

## **Disciplinare tecnico**

### **Metodologia per la determinazione del Fabbisogno di Personale degli Enti del SSR della Campania**

## 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.....	9
2.1 Principi generali di determinazione del fabbisogno di personale sanitario....	9
2.2 Personale sanitario .....	9
2.2.1 Personale Dirigente Medico .....	9
2.2.2 Personale Infermieristico e Operatori Socio-Sanitari.....	16
2.2.3 Personale Dirigente sanitario non medico.....	18
2.2.4 Personale sanitario dedicato ad attività specifiche e area dei servizi...	18
2.2.5 Personale Tecnico-sanitario.....	27
2.2.6 Personale della Riabilitazione .....	27
2.3 Personale non sanitario .....	27
2.3.1 Altro Personale Ruolo tecnico .....	27
2.3.2 Ruolo socio sanitario – Assistente sociale .....	28
2.3.3 Ruolo Professionale .....	28
2.3.4 Ruolo Amministrativo .....	28
3. AREA TERRITORIALE .....	29
3.1 Distretti.....	29
3.1.1 Personale Sanitario .....	29
3.1.2 Personale non Sanitario .....	30
3.2 Salute Mentale.....	30
3.3 Dipendenze Patologiche .....	32
3.4 Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza.....	33
3.5 Prevenzione.....	34
3.6 Cure Domiciliari .....	35
3.7 Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie..	35
3.8 Strutture penitenziarie.....	36
3.9 DM 77/2022 “Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN” .....	37
3.9.1 UCA – Unità di Continuità Assistenziale.....	37
3.9.2 Infermiere di Famiglia o Comunità.....	37
3.9.3 Case di Comunità.....	37



Regione Campania

3.9.4	Ospedali di Comunità .....	38
3.9.5	Centrale Operativa Territoriale .....	38

# 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";
- 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";
- Decreto regionale n. 103 del 28/12/2018 avente ad oggetto "Piano Regionale di programmazione della rete ospedaliera ai sensi del D.M. 70/2015 – Aggiornamento di dicembre 2018";
- Legge n. 60 del 25 giugno 2019, Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, recante misure emergenziali per il servizio sanitario della Regione Calabria e altre misure urgenti in materia sanitaria;
- Delibera di giunta Regionale n. 593 del 22 dicembre 2020 avente ad oggetto "Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale del SSR";
- Il decreto del Ministero dell'economia e finanze, 6 agosto 2021, recante "Assegnazione

delle risorse finanziarie previste per l'attuazione degli interventi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e ripartizione di traguardi e obiettivi per scadenze semestrali di rendicontazione”;

- Legge n. 234 del 30 dicembre 2021, “Bilancio di previsione dello Stato per l'anno finanziario 2022 e bilancio pluriennale per il triennio 2022-2024”;
- Decreto ministeriale n.77 del 22 Giugno 2022 avente ad oggetto “Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN”;
- Delibera della Giunta Regionale n. 546 del 25/10/2022 avente ad oggetto “Integrazione e rimodulazione budget di spesa del personale delle Aziende Sanitarie della Campania a decorrere dall’anno 2023”;
- Metodo ministeriale per la determinazione del fabbisogno di personale ospedaliero del 21/12/2022.

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).

Per definire un quadro prospettico con riferimento alla rete regionale tale metodologia può essere applicabile anche a posti letto programmati da DCA n. 103/18. 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. 168 del 06/04/2022 “Adozione rimodulazione 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. Integrazione ed aggiornamento DGRC n. 378 del 23.07.2020.” e s.m.i.

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, nel DM 77/2022, 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),

di personale **OSS** dedicato alle **strutture ospedaliere** e del **personale** dedicato alle **strutture territoriali**, la Regione ha adoperato i criteri stabiliti a livello nazionale attraverso il documento “Metodo per la determinazione del Fabbisogno di personale del SSN” approvato in data 21/12/2022 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, Campania, Friuli-Venezia Giulia, Lombardia, Sardegna, Umbria e Puglia all’uopo costituito.

La metodologia di seguito descritta è applicabile in via sperimentale per la definizione dei fabbisogni di personale relativi agli anni 2022, 2023 e 2024, fatti salvi gli eventuali interventi correttivi necessitati anche dalla progressiva evoluzione dell’offerta sanitaria, dal rispetto dei limiti dei tetti previsti dalla legislazione vigente in merito alla spesa di personale e fermo restando il generale rispetto del principio di equilibrio economico del Servizio Sanitario Nazionale.

L’applicazione sperimentale della metodologia è finalizzata alla concessione dell’aumento della spesa di personale di un ulteriore 5 per cento (in aggiunta all’incremento annuale del 10 per cento) dell’incremento del Fondo Sanitario Regionale rispetto all’anno precedente come previsto nell’articolo 11, comma 1, della legge 234 del 2021.

Con riferimento alle 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 nei successivi paragrafi.

### 1.3 Utilizzo della metodologia

Come già evidenziato, lo standard di personale 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 prosieguo:

- **l’organizzazione della rete di offerta:** identificazione del ruolo delle strutture nella rete ospedaliera e di emergenza-urgenza e territoriale secondo la classificazione del DM n. 70/2015 e del DM n. 77/2022;
- **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 e s.m.i.

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 ospedaliera e territoriale**

La corretta determinazione del fabbisogno di personale dovrà avvenire, a pieno regime, in relazione alle reti ospedaliere e territoriali rispondenti alle disposizioni ed ai criteri previsti dal DM 70/2015 e s.m.i. e dal DM 77/2022.

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 prosieguo del documento.

Per quanto attiene la rete di offerta territoriale, gli standard dell'assistenza territoriale definiti nel DM 77/2022 forniscono indicazioni per la riorganizzazione dei servizi e per la determinazione del fabbisogno di personale.

### **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.

Per la quantificazione del monte ore annualmente lavorato dai dirigenti medici e dal personale del comparto, si è ritenuto di adoperare lo schema rappresentato in **Tabella 1**, un sistema basato sui dati del Conto Annuale che consente di eliminare dalle ore lavorate nelle giornate lavorative presenti nell'anno di riferimento (252gg nel 2019) le ore in cui il personale non ha partecipato all'erogazione di attività assistenziali perché assente o impegnato in formazione.

