

Disciplinare tecnico

Metodologia di determinazione del Fabbisogno di Personale del SSR

1. Indice

1. INTRODUZIONE	4
1.1 Storia del documento	4
1.2 Premessa metodologica	4
1.3 Utilizzo della metodologia	6
2. AREA OSPEDALIERA.....	8
2.1 Principi generali di determinazione del fabbisogno di personale sanitario....	8
2.2 Personale sanitario	8
2.2.1 Personale Dirigente Medico	8
2.2.2 Personale Infermieristico e Operatori Socio-Sanitari.....	14
2.2.3 Personale Dirigente sanitario non medico.....	15
2.2.4 Personale sanitario dedicato ad attività specifiche e area dei servizi...	16
2.2.5 Personale Tecnico-sanitario.....	23
2.2.6 Personale della Riabilitazione	23
2.3 Personale non sanitario	23
2.3.1 Altro Personale Ruolo tecnico	23
2.3.2 Ruolo Professionale	23
2.3.3 Ruolo Amministrativo	24
3. AREA DEI DISTRETTI E DELLA PREVENZIONE	25
3.1 Personale Sanitario	25
3.1.1 Personale Medico	25
3.1.2 Medici Veterinari SIAN e TPAL	25
3.1.3 Personale Dirigente sanitario non medico.....	26
3.1.4 Personale Infermieristico.....	26
3.1.5 Personale Tecnico-sanitario.....	27
3.1.6 Personale della riabilitazione.....	27
3.1.7 Personale Ostetrico.....	27
3.1.8 Personale di Vigilanza ed ispezione.....	27
3.2 Personale non sanitario	27
3.2.1 Operatori Socio-Sanitari.....	27
3.2.2 Altro Personale Ruolo tecnico	27
3.2.3 Personale Professionale	27
3.2.4 Personale Amministrativo.....	27
3.3 Personale dedicato alle Cure Domiciliari	28
3.4 Personale delle strutture penitenziarie.....	28



Regione Campania

4.	Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza territoriale	30
4.1	Dipartimenti di Prevenzione	30
4.2	USCA – Unità Speciali di Continuità Assistenziale	30
4.3	Cure Domiciliari	30
4.4	Infermiere di famiglia	32

1. INTRODUZIONE

1.1 Storia del documento

Versione	Data	Sintesi Variazioni
1.0	_____	Prima edizione

1.2 Premessa metodologica

La presente relazione intende fornire un quadro di sintesi in merito alla metodologia adoperata dalla Regione Campania al fine di pervenire alla determinazione delle dotazioni organiche all'interno delle Aziende Sanitarie regionali in applicazione del comma 541 della Legge di Stabilità 2016, nonché alla corretta predisposizione dei Piani Triennali di Fabbisogno del Personale, ai sensi dell'art. 6-ter, comma 1, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, come inserito dall'art. 4, comma 3, del decreto legislativo 25 maggio 2017, n. 75, nonché dall'art. 1 della Legge 24 aprile 2020 n. 27.

In particolare, il presente documento fornisce delle linee di indirizzo che permettano di individuare principi e criteri univoci e omogenei che, pur nell'ambito delle specifiche peculiarità delle singole realtà aziendali, garantiscano una base comune di riferimento applicativo per ogni funzione e ruolo.

Ai fini della definizione dei criteri di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende sanitarie, i modelli normativi di riferimento sono stati:

- art. 2 comma 71 L. 191 del 23/12/2009 e s.m.i. (tetto di spesa del personale pari a quello dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento);
- L. 30 ottobre 2014, n. 161, in materia di durata massima dell'orario di lavoro e di riposo giornaliero;
- Decreto Ministeriale n. 70 del 02/04/2015, avente ad oggetto "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera";
- DCA n. 67/2016, avente ad oggetto "Provvedimento di definizione del fabbisogno di personale delle Aziende Sanitarie della Regione Campania";
- Metodo ministeriale per la determinazione del fabbisogno di personale ospedaliero del 13/12/2017;
- Decreto del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione del 08 Maggio 2018, avente ad oggetto "Linee di indirizzo per la predisposizione dei fabbisogni di personale da parte delle Amministrazioni Pubbliche".

Si precisa che, in prima applicazione, le Aziende Sanitarie della Regione saranno chiamate ad individuare la dotazione standard scaturente dall'applicazione delle presenti linee guida, all'attuale offerta sanitaria, ovvero ai posti letto attualmente attivi presso le singole strutture, così come rinvenibili dai flussi ministeriali predisposti dalle singole Aziende (HSP 12).

Inoltre, a seguito del D.L. n. 34 del 19 maggio 2020 convertito in Legge n. 77 del 17 luglio 2020,

le Aziende Sanitarie dovranno definire la dotazione standard anche sulla base dei Posti Letto definiti nell'atto di programmazione regionale della rete ospedaliera in applicazione di quanto disposto dalla Delibera di Giunta Regionale n. 378 del 23/07/2020 "Adozione del Piano di Riorganizzazione/Potenziamento delle attività in regime di ricovero in Terapia Intensiva e in aree di assistenza ad alta intensità di cura della Regione Campania."

Risulta evidente come tale procedura rappresenti solo una fase transitoria dettata dall'evidenza che il processo di applicazione delle disposizioni contenute nel DM 70/2015, e sviluppate nell'attuale Piano ospedaliero regionale, sta avvenendo in modo eterogeneo sul territorio regionale. In particolare, i processi di chiusura di reparti e di aggregazione di unità operative necessitano spesso 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, in quanto essendo il personale una delle risorse da dimensionare correttamente in relazione all'attività da erogare, risente del corretto dimensionamento delle strutture.

I criteri in questa sede definiti trovano una specifica applicazione nelle Aziende Ospedaliere, nelle Aziende Sanitarie Locali, nelle Aziende Ospedaliere Universitarie e nell'IRCCS Pascale.

La presente relazione intende quindi fornire una metodologia che permetta di pervenire all'individuazione dello standard di personale necessario a garantire l'offerta di salute sia con riferimento all'area ospedaliera che a quella territoriale.

Nello specifico, per la definizione del fabbisogno di **personale sanitario** (Dirigenza e Comparto) e di personale **OSS** dedicato alle **strutture ospedaliere**, la Regione ha adoperato i criteri stabiliti a livello nazionale attraverso il documento "Metodo per la determinazione del Fabbisogno di personale ospedaliero" approvato in data 13/12/2017 a seguito dell'attività posta in essere da un gruppo di lavoro ristretto a cui hanno partecipato i rappresentanti delle Regioni Veneto, Piemonte, Emilia Romagna, Lazio e Puglia all'uopo costituito. Tale metodo verrà dettagliato nel capitolo 2 del presente documento.

