

WP5

“Incontro con le Regioni italiane”

WP5 Meeting minutes



Joint Action Health Workforce
Planning and Forecasting

Bologna, 27th March 2014



Funded by
the Health Programme
of the European Union

Indice

1.	Obiettivo dell’incontro	2
2.	Intervento prof. Gilles Dessault	2
2.1	Painificare perchè:	2
2.2	Painificare cosa:	3
2.3	Pianificare come:.....	3
3.	Intervento dott. Giovanni Leonardi.....	4
4.	Intervento dott.ssa Francesca Senese.....	5
4.1	Le condizioni di partenza.....	5
4.2	Il progetto.....	6
4.3	Il modello	6
4.4	Risultati ed implicazioni del modello	6
4.5	Punti di forza e debolezza del Caso/studio Emiliano-Romagnolo	7
5.	Intervento dott. Ragnar Gullstrand (primo).....	7
6.	Interventi delle Regioni italiane presenti.	10
7.	Intervento dott.ssa Lucia Lispi.....	11
8.	Intervento dott. Ragnar Gullstrand (secondo).....	12
8.1	L’applicazione pilota.....	12
8.2	La struttura organizzativa del progetto.....	13
9.	Elenco dei partecipanti	16
10.	ALLEGATO 1 - Questionario “esigenze per il portale web”	17
11.	ALLEGATO 1 - Analisi questionario “esigenze per il portale web”	19
11.1	Legenda requisiti	21

Incontro con le Regioni italiane

1. Obiettivo dell'incontro

- ✓ definire le basi del programma operativo per l'applicazione pilota nelle regioni italiane;
- ✓ a partire dallo stato dell'arte della definizione dei fabbisogni delle professioni sanitarie in Italia (criticità ed esperienze di valore);
- ✓ sulla base dei principi e delle linee guida individuati dalla Joint Action.

L'incontro comincia come da programma alle ore 11.

Introduce il dott. Corrado Ruozi (responsabile dell'Area Sviluppo delle Professioni Sanitarie e dell'Assistenza presso l'Agenzia Sanitaria e Sociale della Regione Emilia Romagna) che ringrazia i presenti per la partecipazione sottolineandone l'alta e qualificata rappresentanza.

2. Intervento prof. Gilles Dessault

Alle ore 11.10 prende la parola il prof. Giles Dussault, professore all' Institute of Hygiene and Tropical Medicine (IHMT, Lisbona, Portogallo) e coordinatore del WHO, esperto internazionale di pianificazione delle risorse umane in sanità. L'intervento di Dussault, dal titolo “Pianificare le risorse umane in sanità: perché? Cosa? Come?” è incentrato sui principi e sugli elementi chiave che ogni sistema di pianificazione dovrebbe rispettare per avere successo ed essere efficace. In particolare Dussault, mette in evidenza i seguenti aspetti:

2.1 Pianificare perchè:

- la pianificazione delle risorse umane è necessaria per compensare le deficienze del mercato (in particolare in caso di bisogni non soddisfatti) e i vari disequilibri che si possono creare (esempi: in Portogallo ci sono medici in eccesso e mancano infermieri, per cui i medici svolgono attività che sono competenza degli infermieri, poi ci sono troppi chirurghi e pochi medici di famiglia, però lo stato sostiene che si vuole rafforzare le cure primarie; in Francia a 100 km da Parigi hanno carenza di medici e quindi li importano dalla Romania);
- è importante però salvaguardare il principio della copertura universale del sistema sanitario (risoluzione ONU del 6 dicembre 2012) e non c'è copertura universale senza il giusto numero di professionisti sanitari;
- inoltre, oggi gli studenti dei corsi di laurea vengono formati su competenze utili nel passato, non per la sanità del futuro, dove si troveranno ad operare; perché il sistema formativo è rigido mentre il mondo cambia rapidamente; la pianificazione deve intervenire su questo aspetto;
- non pianificare può avere costi elevati, per esempio in Portogallo la disoccupazione tra gli infermieri oggi è alta anche se c'è carenza di infermieri rispetto alla domanda; quindi gli infermieri disoccupati vanno all'estero (Inghilterra per esempio), ma quelli che invece lavorano

nel sistema portoghese accusano alti livelli di stress perché non le risorse in campo non sono adeguate al fabbisogno.

2.2 Pianificare cosa:

- prima bisogna pianificare le competenze di cui il sistema avrà bisogno nel futuro;
- poi si pianifica come tali competenze vanno suddivise (skill mix e shift competences);
- successivamente, sulla base del sistema di competenze e del disegno dei ruoli, si prevede la quantità di professionisti necessari;
- conseguentemente si organizzano le condizioni di lavoro necessarie per erogare i servizi sanitari;
- infine si decide in merito alla capacità di educazione /formazione continua.

È importante rispettare questo ordine logico, altrimenti aumentano gli errori della pianificazione.

2.3 Pianificare come:

- definire gli obiettivi di servizi che erogano le cure; per esempio, in Portogallo le unità sanitarie della famiglia sono autonome, quindi i medici che lì lavorano devono imparare anche a gestire, pianificare, lavorare in gruppo (competenze trasversali), tutte cose che ad oggi nessuno insegna loro perché manca il collegamento tra il sistema formativo e il sistema che definisce gli obiettivi che tali professionisti dovranno poi raggiungere;
- analizzare i fabbisogni futuri chiedendosi innanzitutto qual è la situazione di partenza, ossia quanti sono ma soprattutto cosa fanno (dove lavorano: sanità o amministrazione o ricerca?);
- solo successivamente ha senso fare delle proiezioni e costruire degli scenari; lo scenario più facile è sostenere che nel futuro le cose non cambiano; scenari più evoluti presuppongono dei cambiamenti, ma la cosa che più cambia è il lato dell’offerta (l’organizzazione, le tecnologie, le risorse a disposizione, le scelte lavorative delle persone), mentre la domanda (intesa come fabbisogno della popolazione) rimane pressoché immutata;
- in tutto il processo, i risultati vengono raggiunti solo se durante il processo sono stati coinvolti gli stakeholder; se questi sono contrari i risultati non si implementano.

Dussault sottolinea quindi come lavorare per la pianificazione delle risorse umane in sanità sia una sfida in quanto comporta lo studio e la presa di decisioni oggi sulla base di condizioni probabili nel futuro, fra cinque, dieci o quindici anni. Decisioni che deve prendere la politica, la quale però è sempre “prigioniera del quotidiano” è difficilmente ragiona sull’impatto delle proprie decisioni nel futuro.

Dussault conclude il suo intervento ricordando alcuni insegnamenti da tenere ben presenti, anche in Italia, quando si pianifica per le risorse umane:

- proiettare è importante ma non è pianificare;
- avere dati di qualità è importante; bisogna avere dati aggiornati, i dati di cinque anni fa sono importanti solo per ricostruire i trend ma non servono per conoscere la situazione oggi; i dati

Meeting minutes

validi sono quelli che ci dicono quello che vogliamo sapere; infine si pianifica non per i servizi pubblici ma per i bisogni della popolazione, quindi bisogna conoscere anche i dati del privato;

- conoscere il mercato lavoro è importante (come cambia? quali comportamenti vengono messi in atto?);
- conoscere le dinamiche dell'ambiente è importante;
- coinvolgere gli stakeholder è importante; con l'opposizione delle parti sociali o degli ordini professionali non si fa nulla;
- infine, ricordarsi che il processo di pianificazione è tanto politico quanto tecnico, e quello politico è più difficile da gestire; quindi prima di tutto bisogna “vendere” al politico l'idea che pianificare è necessario.