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

Calcolo ore lavorate (ipotesi 5gg/sett)	Spiegazione	Fonte
Ore alla settimana	Ore lavorate settimanalmente come da Contratto Collettivo Nazionale dei Lavoratori	CCNL
GG alla settimana	Giornate lavorative settimanali	Conto Annuale
Ore algiorno	Ore alla settimana/GG alla settimana	
Ore lavorative annue totali	Ore lavorate settimanalmente moltiplicate per le settimane totali annue (52)	
Giornate lavorative annue	Giornate lavorative previste per il 2019 (al netto di festività infrasettimanale santo patrono) così come considerate nel conto annuale	Conto Annuale
Ore lavorative annue effettive (252*7,6)	Ore lavorative giornaliere per giornate lavorative annue	Conto Annuale
Ferie e festività soppresse	Giornate di ferie medie, per figura professionale e genere, moltiplicate per il campo "ore al giorno"	Conto Annuale
Formazione	Giornate di formazione medie, per figura professionale e genere, moltiplicate per il campo "ore al giorno"	Conto Annuale
<b>Primo sottotale</b>	Ore lavorative effettive annue - Ferie e festività soppresse - Formazione	
Assenze 104, distacco sindacale, cariche pubbliche,	Giornate di assenza (causali O10, PR4, PR6, SC1, SS2) medie, per figura professionale e genere, moltiplicate per il campo "ore al giorno"	Conto Annuale
Assenza per malattia	Giornate di malattia medie, per figura professionale e genere, moltiplicate per il campo "ore al giorno"	Conto Annuale
Ore medie aggiuntive autorizzate	Ore aggiuntive autorizzate per i soli Dirigenti Medici come da metodologia Piemonte inviata dal MdS	Metodo Piemonte
<b>Ore lavorate all'anno per assistenza</b>	<b>Primo sottotale - Assenze per 104, distacco sindacale, cariche pubbliche, etc. - Assenza per malattia</b>	

**Tabella 1 - Schema per il calcolo delle ore annue lavorate**

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

- 1.560 ore per la dirigenza sanitaria;
- 1.450 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 2**). 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	Area Medica
2	Area Chirurgica
3	Area Salute della donna e Materno Infantile
4	Area Critica
5	Area della Salute Mentale
6	Area Post-Acuzie

**Tabella 2 - 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, infatti, non è 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 3**, 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 prevista per alcune discipline: 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.

Nel caso delle guardie divisionali, il fabbisogno viene attribuito direttamente alla singola specialità e deve essere garantito da idoneo personale specialista.

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, con posti letto da programmazione regionale;
- 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 div
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	Geriatrica		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.	3	3
H032	Neurologia	ICTUS 2° LIV.	6	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		
H043	Urologia		6	
H047	Grandi Ustionati		6	3
H048	Nefrologia (Abilit trapianto rene)		6	3
H049	Terapia Intensiva	Si veda Area Intensiva		
H050	Unita Coronarica	Area Cardiologica		
H052	Dermatologia		3	
H056	Recupero e Riabilitazione Funzionale		5	
H057	Fisiopatologia della riproduzione 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 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.

In particolare, per l'attività di direzione di reparto, andrà aggiunta una 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 medici 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 Emur;
- Rete ictus;
- Rete traumatologica.

Di conseguenza, con riferimento alle specialità di Cardiologia e Unità coronarica (H008 e H050), Neurologia (H032), Emergenza Urgenza (H100) e Ortopedia (H036), così come evidenziato in **Tabella 3** nella colonna Parametro, il valore minimo di Personale Medico varierà in funzione del ruolo attribuito al presidio rispetto alla rete. Nello specifico:

- Rete EMUR: sono state considerate strutture HUB i DEA di II Livello mentre i Pronto Soccorso, i PPI e i DEA di I livello sono stati considerati come "Altro". Tale classificazione è stata adoperata per la Chirurgia Generale e l'Urologia.
- Rete Cardiologica: sono confluite in HUB tutte le unità HUB mentre sono state accorpate in "Altro" le rimanenti;
- Rete Stroke: sono confluite in HUB tutte le unità HUB mentre sono state accorpate in "Altro" le rimanenti;
- Rete Trauma: sono stati considerati HUB i CTS e CTZ, le rimanenti sono confluite nella categoria "Altro".

### Calcolo del Fabbisogno minimo di Personale Medico

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

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 attività di degenza ordinaria e day hospital e quella da destinare all'attività ambulatoriale:

#### **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” differenziati per ogni specialità, implementati sulla base di un'analisi statistica dei dati delle 9 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 ed 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: sono stati valorizzati tutti i DRG prodotti in regime di degenza ordinaria e day hospital/day surgery;
- Sommatoria dei DRG prodotti per ogni specialità;
- Assegnazione degli FTE alle singole specialità: ore lavorate comunicate alle regioni;
- Definizione dei criteri di imputazione degli FTE dedicati all'attività ambulatoriale in ogni specialità;
- Stima degli FTE dedicati alla degenza;
- Calcolo del peso medico per ciascuna unità operativa: rapporto tra DRG prodotti e gli



FTE dedicati all'attività di degenza;

- Verifica del dato su base regionale: analisi della distribuzione statistica;
- Verifica dei dati delle 9 regioni partecipanti: analisi della distribuzione statistica;
- Prima analisi di valori statistici rilevanti (mediana, media, 1° e 3° quartile);
- Confronto interregionale del dato;
- Determinazione del range dei Pesì.

