



ORIGINALE

GIUNTA REGIONALE

Seduta del 25 GEN. 2019 Deliberazione N. 37

L'anno il giorno del mese di 25 GEN. 2019
negli uffici della Regione Abruzzo, si è riunita la Giunta Regionale presieduta dal
Sig. Presidente Giovanni LOLLI
con l'intervento dei componenti:

	P	A
1. LOLLI Giovanni	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. BERARDINETTI Lorenzo	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. D'IGNAZIO Giorgio	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. PAOLUCCI Silvio	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
5. PEPE Dino	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. SCLOCCO Marinella	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

Svolge le funzioni di Segretario Daniela Valenza

OGGETTO

INDICAZIONI OPERATIVE PER LA PREDISPOSIZIONE DEL PIANO TRIENNALE DI FABBISOGNO DI PERSONALE DELLE AZIENDE UNITÀ SANITARIE LOCALI DEL SSR.

LA GIUNTA REGIONALE

PREMESSO che:

- con la **D.G.R. 20 ottobre 2016 n. 644**, si è preso atto che la Regione Abruzzo è rientrata nell'esercizio delle funzioni precedentemente ricomprese nel mandato commissariale e, quindi, anche di quella inerente la razionalizzazione e il contenimento della spesa del personale, nel rispetto della cornice normativa vigente in materia sanitaria e in materia di Piani di rientro dai deficit sanitari, ferme restando le modalità di verifica e di affiancamento di cui alla lettera g) della Deliberazione del Consiglio dei Ministri del 15 settembre 2016;

- con la **D.G.R. 20 ottobre 2016 n. 645**, sono state approvate - in attuazione del Piano di Riqualificazione del Servizio Sanitario Regionale Abruzzese 2016-2018 - le *“Linee di indirizzo regionali in materia di risorse umane delle Aziende Unità Sanitarie Locali della Regione Abruzzo”* successivamente modificate e sostituite con i seguenti atti giuntali: **D.G.R. n. 334 del 26 giugno 2017**, **D.G.R. n. 26 del 24 gennaio 2018** e **D.G.R. n. 486 del 5 luglio 2018**, al fine di controllare il rispetto dei tetti di spesa in materia di personale fissati dalla legge e dagli indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione della Aziende Sanitarie regionali;

CONSIDERATO che:

- nell'ambito del complesso processo di riordino del Servizio Sanitario Regionale in corso di attuazione, facendo seguito ai provvedimenti di razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera e di definizione delle linee guida per la redazione dei nuovi atti aziendali nonché alle recenti disposizioni nazionali in materia di personale delle Pubbliche Amministrazioni (D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165, così come modificato dal D.Lgs. 25 maggio 2017 n. 75; Legge n. 208/2015, c.d. Legge di stabilità 2016), si rende necessario prevedere nuovi modelli organizzativo-gestionali che devono trovare adeguato riscontro e rispondenza anche dal punto di vista delle risorse umane impiegate, fermo restando il rispetto dei vincoli di spesa previsti dall'articolo 1 - comma 565 - della Legge 27 dicembre 2006 n. 296 (i cui contenuti sono stati confermati dall'articolo 2, comma 71, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni) e dall'art. 9, comma 28, del D.L. n. 78/2010 convertito in Legge n. 122/2010;

- in particolare, l'art. 4 del citato D.Lgs. n. 75/2017 ha modificato e integrato gli articoli 6 e 6-bis e ha introdotto l'art. 6-ter del D.Lgs. n. 165/2001, al fine di innovare la logica e la metodologia che le amministrazioni devono seguire nell'organizzazione e nella definizione dei fabbisogni di personale;

- infatti, l'art. 6, comma 2, del D.lgs. n. 165/2001 e s.m.i. prevede - tra l'altro - quanto segue:

“Allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter.”;

- le *“Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle PA”* di cui al citato art. 6-ter del D.Lgs.n. 165/2001, sono state emanate con il D.P.C.M. 8 maggio 2018 e sono entrate in vigore il 27 luglio 2018, dettando una specifica disciplina per gli enti del Servizio sanitario nazionale;

- l'art. 6, comma 6, del D.lgs. n. 165/2001 e s.m.i. prevede che *“Le amministrazioni pubbliche che non provvedono agli adempimenti di cui al presente articolo non possono assumere nuovo personale”;*

RILEVATA, pertanto, la necessità di fornire alle Aziende UU.SS.LL. del SSR indicazioni operative per l'applicazione omogenea delle anzidette linee di indirizzo ai fini della predisposizione dei rispettivi Piani Triennali di Fabbisogno di Personale (PTFP) e di consentire alle stesse Aziende la regolare gestione delle dinamiche del personale;

EVIDENZIATO che le *“Indicazioni operative per la predisposizione del Piano Triennale di Fabbisogno di Personale delle Aziende Unità Sanitarie Locali del SSR”*, contenute nell'**Allegato 1** che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto, comprendono anche la *“Metodologia per la determinazione del Fabbisogno di personale del servizio sanitario della Regione Abruzzo”;*

RITENUTO di dover rappresentare, in relazione alla suddetta metodologia, che:



- a livello nazionale si è manifestata la necessità di individuare il “Metodo per la determinazione del Fabbisogno di personale ospedaliero” ai fini della valutazione dei piani di fabbisogno di personale redatti dalle Regioni ai sensi dell’art.1 comma 541 lett. b) della citata L.n. 208/2015;

- il suddetto metodo è stato approvato in Commissione Salute nella seduta del 20 dicembre 2017 ed è stato utilizzato dalla Regione Abruzzo (con alcune modifiche e integrazioni dettate, da un lato, dalla carenza metodologica in alcuni ambiti e, dall’altro lato, dalla specificità della realtà sanitaria regionale) per determinare il fabbisogno di personale ospedaliero del servizio sanitario regionale;

- al fine di garantire la coerenza complessiva tra il piano del fabbisogno di cui all’art.1 comma 541 lett. b) della L.208/2015 e i piani triennali di fabbisogno di personale delle Aziende UU.SS.LL. di cui all’art. 6 del D.Lgs. 165/2001, il metodo in questione è stato completato anche con la previsione di criteri per la determinazione del fabbisogno di personale relativo all’area dell’assistenza distrettuale, all’area della prevenzione e a quella del restante personale (sanitario, professionale, tecnico e amministrativo), utilizzando principalmente - in assenza di specifiche e nuove metodologie - i criteri indicati nelle “Linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende UU.SS.LL.” di cui al Decreto Commissariale n. 49 /2012 che - è opportuno ricordarlo - ha avuto piena validazione da parte Ministeri della Salute e dell’Economia e delle Finanze con il parere prot. n. ABRUZZO-DGPROG-17/01/2013-0000016-P;

- il fabbisogno di personale, risultante dalla prima applicazione della suddetta metodologia, è stato determinato nel rispetto del vincolo di spesa di cui al già citato articolo 2, comma 71, della Legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii. (spesa del personale sostenuta nell’anno 2004 diminuita dell’1,4%) ed è stato trasmesso dalla Regione Abruzzo ai competenti Organismi Ministeriali in attuazione della Circolare del Ministero della Salute del 25 febbraio 2016;

RITENUTO, pertanto, di dover precisare che le suddette indicazioni comprendenti la “Metodologia per la determinazione del Fabbisogno di personale del servizio sanitario della Regione Abruzzo”:

- sono state condivise con i referenti delle Aziende UU.SS.LL. del SSR;
- devono essere rispettate dalle Aziende del SSR nella predisposizione dei rispettivi Piani Triennali di Fabbisogno di Personale;
- sostituiscono le linee di indirizzo regionali di cui alla D.G.R. n. 486/2018;

RITENUTO, altresì, di dover definire il procedimento per l’adozione e l’approvazione dei Piani Triennali di Fabbisogno di Personale, stabilendo che:

- in sede di prima applicazione, i piani devono essere adottati in via provvisoria dai Direttori Generali delle Aziende del SSR e trasmessi al Dipartimento per la Salute e il Welfare della Regione Abruzzo, mediante posta elettronica certificata, entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente atto sul sito istituzionale della Regione Abruzzo;

- nei successivi 60 giorni, fatte salve eventuali richieste di chiarimenti o integrazioni, la Giunta Regionale approva i piani che devono essere adottati in via definitiva dalle Aziende del SSR;

- entro 30 giorni dalla loro adozione definitiva i contenuti dei piani sono comunicati, a cura delle stesse Aziende, tramite il sistema di cui all’art. 60 del D.Lgs. n. 165/2001;

- i piani successivi al primo devono essere:

- a) adottati in via provvisoria da parte delle Aziende del SSR entro il 30 novembre di ogni anno;
- b) approvati dalla Giunta Regionale entro il 31 gennaio dell’anno successivo, fatte salve eventuali richieste di chiarimenti o integrazioni;



- c) adottati in via definitiva dalle stesse Aziende successivamente alla predetta approvazione e comunicati nei loro contenuti nei seguenti 30 giorni tramite il sistema di cui all'art. 60 del D.Lgs. n. 165/2001;

CONSIDERATO che:

- il PTFP si sviluppa, come previsto nell'art. 6 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i, in prospettiva triennale e deve essere adottato annualmente con la conseguenza che di anno in anno può essere modificato in relazione alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo o funzionale;
- l'eventuale modifica in corso di anno del PTFP è consentita soltanto a fronte di situazioni nuove e non prevedibili e deve essere in ogni caso adeguatamente motivata;

RICHIAMATO l'art. 6, comma 4, del D.lgs. n. 165/2001 e s.m.i. secondo cui nell'adozione del PTFP è assicurata la preventiva informazione sindacale, ove prevista nei contratti collettivi nazionali;

VISTO il Decreto del Presidente del Consiglio Regionale n. 24 del 16.08.2018, con il quale è stato disposto lo scioglimento del Consiglio Regionale;

VISTO l'articolo 86, comma 3, del vigente Statuto in forza del quale nel caso di scioglimento anticipato del Consiglio Regionale le funzioni del medesimo sono limitate a quelle previste dalla lett. a) dello stesso comma, mentre le funzioni dell'Organo Esecutivo della Regione sono limitate all'ordinaria amministrazione e agli atti indifferibili;

RILEVATO, per quanto sopra esposto, che la presente deliberazione riveste carattere di indifferibilità e urgenza, stante la necessità di consentire alle Aziende UU.SS.LL della Regione Abruzzo l'omogenea e regolare gestione delle dinamiche del personale e che, pertanto, tale provvedimento sarà trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze successivamente alla sua adozione per la relativa validazione;

DATO ATTO che:

- a) il Dirigente del Servizio "*Sistema Organizzativo e Risorse Umane del SSR*" ha attestato che la presente proposta non comporta oneri a carico del bilancio regionale, in quanto tali oneri rientrano nel perimetro sanitario di cui al D.Lgs. n. 118/2011;
- b) il Dirigente del Servizio "*Sistema Organizzativo e Risorse Umane del SSR*" ha espresso il proprio parere favorevole ai sensi della legge regionale n.77/99 s.m.e.i.;

DATO ATTO che il Direttore del Dipartimento per la Salute e il Welfare ha espresso il proprio parere favorevole ai sensi della legge regionale n.77/99 s.m.e.i.;

CON I VOTI ESPRESSI NELLE FORME DI LEGGE

D E L I B E R A

per le motivazioni specificate in premessa, che qui si intendono integralmente trascritte e approvate:

- **DI APPROVARE**, ferma restando l'autonomia organizzativa e gestionale delle Aziende Unità Sanitarie Locali, le "*Indicazioni operative per la predisposizione del Piano Triennale di Fabbisogno di Personale delle Aziende Unità Sanitarie Locali del SSR*", contenute nell'**Allegato 1** che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto, in sostituzione delle linee di indirizzo regionali di cui alla D.G.R. n. 486/2018;

• **DI PRECISARE** che le predette Aziende devono predisporre i rispettivi Piani Triennali di Fabbisogno di Personale nel rispetto, oltre che delle disposizioni vigenti in materia, anche delle suddette indicazioni comprendenti la *“Metodologia per la determinazione del Fabbisogno di personale del servizio sanitario della Regione Abruzzo”*;

• **DI DEFINIRE** il procedimento per l'adozione e l'approvazione dei Piani Triennali di Fabbisogno di Personale (PTFP), stabilendo che:

- in sede di prima applicazione, i piani devono essere adottati in via provvisoria dai Direttori Generali delle Aziende del SSR e trasmessi al Dipartimento per la Salute e il Welfare della Regione Abruzzo, mediante posta elettronica certificata, entro 30 giorni dalla pubblicazione del presente atto sul sito istituzionale della Regione Abruzzo;

- nei successivi 60 giorni, fatte salve eventuali richieste di chiarimenti o integrazioni, la Giunta Regionale approva i piani che devono essere adottati in via definitiva dalle Aziende del SSR;

- entro 30 giorni dalla loro adozione definitiva i contenuti dei piani sono comunicati, a cura delle stesse Aziende, tramite il sistema di cui all'art. 60 del D.Lgs. n. 165/2001;

- i piani successivi al primo devono essere:

- a) adottati in via provvisoria da parte delle Aziende del SSR entro il 30 novembre di ogni anno;
- b) approvati dalla Giunta Regionale entro il 31 gennaio dell'anno successivo, fatte salve eventuali richieste di chiarimenti o integrazioni;
- c) adottati in via definitiva dalle stesse Aziende successivamente alla predetta approvazione e comunicati nei loro contenuti nei seguenti 30 giorni tramite il sistema di cui all'art. 60 del D.Lgs. n. 165/200;

• **DI PRECISARE**, altresì, che:

- il PTFP si sviluppa, come previsto nell'art. 6 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i, in prospettiva triennale e deve essere adottato annualmente con la conseguenza che di anno in anno può essere modificato in relazione alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo o funzionale;

- l'eventuale modifica in corso di anno del PTFP è consentita soltanto a fronte di situazioni nuove e non predibili e deve essere in ogni caso adeguatamente motivata;

- ai sensi l'art. 6 comma 4 del D.lgs. n. 165/2001 e s.m.i., nell'adozione del PTFP è assicurata la preventiva informazione sindacale, ove prevista nei contratti collettivi nazionali;

• **DI DARE ATTO** che il presente provvedimento è validamente assunto, ai sensi dell'articolo 86 - comma 3 - del vigente Statuto, nel periodo di *vacatio* dell'Organo Consiliare a seguito dello scioglimento del medesimo, per effetto del decreto del Presidente del Consiglio Regionale sopra citato, per le motivazioni riportate nella narrativa che precede;

• **DI DARE MANDATO** al Servizio *“Sistema Organizzativo e Risorse Umane del SSR”* del Dipartimento per la Salute e il Welfare di trasmettere il presente provvedimento giuntale al Ministero della Salute e Ministero dell'Economia e delle Finanze successivamente alla sua adozione per la relativa validazione;

• **DI DISPORRE** la pubblicazione della presente deliberazione nel sito <http://www.regione.abruzzo.it>.







DIPARTIMENTO

SALUTE E WELFARE

SERVIZIO:

Sistema Organizzativo e Risorse Umane del SSR

UFFICIO:

Risorse Umane del SSR

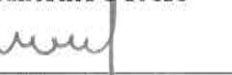
L' Estensore
Dott.ssa Ivana Mancini


(firma)

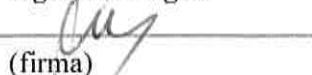
Il Responsabile dell'Ufficio
Dott.ssa Ivana Mancini


(firma)

Il Dirigente del Servizio
Dott. Antonio Forese


(firma)

Il Direttore Regionale
Dr. Angelo Muraglia

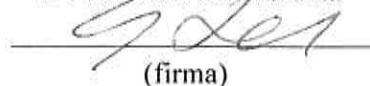

(firma)

Il Componente la Giunta
Dott. Silvio Paolucci



(firma)

Approvato e sottoscritto:

Il Presidente della Giunta


(firma)

Il Segretario della Giunta


(firma)



GIUNTA REGIONALE D'ABRUZZO
DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE
SERVIZIO SISTEMA ORGANIZZATIVO E RISORSE UMANE DEL SSR – DPF004

ALLEGATO 1

Indicazioni operative
per la predisposizione del
Piano Triennale di Fabbisogno di Personale
delle Aziende Unità Sanitarie Locali del SSR

Premessa.

Come è noto, il D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165, all'art. 6 comma 2, prevede che *“Allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi dei cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'art. 6-ter”*.

L'articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, i cui contenuti sono stati confermati dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni, stabilisce che gli Enti del SSN concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando misure necessarie a garantire che la spesa del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'Irap, non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%.

L'art. 9, comma 28, del D.L. n. 78/2010 - convertito in Legge n. 122/2010 - prevede che *“A decorrere dall'anno 2011, le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, le agenzie, incluse le Agenzie fiscali di cui agli articoli 62, 63 e 64 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, e successive modificazioni, gli enti pubblici non economici, le università e gli enti pubblici di cui all'articolo 70, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni e integrazioni, le camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura fermo quanto previsto dagli articoli 7, comma 6, e 36 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, possono avvalersi di personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, nel limite del 50 per cento della spesa sostenuta per le stesse finalità nell'anno 2009. ... omissis ... Le disposizioni di cui al presente comma costituiscono principi generali ai fini del coordinamento della finanza pubblica ai quali si adeguano le regioni, le province autonome, gli enti locali e gli enti del Servizio sanitario nazionale”*.

L'art. 1, comma 541, Legge n. 208/2015 (c.d. Legge di stabilità 2016) stabilisce che le Regioni, nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio Sanitario Nazionale ed al fine di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari, nel rispetto delle disposizioni dell'Unione Europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro:



- a) ove non abbiano ancora adempiuto a quanto, previsto dal D.M., 2 aprile 2015, n. 70, adottano il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto;
- b) predispongono un piano concernente il fabbisogno di personale, contenente l'esposizione delle modalità organizzative del personale, tale da garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione Europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro, attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, in coerenza con quanto disposto dall'art. 14 Legge, 30 ottobre 2014, n. 161.

L'art. 22 del D.Lgs. 25 maggio 2017 n. 75 precisa che le *“linee di indirizzo per la pianificazione di personale di cui all'articolo 6-ter del decreto legislativo n. 165 del 2001, come introdotte dall'art. 4, sono adottate entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto. In sede di prima applicazione, il divieto di cui all'art. 6, comma 6, del decreto legislativo n. 165 del 2001, come modificato dal presente decreto, si applica a decorrere dal 30 marzo 2018 e comunque solo decorso il termine di sessanta giorni dalla pubblicazione delle linee di indirizzo di cui al primo periodo”*.

Il D.M. 8 maggio 2018 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 27 luglio 2018, n. 173) ha definito, ai sensi dell'art. 6-ter, comma 1, del decreto legislativo n. 165/2001 (come inserito dall'art. 4, comma 3, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75), le *“Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle PA”*, prevedendo una specifica disciplina per gli enti del SSN e chiarendo, tra l'altro, che:

- *“I predetti piani triennali dei fabbisogni di personale (PTFP) devono essere compatibili con la cornice finanziaria per il SSN e devono essere redatti nel rispetto della legislazione vigente in materia di contenimento del costo del personale”*;
- *“Le previsioni dell'art. 6-ter, commi 3 e 6, del decreto legislativo n. 165/2001 riguardano il regime ordinario di adozione dei fabbisogni, ferme restando, come precisato dall'art. 6, comma 6-bis del medesimo decreto legislativo, le particolari disposizioni di settore, ivi comprese quelle dell'articolo 1, commi 541, 543 e 544 della legge n. 208/2015, che dettano un regime speciale per le distinte assunzioni di carattere straordinario e limitato nel tempo ivi previste. Resta inteso che è necessaria la coerenza dei contenuti dei documenti adottati con riferimento alla normativa citata”*.



