

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la pianificazione strategica

L'ASSESSORE

Approvazione delle linee d'indirizzo regionali per l'adeguamento dei piani triennali del fabbisogno e la rideterminazione delle dotazioni organiche delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

VISTO lo Statuto della Regione Siciliana;

VISTO il D. P. Reg. 28 febbraio 1979 n. 70 recante "approvazione del testo unico delle leggi sull'ordinamento del governo e dell'Amministrazione della Regione Siciliana" ed, in particolare, l'art. 4;

VISTA la L. 23 dicembre 1978 n. 833 e ss.mm.ii. istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale;

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e ss.mm.ii. sul riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992 e successive modifiche ed integrazioni;

VISTA la Legge Regionale 3 novembre 1993 n. 30 "norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali", per quanto ancora applicabile;

VISTA l'art.15 della Legge Regionale 6 aprile 1996 n. 25, che ha apportato modifiche all'art. 7 comma 7 lett. b) della legge regionale n. 30/1993, concernente l'istituzione del servizio di psicologia nelle Aziende unità sanitarie locali;

VISTO il Decreto Legislativo 21 dicembre 1999 n. 517 "Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed Università, a norma dell'art. 6 della Legge 30 novembre 1998 n. 419";

VISTO il D.P.C.M. del 24 maggio 2001 "Linee guida concernenti i protocolli d'intesa da stipulare tra Regioni ed Università per lo svolgimento delle attività assistenziali delle Università nel quadro della programmazione nazionale e regionale ai sensi dell'art. 1 comma 2 del decreto legislativo n. 517/1999. Intesa ai sensi dell'art. 8 della Legge 15 marzo 1997 n. 59";

VISTO il D.L.gs. 30 marzo 2001 n. 165 e ss.mm.ii., ed, in particolare, gli artt. 6, 6-bis, 6 ter, 30, 33, 34 e 34 - bis;

CHE ai sensi dell'art. 33 del D.Lgs. n. 165/2001, le aziende sanitarie che hanno situazioni di soprannumero o eccedenze di personale, in relazione alle esigenze funzionali o alla situazione finanziaria, anche in sede di ricognizione annuale, sono tenute ad osservare le procedure previste dal medesimo articolo;

VISTO il Decreto Legislativo 8 aprile 2003, n. 66 e ss.mm.ii. e successive modifiche ed integrazioni, in materia di organizzazione del lavoro;

VISTO l'Accordo Stato/Regioni dell'1 luglio 2004 recante "Organizzazione, gestione e funzionamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazioni,

di cui all'art. 5 del decreto legislativo 16 ottobre 2003 n. 288. Intesa ai sensi dell'art. 5 del decreto legislativo 16 ottobre 2003 n. 288 e dell'art. 8 comma 6 della legge 5 giugno 2003 n. 131”;

- VISTO** il decreto assessoriale 6 agosto 2007 n. 1657 con il quale si è reso noto l'Accordo attuativo del Piano previsto dall'art. 1 comma 180 della legge 30 dicembre 2004 n. 311, sottoscritto il 31 luglio 2007 tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze ed il Presidente della Regione, ed il Piano di rientro, di riorganizzazione, di riqualificazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento del riequilibrio economico del servizio sanitario regionale;
- VISTA** la legge regionale 4 dicembre 2008 n. 18 “disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico di diritto pubblico”;
- VISTA** la Legge regionale 14 aprile 2009 n. 5 recante “Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale” ed, in particolare, l'art. 16 che sottopone, tra gli altri, le dotazioni organiche complessive delle Aziende del Ssr al controllo preventivo dell'Assessorato regionale della Salute, secondo modalità e termini indicati dai successivi commi 2, 3, 4 e 5 dello stesso articolo;
- VISTO** il D.A. n. 1794/09 del 4 settembre 2009 con cui sono state approvate le “Linee di indirizzo per la ricollocazione e per la mobilità del personale a seguito dei processi di riorganizzazione di cui alla legge regionale n. 5/09”;
- VISTA** la Legge Regionale 15 febbraio 2010 n. 1, recante istituzione delle unità operative delle professioni sanitarie e del servizio sociale;
- VISTO** il Programma operativo 2010-2012 per la prosecuzione del piano di contenimento e riqualificazione del sistema sanitario regionale 2007/2009 richiesto ai sensi dell'art. 11 del D.L. 31 maggio 2010 n. 78, convertito dalla L. 30 luglio 2010 n. 122, approvato con D.A. 10/12/10 n. 3254,
- VISTO** il D.A. 1868 del 22 luglio 2010, contenente le linee di indirizzo regionali in materia di dotazioni organiche;
- VISTO** il Decreto Presidenziale 18 luglio 2011 di approvazione dell'allegato Piano sanitario regionale, denominato “Piano della Salute 2011- 2013”;
- VISTO** il D.A. 2322/11 del 16 novembre 2011 di “rideterminazione dei tetti di spesa per l'anno 2011 del personale delle Aziende del S.S.R.”;
- VISTO** il documento approvato nella seduta del 26 marzo 2012 dal Comitato permanente per la verifica dei L.E.A., recante standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse del S.S.N., ex art 12 comma 1 lett. b) del Patto per la salute 2010/2012;
- VISTO** il D.L. 6 luglio 2012 n. 95, convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012 n. 135 e successive modifiche ed integrazioni, recante “disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianze dei servizi ai cittadini, nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario”;
- RILEVATO** che l'art. 1 comma 561 della legge n. 296/2006, i cui contenuti risultano confermati dall'art.2 c. 71 della L.191/09 e s.m.i. ai sensi del quale gli enti del Servizio sanitario nazionale devono concorrere alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando misure necessarie a garantire che le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, non superino il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4 per cento;

- 
- VISTO** il Decreto Legge 13 settembre 2012 n. 158, convertito con modificazioni dalla L. 8 novembre 2012 n. 189 e successive modifiche e integrazioni, recante “disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello della salute”;
- VISTO** il Decreto Legislativo 8 aprile 2013 n. 39 “disposizioni in materia di inconfiribilità e incompatibilità di incarichi presso le Pubbliche Amministrazioni e presso gli enti privati in controllo pubblico, a norma dell'art. 1, commi 49 e 50 della legge 6 novembre 2012 n. 190” (piano nazionale anticorruzione);
- VISTO** il Programma operativo di consolidamento e di sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del sistema sanitario regionale 2013–2015, in prosecuzione del programma operativo regionale 2010/2012, ai sensi dell'art. 15 comma 20 del D.L. n. 95/12 convertito dalla legge n. 135/12, apprezzato dalla Giunta regionale con la deliberazione n. 218 del 27 giugno 2013 ed approvato con D.A. n. 476/2014 del 26 marzo 2014 e ss.mm.ii.;
- VISTO** il Patto per la Salute 2014/2016 sottoscritto il 10 luglio 2014 in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano;
- VISTO** il D.A. n. 337/2014 del 7 marzo 2014 di “rimodulazione delle linee di indirizzo regionali per l'attività libero professionale”;
- VISTO** il D.A. n. 2274/14 del 24 dicembre 2014 di “approvazione delle linee di indirizzo regionali recanti i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa a dirigenti sanitari (area medica, veterinaria e del ruolo sanitario) in attuazione dell'art. 15 comma 7-bis del D.Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii.”;
- VISTI** i DD.AA. nn. 125, 126 e 127 del 29 gennaio 2015 di approvazione dei protocolli d'Intesa rispettivamente con le Università di Catania, Messina e Palermo;
- VISTO** il D.M. 2 aprile 2015 n. 70 “regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera” del Ministro della Salute di concerto con quello dell'Economia e delle Finanze, recepito con D.A. n. 1181 dell'1 luglio 2015;
- VISTA** la legge 161/2016 contenente “Disposizioni per adempiere agli obblighi derivanti dall'appartenenza dell'Italia all'Unione europea”;
- VISTO** l'art. 6 comma 1 D.L.vo 165/01, come integrato e novellato dal D.L.vo 75/17, ai sensi del quale le pubbliche amministrazioni definiscono l'organizzazione dei propri uffici adottando gli atti previsti dai propri ordinamenti in conformità ai piani triennale del fabbisogno, allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini;
- VISTO** l'art. 6 ter che ha demandato a specifici decreti del Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione, di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze e, per le aziende sanitarie, anche del Ministero della Salute, delle linee di indirizzo per orientare la redazione dei piani triennali del fabbisogno, le quali sono state emanate con D.M. 8 maggio 2018;
- VISTO** il D.L.vo n. 75/17 ed in particolare l'art. 20 contenente le misure finalizzate al superamento del precariato nelle pubbliche amministrazioni;

- VISTO** il Programma operativo di consolidamento e di sviluppo delle misure strutturali e di innalzamento del livello di qualità del sistema sanitario regionale 2063–2018, approvato con Decreto assessoriale del 31 ottobre 2017;
- VISTO** il D.A. 11/01/19 n. 22 di “Adeguamento della rete ospedaliera al D.M. 02/04/15 n. 70”;
- VISTO** l’art. 11 del D.L. 30/04/19, convertito con modificazione con L. 25/06/19, ai sensi del quale nella determinazione del fabbisogno di personale le aziende ed enti del S.S.R. dovranno tener conto dei limiti vigenti, al fine di contenere il costo del personale entro l’ammontare dell’anno 2004 diminuito dell’1,4%;
- VISTO** il D.A. n.1675 del 31/07/19 contenente le “Linee guida per l’adeguamento degli atti aziendali al documento di riordino della rete ospedaliera approvato con D.A. n. 22 dell’11 gennaio 2019”;
- CONSIDERATO CHE** in relazione ai nuovi assetti organizzativi le Aziende e gli Enti del S.S.R. devono determinare i piani triennali del fabbisogno e le dotazioni organiche entro i limiti di spesa previsti dalle vigenti disposizioni normative, tenuto conto del tetto di spesa rimodulato sulla base delle nuove esigenze organizzative di ciascuna Azienda, in esito alle procedure di negoziazione del budget per l’anno 2019;
- VISTA** la nota assessoriale n. 71496 del 23 ottobre 2019, con la quale è stato trasmesso per l’apprezzamento della Giunta regionale, il documento contenente “Linee di indirizzo regionali per la determinazione dei piani triennali di fabbisogno e per la rideterminazione delle dotazioni organiche delle Aziende del Servizio sanitario regionale”;
- VISTA** la deliberazione n. 382 del 25 ottobre 2019 con la quale la Giunta regionale ha apprezzato il documenti recante “Linee di indirizzo regionali per la determinazione dei piani triennali di fabbisogno e per la rideterminazione delle dotazioni organiche delle Aziende del Servizio sanitario regionale”;
- RITENUTO**, altresì, necessario dare atto che in esito all’approvazione delle dotazioni organiche, le Aziende potranno dare l’avvio e/o concludere le procedure di reclutamento del personale sulla base degli effettivi fabbisogni, nel rispetto delle procedure e modalità previste dalla legislazione nazionale e regionale vigente, fermo restando il raggiungimento / mantenimento dell’equilibrio economico/finanziario aziendale;
- RITENUTO**, altresì, necessario dare atto che in esito all’approvazione delle dotazioni organiche aziendali si dovrà provvedere alla rideterminazione dei fondi contrattuali aziendali ed alla loro perequazione, entro sei mesi dall’approvazione delle stesse, nel rispetto delle relazioni sindacali;
- DATO ATTO** che le linee di indirizzo regionali per la rideterminazione dei piani triennali del fabbisogno e delle dotazioni organiche delle Aziende sanitarie della Regione Siciliana hanno costituito oggetto di informativa e confronto con le organizzazioni sindacali;
- RITENUTO**, alla luce di quanto sopra, di dover emanare le allegate linee di indirizzo regionali per la rideterminazione dei piani triennali del fabbisogno e delle dotazioni organiche, apprezzate dalla Giunta regionale con la citata deliberazione n. 382/2019;

DECRETA

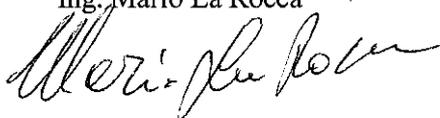
ART. 1 Approvare le linee di indirizzo regionali per la rideterminazione dei piani triennali del fabbisogno e delle dotazioni organiche delle Aziende sanitarie della Regione Siciliana, di cui agli allegati al presente decreto, di cui fanno parte integrante.

ART. 2 Dare atto, altresì, che le Aziende in esito alle nuove dotazioni organiche dovranno procedere alla rideterminazione dei fondi contrattuali aziendali ed alla loro eventuale perequazione, nel rispetto delle relazioni sindacali, entro mesi sei dalla loro approvazione.