Con riferimento al personale dedicato alle **strutture territoriali**, nonché per le tipologie di personale ospedaliero non disciplinato dal suddetto metodo ministeriale, la Regione ha provveduto a definire specifici criteri di determinazione del fabbisogno così come dettagliati sia nel capitolo 2 che nel capitolo 3 del presente documento anche nel rispetto di quanto disposto dalla Delibera di Giunta Regionale n. 475 del 03/11/2020 "Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza territoriale".

Con particolare riferimento alle Aziende Ospedaliere Universitarie, si precisa che occorrerà tenere conto, per la determinazione del personale a cui si applica il CCNL Sanità, di una percentuale pari al 25% della dotazione organica complessivamente determinata, ad esclusione del personale universitario cessato che, per caratteristiche professionali, non potrà essere reintegrato dall'Università e potrà quindi essere oggetto di ulteriore valutazione nel rispetto dei limiti preposti dall' art. 2 comma 71 L. 191 del 23/12/2009 e s.m.i.. al fine di garantire il mantenimento dei LEA.

1.3 Utilizzo della metodologia

Come già evidenziato, lo standard di personale afferente all'area ospedaliera è da determinarsi in base a criteri stabiliti a livello nazionale.

I criteri utilizzati per definire il fabbisogno teorico hanno avuto tre driver principali, meglio dettagliati nel proseguo:

- 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;
- la produzione: l'attività ospedaliera, specialistica e di emergenza urgenza, erogate in ambito ospedaliero;
- il tempo di lavoro con rispetto all'orario di lavoro e alla turnistica come previsto dalla Legge n. 161/2014.

Per la definizione del fabbisogno di personale, così come indicato dalle linee guida ministeriali, risulta fondamentale definire gli "standard" organizzativi per categorie di ospedali e le dotazioni minime necessarie a garantire la funzionalità prevista per quel presidio, in relazione al suo ruolo nella rete.

In primis è necessario procedere alla definizione del cosiddetto "metabolismo minimo", ovvero il fabbisogno di funzionamento: la dotazione di personale che garantisce la possibilità di "rendere disponibile" il servizio.

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.

Viceversa, stante il fatto che l'applicazione di tale metodologia permette di addivenire alla determinazione di un valore minimo di riferimento, esso non sempre risulterà 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 facendo riferimento ai valori di produzione conseguiti nell'esercizio precedente, ovvero stimati.

Organizzazione della rete di offerta

La corretta determinazione del fabbisogno di personale dovrà avvenire, a pieno regime, in relazione alle reti ospedaliere rispondenti alle disposizioni ed ai criteri previsti dal DM 70/2015 e s.m.i.

Ciò comporta che il dimensionamento del fabbisogno non deriva esclusivamente dai posti letto di cui una struttura dispone quanto piuttosto dall'offerta di salute programmata: il fabbisogno così determinato sarà quello utile a far funzionare le strutture previste dalla programmazione

stessa in ragione del loro ruolo all'interno della rete.

Alla luce di quanto disposto dal DM 70/2015, per alcune specifiche attività e per l'area dei servizi, l'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera deve essere effettuata in rapporto ai bacini di utenza, di conseguenza anche lo standard di personale da allocarvi seguirà tale indicatore come dettagliato nel proseguo del documento.

Produzione

La dotazione organica va correlata 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.

Ore lavorate di riferimento

Ai fini del calcolo del fabbisogno e della conseguente dotazione organica **minima** è necessario calcolare le ore annuali medie di lavoro dei professionisti sanitari, in modo da poter tradurre le ore in personale equivalente necessario.

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 soppresse, ore non assistenziali (formazione), assenze per malattie, per infortunio, aspettativa, legge 104/92, maternità e altre assenze a vario titolo.

Il numero di ore lavorate stimate sono state quindi pari a:

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

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. Tali valori potranno essere ulteriormente ridotti per alcune categorie professionali, appartenenti a specifiche aree assistenziali, che dispongono di un numero maggiore di giorni di riposo in ragione delle particolari condizioni di lavoro (es. riposo biologico).

2. AREA OSPEDALIERA

2.1 Principi generali di determinazione del fabbisogno di personale sanitario

Per quanto riguarda la determinazione del fabbisogno di Personale Medico e del personale del comparto è necessario tener conto di aggregazioni funzionali di attività che riflettano l'organizzazione degli ospedali organizzati sempre più spesso per intensità di cura.

Per questo motivo risulta necessario individuare delle Aree di Aggregazione delle specialità che risultino tra loro omogenee rispetto al fabbisogno assistenziale (**Tabella 1**). Tali aggregazioni saranno di orientamento per la determinazione del fabbisogno, con i dovuti approfondimenti e adattamenti rispetto ai singoli profili professionali considerati.

Le Aree omogenee individuate sono le seguenti:

ID Area	Descrizione Area
1	Medicina Interna
2	Chirurgia
3	Ostetricia e Ginecologia
4	Critica
5	Sub Intensiva
6	Pediatria
7	Salute Mentale
8	Riabilitativa

Tabella 1 - Aree Omogenee di attività

Per la disamina delle singole discipline che ricadono all'interno delle suddette aree omogenee di attività si rimanda all'Allegato 1.

2.2 Personale sanitario

2.2.1 Personale Dirigente Medico

Con riferimento al Personale **Dirigente Medico**, la metodologia adoperata permette di individuare una dotazione minima, già in precedenza definito "metabolismo minimo", ed un valore massimo a cui lo standard potrà tendere al verificarsi di specifiche condizioni.

I valori minimi

Per quanto riguarda il Personale Medico è necessario definire il fabbisogno per singola specialità: il Personale Medico non è infatti fungibile ed è quindi necessario determinare il fabbisogno relativo per ogni disciplina garantita all'interno del presidio.

Tuttavia, anche per il Personale Medico si è proceduto ad individuare delle aree funzionali di attività utili per la determinazione del numero di professionisti necessari, tenendo altresì conto dell'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, ossia in forma "divisionale".



In **Tabella 2**, viene indicata la dotazione minima di Personale Medico per ogni singola specialità, al netto delle posizioni apicali, individuata in base al numero annuo di ore lavoro necessario.

La dotazione minima, così individuata, va poi integrata tenendo conto dell'attività di guardia medica notturna e festiva: il carico di ore annue necessarie all'espletamento di un turno di guardia è stato posto equivalente a n. 3 unità di Personale Medico (FTE – Full Time Equivalent).