- *“I PTFP delle Aziende e degli Enti del SSN devono essere inoltre predisposti in coerenza con i rispettivi atti aziendali di cui all'articolo 3, comma 1-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.*

- *“Si richiama, altresì, la disciplina specifica prevista per le regioni in piano di rientro dal deficit sanitario ed i vincoli declinati nei relativi programmi operativi nonché dei Piani di rientro aziendali di cui all'articolo 1, comma 524, della legge 28 dicembre 2015, n. 208”.*

Considerato che le linee di indirizzo di cui sopra sono entrate in vigore il giorno della pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale (27 luglio 2018), le Aziende Unità Sanitarie Locali della Regione Abruzzo devono predisporre i rispettivi piani triennali dei fabbisogni di personale nel rispetto, oltre che di quanto previsto nelle stesse linee di indirizzo, anche di quanto previsto nei seguenti provvedimenti (decreti commissariali e deliberazioni di Giunta Regionale) e documenti:

- a) D.C.A. 21 luglio 2016 n. 79 recante il *“Riordino della rete ospedaliera della Regione Abruzzo”* e s.m.i., che ha dato attuazione alle disposizioni contenute nel D.M. n. 70/2015;
- b) D.G.R. 28 febbraio 2017 n. 78 recante *“Approvazione delle nuove linee guida per la redazione degli Atti Aziendali”*;
- c) Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione della Aziende Sanitarie regionali;
- d) Metodologia per la determinazione del Fabbisogno di personale del servizio sanitario della Regione Abruzzo (di cui all'allegato documento).

Il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale a tempo indeterminato.

Il Direttore Generale di ogni Azienda U.S.L. deve predisporre il **“Piano Triennale del Fabbisogno di Personale”**, previa accurata valutazione delle priorità assunzionali, sia con riferimento alle figure professionali che svolgono funzioni e compiti indispensabili per le esigenze aziendali sia con riferimento a quelle specificatamente individuate da atti regionali di programmazione e di indirizzo.

Ai fini procedurali, si evidenzia che lo stesso Direttore generale deve:

1) approvare, con apposito **atto deliberativo**, il **“Piano Triennale del Fabbisogno di Personale”**, indicando per ogni anno compreso nel triennio:

- a) il numero delle unità di personale da assumere;
- b) il profilo professionale e disciplina/qualifica;

- c) il costo annuale complessivo (retribuzione comprensiva di 13^a e oneri riflessi);
- d) la procedura di reclutamento ordinario (procedura concorsuale) o speciale (stabilizzazione);

2) illustrare in una apposita **relazione** quanto di seguito indicato:

- a) gli “elementi del fabbisogno” di cui al Paragrafo 7.2. delle richiamate “*Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle PA*”;
- b) gli interventi posti in essere - in attuazione di quanto previsto negli atti di programmazione e di indirizzo adottati dalla Regione Abruzzo - con particolare riferimento a quelli relativi al recupero di efficienza dei presidi ospedalieri e all’efficientamento del percorso di ricovero, al fine di garantire l’ottimale allocazione delle risorse umane disponibili anche tenuto conto della vigente normativa in materia di orario di lavoro del personale;
- c) gli interventi volti a superare le criticità emerse all’esito della prima applicazione della “*Metodologia per la determinazione del Fabbisogno di personale del servizio sanitario della Regione Abruzzo*” ed evidenziate nell’Allegato 1) della D.G.R. n. 913/2018, indicando in particolare le assunzioni di personale:
 - nell’ambito della Rete Cardiologica (Cardiologia, UTIC ed Emodinamica), della Rete Stroke, delle attività chirurgiche delle Sale Operatorie, delle Terapie Intensive e della Rete dell’Emergenza-Urgenza, con particolare riferimento ai Dirigenti Medici e agli Operatori Socio Sanitari;
 - da assegnare alle unità operative delle discipline interessate alla riduzione delle Liste d’Attesa, in attuazione dal Piano Nazionale e di quello Regionale di riferimento;
 - da assegnare alle unità operative dedicate a garantire l’assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari insistenti sul territorio regionale;
 - da assegnare alle Direzioni Sanitarie di Presidio Ospedaliero ai fini del governo delle attività delle linee di produzione (Degenza, Farmaceutica, Ambulatoriale, ecc.) e delle attività previste dalla L. n. 24/2017 (c.d. Legge Gelli) recante “*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*”;
- d) il costo del “Piano Triennale del Fabbisogno di Personale” che deve essere compatibile con gli inderogabili tetti di spesa in termini di conto economico programmatico indicati



negli strumenti di programmazione vigenti per ogni anno di riferimento, evidenziando contestualmente anche quello relativo alle dinamiche relative al personale a tempo determinato e con rapporto di lavoro flessibile.

Ai fini della determinazione del costo del predetto Piano, innanzitutto occorre prendere come riferimento il costo del personale risultante dal Conto Economico dell'anno precedente al triennio di riferimento e, quindi, sommare a tale costo di natura statica quello delle variazioni (sia positive che negative) che a qualsiasi titolo incidono sulla spesa di personale:

- le assunzioni e le cessazioni dell'anno precedente al triennio di riferimento;
- le procedure di assunzione autorizzate negli anni precedenti al triennio di riferimento ancora in itinere;
- le assunzioni previste per ciascuno degli anni compresi nel triennio di riferimento;
- le dinamiche annuali del personale con contratto di lavoro flessibile.

Il costo del personale, risultante dalla somma algebrica delle suddette variazioni, deve essere compatibile con l'inderogabile tetto di spesa in termini di conto economico programmatico indicato per ciascuna Azienda negli strumenti di programmazione vigenti per ogni anno di riferimento;

e) gli interventi necessari ad assicurare il rispetto del limite del 50% della spesa sostenuta il personale a tempo determinato e con contratto di lavoro flessibile nell'anno 2009 (art. 9, comma 28, del D.L. n. 78/2010 - convertito in Legge n. 122/2010). Nel caso di utilizzo di risorse finanziarie aggiuntive per le procedure dell'art. 20 del D.Lgs. n. 75/2017 (cfr. paragrafo 3.2.3 della Cicolare n. 3/2017 del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione), occorre indicare la riduzione del limite di spesa di cui sopra corrispondentemente alle assunzioni del personale interessato dalle procedure previste dall'art. 20 del D.Lgs. n. 75/2017 e finalizzate al superamento del precariato.

3) Il Direttore Generale di ogni Azienda U.S.L. deve trasmettere, unitamente al suddetto "Piano Triennale del Fabbisogno di Personale" e alla relativa relazione, la seguente **documentazione**:

- l'**elenco** in formato excel del personale cessato dal servizio nell'anno precedente al triennio di riferimento, indicandone il nominativo, profilo professionale e discipli-

na/qualifica nonché il relativo costo annuale complessivo (retribuzione comprensiva di 13^a e oneri riflessi);

- la **scheda** compilata per ogni anno compreso nel triennio di riferimento e contenente i dati di seguito specificati: Codice Struttura, Descrizione Struttura/Area, Codice U.O. (ospedaliera), Descrizione U.O./Area, Profilo Professionale, Disciplina/Qualifica, Fabbisogno FTE minimo, Fabbisogno FTE massimo, Personale in servizio al 31 dicembre dell'anno precedente, Assunzioni autorizzate ancora in itinere al 31 dicembre dell'anno precedente e relativo costo, Scostamenti rispetto Fabbisogno FTE minimo e al Fabbisogno FTE massimo, Numero unità di personale da assumere nell'anno X e relativo costo, Dinamiche del personale con contratto di lavoro flessibile.

La Giunta Regionale, ferma restando l'autonomia organizzativa e gestionale delle Aziende UU.SS.LL., approva il "Piano Triennale del Fabbisogno di Personale", previa verifica:

- della corretta applicazione della *"Metodologia per la determinazione del Fabbisogno di personale del servizio sanitario della Regione Abruzzo"*;
- della coerenza delle assunzioni ivi previste con gli *"Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione della Aziende Sanitarie regionali"*;
- della coerenza tra il costo del "Piano Triennale del Fabbisogno di Personale" e gli inderogabili tetti di spesa in termini di conto economico programmatico indicati negli strumenti di programmazione vigenti per ogni anno di riferimento.

In casi urgenti e indifferibili debitamente motivati dal Direttore Generale dell'Azienda interessata, il Componente la Giunta Regionale delegato alla Programmazione Sanitaria e il Direttore del Dipartimento per la Salute e il Welfare possono autorizzare, in via del tutto eccezionale, assunzioni di personale finalizzate esclusivamente ad assicurare l'erogazione dei LEA.

Ogni Azienda U.S.L. non può effettuare alcuna assunzione senza l'attestazione da parte del Direttore Generale nel provvedimento di assunzione del personale che:

- a) l'assunzione è prevista nel "Piano Triennale del Fabbisogno di Personale" ed è operata nel rispetto dell'inderogabile tetto di spesa indicato negli indirizzi regionali di programmazione per ogni anno di riferimento;
- b) il posto da coprire riguarda figura professionale che svolge funzioni e compiti indispensabili per le esigenze aziendali o figura professionale individuata da atti regionali di programmazione e di indirizzo;



Il suddetto provvedimento di assunzione deve essere tempestivamente trasmesso al Dipartimento per la Salute e il Welfare mediante posta elettronica certificata.

L'indizione di nuovi concorsi per il reclutamento ordinario di personale è subordinata al rispetto delle disposizioni recate dagli artt. 30 e 34-bis del decreto legislativo n. 165/2001.

Ogni Azienda U.S.L. deve indirizzare la richiesta di designazione del componente regionale nelle commissioni esaminatrici dei concorsi pubblici al Componente la Giunta Regionale delegato alla Programmazione Sanitaria e deve precisare nella stessa richiesta che la relativa procedura di reclutamento è prevista nel "Piano Triennale del Fabbisogno di Personale", indicando gli estremi della deliberazione con la quale la Giunta Regionale ha approvato quest'ultimo.

Il Componente la Giunta Regionale delegato alla Programmazione Sanitaria deve designare il componente di cui sopra tempestivamente e, comunque, non oltre trenta giorni dall'acquisizione al protocollo regionale della richiesta formulata da ogni Azienda U.S.L..

L'utilizzo delle graduatorie vigenti.

Per quanto attiene l'utilizzo delle graduatorie vigenti, le Aziende UU.SS.LL. devono attenersi a quanto previsto dalla normativa vigente in materia nonché ai prevalenti indirizzi giurisprudenziali.

Gli obblighi dei Direttori Generali.

I Direttori Generali delle Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo devono rispettare quanto previsto nelle presenti indicazioni, con l'avvertenza che il mancato rispetto di quest'ultime avrà rilevanza, non solo ai fini della verifica del conseguimento degli obiettivi strumentali e finanziari in materia di contenimento della spesa per il personale, ma anche ai fini della valutazione degli stessi Direttori Generali.

INDICE

METODOLOGIA PER LA DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE RELATIVO ALL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

1	Introduzione.....	4
2	Principi generali di determinazione del fabbisogno di personale sanitario ospedaliero.....	8
2.1	Raggruppamenti Aree Omogenee e Specialità	
2.2	Ore lavorate di riferimento	
3	I valori minimi.....	11
3.1	I valori minimi del personale medico	
3.1.1	Calcolo del fabbisogno minimo di personale medico	
3.2	Esempi: fabbisogno minimo di personale medico	
3.2.1	Esempio 1: Area Medicina generale	
3.2.2	Esempio 2: Area Chirurgia generale	
3.2.3	Esempio 3: Area Chirurgia generale	
3.3	I valori massimi del personale medico	
3.3.1	I valori massimi del personale medico: attività di degenza	
3.3.2	I valori massimi del personale medico: attività ambulatoriale	
3.4	I valori di riferimento del personale di comparto	
3.4.1	Personale del comparto per le attività di degenza ordinaria e diurna	
3.4.2	Personale del comparto dedicato alle attività ambulatoriali e alle attività operatorie	
3.5	Personale dirigente e del comparto dedicato ad alcune attività specifiche e Area dei servizi	
3.5.1	Premessa metodologica	
3.5.2	Area Materno-Infantile	
3.5.3	Cardiologia e Unità Coronarica	
3.5.4	Neurologia e Stroke	
3.5.5	Rete Trauma	
3.5.6	Area dei servizi di Radiologia	
3.5.7	Area dei servizi di Laboratorio	
3.5.8	Medicina Trasfusionale	
3.5.9	Anatomia Patologica	
3.5.10	Tecnici di Laboratorio	
3.5.11	Direzione Sanitaria di Presidio – Direzione Medica di Ospedale	
3.5.12	Area Intensiva	
3.5.13	Sale Operatorie	
4	Area dell'Emergenza Urgenza.....	45

**METODOLOGIA PER LA DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE
RELATIVO ALL'ASSISTENZA DISTRETTUALE E ALLA PREVENZIONE NONCHE' DEL
RESTANTE PERSONALE**

1	Introduzione.....	46
2	Fabbisogno del personale dirigenziale medico e veterinario.....	46
3	Fabbisogno del personale infermieristico e del personale di supporto all'assistenza.....	48
4	Fabbisogno del personale del 118.....	50
5	Fabbisogno di puericultrici.....	51
6	Fabbisogno del personale del comparto dell'area della riabilitazione.....	51
7	Fabbisogno del personale del comparto dell'area tecnico sanitaria.....	51
8	Fabbisogno del personale del comparto dell'area di prevenzione.....	52
9	Fabbisogno del personale dirigenziale del ruolo sanitario (non medico veterinario).....	52
10	Fabbisogno del personale del ruolo tecnico.....	52
11	Fabbisogno del personale del ruolo amministrativo e professionale.....	53

INDICE DELLE TABELLE

Tabella 1:	Aree Omogenee di attività.....	8
Tabella 2:	Aggregazione in Area omogenea.....	8
Tabella 3:	Valori minimi di riferimento per il personale medico.....	13
Tabella 4:	DRG Medici.....	21
Tabella 5:	Pesi Medico per specialità per calcolo FTE' eFTE".....	25
Tabella 6:	Minuti infermiere e operatore socio sanitario per area omogenea.....	28
Tabella 7:	Area Materno Infantile.....	32
Tabella 8:	Alte Specialità pediatriche.....	33
Tabella 9:	Servizi di Radiologia.....	35
Tabella 10:	Servizi di Laboratorio.....	36
Tabella 11:	Medicina Trasfusionale.....	38
Tabella 12:	Anatomia Patologica.....	39
Tabella 13:	Tecnici di Laboratorio.....	40
Tabella 14:	Area dell'emergenza-urgenza.....	42
Tabella 15:	Fabbisogno medici e veterinari per Dipartimento di Prevenzione.....	44
Tabella 16:	Fabbisogno medici per Assistenza distrettuale.....	45
Tabella 17:	Fabbisogno infermieri per Assistenza distrettuale e Dipartimento di Prevenzione.....	46
Tabella 18:	Fabbisogno O.S.S. per Assistenza distrettuale e Dipartimento di Prevenzione.....	47
Tabella 19:	Fabbisogno personale di comparto per Area della Prevenzione.....	49

METODOLOGIA PER LA DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE RELATIVO ALL'ASSISTENZA OSPEDALIERA

1. Introduzione

Il combinato disposto del D.M. 70/2015 e dell'art. 1- comma 541 - della L.n. 208/2015 attribuisce alle Regioni il compito di determinare il fabbisogno di personale dell'area ospedaliera in misura coerente con le scelte di programmazione sanitaria che costituiscono l'elemento fondamentale della determinazione del fabbisogno stesso.

Il Patto per la Salute 2014-2016 ha prefigurato una riorganizzazione del sistema sanitario in cui una parte, la rete ospedaliera, sarà oggetto di concentrazione, sia del numero dei presidi, che delle strutture organizzative, mentre la parte territoriale dovrà evolversi attraverso l'individuazione di percorsi di cura atti a presidiare la post-acuzie, la cronicità e l'integrazione socio-sanitaria.

In tale contesto normativo, si è manifestata a livello nazionale la necessità di individuare una metodologia per la valutazione dei piani di fabbisogno di personale presentati dalle Regioni ai sensi della citata L.n. 208/2015.

E' Stato così costituito un gruppo di lavoro ristretto, composto da rappresentanti delle regioni Veneto - Emilia Romagna - Piemonte - Lazio e Puglia, cui è stato affidato il compito di:

- Definire una metodologia che tenga conto, in maniera integrata, della produzione erogata e di valori minimi di riferimento, distinguendo le modalità di applicazione alle strutture ospedaliere secondo la loro classificazione ex DM 70/2015;
- Prevedere una applicazione della metodologia stessa, in modo che i fabbisogni possano essere periodicamente rivalutati in funzione dei volumi di attività prodotta;
- Definire criteri, per quanto possibile oggettivi, per l'applicazione transitoria di valori superiori ai limiti superiori definiti;
- Testare la metodologia in alcuni contesti regionali per verificarne la tenuta;
- Integrare nelle previsioni della metodologia ulteriori figure professionali.

E' stata elaborata una metodologia per il personale ospedaliero che è stata approvata dalla Commissione Salute della conferenza delle Regioni e delle Province autonome in data 20/12/2017.

Tale metodologia è stata utilizzata dalla Regione Abruzzo per determinare il Fabbisogno di personale del servizio sanitario regionale, apportando alcune modifiche e integrazioni dettate, da un lato, dalla carenza metodologica in alcuni ambiti e, dall'altro lato, dalla specificità della realtà sanitaria regionale.

Al riguardo, è opportuno evidenziare che si tratta di una prima applicazione della metodologia e che quindi si renderanno necessari ulteriori approfondimenti - come, ad esempio, una misurazione più puntuale delle attività ambulatoriali - e verifiche applicative e di benchmark, le sole in grado di testare l'effettiva adeguatezza del metodo in parola.

Nell'applicazione della metodologia si deve tener conto di un'organizzazione efficiente, in grado, di fornire ai pazienti un servizio di qualità, erogato in condizioni di sicurezza e nel rispetto della normativa in materia di orario di lavoro del personale.

Il metodo deve quindi avere a riferimento quanto previsto dalla programmazione sanitaria, che deve essere stata "pensata" in termini di efficacia ed efficienza. La valutazione del fabbisogno di personale va effettuata sulla base di quanto servirà al sistema regionale per poter garantire l'offerta di salute.

In questo senso il personale, essendo esso stesso una delle risorse da dimensionare correttamente in relazione all'attività da erogare, risente del corretto dimensionamento delle strutture.

Pertanto, sulla base di queste considerazioni, si ritiene che vadano valutati esclusivamente i presidi previsti dalla riorganizzazione ex DM 70/2015, onde evitare l'attribuzione di personale a strutture che sono oggetto di processi di accorpamento e riorganizzazione o di chiusura.

Per questo motivo, la Regione Abruzzo, ha valutato il fabbisogno di personale sulla base dell'offerta sanitaria programmata, così come illustrata negli adempimenti di cui all'art. 1, comma 2, Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 avente ad oggetto "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" ed all'art 1, comma 541, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 (legge di stabilità 2016): ricognizione e determinazione della dotazione ospedaliera per acuti. In particolare, è stata oggetto di analisi il contenuto della Tabella C *"Mappatura delle strutture di degenza e dei servizi senza posti letto: situazione attuale (al 01/01/2016) e successiva all'attuazione dei documenti di programmazione"*, allegata alla circolare del Ministero della Salute del febbraio 2016.

Considerato, infatti, che il succitato D.M. individua standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera, si ritiene che i provvedimenti attuativi di tale

Decreto, oggetto di valutazione da parte dei ministeri competenti, rappresentino una rete ospedaliera regionale allineata ai suddetti standard, che deve essere coerentemente dimensionata anche in termini di risorse umane.

Ai fini del presente lavoro, considerato che si intende individuare il fabbisogno di personale delle aziende sanitarie abruzzesi, il dato di Tabella C è stato depurato delle strutture private accreditate, in quanto queste acquisiscono autonomamente il proprio personale.

Inoltre, la Regione Abruzzo ha provveduto ad una prima analisi dell'allineamento dei posti letto programmati, rispetto alle risultanze dei flussi periodicamente inviati, conformando dati storici, con dati di programmazione e produzione attesa.