Il risultato è la somma dei pesi prodotti (medici e chirurgici, do e dh) per ogni specialità, che rapportati ai "pesi medici" di **Tabella 4**, restituiscono il valore degli FTE necessari per la produzione erogata:

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

Codice	Descrizione Specialità	Validità	MIN	MAX
07	Cardiochirurgia	II+I+N	239	301
08	Cardiologia Spoke	I+N	106	172
08	Cardiologia HUB	II	206	297
09	Chirurgia Generale Spoke	I+N	133	213
09	Chirurgia Generale HUB	II	173	247
10	Chirurgia maxillo-facciale	II+I+N	106	214
11	Chirurgia pediatrica	II+I+N	133	213
12	Chirurgia plastica	II+I+N	119	166
13	Chirurgia toracica	II+I+N	127	168
14	Chirurgia vascolare	II+I+N	122	165
18	Ematologia	II+I+N	109	149
19	Malattie Endocrine del ricambio e della nutrizione	II+I+N	51	98
21	Geriatrics	II+I+N	138	189
24	Malattie infettive e tropicali	II+I+N	73	102
26	Medicina generale	II+I+N	147	190
29	Nefrologia	II+I+N	104	186
30	Neurochirurgia	II+I+N	168	201
32	Neurologia Spoke	I+N	100	125
32	Neurologia HUB	II	97	125
33	Neuropsichiatria infantile	II+I+N	40	67
34	Oculistica	II+I+N	53	101
36	Ortopedia e traumatologia Spoke	N	187	233
36	Ortopedia e traumatologia HUB	II+I	133	233
38	Otorinolaringoiatria	II+I+N	119	176
43	Urologia Spoke	I+N	137	178
43	Urologia HUB	II	154	202
47	Grandi ustionati	II+I+N	59	152
48	Nefrologia (abilitato al trapianto rene)	II+I+N	91	144
52	Dermatologia	II+I+N	88	237
56	Recupero e riabilitazione funzionale	II+I+N	86	168
58	Gastroenterologia	II+I+N	62	92
60	Lungodegenti	II+I+N	73	134
64	Oncologia	II+I+N	72	112
65	Oncologia pediatrica	II+I+N	72	112
68	Pneumologia	II+I+N	117	154
71	Reumatologia	II+I+N	52	69
75	Neuroriabilitazione	II+I+N	12	16
76	Neurochirurgia pediatrica	II+I+N	168	201
77	Nefrologia pediatrica	II+I+N	104	186

**Tabella 4 - Pesì medico per specialità per calcolo FTE' e FTE''**



I “pesi medici” sono stati rideterminati sulla base dello scorporo delle attività erogate in regime ambulatoriale.

## b) Attività ambulatoriale

Per quanto attiene alla determinazione della dotazione di Personale Medico da destinare all'attività ambulatoriale, si precisa che sono state introdotte delle percentuali rappresentative dell'incidenza dell'attività ambulatoriale sul totale delle ore lavorate, riportate in **Tabella 5**.

Codice	Descrizione Disciplina	Mediana
07	Cardiochirurgia	18%
08	Cardiologia Altro	38%
08	Cardiologia HUB	38%
09	Chirurgia generale Altro	24%
09	Chirurgia generale HUB	18%
10	Chirurgia maxillo-facciale	25%
11	Chirurgia pediatrica	1%
12	Chirurgia plastica	16%
13	Chirurgia toracica	1%
14	Chirurgia vascolare	9%
18	Ematologia	7%
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	25%
21	Geriatrics	7%
24	Malattie infettive e tropicali	2%
35	Odontoiatria e stomatologia	51%
36	Ortopedia e traumatologia Altro	15%
36	Ortopedia e traumatologia HUB	12%
38	Otorinolaringoiatria	34%
43	Urologia Altro	19%
43	UrologiaHUB	17%
47	Grandi ustionati	0%
48	Nefrologia (Abilitato al trapianto di rene)	15%
52	Dermatologia	53%
56	Recupero e riabilitazione funzionale	57%
58	Gastroenterologia	19%
60	Lungodegenti	0%
64	Oncologia	18%
65	Oncoematologia pediatrica	0%
26	Medicina generale	13%
28	Unità spinale	0%
29	Nefrologia	65%
30	Neurochirurgia	1%
32	Neurologia Altro	26%
32	Neurologia HUB	23%
33	Neuropsichiatria infantile	7%
34	Oculistica	49%
68	Pneumologia	21%
71	Reumatologia	8%
73	Terapia intensiva neonatale	0%
75	Neuro-riabilitazione	0%
76	Neurochirurgia pediatrica	0%
77	Nefrologia pediatrica	0%
78	Urologia pediatrica	0%

**Tabella 5 - Incidenza attività ambulatoriale sul totale delle ore lavorate**

Ai fini dell'individuazione del fabbisogno complessivo per la dirigenza medica, agli FTE identificati per l'attività di degenza avvalendosi del metodo dei pesi andranno sommati quelli per l'attività ambulatoriale.

$$FTE\ Amb\ Disciplina\ x = Dotazione\ FTE\ x\ \% Amb\ Disciplina\ x$$

$$Fabbisogno\ FTE\ Tot = FTE\ Degenza + FTE\ Amb$$

## 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).

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. Per le aggregazioni si rimanda all'**Allegato 1**.

Si precisa, inoltre, che la valutazione del fabbisogno complessivo, 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, ordinaria e diurna, occorre procedere come segue:

- Somma dei posti letto per Area Omogenea;
- Calcolo delle giornate equivalenti prevedendo un tasso di occupazione al 90%;
- Calcolo del fabbisogno dei minuti di assistenza moltiplicando le giornate equivalenti per il parametro min/paz/die proprio di ciascuna area omogenea;
- “Trasformazione in ore” = Totale minuti/60;

- “Trasformazione in personale tempo equivalente” (FTE)/1450.

Si è ritenuto di individuare minutaggi distinti per ospedali HUB e per quelli Spoke, con l’obiettivo di approfondire le diverse caratteristiche di questi contesti. Sono stati categorizzati ospedali HUB i DEA II Livello nella Rete Emur, mentre i DEA di I Livello, i PPI e i Pronto Soccorso ospedali SPOKE.

L’applicazione dei valori minimo e massimo previsti in **Tabella 6** e **Tabella 7** 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.