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

Le guardie per Area omogenea possono essere gestite nelle aree "Medicina Interna" e "Chirurgia".

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);
- ove esista una unità ictus di II livello;
- per il servizio di anestesia, ove prevista attività chirurgica nelle 24 ore e attività di ostetricia;
- nei servizi di pronto soccorso;
- nell'area ostetrico-ginecologica, con attività di ostetricia;
- nelle pediatrie;
- nelle alte specialità pediatriche (Cardiochirurgia Pediatrica e Neurochirurgia Pediatrica);
- nella Psichiatria;
- laddove speciali e motivate situazioni organizzative, qualitative e/o logistiche la rendano necessaria.



Regione Campania

Cod.	Descrizione Disciplina	Parametro	Minimo	Guardie divisionali
H001	Allergologia		2	
H005	Angiologia		2	
H007	Cardiochirurgia		6	3
H008	Cardiologia	BASE	4	
H008	Cardiologia	BASE + UTIC	6	3
H008	Cardiologia	UTIC + EMOD	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	Geriatria		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	4	
H032	Neurologia	ICTUS 1° LIV.	6	3
H032	Neurologia	ICTUS 2° LIV.	9	3
H033	Neuropsichiatria Infantile		2	
H034	Oculistica		5	
H036	Ortopedia e Traumatologia	PST	6	
H036	Ortopedia e Traumatologia	CTZ	7	
H036	Ortopedia e Traumatologia	CTS	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	

Tabella 2 - Valori Minimi di riferimento per il Personale Medico

I minimi di cui alla tabella sopra indicata devono essere assegnati per ogni unità operativa complessa. Il numero di strutture complesse previste dalla programmazione regionale, approvate nel rispetto dei criteri del D.M. 70/2015, determina quindi il moltiplicatore.

Per la corretta determinazione del fabbisogno occorrerà infine aggiungere, oltre alla suddetta

attività di guardia, l'attività di coordinamento e direzione. In particolare, per l'attività di direzione di reparto, andrà aggiunta un'unità di Personale Medico in tutti i casi ove sia prevista la struttura complessa e quindi la relativa apicalità.

Va infine evidenziato che, con riferimento ad alcune specialità, il numero di posti letto e la presenza o meno dell'apicalità di riferimento non sono di per sé elementi sufficienti a determinare un fabbisogno rappresentativo. In particolare, per definire correttamente il fabbisogno di professionisti sarà necessario conoscere il ruolo attribuito a livello di programmazione regionale al singolo presidio rispetto all'articolazione "in rete" di cui la regione si è dotata. Ciò dovrà avvenire 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), così come evidenziato in **Tabella 2** nella colonna Parametro, il valore minimo di Personale Medico varierà in funzione del ruolo attribuito al presidio rispetto alla rete. Ad esempio, con riferimento alla rete infarto occorrerà distinguere tra presidio di base, presidio di base con UTIC e presidio con UTIC + emodinamica. Si rimanda al Paragrafo 2.4 per una maggiore disamina.

Calcolo del Fabbisogno minimo di Personale Medico

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

Dove:

- 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

Per la determinazione del fabbisogno di Personale Medico, come già rappresentato, occorrerà

inoltre tener conto di particolari caratteristiche di talune aree di attività ospedaliera, descritte in dettaglio nel prosieguo.

I valori massimi

Con riferimento all'individuazione di valori massimi di Personale Medico, determinabili attraverso l'introduzione del driver Produzione, occorre distinguere tra la dotazione da destinare alle discipline di degenza e quella da destinare all'attività ambulatoriale e di day hospital:

a) Attività di Degenza

Un fabbisogno di personale superiore ai valori minimi, così come determinati nel paragrafo precedente, generato da esigenze di produzione, sarà valutato positivamente qualora si attesti all'interno di un predeterminato *range*.

Per la determinazione del *range* di Personale Medico "giustificato dalla produzione", la metodologia adoperata "Pesi Medici" differenzia per ogni specialità, implementati sulla base di un'analisi statistica dei dati delle 5 regioni partecipanti al Gruppo di Lavoro che assumono quindi il ruolo di benchmark e rappresentano cioè le buone pratiche ovvero le situazioni riconosciute come efficaci e efficienti all'interno del medesimo sistema.

Rispetto a tali "Pesi Medici" si perviene quindi all'individuazione di due valori (FTE' e FTE"), che costituiscono il cd. "margine di tolleranza", limite inferiore e superiore della forbice, ossia i valori entro i quali il numero di FTE presenti nella specialità di riferimento è ritenuto accettabile.

Per la definizione dei "range di peso medico" per disciplina, si è proceduto come segue:

- Definizione dei criteri di imputazione dei DRG;
- Sommatoria dei DRG prodotti per ogni specialità (al netto di quelli Medici erogati in regime di ricovero diurno);
- Definizione dei criteri di imputazione degli FTE assegnati alle singole specialità;
- Rapporto tra DRG/FTE per specialità;
- Verifica del dato su base regionale: analisi della distribuzione statistica, eliminazione delle code;
- Prima analisi di valori statistici rilevanti (mediana, media, 1° e 3° quartile);
- Confronto interregionale del dato;
- Verifica dei valori rispetto alle 5 regioni partecipanti;
- Analisi della bontà del campione e delle code e verifica della distribuzione;
- Determinazione del range dei Pesi.

Il risultato è la somma dei pesi prodotti per ogni specialità, che rapportati ai "pesi medici" di

Tabella 3, restituiscono il valore degli FTE necessari per la produzione erogata:



Regione Campania

Punti DRG Sp x= [punti DRG RO Spx + (punti DRG Medici Sp x DH * 0)]

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

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

(*) Il campo validità identifica la tipologia di ospedali cui il peso deve essere applicato

Tabella 3 - Pesi medico per specialità per calcolo FTE' e FTE''

b) Attività Ambulatoriale e Day Hospital

Per quanto attiene alla determinazione della dotazione di Personale Medico da destinare alle attività ambulatoriali e di Day Hospital, si precisa che 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 di queste attività.

2.2.2 Personale Infermieristico e Operatori Socio-Sanitari

Con riferimento alla dotazione standard di **Personale Infermieristico** e di **Operatori Socio-Sanitari (OSS)**, la metodologia ministeriale prevede che la stessa non può prescindere dalla programmazione regionale in materia sanitaria. In particolare, la determinazione della dotazione di tale personale dedicato alle attività di degenza ordinaria deve avvenire sulla base dei posti letto computati al 90% così come definito al punto 3.1 dell'allegato 1 del DM 70/2015:

“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”.