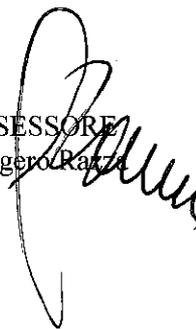
Il presente decreto e le allegate linee di indirizzo saranno trasmesse via PEC alle Aziende sanitarie regionali ed inviate alla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana per la relativa pubblicazione ed inserite nell'apposita sezione del sito web dell'Assessorato.

Palermo, 06/12/2018

Il Dirigente Generale
Dipartimento Pianificazione Strategica
Ing. Mario La Rocca



L'ASSESSORE
Avv. Ruggero Ranza





LINEE D'INDIRIZZO REGIONALI PER LA DETERMINAZIONE DEI PIANI DI FABBISOGNO DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

Premessa

Con il D.A. 19 gennaio 2019 n. 22, previa deliberazione della Giunta regionale n. 329 del 14 settembre 2018, è stato approvato il nuovo documento di riordino della rete ospedaliera, comprensivo di:

1. documento metodologico per la riorganizzazione del Sistema di Rete dell'Emergenza Urgenza della Regione Siciliana;
2. tabelle di dettaglio sull'organizzazione della rete ospedaliera "Focus per presidio";
3. tabelle di dettaglio sull'organizzazione per bacini della rete;
4. cronoprogramma standard discipline ex D.M. n. 70/2015;
5. cronoprogramma riorganizzazione reti tempo dipendenti e reti assistenziali;
6. cronoprogramma riorganizzazione PPI/PTE.

Nel nuovo documento, le strutture ospedaliere della Regione sono state classificate, secondo i livelli di complessità crescente previsti dallo stesso D.M., in presidi ospedalieri di base, in Dipartimenti di emergenza urgenza e di accettazione di primo e di secondo livello e in presidi ospedalieri di zone disagiate, come dettagliato negli allegati che ne costituiscono parte integrante.

Lo stesso D.A. stabilisce che le aziende e gli enti del servizio sanitario regionale dovranno ottemperare alle disposizioni programmatiche in esso previste in ossequio ai tempi definiti dai cronoprogrammi, previo adeguamento dei rispettivi atti aziendali e delle conseguenti dotazioni organiche.

Pertanto si rende necessario, dopo aver adeguato l'assetto organizzativo delle unità operative aziendali, secondo le previsioni e la metodologia e la tempistica individuata nel citato D.A. 22/2019, procedere alla rideterminazioni delle dotazioni organiche e dei piani di fabbisogno, tenendo conto delle modifiche legislative intervenute in materia.

Ed infatti, l'art. 6 comma 1 del D.Lgs. n. 165/2001 come integrato e novellato dal D.Lgs. n. 75/2017, prevede che le amministrazioni pubbliche definiscano l'organizzazione dei propri uffici adottando gli atti previsti dai propri ordinamenti in conformità al piano triennale dei fabbisogni previsto dal successivo comma 2, allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini.

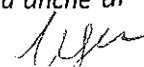
Inoltre è stato introdotto l'art. 6 *ter*, che ha demandato a specifici decreti del Ministero per la semplificazione e la pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro dell'economia e della finanze e, per le Aziende sanitarie, anche del Ministero della Salute, delle linee di indirizzo per orientare la redazione dei piani triennali di fabbisogno, che sono state emanate con Decreto ministeriale dell'8 maggio 2018.

Inoltre, l'articolo 6 *ter*, al comma 6, stabilisce il divieto di assumere nuovo personale, per quelle amministrazioni pubbliche che non provvedono agli adempimenti ivi previsti.

In tal modo, sono state apportate sostanziali modifiche alla materia dei fabbisogni di personale, allo scopo di innovare la logica e la metodologia per la loro determinazione da parte delle singole amministrazioni.

Il sistema costruito dal decreto legislativo n. 75 del 2017, in materia di personale, introduce una forte innovazione: viene consolidato il ruolo assegnato al piano triennale dei fabbisogni di personale mentre, la dotazione organica viene depotenziata, mediante una vera e propria inversione di ruoli, con priorità alla redazione dei piani di fabbisogno a valenza triennale e, sulla base dei dati in esso contenuti, viene redatta la dotazione organica a valenza annuale. In sostanza, la dotazione organica rappresenta la "fotografia" della situazione sussistente in tema di personale, mentre il piano di fabbisogni triennale del personale rappresenta la necessaria evoluzione in base alla necessità di raggiungimento delle missioni delle singole amministrazioni.

Ciò in attuazione in particolare dell'art. 17, comma 1, lett. q) della legge delega n.124 del 2015, che ha previsto il *"progressivo superamento della dotazione organica come limite alle assunzioni, fermi restando i limiti di spesa anche al fine di facilitare i processi di mobilità"*.



Pertanto, secondo il nuovo dettato normativo, il piano dei fabbisogni può essere definito come lo strumento che individua, in termini qualitativi (per profilo) e quantitativi (per unità e attività), le risorse umane necessarie a porre in essere le prestazioni che le Aziende sanitarie sono tenute ad erogare, indipendentemente dalla tipologia di rapporto di lavoro e dagli altri istituti utilizzati, mentre la dotazione organica può essere definita come lo strumento che, sulla base delle informazioni contenute nel piano triennale dei fabbisogni, individua, in termini qualitativi (per profilo) e quantitativi (per numero di teste), il personale con rapporto di lavoro dipendente che le singole amministrazioni ritengono necessario per garantire le prestazioni che sono tenute ad erogare.

Le predette linee di indirizzo prevedono indicazioni di carattere generale per la predisposizione dei piani, quali il richiamo ai limiti finanziari da rispettare, le valutazioni organizzative che devono sottendere l'individuazione dei fabbisogni, gli elementi di cui si deve tener conto, al fine di agevolare le aziende ed enti del SSR nella redazione del proprio piano e di garantire omogeneità di comportamenti.

Il piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP)

Ogni azienda ed ente del SSR è tenuta ad adottare un piano triennale dei fabbisogni di personale, aggiornato annualmente, coerente con l'organizzazione degli uffici e con la pianificazione pluriennale delle attività e delle performance per una programmatica copertura del fabbisogno di personale, nei limiti delle risorse finanziarie disponibili. Nel processo strategico aziendale, assume particolare importanza la programmazione dell'attività dell'azienda, la definizione degli obiettivi e la verifica delle disponibilità finanziarie, anche derivanti da vincoli nazionali e regionali, elementi indispensabili per la corretta stesura del piano triennale dei fabbisogni.

Determinazione del fabbisogno

La definizione del piano dei fabbisogni deve fondarsi su una complessiva analisi dei compiti istituzionali delle Aziende in termini di obiettivi, competenze, attività esercitate direttamente e professionalità necessarie in termini quantitativi e qualitativi, e deve essere compatibile con l'equilibrio economico-patrimoniale dell'azienda, con i limiti di spesa fissati a livello regionale e nazionale, nonché rispettare gli obiettivi previsti dalla normativa vigente.

Pertanto, nelle more dell'introduzione di standard di personale per livello di assistenza definiti a livello nazionale, secondo quanto previsto dall'art.22 del Patto per la Salute 2014-2016, le aziende ed enti del SSR nella redazione dei PTFP faranno riferimento agli standard definiti a livello regionale ai sensi del D.A. 1380/2015 per come aggiornato dal documento che segue.

I citati provvedimenti definiscono le risorse umane necessarie per realizzare l'attività programmata. Essi costituiscono un riferimento iniziale, nonché un basilare orientamento per le aziende per la definizione dei fabbisogni delle unità operative oggetto di analisi, che deve poi essere necessariamente adeguato alle esigenze tecnico-funzionali-operative delle singole realtà organizzative, nel rispetto delle disposizioni di cui alla L. 161/2015 e dei limiti finanziari previsti per ogni Azienda. La determinazione del fabbisogno di personale è, pertanto, un processo complesso che deve tener conto di una serie di elementi, determinanti per la corretta pianificazione delle risorse necessarie allo svolgimento delle attività richieste.

Valutazioni organizzative

Effettuata la pianificazione delle attività, deve valutarsi la modalità con cui acquisire le risorse necessarie (a titolo esemplificativo: personale dipendente, prestazioni aggiuntive, specialisti ambulatoriali, esternalizzazioni).

Dovrà tenersi conto, altresì, dei processi di razionalizzazione e reingegnerizzazione, realizzati attraverso le nuove tecnologie. In tale contesto, vanno valutati i contenuti delle competenze e funzionalità delle posizioni professionali esistenti, al fine di considerare l'eventuale necessità di ulteriori professionalità.

Inoltre, a fronte della pianificazione delle attività, occorre organizzare le strutture e gli uffici aziendali in modo da accrescere l'efficienza, razionalizzare i costi e realizzare la migliore utilizzazione del personale in servizio: in particolare, le aziende ed enti del SSR, per determinare gli effettivi fabbisogni, devono preventivamente adoperarsi per l'ottimale funzionamento delle strutture attraverso una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, anche tenuto conto della vigente normativa in materia di orario di lavoro del personale.

Vincoli economici e finanziari

La predisposizione del piano dei fabbisogni nell'ambito del SSR è fortemente condizionata dalle norme nazionali che pongono limiti alla spesa del personale. Infatti, l'articolo 1, comma 565, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, i cui contenuti sono stati confermati dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e ss.mm.ii., stabilisce che gli enti del SSN concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando misure necessarie a garantire che la spesa del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'Irap, non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%.

La Regione Siciliana, come noto, ha adottato una serie di provvedimenti mirati a gestire il costo del personale tenendo conto delle necessità derivanti dalla programmazione regionale, in modo da conciliare le esigenze economico-finanziarie e l'erogazione dell'offerta di salute alla popolazione.

Nella determinazione del fabbisogno di personale le aziende ed enti del SSR dovranno tener conto dei limiti vigenti, al fine di contenere il costo del personale entro l'ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%, secondo le previsioni di cui all'art. 11 del D.L. 30 aprile 2019 n. 35 convertito con modificazioni dalla L. 25 giugno 2019 n. 60.

I piani stessi dovranno, comunque, essere annualmente aggiornati, tenendo conto delle disposizioni riguardanti il personale delle aziende del SSR.

La coerenza delle singole voci di costo sarà valutata secondo quanto riportato nei documenti contabili ufficiali delle aziende.

Criteri e modalità per la redazione del piano

Il fabbisogno deve essere espresso in unità di personale a tempo pieno equivalente (FTE), inteso quale sforzo erogato o pianificato per svolgere le attività programmate (laddove un FTE equivale a una persona che lavora a tempo pieno per un anno lavorativo).

Il piano triennale dei fabbisogni indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano stesso, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente.

In particolare, per la determinazione dei fabbisogni, le aziende dovranno tener conto di quanto segue (a titolo esemplificato e non esaustivo):

} **Esigenze delle singole unità operative:** necessariamente la determinazione del fabbisogno complessivo di personale deve essere il risultato della sommatoria dei fabbisogni delle singole unità operative.

} **Articolazione per profilo professionale:** la corretta formulazione dei fabbisogni di personale deve necessariamente essere declinata in ragione dei profili interessati. Con particolare riferimento alle aziende sanitarie, infatti, è necessario analizzare i fabbisogni tenendo conto:

- o delle declaratorie dei profili professionali interessati
- o delle norme in materia
- o delle caratteristiche dei professionisti deputati alle diverse attività
- o dell'eventuale fungibilità delle funzioni espletate
- o delle competenze professionali maturate dai professionisti
- o di esigenze cliniche specifiche

} **Modalità con le quali si intende far fronte al fabbisogno di personale:**

- o Personale dipendente (a tempo determinato e indeterminato)
- o Ricorso, se necessario, a prestazioni aggiuntive a vario titolo
- o Personale Universitario in assistenza
- o Specialisti Ambulatoriali
- o Tipologie previste dall'Art. 7 c. 6 del D. Lgs. 165/2001 nei limiti temporali fissati per legge
- o Convenzioni con altre aziende del SSN



} **Assunzioni obbligatorie**

o Ai sensi della L. 68/1999;

o Contratti per resa di servizi/adempimenti obbligatori per legge

} **Tempi e modi di reclutamento del personale**

o Mobilità

o Concorso pubblico

o Stabilizzazioni

o Progressioni verticali

o Supplenze

} **Andamento del Turn Over:** le cessazioni del personale (annuali e nell'arco del triennio) devono essere attentamente monitorate. Tutte le cessazioni di cui è possibile tener conto in anticipo in quanto collegate ad una data certa (es. per collocamento a riposo per limiti di età o per recesso) vanno integrate con le cessazioni che si determinano per motivi non preventivabili (es. mobilità) al fine di consentire gli opportuni aggiornamenti.