La determinazione di un valore minimo di riferimento non è sempre sufficiente per individuare il fabbisogno delle strutture prese in considerazione. In alcuni casi diventa necessario considerare l'attività svolta, per garantire un fabbisogno di personale aggiuntivo rispetto al minimo, che permetta di tenere conto della complessità trattata o delle peculiarità dell'ospedale considerato. In questo caso, si è ritenuto opportuno far riferimento ai valori di produzione conseguiti nell'esercizio precedente, ovvero stimati.

Il processo di applicazione delle disposizioni contenute nel DM 70/2015 si è sviluppato in modo molto eterogeneo sul territorio nazionale, in ragione delle diverse scelte regionali in materia di politica sanitaria. Nella valutazione del fabbisogno di personale è pertanto necessario tener conto dei diversi livelli di applicazione del DM 70/2015, dello stato di avanzamento dei diversi modelli regionali e delle esigenze temporanee dei sistemi locali.

Nella realtà regionale abruzzese tuttavia persistono alcune problematiche oggettive inerenti l'attuazione del riordino della rete ospedaliera che è stata adottata con DCA n.79/2016. Tali problematiche sono connesse principalmente al dimensionamento delle unità operative che - nella maggior parte dei casi - presentano un numero di posti letto inferiore alla soglia minima di efficacia gestionale. A ciò si aggiunge anche una parziale attuazione della riforma, in quanto vi sono stati sia provvedimenti normativi (ad es., art.17-bis DL. 8/2017 che ha impattato sull'organizzazione del

P.O. di Popoli) che hanno congelato l'attuazione del riordino della rete ospedaliera sia atti amministrativi (si veda, ad esempio, il caso del Presidio di Atesa) ovvero ritardi (si veda, ad esempio, il caso dei Servizi trasfusionali) che hanno parzialmente rallentato l'attuazione della riforma.

E' altresì necessario prevedere una fase transitoria in attesa della completa implementazione del

DM 70/2015 da parte della regione. I processi di chiusura di reparti e di aggregazione di unità operative necessitano di un periodo di attuazione. In buona sostanza, in questa fase possono persistere realtà organizzative non ancora coerenti con la nuova programmazione regionale, che necessitano di una valutazione *ad hoc*.

Il criterio organizzativo funziona se applicato a organizzazioni che rispettano i principi di efficacia ed efficienza. In questo senso, laddove non sia possibile adempiere a queste condizioni, occorre ridimensionare anche il fabbisogno di personale, adeguandolo alle esigenze reali.

A titolo esemplificativo: il fabbisogno minimo per le unità operative di chirurgia generale è pensato per strutture che gestiscono mediamente 20-30 posti letto. Qualora vengano valutate strutture che presentano dimensioni più contenute, sarà necessario ridimensionare anche il fabbisogno di personale.

I criteri utilizzati per definire il fabbisogno teorico hanno avuto tre *driver* principali e nello specifico:

- a) l'organizzazione della rete di offerta: identificazione del ruolo delle strutture nella rete ospedaliera e di emergenza-urgenza secondo la classificazione del DM n. 70/2015;
- b) la produzione: l'attività ospedaliera, specialistica e di emergenza urgenza, erogate in ambito ospedaliero;
- c) il tempo di lavoro con rispetto all'orario di lavoro e alla turnistica come previsto dalla Legge n. 161/2014.

E' necessario valutare anche alcuni dati di attività e per questo si deve tener conto dei dati di produzione dei periodi precedenti e di produzione programmata.

In particolare, laddove le strutture ospedaliere nella nuova programmazione siano sostanzialmente rimaste invariate rispetto a quanto previsto nella precedente organizzazione, si ritiene che debba essere valutato il dato storico di produzione. Laddove la programmazione regionale preveda nuove strutture, la chiusura di strutture preesistenti, il completo rinnovamento o la modifica di destinazione d'uso di talune unità operative, si ritiene che debba essere prudenzialmente stimata l'attività che si prevede di erogare nella struttura oggetto di analisi. La stima deve tener conto del criterio temporale di realizzazione degli obiettivi della struttura, del ruolo della struttura e della particolare specialità nella rete ospedaliera, delle capacità tecnico logistiche della stessa, nonché della domanda di salute del territorio servito.

Relativamente alla rete di offerta, si è tenuta in considerazione la programmazione regionale approvata, o in corso di approvazione, delle reti ospedaliere rispondenti alle disposizioni e ai

criteri previsti dal DM 70/2015.

2. Principi generali di determinazione del fabbisogno di personale sanitario ospedaliero

2.1 Raggruppamenti, Aree Omogenee e Specialità

Per quanto riguarda la determinazione sia del fabbisogno di personale medico che di quello del personale del comparto, è necessario tener conto di aggregazioni funzionali di attività. Sempre più spesso gli ospedali sono organizzati per intensità di cura. Un'organizzazione non è più articolata, come da tradizione, solo in Reparti o Unità operative in base alla patologia e alla disciplina medica, ma in aree omogenee, che ospitano i pazienti in base alla gravità del caso clinico e del livello di complessità assistenziale.

L'obiettivo è coniugare meglio sicurezza, efficacia, qualità dell'assistenza ed efficienza dei processi. Ai fini del presente lavoro è necessario tenere in considerazione le modalità organizzative; per questo motivo risulta necessario condividere una Tabella di Aggregazione delle specialità in aree omogenee (Tabella 1).

La tabella sarà di orientamento per la determinazione del fabbisogno, con i dovuti approfondimenti e adattamenti rispetto ai singoli profili professionali considerati. Il criterio utilizzato per l'aggregazione è quello del fabbisogno assistenziale. Le Aree omogenee individuate sono le seguenti:

ID AREA	DESCRIZIONE AREA
1	MEDICA
2	CHIRURGICA
3	OSTETRICO GINECOLOGICA
4	CRITICA
5	SUB INTENSIVA
6	PEDIATRICA
7	SALUTE MENTALE
8	RIABILITATIVA

Tabella 1: Aree Omogenee di attività

1 MEDICINA INTERNA	
01 ALLERGOLOGIA	51 ASTANTERIA
05 ANGIOLOGIA	52 DERMATOLOGIA
08 CARDIOLOGIA	58 GASTROENTEROLOGIA
18 EMATOLOGIA	64 ONCOLOGIA
19 MALATTIE ENDOCRINE, DEL RICAMBIO E DELLA NUTRIZIONE	68 PNEUMOLOGIA
21 GERIATRIA	70 RADIOTERAPIA

26 MEDICINA GENERALE	71 REUMATOLOGIA
28 UNITA' SPINALE	74 RADIOTERAPIA ONCOLOGICA
29 NEFROLOGIA	75 NEURO-RIABILITAZIONE
32 NEUROLOGIA	78 UROLOGIA PEDIATRICA
2 CHIRURGIA GENERALE	
06 CARDIOCHIRURGIA PEDIATRICA	30 NEUROCHIRURGIA
07 CARDIOCHIRURGIA	34 OCULISTICA
09 CHIRURGIA GENERALE	35 ODONTOIATRIA E STOMATOLOGIA
10 CHIRURGIA MAXILLOFACCIALE	36 ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
11 CHIRURGIA PEDIATRICA	38 OTORINOLARINGOIATRA
12 CHIRURGIA PLASTICA	43 UROLOGIA
13 CHIRURGIA TORACICA	76 NEUROCHIRURGIA PEDIATRICA
14 CHIRURGIA VASCOLARE	
3 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	
37 OSTETRICIA E GINECOLOGIA	57 FISIOPATOLOGIA DELLA RIPRODUZIONE UMANA
4 CRITICA	
46 GRANDI USTIONI PEDIATRICHE	49 TERAPIA INTENSIVA (compreso TIN)
47 GRANDI USTIONATI	50 UNITA' CORONARICA (UTIC)
48 NEFROLOGIA (ABILITAZIONE TRAPIANTO RENE)	
5 SUB INTENSIVA	
66 ONCOEMATOLOGIA	66 ONCOEMATOLOGIA PEDIATRICA
32 STROKE UNIT	24 MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI
6 PEDIATRICA	
33 NEUROPSICHIATRIA INFANTILE	39 PEDIATRIA
31 NIDO	62 NEONATOLOGIA
7 SALUTE MENTALE	
40 PSICHIATRIA	
8 RIABILITATIVA	
56 RECUPERO E RIABILITAZIONE FUNZIONALE	60 LUNGODEGENTI

Tabella 2: Aggregazione in Area Omogenea

2.2 Ore lavorate di riferimento

Ai fini del calcolo del fabbisogno minimo è necessario calcolare le ore annuali medie di lavoro dei professionisti sanitari, in modo da poter tradurre le ore in personale equivalente necessario. Per questo si deve tener presente il numero di giorni feriali, sabati lavorativi e festività presenti in un anno. Ciò considerato, sottraendo le ferie, le ore utilizzate per aggiornamento, il numero medio annuale di giorni di congedo per malattia ed altre assenze a vario titolo, è possibile individuare il numero medio annuo di ore lavorate.

In relazione al tempo è stato utilizzato come parametro il numero di ore lavorate per Full Time Equivalent (FTE), identificato sulla base delle ore lavorabili a tempo pieno al netto di ore di non

presenza per festività infrasettimanale, ferie e festività sopresse, ore non assistenziali (formazione), assenze per malattie, per infortunio, aspettativa, legge 104/92, maternità e altre assenze a vario titolo.

Pertanto ai fini del presente documento e per la sua applicazione è stato necessario stimare un numero di ore lavorate:

- per la dirigenza sanitaria pari a 1.560 ore
- per il personale del comparto (infermieri, operatori socio sanitari e altre figure professionali del comparto) pari a 1.480 ore.

I valori sopra esposti esprimono il numero medio di ore annue lavorate, includendo le assenze per malattie lunghe, gravidanze, L. 104/92 e aspettative, che dovranno essere considerate in fase di determinazione del fabbisogno complessivo.

Ai fini del presente lavoro, considerata l'importanza del dato del valore medio delle ore lavorate annue, si è ritenuto di condividere il metodo di computo del valore complessivo di ore annue rese da ogni unità equivalente di personale. Le ore lavorate sono state calcolate sulla base di una media di utilizzo degli istituti di assenza e hanno l'obiettivo di definire un valore di riferimento indicativo.

Si ricorda, inoltre, che alcune categorie professionali dispongono di un numero maggiore di giorni di riposo in ragione delle particolari condizioni di lavoro (es. riposo biologico). Queste fattispecie interessano un numero ridotto di persone ma riducono ulteriormente il loro orario, per questo motivo, nell'analisi delle aree interessate, il computo delle ore medie annue lavorate deve essere

ulteriormente ridotto. Si tratta in buona sostanza del rischio radiologico e di quello anestesilogico che sarà opportunamente valutata nelle specifiche aree di riferimento.

Il fabbisogno di personale determinato a sistema è relativo al personale a qualsiasi titolo impiegato nelle strutture sanitarie della regione, che può essere soddisfatto anche attraverso istituti contrattuali diversi da quelli di lavoro dipendente.

Con riferimento al personale universitario inserito in assistenza, il DPCM 24/05/2001, prevede che la percentuale di attività dallo stesso dedicata all'assistenza sia disciplinata a livello locale, attraverso specifici protocolli Regioni/Università. Nella Regione Abruzzo il numero di ore lavorate per il personale universitario è pari a 20 ore settimanali.

3. I valori minimi

Per la definizione del fabbisogno di personale risulta fondamentale definire "standard" organizzativi per categorie di ospedali e, sulla base della determinazione di piani di lavoro delle diverse unità operative uniformando le macro attività svolte, definire le dotazioni minime necessarie a garantire la funzionalità prevista per quel presidio, in relazione al suo ruolo nella rete.

In prima battuta risulta, quindi, necessario definire il cosiddetto "metabolismo minimo", il **"fabbisogno di funzionamento"**: la dotazione di personale che garantisce la possibilità di "rendere disponibile" il servizio, così come previsto nella programmazione regionale della rete.

Tale approccio appare assolutamente coerente rispetto all'impostazione del D.M. 70/2015.

Il concetto di "metabolismo minimo" è definito avendo a riferimento un reparto "completo", nel quale si svolgano attività in regime di ricovero ordinario, diurno, ambulatoriale, consulenze dal pronto soccorso, attività di sala operatoria e supporto agli altri reparti. Qualora il reparto non sia organizzato per garantire tutte queste attività, il fabbisogno dovrà essere conseguentemente ridimensionato.

Il fabbisogno di personale va correlato non solo al numero e alla tipologia di posti letto per singola specialità, al numero di posti letto complessivi della struttura ospedaliera, ma anche all'attività svolta per soddisfare le esigenze assistenziali e garantire l'offerta sanitaria, alla complessità di patologie trattate, alla *mission* delle singole strutture e alla funzione attribuita dalla programmazione. Per la determinazione del fabbisogno di personale è, altresì, necessario tener conto di tutte le attività che i professionisti ospedalieri svolgono nelle singole unità operative: continuità clinica per i ricoverati, attività cliniche ordinarie, attività chirurgiche strumentali in urgenza ed elezione, consulenza specialistica per i pazienti ricoverati in altri reparti, degenza ordinaria e diurna, attività ambulatoriale, consulenze da pronto soccorso, attività di formazione continua.

Non sono state prese in considerazione - nella determinazione del fabbisogno ospedaliero - le unità operative prive di posti letto in quanto la metodologia valorizza le strutture di degenza e la rispettiva produzione. Il personale afferente alle unità operative prive di posti letto è stato valorizzato nella categoria residuale del restante personale.

3.1 I valori minimi del personale medico

Per quanto riguarda il personale medico è necessario definire il fabbisogno per singola specialità: il personale medico non è fungibile e quindi è necessario determinare il fabbisogno relativo per ogni disciplina garantita all'interno del presidio.

Tuttavia, anche per il personale medico sono state individuate delle aree funzionali di attività utili per la determinazione del numero di professionisti necessari per l'organizzazione delle guardie che, in relazione al numero di posti letto e alla funzione del presidio, possono o meno essere organizzate in forma "interdivisionale" o per area omogenea. La definizione del fabbisogno minimo, necessario per ciascuna delle ipotesi di modello organizzativo, si basa sul calcolo del numero complessivo annuo di ore di lavoro medico, a cui però è necessario sommare le ore di lavoro annue per attività di direzione del reparto.

I modelli individuati devono tener conto dell'attività di guardia medica notturna e festiva: il carico di ore lavoro annuo necessario all'espletamento di un turno di guardia è comunque equivalente a 3 Medici Tempo Equivalente.

Per la determinazione del numero di specialisti necessari a garantire le attività di guardia, laddove non si ravvisi la necessità di strutturare una guardia per unità operativa (ex divisionale), ai fini del presente modello, è stata prevista la presenza di una guardia "interdivisionale" ogni 100 PL.

Le guardie per area omogenea possono essere gestite nelle aree MEDICA e CHIRURGICA. In linea generale devono essere garantite guardie per unità operativa nei seguenti casi:

- ✓ Nelle aree "intensive" (area Anestesia, Utic, Terapia Intensiva Neonatale, Cardiochirurgia, Neurochirurgia, Grandi ustionati, Grandi Ustioni Pediatriche, Stroke Unit di I e di II livello);
- ✓ per il servizio di anestesia, ove prevista attività chirurgica nelle 24 ore e attività di ostetricia;
- ✓ nei servizi di pronto soccorso (h24);
- ✓ (Cardiochirurgia Pediatrica, Neurochirurgia Pediatrica);
- ✓ Psichiatria;
- ✓ laddove speciali e motivate situazioni organizzative, qualitative e/o logistiche la rendano necessaria.

I valori minimi di riferimento del personale medico sono elencati in **Tabella 3**.

Cod	Descrizione Disciplina	Parametro	Cod Par	Minimo	Guardie div
H001	Allergologia			2	
H005	Angiologia			2	
H007	Cardiochirurgia			6	3
H008	Cardiologia	BASE	1	4	
H008	Cardiologia	BASE +UTIC	2	6	3
H008	Cardiologia	UTIC + EMOD	3	9	3
H009	Chirurgia Generale			6	
H010	Chirurgia Maxillofacciale			4	
H012	Chirurgia Plastica			4	
H013	Chirurgia Toracica			4	
H014	Chirurgia Vascolare			4	
H018	Ematologia			4	
H019	Malattie Endocrine, Ric e Nut			4	
H021	Geriatrics			6	
H024	Malattie Infettive			4	
H025	Medicina del lavoro			2	
H026	Medicina Generale			6	
H028	Unità Spinale			6	3
H029	Nefrologia			7	
H030	Neurochirurgia			6	3
H032	Neurologia	Base	1	4	
H032	Neurologia	ICTUS 1° LIV.	2	6	3
H032	Neurologia	ICTUS 2° LIV.	3	9	3
H033	Neuropsichiatria Infantile			2	
H034	Oculistica			5	
H036	Ortopedia e Traumatologia	PST	1	6	
H036	Ortopedia e Traumatologia	CTZ	2	7	
H036	Ortopedia e Traumatologia	CTS	3	8	3
H037	Ostetricia e Ginecologia	Si veda tabella Area Materno Infantile			
H038	Otorinolaringoiatria			4	
H039	Pediatria	Si veda tabella Area Materno Infantile			
H040	Psichiatria			4	3
H043	Urologia			6	
H047	Grandi Ustionati			6	3
H048	Nefrologia (Abilit trapianto rene)			6	3
H049	Terapia Intensiva	Si veda Area Intensiva			
H050	Unità Coronarica	Area Cardiologica			
H052	Dermatologia			4	
H056	Recupero e Riabilitazione Funz			5	
H057	Fisiopatologia della ripr umana			2	
H058	Gastroenterologia			5	

H060	Lungodegenti			3	
H064	Oncologia			4	
H066	Oncoematologia			4	
H068	Pneumologia			5	
H071	Reumatologia			4	
H073	Terapia Intensiva Neonatale	Si veda Area Intensiva			
H075	Neuroriabilitazione			6	

Tabella 3: Valori Minimi di Riferimento per il personale medico

I minimi di cui alla tabella suesposta devono essere assegnati per ogni unità operativa complessa.

La rete ospedaliera regionale prevede spesso unità operative dotate di un numero minimo di posti letto (in ogni caso minore di 10); in questo caso, il numero di unità di personale medico risulta superiore alle effettive necessità, in quanto il minimo basale individuato nella predetta metodologia è calibrato su unità operative di almeno 10-20 posti letto. In tale evenienza, è possibile prevedere - in relazione alle modalità organizzative dell'unità operative e alle scelte di gestione sanitaria della stessa - la riduzione del fabbisogno minimo basale, dimezzando il numero di medici previsto dalla metodologia.

Il numero di strutture complesse previste dalla programmazione regionale, approvate nel rispetto dei criteri del D.M. 70/2015, determina il moltiplicatore.

Al valore minimo di riferimento così determinato vanno sommate guardie e apicalità.

Per quel che riguarda le apicalità, si è ritenuto di aggiungere una unità di personale non solo in caso di U.O.C. ma anche nel caso di U.O.S.D. in quanto le funzioni e le responsabilità sono sostanzialmente equiparabili.

Con riferimento a talune specialità il numero di posti letto e la presenza o meno dell'apicalità di riferimento non sono di per sé elementi utili a determinare un fabbisogno rappresentativo del ruolo della specialità stessa rispetto alla programmazione regionale. Pertanto, è necessario - in fase di applicazione del metodo - chiarire il ruolo nei singoli presidi rispetto alle singole discipline, con particolare riferimento alle specialità di cardiologia, neurologia, ortopedia.

Le stesse sono infatti oggetto di articolazione "in rete" rispetto alla programmazione regionale. Il ruolo del presidio rispetto a queste specialità è declinato indipendentemente rispetto alla tipologia dell'ospedale. Ad esempio: un ospedale spoke può essere sede di una unità ictus di II livello, mentre un altro ospedale della medesima categoria può gestire le attività di una neurologia di base.

Per questo motivo, per definire correttamente il fabbisogno di professionisti è necessario

conoscere il ruolo definito a livello di programmazione regionale per i singoli presidi, con particolare riferimento alle seguenti reti:

rete infarto

- rete ictus
- rete traumatologica.

Di conseguenza, con riferimento alle specialità di cardiologia e unità coronarica (H008 e H050), neurologia (H032) e Ortopedia (H036) è necessario avere a disposizione un campo parametro oltre a quanto validato dal Ministero in tabella C.