Così come precedentemente affermato, in fase di prima applicazione i posti letto da utilizzare quale base di calcolo saranno quelli attualmente attivi presso le singole strutture, così come rinvenibili dai flussi ministeriali predisposti dalle singole Aziende (HSP 12). Inoltre, a seguito del D.L. n. 34 del 19 maggio 2020 convertito in Legge n. 77 del 17 luglio 2020, le Aziende Sanitarie dovranno definire la dotazione standard anche sulla base dei Posti Letto definiti nell'atto di programmazione regionale della rete ospedaliera in vigore.

Anche in questo caso, 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.

a) Attività di Degenza

Per la determinazione del numero di Infermieri e Operatori Socio-Sanitari necessari per le attività di degenza, occorre procedere come segue:

- Somma dei posti letto per Area Omogenea;
- Computo al 90%;
- Attribuzione dei minuti di Assistenza Infermiere e Oss (**Tabella 4**);



- Prodotto della somma dei posti letto per i minuti (minimo e massimo) di assistenza attribuiti;
- “Trasformazione in ore” = Totale minuti/60;
- “Trasformazione in personale tempo equivalente” (FTE)/1480;
- Attribuzione del numero di infermieri complessivi necessari per l’attività di degenza;
- Attribuzione del numero di operatori complessivi necessari per l’attività di degenza.

Descrizione Area	MIN Infermieri	MIN OSS	MAX Infermieri	MAX OSS
MEDICA	148	63	175	77
CHIRURGICA	137	74	154	90
OSTETRICO- GINECOLOGICA	Si veda area Materno Infantile			
CRITICA	700	175	827	90
SUB INTENSIVA	330	82	358	87
PEDIATRICA	Si veda area Materno Infantile			
SALUTE MENTALE	148	63	280	120
RIABILITATIVA	104	85	127	103

Tabella 4 - 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 4** 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.

a) Attività ambulatoriale

Il personale del comparto dedicato alle attività ambulatoriali è imputato in termini percentuali rispetto a quanto calcolato per le attività di degenza nella misura percentuale del 7-13%.

2.2.3 Personale Dirigente sanitario non medico

Per il fabbisogno di personale Dirigente sanitario non medico (biologi, fisici, chimici, psicologi e personale dirigente delle professioni sanitarie), si è ritenuto opportuno fissare lo stesso pari al 7% del fabbisogno di Dirigenti Medici, così come determinato in base alla suddetta metodologia.

Con riferimento al personale Dirigente Farmacisti si stabilisce:

- per le Aziende Sanitarie Locali un fabbisogno pari a n. 3 farmacisti per presidio ospedaliero;
- per le Aziende Ospedaliere un fabbisogno pari al 4% del fabbisogno di personale

Dirigente Medico.

2.2.4 Personale sanitario dedicato ad attività specifiche e area dei servizi

2.2.4.1 Materno-Infantile

Per l'area pediatrica e l'area ostetrica è necessario individuare uno specifico fabbisogno che comprenda oltre ai **Dirigenti Medici di Pediatria** e di **Ostetricia e Ginecologia**, il **Personale Infermieristico**, il **Personale Ostetrico** e gli **OSS**, in termini di FTE da determinare in relazione al numero di posti letto ed al numero di parti come riportato nella Tabella seguente:

Numero unità area Materno-infantile						
Figure Professionali	500 - 1500 Parti		1500-2000 Parti		>2000 Parti	
	MIN	MAX	MIN	MAX	MIN	MAX
Dirigenti Medici Pediatria	6	13	13	18	15	30
Dirigenti Medici Ostetricia	6	13	13	18	15	30
Ostetriche	12	24	24	33	33	60
Infermieri	12	36	18	46	40	80
OSS	6	12	12	18	18	30

Tabella 5 - Valori minimi e massimi FTE Area Materno Infantile

In questo caso indipendentemente dalla produzione generata, il fabbisogno di personale va considerato cumulativamente per le specialità di Pediatria (cod. 39), Neonatologia (cod. 62) e Nido (cod. 31).

Per quanto riguarda la Terapia Intensiva Neonatale (cod. 73), e le specialità mediche e chirurgiche a indirizzo pediatrico (chirurgia pediatrica, urologia pediatrica, oncoematologia pediatrica e altre), considerata la specificità e la complessità trattata, è necessario effettuare una valutazione ad hoc che tenga conto delle caratteristiche organizzative del presidio, del suo ruolo nella rete pediatrica, e delle scelte aziendali in relazione alle competenze dei professionisti.

Le specialità mediche e chirurgiche a indirizzo pediatrico andranno quindi "aggregate" alle specialità cd. "native" come riportato in **Tabella 6**:

Disciplina Pediatrica	Descrizione Disciplina Pediatrica	Disciplina Nativa
6	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 6 - Alte specialità Pediatriche

2.2.4.2 Cardiologia e Unità Coronarica

La valutazione del numero di Personale **Dirigente Medico** di Cardiologia ospedalieri 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 (cod. 08) e Unità Coronarica (cod. 50) andranno sommate per la valutazione del numero di Dirigenti Medici di Cardiologia.

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, influenza 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, per dimensionare correttamente le risorse essenziali è necessario conoscere il ruolo di una cardiologia rispetto alla rete di emodinamica della regione.

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 2**.

2.2.4.3 Neurologia e Stroke

La valutazione del personale **Dirigente Medico** necessario alle attività di Neurologia (cod. 32) deve tener conto non solo dell'attività di neurologia base, ma anche della presenza e del funzionamento della rete ictus nella regione considerata.

Il ruolo dell'ospedale rispetto alla rete ictus regionale determina il relativo fabbisogno di personale Dirigente Medico, come da **Tabella 2**.

2.2.4.4 Rete Trauma

In area ortopedica la programmazione regionale attribuisce ai presidi l'attributo di Presidio Pronto Soccorso per Traumi (PST), Centro Traumi di alta Specializzazione (CTS) e Centro Traumi di Zona (CTZ), che determinano un diverso ruolo nella rete ortopedica regionale.

Il ruolo dell'ospedale rispetto alla rete ictus regionale determina il relativo fabbisogno di Personale **Dirigente Medico**, come da **Tabella 2**.

2.2.4.5 Servizi di Radiologia

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

Nell'area dei servizi di Radiologia vanno incluse le attività di Radiologia (cod. 69), Radioterapia

(cod. 70), Radioterapia Oncologica (cod. 74), Medicina Nucleare (cod. 61) e Neuroradiologia.