} **Monitoraggio degli istituti di assenza:** particolare attenzione occorrerà prestare all'andamento delle assenze, in particolare a quelle di medio-lunga durata, così come vanno monitorati gli esoneri da alcuni tipi di turnazioni. Si pensi, ad esempio, ai permessi ex L.104/92 e al correlato congedo straordinario biennale per assistenza a familiari disabili, ai permessi e distacchi/aspettative sindacali, alle assenze per maternità/congedi parentali.

La dotazione organica

In sede di determinazione del piano triennale dei fabbisogni di personale come sopra definito, con riferimento alla parte del fabbisogno che deve essere soddisfatta con rapporti di lavoro di dipendenza, va definita la consistenza della dotazione organica che sarà espressa in numero di teste.

La dotazione organica può modificarsi nel tempo, atteso che la valutazione deve essere costantemente aggiornata di anno in anno. In ogni caso, la consistenza e l' eventuale rimodulazione della dotazione organica deve sempre garantire la neutralità finanziaria, fermo che le assunzioni avvengono secondo le facoltà consentite a legislazione vigente e, quindi, nei limiti delle risorse già disponibili e, comunque, nei vincoli di spesa massima complessiva derivanti dagli organici.

Procedure per l'adozione, l'approvazione e l'aggiornamento del PTFP e della dotazione organica

L'art. 6, comma 4, del decreto legislativo n. 165/2001 stabilisce che i piani siano approvati secondo le modalità previste dalla disciplina degli ordinamenti delle singole amministrazioni pubbliche.

Le linee di indirizzo, nella parte dedicata alle aziende ed enti del SSN, hanno previsto che i piani siano approvati dalle rispettive regioni di appartenenza, secondo quanto eventualmente previsto dalla disciplina regionale in materia, anche tenuto conto della riorganizzazione della rete ospedaliera effettuata ai sensi del DM 70/2015, e successivamente adottati in via definitiva dalle aziende ed enti stessi.

L'art. 16 della l.r. n. 05/2009 e s.m.i. prevede che questa Amministrazione esercita un controllo sulle dotazioni organiche adottate dalle Aziende del SSR al fine di verificarne la conformità agli atti di programmazione sanitaria regionale e nazionale.

Le Aziende ed Enti del SSR, dovranno, pertanto, provvedere alla stesura del piano triennale dei fabbisogni, mediante la compilazione di:

- tabella A "Piano dei fabbisogni di personale" per gli esercizi 2019-2020-2021

- tabella B "Dotazione organica", per l'esercizio 2019.

Il piano triennale dovrà, inoltre, essere corredato da una **relazione sintetica** illustrativa delle scelte strategiche aziendali che hanno portato alla determinazione del fabbisogno e delle informazioni utili per la corretta lettura delle tabelle.

Si precisa che ai sensi dell'art. 6, comma 4, del D.Lgs. n. 165/2001, le aziende ed enti del SSR, nell'adozione dei PTFP, dovranno garantire la preventiva informazione sindacale, secondo le previsioni dei CC.CC.NN.LL. del Comparto sanità e delle aree dirigenziali del SSN.

Tale processo consente di tradurre all'interno della dotazione organica l'effettivo fabbisogno di personale necessario a garantire l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, efficacia ed efficienza, nell'ambito del sistema regionale ridisegnato a seguito del processo di rimodulazione della rete ospedaliera approvata con il predetto D.A. n. 22/2019 e, dall'altro lato, la compatibilità economica e finanziaria (rispetto del tetto di spesa e rispetto dell'equilibrio di bilancio nel triennio 2019-2021).

Inoltre, le dotazioni organiche devono essere elaborate operando una scelta dei profili professionali e delle relative discipline, tenuto conto della normativa vigente in materia di organizzazione del lavoro e di ogni altra disposizione normativa e contrattuale, nazionale e regionale, in tema di gestione delle risorse umane.

Per la rideterminazione delle dotazioni organiche le Aziende del S.S.R. dovranno tenere conto:

- della programmazione sanitaria nazionale e regionale;
- del piano triennale del fabbisogno;
- del tetto di spesa;
- dell'equilibrio economico finanziario, aziendale e regionale, nel triennio 2019/2021;
- LEA/obiettivi di salute e mission aziendale;
- dei posti letto (ove presenti) e dei volumi di attività;
- della popolazione assistita.

Con riferimento ai citati parametri (declinati nel dettaglio nel prosieguo del presente documento), si sottolinea che le dotazioni organiche proposte potranno attestarsi tendenzialmente sul livello minimo, laddove la conseguente previsione numerica di personale consenta il rispetto della turnazione dal lavoro e dei limiti fissati dalla L. 161/2014. I parametri massimi di personale potranno trovare applicazione in presenza di condizioni di natura istituzionale, strutturale, organizzativa (ad esempio hub di rete) e di alti livelli di produzione della U.O. adeguatamente rappresentate e motivate, anche con particolare riferimento alla presenza di valori di produzione significativi, sia dal punto di vista qualitativo che quantitativo, valutati attraverso un processo di *benchmarking*.

Le Aziende provvederanno ad attivare progressivamente nell'anno in corso e nell'arco del triennio quelle strutture ospedaliere previste negli atti di programmazione regionale e aziendale, la cui finalità assistenziale risulti compatibile con il rispetto del tetto di spesa, avuto riguardo al reclutamento di personale necessario al funzionamento delle U.O.O., attraverso una scelta del fabbisogno declinato nella programmazione triennale di personale.

Le nuove dotazioni organiche dovranno, inoltre, prevedere l'inserimento di figure professionali ritenute strategiche e carenti nelle attuali dotazioni organiche (ad es. esperti con specifiche competenze in programmazione, controllo e gestione aziendale, internazionalizzazione e ricerca sanitaria, informatici, risk manager/ingegneri clinici, energy manager, internal auditor, fisici sanitari).



Allo stesso modo, le Aziende dovranno prevedere nei redigendi piani triennali di fabbisogno e dotazioni organiche un adeguato contingente di unità di personale, dirigenziale e del comparto, al fine di garantire la piena sostenibilità organizzativa delle strutture sanitarie in relazione agli interventi strutturali e di potenziamento tecnologico che verranno realizzati nell'ambito del Piano degli investimenti ex art. 20 L. 67/1988 – documento programmatico “Addendum stralcio”.

Pertanto - ed in particolare - la Dirigenza PTA sarà interessata da un progressivo processo di rifunzionalizzazione finalizzato alla introduzione di professionalità strategicamente essenziali ed a tutt'oggi carenti, la cui assunzione è funzionale ad una maggiore efficienza dei meccanismi di gestione e controllo di processi aziendali allo stato attuale non sufficientemente presidiati, nonché a potenziare i processi di controllo di gestione ed a migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'organizzazione amministrativo-contabile aziendale, anche ai fini di conseguire gli obiettivi di certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie introdotti dalla recente normativa nazionale, nonché attuare la gestione e rendicontazione dei progetti di ricerca sanitaria e di sanità pubblica.

Inoltre, le dotazioni organiche dovranno contenere nei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo i nuovi profili professionali (specialista della comunicazione istituzionale e specialista nei rapporti con i media, giornalista pubblico), per le attività di comunicazione ed informazione nell'ambito delle figure del comparto, secondo le previsioni di cui all'art. 13 del CCNL 2016-2018 comparto sanità.

Infine, con particolare riferimento alle Aziende Ospedaliere Universitarie, le presenti Linee d'indirizzo trovano applicazione in quanto compatibili con i protocolli d'intesa stipulati d'intesa con gli Atenei regionali.

CRITERI PER LA RIDETERMINAZIONE DELLE DOTAZIONI ORGANICHE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

In conseguenza della ridefinizione della rete ospedaliera regionale di cui al D.A. 22/2019, degli atti aziendali, nonché della predisposizione dei piani triennali di fabbisogno di personale, si rende necessario procedere alla rideterminazione delle dotazioni organiche delle strutture ospedaliere rendendo le stesse, da un lato, coerenti e parametrate con i nuovi assetti di rete ed in coerenza con il dimensionamento quali-quantitativo dei posti letto e, dall'altro, in grado di garantire adeguate risposte organizzative ed assistenziali al fabbisogno di personale scaturente dalla domanda di prestazioni – programmate ed in emergenza\urgenza – da erogare secondo criteri di appropriatezza nei diversi regimi di ricovero ordinario, day hospital, day surgery, week surgery, day service ed ambulatoriale.

Inoltre, per quanto riguarda l'organizzazione delle UU.OO. le Aziende sono tenute al rispetto della normativa vigente in materia di organizzazione del lavoro procedendo - ove necessario e possibile - ad accorpamento dei posti letto di più UU.OO. in un'area di degenza comune, secondo il modello assistenziale per intensità di cure.

Alla luce di quanto sopra ed ai fini della definizione dei criteri di determinazione delle dotazioni organiche delle strutture ospedaliere, i modelli normativi di riferimento sono rappresentati:

- dal Decreto Ministeriale 29 agosto 1988 (c.d. “Donat Cattin”), di fissazione degli standard ospedalieri, in attuazione della Legge 8 aprile 1988, n. 109;

- dal Decreto Assessoriale 27 maggio 2003, di recepimento della delibera della Giunta Regionale di Governo n. 135 del 7 maggio 2003;
- dal Piano Sanitario Regionale (Piano della Salute) 2011-2013, che individua un numero minimo di posti letto per modulo organizzativo quale strumento di garanzia di un efficiente utilizzo delle risorse;
- dal Regolamento attuativo c.d. "Balduzzi", approvato dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri, Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano con Atto registrato al Repertorio Atti 198/CSR del 13 gennaio 2015 e s.m.i., approvato con DM n. 70 del 02 aprile 2015 e pubblicato sulla GURI del 04 giugno 2015;
- per le aziende ospedaliere universitarie, D. Lgs. 21 dicembre 1999 n. 517 e DPCM 24 maggio 2001 e vigenti Protocolli d'Intesa con le Università;

La dotazione organica va correlata non solo al numero e alla tipologia di posti letto ma anche all'attività svolta per soddisfare le esigenze assistenziali e garantire l'offerta sanitaria e, pertanto, va rapportata alla tipologia delle attività, nonché alla complessità delle patologie trattate ed alla produttività della dotazione dei posti letto di ciascuna struttura.

La determinazione del fabbisogno di personale deve altresì essere valutata facendo riferimento al "Presidio Ospedaliero" quale articolazione organizzativa aziendale minima, nonché alla vocazione dello stesso nell'ambito del primario ruolo istituzionale e della *mission* aziendale.

La distinzione, pertanto, delle dotazioni organiche in relazione al diverso grado di intensità di cure, distinto nelle sei aree assistenziali:

1. Terapia intensiva e rianimazione
2. Specialità ad elevata assistenza
3. Specialità a media assistenza
4. Specialità di base
5. Riabilitazione
6. Lungodegenza

consente di determinare il fabbisogno di personale tenendo conto della "complessità delle prestazioni", cui sono correlati risorse finanziarie e impegno professionale necessario per l'erogazione delle prestazioni.

I criteri in questa sede definiti trovano applicazione nelle Aziende Ospedaliere, nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie, nelle ARNAS, nei presidi ospedalieri delle Aziende Sanitarie Provinciali e nell'IRCCS.

Area della degenza (Personale medico)

I parametri di personale medico sono esplicitati nell'allegata tabella e differenziati per singole discipline.



Così come indicato in premessa, tali parametri costituiscono un "valore tendenziale" sia in termini di minimo che di massimo. Le Direzioni, comunque, potranno assumere determinazioni al di fuori dei suddetti parametri sulla base di peculiarità aziendali che dovranno essere motivate nella relazione di accompagnamento e debitamente documentate, con assunzione di responsabilità per le dichiarazioni rese, anche mediante allegazione dei report dei flussi di attività per lo specifico settore di riferimento.

Si specifica, inoltre, che dovrà tenersi in debito conto l'eventuale esternalizzazione, in presenza della quale, il parametro di riferimento si potrà attestare al di sotto del minimo.

Al fine della determinazione delle nuove dotazioni organiche e con riferimento al personale medico che presta servizio nelle aree di degenza (mediche e chirurgiche), dovrà essere determinato il livello necessario di personale medico in relazione a:

- numero di posti letto previsti (comprensivi dei posti letto di day hospital, day surgery e day service) e attività ambulatoriale;
- complessità assistenziale della struttura e indice di occupazione dei PL.

In linea generale, in presenza di posti letto di degenza, day service, day hospital, day surgery e attività ambulatoriale 8-20, nonché guardia attiva (UU.OO. di Terapie Intensive e di elevata specialità), il livello necessario di personale medico per assicurare tutta l'attività istituzionale del reparto è pari a otto dirigenti se di area medica e 10 di area chirurgica e di terapia intensiva. In particolare, ove il calcolo del "fabbisogno di personale medico" operato secondo i parametri tendenziali per singola disciplina indicati nelle tabelle allegate, non garantisca il raggiungimento del "livello necessario" di personale medico come sopra specificato, la dotazione della singola struttura dovrà essere riportata al numero di unità necessario a raggiungere il valore di riferimento.