Nel suddetto campo dovranno essere integrate le seguenti informazioni, sulla base delle scelte sotto previste, secondo le indicazioni previste nel DM 70/2015.

Cod	Specialità	Parametro	Cod Par
H008	Cardiologia	BASE	1
		BASE + UTIC	2
		BASE + UTIC + EMOD	3
H032	Neurologia	BASE	1
		STROKE I	2
		STROKE II	3
H036	Ortopedia e traumatologia	PST: Presidi di Pronto soccorso per traumi	1
		CTZ: Centri traumi di zona	2
		CTS: Centri Traumi di alta specializzazione	3

Per la corretta determinazione del fabbisogno agli stessi deve essere aggiunta l'attività di coordinamento e direzione e l'attività di guardia. Per l'attività di direzione di reparto, va aggiunta un'unità di personale medico in tutti i casi ove sia prevista la struttura complessa e quindi la relativa apicalità.

Per la determinazione del fabbisogno di personale medico occorre inoltre tener conto di particolari caratteristiche di talune aree di attività ospedaliera, che saranno descritte in dettaglio in seguito.

3.1.1 Calcolo del Fabbisogno minimo di personale medico

$$\begin{aligned}
 & \text{Minimo operativo Medici} = \\
 & \left(\sum_{D=1}^n \text{Fte min Dtr. Med. D} + \text{Fte Coord} + \right. \\
 & \left. \sum_{D=1}^n \text{Fte min per Guardia Divisionale D} + \right. \\
 & \left. \sum_{AO=1}^n \text{Fte min Guardie Intervisionali AO} + \text{Fte min S} \right)
 \end{aligned}$$

Glossario:

D= specialità di afferenza

AO= Area Omogenea di Afferenza Dir. Med.= Dirigente Medico

Min = numero minimo FTE= Full time Equivalent GD = Guardia "Divisionale"

GI= Guardia "Interdivisionale" S= Servizi

3.2 Esempi: fabbisogno minimo di personale medico

3.2.1 Esempio 1: Area medicina generale

SPECIALITA'	Par	PL	Apicalità	Fabb Minimo	Guardie Divis	Totale
08 - Cardiologia	3	16	1	9	3	12+1
21 - Geriatria		43	1	6	3	9+1
26 - Medicina generale		40	1	6		6+1
29 - Nefrologia		7		7		7
32 - Neurologia	2	20	1	6	3	9+1
58 - Gastroenterologia		8		5		5
64 - Oncologia		7	1	4		4+1

Nell'ospedale considerato, in relazione alla dimensione e ai posti letto previsti in programmazione, è possibile prevedere un fabbisogno minimo di personale medico per ogni specialità afferente all'area medica.

Per le attività di Cardiologia e Neurologia sono previste guardie "divisionali" specifiche, stabilite sulla base del ruolo dell'ospedale (implementazione del campo "Par") rispetto alla specialità considerata.

Tenuto conto che l'ospedale garantisce attività di emodinamica e unità coronarica, per quanto attiene la rete infarto, vengono attribuite 9 unità (par 3). Con riferimento alla neurologia, invece l'ospedale svolge il ruolo di unità ictus di I livello (par 2): vengono pertanto attribuiti 6 FTE di personale medico.

Considerato che le specialità di cardiologia e neurologia abbisognano di guardie "divisionali", nel rispetto del ruolo loro attribuito dalla programmazione regionale, essi non contribuiscono al computo del numero di posti letto massimi per le guardie "interdivisionali".

Per le altre specialità di area medica, si suppone che sia prevista una guardia "interdivisionale" ogni 100 PL; occorre quindi sommare i posti letto in area medica, con esclusione di neurologia e cardiologia, per un totale di 105 letti e prevedere una guardia aggiuntiva ogni 100 letti. Considerato che per una guardia sono necessari 3 FTE di personale medico, per la gestione di

105 letti, sono

necessari ulteriori 6 FTE di personale dirigente medico.

Per la determinazione del numero di dirigenti medici complessivo, bisogna tener conto anche delle apicalità previste; nel caso in esame queste sono 6 e quindi sono necessari altri 6 medici. In totale per il fabbisogno dell'Area di Medicina Generale sono necessari 60 dirigenti medici.

3.2.2 Esempio 2: Area chirurgia generale

SPECIALITA'	Par	PL	Apicalità	Fabbisogno minimo	Guardie divisionali	totale
09 - Chirurgia generale		32	1	6		6+1
10 - Chirurgia maxillo-facciale		3	1	4		4+1
14 - Chirurgia vascolare		10	1	4		4+1
43 - Urologia		16	1	6		6+1

Nell'ospedale considerato, in relazione alla dimensione e ai posti letto previsti in programmazione, è possibile prevedere un fabbisogno minimo di personale medico per ogni specialità afferente all'area chirurgica. Non sono previste guardie "divisionali" specifiche in area chirurgica. Per le altre specialità di area chirurgica, si ipotizza una guardia "interdivisionale" ogni 100 PL, occorre, quindi sommare i posti letto in area chirurgica, in totale 61 e prevedere una guardia aggiuntiva ogni 100 Posti Letto. Considerato che per una guardia sono necessari 3 FTE di personale medico, per la gestione di 61 letti, sono sufficienti ulteriori 3 FTE di personale dirigente medico.

Per la determinazione del numero di dirigenti medici complessivo, bisogna tener conto anche delle apicalità previste; nel caso in esame queste sono 4 e quindi sono necessari altri 4 medici. In totale per il fabbisogno dell'Area di Chirurgia Generale sono necessari 27 dirigenti medici.

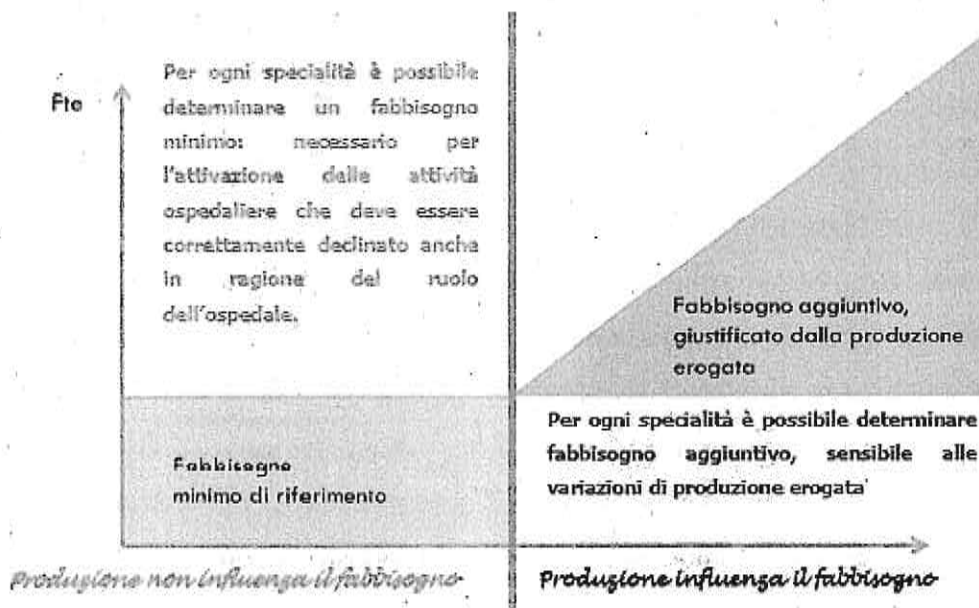
3.2.3 Esempio 3: Area chirurgia generale

SPECIALITA'	Par	PL	Apicalità	Fabbisogno minimo	Guardie divisionali	Total e
09 - Chirurgia generale		150	4	6*4		24+4
10 - Chirurgia maxillo-facciale		10	1	4		4+1
14 - Chirurgia vascolare		6	1	4		4+1
43 - Urologia		30	1	7		4+1
36 - Ortopedia	3	60	2	9*2	3	21+2

Si ipotizza una guardia "interdivisionale" ogni 100 PL; occorre, quindi sommare i posti letto in area chirurgica, in totale 256, e prevedere una guardia aggiuntiva ogni 100 Posti Letto. In questo caso sono assegnate 9 unità di personale dirigente medico per la gestione delle guardie "interdivisionali", determinando un fabbisogno minimo complessivo di 66 dirigenti medici.

3.3 I valori massimi del personale medico

Per la determinazione del valore massimo di riferimento per specialità, è necessario confrontarsi con dati di attività, in modo da fissare un fabbisogno di personale che tenga conto dei volumi di attività prodotta.



3.3.1 I valori massimi del personale medico: attività di degenza

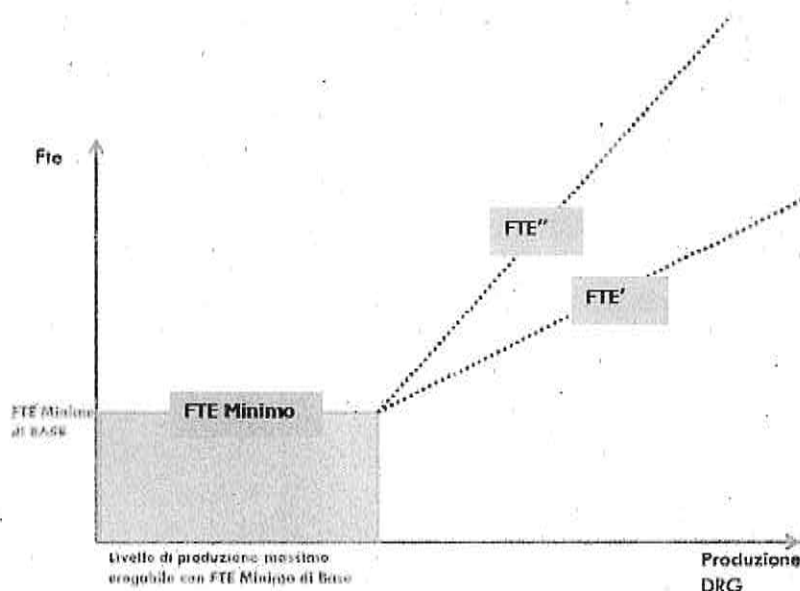
Per la determinazione del *range* di personale medico «giustificato dalla produzione», sono stati usati Pesi Medico differenziati per ogni specialità.

I pesi medici sono stati implementati sulla base di un'analisi statistica dei dati delle 5 regioni partecipanti al Gruppo di Lavoro.

Il fabbisogno di personale generato da esigenze di produzione sarà valutato positivamente qualora si attesti all'interno di un *range*. La soglia minima e massima di personale derivante da una determinata produzione permettono di intercettare variabili non misurabili a sistema (es. logistica,

livello di attuazione della programmazione).

E' stato, quindi, necessario identificare "pesi medici". Rispetto ai pesi medici sono stati individuati due valori che permettono di individuare FTE' e FTE'', che costituiscono il cd. "margine di tolleranza", il limite inferiore e superiore della forchetta: i valori entro i quali il numerodi FTE presenti nella specialità di riferimento è accettato.



Considerate le complessità organizzative e gestionali, si ritiene opportuno individuare un *"range di pesi medici"*, rappresentati nell'intervallo tra FTE' e FTE''.

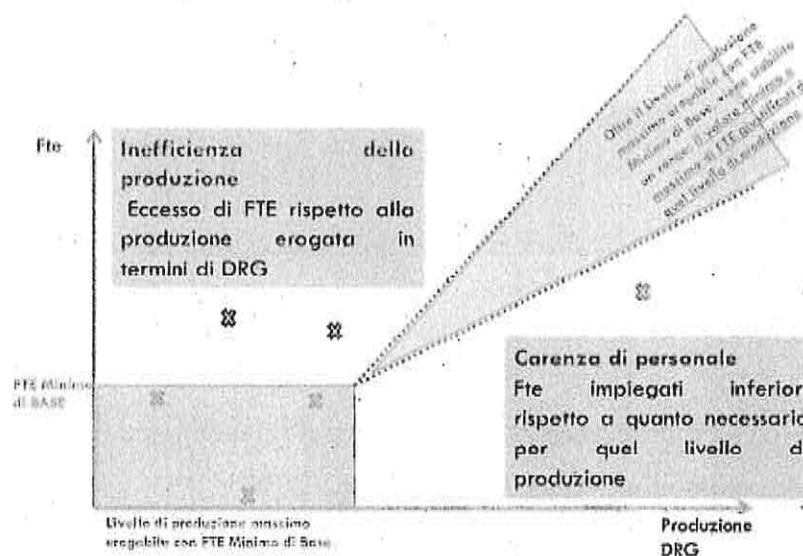
La definizione di valori di riferimento ha richiesto la disponibilità di dati relativi a diversi presidi ospedalieri.

Se si dispone dei dati di tutti i presidi di una regione, è possibile creare dei valori regionali di riferimento per la regione oggetto di analisi. Se si dispone dei dati della rete ospedaliera di una regione, è possibile calcolare dei valori di riferimento di questa rete. In modo analogo è possibile creare valori di riferimento a livello nazionale avendo a disposizione dati nazionali.

I valori di riferimento dovrebbero avere il ruolo di *benchmark* e quindi rappresentare le buone pratiche ovvero le situazioni riconosciute come le più efficaci e efficienti all'interno del medesimo sistema. Dovendo individuare dei parametri di riferimento comuni a livello nazionale, il gruppo di lavoro ha ritenuto di procedere con la valutazione dei dati statistici delle 5 regioni partecipanti al gruppo di lavoro, relativamente a ciascuna specialità oggetto di analisi. Per la definizione dei *"range di peso medico"* per disciplina, si è proceduto come segue:

- a. Definizione dei criteri di imputazione dei DRG;

- b. Sommatoria dei DRG prodotti per ogni specialità;
- c. Definizione dei criteri di imputazione degli FTE assegnati alle singole specialità;
- d. Rapporto tra DRG/FTE per specialità;
- e. Verifica del dato su base regionale: analisi della distribuzione statistica, eliminazione delle code;
- f. Prima analisi di valori statistici rilevanti (mediana, media, 1 e 3 quartile);
- g. Confronto interregionale del dato;
- h. Verifica dei valori rispetto alle 5 regioni partecipanti;
- i. Analisi della bontà del campione e delle code e verifica della distribuzione;
- j. Determinazione del RANGE DI PESI.



Stante la rilevante variabilità di mix di *setting* assistenziale tra le diverse regioni, si è ritenuto di non poter utilizzare i pesi DRG Medico prodotti in un'unica regione come valore di riferimento. Tuttavia risulta fondamentale individuare un unico peso medico. Si è ritenuta, pertanto, più percorribile l'ipotesi di utilizzo del peso nazionale per tutti i ricoveri erogati, indipendentemente dal *setting*.

Tuttavia il gruppo ha formulato un'ulteriore riflessione in merito al differente ricorso al regime ambulatoriale rispetto al day hospital, in particolare con riferimento alla casistica medica. Stante l'orientamento programmatico nazionale, che prevede un progressivo incremento del ricorso al regime ambulatoriale, ma il perdurare di situazioni di "squilibrio" tra regioni che hanno spostato in regime ambulatoriale prestazioni che altre regioni mantengono ancora in regime ospedaliero, si è proposto di uniformare il trattamento del DH medico alle prestazioni ambulatoriali e,

pertanto, di escluderlo dalla casistica ospedaliera mettendo quindi a 0 i pesi prodotti da ricoveri in DH con DRG medico.

~~In generale si ritiene che tra regioni diverse tale intervento consentirebbe una maggiore uniformità nel trattamento di prestazioni erogate in setting diversi.~~

Pertanto, ai fini della determinazione del peso medico per specialità, sono stati imputati alla singola specialità i punti DRG prodotti sia in regime di ricovero ordinario che in regime diurno. Non sono stati, però, valorizzati i DRG Medici erogati in regime di ricovero diurno.

Per quanto riguarda l'attività di degenza, il gruppo ha stabilito di analizzare i punti DRG prodotti, in termini di ricoveri ordinari e diurni, articolati per specialità. Il risultato è la somma dei pesi prodotti per ogni specialità in regime ordinario e diurno, che rapportati ai "pesi medici" di **Tabella 3**, restituiscono il valore degli FTE necessari per la produzione erogata.

$$\text{Punti DRG Sp } x = [\text{punti DRG RO Sp } x + (\text{punti DRG Medici Sp } x \text{ DH} * 0)]$$

$$\text{FTE medico max Sp } x = \frac{\sum \text{punti Sp } x}{\text{peso medico Sp } x}$$

Si elencano i DRG Medici che vanno esclusi dal computo, qualora erogati in regime di DH

Classificazione Diagnosis Related Groups versione 24

9	Malattie e traumi del midollo spinale	29	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni senza CC
10	Neoplasie del sistema nervoso con CC	30	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età < 18 anni
11	Neoplasie del sistema nervoso senza CC	31	Commozione cerebrale, età > 17 anni con CC
12	Malattie degenerative del sistema nervoso	32	Commozione cerebrale, età > 17 anni senza CC
13	Sclerosi multipla e atassia cerebellare	33	Commozione cerebrale, età < 18 anni
14	Emorragia intracranica o infarto cerebrale	34	Altre malattie del sistema nervoso con CC
15	Malattie cerebrovascolari acute specifiche e occlusione precerebrale senza infarto	35	Altre malattie del sistema nervoso senza CC
16	Malattie cerebrovascolari specifiche con CC	43	Ifema
17	Malattie cerebrovascolari specifiche senza CC	44	Infezioni acute maggiori dell'occhio
18	Malattie dei nervi cranici e periferici con CC	45	Malattie neurologiche dell'occhio
19	Malattie dei nervi cranici e periferici senza CC	46	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni con CC
21	Meningite virale	47	Altre malattie dell'occhio, età > 17 anni senza CC
22	Encefalopatia ipertensiva	48	Altre malattie dell'occhio, età < 18 anni
23	Stato stuporoso e coma di origine non traumatica	64	Neoplasie maligne di orecchio, naso, bocca e gola
26	Convulsioni e cefalea, età < 18 anni	65	Alterazioni dell'equilibrio
27	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma > 1 ora	66	Epistassi
28	Stato stuporoso e coma di origine traumatica, coma < 1 ora, età > 17 anni con CC	67	Epiglottite