3. Intervento dott. Giovanni Leonardi

Alle ore 12, terminato l'intervento di Dussault, interviene il dott. Giovanni Leonardi, direttore generale presso la Direzione generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del Servizio Sanitario Nazionale al Ministero della Salute. L'intervento di Leonardi è incentrato sulla situazione italiana.

Innanzitutto ricorda i riferimenti normativi e gli ambiti regolati dalle norme:

- ogni anno, definizione del numero di accessi ai corsi di laurea triennale, magistrale e a ciclo unico per le professioni sanitarie e mediche (d.lgs. 502 del 1992 e ss.mm. art. 6 ter);
- ogni tre anni, ripartizione del numero di contratti di formazione specialistica assegnabili per il primo anno di corso per i medici specialisti delle 55 specialità (d.lgs. 368 del 1999 art. 35);
- ogni anno, determinazione del contingente numerico da ammettere ai corsi di formazione in medicina generale (d.lgs. 368 del 1999 art. 25);
- ogni tre anni, definizione del numero di professionisti sanitari non medici iscrivibili alle scuole di specializzazione post-laurea.

Leonardi poi evidenzia come la normativa italiana, in realtà, già prescrive che il fabbisogno di professionisti sanitari sia determinato in base a molti degli elementi citati da Dussault come imprescindibili.

Per gli ingressi ai corsi di laurea infatti si dovrebbe tenere conto di:

- a) livelli essenziali di assistenza e obiettivi indicati dal PSN e da quelli regionali;
- b) modelli organizzativi dei servizi;
- c) offerta di lavoro;
- d) domanda di lavoro, considerando il personale in corso di formazione e il personale già formato, non ancora immesso nell'attività lavorativa.

Per i contratti di formazione dei medici specialisti invece si dovrebbe tenere conto di:

- a) capacità ricettiva;
- b) volume assistenziale delle strutture sanitarie inserite nella rete formativa.

Nel descrivere il processo di pianificazione e i vari attori che intervengono nelle diverse fasi (regioni, università, associazioni e federazioni professionali, ministero, ecc.) Leonardi porta all’attenzione alcuni punti importanti su cui è necessario lavorare, anche alla luce di alcune criticità legate al processo:

- innanzitutto, evidenzia come sia importante che le previsioni di fabbisogno definite dalle regioni siano “credibili” e “argomentabili” in modo che possano essere considerati una solida base di discussione nel rapporto dialettico con il MIUR; in questo senso sottolinea come sia importante poter passare ad un sistema unico e condiviso tra le varie regioni per la determinazione dei fabbisogno, invece che avere, come ad oggi, tanti sistemi diversi;
- in secondo luogo, ricorda come in Italia e nelle diverse regioni (magari con livelli di accuratezza diversi) siano disponibili molti dati legati all’attuale forza lavoro (puntuali o stimabili); mancano invece informazioni per quanto riguarda gli standard di personale per i diversi servizi, su cui invece bisognerà lavorare molto;
- rimarca poi la questione non irrilevante del diritto allo studio già anche ribadito dall’Antitrust per il quale la capacità formativa degli atenei rischia di essere l’unica variabile determinante;
- infine, porta ad evidenza un’ultima contraddizione del sistema legata all’ambito di pianificazione, il quale è ristretto dal d.lgs 502 del 1992 al solo fabbisogno del SSN ma che molte regioni invece, sulla base dei propri ruoli istituzionali, intendono allargato ai fabbisogni della popolazione.

Leonardi conclude il suo intervento spiegando brevemente lo scopo, la struttura e i primi risultati ottenuti dalla Joint Action, per la quale lancia un appello alle regioni presenti ad essere protagonisti, in particolare nella fase legata all’applicazione pilota del progetto, proprio allo scopo di migliorare il processo di pianificazione in Italia, e in particolare per risolvere i punti sopra richiamati.

4. Intervento dott.ssa Francesca Senese

Alle ore 12.30 riprende la parola il dott. Ruozi per introdurre l’esperienza di studio fatta in Regione Emilia Romagna attraverso l’Agenzia Sanitaria dal titolo: “La previsione del fabbisogno di specialisti medici per il SSR dell’Emilia-Romagna”. Ruozi introduce il tema della ricerca poi Francesca Senese, collaboratrice dell’Agenzia ed esperta di pianificazione e previsione dei fabbisogni delle risorse umane in sanità, spiega nel dettaglio le caratteristiche e i risultati dello studio.

4.1 Le condizioni di partenza

Le trasformazioni intervenute nel contesto del sistema regionale dell’Università (riforma Gelmini) e i mutamenti nella struttura dell’offerta e della domanda di servizi del SSR richiedono di ripensare le modalità di definizione del fabbisogno di professionisti sanitari da parte delle Regioni, mettendole il più possibile in relazione con i bisogni assistenziali e con l’effettiva capacità formativa, attuale e futura, delle Università. In Emilia-Romagna, nel 2010 si sono gettate le basi teoriche ed empiriche

necessarie per migliorare le capacità di previsione del fabbisogno futuro di specialisti medici superando lo scenario legato al solo turn-over del SSR.

4.2 Il progetto

Al fine di offrire un supporto informativo permanente per la previsione dei fabbisogni occupazionali e formativi nel sistema integrato pubblico-privato si è scelto di implementare il modello via simulazione numerica.

Gli obiettivi dello studio del gruppo di lavoro emiliano - romagnolo erano:

- creare previsioni a medio-lungo termine sul fabbisogno occupazionale degli specialisti medici in Emilia-Romagna;
- creare previsioni a medio-lungo termine sul fabbisogno formativo di specialisti medici in base a diversi scenari sulla domanda regionale di alcune specialità;
- la messa a punto di un ‘indice di criticità’ che relazioni l’offerta, la disponibilità e la domanda di specialisti medici al fine di orientare annualmente la negoziazione dei posti soprannumerari in Scuole di specializzazione (modello allocativo).

4.3 Il modello

Il modello di simulazione adotta un orizzonte temporale al 2030 e concettualmente confronta:

- ✓ Offerta: le proiezioni sulla permanenza in occupazione dei medici nell’anno base del modello (2011) e i volumi della formazione specialistica regionale (numero di diplomati ‘se’ la formazione sostenuta dal Ministero (MIUR) continuasse come osservato negli ultimi due anni (2011-2012 e 2012-2013),
- ✓ Domanda: 3 scenari alternativi di fabbisogno occupazionale (domanda).