Il fabbisogno di Personale **Dirigente Medico** di Radiologia e di **Tecnici-sanitari di Radiologia** distinto per tipologia di struttura è definito come segue:

Numero unità area Servizi di Radiologia						
Figure Professionali	Ospedale di Base		Presidi di I livello		Presidi di II livello	
	MIN	MAX	MIN	MAX	MIN	MAX
Dirigenti Medici di Radiologia	2	7	4	18	16	55
Tecnici-sanitari di Radiologia	4	18	10	36	36	110

Tabella 7 - Servizi di Radiologia

Con riferimento alla dotazione di Dirigenti Medici è da intendersi comprensiva di guardie e apicalità.

2.2.4.6 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-sanitario di Laboratorio**. 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.

Il fabbisogno è definito come segue:

Numero unità area Servizi di Laboratorio						
Figure Professionali	Ospedale di Base		Presidi di I livello		Presidi di II livello	
	MIN	MAX	MIN	MAX	MIN	MAX
Dirigenti Medici e Sanitari	0	6	4	20	18	38
Tecnici-sanitari di Laboratorio	0	20	10	50	45	130

Tabella 8 - Servizi di Laboratorio

Con riferimento alla dotazione di Dirigenti Medici e Sanitari è da intendersi comprensiva di guardie e apicalità.

2.2.4.7 Medicina Trasfusionale

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

Il DM 70/2015 prevede il servizio di Medicina Trasfusionale per i soli DEA.

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**.

Numero unità Medicina Trasfusionale				
Figure Professionali	Presidi di I livello		Presidi di II livello	
	MIN	MAX	MIN	MAX
Dirigenti Medici e Sanitari	1	6	3	16

Tabella 9 - Medicina Trasfusionale

Con riferimento alla dotazione di Dirigenti Medici e Sanitari è da intendersi comprensiva di guardie e apicalità.

2.2.4.8 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.

Numero unità Anatomia patologica						
Figure Professionali	Ospedale di Base		Presidi di I livello		Presidi di II livello	
	MIN	MAX	MIN	MAX	MIN	MAX
Dirigenti Medici e Sanitari	0	3	0	8	3	14

Tabella 10 - Anatomia Patologica

Con riferimento alla dotazione di Dirigenti Medici e Sanitari è da intendersi comprensiva di guardie e apicalità.

2.2.4.9 Medicina Legale

Per il servizio di medicina legale occorre determinare un cd. “Turno Minimo” per garantire l’esecuzione delle attività per i presidi di I e II livello come di seguito riportato:

Numero unità Medicina Legale				
Figure Professionali	Presidi di I livello		Presidi di II livello	
	MIN	MAX	MIN	MAX
Dirigenti Medici	1	2	1	3

Tabella 11 - Medicina Legale

2.2.4.10 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 **Dirigente Medico** ogni 8 posti letto;
- Un turno **Infermiere** ogni 2 posti letto;
- 1 **OSS** ogni 2 infermieri.

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

2.2.4.11 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 aziende provvederanno a comunicare il numero di sedute operatorie annue per presidio nell’apposito Modello Ministeriale HSP24 Quadro I, 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 **Dirigente Medico** di Anestesia, 3 **Infermieri** e 1 **OSS**.

Il numero di ulteriori medici specialisti (es. chirurgo generale, oculista, ortopedico, ecc) risulta già conteggiato nei valori minimi e nei pesi.

2.2.4.12 Area dell’Emergenza Urgenza (Pronto Soccorso)

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 in termini di FTE 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.

Numero unità Area Emergenza-Urgenza								
Figure Professionali	PPI		Pronto Soccorso		DEA I		DEA II	
	MIN	MAX	MIN	MAX	MIN	MAX	MIN	MAX
Dirigenti Medici	3	6	6	14	12	24	24	40
Infermieri	6	12	12	18	16	48	48	70

Tabella 12 - Area Emergenza - Urgenza

I valori riportati in **Tabella 12** vanno applicati in relazione agli orari di apertura dei Pronto soccorso riproporzionati sulle 24 ore.

2.2.4.13 Direzione Sanitaria di Presidio – Direzione Medica

Con riferimento alla Direzione Sanitaria di presidio, considerato che il DM 70/2015 prevede la stessa solo presso i presidi sede di I e II livello, si prevede un valore minimo di 2 **Dirigenti Medici** per ogni struttura presente.

2.2.4.14 Personale specializzato in Genetica Medica

Il Decreto n. 58 del 05.07.2018 avente ad oggetto la “Rete di Genetica Medica Clinica e di Laboratorio della Regione Campania” stabilisce, per ciascun tipo di attività, il fabbisogno minimo di personale specializzato in Genetica Medica in relazione alla dimensione minima di popolazione da servire come da seguente prospetto:

Fabbisogno minimo di risorse umane per macroarea						
Attività	Popolazione	Risorse Umane Strutture Clin./Lab. Ospedali			Risorse Umane ASL	
		Medici	Biologi	Tecnici	Informativi	Medici
Direttori/dirigenti responsabili	2 milioni abitanti	2	2			
Genetica Clinica		6				2
Lab. Citogenetica/Citogenomica			5	4		
Lab. Genetica Molecolare/Genomica			5	4		
Analisi informatica					2	



Regione Campania

Tabella 13 – Genetica medica

2.2.5 Personale Tecnico-sanitario

Con riferimento al fabbisogno di personale Tecnico-sanitario (dietista, igienista dentale, tecnico audioprotesista, tecnico audiometrista, assistente sanitario, tecnico di neurofisiopatologia, tecnico di fisiopatologia cardiocircolatoria e profusione cardiovascolare, ottico, odontotecnico, tecnico ortopedico), lo stesso è da determinarsi sulla base dei seguenti parametri, differenziati tra Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie Locali per far fronte alle specifiche peculiarità:

- Aziende Ospedaliere: pari al 15% del fabbisogno di personale infermieristico ospedaliero;
- Aziende Sanitarie Locali: pari al 10% del fabbisogno di personale infermieristico ospedaliero.

2.2.6 Personale della Riabilitazione

Con riferimento al fabbisogno di personale della Riabilitazione (fisioterapista, logopedista, ortottista, massaggiatore non vedente, podologo, educatore professionale, terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale, terapista occupazionale, tecnico della riabilitazione psichiatrica, massaggiatore – massofisioterapista) lo stesso è da determinarsi nella misura pari al 5% del fabbisogno di personale infermieristico ospedaliero.

2.3 Personale non sanitario

2.3.1 Altro Personale Ruolo tecnico

Con riferimento al personale del ruolo tecnico, ad esclusione del profilo di Operatore Socio-Sanitario analizzato in precedenza, il fabbisogno di personale è da determinarsi sulla base dei seguenti parametri, differenziati tra Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie Locali per far fronte alle specifiche peculiarità:

- Aziende Ospedaliere: 6% del fabbisogno di personale sanitario ospedaliero;
- Aziende Sanitarie Locali: 10% del fabbisogno di personale sanitario ospedaliero.