	Area Omogenea	MIN HUB	MAX HUB	MIN Spoke	MAX Spoke
1	MEDICA	205	335	175	380
2	CHIRURGICA	175	260	175	220
4	CRITICA	700	825	700	825
6	SALUTE MENTALE	240	360	255	365
7	POST-ACUZIE	125	200	125	155
8	SUB-INTENSIVA	330	360	330	360

**Tabella 6 - Minuti di assistenza giornaliera del personale infermieristico per area omogenea**

	Area Omogenea	MIN HUB	MAX HUB	MIN Spoke	MAX Spoke
1	MEDICA	75	105	60	90
2	CHIRURGICA	60	85	60	70
4	CRITICA	90	175	90	175
6	SALUTE MENTALE	85	110	55	85
7	POST-ACUZIE	85	150	70	105
8	SUB-INTENSIVA	80	90	80	90

**Tabella 7 - Minuti di assistenza giornaliera degli operatori sociosanitari per area omogenea**

L’individuazione di posti letto dell’area sub-intensiva a cui applicare lo standard in tabella è di competenza delle Aziende e andrà comunicato all’interno del documento di applicazione della metodologia.

Al personale del comparto così determinato va aggiunto il personale con funzioni organizzative nella misura di 1 ogni 30 posti letto.

Per le ulteriori aree di attività si rimanda ai paragrafi successivi.

I minutaggi di assistenza del personale OSS in **Tabella 7** sono stati calcolati utilizzando come campione di analisi unicamente le aree omogenee per le quali la dotazione di Personale Infermieristico risultava coerente come prevista dall’applicazione dei nuovi minutaggi assistenziali. È bene specificare che tali minutaggi hanno l’obiettivo di quantificare unicamente il tempo dedicato all’assistenza diretta al paziente.

## **b) Attività ambulatoriale**

Anche per il personale del comparto si è ritenuto di procedere con l’imputazione di una percentuale di fabbisogno da determinarsi sulla base dell’incidenza dell’attività ambulatoriale

sulle ore lavorate, da aggiungere al fabbisogno determinato per le attività di degenza.

A fronte dell'aggregazione del personale infermieristico in aree omogenee non si ritiene, al contrario di quanto fatto per il personale medico, di poter individuare delle percentuali di incidenza "fisse". Esse saranno determinate tenendo conto della quota di posti letto occupati da ogni disciplina all'interno dell'area omogenea di ogni stabilimento (media pesata delle percentuali di ciascuna disciplina sulla base dei posti letto).

$\% \text{ Amb. (stab. } x, \text{ area omogenea } y) =$

$$\frac{\sum [\% \text{ Amb. (disc.1)} \times \text{PL (stab.x,disc.1)} + \% \text{ Amb. (disc.2)} \times \text{PL (stab.x,disc.2)} + \dots + \% \text{ Amb. (disc.n)} \times \text{PL (stab.x,disc.n)}]}{\text{Posti letto (stab.x,area omogenea } y)}$$

È stato inoltre previsto un rapporto di 1:1 tra medico ed infermiere nell'erogazione dell'attività ambulatoriale.

Il fabbisogno previsto per l'attività ambulatoriale sarà quindi individuato moltiplicando la %Amb. (stab. x, area omogenea y) per gli FTE minimi e massimi previsti per l'attività delle diverse discipline.

Come per la dirigenza medica, il fabbisogno complessivo di FTE sarà dato dalla somma tra gli FTE necessari per l'attività di degenza e quelli per l'attività ambulatoriale, ad essi sarà aggiunto il personale con funzioni organizzative. In virtù del rapporto 1:1 tra medico ed infermieri non viene conteggiato separatamente il fabbisogno di OSS per l'attività ambulatoriale, che potrà essere ritrovato all'interno del fabbisogno ambulatoriale del personale infermieristico.

### **2.2.3 Personale Dirigente sanitario non medico**

Il fabbisogno di personale Dirigente sanitario non medico (biologi, fisici, chimici, psicologi e personale dirigente delle professioni sanitarie), deve essere individuato in misura non superiore 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 non superiore a n. 3 farmacisti per presidio ospedaliero;
- per le Aziende Ospedaliere un fabbisogno non superiore al 4% del fabbisogno di personale Dirigente Medico.

### **2.2.4 Personale sanitario dedicato ad attività specifiche e area dei servizi**

Sono stati individuati alcuni presupposti al fine di creare/mantenere una struttura organizzativa autonoma.

In applicazione al DM 70, 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 individuati di seguito, laddove la regione non dimostri di avere già strutturato una rete, con caratteristiche di efficacia ed appropriatezza, con un numero di strutture inferiore allo standard previsto.

- Bacino di utenza da 150.000 a 300.000 abitanti:
  - Anatomia ed 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.

Ospedale di Base 80.000-150.000	Presidi di I livello 150.000-300.000	Presidi di II livello 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

*Tabella 8 - Servizi per tipologia di stabilimento*

#### 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
Dir. Medici Pediatria	6	13	13	18	15	30
Dir. Medici Ginecologia e 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 9 - 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 10**:

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 10 - Alte specialità Pediatriche**

#### 2.2.4.2 Cardiologia e Unità Coronarica

La valutazione del numero di Personale ospedaliero **Dirigente Medico** di Cardiologia 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 3**.

#### **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 3**.

#### **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 3**.

#### **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:

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 Radiodiagnostica	2-7	4-18	16-55
Tecnici di Radiologia	4-18	10-36	36-110
Infermieri	0-3	3-12	10-40
OSS	1	1-2	2-5

**Tabella 11 - 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**.

Il fabbisogno è definito come segue:

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
Infermieri	1-2	2-4	4-9
OSS	1	1-2	2-3

**Tabella 12 - 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 ogni DEA (bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti).

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**.

Tipologia	Presidi di I livello	Presidi di II livello
Presenza necessaria	Pres o disp rete (H.24)	Presenza (H.24)
Bacino di utenza	150.000-300.000	600.000 -1.200.000
Dirigenti Sanitari Medici e Non Medici	1-6	3-16
Infermieri	3-4	5-6
OSS	1	1

**Tabella 13 - 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**.

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
Infermieri	1	1	1-2
OSS	1	1	1-2

**Tabella 14 - Anatomia Patologica**

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

#### **2.2.4.9 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.

Si ritiene, dunque, di determinare il valore complessivo di tecnici di laboratorio a disposizione delle strutture in ragione del loro ruolo, senza indicazione di unità operativa di riferimento.