Per le unità operative di degenza, che devono assicurare un servizio h24, anche attraverso l'istituto della pronta reperibilità, con guardie interdivisionali, il livello necessario di personale medico per assicurare l'attività del reparto è pari a sei dirigenti; anche in questo caso, ove il calcolo del "fabbisogno di personale medico" operato secondo i parametri di cui alle suddette tabelle, non garantisca il raggiungimento del "livello necessario" di personale medico, la dotazione della singola struttura dovrà essere riportata al numero di unità indicato come valore di riferimento.

Nel suddetto calcolo del fabbisogno di personale medico delle singole unità operative non vanno considerati i dirigenti medici titolari di unità operative complesse, che pertanto vanno aggiunti al calcolo derivante dall'utilizzo del parametro "medico per posto letto".

Negli ospedali per acuti, sede di pronto soccorso, di punti nascita di II° livello (fermo restando, in quest'ultimo caso, quanto previsto dal D.A. 1521/2013), nelle unità operative di anestesia, rianimazione e terapia intensiva, l'organico deve essere determinato al fine di garantire: a) il servizio di guardia h24 del personale medico afferente alla disciplina; b) la presenza dell'anestesista rianimatore 24 ore su 24. Nei presidi ospedalieri sede di Dipartimento di Emergenza deve essere garantita la presenza 24 ore su 24 dell'anestesista rianimatore, del radiologo, del chirurgo e del medico internista. In tutti gli altri presidi ospedalieri dovrà essere assicurata la guardia h24 del medico anestesista e di un dirigente medico. Nei distretti ospedalieri, dovrà essere garantita una guardia attiva di radiologia con connessione telematica con le altre strutture.

Negli ospedali individuati quali sedi di punti nascita, secondo la programmazione regionale di cui al D.A. 1521/2013, ai fini della determinazione delle dotazioni organiche delle strutture di Ostetricia e Ginecologia e dei Pronto Soccorsi Ostetrici, occorre fare riferimento agli standard previsti dal decreto, sia per il personale medico che del comparto (ostetriche).

Nell'ambito della U.O. di Cardiocirurgia potrà prevedersi al posto dei dirigenti medici specialisti di CCH il reclutamento anche di alcuni dirigenti medici specialisti in Cardiologia, al fine di garantire la continuità della guardia attiva e quale utile apporto al completamento dell'attività diagnostica e terapeutica.

L'attività ospedaliera va finalizzata prioritariamente al trattamento degli acuti. Pertanto l'attività ambulatoriale non può essere considerata come un elemento prevalente e/o distintivo dell'attività ospedaliera. Tuttavia si rileva come le prestazioni ambulatoriali rivolte all'utenza esterna comportino attualmente, per le aziende, un notevole impegno in termini di assorbimento di risorse umane, anche alla luce del progressivo incremento delle prestazioni di Day Service.

Ciò determina pertanto la necessità di valorizzare – in sede di determinazione delle dotazioni organiche – le attività ambulatoriali per esterni, nonché le attività di Day Service. Pertanto, per le unità operative di degenza che svolgono attività ambulatoriale per esterni (ivi compresa la terapia antalgica), l'organico medico - determinato sulla scorta dei suddetti parametri di riferimento - potrà essere integrato con una ulteriore unità ogni 5000 prestazioni ambulatoriali annue; il dato va ricavato dal flusso C, relativo all'ultimo anno di attività. Allo stesso modo va valorizzata – in termini di fabbisogno di personale – l'attività di Day Service in considerazione del numero di accessi annui rapportati a 250 giorni\anno di attività effettiva, un medico ogni 500 day service chirurgici e un medico ogni 700 day service medici, come da flusso SDAO, da intendere come insieme di prestazioni e non come singoli accessi.

Per la disciplina di dialisi il parametro va rapportato anziché ai p.l ai posti rene, per l'odontoiatria al numero di riuniti odontoiatrici presenti e attivi, per la Oncologia, l'Ematologia, l'Oncoematologia e l'Oncoematologia Pediatrica al fine del calcolo del personale vanno aggiunti ai p.l di degenza le poltrone e/o i letti attivi per le chemioterapie infusive, coerentemente ai dati del flusso SDAO.

Per le attività operatorie che prevedono l'utilizzo contemporaneo di almeno tre sale operatorie attive, qualora la logistica dei locali operatori consenta detta configurazione, l'organico potrà prevedere l'integrazione di un'ulteriore unità di personale anestesista per la recovery room, per la corretta gestione della prima fase postoperatoria, della quale l'Anestesista Rianimatore è responsabile lungo tutto il suo percorso.

Per quanto riguarda la rete stroke nel calcolo del parametro dei dirigenti medici e degli infermieri degli hub dovranno essere considerati nella disciplina di Neurologia con una parametrizzazione in analogia ad una specialità ad elevata assistenza quale ad es. l'UTIC con l'indicazione dei p.l. e del personale dedicati all'interno della Unità Operativa Complessa.

Per quanto concerne le attività di Emodinamica, di norma collocate all'interno delle U.O.C. di "Cardiologia con UTIC", si prevede un incremento del fabbisogno di personale medico di tre unità; dove si effettuano anche procedure di interventistica strutturale (ad es. TAVI) e di aritmologia interventistica quattro dirigenti medici. Per quelle strutture, che operano in ospedali dove si applicano i percorsi di Cardiooncologia, come da D.A. del 25 maggio 2018 (GURS n. 25 del 8/6/2018) viene prevista l'aggiunta di un dirigente medico. Si prevede, altresì, un incremento del fabbisogno di personale sanitario non medico di tre unità infermieristiche e di quattro unità di tecnici-sanitari di radiologia.



Per quanto riguarda le Unità Operative facenti parte delle reti per le patologie complesse tempo-dipendenti, nonché per i Centri HUB individuati nella programmazione sanitaria regionale, ai fini della determinazione del fabbisogno di personale, si applicano gli standard organizzativi previsti dalla normativa nazionale e regionale vigente (hub di rete) compatibili con i parametri di cui sopra, per i quali può essere previsto un superamento del parametro massimo.

La dotazione organica della neuroradiologia interventistica dovrà prevedere, per ogni HUB, la presenza di almeno 4 unità di neuroradiologi interventisti, esperti nelle procedure endovascolari, ai quali dovranno essere affiancati almeno 6 neuroradiologi, deputati alla diagnostica, al fine di garantire il servizio h 24 su 7 gg di diagnostica e interventistica. Inoltre, si dovrà prevedere la presenza di personale infermieristico di supporto, specificamente formato e dedicato, in numero sufficiente non inferiore a 8 unità per CNRI coordinato da un infermiere professionale per garantire la continuità di servizio (h24 su 7 gg di reperibilità). A detto personale, dovrà essere affiancato personale tecnico-sanitario di radiologia medica, formato e dedicato, in numero sufficiente per garantire la continuità di servizio, al cui interno dovrà essere individuato un coordinatore per CNRI.

Le dotazioni organiche dei trauma team e centri di alta specializzazione per il trauma come individuato dall'emanando documento di programmazione regionale dovranno prevedere l'implementazione del personale dedicato. In particolare 4 unità di chirurghi prevalentemente dedicati all'urgenza traumatologica e 4 unità di anestesisti rianimatori.

Area della degenza (Personale infermieristico)

Così come per il personale medico, il parametro da utilizzare al fine della determinazione delle nuove dotazioni organiche è quello del nr. infermieri per posto letto, distinto per area di intensità di cure di cui alle tabelle in allegato. Pertanto, con riferimento al personale infermieristico che presta servizio nelle aree di degenza (mediche e chirurgiche) i parametri di riferimento sono determinati in relazione al numero di posti letto previsti (comprensivi dei posti letto di day hospital, di day surgery, dei p.l. tecnici e delle attività di day service) e alla complessità assistenziale della struttura considerata.

Per favorire l'equilibrio tra i profili professionali, la determinazione del fabbisogno dovrà comunque avere un valore tendenziale pari a circa 1,8 unità di personale infermieristico per ogni medico e per reparto, tenuto conto della complessità e della diversificazione delle discipline all'interno dei singoli presidi ospedalieri e delle attività ambulatoriali, nelle quali è richiesta la presenza dell'infermiere.

Nella determinazione del predetto parametro di assistenza infermieristica per posto letto è escluso il personale con funzioni di coordinamento, o con incarichi funzionali secondo la denominazione contenuta nell'art. 14 del CCNL 2016-2018 del Comparto Sanità.

Fermo restando l'obbligo dell'ottimale utilizzo degli spazi di degenza - anche attraverso la condivisione degli spazi assistenziali a livello dipartimentale o dove attivato il modello dell'assistenza per intensità di cure - e l'utilizzo comune della risorsa infermieristica, il fabbisogno di personale infermieristico deve essere comunque determinato nella misura necessaria ed indispensabile a garantire la turnazione su tre turni (h24), la fruizione dei riposi festivi e delle ferie, nonché la gestione di eventuali malattie.

Negli ospedali individuati quali sedi di punti nascita, ai fini della determinazione delle dotazioni organiche delle strutture di Ostetricia e Ginecologia, dei Pronto Soccorsi Ostetrici e delle Unità Operative di Terapia Intensiva Neonatale e di Neonatologia, occorre fare riferimento anche alle figure dell'infermiere pediatrico, in quanto in possesso della necessaria preparazione professionale oltre che esperienza specifica nell'ambito di riferimento.

Nell'ambito delle figure professionali richieste in un centro di senologia (Breast Unit), che si avvicina in modo multidisciplinare alla terapia del tumore mammario, riveste un ruolo fondamentale, come membro del team multidisciplinare, il Data Manager, secondo quanto previsto nell'Intesa Stato Regioni del 18.12.2014 recante "Linea di indirizzo sulle modalità organizzative ed assistenziali della rete dei Centri di Senologia" e recepita con il D.A. n. 339 del 28.02.2018.

All'interno della Breast Unit dovrà essere identificato formalmente un Data Manager che abbia la responsabilità della selezione, registrazione e analisi dei dati raccolti nel corso dell'intero percorso diagnostico, terapeutico e assistenziale del paziente in carico al centro stesso o all'interno del percorso di screening.

Il Data Manager costituirà un supporto per i medici negli studi sperimentali e gestirà le incombenze burocratiche e di raccolta dati, consentendo loro e agli operatori sanitari di dedicare maggior tempo alla paziente e al percorso di cura. Il costante monitoraggio dei dati e dell'andamento degli indicatori di qualità per il trattamento del carcinoma mammario (definiti nel PDTA) permette alle Breast Unit di agire tempestivamente sulle eventuali problematiche rilevate e soprattutto di ottimizzare i tempi tra le varie fasi del percorso terapeutico, rilevando le criticità in un'ottica di miglioramento e il rispetto dei protocolli.

Pronto soccorso

Per quanto attiene la determinazione dell'organico medico per le attività di pronto soccorso, la stima del relativo fabbisogno va correlata al volume degli accessi. Si stabilisce, pertanto, che per le attività di pronto soccorso debba prevedersi un organico di 7 medici per i primi 15.000 accessi annui, con la previsione di un medico ogni ulteriori 5.000 accessi annui al di sopra dei 15.000, oltre al Direttore/Responsabile dell'Unità operativa. Tale dotazione è poi da integrarsi ulteriormente in relazione alla presenza di una Osservazione Breve Intensiva (OBI) e in ragione del relativo numero di posti letto attribuiti, prevedendosi un fabbisogno di personale medico di n. 4 unità fino a 5 posti letto di OBI e di n. 6 unità oltre i 5 posti letto.

Per quanto riguarda il personale infermieristico, la dotazione organica del Pronto Soccorso va determinata con riferimento a due unità per ogni medico presente in turno. Tale dotazione è poi da integrarsi ulteriormente in relazione alla eventuale presenza di una osservazione breve e in ragione del relativo numero di posti letto attribuiti, prevedendosi un fabbisogno di personale infermieristico di n. 6 unità fino a 5 posti letto di OBI e di n. 8 unità oltre i 5 posti letto.

L'organico del personale infermieristico in Pronto Soccorso va altresì integrato in relazione all'attività di *triage* con ulteriori quattro unità fino a 25.000 accessi, sei unità fino a 75.000 accessi ed otto unità oltre i 75.000 accessi.



La previsione numerica di detto personale medico/infermieristico potrà essere ulteriormente integrata rispetto alla previsione originaria per i periodi limitati di sovraffollamento, secondo i piani previsti dal D.A. del 10.9.2018.