Si precisa che il fabbisogno così determinato andrà, di norma, ripartito tra personale Dirigente e Comparto sulla base delle seguenti percentuali:

- Personale Dirigente: in misura pari o inferiore al 15% del totale;
- Personale Comparto: a copertura della restante parte.

2.3.2 Ruolo Professionale

Con riferimento al fabbisogno di personale per il ruolo professionale, è da determinarsi nella misura pari allo 0,5% del fabbisogno di personale di personale del ruolo sanitario ospedaliero, così come individuato in base alle suddette metodologie.

Si precisa che il fabbisogno così determinato andrà, di norma, ripartito tra personale Dirigente e Comparto sulla base delle seguenti percentuali:



Regione Campania

- Personale Dirigente: in misura pari o inferiore al 15% del totale;
- Personale Comparto: a copertura della restante parte.

2.3.3 Ruolo Amministrativo

Con riferimento al personale del ruolo amministrativo il fabbisogno è da determinarsi, in base ai parametri seguenti differenziati tra Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie Locali per far fronte alle specifiche peculiarità:

- Aziende Ospedaliere: 11% del fabbisogno di personale sanitario, professionale e tecnico ospedaliero;
- Aziende Sanitarie Locali: 14% del fabbisogno di personale sanitario, professionale e tecnico ospedaliero.

Si precisa che il fabbisogno così determinato andrà, di norma, ripartito tra personale Dirigente e Comparto sulla base delle seguenti percentuali:

- Personale Dirigente: in misura pari o inferiore al 15% del totale;
- Personale Comparto: a copertura della restante parte.

3. AREA DEI DISTRETTI E DELLA PREVENZIONE

Con riferimento al Personale da destinare all'assistenza distrettuale e della prevenzione, in considerazione del progressivo spostamento di risorse dall'area ospedaliera, conseguente all'attuazione della programmazione sanitaria regionale e in particolare della nuova rete ospedaliera, le aziende dovranno procedere innanzitutto alla riallocazione sul territorio di eventuale personale in esubero presso le strutture ospedaliere, in conseguenza della realizzazione dei processi di riorganizzazione del rapporto ospedale – territorio.

Si sottolinea, inoltre, che nell'ambito delle attività territoriali e del fabbisogno di personale, ciascuna Azienda dovrà tenere in debito conto l'apporto delle unità di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato.

Si specifica inoltre, che occorrerà valutare anche l'eventuale esternalizzazione di servizi aziendali in presenza dei quali, il parametro di riferimento della relativa figura professionale dovrà essere rimodulato in riduzione. La ricognizione dei servizi sanitari assistenziali esternalizzati avverrà sulla base dei modelli ministeriali registrati su piattaforma NSIS; nello specifico si farà riferimento ai modelli STS e RIA.

3.1 Personale Sanitario

3.1.1 *Personale Medico*

Con riferimento al **Personale Dirigente Medico distrettuale** si stabilisce uno standard di fabbisogno parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi come pari allo 0,4 il rapporto tra dirigenti medici in servizio presso i Servizi Distrettuali e della Prevenzione rispetto alla popolazione residente/1000.

Il fabbisogno di Dirigenti Medici afferenti al Servizio 118 è ricompreso nell'ambito della dotazione standard complessiva di Personale Medico relativo al Servizio Distrettuale.

Per i **Dipartimenti (Prevenzione, Salute Mentale e Dipendenze)** si stabilisce un fabbisogno parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi come pari allo 0,2 il rapporto tra dirigenti medici in servizio rispetto alla popolazione residente/1000.

3.1.2 *Medici Veterinari SIAN e TPAL*

Per quanto riguarda i **Dirigenti Veterinari** si stabilisce un fabbisogno parametrato rispetto alle seguenti aree: sanità animale, ispezione alimenti e igiene zootecnica.

La norma comunitaria (Reg. (UE) 2017/625) in materia di prevenzione connessa alla sicurezza alimentare ed alla sanità pubblica veterinaria, prevede la pianificazione pluriennale con la definizione degli obiettivi strategici di medio-lungo termine, cui consegue la programmazione annuale degli obiettivi operativi assegnati al servizio sanitario territoriale.

In Campania, in coerenza con quella nazionale, viene approvata dalla Giunta regionale la pianificazione pluriennale, alla quale segue per ciascun anno la redazione di un documento di programmazione annuale regionale (DPAR), nonché di documenti di programmazione

territoriale (DPAT). In questi ultimi ciascuna ASL rappresenta le proprie dotazioni in termini di risorse strumentali, umane e finanziarie e, attraverso un sistema di calcolo delle performance individuali e di struttura definito dalla stessa programmazione regionale, assegna al personale ed alle proprie strutture gli obiettivi operativi.

Il sistema di calcolo delle performance consente, quindi, alle AASSLL di valutare le proprie capacità prestazionali, da impiegare secondo l'ordine di priorità stabilito nelle sezioni della programmazione regionale (DPAR), e nello stesso tempo di verificare l'eventuale ulteriore fabbisogno di personale necessario per soddisfare appieno gli obiettivi operativi assegnati.

Il citato criterio per la definizione del fabbisogno, definito nel dettaglio dalla programmazione regionale in relazione alla tipologia di attività (ispezione, audit), si basa sull'unità di misura per la quantizzazione delle attività di controllo ufficiale svolto dal personale e definita "unità/ispezione ad personam" (UIP), cioè il tempo stimato affinché un sanitario mediamente effettui una ispezione "semplice", quantizzato in 4 ore. Tale impegno orario è comprensivo anche del tempo necessario all'espletamento di attività non propriamente legate al controllo, ma facenti parte dei compiti istituzionali (attività giudiziarie, registrazione dati nei sistemi informativi, ricezione del pubblico, partecipazione riunioni, attività di Polizia Giudiziaria sia pre che post ispettive).

L'UIP rappresenta, quindi, l'unità di misura per la quantizzazione dei controlli cui il singolo operatore deve partecipare nell'anno. Il numero di controlli espresso in UIP, cui il singolo operatore deve partecipare, costituisce la performance minima ad personam. Sulla base delle ore annuali di effettivo lavoro che ogni sanitario è in grado di effettuare, epurate delle ore di congedo e di quelle dedicate alla formazione, determinano il carico di lavoro annuale minimo ad personam espresso in UIP.