Il fabbisogno indicato rappresenta lo standard organizzativo di riferimento che dovrà essere calato nei contesti a seconda delle scelte di centralizzazione/esternalizzazione delle attività.

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	6-20	10-50	45-130

**Tabella 15 - Tecnici di Laboratorio**

#### 2.2.4.10 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:

Tipologia	Presidi di I livello	Presidi di II livello
Presenza necessaria	Pres o disp rete (H.24)	Presenza (H.24)
Bacino di utenza	150.000-300.000	600.000-1.200.000
Dirigenti Medici	1-2	1-3
Infermieri	1	1-2
OSS	1	2-3

**Tabella 16 - Medicina Legale**

#### 2.2.4.11 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 anestesista-rianimatore ogni 8 posti letto;
- Un turno infermiere ogni 2 posti letto;
- 1 OSS ogni 2 infermieri.

Si precisa che un turno medico/infermiere equivale a 6 FTE.

Per il servizio di guardia, va prevista una guardia "divisionale" in terapia intensiva per tutti gli stabilimenti presenti nella rete dell'Emergenza e Urgenza.

#### 2.2.4.12 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.

#### 2.2.4.13 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.

Atteso che il vigente DM 70/2015 prevede l'attivazione di PPI esclusivamente a seguito della riconversione dell'attività di un ospedale per acuti in un ospedale per la post-acuzie oppure in una struttura territoriale, *“per un periodo di tempo limitato”*.

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
OSS	3-5	3-5	6-10	9-12

**Tabella 17 - Area Emergenza – Urgenza**

I valori riportati in **Tabella 17** vanno applicati in relazione agli orari di apertura dei Pronto soccorso riproporzionati sulle 24 ore.

#### 2.2.4.14 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 ospedali HUB e Spoke, si prevede un valore di **2 Dirigenti**

**Medici** per ogni struttura presente.

Con riferimento al personale di comparto, le soglie sono individuate:

- per gli infermieri come non superiore al 3% dello standard di personale infermieristico negli ospedali a gestione diretta e non superiore al 6% dello standard di personale infermieristico nelle AO/IRCCS;
- per gli OSS come non superiore al 1,5% dello standard di personale OSS ospedaliero in entrambi i casi.

#### **2.2.4.15 Altri servizi sanitari e generali**

Nel corso dell'analisi dei dati forniti dalle regioni partecipanti al gruppo di lavoro, è emersa la necessità di prevedere una quantificazione del fabbisogno del personale allocato su servizi residuali (es. servizi presenti in **Tabella 18**).

<b>Tipologia Servizio (esemplificativo in base a campione Regioni)</b>
Diabetologia
Nutrizione Clinica
Pensionanti
Centrale di Sterilizzazione
Igiene Sanitaria
Professioni Sanitarie
Punto di Primo Intervento
Rischio clinico
Formazione, Ricerca, Epidemiologia
Accettazione, Trasporto Pazienti
Altri Servizi Sanitari
Servizi Generali
Altro

**Tabella 18 - Servizi con fabbisogno calcolato mediante incidenza percentuale sulle ore complessivamente lavorate**

Per il personale Dirigente Medico da allocare su tali servizi la percentuale è indicata in misura non superiore al 6% dello standard dei dirigenti medici ospedalieri.

Con riferimento al personale di comparto, le soglie sono individuate:

- per gli infermieri come non superiore al 1,5% dello standard di personale infermieristico ospedaliero;
- per gli OSS come non superiore al 3% dello standard di personale OSS ospedaliero.

#### **2.2.4.15 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

Tabella 19 - 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 fissato in misura non superiore 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, terapeuta della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva, tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale, terapeuta occupazionale, tecnico della riabilitazione psichiatrica, massaggiatore – massofisioterapista) lo stesso è da determinarsi nella misura non superiore al 10% 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, il quale a seguito del nuovo CCNL del Comparto sanità del 2022 non comprende più la figura dell'Operatore Socio-Sanitario e la figura dell'Assistente sociale, 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: in misura non superiore al 6% del fabbisogno di personale sanitario ospedaliero;

- Aziende Sanitarie Locali: in misura non superiore al 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 non superiore al 15% del totale;
- Personale Comparto: a copertura della restante parte.

### **2.3.2 Ruolo socio sanitario – Assistente sociale**

Con riferimento al personale assistente sociale, il fabbisogno di personale è da determinarsi nella misura non superiore allo 0,5% del fabbisogno ospedaliero di personale sanitario non dirigenziale.

### **2.3.3 Ruolo Professionale**

Con riferimento al fabbisogno di personale per il ruolo professionale, è da determinarsi nella misura non superiore allo 0,5% del fabbisogno 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:

- Personale Dirigente: in misura non superiore al 15% del totale;
- Personale Comparto: a copertura della restante parte.

### **2.3.4 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 di ruolo sanitario ospedaliero, professionale e tecnico ospedaliero;
- Aziende Sanitarie Locali: 14% del fabbisogno di personale di ruolo sanitario ospedaliero, 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 non superiore al 15% del totale;
- Personale Comparto: a copertura della restante parte.

### 3. AREA TERRITORIALE

Per quanto attiene l'assistenza territoriale, la metodologia ministeriale fornisce indicazioni per la riorganizzazione dei servizi e valori standard per la determinazione del fabbisogno di personale afferente a tali aree.

#### 3.1 Distretti

Con riferimento al personale da destinare all'assistenza distrettuale, 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 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.

Preso atto di quanto già definito sopra, si definiscono i criteri per il fabbisogno di personale distrettuale come di seguito.

Si precisa inoltre che, laddove non è indicato uno standard di fabbisogno di personale distrettuale, questo è da intendersi ricompreso nelle percentuali individuate nei paragrafi di area ospedaliera.

##### 3.1.1 Personale Sanitario

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 0,4 il rapporto tra dirigenti medici in servizio presso i Servizi Distrettuali rispetto alla popolazione residente/1000.

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

Con riferimento al personale **Dirigente Farmacista** è previsto un fabbisogno aggiuntivo rispetto a quanto individuato in Area Ospedaliera, pari a n. 2 unità di personale per Distretto.