Servizi (medici)

Il fabbisogno di personale medico dei Servizi clinici diagnostici e terapeutici (es. UU.OO. di anatomia patologica, patologia clinica, radiodiagnostica, radioterapia, medicina nucleare, anestesia e rianimazione, medicina trasfusionale etc.) che non dispongono di posti letto e nel cui ambito afferisce anche parte del personale dirigenziale del ruolo sanitario dei Servizi di Anestesia e dei Servizi di Staff ed igienico-organizzativi viene determinato in una misura percentuale massima pari al 40% del fabbisogno di personale medico complessivo calcolato per le aree di degenza a livello aziendale (da distribuirsi secondo le specifiche esigenze aziendali tra i servizi di anestesia, laboratorio analisi, servizio trasfusionale ed anatomia patologica, radiologia e altri servizi ospedalieri, ivi compresi i servizi igienico-organizzativi e le Unità di Staff e strutture assimilate).

La distribuzione tra i servizi, nell'ambito della misura massima come sopra determinata, dovrà tenere conto, per quanto possibile, delle linee guida e degli indirizzi di settore.

Per quanto riguarda le attività di sala operatoria, la stima del fabbisogno di personale deve prevedere un dirigente medico anestesista per sala operatoria e per turno operatorio. Nel calcolo si dovrà tenere conto delle attività chirurgiche svolte in media nell'ultimo triennio, esclusi periodi di fermo tecnico.

Per le U.O.S.D. afferenti le aree di degenza, qualora le stesse non siano dotate di posti letto dedicati che consentano il calcolo del relativo fabbisogno di personale medico, si prevede un fabbisogno minimo pari a n. 3 unità di personale medico (compreso il titolare della UOSD) per le unità operative che assicurano un servizio h12 e pari a minimo n. 4 unità di personale medico (compreso il titolare della UOSD) per le unità operative che assicurano un servizio h12 con reperibilità notturna.

Per le U.O.S.D. senza posti letto si prevede un fabbisogno minimo pari a tre unità di personale medico (compreso il Responsabile di U.O.S.D.).

Per le U.O.S. con o senza p.l. si prevede una dotazione minima di tre dirigenti medici (compreso il Responsabile dell'U.O.S.), a condizione che vi sia capienza nella dotazione organica dell'U.O.C.

Qualora ciò non fosse possibile, è da prevedere la sostituzione di un incarico di responsabilità di struttura semplice con quello di un incarico professionale con opportuna graduazione dello stesso, sempre nei limiti della disponibilità dei fondi contrattuali.

Per i servizi nell'ambito dei quali sono adottate in via ordinaria pratiche diagnostiche e terapeutiche con strumentazioni complesse ad elevato impegno professionale (ad es. endoscopia, dialisi e simili) o all'interno dei quali sono presenti le alte tecnologie, la dotazione organica può essere integrata almeno di una ulteriore unità di personale medico in relazione ai volumi di attività prestati e, comunque, entro il limite massimo complessivo del 10% del fabbisogno del personale dirigenziale medico relativo alle aree di degenza. Gli incrementi di personale graveranno sulla dotazione organica delle UU.OO. di degenza.

In particolare, il fabbisogno previsto dei radiologi e dei medici nucleari dovrà essere rapportato al numero e alla tipologia di tecnologie presenti o utilizzate (TAC, RM, PET-TAC, Gamma Camera, etc.) e comunque dovrà essere collegato al volume di attività e alle esigenze di efficientamento dell'uso delle tecnologie ai fini anche della riduzione e del governo dei tempi di attesa.

I dirigenti medici e sanitari afferenti alle Unità di Staff o altre strutture assimilabili, in quanto non viene prevista una disciplina specifica di riferimento, non gravano sulla dotazione organica della disciplina di provenienza.

Genetisti medici e genetisti biologi

Le figure del medico genetista e biologo genetista sono diventate estremamente importanti con l'evoluzione sia delle scoperte scientifiche che dei provvedimenti nazionali (Intese Stato-Regioni) e regionali (D.A. 7/9/2015; D.A. 15/01/2019; D.A. 31/05/2019) che vedono nel campo della genetica una crescita esponenziale di attività.

Per far fronte a quanto richiesto dal PDTA Regionale per Sindrome dei tumori eredo-familiari della mammella e/o dell'ovaio e dal PDTA Regionale sul Tumore al seno, occorre prevedere un ampliamento dell'offerta con attivazione del servizio di consulenze genetiche oncologiche, che necessiterebbero di ulteriore unità di dirigente medico genetista.

Pertanto, per l'attività consulenziale genetica complessa, sarà necessaria una previsione di dirigenti medici genetisti a tempo pieno per espletare una media di 3.500 consulenze/anno.

Analogo discorso per i genetisti biologi, per i quali ci si avvale per la conferma diagnostica della maggior parte delle patologie genetiche; la loro previsione all'interno delle dotazioni organiche aziendali, determinerebbe una sostanziale riduzione dei costi connessi alla mobilità passiva per test genetici attualmente svolti con la collaborazione di vari Laboratori Specialistici Nazionali inviando campioni ematici e/o di DNA.

Tali indagini diagnostiche potrebbero essere eseguite, in gran parte, presso i Laboratori specialistici con attività di genetica medica individuati dalla Regione (ma sottodimensionati) se venisse implementata la dotazione organica dei laboratori stessi.

Servizi (personale infermieristico)

Il fabbisogno di personale infermieristico per i medesimi servizi viene stabilito nella misura massima del 30% calcolato sulla dotazione organica di infermieri delle unità operative di degenza, rideterminata sulla base degli standard sopra evidenziati. Nell'ambito di tale maggiorazione sono comprese, altresì, le eventuali unità di personale infermieristico necessarie per le sostituzioni straordinarie, da mettere a disposizione delle direzioni sanitarie per un impiego flessibile legato alle esigenze contingenti dei presidi ospedalieri.

Per quanto riguarda le attività di sala operatoria, la stima del fabbisogno di personale deve prevedere almeno due unità di personale infermieristico per sala operatoria e per turno operatorio. Nella valutazione di tale parametro va considerato quanto riportato per il calcolo dei dirigenti di Anestesia.



Nell'ambito di tale parametro rientra altresì il personale infermieristico assegnato alle Direzioni Sanitarie ed alle U.O. delle professioni sanitarie, nonché quello adibito alla codifica delle SDO e alle altre Unità di Staff (Medico Competente, URP, etc.)

In ogni caso, il fabbisogno dovrà tendere al parametro di 1,8 infermieri per medico, tenuto conto della complessità e della diversificazione delle discipline all'interno dei singoli presidi ospedalieri.

Direzione Medica di Presidio

Il fabbisogno di personale medico delle Direzioni Sanitarie di Presidio Ospedaliero viene determinata come di seguito:

- fino a 250 PL: 2 unità di personale
- tra 250 e 400 PL: 3 unità di personale
- oltre 400 PL: 4 unità di personale

A questi va aggiunto il Direttore Sanitario di Presidio qualora titolare di U.O.C.

Operatore Socio-Sanitario (O.S.S.)

Viene individuato un parametro rapportato al numero dei posti letto variabile da 0,15 a 0,30 unità per posto letto, in relazione alle particolari discipline che richiedono una maggiore presenza del profilo (Ortopedia, Geriatria, Lungodegenza, ecc.)e, tenendo altresì in particolare considerazione l'eventuale esternalizzazione di analoghi servizi.

Ausiliari e personale del ruolo tecnico

Nelle unità operative di degenza si individuano i seguenti parametri di determinazione degli organici di personale ausiliario.

- Funzioni di terapia intensiva e sub-intensiva = 0,75 Ausiliario per posto letto
- Funzioni di elevata assistenza = 0,20 Ausiliario per posto letto
- Funzioni di riabilitazione e lungodegenza = 0,25 Ausiliario per posto letto
- Altre funzioni = 0,15 Ausiliario per posto letto

Nei servizi di diagnosi e cura, igienico-organizzativi e generali il fabbisogno di personale ausiliario viene determinato secondo le esigenze funzionali in rapporto alla complessità strutturale e tecnologica del presidio prevedendo una maggiorazione dell'organico fino ad un massimo del 15%.

Per quanto attiene al personale appartenente al ruolo tecnico, con esclusione dei profili di "Ausiliario specializzato", "Operatore Socio Sanitario" ed "Operatore Tecnico addetto all'assistenza" (ad esaurimento) si stabilisce un fabbisogno massimo di personale dirigente (analisti, statistici e sociologi) e di comparto pari al 10% del totale delle unità di personale del ruolo sanitario previsto nella dotazione organica rideterminata sulla base dei criteri sopra delineati. In sede di determinazione di tale fabbisogno occorrerà tenere conto della tipologia e dell'entità dei servizi alberghieri esternalizzati, quest'ultima valutata in termini di spesa complessiva.

Ove adeguatamente motivate e fermo restando il numero massimo complessivo scaturente dai suddetti parametri, saranno possibili compensazioni fra le differenti figure afferenti ai profili di cui sopra (OSS, ausiliari, personale tecnico).

Altre figure sanitarie non dirigenziali

Per quanto riguarda le altre figure non dirigenziali del ruolo sanitario (tecnici sanitari di radiologia medica, Tecnici di Laboratorio Biomedico, Personale con funzioni di riabilitazione, ecc.) ai fini della determinazione della dotazione organica occorrerà prendere a riferimento un parametro variabile da un minimo di 0,175 ad un massimo di 0,225 per posto letto. Il predetto parametro è incrementabile fino ad un massimo del 10% in relazione ai volumi di attività ambulatoriale rivolta all'utenza esterna.

Dirigenza sanitaria non medica

Riguardo i dirigenti biologi, fisici, chimici e psicologi, pedagogisti e dirigenti delle professioni sanitarie si stabilisce un fabbisogno parametrato in misura percentuale sul totale dei dirigenti medici, nella misura massima del 7% del personale medico previsto in dotazione organica.

Per i dirigenti farmacisti si stabilisce un fabbisogno massimo, rapportato sempre al totale dei dirigenti medici previsti in dotazione organica, fino al 3% degli stessi.

Saranno possibili compensazioni tra tutte le figure della dirigenza sanitaria non medica nell'ambito della percentuale massima totale del dieci per cento.

Per le U.O.S. e le U.O.S.D. dove è prevista la dotazione organica di dirigenti sanitari non medici (ad es. diagnostica di laboratorio) è valido quanto già indicato per le medesime strutture, nelle quali è prevista la presenza di dirigenti medici.

Registro Tumori

Ai sensi dell'art. 27 della L.5/2009, le Aziende sanitarie da cui dipendono i Registri Tumori devono prevedere nella definizione delle piante organiche una adeguata dotazione di risorse umane secondo le indicazioni contenute nel DA 389/2019 del 13 marzo 2019.

I parametri previsti nelle presenti linee guida e riconducibili all'area dell'assistenza ospedaliera trovano applicazione compatibilmente con il rispetto tetto di spesa e dell'equilibrio economico-finanziario di ciascuna azienda e fermo restando l'obbligo, per le aziende sanitarie, di adeguare agli stessi prioritariamente gli organici delle Strutture relative alle aree dell'emergenza, delle terapie intensive e materno-infantile.

Psicologo con esperienza in oncologia

Per le medesime ragioni espresse per il Data Manager, tutte le recenti Intese Stato-Regioni e PDTA regionali oncologici prevedono la figura dello psiconcologo, ovvero del psicologo con comprovata esperienza in ambito oncologico.

Attualmente questa figura è presente nelle Aziende Sanitarie nell'ambito di specifici Progetti Obiettivo di PSN, e poche unità risultano strutturate. Al contrario si ritiene che detta figura vada implementata nelle previsioni all'interno delle dotazioni organiche aziendali.



Nutrizionista/Dietista

L'Intesa Stato Regioni del 14.12.2017 recante "Linee di indirizzo sui percorsi nutrizionali nei pazienti oncologici", recepito dalla Regione con D.A. 9 maggio 2019, prevede la presa in carico nutrizionale del malato oncologico (che va effettuata al momento della diagnosi di malattia e proseguita successivamente, nel cosiddetto "percorso parallelo metabolico-nutrizionale per il malato oncologico").

La figura del Nutrizionista/Dietista strutturato è carente nelle Aziende Sanitarie e Ospedaliere e qualche figura risulta arruolata nell'ambito di specifici Progetti Obiettivo di PSN.

Considerato che in tutti i PDTA oncologici già emanati e di futura emanazione sarà previsto lo screening e la valutazione nutrizionale del paziente oncologico si ritiene che questa figura deve essere prevista nell'ambito delle dotazioni organiche delle Aziende Sanitarie.

CRITERI PER LA RIDETERMINAZIONE DELLE DOTAZIONI ORGANICHE DELLE STRUTTURE TERRITORIALI (Aziende Sanitarie Provinciali)

Il fabbisogno di personale delle strutture territoriali - come scaturente dagli assetti organizzativi individuati dagli atti aziendali in conformità alle Linee di indirizzo regionali e riferito sia al livello di prevenzione che a quello dell'assistenza territoriale - deve essere individuato sulla base della correlazione con la domanda di servizi da parte degli assistiti di ciascuna ASP ed in relazione alle strategie di definizione del mix tra produzione interna e acquisto delle prestazioni sanitarie da privati accreditati convenzionati.