Per il calcolo dei volumi prestazionali delle strutture (unità operative territoriali) viene stabilita come unità di misura l'unità di performance di struttura (UPS), che si ottiene sommando, con opportune formule per le quali si rimanda al DPAR/DPAT, le UIP delle persone ad essa afferenti. La somma delle UPS di ogni struttura semplice, ovvero delle singole unità organizzate afferenti ad una struttura complessa dipartimentale, definisce la quantità minima di controlli in UPS che tale struttura deve svolgere nell'anno.

3.1.3 Personale Dirigente sanitario non medico

Con riferimento al fabbisogno di personale **Dirigente sanitario non medico** da destinare al territorio, lo stesso è ricompreso nella percentuale individuata al Paragrafo 2.2.3, ad eccezione per i **Dirigenti Farmacisti** per i quali è previsto un fabbisogno aggiuntivo pari a n. 2 unità di personale per Distretto.

3.1.4 Personale Infermieristico

Per i **Distretti** si stabilisce un fabbisogno di Personale Infermieristico parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi come pari allo 0,56 il rapporto tra Personale Infermieristico in servizio presso i Servizi Distrettuali rispetto alla popolazione residente/1000.

La dotazione standard di Personale Infermieristico afferente il Servizio 118, è ricompresa nell'ambito della dotazione standard complessiva di Personale Infermieristico relativo ai Servizi

Distrettuali e della Prevenzione.

Per i **Dipartimenti (Prevenzione, Salute Mentale e Dipendenze)** si stabilisce un fabbisogno di Personale Infermieristico parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi come pari allo 0,17 il rapporto tra Personale Infermieristico in servizio presso i Dipartimenti di Prevenzione rispetto alla popolazione residente/1000.

3.1.5 Personale Tecnico-sanitario

Con riferimento al fabbisogno di personale **Tecnico-sanitario** da destinare al territorio, lo stesso è ricompreso nella percentuale individuata al paragrafo 2.2.5.

3.1.6 Personale della riabilitazione

Con riferimento al fabbisogno di personale della **Riabilitazione** da destinare al territorio, lo stesso è ricompreso nella percentuale individuata al paragrafo 2.2.6.

3.1.7 Personale Ostetrico

Con riferimento al fabbisogno di personale **Ostetrico** da destinare al territorio, è stato fissato pari a n. 3 unità di personale per ogni Distretto.

3.1.8 Personale di Vigilanza ed ispezione

Con riferimento al fabbisogno di **Personale di Vigilanza ed Ispezione** a livello regionale, che opera per lo più nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Servizi Territoriali, è da determinarsi in rapporto alla popolazione residente, applicando l'indice dello 0,135 per la popolazione residente/1.000.

Nella definizione del fabbisogno di personale sanitario nel suo complesso sarà possibile riequilibrare i ruoli a seconda delle necessità aziendali.

3.2 Personale non sanitario

3.2.1 Operatori Socio-Sanitari

Per le strutture territoriali è prevista una % di **Operatori Socio-Sanitari** pari al 10% del fabbisogno determinato per le discipline di degenza.

3.2.2 Altro Personale Ruolo tecnico

Con riferimento al fabbisogno di personale **Tecnico**, ad eccezione degli OSS, da destinare al territorio, lo stesso è ricompreso nella percentuale individuata al paragrafo 2.3.1.

3.2.3 Personale Professionale

Con riferimento al fabbisogno di personale **Professionale**, da destinare al territorio, lo stesso è ricompreso nella percentuale individuata al paragrafo 2.3.2.

3.2.4 Personale Amministrativo

Con riferimento al fabbisogno di personale Amministrativo, da destinare al territorio, lo stesso è ricompreso nella percentuale individuata al paragrafo 2.3.3.

3.3 Personale dedicato alle Cure Domiciliari

Il personale dedicato alle cure domiciliari rappresenta una misura percentuale dello standard di personale definito per i Distretti.

L'Unità Operativa Distrettuale dovrà gestire - se il servizio è erogato in forma diretta - le équipe di cure domiciliari o in alternativa individuare - se il servizio è gestito mediante soggetto terzo - modalità di verifica della corretta erogazione delle prestazioni comprese nel PAI.

Pertanto, nella definizione di tale percentuale, dovrà tenersi in debito conto l'eventuale esternalizzazione di servizi aziendali in presenza dei quali, il parametro di riferimento della relativa figura professionale dovrà essere rimodulato.

3.4 Personale delle strutture penitenziarie

Premesso che in Regione Campania insistono n. 17 Istituti Penitenziari come dalla tabella di seguito riportata:

ISTITUTO	TIPO ISTITUTO
ARIANO IRPINO	CC
ARIENZO	CC
AVELLINO BELLIZZI	CC
AVERSA F. SAPORITO	OPG
BENEVENTO	CC
CARINOLA G.B. NOVELLI	CR
EBOLI	CR
LAURO	CC
NAPOLI POGGIOREALE G. SALVIA	CC
NAPOLI SANT'EFRAMO	OPG
NAPOLI SECONDIGLIANO	CC
POZZUOLI	CCF
SALA CONSILINA	CC
SALERNO ANTONIO CAPUTO	CC
SANT'ANGELO DEI LOMBARDI	CR
SANTA MARIA CAPUA VETERE N.C.	CC
VALLO DELLA LUCANIA	CC

Tabella 14 – Istituti penitenziari Regione Campania

Sulla base di quanto disposto dall'Osservatorio permanente regionale per la sanità penitenziaria della Campania (DGRC n. 1812/2009, DGRC n. 716/2016) così come deliberato in data 12/12/2019, si riporta quanto disposto in termini di definizione degli standard minimi di personale per i servizi assistenziali della rete regionale di sanità penitenziaria:

“Le risorse professionali sono convenzionalmente computate sulla base di attività settimanale per singolo operatore con contratto di dipendenza e a tempo pieno; lo standard minimo di personale da garantire in servizio nelle singole articolazioni è da ricavarsi proporzionalmente ai valori indicati in tabella, assumendo come riferimento il numero dei presenti e definendo una coerente dotazione organica che consideri il servizio effettivamente assicurabile dal singolo operatore. A tal fine si indica nella misura del 20% l'incremento da prevedere a partire dal complessivo fabbisogno derivante dagli standard qui definiti. Le previsioni minime del presente



Regione Campania

documento sono inoltre da integrare con: 1) le risorse dirigenziali sanitarie richieste per l'implementazione dei livelli di responsabilità gestionale superiore derivanti dall'organizzazione dei servizi sanitari in ambito penitenziario definito negli Atti Aziendali (per es. dirigenti responsabili di Unità Operative, titolari di posizioni organizzative di coordinamento infermieristico ecc); 2) le risorse professionali amministrative collegate alla specifica organizzazione aziendale, nella misura minima compresa tra 0,5-2 unità, per una popolazione detenuta fino a 1.000, aumentata proporzionalmente di n. 1 unità ogni 1.000 ulteriori presenze.”