68	Otitimedie e infezioni alle vie respiratorie, età > 17 anni con CC	172	Neoplasie maligne dell'apparato digerente con CC
69	Otitimedie e infezioni alle vie respiratorie, età > 17 anni senza CC	173	Neoplasie maligne dell'apparato digerente senza CC
70	Otitimedie e infezioni alle vie respiratorie, età ≤ 18 anni	174	Emorragia gastrointestinale con CC
71	Laringotracheite	175	Emorragia gastrointestinale senza CC
72	Traumatismi e deformità del naso	176	Ulcera peptica complicata
73	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età > 17 anni	177	Ulcera peptica non complicata con CC
74	Altre diagnosi relative a orecchio, naso, bocca e gola, età < 18 anni	178	Ulcera peptica non complicata senza CC
78	Embolia polmonare	179	Malattie infiammatorie dell'intestino
79	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni con CC	180	Occlusione gastrointestinale con CC
80	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età > 17 anni senza CC	181	Occlusione gastrointestinale senza CC
81	Infezioni e infiammazioni respiratorie, età < 18 anni	182	Esofagite, gastroenterite emiscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni con CC
82	Neoplasie dell'apparato respiratorio	183	Esofagite, gastroenterite emiscellanea di malattie dell'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
83	Traumi maggiori del torace con CC	184	Esofagite, gastroenterite emiscellanea di malattie dell'apparato digerente, età < 18 anni
84	Traumi maggiori del torace senza CC	185	Malattie dei denti e del cavo orale, eccetto estrazione e riparazione, età > 17 anni
85	Versamento pleurico con CC	186	Estrazioni e riparazioni dentali
86	Versamento pleurico senza CC	187	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni con CC
87	Edema polmonare e insufficienza respiratoria	188	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età > 17 anni senza CC
88	Malattia polmonare cronica ostruttiva	189	Altre diagnosi relative all'apparato digerente, età < 18 anni
89	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni con CC	190	Cirrosi e epatite alcolica
90	Polmonite semplice e pleurite, età > 17 anni senza CC	202	Neoplasie maligne dell'apparato epatobiliare o del pancreas
91	Polmonite semplice e pleurite, età < 18 anni	203	Malattie del pancreas eccetto neoplasie maligne
92	Malattia polmonare interstiziale con CC	204	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica con CC
93	Malattia polmonare interstiziale senza CC	205	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica senza CC
94	Pneumotorace con CC	206	Malattie delle vie biliari con CC
95	Pneumotorace senza CC	207	Malattie delle vie biliari senza CC
96	Bronchite e asma, età > 17 anni con CC	208	Fratture del femore
97	Bronchite e asma, età > 17 anni senza CC	235	Fratture dell'anca e della pelvi
98	Bronchite e asma, età < 18 anni	236	Distorsioni, stiramenti e lussazioni di anca, pelvi e coscia
99	Segni e sintomi respiratori con CC	237	Osteomielite
100	Segni e sintomi respiratori senza CC	238	Fratture patologiche e neoplasie maligne del sistema muscolo-scheletrico e tessuto connettivo
101	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio con CC	239	Malattie del tessuto connettivo con CC
102	Altre diagnosi relative all'apparato respiratorio senza CC	240	Malattie del tessuto connettivo senza CC
121	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto e complicanze maggiori, dimessi vivi	241	Artrite settica
122	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto senza complicanze maggiori, dimessi vivi	242	Affezioni mediche del dorso
123	Malattie cardiovascolari con infarto miocardico acuto, morti	243	Malattie dell'osso e artropatie specifiche con CC
124	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi complicata	244	Malattie dell'osso e artropatie specifiche senza CC
125	Malattie cardiovascolari eccetto infarto miocardico acuto, con cateterismo cardiaco e diagnosi non complicata	245	Artropatie non specifiche
126	Endocardite acuta e subacuta	246	Segni e sintomi relativi al sistema muscolo-scheletrico e al tessuto connettivo
127	Insufficienza cardiaca e shock	247	Tendinite, miosite e borsite
128	Tromboflebite delle vene profonde	248	Assistenza riabilitativa per malattie del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
129	Arresto cardiaco senza causa apparente	249	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni con CC
130	Malattie vascolari periferiche con CC	250	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età > 17 anni senza CC
131	Malattie vascolari periferiche senza CC	251	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di avambraccio, mano e piede, età < 18 anni
132	Aterosclerosi con CC	252	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni con CC
133	Aterosclerosi senza CC	253	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età > 17 anni senza CC
134	Iperensione	254	Fratture, distorsioni, stiramenti e lussazioni di braccio, gamba, eccetto piede, età < 18 anni
135	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni con CC	255	Altre diagnosi del sistema muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo
136	Malattie cardiache congenite e valvolari, età > 17 anni senza CC	271	Ulcere della pelle
137	Malattie cardiache congenite e valvolari, età < 18 anni	272	Malattie maggiori della pelle con CC
138	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca con CC	273	Malattie maggiori della pelle senza CC
139	Aritmia e alterazioni della conduzione cardiaca senza CC	274	Neoplasie maligne della mammella con CC
140	Angina pectoris	275	Neoplasie maligne della mammella senza CC
141	Sincope e collasso con CC		
142	Sincope e collasso senza CC		
143	Dolore toracico		
144	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio con CC		
145	Altre diagnosi relative all'apparato circolatorio senza CC		

276	Patologie non maligne della mammella	382	Falso travaglio
277	Cellulite, età > 17 anni con CC	383	Altre diagnosi preparto con complicazioni mediche
278	Cellulite, età > 17 anni senza CC	384	Altre diagnosi preparto senza complicazioni mediche
279	Cellulite, età < 18 anni	385	Neonati morti o trasferiti ad altre strutture di assistenza
280	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni con CC	peracuti	
281	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età > 17 anni senza CC	386	Neonati gravemente immaturi o con sindrome da distress respiratorio
282	Traumi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella, età < 18 anni	387	Prematurità con affezioni maggiori
283	Malattie minori della pelle con CC	388	Prematurità senza affezioni maggiori
284	Malattie minori della pelle senza CC	389	Neonati a termine con affezioni maggiori
294	Diabete, età > 35 anni	390	Neonati con altre affezioni significative
295	Diabete, età < 36 anni	391	Neonato normale
296	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni con CC	395	Anomalia dei globuli rossi, età > 17 anni
297	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età > 17 anni senza CC	396	Anomalia dei globuli rossi, età < 18 anni
298	Disturbi della nutrizione e miscelanea di disturbi del metabolismo, età < 18 anni	397	Disturbi della coagulazione
299	Difetti congeniti del metabolismo	398	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario con CC
300	Malattie endocrine con CC	399	Disturbi sistema reticoloendoteliale e immunitario senza CC
301	Malattie endocrine senza CC	403	Linfoma e leucemia non acuta con CC
316	Insufficienza renale	404	Linfoma e leucemia non acuta senza CC
317	Ricovero per dialisi renale	405	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età < 18 anni
318	Neoplasie del rene e delle vie urinarie con CC	409	Radioterapia
319	Neoplasie del rene e delle vie urinarie senza CC	410	Chemioterapia non associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta
320	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni con CC	411	Anamnesi di neoplasia maligna senza endoscopia
321	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età > 17 anni senza CC	412	Anamnesi di neoplasia maligna con endoscopia
322	Infezioni del rene e delle vie urinarie, età < 18 anni	413	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate con CC
323	Calcolosi urinaria con CC e/o litotripsia mediante ultrasuoni	414	Altre alterazioni mieloproliferative e neoplasie poco differenziate senza CC
324	Calcolosi urinaria senza CC	417	Setticemia, età < 18 anni
325	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	418	Infezioni post-chirurgiche e post-traumatiche
326	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	419	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni con CC
327	Segni e sintomi relativi a rene e vie urinarie, età < 18 anni	420	Febbre di origine sconosciuta, età > 17 anni senza CC
328	Stenosi uretrale, età > 17 anni con CC	421	Malattie di origine virale, età > 17 anni
329	Stenosi uretrale, età > 17 anni senza CC	422	Malattie di origine virale e febbre di origine sconosciuta, età < 18 anni
330	Stenosi uretrale, età < 18 anni	423	Altre diagnosi relative a malattie infettive e parassitarie
331	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni con CC	425	Reazione acuta di adattamento e disfunzione psicosociale
332	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età > 17 anni senza CC	426	Nevrosi depressive
333	Altre diagnosi relative a rene e vie urinarie, età < 18 anni	427	Nevrosi eccetto nevrosi depressive
346	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile con CC	428	Disturbi della personalità e del controllo degli impulsi
347	Neoplasie maligne dell'apparato genitale maschile senza CC	429	Disturbi organici e ritardo mentale
348	Ipertrofia prostatica benigna con CC	430	Psicosi
349	Ipertrofia prostatica benigna senza CC	431	Disturbi mentali dell'infanzia
350	Infiammazioni dell'apparato riproduttivo maschile	432	Altre diagnosi relative a disturbi mentali
351	Sterilizzazione maschile	433	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci; dimesso contro il parere dei sanitari
352	Altre diagnosi relative all'apparato riproduttivo maschile	444	Traumatismi, età > 17 anni con CC
366	Neoplasie maligne apparato riproduttivo femminile con CC	445	Traumatismi, età > 17 anni senza CC
367	Neoplasie maligne dell'apparato riproduttivo femminile senza CC	446	Traumatismi, età < 18 anni
368	Infezioni dell'apparato riproduttivo femminile	447	Reazioni allergiche, età > 17 anni
369	Disturbi mestruali e altri disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	448	Reazioni allergiche, età < 18 anni
372	Parto vaginale con diagnosi complicanti	449	Avvelenamenti ed effetti tossici farmaci, età > 17 anni con CC
373	Parto vaginale senza diagnosi complicanti	450	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età > 17 anni senza CC
376	Diagnosi relative a postparto e postaborto senza intervento chirurgico	451	Avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci, età < 18 anni
378	Gravidanza ectopica	452	Complicazioni di trattamenti con CC
379	Minaccia di aborto	453	Complicazioni di trattamenti senza CC
380	Aborto senza dilatazione e raschiamento	454	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici con CC
		455	Altre diagnosi di traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici senza CC
		462	Riabilitazione
		463	Segni e sintomi con CC
		464	Segni e sintomi senza CC
		465	Assistenza riabilitativa con anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria

466	Assistenza riabilitativa senza anamnesi di neoplasia maligna come diagnosi secondaria	524	Ischemia cerebrale transitoria
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	559	Ictus ischemico acuto con uso di agenti trombolitici
473	Leucemia acuta senza interventi chirurgici maggiori, età > 17 anni	560	Infezioni batteriche e tubercolosi del sistema nervoso
487	Altri traumatismi multipli rilevanti	561	Infezioni non batteriche del sistema nervoso eccetto meningite virale
489	H.I. V. associato ad altre patologie maggiori correlate	562	Convulsioni, età > 17 anni con CC
490	H.I. V. associato o non ad altre patologie correlate	563	Convulsioni, età > 17 anni senza CC
492	Chemioterapia associata a diagnosi secondaria di leucemia acuta o con uso di alte dosi di agenti chemioterapici	564	Cefalea, età > 17 anni
505	Ustioni estese o ustioni a tutto spessore con ventilazione meccanica ≥ 96 ore senza innesto di cute	565	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita ≥ 96 ore
508	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione con CC o trauma significativo	566	Diagnosi relative all'apparato respiratorio con respirazione assistita < 96 ore
509	Ustioni estese a tutto spessore senza innesto di cute o lesione da inalazione senza CC o trauma significativo	571	Malattie maggiori dell'esofago
510	Ustioni non estese con CC o trauma significativo	572	Malattie gastrointestinali maggiori e infezioni peritoneali
511	Ustioni non estese senza CC o trauma significativo	574	Diagnosi ematologiche/immunologiche maggiori eccetto anemia falciforme e coagulopatie
521	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con CC	575	Setticemia con ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni
522	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci con terapia riabilitativa senza CC	576	Setticemia senza ventilazione meccanica ≥ 96 ore, età > 17 anni
523	Abuso o dipendenza da alcool/farmaci senza terapia riabilitativa senza CC		

Tabella 4: DRG Medici

Cod	DescSpecialità	Validità	MIN	MAX
07	07 - Cardiochirurgia	II+I+N	185	323
08	08 - Cardiologia	I+N	70	131
08	08 - Cardiologia	II	101	183
09	09 - Chirurgia generale	I+N	102	175
09	09 - Chirurgia generale	II	129	242
10	10 - Chirurgia maxillo-facciale	II+I+N	56	151
11	11 - Chirurgia pediatrica	II+I+N	102	175
12	12 - Chirurgia plastica	II+I+N	96	193
13	13 - Chirurgia toracica	II+I+N	142	227
14	14 - Chirurgia vascolare	II+I+N	101	190
18	18 - Ematologia	II+I+N	92	124
21	21 - Geriatria	II+I+N	98	159
24	24 - Malattie infettive e tropicali	II+I+N	70	95
26	26 - Medicina generale	II+I+N	112	178
29	29 - Nefrologia	II+I+N	30	58
30	30 - Neurochirurgia	II+I+N	203	239
32	32 - Neurologia	II+I+N	61	95
33	33 - Neuropsichiatria infantile	II+I+N	22	46
34	34 - Oculistica	II+I+N	13	48
36	36 - Ortopedia e traumatologia	I+N	121	186
36	36 - Ortopedia e traumatologia	II	146	237
37	37 - Ostetricia e ginecologia	II+I+N	74	115
38	38 - Otorinolaringoiatria	II+I+N	68	125
40	40 - Psichiatria	II+I+N	39	85
43	43 - Urologia	I+N	79	158
43	43 - Urologia	II	132	195
47	47 - Grandi ustionati	II+I+N	29	65
48	48 - Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	II+I+N	185	323
52	52 - Dermatologia	II+I+N	16	83
56	56 - Recupero e riabilitazione funzionale	II+I+N	21	58
58	58 - Gastroenterologia	II+I+N	37	82
60	60 - Lungodegenti	II+I+N	85	145
64	64 - Oncologia	II+I+N	37	87
65	65 - Oncologia pediatrica	II+I+N	80	145
68	68 - Pneumologia	II+I+N	73	121
71	71 - Reumatologia	II+I+N	38	76
75	75 - Neuroriabilitazione	II+I+N	12	43
76	76 - Neurochirurgiapediatrica	II+I+N	203	239

Tabella 5: Pesi Medico per specialità per calcolo FTE' e FTE''

Il campo validità identifica la tipologia di ospedali cui il peso deve essere applicato.

Il fabbisogno di funzionamento (metabolismo minimo), il fabbisogno minimo da produzione ed il fabbisogno massimo da produzione così calcolati costituiscono una forchetta che definisce il fabbisogno minimo e massimo per ciascuna disciplina. In particolare, il fabbisogno minimo effettivo è costituito dal valore più alto tra il fabbisogno di funzionamento ed il fabbisogno di minimo da produzione e il fabbisogno massimo effettivo corrisponde al fabbisogno massimo da produzione. Costituisce eccezione il caso in cui il fabbisogno di funzionamento sia maggiore del fabbisogno massimo da produzione. In questo caso il fabbisogno effettivo è rappresentato dal fabbisogno di funzionamento.

3.3.2 I valori massimi del personale medico: attività ambulatoriale

Con particolare riferimento ai flussi di specialistica ambulatoriale occorre tener presente che i dati sono classificati con nomenclatori differenti tra regione e regione e non esiste una univoca attribuzione delle prestazioni dei nomenclatori regionali alle discipline di riferimento. E', quindi, necessario svolgere un lavoro di completamento e di riallineamento delle prestazioni rispetto al nomenclatore nazionale, propedeutico al loro utilizzo per la determinazione del fabbisogno di professionisti.

Si ritiene, comunque, utile precisare i pesi calcolati per specialità sono determinati dal rapporto DRG erogati rispetto agli FTE medici complessivi e quindi dedicati a tutte le attività tipiche dell'ospedale (degenza, ambulatorio, day hospital e altre attività tipiche di reparto). Ne consegue che il peso così determinato è in qualche modo rappresentativo anche dell'attività ambulatoriale. Il peso medico così definito va, comunque, monitorato nel tempo, in modo da intercettare variazioni, nel *setting* assistenziale ed erogativo.

Nel medio periodo sarà comunque importante individuare sistemi di misurazione delle attività ambulatoriali, anche in relazione al crescente peso delle prestazioni erogate in tale regime.

L'esclusione dell'attività ambulatoriale è particolarmente avvertita con riferimento ad alcune specialità che erogano la loro attività prevalentemente in regime ambulatoriale. In questi contesti, i pesi medi sono poco rappresentativi del fenomeno organizzativo. Si tratta in modo particolare di alcune specialità tra le quali, a titolo esemplificativo, nefrologia/dialisi, oncologia, oculistica, gastroenterologia, reumatologia, allergologia e angiologia. La medesima mancanza si rileva per il personale medico di anestesia e rianimazione impiegato nelle prestazioni erogate in regime di Day Hospital e ambulatoriale.

3.4 I valori di riferimento del personale di comparto

I dati e i risultati presenti oggi, negli studi internazionali relativi al personale di assistenza infermieristica, correlano esiti (outcomes) delle persone assistite a numero e qualità dei professionisti (staffing) oltre che ad indicatori di sicurezza e qualità delle cure. Si tratta di macro indicatori, già disponibili in letteratura, che permettono di orientare le scelte in questo tema.

La valutazione del fabbisogno, però, non può prescindere dalla programmazione regionale in materia sanitaria. Ne discende l'importanza di valutare le strutture ospedaliere e il personale necessario per il loro funzionamento compatibilmente al "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturarli, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (DM 70/2015).

In particolare, al punto 3.1 dell'allegato, si prevede che: *"Gli standard fissati definiti nella Legge 135/2012, relativamente ai posti/letto (3.7/1000 abitanti) ed al tasso di ospedalizzazione (160/1000 abitanti), sono conseguibili, intervenendo concretamente sull'indice di occupazione del posto/letto che deve attestarsi su valori del 90% tendenziale e sulla durata media di degenza, per i ricoveri ordinari, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni.*

Pertanto, sulla base del tasso di ospedalizzazione atteso (160/1000 abitanti) di ricoveri appropriati, facendo riferimento alle regioni con migliore performance sui tassi di ospedalizzazione, suddividendo per singola disciplina il tasso complessivo, si sono individuati i tassi di ospedalizzazione attesi per disciplina o specialità clinica ed i relativi bacini di utenza. Per i servizi senza posti letto si fa riferimento a volumi di prestazione attesi in appropriatezza ed efficienza dimensionale. L'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera pertanto deve essere effettuata in rapporto ai bacini di utenza, come di seguito indicati, laddove le regioni non dimostrino di avere già strutturato una rete, con caratteristiche di efficacia e appropriatezza, con un numero di strutture inferiore allo standard previsto.

In ragione di quanto esposto, si ritiene che la valutazione del personale del comparto dedicato alle attività di degenza ordinaria debba essere calcolato sulla base dei posti letto riconosciuti dalla programmazione regionale (Tabella C "Mappatura delle strutture di degenza e dei servizi senza posti letto: situazione attuale (al 01/01/2016) e successiva all'attuazione dei documenti di programmazione"), computati al 90%.

I valori minimi del personale infermieristico e degli operatori socio sanitari sono individuati sulla

base delle presenze medie per l'unità operativa nella Tabella C del DM 70/2015.

Con riferimento al presente lavoro, per quanto riguarda il personale del comparto, si è scelto di procedere con la determinazione del fabbisogno per area omogenea, tenendo conto delle sempre più frequenti organizzazioni per intensità di cura. Anche in questo caso la tabella da utilizzare per le aggregazioni è la **Tabella 1**.

Si precisa, inoltre, che la valutazione del fabbisogno, nel caso del personale del comparto va effettuata sul dato complessivo ospedaliero, limitando, così le difficoltà interpretative delle singole aree omogenee.

3.4.1 Personale del comparto per le attività di degenza ordinaria e diurna

La stessa permette di prendere in analisi il nuovo assetto della rete ospedaliera regionale e fornisce indicazioni in merito all'organizzazione delle strutture.

Per la determinazione del numero di infermieri e operatori socio sanitari necessari per le attività di degenza, occorre procedere come segue:

1. Somma dei posti letto per Area Omogenea;
2. Computo al 90% e moltiplicazione per 365 (posti ordinari) e 260 (posti diurni)
3. Attribuzione dei minuti di Assistenza Infermiere e Oss (**Tabella 4**);
4. Prodotto della somma dei posti letto per i minuti (minimo e massimo) di assistenza attribuiti;
5. "Trasformazione in ore" = Totale minuti/60;
6. "Trasformazione in personale tempo equivalente" (FTE)/1480;
7. Attribuzione del numero di infermieri complessivi necessari per l'attività di degenza;
8. Attribuzione del numero di operatori complessivi necessari per l'attività di degenza;

		MIN inf	MIN oss		MAX inf	MAX oss
1	MEDICA	148	63		175	77
2	CHIRURGICA	137	74		154	90
3	OSTETRICO- GINECOLOGICA	Si veda area Materno Infantile				
4	CRITICA	700	175		827	90
5	SUB INTENSIVA	330	82		358	87
6	PEDIATRICA	Si veda area Materno Infantile				
8	SALUTE MENTALE	148	63		280	120
11	RIABILITATIVA	104	85		127	103

Tabella 6: Minuti infermiere e operatore socio sanitario per area omogenea

Al personale del comparto così determinato vanno aggiunti i coordinatori nella misura di 1 ogni 30 posti letto.

~~L'applicazione dei valori minimo e massimo previsti in tabella 5 per il personale del comparto,~~
garantisce la determinazione di un livello minimo e massimo di fabbisogno di personale infermieristico e di supporto per l'area ospedaliera, per le aree elencate. Per le ulteriori aree di attività si rimanda ai paragrafi successivi.