4.4 Risultati ed implicazioni del modello

Il modello restituisce per ciascun anno della proiezione le breccie occupazionali (differenza fra domanda e offerta di specialisti previsti in occupazione) e le breccie formative (differenza fra domanda e offerta complessiva di specialisti, inclusi i neo-diplomati attesi). Note le breccie formative il modello propone l’allocazione ottimale delle borse soprannumerarie finanziabili dalla Regione. Al fine dell’allocazione ottimale sono stati definiti alcuni vincoli e criteri di priorità nel finanziamento delle borse, fra cui: indice di ‘complessità assistenziale’, range occupazionale pubblico-privato e rilevanza della breccia rispetto allo stock nel 2011. Le allocazioni variano a seconda dello scenario di domanda prescelto e del numero di borse che il modello può allocare. L’allocazione di 25 borse l’anno a complemento di quelle ministeriali non appare una strategia efficace a far fronte ai possibili squilibri emergenti al 2030. Mentre l’allocazione di tutti i contratti di specializzazione attivabili in Emilia-Romagna (MIUR + 25 soprannumerari) in base alle breccie occupazionali stimate al 2030 parrebbe soddisfare due dei tre scenari proposti. Ciò suggerisce che la strategia formativa più efficace al fine di prevedere squilibri fra offerta e domanda di specialisti in RER è la ‘ri-modulazione’ della formazione specialistica in funzione della domanda futura di specialisti.

4.5 Punti di forza e debolezza del Caso/studio Emiliano-Romagnolo

Seppur metodologicamente molto avanzato il caso studio elaborato in Emilia-Romagna presenta alcuni punti di debolezza, comuni a questo tipo di esercizio previsionale:

- mancanza dati ‘operatore tempo equivalente’ e di una valutazione iniziale dell’appropriatezza dell’offerta di medici nell’anno base del modello;
- 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;
- parziale convergenza degli interessi: ricerca, strategici-politici (DGSPS), operativi (Ausl).

D’altro canto, il modello presentato è l’esito di un percorso virtuoso di ricerca e governance delle risorse professionali avviatosi in Agenzia sanitaria e Assessorato sin dal 2000. In particolare, l’Agenzia sanitaria ha istituito nel 2011 un gruppo di lavoro composto da distinti attori, fra cui: Assessorato, rappresentanti degli Uffici formazione e Personale delle Ausl e AO e AOU delle 3 Aree vaste presenti in RER, Aiop e Università. Il gruppo di lavoro ‘allargato’ ha avuto un ruolo fondamentale di indirizzo strategico e metodologico in varie fasi dello studio. Il modello messo a punto dall’Agenzia sanitaria per la RER ha inoltre alcuni punti di forza derivanti dalle ipotesi metodologiche e dalla tecnologia di supporto prescelta, in quanto:

- integra e triangola i flussi informativi correnti in uso dalla Regione, non generando nuovi oneri per la raccolta dei dati;
- è un sistema aggiornabile anno per anno;
- modella dinamiche occupazionali diverse dal turn-over;
- include diversi ambiti occupazionali: Aiop – Spec. Ambulatoriali (sumaisti);
- rende esplicite le diverse ipotesi e mostra l’impatto delle possibili scelte allocative.

5. Intervento dott. Ragnar Gullstrand (primo)

Alle 14.00 è ripreso l’incontro con il dott. Ragnar Gullstrand, consulente Agenas e content leader del Workpackage 5 nell’ambito della Joint Action, che illustra ai presenti l’approccio metodologico sviluppato nel primo anno della Joint Action.

La metodologia per la pianificazione e per previsioni che sarà inclusa nell’Hand-book del progetto e utilizzata nelle due Applicazioni pilota (Italia e Portogallo) è perfettamente in sintonia con quanto presentato dal prof. Giles Dussault.

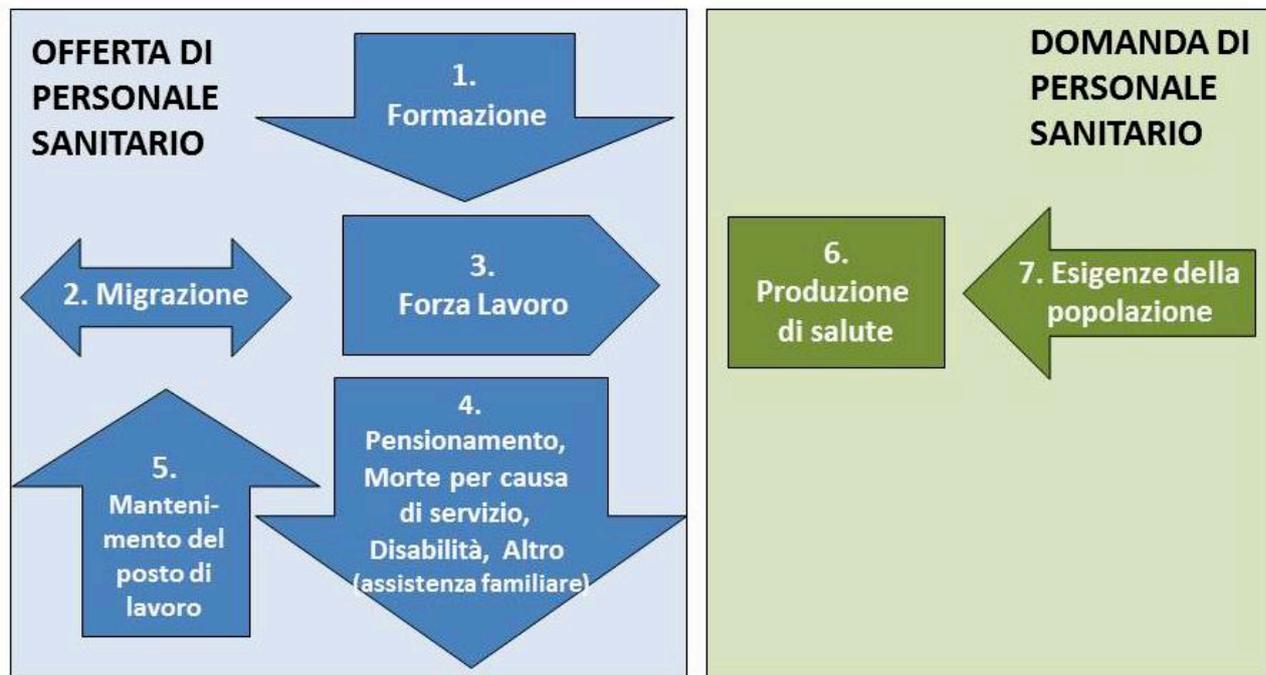
Per favorire una discussione con le regioni presenti sono stati illustrati alcuni elementi salienti della metodologia.

- **L’orizzonte temporale.** La formazione di professionisti impiega un notevole tempo (medici dodici anni prima di poter esercitare, infermieri tre anni ecc.). E’ quindi necessario un orizzonte temporale per la programmazione di almeno lo stesso numero di anni. La struttura produttiva (ospedali, territorio..) ha una rigidità strutturale interna che determina tempi lunghi per

effettuare dei cambiamenti in risposta a variazioni della domanda da parte della popolazione. E' quindi importante prevedere dei tempi sufficientemente lunghi per la pianificazione dei servizi e del relativo bisogno di professionisti. La struttura formativa ha anch'essa una rigidità strutturale interna che richiede tempi lunghi per eventuali cambiamenti della quantità e della qualità di nuovi professionisti. Tutte queste considerazioni richiedono una pianificazione di almeno 10/15 anni per poter effettivamente cambiare l'offerta di servizi e di professionisti in sintonia con le esigenze della popolazione. La sanità italiana è parzialmente pubblica in quanto esiste anche una parte privata che varia con il tipo di professionista (medico, infermiere, ostetrico, dentista, farmacista). Nel tempo il limite tra la parte pubblica e quella privata può, inoltre, variare. La pianificazione deve quindi necessariamente riguardare il fabbisogno e l'offerta di tutti i servizi e di tutti i professionisti della sanità.

