	130	12%	15%	0%	58	54	74
	RADIOTERAPIA	68	12%	41%	41%	115	95	95
	ANESTESIA	1009	12%	35%	22%	171	-63	69
	MEDICINA FISICA e RIAB.	262	12%	2%	2%	24	49	51

Deficit formativo teorico rispetto ai contratti MIUR



Prioritizzazione borse a partire dalle brecce occupazionali e formative

- Ottimizzazione numerica: dato un vincolo di budget (n. borse), quale mix sostenere?
- Vincoli e priorità proposte per la prioritizzazione
 - 'indice di complessità assistenziale' (standard Abruzzo: bassa_a intensiva);
 - scostamento dal supply nell'anno base (2011);
 - Range occupazionale pubblico-privato;
 - Massimo 5 borse-anno per Scuola.



Allocazione cumulativa di 25 borse-anno nel periodo 2012-2024

Area	Numero di borse 2011-2024		
	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
Chirurgica	88	71	92
Medica	237	277	242
Servizi	23	0	14
Tot.	348	348	348

Assegnati i vincoli e i criteri di prioritizzazione il modello alloca le borse soprannumerarie a distinte specialità a seconda dello scenario prescelto

- Scenario 1: porta ad una distribuzione proporzionale per area;
- Scenario 2: (ASA+SDO) privilegia l'area medica e priva l'area dei Servizi di borse aggiuntive reputando la formazione MIUR per i Servizi appropriata;
- Scenario 3: (vincolo dei posti letto) dà maggiore importanza all'ambito ospedaliero e all'area medica.

Allocazione cumulativa di TUTTE le borse RER in base al fabbisogno stimato (2012-2024)

Area	FABBISOGNO FORMATIVO			Solo MIUR	• % w.r.t. 'as-is' scenario		
	Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3		Scenario 1	Scenario 2	Scenario 3
CHIRURGICA	1425	1519	1364	1617	-11,9%	-6,1%	-15,6%
MEDICA	3340	3814	3398	2743	21,8%	39,0%	23,9%
SERVIZI	1782	1567	1871	1998	-10,8%	-21,6%	-6,4%
Tot.	6547	6900	6633	6358	3,0%	8,5%	4,3%
• % w.r.t. 6706 borse	-2,4%	2,9%	-1,1%	-	-	-	-

Se allocassimo le borse MIUR + 25 supplementari secondo gli scenari di domanda:

- Gli scenari 1 e 3 sarebbero soddisfatti già al 2024 prevedendo una diminuzione delle borse soprannumerarie;
- la rimodulazione della formazione specialistica in base ai 'bisogni' sembra la strategia idonea al raggiungimento dell'equilibrio dell'offerta e domanda di specialisti in RER;
- Lo scenario 2 (aumento considerevole ASA e SDO) non è soddisfatto.

Limiti dello studio

- Mancanza dati ETP e di una valutazione iniziale dell'appropriatezza dell'offerta corrente di medici;
- Mancata inclusione di vincoli finanziari e di standard associati ai modelli organizzativi RER;
- Copertura parziale del privato Aiop e libera professione;
- Ipotesi di 'autosufficienza' della formazione RER per il SSR;
- Mancata convergenza degli interessi: ricerca, strategici-politici (DGSPS), operativi (Ausl).



Punti di forza del modello di previsione

- Integra e triangola i flussi informativi correnti in uso dalla Regione;
- Coinvolgimento, indirizzo e confronto col gruppo di lavoro;
- Sistema aggiornabile anno per anno;
- Modello attento a dinamiche occupazionali diverse dal turnover;
- Include diversi ambiti occupazionali: Aiop – Spec. Ambulatoriali;
- Esplicita le diverse ipotesi e mostra l'impatto delle diverse scelte allocative.