3.4.2 Personale del comparto dedicato alle attività ambulatoriali e alle attività operatorie

Come già sottolineato per il personale dirigente, considerate le difficoltà di applicazione del nomenclatore e la presenza di prestazioni erogate in regimi diversi, nonché diverse modalità organizzative, si ritiene di non disporre di sufficienti elementi per dettagliare le modalità di allocazione di risorse umane dedicate alle attività erogate in regime ambulatoriale. Si auspica, quindi, che il metodo venga successivamente arricchito prevedendo metodi di definizione del fabbisogno ascrivibile a codesto ambito di attività. Tuttavia, in questa fase, si stabilisce che il personale del comparto dedicato alle attività ambulatoriali sia imputato in termini percentuali rispetto a quanto calcolato per le attività di degenza nella misura percentuale del 7-13%.

Si evidenzia, comunque, l'eccessiva approssimazione dell'indicatore, che merita di essere ulteriormente approfondito in sede di applicazione e analisi, in ragione dell'entità delle attività erogate in regime ambulatoriale, delle modalità organizzative, nonché delle tipicità delle singole regioni e delle aziende sanitarie in merito. L'impossibilità di qualificare in modo preciso il fabbisogno relativo alle attività erogate in regime ambulatoriale e alle attività operatorie determina un elemento di criticità importante del modello, soprattutto per quanto attiene le unità operative dove le attività ambulatoriali hanno un peso significativo.

3.5 Personale dirigente e del comparto dedicato ad alcune attività specifiche e aree dei servizi

3.5.1 Premessa metodologica

Il Decreto 02 aprile 2015, n. 70, paragrafo 2 prevede:

2. *Classificazione delle strutture ospedaliere*

2.1. *La programmazione regionale provvede alla definizione delle rete dei posti letto*

ospedalieri per acuti, attribuendo ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati le relative funzioni entro il limite di 3 posti letto per mille abitanti, calcolati con le modalità di cui all'articolo 1, comma 3 del presente decreto ed in base alla classificazione di cui ai successivi punti 2.2 e seguenti, declinata secondo l'organizzazione per complessità e intensità di cura.

L'organizzazione secondo livelli gerarchici di complessità delle strutture ospedaliere che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti, tramite un modello in rete organizzato in base alle specificità di contesto, concorre a rispondere in maniera appropriata agli obiettivi individuati nel precedente paragrafo. Le strutture ospedaliere, comprese quelle in cui non tutte le specialità previste nei presidi sono dotate di posti letto dedicati, prevedono tre livelli complessità crescente.

2.2 I presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, salvo quanto previsto dal successivo punto 9.2.2, sono strutture dotate di sede di Pronto Soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore (h.24) di Radiologia, Laboratorio, Emoteca. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva".

2.3 I presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sono strutture sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di I livello, dotate delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per numero di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.), Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono. Devono essere presenti o disponibili in rete h. 24 i Servizi di Radiologia almeno con Tomografia assiale computerizzata (T.A.C.) ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Per le patologie complesse (quali i traumi, quelle cardiovascolari, lo stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso i Centri di II livello. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva" e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

2.4 I presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sono strutture dotate di DEA di II livello. Tali presidi sono istituzionalmente riferibili alle Aziende ospedaliere, alle Aziende ospedaliere universitarie, a taluni Istituti di ricovero e cura a

carattere scientifico (IRCCS) e a Presidi di grandi dimensioni della Azienda sanitaria (AZIENDA U.S.L.). Tali presidi sono dotati di tutte le strutture previste per l'Ospedale di I Livello, nonché di strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I Livello, quali a titolo indicativo, nel rispetto del criterio prevalente dei bacini di utenza di cui al successivo punto 3.: Cardiologia con emodinamica interventistica h. 24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia e Rianimazione cardiocirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, Radiologia interventistica, Rianimazione pediatrica e neonatale, Medicina Nucleare e altre eventuali discipline di alta specialità; devono essere presenti h.24 i Servizi di Radiologia con almeno T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica), Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Nelle regioni con popolazione inferiore ai 600.000 abitanti, con uno scostamento del 6%, l'attivazione o la conferma dei presidi ospedalieri di II livello è subordinata alla stipula di un accordo di programmazione integrata interregionale con le regioni confinanti in modo da garantire il rispetto del valore soglia del bacino di utenza sopra indicato. Tale accordo interregionale va stipulato entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

Nel paragrafo 3 "Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina" sono indicati alcuni presupposti per creare/mantenere una struttura organizzativa autonoma.

✓ L'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera deve essere effettuata in rapporto ai bacini di utenza, come di seguito indicati, laddove le regioni non dimostrino di avere già strutturato una rete, con caratteristiche di efficacia e appropriatezza, con un numero di strutture inferiore allo standard previsto.

✓ Bacino di utenza da 150.000 a 300.000 abitanti

- Anatomia e istologia patologica
- Radiologia
- Laboratorio d'analisi
- Servizio trasfusionale
- Direzione sanitaria di presidio

✓ Bacino di utenza da 600.000 a 1.200.000 abitanti

- Medicina nucleare
- Microbiologia e virologia

Con riferimento all'area dei servizi si è ritenuto di individuare una proposta di intervallo di fabbisogno ritenuto indispensabile per l'erogazione del servizio.

Ospedale di Base	Presidi di I livello	Presidi di II livello
80.000-150.000	150.000-300.000	600.000-1.200.000
Radiologia	Radiologia	Radiologia
Laboratorio	Laboratorio	Laboratorio
	Trasfusionale	Trasfusionale
	Direzione Sanitaria di presidio	Direzione Sanitaria di presidio
	Anatomia e Istologia Patologica	Anatomia e Istologia Patologica
		Medicina Nucleare
		Microbiologia e Virologia

3.5.2 Area Materno - Infantile

Per l'area pediatrica e l'area ostetrica è necessario prevedere un numero minimo di operatori sanitari in relazione al numero di posti letto e in relazione al numero di parti.

In questo caso il numero di letti non è sufficiente a descrivere il fabbisogno di personale. Spesso i reparti di pediatria sono di piccole dimensioni, si tende a non ricoverare pazienti in età pediatrica o a ricoverarli nel reparto specialistico relativo alla patologia cui sono affetti.

	n. parti		
Valori minimi in FTE	500-1500	1500-2000	>2000
Dir. Medici Pediatria	6-13	13-18	15-30
Dir. Medici Ostetricia	6-13	13-18	15-30
Ostetriche	12-24	24-33	33-60
Infermieri	12-36	18-46	40-80
Operatori OSS	6-12	12-18	18-30

Tabella 7: Area Materno Infantile

Al valore minimo e Massimo sono da aggiungere le apicalità ed i coordinatori

In questo caso indipendentemente dalla produzione generata, il fabbisogno di personale va considerato cumulativamente per le specialità di pediatria (39) neonatologia (62) e nido (31).

Accade tuttavia che negli ospedali nei quali vi è la presenza di unità operative dedicate a tutte le discipline suddette, vi è una sottostima delle unità necessarie per un adeguato funzionamento delle strutture, in quanto è previsto lo stesso range standard anche per quelle strutture che non hanno i suddetti servizi specifici. Si ritiene, quindi, nel caso in cui nel presidio siano previste anche le attività di neonatologia (62) di integrare il fabbisogno standard indicato nella metodologia in misura pari al 20% di quanto previsto in tabella. Tale fabbisogno è comprensivo anche di quello inerente lo STEN e lo STAM.



Per quel che riguarda i **reparti di pediatria e ginecologia** nei presidi che non hanno parti ovvero che hanno un numero di parti inferiore alla soglia minima di 500 si ritiene di definire il fabbisogno (identico come minimo e massimo), facendo riferimento al valore minimo basale standard previsto per l'area materno infantile per la fascia 500-1500 parti. Nel caso in cui il reparto di ginecologia svolga essenzialmente compiti di natura chirurgica si ritiene di far riferimento ai dati minimi della disciplina di chirurgia generale.

La terapia intensiva neonatale (73), considerata la specificità e la complessità trattata, è oggetto di valutazione ad hoc. Meritano una valutazione "ad hoc" anche le specialità mediche e chirurgiche a indirizzo pediatrico (chirurgia pediatrica, urologia pediatrica, oncoematologia pediatrica e altre). Queste, nella maggior parte delle regioni sono presenti solo negli ospedali *Hub* ad altissima specializzazione e meritano una valutazione che tenga conto delle caratteristiche organizzative del presidio, del suo ruolo nella rete pediatrica, e delle scelte aziendali in relazione alle competenze dei professionisti.

Per la determinazione del fabbisogno di professionisti necessario per l'erogazione di queste attività, il gruppo propone di "aggregare" le alte specialità pediatriche, alla specialità cd. "nativa". Ne consegue che attività e personale equivalente, saranno aggregati come segue

06	Cardiochirurgia pediatrica	Cardiochirurgia
11	Chirurgia pediatrica	Chirurgia Generale
46	Grandi ustioni pediatriche	Grandi Ustioni
65	Oncoematologia pediatrica	Oncoematologia
76	Neurochirurgia pediatrica	Neurochirurgia
77	Nefrologia pediatrica	Nefrologia
78	Urologia pediatrica	Urologia

Tabella 8: Alte Specialità pediatriche

3.5.3 Cardiologia e Unità Coronarica

La valutazione del numero di cardiologi dell'ospedale deve tener conto non solo dell'attività di cardiologia base, ma anche della presenza e del funzionamento dell'unità coronarica. In questo caso le attività di cardiologia (08) e Unità coronarica (50) andranno sommate per la valutazione del numero di cardiologi. È, inoltre, necessario, valutare l'organizzazione delle attività di emodinamica che sono funzione del ruolo dell'ospedale.

L'organizzazione del reparto di cardiologia, in molti casi aggregato all'unità coronarica, in presenza anche il fabbisogno di personale del comparto, chiamato a offrire assistenza in un'area che assorbe un maggior numero di risorse.

La tipologia di ospedale non è sempre sufficiente a descrivere il ruolo dello stesso rispetto alle singole specialità trattate. Per questo motivo, per talune specialità come per esempio la cardiologia, è necessario indicare ulteriori attributi, al fine di individuare il corretto apporto di risorse necessarie per il funzionamento. Per esempio, è necessario conoscere il ruolo di una cardiologia rispetto alla rete di emodinamica della regione per dimensionare correttamente le risorse necessarie.

Per questi motivi, ai fini della compilazione del presente modello è fondamentale indicare il ruolo delle unità operative di cardiologia rispetto alla rete di riferimento, come indicato in Tabella 3.

3.5.4 Neurologia e Stroke

La valutazione del personale necessario alle attività di neurologia dell'ospedale deve tener conto non solo dell'attività di neurologia base, ma anche della presenza e del funzionamento rete ictus nella regione considerata. Il ruolo dell'ospedale rispetto alla rete ictus regionale determina il relativo fabbisogno di personale.

3.5.5 Rete Trauma

In area ortopedica la programmazione regionale attribuisce ai presidi l'attributo di PST- CTS

- CTZ che determinano un diverso ruolo nella rete ortopedica regionale; ne consegue un diverso fabbisogno di personale che deve essere valutato.

3.5.6 Area dei servizi di Radiologia

Per i servizi di radiologia occorre determinare un cd. "Turnò Minimo" per garantire l'esecuzione delle attività.

Nell'area dei servizi di radiologia vanno incluse le attività di Radiologia (69), Radioterapia (70), Radioterapia Oncologica (74), Medicina Nucleare (61) e Neuroradiologia.

Tipologia	Ospedale di Base	Presidi di I livello	Presidi di II livello
Presenza necessaria	Guardia o pd (H24)	Pres o disp rete (H.24)	Presenza (H.24)

Bacino di utenza	80.000 – 150.000	150.000-300.000	600.000 -1.200.000
Dir. Medici Radiologia (*)	2-7	4-18	16-55
Tecnici di Radiologia	4-18	10-36	36-110
Infermieri	0-3	3-12	10-40
Operatori socio sanitari	0-1	1-4	3-10

(*) comprese guardie e apicalità

Tabella 9: Servizi di Radiologia

Tuttavia accade che nei presidi (DEA I o II) nei quali vi è la presenza di unità operative dedicate a tutte le discipline suddette, vi è una evidente sottostima delle unità necessarie per un adeguato funzionamento delle strutture, anche in relazione alla riduzione dei tempi di attesa, in quanto è previsto lo stesso range standard anche per quelle strutture che non hanno i suddetti servizi specifici. Si ritiene, quindi, nel caso in cui nel presidio siano previste anche le attività di Radioterapia (70) e Medicina Nucleare (61) di integrare il fabbisogno standard indicato nella metodologia in misura pari al 60% di quanto previsto in quanto tali attività assorbono una quota importante del personale in servizio.

A ciò si aggiunga che - in linea con quanto indicato nella prima parte del documento - è necessario tener conto nella determinazione del fabbisogno dei servizi di radiologia anche degli effetti del rischio radiologico (pari a 15 gg.). Si ritiene di poter calcolare tale effetto nel seguente modo:

RISCHIO RADIOLOGICO:

- Personale per la dirigenza sanitaria:

15gg = 6,20 h./giorno;

incremento in % = $93/1560$ (FTE annuo) $\rightarrow 5,96\% \rightarrow 6\%$

- Personale per il comparto:

15gg. = 6h./giorno

incremento in % = $90/1480$ (FTE annuo) $\rightarrow 6,08\% \rightarrow 6\%$

3.5.7 Area dei servizi di Laboratorio

Per il servizio di laboratorio occorre determinare un cd. "Turno Minimo" per garantire l'esecuzione delle attività.

Nell'area dei servizi di laboratorio vanno incluse le attività di Laboratorio Analisi, Microbiologia e Virologia, Genetica ed epidemiologia clinica, Tossicologia.

Considerato che lo *skill mix* di professionisti operanti nei laboratori analisi è molto eterogeneo, si

ritiene opportuno individuare il fabbisogno complessivo di personale dirigente dedicato, senza distinzione tra Dirigenza Medica e Dirigenza Sanitaria non medica.

Con riferimento al personale del comparto, si ritiene di computare nei servizi di laboratorio solo personale "Tecnico di Laboratorio", considerate le diverse modalità organizzative, che vedono l'infermiere diversamente impiegato nei singoli contesti regionali e aziendali.

Tipologia	Ospedale di Base	Presidi di I livello	Presidi di II livello
Presenza necessaria	Guardia o pd (H24)	Pres o disp rete (H.24)	Presenza (H.24)
Bacino di utenza	80.000 – 150.000	150.000-300.000	600.000 -1.200.000
Dirigenti Sanitari Medici e Non Medici	0-6	4-20	18-38

(*) comprese guardie e apicalità

Tabella 10: Servizi di Laboratorio

3.5.8 Medicina Trasfusionale

1) Livelli essenziali di assistenza sanitaria in materia di attività trasfusionale

La ripartizione dei compiti e delle funzioni affidati alle strutture trasfusionali, fa esplicitamente riferimento a quanto previsto dall'art. 5, comma 1, lettere a) e b) della legge 219/05 che definisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria in materia di attività trasfusionali e dove le stesse sono articolate in due macroaree:

a) attività di produzione, volte a garantire la costante disponibilità del sangue e dei suoi prodotti, nonché il raggiungimento dell'obiettivo di autosufficienza aziendale e regionale. La norma, riconoscendo la funzione sovraziendale e sovraregionale dell'autosufficienza, prevede che le Regioni e le Aziende Sanitarie definiscano specifici meccanismi di programmazione, organizzazione e finanziamento del sistema trasfusionale.

b) prestazioni di medicina trasfusionale ed altre attività di diagnosi e cura, organizzate in relazione alla complessità della rete ospedaliera pubblica e privata dell'ambito territoriale di competenza. In questa area sono inoltre compresi specifici programmi di diagnosi e cura che si realizzano in particolare nell'ambito dell'assistenza a pazienti ematologici ed oncologici, del sistema urgenza-emergenza e dei trapianti (art. 1, comma 1, lettera d - legge 219/05).

2) Criteri generali per la definizione del fabbisogno di personale

Per il calcolo del fabbisogno di personale è stato necessario individuare prioritariamente standard

organizzativi dei servizi trasfusionali definiti per aree di attività omogenee, che tengano conto della necessità di garantire da una parte la funzione sovraziendale e sovraregionale dell'autosufficienza e dall'altra le attività di Medicina Trasfusionale, che sono invece organizzate in relazione alla complessità della rete ospedaliera pubblica e privata dell'ambito territoriale di competenza.

3) Standard organizzativi dei servizi trasfusionali e modelli di rete

I servizi trasfusionali aziendali sono organizzati secondo il "modello hub&spoke". Gli Standard organizzativi dei servizi trasfusionali e i relativi modelli di rete possono variare a seconda degli obiettivi di autosufficienza assegnati dalla programmazione regionale, della complessità della rete ospedaliera di riferimento, della tipologia e volume delle prestazioni erogate, dei carichi di lavoro, dei sistemi infrastrutturali che garantiscono i collegamenti tra presidi e dei tempi di percorrenza. Di seguito vengono riportati alcuni modelli di riferimento che le aziende sanitarie possono adottare nei rispettivi contesti:

3.1) Ospedale di Base

Servizi di Emoteca. Negli ospedali di base l'attività trasfusionale viene gestita attraverso il Servizio di Emoteca. Il Servizio di Emoteca non è un'articolazione organizzativa del Servizio Trasfusionale e pertanto per il suo funzionamento non è richiesta la presenza in sede di personale del Servizio Trasfusionale. Il Servizio di Emoteca rappresenta altresì una modalità organizzativa e funzionale che si svolge sotto la diretta responsabilità della Direzione Medica del presidio e che dalla stessa viene affidata in gestione ad una delle U.O. del presidio stesso (ad es. Pronto Soccorso). Il Servizio di Emoteca opera in collegamento funzionale h. 24 con il ST di riferimento attraverso adeguati sistemi infrastrutturali e mezzi che garantiscono il trasporto del sangue e dei campioni biologici in condizioni di sicurezza.

Gestione delle Unità di raccolta fisse e di ambulatori di Medicina Trasfusionale. Nei P.O. di base è peraltro necessario garantire la gestione delle Unità di raccolta fisse (UdR), dedicate alla raccolta del sangue e degli emocomponenti. Le UdR sono articolazioni organizzative dei servizi trasfusionali e pertanto per il loro funzionamento è richiesta la presenza di personale in sede del Servizio Trasfusionale.

Pertanto i modelli organizzativi applicabili nei P.O. di base sono i seguenti:

- ☐ Servizio Emoteca (supporto in rete h24 dal SIT di riferimento).
- ☐ Servizio h6 con personale condiviso in rete con la struttura trasfusionale di riferimento. Servizio

di Emoteca nelle ore pomeridiane, notturne e festive.

3.2) Presidi di I livello spoke

Servizio h6 con personale in sede - Turno pomeridiano e pronta disponibilità notturna e festiva con TSLB in sede e D.M. in sede o disponibile in rete (assegnazione a distanza).

Servizio h12 con personale in sede - Pronta disponibilità notturna e festiva con TSLB in sede e D.M. in sede o disponibile in rete (assegnazione a distanza).

3.3) Presidi di I livello hub

Servizio h12 con pronta disponibilità notturna e festiva con personale presente in sede o disponibile in rete (assegnazione a distanza).

3.4) Presidi di II livello

Servizio h12 con pronta disponibilità notturna e festiva con personale presente in sede.

Servizio h12 con guardia attiva divisionale notturna e festiva con personale presente in sede.

Tipologia	Ospedale di Base	Presidi di I livello – ST Spoke	Presidi di I livello – ST Hub	Presidi di II livello - ST Hub
Standard organizzativo: bacino di utenza	80.000 – 150.000	150.000-300.000	150.000-300.000	600.000 - 1.200.000
Presenza necessaria	Vedi paragrafo 3.1) Ospedale di Base	Vedi paragrafo 3.2) Presidi di I livello spoke	Vedi paragrafo 3.3) Presidi di I livello hub	Vedi paragrafo 3.4) Presidi di II livello
Dir. medici e non medici	0-2	2-4	5-6	12-16
Tecnici di laboratorio	0-2	4-6	6-8	12-16

Tabella 11: Medicina Trasfusionale

Standard di personale delle strutture trasfusionali a valenza aziendale

Gli standard di personale si riferiscono esclusivamente alla gestione di attività “core” delle strutture trasfusionali a valenza aziendale, organizzate per processi omogenei (raccolta, produzione, qualificazione biologica, distribuzione, assegnazione emocomponenti e medicina trasfusionale).