- Alcune criticità importanti da affrontare nella pianificazione:
 - Non esiste un modello unico “scientifico” per valutare l'appropriatezza della necessità di professionisti, che dovrà riflettere decisioni “politiche”.
 - Non tutti i professionisti esaminati e iscritti nell'ordine sono attivi. Negli studi internazionali, la stima dell'effettivo numero di medici “professionalmente attivi” (con compiti non strettamente sanitari) può posizionarsi tra il 4/5 e il 2/3 di tutti i professionisti presenti.
 - I modelli comuni per il forecasting usano principalmente i cambiamenti demografici presupponendo un fabbisogno invariato per singolo segmento della popolazione. Nel frattempo, gli studi storici sull'impiego di professionisti attribuiscono soltanto una minima parte ai cambiamenti demografici.
- Le raccomandazioni date dalla letteratura per la creazione di un buon sistema di pianificazione possono essere sintetizzate in modo seguente:
 - Bisogna creare un contesto di pianificazione che sia:
 - integrato con gli altri sistemi di pianificazione in particolare con la pianificazione dei servizi da erogare e delle risorse da destinare;
 - consistente e basato su evidenze scientifiche
 - flessibile e adattabile a cambiamenti del sistema sanitario
 - E' necessaria un'organizzazione dedicata per il disegno, il monitoraggio e la valutazione delle azioni decise.
 - La pianificazione deve essere basata su una descrizione dei profili lavorativi per ciascun tipo di professionista sanitario.
 - E' utile adattare, nel nostro paese, soluzioni che si sono rilevate positive in altri paesi (europei).
- La pianificazione (Plan) deve essere inserita in un processo di miglioramento continuo in cui è seguita da una fase di realizzazione delle azioni decise (Do) e durante la quale si misurano e si verificano i risultati (Check) e si effettuano azioni correttive se necessarie (Act).

- L'informazione che dovrà essere trattata dalla programmazione è sintetizzata dalla seguente figura:



- **La formazione (voce 1)** rappresenta il numero di nuovi professionisti prodotto ogni anno dalle istituzioni scolastiche.
- **La migrazione (voce 2)** assume un'importanza diversa a seconda dell'entità del fenomeno nei singoli stati.
- **L'entità della forza lavoro attuale (Voce 3)** dipende anche dalla capacità di identificare i professionisti in pensione che ancora esercitano la professione privatamente e i professionisti occupati in attività non sanitarie.
- **Il pensionamento (voce 4)** dipende dalle singole decisioni e dalla legislazione che disciplina il diritto al pensionamento. L'entità della forza lavoro è molto sensibile a questo parametro
- **Il ritorno al posto di lavoro (voce 5)** potrebbe essere più strettamente collegato ad alcune professioni (ad es. infermieri) rispetto ad altre.
- **Esigenze della popolazione (voce 7).** E' possibile stimare le esigenze future sulla base dei cambiamenti della popolazione previsti, ma gli studi evidenziano legami poco significativi in passato.
- **Operatori sanitari richiesti per la produzione di salute (voce 6).** E' necessario collegare il fabbisogno di personale alla pianificazione delle risorse economiche e alla pianificazione della produzione sanitaria.

Infine si è parlato di diverse strategie di forecasting che possono essere basate su alcuni modelli:

Meeting minutes

- ✓ **Offerta:** determinare la necessità di professionisti presupponendo una organizzazione invariata e il livello di servizio attuale.
- ✓ **Domanda:** determinare la necessità di professionisti per soddisfare un cambiamento della domanda in funzione dei parametri della popolazione
- ✓ **Fabbisogno:** determinare la necessità di professionisti per soddisfare un appropriato numero di prestazioni per la popolazione.
- ✓ **Benchmarking:** sulla base di un confronto con una realtà virtuosa determinare il fabbisogno di professionisti. (modello realistico in funzione delle caratteristiche della popolazione e dell'organizzazione)

L'ultimo di questi metodi (il benchmarking) può essere molto utile per favorire una discussione aperta sulle possibili variazioni nel futuro. Sarebbe, per esempio, utile analizzare le differenze tra il numero di medici e infermieri presenti in Italia e quello dei varie paesi europei che presentano una variabilità notevole (l'Austria ha 1,8 volte più medici pro capite della Gran Bretagna e la metà degli infermieri della Danimarca).

6. Interventi delle Regioni italiane presenti.

A conclusione della presentazione di Gullstrand intervengono i rappresentanti delle regioni riportando le prassi da loro seguite per la determinazioni dei fabbisogni e loro criticità.

Liguria: *il dott. Quaglia* dichiara che per la regione il driver è il fabbisogno di assistenza (non partono dal vincolo di budget). In Liguria stanno misurando, per applicare gli standard di strutture organizzative delle ASR, il fabbisogno della popolazione. Hanno un sistema molto articolato per il piano assunzioni, ossia un sistema di alimentazione automatica di movimentazioni del personale (dipendenti indeterminati, determinati, interinali, borse di studio). Per quanto riguarda il lato offerta dal privato, non rilevano problemi nel reperire dati per il privato accreditato. Mentre per loro è difficile reperire i dati per l'emigrazione. Sottolinea poi due aspetti: la difficoltà di rilevare i dati di attività del territorio, per esempio l'attività dei consultori e la necessità di rendere le realtà regionali confrontabili.

Marche: *la dott.ssa Moretti* fa notare la limitatezza di tenere in considerazione solo il dato del servizio pubblico. Infine, evidenziano come la riorganizzazione delle reti e l'invecchiamento della popolazione cambiano lo scenario futuro e quindi cambiano la domanda di professionisti.

Emilia-Romagna: *il dott. Ruozzi* pone l'attenzione, rispetto alla loro esperienza, sulla difficoltà a coinvolgere i "produttori di dati" e sull'inerzia del sistema al cambiamento.

Piemonte: *dott.ssa Castgna* comunica che la regione usa, per rilevare i dati sull'andamento dello stock nelle ASR, la piattaforma ECM, avendo sotto controllo le necessità formative delle ASR. Rilevano, quale criticità, il fatto che ogni regione oggi adotta strumenti propri ma

anche che non esistono strumenti oggettivi di determinazione del fabbisogno formativo. Inoltre evidenzia l'incongruenza di avere un PSSR di durata triennale, mentre i fabbisogni dovrebbero essere espressi in base alla situazione che si creerà tra 15 anni. Infine, fa notare come ci siano state diverse esperienze fallite in passato per migliorare la raccolta dei fabbisogni e quindi, sulla base di tali fallimenti, esprime perplessità sul fatto che la situazione possa migliorare, per esempio sul fronte delle logiche, ad oggi incomprensibili, del MIUR.