La dotazione determinata è da integrare localmente con la programmazione delle risorse professionali necessarie a garantire le prestazioni di singole branche specialistiche sulla base della rilevazione degli specifici bisogni delle persone detenute, anche considerando le caratteristiche quali-quantitative degli Istituti di allocazione. La presente definizione di standard concorre, insieme alle già realizzate programmazioni e definizioni nelle aree del superamento degli OPG (Decreto Dirigenziale n. 39 del 15.10.2018) e della presa in carico dei minori di area penale (DGRC n. 567 del 18.09.2018).

4. Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza territoriale

Per quanto attiene l'assistenza territoriale, il Decreto Legge n. 34 del 19 maggio 2020, convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020, all'art.1 "disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale" fornisce indicazioni alle Regioni in merito agli interventi da adottare al fine di potenziare l'assistenza territoriale necessari sia a garantire la dovuta assistenza ai pazienti con CoViD--19 ma anche di cogliere l'occasione per un intervento di più ampio respiro e di più lunga durata per tutte le persone con fragilità e cronicità.

A tal proposito il Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza territoriale – Delibera di Giunta Regionale n. 475 del 03/11/2020 – prevede un percorso di rafforzamento del personale del territorio come dettagliato nei paragrafi seguenti.

4.1 Dipartimenti di Prevenzione

Per garantire la disponibilità di operatori di Sanità pubblica presso i Dipartimenti di Prevenzione, tali da poter assicurare adeguatamente le attività di ricerca e gestione dei contatti, come previsto dal DM 30/04/2020 (Adozione dei criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 del decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 26/04/2020) le AASSLL regionali sono state autorizzate a reclutare almeno 1 operatore ogni 10.000 abitanti.

4.2USCA – Unità Speciali di Continuità Assistenziale

La Regione Campania, con nota dell'Unità di Crisi UC/2020/0001128 del 27 marzo 2020, ha istituito le USCA, demandando alle Direzioni Generali delle AA.SS.LL. la costituzione delle stesse e la successiva comunicazione delle azioni intraprese (specificando numero, sedi attivate, ubicazione e relativo numero di medici arruolati) al Direttore Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR, quale parte integrante dell'Unità di Crisi CoViD-19.

La Regione Campania, come stabilito nel Piano di Potenziamento dell'assistenza territoriale, si propone di potenziare l'attività delle USCA per tendere allo standard di una ogni 50.000 abitanti incrementando il numero di operatori coinvolti.

A tal fine la Regione resta in attesa di ricevere dalle AA.SS.LL. un piano di potenziamento che tenga conto delle attività svolte e della disponibilità di automezzi, al fine di consentire alla Direzione Generale Salute di effettuare una valutazione relativa alle esigenze per singola ASL.

4.3Cure Domiciliari

Al fine di realizzare il potenziamento dell'assistenza domiciliare, a decorrere dall'anno 2021 la Regione ha programmato un incremento del personale dedicato all'ADI, in considerazione dei fondi di cui al DL n. 34/2020, di circa 450 unità, tra OSS e infermieri.

L'acquisizione di personale farà seguito alla definizione, da parte delle AA.SS.LL. di un piano di fabbisogno - che descriva in modo dettagliato le attività svolte e la quantificazione del potenziale incremento del numero di prese in carico.



Regione Campania

4.4 Infermiere di famiglia

Sulla base di quanto disposto dal Decreto-Legge del 19 maggio 2020, n. 34 “Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da CoViD-19” all'art. 1, comma 5 è prevista l'introduzione di una nuova figura di Personale Infermieristico (c.d. “infermiere di famiglia”) per la quale il DL dispone:

“Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati COVID-19, anche supportando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. Per le medesime finalità, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato e comunque nei limiti di cui al comma 10.”

Pertanto, alla luce dell'intervento normativo è necessario procedere, ai fini dell'introduzione dell'Infermiere di famiglia, alla puntuale verifica del personale già incardinato in tali attività, e successivamente individuare nell'ambito del fabbisogno di personale il rispetto degli standard individuati dal DL n. 34/2020 convertito in Legge n. 77 del 17 luglio 2020.



Allegato 1

ID Area	Descrizione Area	Cod. Disciplina	Descrizione Disciplina
1	Medicina Interna	1	Allergologia
		2	Day Hospital
		5	Angiologia
		8	Cardiologia
		18	Ematologia
		19	Malattie Endocrine, Del Ricambio E Della Nutrizione
		20	Immunologia
		21	Geriatria
		24	Malattie Infettive E Tropicali
		26	Medicina Generale
		28	Unita' Spinale
		29	Nefrologia
		32	Neurologia
		51	Astanteria
		52	Dermatologia
		58	Gastroenterologia
		64	Oncologia
		68	Pneumologia
		70	Radioterapia
		71	Reumatologia
		74	Radioterapia Oncologica
		75	Neuro-Riabilitazione
		78	Urologia Pediatrica
2	Chirurgia	6	Cardiochirurgia Pediatrica
		7	Cardiochirurgia
		9	Chirurgia Generale
		10	Chirurgia Maxillofacciale
		11	Chirurgia Pediatrica
		12	Chirurgia Plastica
		13	Chirurgia Toracica
		14	Chirurgia Vascolare
		30	Neurochirurgia
		34	Oculistica
		35	Odontoiatria E Stomatologia
		36	Ortopedia E Traumatologia
		38	Otorinolaringoiatria
		43	Urologia
		76	Neurochirurgia Pediatrica
3	Ostetricia e Ginecologia	37	Ostetricia E Ginecologia
		57	Fisiopatologia Della Riproduzione Umana



Regione Campania

ID Area	Descrizione Area	Cod. Disciplina	Descrizione Disciplina
4	Critica	46	Grandi Ustioni Pediatriche
		47	Grandi Ustionati
		48	Nefrologia (Abilitazione Trapianto Rene)
		49	Terapia Intensiva
		50	Unita' Coronarica
		73	Terapia Intensiva Neonatale
5	Sub Intensiva	66	Oncoematologia
		65	Oncoematologia Pediatrica
6	Pediatrica	33	Neuropsichiatria Infantile
		31	Nido
		39	Pediatria
		62	Neonatologia
7	Salute Mentale	40	Psichiatria
8	Riabilitativa	56	Recupero E Riabilitazione Funzionale
		60	Lungodegenti