Il fabbisogno minimo di personale FTE, è stato definito come “fabbisogno di funzionamento”, ovvero fabbisogno di personale necessario per garantire il funzionamento degli standard organizzativi individuati, tenuto anche conto dei vincoli contrattuali e delle disposizioni vigenti in

materia di orario di lavoro.

Il fabbisogno massimo di personale FTE è stato invece calcolato in relazione ai volumi di attività prodotta (flusso informativo SISTRA).

In alcune strutture ospedaliere e non ospedaliere le attività di raccolta sono gestite con il supporto delle organizzazioni di donatori di sangue convenzionate. Di questo si è tenuto conto nel conteggio del personale.

Il fabbisogno minimo e massimo di personale è stato calcolato tenuto anche conto del modello di rete che le aziende sanitarie possono adottare, in particolare per quanto riguarda il personale dirigente medico e non medico.

Nelle strutture complesse il personale dirigenziale apicale e le posizioni organizzative e/o di coordinamento del comparto sono conteggiate a parte, tenuto conto della valenza aziendale o regionale delle U.O.C. previste.

Nel caso in cui la programmazione regionale abbia affidato alle aziende sanitarie la gestione di strutture trasfusionali complesse o di laboratori a valenza regionale, ovvero nel caso in cui le aziende sanitarie abbiano affidato alle proprie strutture trasfusionali la gestione di altre attività di diagnosi e cura in discipline affini e/o equipollenti alla medicina trasfusionale, il personale necessario è stato conteggiato a parte.

3.5.9 Anatomia Patologica

Per il servizio di anatomia patologica occorre determinare un cd. "Turno Minimo" per garantire l'esecuzione delle attività.

Considerato che lo *skill mix* di professionisti operanti nell'ambito dell'Anatomia patologica è eterogeneo, si ritiene opportuno individuare il fabbisogno complessivo di personale dirigente dedicato, senza distinzione tra Dirigenza Medica e Dirigenza Sanitaria non medica.

Tipologia	Ospedale di Base	Presidi di I livello	Presidi di II livello
Presenza necessaria	Guardia o pd (H24)	Pres o disp rete (H.24)	Presenza (H.24)
Bacino di utenza	80.000 – 150.000	150.000-300.000	600.000 -1.200.000
Dirigenti Sanitari Medici e Non Medici	0-3	0-8	3-14

(*) comprese guardie e apicalità

Tabella 12: Anatomia Patologica

3.5.10 Tecnici di Laboratorio

Con riferimento al personale del comparto, i tecnici di laboratorio sono diversamente impiegati nelle singole unità operative, in considerazione delle esigenze organizzative e gestionali; pertanto si ritiene di determinare il valore complessivo di tecnici di laboratorio a disposizione delle strutture in ragione del loro ruolo, senza indicazione dell'unità operativa di riferimento.

Tipologia	Ospedale di Base	Presidi di I livello	Presidi di II livello
Presenza necessaria	Guardia o pd (H24)	Pres o disp rete (H.24)	Presenza (H.24)
Bacino di utenza	80.000 – 150.000	150.000-300.000	600.000 -1.200.000
Tecnici di Laboratorio	0-20	10-50	45-130

Tabella 13: Tecnici di laboratorio

3.5.11 Direzione Sanitaria di Presidio – Direzione Medica di Ospedale

Con riferimento alla Direzione Sanitaria di presidio, considerato che il DM 70/2015 prevede la medesima solo presso i presidi sede di DEA I e DEA II, si prevede un valore minimo di 2 dirigenti medici per ogni struttura presente. Si ritiene di fissare il valore massimo pari a numero 4 unità in considerazione della necessità di governare le linee di produzione ospedaliere e l'organizzazione delle unità operative sia in regime ordinario che in situazioni emergenziali, oltre che le attività riferite all'attuazione della legge n.24/2017.

Come sopra detto, il DM 70/2015 prevede la Direzione sanitaria di Presidio solo per gli ospedali DEA I e DEA II. Tuttavia il DCA n.79/2016, provvedimento regionale di attuazione del DM 70/2015, prevede tale struttura anche in presidi di minori dimensioni. In tali casi si ritiene di attribuire un valore minimo pari a 0 ed un valore massimo ad una unità.

3.5.12 Area Intensiva

Per l'area di terapia intensiva il "Turno Minimo" deve garantire la gestione dei letti di terapia intensiva, le attività di guardia attiva e la vigile attesa per le attività di sala operatoria. Per la garanzia di queste tre "macro" attività deve essere previsto un numero minimo di personale sanitario articolato come segue. Per i letti di terapia intensiva:

- un turno medico ogni 8 letti;
- un turno infermiere ogni 2 letti.

L'utilizzo dell'operatore socio sanitario in questo ambito è estremamente diversificato sul territorio nazionale; pertanto problematico prevedere un numero minimo di Operatori socio sanitari in terapia intensiva.

Per il servizio di guardia, va sempre prevista una guardia "divisionale" in terapia intensiva.

Per l'area intensiva la metodologia prevede che il fabbisogno di personale medico sia calcolato sulla base di un turno medico ogni 8 posti letto. Per turno medico si è inteso prevedere n.5 unità di personale (mattina-pomeriggio-notte-smonto notte-riposo);

Per l'unità coronarica (UTIC) al numero di unità minimo previsto dalla tabella 3 del metodo è stato aggiunto un turno medico per ogni 8 posti letto in considerazione del fatto che la suddetta unità coronarica rientra nell'ambito delle strutture riferibili all'area intensiva.

3.5.13 Sale operatorie

Il numero di professionisti dedicati al funzionamento delle sale operatorie risulta indissolubilmente legato al numero di sedute operatorie e quindi di sale operative. A tal proposito le regioni provvederanno a comunicare il numero di sedute operatorie annue per presidio, sia per interventi in regime ordinario che in regime ambulatoriale o diurno, includendo anche le sedute necessarie per garantire le attività di vigile attesa e di emergenza. Per ogni seduta operatoria (della durata minima di 6 ore), si dovrà prevedere la presenza minima di 1 medico anestesista, 3 infermieri e 1 operatore socio sanitario. Il numero di medici specialisti (es., chirurgo generale, oculista, ortopedico, ...) risulta già conteggiato nei valori minimi e nei pesi.

In aggiunta alla quantificazione risultante dall'applicazione del metodo è necessario aggiungere il fattore correttivo connesso al rischio anestesilogico (pari a 7 gg.)

RISCHIO ANESTESIOLOGICO:

- Personale per la dirigenza sanitaria:

7 gg = 6,20 h./giorno;

incremento in % = $43,4/1560 \rightarrow 2,78\% \rightarrow 3\%$

4. Area dell'Emergenza Urgenza

Con particolare riferimento all'area dell'emergenza-urgenza, sono stati individuati valori di riferimento in relazione alla categoria di pronto soccorso, nel rispetto di quanto previsto dal DM 70/2015. I valori minimi elencati nella tabella sottostante si intendono riferiti a tutte le attività legate all'accettazione e pronto soccorso: ambulatoriale, osservazione breve intensiva, triage e assistenza sul territorio.

Per la valutazione degli accessi, vanno considerati tutti gli accessi con permanenza in pronto soccorso inferiore a 4 ore.

	Tipologia di Ospedale			
Valori minimi in FTE	PPI **	Pronto Soccorso	DEA I	DEA II
Dirigenti Medici	3-6	6-14	12-24	24-40
Infermieri	6-12	12-18	16-48	48-70
Operatori socio sanitari	2-4	4-6	5-16	16-23

(*) i valori vanno applicati in relazione agli orari di apertura del Pronto soccorso proporzionati sulle 24 ore.

(**) sino alla completa attuazione del riordino della rete ospedaliera

Tabella 14: Area dell'emergenza-urgenza

Al valore minimo e Massimo sono da aggiungere le apicalità ed i coordinatori

METODOLOGIA PER LA DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE RELATIVO ALL'ASSISTENZA DISTRETTUALE E ALLA PREVENZIONE NONCHÉ DEL RESTANTE PERSONALE.

1. Introduzione

Per quel che riguarda il fabbisogno di personale afferente all'area dell'Assistenza Distrettuale e all'area della Prevenzione e il fabbisogno del Restante Personale, in assenza di specifiche e nuove metodologie, si fa principalmente riferimento ai criteri previsti nelle "Linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende UU.SS.LL." di cui al Decreto Commissariale n. 49 /2012 che - è opportuno ricordarlo - ha avuto piena validazione dagli Organismi Ministeriali competenti, evidenziandosi da parte di quest'ultimi come *"la metodologia utilizzata sia coerente per la rideterminazione delle dotazioni organiche delle Aziende regionali e consenta una valutazione puntuale in ragione dell'oggettività dei dati contenuti negli allegati"*.

Con riferimento all'area residuale del Restante Personale, occorre precisare che in tale ambito è ricompreso il seguente personale:

- il personale afferente alle unità operative ospedaliere prive di posti letto (dirigenza e comparto);
- il personale del ruolo sanitario, amministrativo, professionale e tecnico (dirigenza e comparto) non afferente all'assistenza ospedaliera, all'assistenza distrettuale e alla prevenzione.

2. Fabbisogno del personale dirigenziale medico e veterinario

Per il personale medico e veterinario in servizio presso i Dipartimenti di Prevenzione, si stabilisce uno standard di fabbisogno parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna Azienda U.S.L., individuandosi come pari, al massimo, allo 0,25 il rapporto tra dirigenti medici e veterinari in servizio presso i Dipartimenti di Prevenzione rispetto alla popolazione residente/1000. Esemplificando, per una Azienda U.S.L. con 300.000 residenti, il

fabbisogno massimo determinabile in base al riferito standard sarà di 75 dirigenti medici veterinari ($0,25 \times 300.000/1.000$).

Inoltre, per la determinazione del fabbisogno di Medici e Veterinari per il Dipartimento di Prevenzione, si ritiene opportuno tener conto non solo della popolazione di ogni Azienda USL, ma anche del numero di comuni afferenti a ciascuna di esse, al fine di calibrare il fabbisogno in funzione anche dell'estensione territoriale e della densità di abitanti. A tal fine, si riporta di seguito la classifica delle province dell'Abruzzo ordinate per numero di comuni decrescente.

I dati sono aggiornati al 01/01/2018 (ISTAT).

	Provincia/Città Metropolitana	Popolazione residenti	Superficie km ²	Densità abitanti/km ²	Numero Comuni
1.	AQ <u>L'Aquila</u>	300.404	5.047,55	60	108
2.	CH <u>Chieti</u>	387.120	2.599,58	149	104
3.	TE <u>Teramo</u>	308.284	1.954,38	158	47
4.	PE <u>Pescara</u>	319.388	1.230,33	260	46
	Totale	1.315.196	10.831,84	121	305

Il metodo operativo, tenendo fermo lo standard previsto dal DCA 49/2012 (0,25), prevede un aumento del 10% in funzione del numero dei comuni: nel caso in cui il numero di comuni sia compreso tra 0-100 rimane il parametro previsto (pari allo 0,25), nel caso in cui il numero di comuni sia maggiore di 100 si applica l'aumento del 10% (pari allo 0,275).

Medici e Veterinari - Dipartimento Prevenzione				
Aziende UU.SS.LL	Popolazione	Numero Comuni	Fabbisogno	
			Indicatore	N. MV
201	300.404	108	0,275	83
202	387.120	104	0,275	106
203	319.388	46	0,25	80
204	308.284	47	0,25	77

Tabella 15: fabbisogno medici e veterinari per Dipartimento di Prevenzione.

Anche con riguardo al personale medico relativo all'Assistenza distrettuale si stabilisce uno

standard di fabbisogno parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna Azienda U.S.L., individuandosi - anche in una prospettiva di potenziamento dell'area dell'Assistenza distrettuale nell'ambito del complessivo processo di riordino della rete ospedaliera - come pari, al massimo, allo 0,40 il rapporto tra dirigenti medici in servizio per l'Assistenza distrettuale rispetto alla popolazione residente/1000.

Inoltre, anche per la determinazione del fabbisogno di personale medico per l'Assistenza distrettuale, si ritiene opportuno tener conto non solo della popolazione di ogni Azienda USL, ma anche del numero di comuni afferenti a ciascuna di esse, al fine di calibrare il fabbisogno in funzione anche dell'estensione territoriale e della densità di abitanti.

Il metodo operativo, tenendo fermo lo standard previsto dal DCA 49/2012 (0,40), prevede un aumento del 10% in funzione del numero dei comuni: nel caso in cui il numero di comuni sia compreso tra 0-100 rimane il parametro previsto (pari 0,40), nel caso in cui il numero di comuni sia maggiore di 100 si applica l'aumento del 10% (pari allo 0,44).

Medici - Assistenza Distrettuale				
Aziende UU.SS.LL	Popolazione	Numero Comuni	Fabbisogno	
			Indicatore	N. M.
201	300.404	108	0,44	132
202	387.120	104	0,44	170
203	319.388	46	0,40	128
204	308.284	47	0,40	123

Tabella 16: fabbisogno medici per Assistenza Distrettuale.

Personale medico - Unità Operative prive di posti letto

In aggiunta al fabbisogno di personale medico, si prevede una maggiorazione complessiva massima del 20% rispetto al fabbisogno di medici delle unità operative di degenza (comprensivo dei titolari di UU.OO.CC. e di UU.OO.SS.DD.) per le esigenze delle Unità Operative prive di posti letto, utilizzando la metodologia del fabbisogno minimo di funzionamento (cfr. par. 3) opportunamente valutato in relazione alle specifiche esigenze sanitarie ovvero previsto per discipline affini.

3. Fabbisogno del personale infermieristico e del personale di supporto all'assistenza

Infermieri - Assistenza Distrettuale e Dipartimento di Prevenzione

Per far fronte alle specifiche esigenze dell'Assistenza distrettuale e, eventualmente, dei

Dipartimenti di Prevenzione si stabilisce uno standard di fabbisogno di **infermieri** parametrato sulla popolazione residente che tenga conto non solo della popolazione di ogni Azienda USL, ma anche del numero di comuni afferenti a ciascuna di esse, al fine di calibrare il fabbisogno in funzione anche dell'estensione territoriale e della densità di abitanti.

Il metodo operativo, tenendo fermo lo standard previsto dal DCA 49/2012 (0,67), prevede un aumento del 10% in funzione del numero dei comuni: nel caso in cui il numero di comuni sia compreso tra 0-100 rimane stabile il parametro previsto (pari allo 0,67), nel caso in cui il numero di comuni sia maggiore di 100 si applicherà l'aumento del 10% (pari allo 0,737).

Infermieri - Assistenza Distrettuale e Dipartimento di Prevenzione				
Aziende UU.SS.LL	Popolazione	Numero Comuni	Fabbisogno	
			Indicatore	N. Inf.
201	300.404	108	0,737	221
202	387.120	104	0,737	285
203	319.388	46	0,67	214
204	308.284	47	0,67	207

Tabella 17: fabbisogno infermieri per Assistenza Distrettuale e Dipartimento di Prevenzione.

Laddove se ne ravvisasse l'opportunità e/o la necessità in relazione alla realtà delle esigenze assistenziali rilevate, sempre nel rispetto dello standard complessivo evidenziato per il personale infermieristico, nell'ambito del fabbisogno potranno prevedersi unità di personale di altre professioni sanitarie (non calcolato nell'ambito degli specifici fabbisogni previsti per tali professioni) in luogo di personale infermieristico.

Infermieri – Unità Operative prive di posti letto

In aggiunta al fabbisogno di infermieri che si delinea in applicazione dei criteri enunciati, si stabilisce una maggiorazione complessiva massima del 20% rispetto al fabbisogno di infermieri delle unità operative di degenza per le esigenze delle Unità Operative prive di posti letto. Nell'ambito di tale maggiorazione sono comprese, altresì, le unità di personale necessarie per le sostituzioni straordinarie, da mettere a disposizione delle direzioni sanitarie per un impiego flessibile legato alle esigenze contingenti dei presidi ospedalieri.

Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) – Assistenza Distrettuale e Dipartimento di Prevenzione.

Per la determinazione del fabbisogno di O.S.S. per l'Assistenza distrettuale e il Dipartimento di **Prevenzione**, si stabilisce uno standard di fabbisogno parametrato sulla popolazione residente

nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna Azienda U.S.L., individuandosi come pari, al massimo, allo 0,25 il rapporto tra O.S.S. e popolazione residente/1000. Inoltre, per la determinazione del fabbisogno di O.S.S. per l'Assistenza distrettuale e il Dipartimento di Prevenzione, si ritiene opportuno tener conto non solo della popolazione di ogni Azienda USL, ma anche del numero di comuni afferenti a ciascuna di esse, al fine di calibrare il fabbisogno in funzione anche dell'estensione territoriale e della densità di abitanti.

Pertanto, il metodo operativo prevede un aumento del 10% in funzione del numero dei comuni: nel caso in cui il numero di comuni sia compreso tra 0-100 si applicherà il parametro previsto (0,25), nel caso in cui il numero di comuni sia maggiore di 100 si applicherà l'aumento del 10% (pari allo 0,275).

O.S.S. - Assistenza Distrettuale e Dipartimento di Prevenzione				
Aziende UU.SS.LL	Popolazione	Numero Comuni	Fabbisogno	
			Indicatore	N. O.S.S.
201	300.404	108	0,275	83
202	387.120	104	0,275	106
203	319.388	46	0,25	80
204	308.284	47	0,25	77

Tabella 18: fabbisogno operatori socio sanitari per Assistenza Distrettuale e Dipartimento di Prevenzione.

Operatore Socio Sanitario (O.S.S.) – Unità Operative prive di posti letto

In aggiunta al fabbisogno di O.S.S. che si delinea in applicazione dei criteri enunciati, si stabilisce una maggiorazione complessiva massima del 10% rispetto al fabbisogno di O.S.S. delle unità operative di degenza per le esigenze delle Unità Operative prive di posti letto. Nell'ambito di tale maggiorazione sono comprese, altresì, le unità di personale necessarie per le sostituzioni straordinarie, da mettere a disposizione delle direzioni sanitarie per un impiego flessibile legato alle esigenze contingenti dei presidi ospedalieri.

4. Fabbisogno del personale del servizio 118

Riguardo al personale dipendente afferente il Servizio 118, il relativo fabbisogno è calcolato secondo i criteri specificati nei decreti commissariali inerenti il Sistema dell'emergenza-urgenza (D.C.A. n. 79/2016 e D.C.A. n. 11/2013), nei quali sono definiti gli standard di fabbisogno minimo per quanto riguarda sia le Centrali Operative che le postazioni territoriali di 118.

5. Fabbisogno di puericultrici

Nell'ambito delle unità operative, in relazione alle cui competenze può rendersi necessario l'utilizzo di puericultrici, può determinarsi uno specifico fabbisogno relativo a tale figura nel limite di uno standard massimo pari all'1,5% del personale infermieristico complessivo (cat. D-DS) risultanti dal piano del fabbisogno (personale in servizio nell'anno $n-1$ + fabbisogno totale anno n).

6. Fabbisogno del personale del comparto dell'area della riabilitazione

Per il personale del comparto dell'area della riabilitazione, si prevede un fabbisogno numerico massimo pari all'8% del personale infermieristico (cat. D-Ds) previsto nel piano del fabbisogno.