Toscana: *il dott. Fantechi* rileva una difficoltà nel sapere chi è professionalmente attivo. Propone quindi di unire le banche dati regionali e nazionali dell'ECM. Fa notare quindi come anche i libero-professionisti sono difficili da "catturare" nella raccolta dati.

Veneto: *il dott. Costa* sottolinea l'importanza di adottare un'ottica di medio-lungo periodo e di risultare quindi credibili verso il MIUR nonché il dovere di usare bene le poche risorse formative aggiuntive regionali per gli specialisti medici. Per quanto riguarda i dati a disposizione sullo stock di personale delle ASR sono facilitati perché le 24 ASR venete usano lo stesso software e quindi i dati possono essere scaricati centralmente. Manca però la valutazione dei bisogni di salute.

Lombardia: *la dott.ssa Luzzi* dichiara che la regione ha a disposizione dal 2001 un tracciato record compilato da tutte le aziende pubbliche (tracciato molto puntuale). È un sistema minuzioso che usano per definire le deroghe, anche sulle singole strutture all'interno delle ASR, all'assunzione del personale. Ciò che però tiene tutto ed è di riferimento è il vincolo di spesa sul personale. Trova interessante l'idea di raccordare la programmazione dei servizi con la programmazione delle risorse umane. Considera poi importante poi, facendo riferimento allo studio dell'Emilia Romagna, ragionare sugli scenari. È importante anche poter lavorare su dati raccolti a livello nazionale nonché sul tema delle competenze dei medici, sullo skill mix e sulle opportunità di carriera.

Sicilia: *la dott.ssa Montante* fa notare come il privato è molto ampio in Sicilia per cui non sarà semplice fornire anche solo i dati sullo stock. Però considerano la pianificazione delle risorse umane uno strumento strategico.

Campania: *l'avv.to Postiglione* ricorda come dal 1988 (legge Donat Cattin) non sia più stato fatto uno sforzo sinergico per definire degli standard dell'organizzazione del lavoro in sanità. È importante quindi creare una metodologia unica per le regioni su questo tema.

7. Intervento dott.ssa Lucia Lispi

Interviene anche nel discorso anche la dott.sa Lucia Lispi, direttore dell'ufficio SiVeAS della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria del Ministero della Salute, che ricorda come il piano di rientro ha aiutato a sanare alcune situazioni di eccesso che si erano create, per le quali il blocco del turn over è stata una soluzione utile per riportare in equilibrio l'offerta con la domanda, anche se

dopo molti anni il blocco del turn over può causare difficoltà. Il piano di rientro poi obbliga la Regione a organizzarsi per la raccolta dati, facilitandoli quindi nella successiva pianificazione. Ricorda poi come vi sia poca normativa sugli standard di assistenza. Il Ministero in questo senso ha fatto un lavoro sull'assistenza ospedaliera e da questo lavoro hanno visto che ci sono grosse disparità tra le varie realtà.

8. Intervento dott. Ragnar Gullstrand (secondo)

Alle ore 16.00 riprende la parola Gullstrand per illustrare brevemente il piano dell'applicazione pilota. Si usa il termine Applicazione pilota per evidenziare che non si tratta di effettuare uno studio “a tavolino” ma di applicare effettivamente le metodologie dell'Hand-book. Le metodologie riguardano sia il modello di pianificazione che di previsione (forecasting).

Al termine dell'Applicazione pilota è previsto un Rapporto sulle esperienze e i risultati raggiunti nonché delle raccomandazioni per il futuro che saranno utilizzati per il nuovo progetto europeo 2016-2020.

Le scadenze del WP5 sono:

1. Nov 2013 => D051 Definire un modello base di pianificazione e fornire il relativo set di indicatori (MDS)
2. Set 2014 => D052 Linee guida di metodologie di pianificazione (Hand-book)
3. Gen 2015 => D053 (con D024) Web portal di HWF metodologie di pianificazione
4. Feb 2016 => D054 Studio sulle esperienze dell'applicazione pilota

L'Applicazione pilota potrà, quindi, utilizzare sia l'Hand-book sia il Web portal.

8.1 L'applicazione pilota

- Lavorerà su un progetto con delle scadenze fisse per sostenere le autorità nazionali e regionali nella realizzazione di modelli, procedure e strumenti, seguendo il manuale.
- Creerà un Comitato Direttivo con il compito di controllo strategico dello studio pilota e che deve informare la Commissione sull'avanzamento dei lavori.
- Scriverà una relazione sulle esperienze pilota.
- Verificherà il valore della realizzazione per fornire suggerimenti di miglioramento (con WP7).

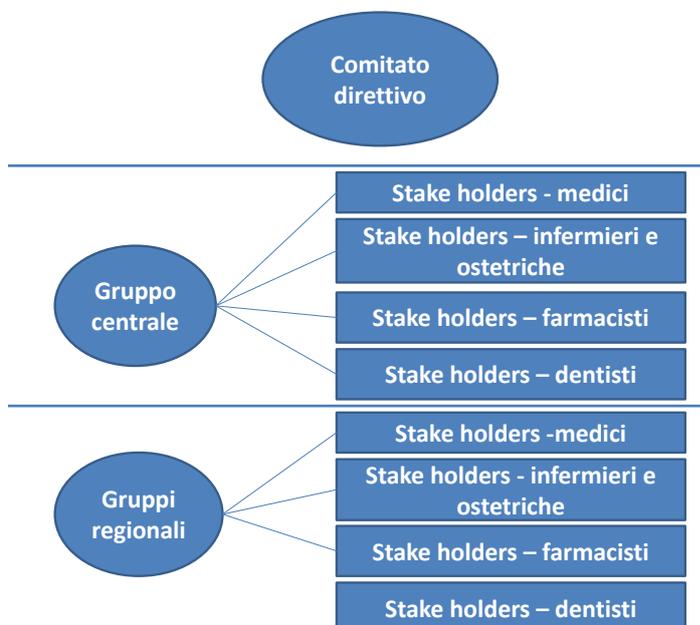
Il piano di lavoro dell'applicazione pilota prevede quattro fasi con i relativi mesi di inizio:

1. Novembre 2013 => la Fase 1 "Preparare obiettivi e squadra "
2. Marzo 2014 => la Fase 2 "Preparare contenuto e programmazione operativa"
3. Gennaio 2015 => la Fase 3 “Realizzazione dell'Applicazione pilota” (raccolta informazione, kick-off, applicazione)
4. Ottobre 2015 => la Fase 4 “Valutazione dell'applicazione pilota” and “Stesura rapporto”

E' stata chiarita la necessità di comprendere tutte le cinque professioni nel progetto (medici, infermieri, ostetriche, farmacisti e dentisti).