Si stabilisce, inoltre, un fabbisogno di Personale Infermieristico parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi come pari a 0,56 il rapporto tra Personale Infermieristico in servizio presso i Servizi Distrettuali rispetto alla popolazione residente/1000. All'interno di tale percentuale è compreso anche il fabbisogno di Personale Infermieristico afferente al servizio di 118.

Per quanto concerne il fabbisogno di personale **Ostetrico**, esso è stato definito nella misura di n.1 unità di personale per ogni Distretto.

### 3.1.2 Personale non Sanitario

Per quanto concerne il personale non sanitario, per le strutture territoriali sono da considerare gli **Operatori Socio-Sanitari** nella misura di 1 ogni 2 infermieri.

### 3.2 Salute Mentale

La metodologia definita a livello ministeriale fornisce indicazioni per la riorganizzazione dei servizi afferenti alle aree della salute mentale adulti. L'obiettivo è garantire l'integrazione di tali servizi nel modello territoriale e distrettuale così come definito dal DM 77/22 al fine di migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza.

In ciascuna Azienda Sanitaria l'assistenza per i livelli 1 e 2 (consultazione ed assistenza primaria e presa in carico per episodio di cura e progetti terapeutico riabilitativi individuali a lungo termine), è assicurata secondo quanto previsto dal DPR 1/11/1999 (PO Tutela Salute Mentale 1998-2000), al fine di garantire unitarietà degli interventi, integrazione dei servizi e continuità terapeutica.

La dotazione organica per l'operatività minima ai fini della assistenza dei livelli 1 e 2, così definita dal DPR 1/11/99, è articolata come segue:

- Medico psichiatra: 1 per 10.000 abitanti di età superiore a 18 anni;
- Psicologo psicoterapeuta: 0,5 per 10.000 abitanti di età superiore a 18 anni;
- Professioni sanitarie (infermieri, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica) e assistenti sociali: 5 ogni 10.000 abitanti di età superiore a 18 anni;
- Altro personale (incluso personale amministrativo): 0,2 per 10.000 abitanti di età superiore a 18 anni.

La somma degli standard deve corrispondere a non meno di 6,7 operatori ogni 10.000 abitanti e non comprende le risorse umane necessarie per i livelli 3 e 4.

Per quanto concerne lo standard dei servizi di livello 3, assistenza sanitaria specialistica in ambito ospedaliero, il DCA 67/2016 permette di individuare delle soglie minime di personale per ogni SPDC, considerando una disponibilità di 16 posti letto. È previsto il fabbisogno di personale indicato come segue:

- 1,30 infermieri per posto letto;
- 0,5 medici per posto letto;
- 1 dirigente sanitario non medico (psicologo);
- 0,2 OSS per posto letto;
- 1 assistente sociale.

Per quanto concerne lo standard dei servizi di livello 3, assistenza sanitaria specialistica in ambito residenziale e semiresidenziale, il DCA n. 5/2011 permette di individuare delle soglie minime di personale per ogni tipologia di struttura considerando una disponibilità di 20 posti letto. In particolare, è previsto il fabbisogno di personale indicato come segue:

## **SIR INTENSIVA**

Per quanto concerne il personale delle strutture residenziali a carattere intensivo con 20 posti letto, si fa riferimento allo standard individuato nelle tabelle del DCA n. 5/2011, che individuano:

- 1 dirigente medico;
- 1 psicologo;
- 5 infermieri;
- 6 OSS;
- 2 Tecnici sanitari di Radiologia.

## **SIR ESTENSIVA**

Per quanto concerne il personale delle strutture residenziali a carattere estensivo con 20 posti letto, si fa riferimento allo standard individuato nelle tabelle del DCA n. 5/2011, che individuano:

- 0,5 dirigenti medici;
- 0,5 psicologi;
- 5 infermieri;
- 6 OSS;
- 1 Tecnico sanitario di Radiologia;
- 0,5 Assistenti sociali.

## **CENTRO DIURNO**

Per quanto attiene alle strutture semi-residenziali con 20 posti di accoglienza, il DCA n. 5/2011 individua il fabbisogno di personale come segue:

- 0,5 dirigenti medici;
- 0,5 psicologi;
- 1,5 infermieri;
- 1 Tecnico sanitario di Radiologia/educatore professionale;
- 0,33 assistente sociale.

Per il livello 4 si fa riferimento alla Legge n. 9/2012, nella quale sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia. Sono inoltre comprese le strutture residenziali per persone con Disturbi della Nutrizione e della Alimentazione (DNA).

Per le strutture che accolgono persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia, la legge stabilisce un'organizzazione di personale multiprofessionale, comprendente medici, psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica/educatori, OSS. Per l'assistenza e la gestione di un nucleo di 20 pazienti, il fabbisogno di personale necessario è individuato come segue:

- 12 infermieri;
- 6 OSS;
- 2 dirigenti medici psichiatrici
- 1 educatore o tecnico della riabilitazione psichiatrica;
- 1 psicologo;
- 1 assistente sociale.

Inoltre, nelle ore notturne è garantita la presenza di almeno 1 infermiere e 1 OSS. La responsabilità della gestione all'interno della struttura è assunta da un medico dirigente psichiatra.

Per le residenze per persone con Disturbi della Nutrizione e della Alimentazione (DNA) si prevede un'organizzazione di personale multiprofessionale, comprendente medici, psichiatri, psicologi, infermieri, terapisti della riabilitazione psichiatrica/educatori, OSS. Per l'assistenza e la gestione di un nucleo di 20 pazienti, il fabbisogno di personale necessario è individuato come segue:

- 6 infermieri a tempo pieno;
- 6 OSS a tempo pieno;
- 2 dirigenti medici psichiatrici a tempo pieno;
- 2 educatori o tecnici della riabilitazione psichiatrica a tempo pieno;
- 1 psicologo a tempo pieno;
- 1 assistente sociale per fasce orarie programmate.

### 3.3 Dipendenze Patologiche

L'assistenza sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con dipendenze patologiche nell'intero ciclo di vita è assicurata in ciascuna Regione e Provincia Autonoma attraverso i Servizi pubblici per le Dipendenze (SerD).