Anche in considerazione del progressivo spostamento di risorse dall'area ospedaliera all'area territoriale, conseguente all'attuazione della programmazione sanitaria regionale e in particolare della nuova rete ospedaliera, per la copertura dei posti previsti dalle nuove piante organiche le aziende dovranno procedere innanzitutto riallocando sul territorio eventuale personale in esubero presso le strutture ospedaliere, in conseguenza della realizzazione dei processi di riorganizzazione del rapporto ospedale - territorio, raggiungendo quindi progressivamente il valore massimo del parametro proposto.

In ogni caso, ai fini della determinazione del fabbisogno di personale, occorrerà tenere conto sia del grado di esternalizzazione dei servizi, sia degli standard previsti dalle disposizioni regionali emanate in attuazione della programmazione regionale generale (Piano Sanitario Regionale, Piano regionale della prevenzione, POCS) o disciplinanti ambiti di settore (esempio standard organizzativi PTA e altre strutture territoriali). I suddetti standard costituiscono atto di indirizzo operativo e trovano applicazione compatibilmente con il rispetto del tetto di spesa per il personale assegnato a ciascuna azienda (come richiamato nelle presenti linee guida) e con l'equilibrio complessivo del bilancio aziendale. Nel processo di potenziamento/riordino dell'assistenza territoriale erogata attraverso strutture direttamente gestite, e in ogni caso dell'area della prevenzione, occorrerà dare priorità ad alcune linee di attività già consolidate e/o riconducibili ad obiettivi e programmi prioritari previsti a livello nazionale e/o regionale:

- nell'ambito territoriale, il potenziamento delle reti di assistenza residenziale e semiresidenziale;
- nell'ambito della prevenzione il potenziamento dei programmi di screening (con strutture organizzative e personale dedicato e formato presso le aziende), dei programmi di vaccinazione e delle attività volte alla tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Per la determinazione delle dotazioni organiche si forniscono parametri di riferimento per le seguenti aree:

1. Distretto Sanitario
1. Dipartimenti di salute mentale;
2. Dipartimento di prevenzione;
3. Dipartimento di prevenzione veterinaria.

Distretto sanitario

Per l'area in oggetto si definiscono i seguenti parametri di dimensionamento:

- Dirigenti medici/popolazione assistita x 1000: MIN 0,24 - MAX 0,31
- Personale infermieristico e OSS OTA/ popolazione assistita x1000: MIN 0,30 - MAX 0,50



Sono comprese nel calcolo dei parametri di cui sopra tutte le strutture che fanno capo ai distretti sanitari, con riferimento sia alle strutture che svolgono funzione di organizzazione dell'assistenza sanitaria distrettuale e di committenza, sia alle strutture che erogano direttamente prestazioni sanitarie agli assistiti.

Le aziende dovranno quindi posizionarsi tra il valore minimo e il valore massimo in funzione:

- dell'effettivo grado di esternalizzazione dei servizi di erogazione delle prestazioni sanitarie;
- del ricorso a personale non dipendente, sia con riferimento al personale medico (specialisti ambulatoriali interni), sia con riferimento al personale infermieristico e OSS/OTA (cooperative).

Nel caso di produzione diretta di prestazioni, comunque:

- la copertura dei posti previsti in pianta organica dovrà avvenire progressivamente sulla base dell'effettiva attività erogata;
- a livello di singola struttura di erogazione dovranno essere rispettati i requisiti di autorizzazione/accreditamento previsti dalla normativa regionale.

Dipartimenti di salute mentale

Sono comprese tra le strutture della salute mentale:

- la direzione del DSM;
- le CTA direttamente gestite;
- gli ambulatori distrettuali del CSM;
- gli ambulatori di NPI;
- i SERT;
- i Centri Diurni;
- i Centri per il trattamento dei disturbi alimentari.

Per il SPDC il personale medico/infermieristico deve tendere al parametro del numero di medici per posto letto e, più precisamente deve essere compreso tra 0,30 e 0,35 medici per posto letto e per gli infermieri in misura pari 0,96 per posto letto.

Per l'area in oggetto si definiscono i seguenti parametri di dimensionamento:

- Dirigenti medici/popolazione assistita x 1000: MIN 0,10 - MAX 0,20
- Personale infermieristico e OSS OTA/ popolazione assistita x1000: MIN 0,11 – MAX 0,28

Dipartimento di prevenzione

Per l'area in oggetto si definiscono i seguenti parametri di dimensionamento (/popolazione assistita*1000 - min-max) per le diverse figure, per come di seguito indicato:

- | | |
|--|-------------------------|
| • Dirigenti Medici | = min 0,10 max 0,15 |
| • Assistente sanitario/Infermiere | = min 0,06 max 0,08 |
| • Tecnico della Prevenzione | = min 0,06 max 0,08 |
| • Pers.le comp. tecnico non sanit. | = min 0,012 - max 0,030 |
| • Dirigente Ingegnere/coll.tec.prof. ingegnere | = min 0,010- max 0,015 |
| • Ausiliario Specializzato/OSS | = max 0,01 |
| • Altre figure (Esperto in Comunicazione ,
Dietisti, Tec. Lab. Biomed., Assistente sociale) | = min 0,01- max 0,02 |

Il valore inferiore va inteso quale parametro minimo indicativo finalizzato ad una omogenea erogazione dei servizi alla popolazione assistita (tempi medio-lunghi); il valore massimo va inteso quale parametro indicativo per consentire una programmazione organica delle attività ed assicurare efficacia ed efficienza dei servizi alla popolazione assistita. Eventuali compensazioni di fabbisogno di personale potranno essere effettuate all'interno di questo Dipartimento con quello di Prevenzione veterinaria.

Centro Gestionale Screening oncologici

Il fabbisogno di personale dei Centri Gestionali Screening, nonché delle UU.OO.SS. di screening oncologici (mammografico, della cervice uterina e del colon – retto) dovrà fare riferimento alle indicazioni di cui al D.A. 1845/12 del 18 settembre 2012 e della circolare n. 18 del 04 ottobre 2018, prot. n. 72851, e dovrà essere calcolato all'interno della dotazione organica complessiva del Dipartimento Prevenzione, compatibilmente con il rispetto tetto di spesa e dell'equilibrio economico-finanziario di ciascuna Azienda.

Dipartimento di prevenzione veterinaria

Per l'area in oggetto sarà utilizzata quale parametro di dimensionamento per i dirigenti veterinari la popolazione animale convertita secondo U.B.A. (Unità Bovina Adulta)

- Dirigenti veterinari/U.B.A x 100: MIN 0,06 MAX 0,10

Per il restante personale si utilizza il parametro di riferimento relativo alla popolazione assistita x 1000

- Personale Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro: MIN 0,02 - MAX 0,03.
- Pers.le comp. tecnico non sanit. min 0,01 - max 0,02

Con riferimento ai Dirigenti veterinari, nel considerare il relativo fabbisogno risulta opportuno effettuare una valutazione complessiva tenendo conto anche dell'attività resa dal personale convenzionato della categoria. Infine, le Aziende possono considerare il dato relativo alla popolazione residente (o altro parametro di attività) per definire la distribuzione del personale medico veterinario tra le strutture organizzative interne all'area veterinaria.

Dirigenza sanitaria non medica

Per quanto riguarda il personale della dirigenza sanitaria non medica, si definiscono i seguenti parametri, che devono essere considerati complessivamente per le aree distrettuali, della salute mentale e della prevenzione:

- Dirigenti sanitari non medici/personale ruolo sanitario e tecnico dell'area territoriale: MAX 7,5%
- Farmacisti/personale medico dell'area territoriale: MAX 3%

Per il calcolo dei parametri di cui sopra devono essere considerati, al denominatore, sia i profili dirigenziali che i profili afferenti al comparto.



Per tutte le figure non previste dai parametri citati in precedenza le aziende dovranno prevedere una dotazione di personale sulla base dell'effettivo fabbisogno e comunque nel rispetto dei vincoli di natura economica citati in premessa.

I suddetti parametri costituiscono indirizzi orientativi e trovano applicazione compatibilmente con il rispetto del tetto di spesa per il personale assegnato a ciascuna azienda e con l'equilibrio complessivo del bilancio aziendale. Nel processo di potenziamento/riordino dell'assistenza territoriale erogata attraverso strutture direttamente gestite occorrerà dare priorità ad alcune linee di attività già consolidate e/o riconducibili ad obiettivi e programmi prioritari previsti a livello nazionale e/o regionale quali:

- nell'ambito territoriale, il potenziamento delle reti di assistenza residenziale e semiresidenziale e dell'assistenza a soggetti affetti da autismo;
- nell'ambito della prevenzione, il potenziamento dei programmi di *screening* (con strutture organizzative e personale dedicato e formato presso le aziende) e di vaccinazione, nonché la istituzionalizzazione delle attività correlate ai registri tumori.

Più in generale, il dimensionamento delle dotazioni organiche per l'erogazione dei servizi territoriali e l'implementazione delle reti assistenziali dovrà tener conto anche dell'esigenza di assicurare percorsi diagnostico terapeutici ed assistenziali ai cittadini e la gestione delle cronicità, avuto riguardo della necessaria integrazione con le componenti del sistema delle cure primarie (MMG e PLS) e degli altri ambiti specialistici territoriali e dell'integrazione con i servizi socio-sanitari. In ogni caso, potranno essere promosse - in armonia con gli indirizzi di cui alle presenti linee guida e nell'ottica del miglioramento dell'utilizzo delle risorse professionali - formule organizzative innovative anche interaziendali e/o di area metropolitana e/o di bacino.

Per la determinazione delle dotazione organica delle REMS, si farà riferimento ai requisiti organizzativi previsti dalle norme di settore, la cui dotazione finanziaria non rientra nel tetto di spesa ordinario.

Parimenti, per il personale che transiterà nel SSR conseguentemente al passaggio delle funzioni della Medicina Penitenziaria al SSR, si rinvia alle norme di attuazione di cui al DPCM del 2008 (il cui iter normativo è in corso di definizione) ed alla relativa copertura finanziaria dedicata; soltanto in esito a detto transito si procederà ad una modifica della dotazione organica, con contestuale incremento del tetto di spesa correlato a detto personale, in esso compreso la quota di finanziamento già riconosciuto e trasferito dal Ministero dell'Interno.

Si confermano le disposizioni contenute nel DA 1380/2015 relativamente alla determinazione della dotazione organica dell'IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo".

PERSONALE OPERANTE NELL'AREA DEI SERVIZI AMMINISTRATIVI

Per quanto attiene il personale appartenente al ruolo amministrativo e professionale (Dirigenti, Collaboratori, Assistenti, Coadiutori e Commessi), si stabilisce un fabbisogno personale (dirigenti e comparto) variabile del 7% al 10% della dotazione organica complessiva per le AO, per le AOU e per le ARNAS e dal 12% al 14% per le ASP, al netto del personale ex LSU.

In particolare, in sede di determinazione delle nuove dotazioni organiche, la Dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa dovrà essere interessata da un progressivo processo di rifunzionalizzazione finalizzato alla introduzione di professionalità strategicamente essenziali ed a tutt'oggi carenti la cui assunzione è funzionale ad efficientare meccanismi di gestione e controllo di processi aziendali allo stato attuale non sufficientemente presidiati nonché a potenziare i processi di controllo di gestione ed a migliorare l'efficacia e l'efficienza dell'organizzazione amministrativo-contabile aziendale, anche ai fini di conseguire gli obiettivi di certificabilità dei bilanci delle aziende sanitarie introdotti dalla recente normativa nazionale (energy manager, risk manager/ingegneri clinici, informatici, internal auditor, esperti con specifiche competenze in programmazione e controllo e gestione aziendale).

Inoltre, per le finalità di cui all'art. 18 della L.R. 5/2009 un'adeguata dotazione organica dovrà essere definita in relazione ai profili professionali del ruolo tecnico che presuppongono specifica esperienza professionale e competenze nell'ambito del settore informatico.

Adeguato fabbisogno di personale dovrà essere assicurato anche nei Dipartimenti di Prevenzione e prevenzione veterinario, per garantire l'assolvimento dei relativi adempimenti amministrativi.

PERSONALE SERVIZIO URGENZA EMERGENZA SANITARIA 118

Le dotazioni organiche delle Aziende sanitarie di riferimento dovranno prevedere e contenere gli organici previsti per le Centrali Operative del 118.

In linea con quanto già previsto nel D.A. 1380/2015, per il personale del 118 le Aziende dovranno progressivamente ridurre il ricorso prevalente al personale "in incentivazione" a fronte di una azione di integrazione di personale esclusivamente dedicato (Medico in convenzione ed infermieri di ruolo).