8.2 La struttura organizzativa del progetto

Il progetto è organizzato come risulta dalla seguente figura:



Il Comitato Direttivo ha la responsabilità nel coordinare le varie attività nei due paesi e garantire i collegamenti tra gli altri work-packages coinvolti e ha, ad oggi, dieci componenti:

- WP1, per il coordinamento complessivo
- WP5, l'Italia e il Portogallo
- WP4, per il coordinamento con le rilevazioni dei dati
- WP7, per il futuro
- Due regioni italiane
- EFN (European Federation of Nurses)
- PGEU (Pharmaceutical Group of European Union)
- ENMCA (European Network of Medical Competent Authorities)
- CED (Council of European Dentists)

Il Gruppo centrale italiano è composto da rappresentanti del Ministero della salute e Agenas.

Tra gli stakeholders si trovano il Ministero dell'Economia e Finanza, Gli ordini professionali e le associazioni, l'ISTAT, gli enti previdenziali e l'Università.

Ciascuna regione partecipante ha un gruppo di progetto e deve attivare i propri gruppi di stakeholders.

Alla fine è stato presentato l’elenco delle attività del progetto e le scadenze relative.

FASE	ATTIVITA'	SCADENZA
1. Preparare obiettivi e squadra	Creare le squadre del progetto.	Apr 2014
	Incontri tra le squadre per condividere le informazioni sulla informazione disponibile e l’attuale livello di pianificazione.	
	Scegliere due rappresentanti regionali del Comitato Direttivo.	
	Sottoscrizione del contratto di Applicazione pilota (le regioni con il WP1).	Dic 2014
	Attribuire ruoli e responsabilità; chi sarà il capo progetto dell’applicazione pilota; chi rappresenterà il punto di contatto di ciascuna regione e paese; chi lavorerà operativamente sul campo.	
2. Preparare contenuto e programma operativo	Definire una bozza di modello e discutere con le squadre.	Dic 2014
	Finalizzare il modello.	
	Presentare il modello finale.	
	Visitare i siti delle applicazioni (Portogallo e almeno una delle regioni italiane).	
	Identificare fabbisogno formativo delle quadre e fare formazione.	
	Definire i gruppi di stakeholders.	
3. Applicazione del progetto	Iniziare la raccolta di informazione e la costruzione di un modello di prova.	Giu 2015
	Kick-off.	Apr 2015
	Eseguire il percorso di pianificazione alcune volte con i gruppi di stake-holders.	Nov 2015
	Da decidere con il WP3.	Dic 2015
Misurare e valutare i valori misurati e dare suggerimenti di miglioramento. Da determinare insieme con il WP7		
5. Stesura report finale	Da decidere	Mar 2016

Alla spiegazione di Gullstrand sulla struttura e pianificazione dell’applicazione pilota seguono alcuni commenti da parte dei rappresentanti delle regioni.

Campania: intravedono criticità per quanto riguarda la qualità dei dati in loro possesso oltre a prospettare alcune difficoltà a trovare le persone da coinvolgere in questo progetto.

Meeting minutes

Lombardia: dichiarano che coinvolgeranno gli operatori delle ASR nel progetto. Chiedono inoltre quale tipo di contratto dovrà essere stipulato per la partecipazione della regione allo studio pilota.

Risponde **il dott. Leonardi** affermando che nella successiva riunione che si terrà a Firenze il 7 maggio con i vari partner della Joint Action, il WP1 fornirà chiarimenti su questo tema.

Sicilia: intravedono difficoltà nel coinvolgere i vari stakeholder, in particolare l'università.

Marche: dichiarano che per loro sarà importante riuscire a integrare la loro base dati con la riorganizzazione della rete di servizi che stanno attuando.

Conclude l'incontro alle ore 16.30 il dott. Leonardi ricordando che il MIUR orienta le sue scelte anche in base alla qualità della formazione universitaria erogata dai diversi atenei.

Ribadisce poi il ruolo strategico dell'Osservatorio delle professioni sanitarie, sia a livello regionale che nazionale.

Sottolinea poi come la Joint Action avrà anche ricadute positive sul sistema ECM e sullo sviluppo delle competenze.

Alle 17.00 la riunione si conclude.

9. Elenco dei partecipanti

ISTITUZIONE	NOMINATIVO
MINISTERO delle SALUTE	Giovanni Leonardi
	Annalisa Malgieri
	Lucia Lispi
	Francesca Iossa
	Francesca Marano
	Francesca Loi
AGENAS	Ragnar Gullstrand
	Paolo Michelutti
	Anna Maria Pacini
	Gilles Dessault
Regione BASILICATA	Maria Carmela Panetta
Regione CAMPANIA	Antonio Postiglione
Regione EMILIA ROMAGNA	Corrado Ruozi
	Francesca Senense
	Paolo Tubertini
Istituzioni regionali dell'EMILIA ROMAGNA	Tiziana Lavalle
	Barbara Curcio Rubertini
	Tiziano Carradori
	Salvatore De Franco
	Sircana Luca
	Campaniello, Giovanna
	Angelina Mazzocchetti
	Vandelli Paola
Regione LIGURIA	Francesco Quaglia
Regione LOMBARDIA	Roberto Zuffada
	Loredana Luzzi
Regione MARCHE	Loredana Moretti
Regione PIEMONTE	Rosa Franca Castagno
Regione SICILIA	Patrizia Montante
	Antonella Iacono
Regione TOSCANA	Alessandro Fantechi
Regione VENETO	Claudio Costa
	Elisabetta Girace

10. ALLEGATO 1 - Questionario “esigenze per il portale web”

WP5 questionario di analisi delle esigenze per il portale web

sulle metodologie di pianificazione del personale sanitario (HWF)

Uno degli scopi della Joint Action Health Workforce Planning and Forecasting è la costruzione di una risorsa web che, oltre a illustrare le buone pratiche esistenti a livello europeo, faccia da punto di riferimento per tutti i soggetti che dovranno implementare le metodologie di pianificazione in fase di sperimentazione.

Sez. Generale: utilizzo internet, web e social network

1. Quanto usa internet (mail, navigazione web, social) ogni giorno, sia a scopo professionale che ludico?

Non tutti i giorni almeno 1 ora almeno 4 ore più di 4 ore

2. Utilizza servizi internet tramite dispositivi mobili (smartphone e/o tablet)?

Mai ogni tanto una volta a settimana
 alcune volte durante la settimana tutti i giorni più volte al giorno

3. Se sì, per quali di queste funzionalità?

posta elettronica navigazione internet navigatore satellitare
 social networks altro _____

4. Ha mai usato uno di questi sistemi di condivisione dei documenti su web?

Dropbox Google Drive Microsoft OneDrive Box
 altro _____

5. Quali di questi strumenti social conosce e sarebbe in grado di descrivere in maniera sintetica?

Facebook Linkedin Google + Wiki Skype Twitter
 SlideShare Pinterest Instagram altro _____

6. Quali di questi social utilizza con cadenza almeno settimanale?

Facebook Linkedin Google + Wiki Skype Twitter
 SlideShare Pinterest Instagram altro _____

Sez. Specifica: caratteristiche per il sito Health Workforce Planning

7. Quali di queste funzionalità si aspetterebbe di trovare nel sito?

(Assegna un punteggio da 1 a 5 a ogni funzionalità, dove 1 = poco utile, 5 = molto utile).