Come indicazione di massima, tenuto conto dei volumi di prestazioni riabilitative erogate e facendo riferimento a quanto previsto nell'allegato 7 (*"Definizione del fabbisogno delle risorse infermieristiche, fisioterapisti, del personale di supporto e del personale sanitario della riabilitazione"*) alla deliberazione di Giunta Regionale n. 591/P dell'1.7.2008, per il calcolo in concreto del fabbisogno di personale appartenente all'area della riabilitazione potranno prendersi a riferimento i seguenti standard:

- per i trattamenti ambulatoriali: 1 paziente ogni ora, con una presa in carico effettiva di 45 minuti, per un totale massimo di 36 pazienti settimanali;
- per i trattamenti domiciliari: 1 paziente ogni 108 minuti, comprensivi dei tempi di spostamento e con una presa in carico effettiva di 45 minuti, per un totale massimo di 20 pazienti settimanali;
- per i trattamenti in regime di ricovero, il trattamento riabilitativo si deve effettuare con il rispetto degli stessi tempi previsti per lo svolgimento delle attività ambulatoriali di cui sopra.

7. Fabbisogno del personale del comparto dell'area tecnico sanitaria

Con riferimento al personale tecnico-sanitario del comparto, con esclusione dei tecnici sanitari di radiologia e di laboratorio – oggetto di rilevazione nella parte del fabbisogno ospedaliero - si stabilisce un fabbisogno numerico massimo pari al 1,5% del personale infermieristico complessivo (cat. D-Ds) risultanti dal piano del fabbisogno (personale in servizio nell'anno $n-1$ + fabbisogno totale anno n).

8. Fabbisogno del personale del comparto dell'area di prevenzione

Per il personale di comparto dell'area di prevenzione (Tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro e Assistenti sanitari), che opera per lo più nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione e dell'Assistenza distrettuale, si prevede uno standard parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna Azienda USL, individuandosi come almeno pari allo 0,15 il rapporto ottimale che dovrebbe intercorrere tra il personale di vigilanza ed ispezione e la popolazione residente/1000. Ad esempio, per una Azienda U.S.L. con popolazione pari a 300.000 residenti, il relativo fabbisogno sarà di 45 unità di personale ($0,15 \times 300.000/1.000$).

Inoltre, il metodo operativo prevede un aumento del 10% in funzione del numero dei comuni: nel caso in cui il numero di comuni sia compreso tra 0-100 rimane stabile il parametro previsto (pari allo 0,15), nel caso in cui il numero di comuni sia maggiore di 100 si applicherà l'aumento del 10% (pari allo 0,165).

Personale di comparto per l'Area di Prevenzione				
Aziende UU.SS.LL	Popolazione	Numero Comuni	Fabbisogno	
			Indicatore	N. Pers.
201	300.404	108	0,165	50
202	387.120	104	0,165	64
203	319.388	46	0,15	48
204	308.284	47	0,15	46

Tabella 19: fabbisogno personale di comparto per Area della Prevenzione.

9. Fabbisogno del personale dirigenziale del ruolo sanitario (non medico veterinario)

Per i dirigenti biologi, fisici, chimici, psicologi e dirigenti delle professioni sanitarie si ritiene opportuno stabilire un fabbisogno parametrato in misura percentuale sul totale dei dirigenti medici previsti in Azienda, nella misura massima del 7% del personale medico risultanti dal piano del fabbisogno (personale in servizio nell'anno $n-1$ + fabbisogno totale anno n).

Per i dirigenti farmacisti si stabilisce un fabbisogno massimo, rapportato sempre al totale dei dirigenti medici risultanti dal piano del fabbisogno, pari al 3% degli stessi, con la precisazione che almeno lo 0,5% debba essere previsto per la farmacia territoriale.

10. Fabbisogno del personale del ruolo tecnico

Per quanto attiene al personale appartenente al ruolo tecnico, escludendo dall'ambito del computo



gli operatori socio sanitari e gli operatori tecnici addetti all'assistenza (ad esaurimento), si stabilisce un fabbisogno massimo di personale (dirigenti e comparto) pari al 15% del totale delle unità di personale del ruolo sanitario risultante dal piano del fabbisogno (es. per 100 unità previste nel piano del fabbisogno di ruolo sanitario si potranno prevedere al massimo 15 unità di personale del ruolo tecnico, esclusi gli O.S.S. e gli O.T.A.).

11. Fabbisogno del personale del ruolo amministrativo e professionale

Per quanto attiene al personale appartenente al ruolo amministrativo e professionale, si stabilisce un fabbisogno massimo di personale (dirigenti e comparto) pari all'11% del totale delle unità di personale di ruolo sanitario e tecnico risultante dal piano del fabbisogno. Nei presidi ospedalieri il rapporto percentuale tra il numero del personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale non può superare il valore del 7 per cento.



La presente copia è conforme all'originale
e si compone di fogli 29 e di 58
facciate ciascuna vidimata da apposito
timbro recante la dicitura «Regione Abruzzo
Dipartimento per la Salute e il Welfare»

21 GEN. 2019
IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO
(Dott.ssa Ivana MANCINI)



GIUNTA REGIONALE D'ABRUZZO
DIPARTIMENTO PER LA SALUTE E IL WELFARE
SERVIZIO SISTEMA ORGANIZZATIVO E RISORSE UMANE DEL SSR – DPF004

ALLEGATO 1

Indicazioni operative
per la predisposizione del
Piano Triennale di Fabbisogno di Personale
delle Aziende Unità Sanitarie Locali del SSR



Premessa.

Come è noto, il D.Lgs. 30 marzo 2001 n. 165, all'art. 6 comma 2, prevede che *“Allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi dei cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'art. 6-ter”*.

L'articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, i cui contenuti sono stati confermati dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni, stabilisce che gli Enti del SSN concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando misure necessarie a garantire che la spesa del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'Irap, non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%.

L'art. 9, comma 28, del D.L. n. 78/2010 - convertito in Legge n. 122/2010 - prevede che *“A decorrere dall'anno 2011, le amministrazioni dello Stato, anche ad ordinamento autonomo, le agenzie, incluse le Agenzie fiscali di cui agli articoli 62, 63 e 64 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 300, e successive modificazioni, gli enti pubblici non economici, le università e gli enti pubblici di cui all'articolo 70, comma 4, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modificazioni e integrazioni, le camere di commercio, industria, artigianato e agricoltura fermo quanto previsto dagli articoli 7, comma 6, e 36 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, possono avvalersi di personale a tempo determinato o con convenzioni ovvero con contratti di collaborazione coordinata e continuativa, nel limite del 50 per cento della spesa sostenuta per le stesse finalità nell'anno 2009. ... omissis ... Le disposizioni di cui al presente comma costituiscono principi generali ai fini del coordinamento della finanza pubblica ai quali si adeguano le regioni, le province autonome, gli enti locali e gli enti del Servizio sanitario nazionale”*.

L'art. 1, comma 541, Legge n. 208/2015 (c.d. Legge di stabilità 2016) stabilisce che le Regioni, nell'ambito della cornice finanziaria programmata per il Servizio Sanitario Nazionale ed al fine di assicurare la continuità nell'erogazione dei servizi sanitari, nel rispetto delle disposizioni dell'Unione Europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro:



- a) ove non abbiano ancora adempiuto a quanto previsto dal D.M., 2 aprile 2015, n. 70, adottano il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto;
- b) predispongono un piano concernente il fabbisogno di personale, contenente l'esposizione delle modalità organizzative del personale, tale da garantire il rispetto delle disposizioni dell'Unione Europea in materia di articolazione dell'orario di lavoro, attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, in coerenza con quanto disposto dall'art. 14 Legge, 30 ottobre 2014, n. 161.

L'art. 22 del D.Lgs. 25 maggio 2017 n. 75 precisa che le *“linee di indirizzo per la pianificazione di personale di cui all'articolo 6-ter del decreto legislativo n. 165 del 2001, come introdotte dall'art. 4, sono adottate entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto. In sede di prima applicazione, il divieto di cui all'art. 6, comma 6, del decreto legislativo n. 165 del 2001, come modificato dal presente decreto, si applica a decorrere dal 30 marzo 2018 e comunque solo decorso il termine di sessanta giorni dalla pubblicazione delle linee di indirizzo di cui al primo periodo”*.

Il D.M. 8 maggio 2018 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 27 luglio 2018, n. 173) ha definito, ai sensi dell'art. 6-ter, comma 1, del decreto legislativo n. 165/2001 (come inserito dall'art. 4, comma 3, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75), le *“Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle PA”*, prevedendo una specifica disciplina per gli enti del SSN e chiarendo, tra l'altro, che:

- *“I predetti piani triennali dei fabbisogni di personale (PTFP) devono essere compatibili con la cornice finanziaria per il SSN e devono essere redatti nel rispetto della legislazione vigente in materia di contenimento del costo del personale”*;
- *“Le previsioni dell'art. 6-ter, commi 3 e 6, del decreto legislativo n. 165/2001 riguardano il regime ordinario di adozione dei fabbisogni, ferme restando, come precisato dall'art. 6, comma 6-bis del medesimo decreto legislativo, le particolari disposizioni di settore, ivi comprese quelle dell'articolo 1, commi 541, 543 e 544 della legge n. 208/2015, che dettano un regime speciale per le distinte assunzioni di carattere straordinario e limitato nel tempo ivi previste. Resta inteso che è necessaria la coerenza dei contenuti dei documenti adottati con riferimento alla normativa citata”*.



- *“I PTFP delle Aziende e degli Enti del SSN devono essere inoltre predisposti in coerenza con i rispettivi atti aziendali di cui all'articolo 3, comma 1-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502”.*

- *“Si richiama, altresì, la disciplina specifica prevista per le regioni in piano di rientro dal deficit sanitario ed i vincoli declinati nei relativi programmi operativi nonché dei Piani di rientro aziendali di cui all'articolo 1, comma 524, della legge 28 dicembre 2015, n. 208”.*

Considerato che le linee di indirizzo di cui sopra sono entrate in vigore il giorno della pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale (27 luglio 2018), le Aziende Unità Sanitarie Locali della Regione Abruzzo devono predisporre i rispettivi piani triennali dei fabbisogni di personale nel rispetto, oltre che di quanto previsto nelle stesse linee di indirizzo, anche di quanto previsto nei seguenti provvedimenti (decreti commissariali e deliberazioni di Giunta Regionale) e documenti:

- a) D.C.A. 21 luglio 2016 n. 79 recante il *“Riordino della rete ospedaliera della Regione Abruzzo”* e s.m.i., che ha dato attuazione alle disposizioni contenute nel D.M. n. 70/2015;
- b) D.G.R. 28 febbraio 2017 n. 78 recante *“Approvazione delle nuove linee guida per la redazione degli Atti Aziendali”*;
- c) Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione della Aziende Sanitarie regionali;
- d) Metodologia per la determinazione del Fabbisogno di personale del servizio sanitario della Regione Abruzzo (di cui all'allegato documento).

Il Piano Triennale del Fabbisogno di Personale a tempo indeterminato.

Il Direttore Generale di ogni Azienda U.S.L. deve predisporre il **“Piano Triennale del Fabbisogno di Personale”**, previa accurata valutazione delle priorità assunzionali, sia con riferimento alle figure professionali che svolgono funzioni e compiti indispensabili per le esigenze aziendali sia con riferimento a quelle specificatamente individuate da atti regionali di programmazione e di indirizzo.

Ai fini procedurali, si evidenzia che lo stesso Direttore generale deve:

1) approvare, con apposito **atto deliberativo**, il **“Piano Triennale del Fabbisogno di Personale”**, indicando per ogni anno compreso nel triennio:

- a) il numero delle unità di personale da assumere;
- b) il profilo professionale e disciplina/qualifica;



- c) il costo annuale complessivo (retribuzione comprensiva di 13^a e oneri riflessi);
- d) la procedura di reclutamento ordinario (procedura concorsuale) o speciale (stabilizzazione);

2) illustrare in una apposita **relazione** quanto di seguito indicato:

- a) gli “elementi del fabbisogno” di cui al Paragrafo 7.2. delle richiamate “*Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle PA*”;
- b) gli interventi posti in essere - in attuazione di quanto previsto negli atti di programmazione e di indirizzo adottati dalla Regione Abruzzo - con particolare riferimento a quelli relativi al recupero di efficienza dei presidi ospedalieri e all’efficientamento del percorso di ricovero, al fine di garantire l’ottimale allocazione delle risorse umane disponibili anche tenuto conto della vigente normativa in materia di orario di lavoro del personale;
- c) gli interventi volti a superare le criticità emerse all’esito della prima applicazione della “*Metodologia per la determinazione del Fabbisogno di personale del servizio sanitario della Regione Abruzzo*” ed evidenziate nell’Allegato 1) della D.G.R. n. 913/2018, indicando in particolare le assunzioni di personale:
 - nell’ambito della Rete Cardiologica (Cardiologia, UTIC ed Emodinamica), della Rete Stroke, delle attività chirurgiche delle Sale Operatorie, delle Terapie Intensive e della Rete dell’Emergenza-Urgenza, con particolare riferimento ai Dirigenti Medici e agli Operatori Socio Sanitari;
 - da assegnare alle unità operative delle discipline interessate alla riduzione delle Liste d’Attesa, in attuazione dal Piano Nazionale e di quello Regionale di riferimento;
 - da assegnare alle unità operative dedicate a garantire l’assistenza sanitaria negli Istituti Penitenziari insistenti sul territorio regionale;
 - da assegnare alle Direzioni Sanitarie di Presidio Ospedaliero ai fini del governo delle attività delle linee di produzione (Degenza, Farmaceutica, Ambulatoriale, ecc.) e delle attività previste dalla L. n. 24/2017 (c.d. Legge Gelli) recante “*Disposizioni in materia di sicurezza delle cure e della persona assistita nonché in materia di responsabilità professionale degli esercenti le professioni sanitarie*”;
- d) il costo del “Piano Triennale del Fabbisogno di Personale” che deve essere compatibile con gli inderogabili tetti di spesa in termini di conto economico programmatico indicati



negli strumenti di programmazione vigenti per ogni anno di riferimento, evidenziando contestualmente anche quello relativo alle dinamiche relative al personale a tempo determinato e con rapporto di lavoro flessibile.

Ai fini della determinazione del costo del predetto Piano, innanzitutto occorre prendere come riferimento il costo del personale risultante dal Conto Economico dell'anno precedente al triennio di riferimento e, quindi, sommare a tale costo di natura statica quello delle variazioni (sia positive che negative) che a qualsiasi titolo incidono sulla spesa di personale:

- le assunzioni e le cessazioni dell'anno precedente al triennio di riferimento;
- le procedure di assunzione autorizzate negli anni precedenti al triennio di riferimento ancora in itinere;
- le assunzioni previste per ciascuno degli anni compresi nel triennio di riferimento;
- le dinamiche annuali del personale con contratto di lavoro flessibile.

Il costo del personale, risultante dalla somma algebrica delle suddette variazioni, deve essere compatibile con l'inderogabile tetto di spesa in termini di conto economico programmatico indicato per ciascuna Azienda negli strumenti di programmazione vigenti per ogni anno di riferimento;

e) gli interventi necessari ad assicurare il rispetto del limite del 50% della spesa sostenuta il personale a tempo determinato e con contratto di lavoro flessibile nell'anno 2009 (art. 9, comma 28, del D.L. n. 78/2010 - convertito in Legge n. 122/2010). Nel caso di utilizzo di risorse finanziarie aggiuntive per le procedure dell'art. 20 del D.Lgs. n. 75/2017 (cfr. paragrafo 3.2.3 della Circolare n. 3/2017 del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione), occorre indicare la riduzione del limite di spesa di cui sopra corrispondentemente alle assunzioni del personale interessato dalle procedure previste dall'art. 20 del D.Lgs. n. 75/2017 e finalizzate al superamento del precariato.

3) Il Direttore Generale di ogni Azienda U.S.L. deve trasmettere, unitamente al suddetto "Piano Triennale del Fabbisogno di Personale" e alla relativa relazione, la seguente **documentazione**:

- l'**elenco** in formato excel del personale cessato dal servizio nell'anno precedente a triennio di riferimento, indicandone il nominativo, profilo professionale e discipli-



na/qualifica nonché il relativo costo annuale complessivo (retribuzione comprensiva di 13^a e oneri riflessi);

- la **scheda** compilata per ogni anno compreso nel triennio di riferimento e contenente i dati di seguito specificati: Codice Struttura, Descrizione Struttura/Area, Codice U.O. (ospedaliera), Descrizione U.O./Area, Profilo Professionale, Disciplina/Qualifica, Fabbisogno FTE minimo, Fabbisogno FTE massimo, Personale in servizio al 31 dicembre dell'anno precedente, Assunzioni autorizzate ancora in itinere al 31 dicembre dell'anno precedente e relativo costo, Scostamenti rispetto Fabbisogno FTE minimo e al Fabbisogno FTE massimo, Numero unità di personale da assumere nell'anno X e relativo costo, Dinamiche del personale con contratto di lavoro flessibile.

La Giunta Regionale, ferma restando l'autonomia organizzativa e gestionale delle Aziende UU.SS.LL., approva il "Piano Triennale del Fabbisogno di Personale", previa verifica:

- della corretta applicazione della *"Metodologia per la determinazione del Fabbisogno di personale del servizio sanitario della Regione Abruzzo"*;
- della coerenza delle assunzioni ivi previste con gli *"Indirizzi regionali per la redazione degli strumenti di programmazione della Aziende Sanitarie regionali"*;
- della coerenza tra il costo del "Piano Triennale del Fabbisogno di Personale" e gli inderogabili tetti di spesa in termini di conto economico programmatico indicati negli strumenti di programmazione vigenti per ogni anno di riferimento.

In casi urgenti e indifferibili debitamente motivati dal Direttore Generale dell'Azienda interessata, il Componente la Giunta Regionale delegato alla Programmazione Sanitaria e il Direttore del Dipartimento per la Salute e il Welfare possono autorizzare, in via del tutto eccezionale, assunzioni di personale finalizzate esclusivamente ad assicurare l'erogazione dei LEA.

Ogni Azienda U.S.L. non può effettuare alcuna assunzione senza l'attestazione da parte del Direttore Generale nel provvedimento di assunzione del personale che:

- a) l'assunzione è prevista nel "Piano Triennale del Fabbisogno di Personale" ed è operata nel rispetto dell'inderogabile tetto di spesa indicato negli indirizzi regionali di programmazione per ogni anno di riferimento;
- b) il posto da coprire riguarda figura professionale che svolge funzioni e compiti indispensabili per le esigenze aziendali o figura professionale individuata da atti regionali di programmazione e di indirizzo;

Il suddetto provvedimento di assunzione deve essere tempestivamente trasmesso al Dipartimento per la Salute e il Welfare mediante posta elettronica certificata.

L'indizione di nuovi concorsi per il reclutamento ordinario di personale è subordinata al rispetto delle disposizioni recate dagli artt. 30 e 34-bis del decreto legislativo n. 165/2001.

Ogni Azienda U.S.L. deve indirizzare la richiesta di designazione del componente regionale nelle commissioni esaminatrici dei concorsi pubblici al Componente la Giunta Regionale delegato alla Programmazione Sanitaria e deve precisare nella stessa richiesta che la relativa procedura di reclutamento è prevista nel "Piano Triennale del Fabbisogno di Personale", indicando gli estremi della deliberazione con la quale la Giunta Regionale ha approvato quest'ultimo.

Il Componente la Giunta Regionale delegato alla Programmazione Sanitaria deve designare il componente di cui sopra tempestivamente e, comunque, non oltre trenta giorni dall'acquisizione al protocollo regionale della richiesta formulata da ogni Azienda U.S.L..

L'utilizzo delle graduatorie vigenti.

Per quanto attiene l'utilizzo delle graduatorie vigenti, le Aziende UU.SS.LL. devono attenersi a quanto previsto dalla normativa vigente in materia nonché ai prevalenti indirizzi giurisprudenziali.

Gli obblighi dei Direttori Generali.

I Direttori Generali delle Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo devono rispettare quanto previsto nelle presenti indicazioni, con l'avvertenza che il mancato rispetto di quest'ultime avrà rilevanza, non solo ai fini della verifica del conseguimento degli obiettivi strumentali e finanziari in materia di contenimento della spesa per il personale, ma anche ai fini della valutazione degli stessi Direttori Generali.