In linea generale, dunque:

- il personale operante presso le Centrali Operative ed eliambulanze, dovrà essere considerato all'interno delle dotazioni organiche delle quattro Aziende cui in atto fanno riferimento;
- il personale operante sulle autoambulanze (infermieri di ruolo), dovrà essere previsto nelle dotazioni organiche delle Aziende territoriali cui la postazione fa riferimento.

Resta fermo il principio per cui l'organizzazione funzionale delle attività delle ambulanze e dell'elisoccorso è in capo alla Centrale Operativa.

LIMITE DI SPESA COMPLESSIVO

(Aziende Ospedaliere, ARNAS, Aziende Ospedaliere-Universitarie, IRCCS, ASP)

In sede di determinazione dei piani di fabbisogno e delle dotazioni organiche, le Aziende ed Enti del Servizio sanitario regionale dovranno adottare tutte le misure necessarie a garantire che la spesa per il personale non superi il tetto di spesa determinato a livello regionale per un totale di € 2.712.991 mgl., in incremento di € 77.747 mgl. rispetto al valore indicato nel D.A. 1380/15 (€ 2.635.244 mgl.) e comunque entro i limiti previsti dalle vigenti disposizioni normative, tenuto conto delle nuove esigenze organizzative / funzionali e verrà rimodulato per ciascuna Azienda in esito alle procedure di negoziazione del budget per l'anno 2019, nel rispetto della cornice finanziaria di cui all'art. 11 del D.L. 30 aprile 2019 n. 35 convertito con modificazioni dalla L. 25 giugno 2019 n. 60 ed in base ai criteri di seguito riportati.



Il tetto di spesa come sopra rideterminato dovrà essere rilevabile e confrontabile con il dato di cui alla tabella D.1.2. di ciascuna Azienda e – in ogni caso – andrà calcolato con riferimento alla Circolare n. 9 del 17 febbraio 2006 del Ministero dell'Economia e delle Finanze, nonché dal comma 2 dell'art. 11 del D.L. 35/2019, prendendo in considerazione:

1. le retribuzioni – trattamento fisso ed accessorio – corrisposte al personale dipendente con contratto a tempo indeterminato e a tempo determinato (ivi compreso il personale ex art. 15 septies D. Lgs. 502/1992 e in servizio attraverso l'istituto del comando, ancorché dipendente di altre Amministrazioni);
1. i compensi corrisposti al personale con contratto di collaborazione coordinata e continuativa o che presta servizio con altre forme di lavoro flessibile o con convenzioni. Sono inoltre inclusi gli eventuali emolumenti a carico delle Aziende Sanitarie corrisposti ai lavoratori socialmente utili;
2. gli oneri riflessi a carico del datore di lavoro per contributi obbligatori;
3. l'IRAP;
4. gli assegni per il nucleo familiare, buoni pasto e spese per equo indennizzo;
5. spese per prestazioni rese da personale dipendente da altri enti mediante convenzione stipulata tra le Istituzioni interessate (art. 58 CCNL 8.6.2000, Area terza e quarta della dirigenza del S.S.N.) qualora direttamente funzionali ai compiti istituzionali degli uffici.

Vanno, invece, escluse dal computo:

1. le spese per il personale appartenente alle categorie protette;
1. le spese sostenute dall'Azienda per il proprio personale comandato presso altre Amministrazioni e per le quali è previsto il rimborso da parte delle Amministrazioni utilizzatrici;
2. le spese per la formazione e le missioni.

Sono altresì da escludere gli oneri per i rinnovi contrattuali calcolati secondo il principio della competenza. Rientra nel tetto di spesa, la spesa relativa al personale universitario in convenzione, secondo i protocolli d'intesa fra l'Assessorato della Salute e l'Università degli Studi.

Per le Aziende Ospedaliere, Policlinici e IRCCS il tetto sarà determinato considerando come criterio preminente il Valore Medio del tetto per posto letto, calcolato come rapporto tra il valore del tetto di cui al D.A. 1380/2015 e ss.mm.ii. e i posti letto attivi al 01/01/2019 (fonte: HSP 12). Prendendo a riferimento il *Valore Medio del tetto per posto letto* delle Aziende ospedaliere, Policlinici e IRCCS, verrà applicata una differente metodologia di assegnazione del tetto nell'ipotesi in cui le Aziende si troveranno sopra o sotto il sopracitato valore di riferimento.

Infatti, esiste una apprezzabile variabilità del rapporto tetto di spesa/posti letto anche in relazione al fatto che ci sono ospedali "monoblocco" e altri in cui l'attività di assistenza è erogata "a padiglioni".

Nell'ipotesi in cui il Valore Medio del tetto per posto letto aziendale si trovasse al di sotto del valore di riferimento, si procederà a determinare il nuovo tetto di spesa sommando al Tetto di spesa di cui al D.A. 1380/2015 e ss.mm.ii. il risultato del prodotto tra il Valore Medio del tetto per posto letto aziendale e i Posti Letto da attivare, calcolati come differenza tra quelli previsti nella programmazione da D.A. 22/2019 e quelli attivi al 01/01/2019.

Nell'ipotesi in cui il Valore Medio del tetto per posto letto aziendale si trovasse al di sopra del valore di riferimento, si procederà a determinare il tetto di spesa considerando il costo sostenuto dall'azienda nel corso del IV trimestre 2018 da Tab.D.1.2. Nello specifico, il nuovo tetto di spesa sarà determinato sommando al Tetto di spesa di cui al D.A. 1380/2015 e ss.mm.ii. il risultato del prodotto tra il Valore Medio del costo per posto letto aziendale (calcolato come rapporto tra il valore del costo sostenuto dall'azienda nel corso del IV trimestre 2018 da Tab.D.1.2 sui Posti Letto attivi al 01/01/2019) e i posti letto da attivare, calcolati come differenza tra quelli previsti nella programmazione da D.A. 22/2019 e quelli attivi al 01/01/2019.

Alla metodologia sopracitata saranno applicati dei correttivi per le Aziende di seguito elencate:

Per le AOUP: il tetto determinato dalla metodologia sarà adeguato in considerazione del fatto che le Aziende sostengono un costo più basso per il personale universitario.

Inoltre, laddove non è prevista l'attivazione di nuovi posti letto, il tetto di cui al D.A. 1380/2015 e ss.mm.ii. sarà confermato nel suo ammontare.

Il tetto di spesa determinato secondo la metodologia sopracitata verrà in seguito confrontato con il costo sostenuto dalle Aziende al IV trimestre 2018, per verificare l'adeguatezza delle somme così determinate.

Per le Asp si procederà a determinare una quota del tetto da riconoscere all'attività ospedaliera e una quota da riconoscere all'attività territoriale.

La quota di tetto da riconoscere all'*attività ospedaliera* sarà calcolata come prodotto del Valore Medio del tetto per posto letto per le Aziende Ospedaliere, Policlinici e IRCCS rideterminato ed i Posti Letto previsti nella programmazione da D.A. 22/2019, per ciascuna delle Aziende territoriali.

Per determinare la quota del tetto da riconoscere all'*attività territoriale* si procederà nelle due fasi di seguito descritte:

- si procederà calcolando la differenza tra il Tetto di spesa 1380/2015 e ss.mm.ii. e la quota da riconoscere all'attività ospedaliera precedentemente determinata. Su tale risultato verrà calcolato il Valore Medio regionale come rapporto rispetto alla popolazione al 1° gennaio 2018 (valore di riferimento 0,10).
- Il valore di riferimento verrà moltiplicato per la popolazione al 1° gennaio 2018 afferente a ciascuna Asp.

VERIFICA DELLA RIDETERMINAZIONE DEI PIANI DEL FABBISOGNO E DELLE DOTAZIONI ORGANICHE

Il Piano del Fabbisogno e la Dotazione Organica Aziendale dovranno essere predisposte nel rispetto delle vigenti previsioni contenute nella contrattazione collettiva in materia di relazioni sindacali.

Ai sensi dell'art. 16 della L.R. 5/09 e ss.mm.ii., il controllo sui predetti atti concerne, da parte dell'Assessorato regionale della Salute, la verifica:

- della conformità delle stesse alla programmazione sanitaria nazionale e regionale;
- del rispetto del tetto di spesa;



- del rispetto dell'equilibrio economico-finanziario del triennio successivo, da verificarsi con cadenza annuale in sede di negoziazione delle risorse e di verifiche periodiche sui CE di ciascuna azienda;
- del tendenziale riferimento ai parametri indicati nelle presenti linee di indirizzo per la determinazione delle dotazioni organiche e dei piani di fabbisogno;
- delle motivazioni a supporto dello scostamento dai parametri.

I relativi atti, adottati dalle Aziende, dovranno essere trasmessi entro 15 giorni dalla loro adozione all'Assessorato Regionale della Salute per il previsto controllo da esercitarsi entro sessanta giorni dal loro ricevimento. Il termine per l'esercizio del controllo potrà essere sospeso se, entro 30 giorni dal ricevimento dell'atto, l'Assessorato richiede all'Azienda deliberante chiarimenti o elementi integrativi di valutazione.

Gli atti di adozione delle nuove dotazioni organiche, dovranno contenere, per profilo e disciplina:

- 1) i posti coperti (con personale in servizio a tempo indeterminato);
- 1) i posti vacanti e disponibili, con specifica e separata indicazione di quelli coperti con contratto di lavoro a tempo determinato;
- 2) i posti vacanti e non disponibili (con procedure concorsuali avviate/congelati per incarico ex art. 15 septies decreto legislativo n. 502/92, ecc.);
- 3) i posti che presumibilmente si renderanno vacanti per cessazione dal servizio nel triennio 2019-2021 e successivamente dalla data di rideterminazione delle dotazioni organiche.
- 4) la dimostrazione, attraverso apposite tabelle, del parametro applicato rispetto a quelli previsti dalla presente Linea Guida;
- 5) la dimostrazione del rispetto del tetto di spesa;
- 6) una relazione tecnica di accompagnamento che illustri criteri e modalità utilizzate per la definizione delle dotazioni organiche. Tale relazione dovrà altresì contenere le motivazioni che hanno determinato l'utilizzo di criteri/parametri differenti rispetto ai valori tendenziali previsti nel presente documento.

Ai fini delle verifiche di conformità alle presenti linee guida, per le strutture ospedaliere, i posti di dotazione organica della Dirigenza Medica e del personale infermieristico dovranno essere indicati per disciplina e per struttura.

In ambito territoriale, i posti di dotazione organica della Dirigenza Medica vanno altresì indicati per disciplina e per struttura; i posti in dotazione organica per il personale infermieristico vanno indicati per struttura.

Definito l'iter di verifica da parte dell'Assessorato Regionale della Salute, ai sensi dell'art. 16 della L.R. 5/09, della dotazione organica complessiva, è data facoltà alle aziende sanitarie di procedere annualmente, previa consultazione con le OO.SS., a modifiche qualitative parziali dei piani di fabbisogno e delle dotazioni organiche, ad invarianza del tetto di spesa, nell'ottica prioritaria di riqualificare i servizi sanitari, tenuto conto del diverso fabbisogno di personale in termini di profili professionali/discipline, nonché al fine di adeguare gli organici ai parametri "tendenziali" di cui alle presenti linee di indirizzo ovvero agli standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza di cui al Patto della Salute ed al Regolamento attuativo c.d. "Balduzzi".

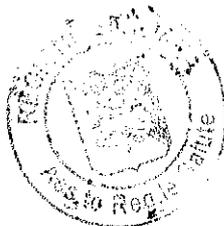
AZIONI DA INTRAPRENDERE A SEGUITO DELL'APPROVAZIONE DEI PIANI DI FABBISOGNO E DELLE DOTAZIONI ORGANICHE

A seguito della definizione del processo di verifica ed approvazione dei piani di fabbisogno e delle dotazioni organiche ciascuna azienda procederà:

- a) ad assorbire, ai sensi dell'art. 1 comma 8 della legge 189/2012, gli eventuali esuberi che saranno ricollocati: prioritariamente all'interno dell'Azienda di appartenenza, anche attraverso l'integrazione tra ospedale e territorio al fine di potenziare le attività territoriali, utilizzando risorse umane professionalmente qualificate e implementando i servizi offerti su base locale, anche allo scopo di decongestionare le strutture ospedaliere e, in caso di persistenti esuberi, presso altre aziende sanitarie della regione, anche al di fuori dell'ambito provinciale;
- a) ad avviare, nel rispetto dei limiti del tetto di spesa, le procedure di reclutamento per l'acquisizione di professionalità medico/sanitarie di cui il sistema ha necessità e aventi particolare rilevanza strategica (anestesisti rianimatori, medici dell'accettazione e dell'urgenza, radiologi, ginecologi, radioterapisti, fisici nucleari, medici nucleari, farmacisti, infermieri, tecnici di radiologia, ostetrici e operatori socio sanitari);
- b) ad avviare, nel rispetto dei limiti del tetto di spesa e delle unità di personale individuate, le procedure di reclutamento per la copertura di specifiche professionalità delle aree sanitaria, tecnico, amministrativa e professionale nel ruolo della dirigenza: energy manager, risk manager, ingegneri clinici, ingegneri informatici e civili, internal auditor, esperti con specifiche competenze in programmazione e controllo e gestione aziendale;
- c) al contenimento e alla progressiva riduzione della spesa per assunzioni a tempo determinato del personale sanitario.