Diffusione di informazioni tramite documenti scaricabili e pagine web.	1	2	3	4	5
Presenza di materiali scaricabili, pronti per essere usati all'interno di presentazioni o documenti ufficiali.	1	2	3	4	5
Presenza di video informativi e altri materiali multimediali.	1	2	3	4	5
Trovare notizie sullo stato di avanzamento del progetto europeo e degli studi pilota, anche nelle altre regioni.	1	2	3	4	5
Presenza di una newsletter a cadenza definita che informi sullo stato di avanzamento del progetto e sulle novità ad esso correlate.	1	2	3	4	5
Possibilità di porre domande e ottenere risposte da tecnici ed esperti.	1	2	3	4	5
Possibilità di discutere con altri utenti (policy makers, esperti, funzionari pubblici).	1	2	3	4	5
Possibilità di pubblicare articoli e riflessioni sulla propria esperienza nell'applicare la metodologia.	1	2	3	4	5
Presenza di strumenti informatici che consentano l'elaborazione di dati e l'applicazione di formule statistiche.	1	2	3	4	5
Presenza di strumenti destinati a comporre un archivio di conoscenze mediante la collaborazione degli utenti (es. wikipedia)	1	2	3	4	5

8. Come utente del sito, pensa sarebbe importante poter interagire tramite:

(Assegna un punteggio da 1 a 5 a ogni funzionalità, dove 1 = poco utile, 5 = molto utile).

via mail a referenti per i vari settori.	1	2	3	4	5
commenti su notizie e post.	1	2	3	4	5
discussioni organizzate tramite forum.	1	2	3	4	5
pubblicazione diretta di contenuti tramite un account personale.	1	2	3	4	5

9. Ritieni che il sito debba essere tradotto in lingua italiana per essere fruito dagli utenti regionali che sperimenteranno lo studio pilota?

Sì, mi sembra molto importante No, non è una priorità

10. Consulterebbe il sito e ne utilizzerebbe le modalità di interazione nel caso in cui tutti i contenuti fossero esclusivamente in inglese?

Sì Probabilmente sì Probabilmente no No

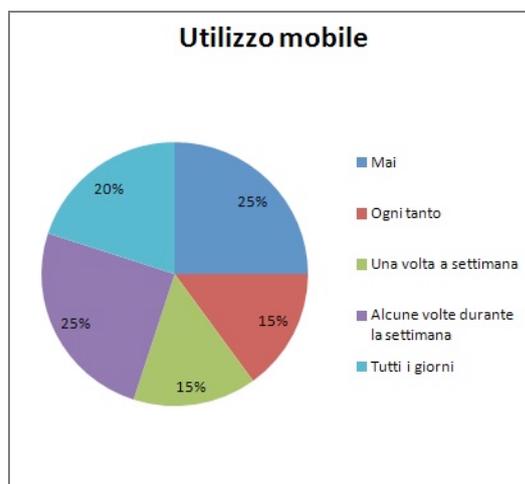
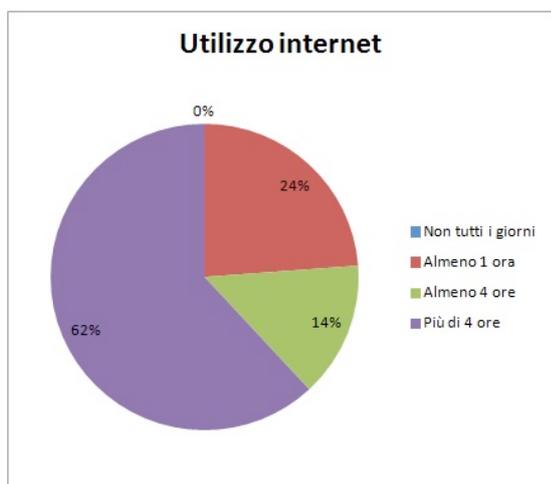
11. ALLEGATO 1 - Analisi questionario “esigenze per il portale web”

Alle ore 14, prima della ripresa del workshop dopo la pausa pranzo, ai partecipanti è stato somministrato un questionario (vedi allegato 2) di analisi delle esigenze per il portale web sulle metodologie di pianificazione del personale sanitario che il Workpackage 5 dovrà implementare a gennaio 2015. Questi i risultati dell’indagine.

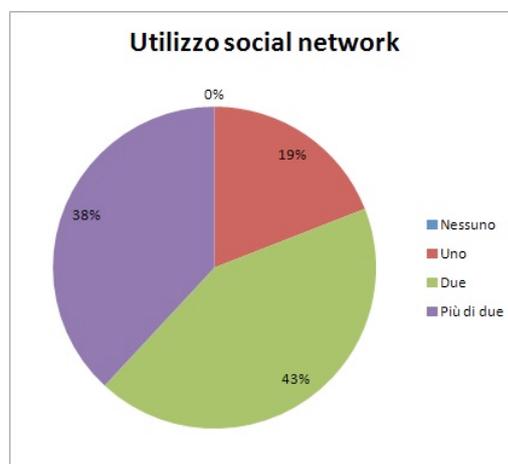
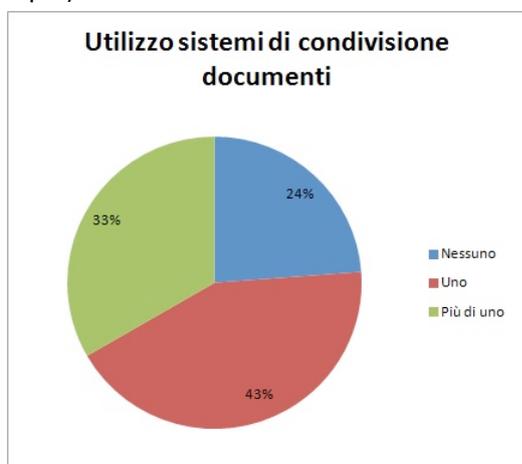
Numero questionari raccolti: 21

La prima parte del questionario era finalizzata a inquadrare il livello di familiarità dei soggetti con internet e i suoi strumenti più diffusi.

Le risposte alle domande 1 e 2 mostrano come la grande maggioranza dei soggetti utilizzi quotidianamente internet (mail, navigazione web, social): il 76%, infatti, afferma di passare ogni giorno 4 ore o più su internet. Più diversificato l’uso dei dispositivi mobili: solo il 20% li usa tutti i giorni, e più della metà (55%) afferma di farne un uso sporadico.