L'assistenza è organizzata in base a quattro livelli. Deve essere previsto e garantito un Servizio per le dipendenze almeno ogni 80.000-100.000 abitanti della popolazione target di età compresa tra i 15 ed i 64 anni, con apertura almeno 5 giorni alla settimana, per 12 ore al giorno.

I livelli 1 e 2 dell'assistenza alle persone con dipendenze patologiche sono garantiti dai SerD, dotati di una equipe multiprofessionale che deve comprendere le seguenti figure professionali: dirigente medico, dirigente medico specialista in psichiatria, psicologo, infermiere, educatore professionale/Tecnico della riabilitazione psichiatrica e assistente sociale.

Il regolamento adottato con il Decreto del Ministro della Sanità, di concerto con il Ministro per gli Affari Sociali, n. 444 del 30/11/1990 stabilisce gli standard per l'organico e le caratteristiche organizzative e funzionali del Servizio per le Tossicodipendenze (SerT). Tenendo conto di tali indicazioni, nonché degli standard di qualità dei Servizi per le Dipendenze definiti a livello europeo dall'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA), e soprattutto dell'ampiezza delle attività e prestazioni erogate dai SerD, si individuano gli standard di personale riportati nella **Tabella 20**.



Regione Campania

<b>Figura professionale</b>	<b>Standard minimi (ogni 100.000 abitanti di età 15-64 anni)</b>	<b>Standard a regime (ogni 100.000 abitanti di età 15-64 anni)</b>
Medico di cui almeno uno psichiatra	3,0	4,0
Psicologo	3,0	3,5
Infermiere	4,0	6,0
Educatore professionale /TeRP	2,5	3,5
Assistente Sociale	2,0	3,0
Altro personale inserito nell'equipe ai fini dell'approccio multiprofessionale, non ricompreso negli standard	-	-
<b>TOTALE</b>	<b>15,0</b>	<b>21,0</b>

**Tabella 20 - Standard di riferimento del personale SerD**

Per quanto concerne il livello 3 si fa riferimento al DCA n. 94 /2012 e al DCA n. 67/2017 che definiscono gli standard organizzativi e strutturali per le Comunità terapeutiche residenziali e semiresidenziali per cittadini con dipendenza patologica.

### **3.4 Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza**

In ciascuna Azienda Sanitaria l'assistenza per i livelli 1 e 2 è assicurata da un Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Il servizio svolge la sua attività in stretto collegamento con i PLS e i MMG, i servizi sociali degli Enti Locali, le istituzioni scolastiche, i consultori familiari, gli altri servizi del territorio rivolti alla popolazione infantile e giovanile, gli eventuali servizi di riabilitazione accreditati per l'età evolutiva, i servizi per le dipendenze, i servizi di salute mentale per l'adulto, nonché con il livello ospedaliero.

Lo standard per l'operatività minima ai fini dell'assistenza dei livelli 1 e 2 è il seguente:

- Dirigenza sanitaria medica e non (medico neuropsichiatra infantile e psicologo psicoterapeuta): 6 per 10.000 abitanti della popolazione target di età compresa tra 1 e 17 anni;
- Professioni sanitarie (terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, Educatore professionale/Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, infermiere, Fisioterapista e altri professionisti, anche di supporto) e assistenti sociali: 10 per 10.000 abitanti della popolazione target di età compresa tra 1 e 17 anni;
- Altro personale (incluso personale amministrativo): 0,2 per 10.000 abitanti della popolazione target di età compresa tra 1 e 17 anni.

Ogni servizio territoriale di NPIA dovrà prevedere la presenza di Centri Diurni Terapeutici, con due moduli differenziati: uno per i disturbi psichiatrici in preadolescenza e adolescenza, ed uno per i gravi disturbi del neuro sviluppo.

Ogni servizio territoriale di NPIA dovrà prevedere, inoltre, la presenza di Nuclei funzionali di riferimento locale di cui all'Intesa in Conferenza Unificata 25 luglio 2019, per le patologie a elevata prevalenza.

Gli standard di personale dei servizi di assistenza dei livelli 3 e 4 sono ricompresi negli standard

dei livelli 1 e 2 di cui sopra.

### 3.5 Prevenzione

Per il **Personale Dirigente medico** dedicato alla Prevenzione, si stabilisce un fabbisogno parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi come pari allo 0,07 il rapporto tra dirigenti medici in servizio rispetto alla popolazione residente/1000.

Per il **Personale infermieristico** si stabilisce un fabbisogno parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi come pari allo 0,05 il rapporto tra Personale Infermieristico in servizio presso i Dipartimenti di Prevenzione rispetto alla popolazione residente/1000.

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.

Con riferimento al fabbisogno di **Personale di Vigilanza ed Ispezione** a livello regionale è da determinarsi in rapporto alla popolazione residente, applicando l'indice dello 0,135 per la popolazione residente/1.000.

### **3.6 Cure Domiciliari**

Con riferimento al fabbisogno di personale da destinare all'assistenza domiciliare integrata (ADI) la metodologia definita a livello nazionale sviluppa un algoritmo di calcolo al fine di individuare dei valori standard per la figura dell'infermiere e del fisioterapista.

L'algoritmo di calcolo è stato sviluppato a partire da indicatori presenti nel SIAD, dalla composizione del personale nell'anno 2019 e dal fabbisogno di personale necessario per la presa in carico del 10% della popolazione over-65 come previsto dagli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza.

Lo standard per gli **Infermieri** è fissato pari a 0,9 FTE ogni 1.000 abitanti over-65, lo standard per i **Fisioterapisti** è fissato pari a 0,2 FTE ogni 1.000 abitanti over-65.

Lo standard per l'**Operatore Socio-Sanitario** è fissato nella misura non superiore a 1 FTE ogni 2 infermieri.

### **3.7 Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie**

Il Consultorio familiare e l'attività rivolta ai minori, ove presente, rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita, deputata alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (compresa la gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento, così come definito dal DM 77/22.

Lo standard prevede la presenza di un consultorio ogni 20.000 abitanti con la possibilità di uno ogni 10.000 abitanti nelle aree interne e rurali.