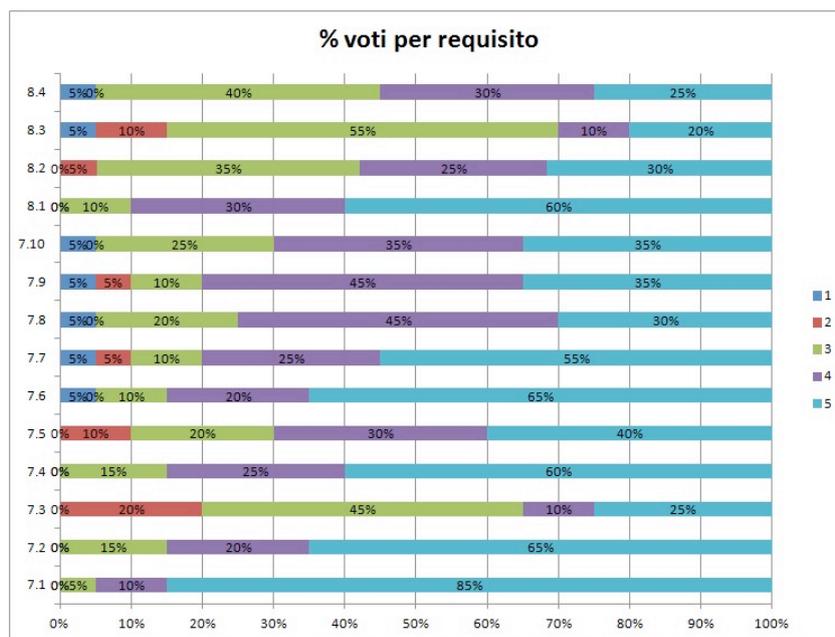
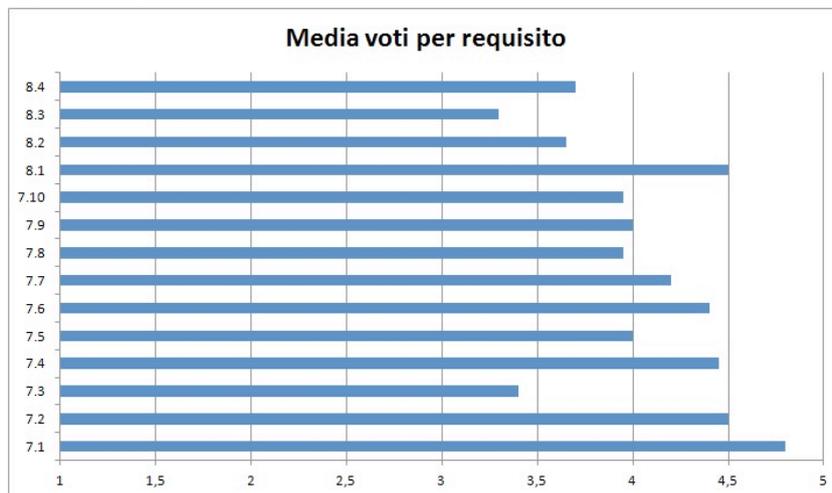
Dalle risposte alle domande 4, 5 e 6, invece, si evidenzia una buona diffusione dell’uso dei sistemi di condivisione dei documenti (il 76% ne utilizza almeno uno) e dei social network (l’81% ne utilizza due o più).



Meeting minutes

Di seguito, invece, le risposte relative alle funzionalità desiderate all'interno del sito. I due grafici mostrano, rispettivamente: una media dei voti assegnati a ciascuna funzionalità; la percentuale delle occorrenze di ognuno dei voti, per ciascuna funzionalità.

La legenda dei requisiti è riportata nella tabella in fondo al documento.



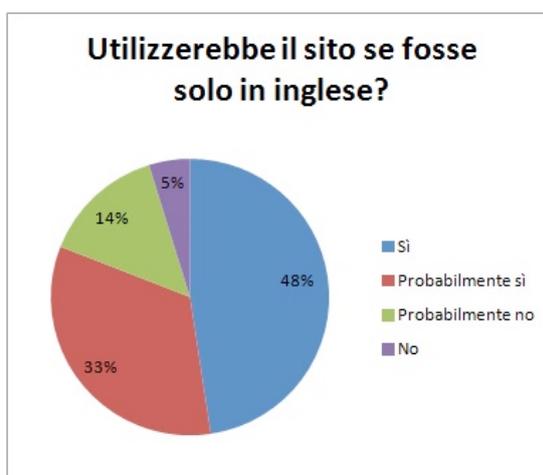
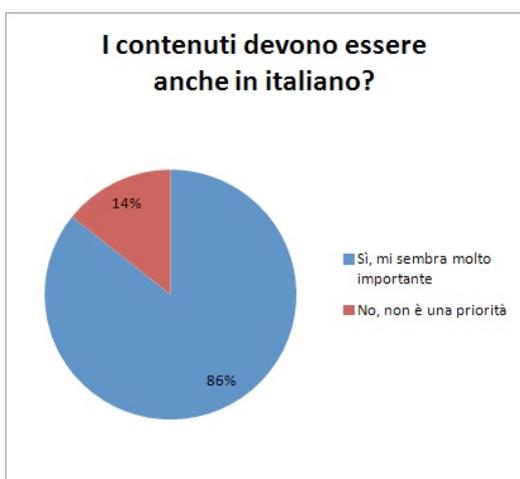
In generale, i soggetti mostrano la tendenza a dare una votazione alta (da 3 a 5). Emergono alcune tendenze piuttosto nette:

- Scarsa rilevanza assegnata ai contenuti multimediali (7.3).
- Notevole importanza data alla possibilità di interazione con esperti e altri utenti (7.6, 7.7, 8.1). Si nota, qui, un'incoerenza tra le risposte date alle domande 7.7 e 8.3: da un lato l'80% dei soggetti assegna un voto da 4 a 5 alla possibilità di discutere con altri utenti, dall'altro solo il 30% ritiene importante avere a disposizione discussioni organizzate tramite forum.

Meeting minutes

- Dal punto precedente si evince, forse, che nella domanda 7.7 gli utenti hanno dato maggior risalto alla tipologia degli utenti con cui discutere, poiché la domanda specificava “policy makers, esperti, funzionari pubblici”. Ne emergerebbe, quindi, un quadro un cui gli utenti desiderano interagire con “esperti” a vario titolo, piuttosto che con altri utenti in generale.

Infine, per quanto riguarda la lingua: se una schiacciante maggioranza (86%) ritiene che il sito dovrebbe essere anche in italiano, tuttavia l’81% dei soggetti si dichiara disponibile o probabilmente disponibile a utilizzare e interagire con il sito anche nel caso in cui i contenuti fossero esclusivamente in inglese.



11.1 **Legenda requisiti**

7.1	Diffusione di informazioni tramite documenti scaricabili e pagine web.
7.2	Presenza di materiali scaricabili pronti per essere usati all’interno di presentazioni o documenti ufficiali
7.3	Presenza di video informativi e altri materiali multimediali
7.4	Trovare notizie sullo stato di avanzamento del progetto europeo e degli studi pilota, anche nelle altre regioni
7.5	Presenza di una newsletter a cadenza definita che mi informi sullo stadio di avanzamento del progetto e sulle novità ad esso correlate
7.6	Possibilità di porre domande e ottenere risposte da tecnici ed esperti
7.8	Possibilità di discutere con altri utenti (policy makers, esperti, funzionari pubblici).
7.8	Possibilità di pubblicare articoli e riflessioni sulla propria esperienza nell’applicare la metodologia
7.9	Presenza di strumenti informatici che consentano l’elaborazione di dati e l’applicazione di formule statistiche
7.10	Presenza di strumenti destinati a comporre un archivio di conoscenze mediante la collaborazione degli utenti (es. wikipedia)
8.1	Invio mail a referenti per i vari settori
8.2	Commenti su notizie e post
8.3	Discussioni organizzate tramite forum
8.4	Pubblicazione diretta di contenuti tramite un account personale