Lo standard di personale ogni 20.000 abitanti prevede la presenza di:

- 0,5 dirigente medico ginecologo;
- 1 ostetrica;
- 0,5 psicologi;
- 0,25 assistenti sociali;
- 0,25 dirigente medico pediatra.

Il personale infermieristico risulta già considerato all'interno dello standard previsto per il Distretto.

### 3.8 Strutture penitenziarie

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
SANTANGELO DEI LOMBARDI	CR
SANTA MARIA CAPUA VETERE N.C.	CC
VALLO DELLA LUCANIA	CC

**Tabella 211- 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 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).

### **3.9 DM 77/2022 “Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN”**

Per quanto attiene l’assistenza territoriale, il DM 77/2022: “Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN” fornisce indicazioni alle Regioni in merito agli interventi da adottare al fine di riorganizzare l’assistenza territoriale.

#### **3.9.1 UCA – Unità di Continuità Assistenziale**

L’Unità di Continuità Assistenziale, nel limite previsto ai sensi dell’articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234, è un’equipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.

Il DM 77/22 prevede l’implementazione delle UCA garantendo un medico ed un infermiere ogni 100.000 abitanti.

Per l’Unità di Continuità Assistenziale (UCA) sarà garantita operatività 5 giorni su 7, in orario dalle ore 8 alle ore 20.

#### **3.9.2 Infermiere di Famiglia o Comunità**

L’Infermiere di Famiglia o Comunità è la figura professionale di riferimento che assicura l’assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l’integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona.

L’introduzione dell’Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC) (D.L. n. 34/2020, art. 1 c. 5) ha l’obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria, favorendo l’integrazione delle diverse figure professionali, compresa l’assistenza infermieristica di comunità.

Il DM 77/22 definisce come standard di fabbisogno un infermiere di famiglia o di comunità ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di infermieri di famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l’assistenza territoriale si articola.

#### **3.9.3 Case di Comunità**

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

La riorganizzazione prevista dal DM 77/22, parzialmente finanziata con i fondi della Missione 6 Componente 1 del PNRR, prevede l'attivazione di una Casa di Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti.

La funzione di consultazione ed assistenza primaria viene garantita all'interno delle Case di Comunità in stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e con tutti gli operatori che garantiscono le attività di individuazione precoce e di primo intervento.

Lo standard di personale previsto dal DM 77/2022 per le Case di Comunità *hub* prevede la presenza di:

- 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità;
- 1 assistente sociale;
- 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario e Amministrativo).

### **3.9.4 Ospedali di Comunità**

Il Decreto Ministero della Salute del 20 gennaio 2022 "*Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano degli investimenti complementari*", prevede l'attivazione di 400 Ospedali di Comunità (OdC) sull'intero territorio nazionale. In particolare, un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti e 0,2 posti letto per 1.000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.

L'OdC come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (DM n. 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio.

Il DM 77/2022 prevede le seguenti disposizioni in merito all'Ospedale di Comunità:

- 7-9 infermieri (di cui un Coordinatore Infermieristico);
- 4-6 Operatori Sociosanitari;
- 1-2 unità di altro personale con funzioni riabilitative;
- 1 dirigente medico per 4-5 ore al giorno 6 giorni su 7.

### **3.9.5 Centrale Operativa Territoriale**

Il Decreto Ministero della Salute del 20 gennaio 2022 "*Ripartizione programmatica delle risorse*



Regione Campania

*alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano degli investimenti complementari*”, prevede l’attivazione di 600 Centrali Operative. In particolare, una Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale.

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialogo con la rete dell'emergenza-urgenza.

Il DM 77/2022 prevede il seguente standard per le COT:

- 1 Coordinatore Infermieristico ogni 100.000 abitanti;
- 3-5 infermieri;
- 1-2 unità di Personale di Supporto.



## Allegato 1

ID Area	Area Omogenea	Descrizione Disciplina	Codice Disciplina
1	Area Medica	Allergologia	1
		Day hospital	2
		Angiologia	5
		Cardiologia	8
		Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Ca	8
		Medicina sportiva	15
		Ematologia	18
		Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	19
		Immunologia	20
		Geriatra	21
		Malattie infettive e tropicali	24
		Medicina generale	26
		Nefrologia	29
		Neurologia	32
		Dermatologia	52
		Emodialisi	54
		Gastroenterologia	58
		Oncologia	64
		Oncoematologia pediatrica	65
		Oncoematologia	66
		Pneumologia	68
		Radioterapia	70
		Reumatologia	71
		Radioterapia oncologica	74
		Nefrologia pediatrica	77
		Terapia del dolore	96
Detenuti	97		
Cure palliative / Hospice	99		
2	Area Chirurgica	Cardiochirurgia pediatrica (ex cardiochirurgia infantile)	6
		Cardiochirurgia	7
		Chirurgia generale	9
		Chirurgia maxillo-facciale	10
		Chirurgia pediatrica	11
		Chirurgia plastica	12
		Chirurgia toracica	13
		Chirurgia vascolare	14
		Neurochirurgia	30
		Oculistica	34
		Odontoiatria e stomatologia	35
		Ortopedia e traumatologia	36
		Otorinolaringoiatria	38
		Urologia	43
		Nefrologia (abilitato al trapianto del rene)	48
		Neurochirurgia pediatrica	76
		Urologia pediatrica	78
		Day Surgery	98
		Week Surgery (in attesa di codice disciplina)	Assente
3	Area Salute della donna e Materno Infantile	Nido	31
		Ostetricia e ginecologia	37
		Pediatria	39
		Fisiopatologia della riproduzione umana	57
		Neonatologia	62
4	Area Critica	Grandi ustioni pediatriche	46
		Grandi ustionati	47
		Unità coronarica	50
		Terapia intensiva neonatale	73
		Terapia semi intensiva	94
		Stoke Unit (in attesa di codice disciplina)	Assente
5	Area della Salute Mentale	Neuropsichiatria infantile	33
		Psichiatria	40
6	Area Post-Acuzie	Unità spinale	28
		Recupero e riabilitazione funzionale	56
		Lungodegenti	60
		Neuro-riabilitazione	75