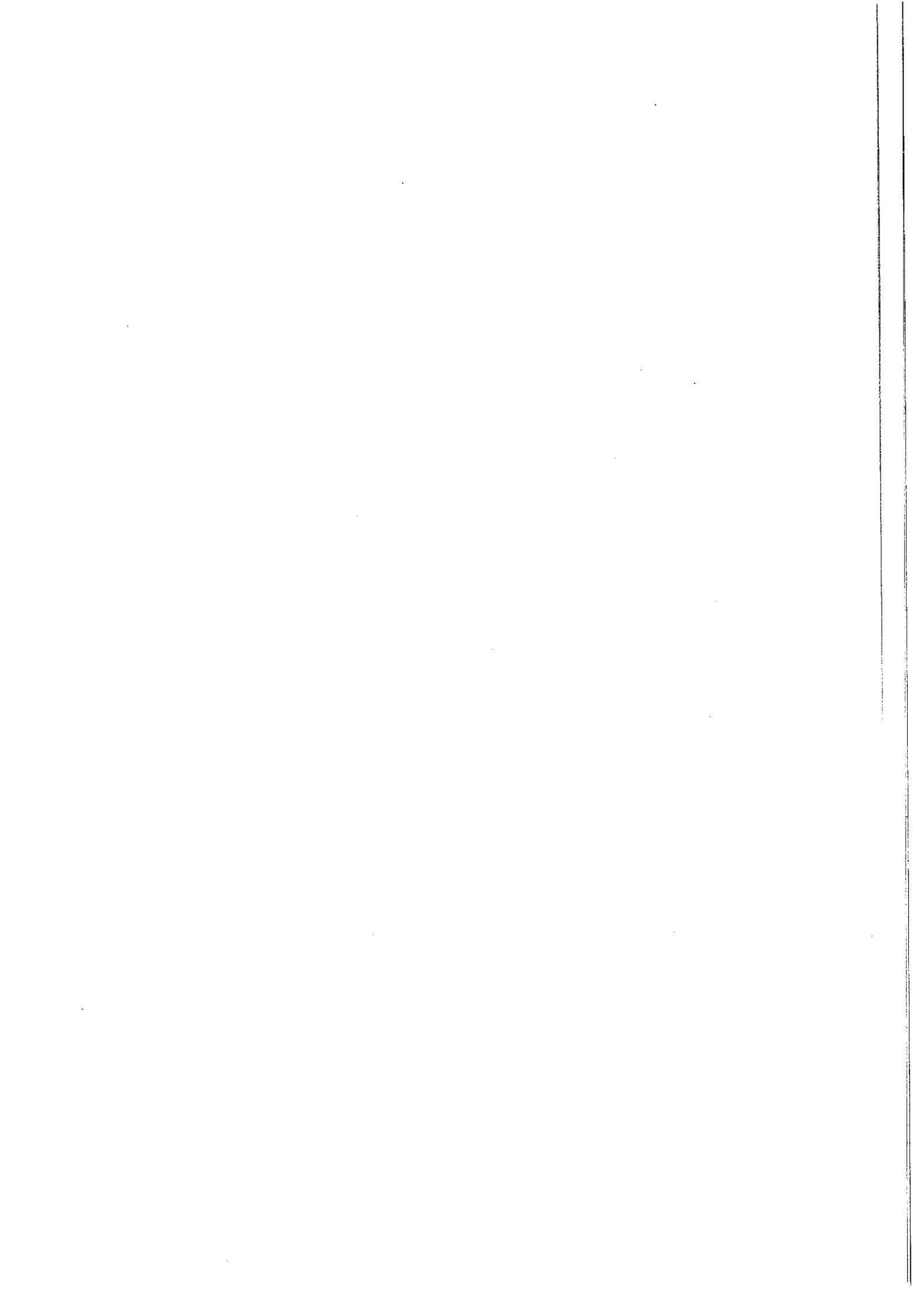
A seguito della rideterminazione dei piani di fabbisogno e delle dotazioni organiche ed ai fini del monitoraggio e della verifica del rispetto del tetto di spesa, le Aziende e gli Enti del Servizio sanitario regionale, anche in connessione con l'andamento dei processi di riorganizzazione, razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera, dovranno - a partire dal 2019 - predisporre un programma annuale di revisione delle consistenze di personale dipendente a tempo indeterminato, determinato ed altre tipologie di lavoro flessibile.

Il Dirigente Generale
Ing. Mario La Rocca



L'ASSESSORE
Avv. Ruggiero Rizza





Proposta Linee Guida

Codice	Discipline	Cluster per intensità assistenziale	Infermieri	
			Min	Max
09	Chirurgia generale	Specialità di base	0,50	0,66
09.1	Chirurgia oncologica	Specialità di base	0,66	0,66
09.2	Chirurgia d'urgenza	Specialità di base	0,66	0,66
26	Medicina generale	Specialità di base	0,50	0,66
36	Ortopedia e traumatologia	Specialità di base	0,60	0,66
37	Ostetricia e ginecologia	Specialità di base	0,60	0,66
61	Medicina nucleare	Specialità di base	-	0,40
97	Detenuti	Specialità di base	-	0,68
01	Allergologia	Media specialità	0,40	0,68
05	Angiologia	Media specialità	0,60	0,75
08	Cardiologia	Media specialità	0,70	0,75
10	Chirurgia maxillo-facciale	Media specialità	0,70	0,75
11	Chirurgia pediatrica	Media specialità	0,75	0,96
12	Chirurgia plastica	Media specialità	0,61	0,70
13	Chirurgia toracica	Media specialità	0,70	0,75
14	Chirurgia vascolare	Media specialità	0,70	0,75
18	Ematologia, immunoematologia	Media specialità	0,70	0,70
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	Media specialità	0,68	0,75
21	Geriatrica	Media specialità	0,68	0,75
25	Medicina del lavoro	Media specialità	0,68	0,75
29	Nefrologia	Media specialità	0,70	0,75
32	Neurologia	Media specialità	0,70	0,75
33	Neuropsichiatria infantile	Media specialità	0,61	0,70
34	Oculistica	Media specialità	0,68	0,75
35	Odontoiatria e stomatologia	Media specialità	0,68	0,75
38	Otorinolaringoiatria, audiologia	Media specialità	0,68	0,75
39	Pediatria	Media specialità	0,70	0,75
40	Psichiatria	Media specialità	0,96	0,96
43	Urologia	Media specialità	0,68	0,75
51	Astanteria/MCAU	Media specialità	0,66	0,75
52	Dermatologia, dermosifilopatia	Media specialità	0,68	0,75
58	Gastroenterologia	Media specialità	0,68	0,75
64	Oncologia	Media specialità	0,70	0,75
65	Oncoematologia pediatrica	Media specialità	0,56	0,70
66	Oncoematologia	Media specialità	0,56	0,70
68	Pneumologia	Media specialità	0,68	0,75

Prestazioni specialistiche ambulatoriali - Abilitazione - AL PRIMO			
70	Radioterapia	Media specialità	0,75 0,75
71	Reumatologia	Media specialità	0,40 0,68
77	Nefrologia pediatrica	Media specialità	0,70 0,75
78	Urologia pediatrica	Media specialità	0,70 0,75
06	Cardiochirurgia pediatrica	Elevata specialità	0,75 0,96
07	Cardiochirurgia	Elevata specialità	0,96 1,00
24	Malattie infettive e tropicali	Elevata specialità	0,96 0,96
28	Unità spinale	Elevata specialità	0,68 0,70
30	Neurochirurgia	Elevata specialità	0,96 1,00
48	Nefrologia abilitata al trapianto di rene	Elevata specialità	0,96 1,75
54	Emodialisi	Elevata specialità	- 0,96
62	Neonatologia	Elevata specialità	0,96 1,75
76	Neurochirurgia pediatrica	Elevata specialità	0,96 1,75
46	Grandi ustioni pediatriche	Terapia intensiva	- 2,00
47	Grandi ustionati	Terapia intensiva	1,75 2,00
49	Servizio di rianimazione e terapia intensiva	Terapia intensiva	1,75 2,20
50	Unità terapia intensiva coronarica	Terapia intensiva	1,75 2,20
73	Terapia intensiva neonatale	Terapia intensiva	1,75 2,20
56	Recupero e riabilitazione funzionale	Riabilitazione	0,39 0,50
75	Neuroriabilitazione	Riabilitazione	0,92 0,92
60	Lungodegenti	Lungodegenza	0,38 0,38

Proposta Linee Guida

Codice	Discipline	Cluster per intensità assistenziale	Medici*	
			Min	Max
09	Chirurgia generale	Specialità di base	0,25	0,36
09.1	Chirurgia oncologica	Specialità di base	0,36	0,36
09.2	Chirurgia d'urgenza	Specialità di base	0,36	0,36
26	Medicina generale	Specialità di base	0,24	0,25
36	Ortopedia e traumatologia	Specialità di base	0,25	0,36
37	Ostetricia e ginecologia	Specialità di base	DECRETO	
61	Medicina nucleare	Specialità di base	-	0,24
97	Detenuti	Specialità di base	0,20	0,20
01	Allergologia	Media specialità	0,20	0,25
02	Day Hospital	Media specialità		
05	Angiologia	Media specialità	0,25	0,29
08	Cardiologia	Media specialità	0,38	0,38
10	Chirurgia maxillo-facciale	Media specialità	0,38	0,50
11	Chirurgia pediatrica	Media specialità	0,50	0,51
12	Chirurgia plastica	Media specialità	0,38	0,50
13	Chirurgia toracica	Media specialità	0,38	0,50
14	Chirurgia vascolare	Media specialità	0,38	0,50
18	Ematologia, immunoematologia	Media specialità	0,38	0,38
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	Media specialità	0,25	0,29
21	Geriatrica	Media specialità	0,25	0,29
25	Medicina del lavoro	Media specialità	0,29	0,38
29	Nefrologia	Media specialità	0,38	0,38
32	Neurologia	Media specialità	0,38	0,38
33	Neuropsichiatria infantile	Media specialità	0,38	0,45
34	Oculistica	Media specialità	0,44	0,50
35	Odontoiatria e stomatologia	Media specialità	0,44	0,50
38	Otorinolaringoiatria, audiologia	Media specialità	0,44	0,50
39	Pediatria	Media specialità	0,31	0,38
40	Psichiatria	Media specialità	0,30	0,35
43	Urologia	Media specialità	0,44	0,50
51	Astanteria/MCAU	Media specialità	0,25	0,28
52	Dermatologia, dermosifilopatia	Media specialità	0,20	0,25
58	Gastroenterologia	Media specialità	0,20	0,25
64	Oncologia	Media specialità	0,30	0,38
65	Oncoematologia pediatrica	Media specialità	0,30	0,38

Prestazioni specialistiche ambulatoriali e ospedaliere (PAC)				
66	Oncematologia	Media specialità	0,30	0,38
68	Pneumologia	Media specialità	0,25	0,29
70	Radioterapia	Media specialità	0,30	0,38
71	Reumatologia	Media specialità	0,20	0,25
77	Nefrologia pediatrica	Media specialità	0,30	0,38
78	Urologia pediatrica	Media specialità	-	0,38
06	Cardiochirurgia pediatrica	Elevata specialità	0,51	0,51
07	Cardiochirurgia	Elevata specialità	0,51	0,75
24	Malattie infettive e tropicali	Elevata specialità	0,40	0,50
28	Unità spinale	Elevata specialità	0,42	0,45
30	Neurochirurgia	Elevata specialità	0,51	0,75
48	Nefrologia abilitata al trapianto di rene	Elevata specialità	0,51	0,75
54	Emodialisi	Elevata specialità	-	0,51
62	Neonatologia	Elevata specialità	0,51	0,75
76	Neurochirurgia pediatrica	Elevata specialità	0,51	0,75
46	Grandi ustioni pediatriche	Terapia intensiva	-	0,80
47	Grandi ustionati	Terapia intensiva	0,80	1,00
49	Servizio di rianimazione e terapia intensiva	Terapia intensiva	0,80	1,00
50	Unità terapia intensiva coronarica	Terapia intensiva	0,80	1,00
73	Terapia intensiva neonatale	Terapia intensiva	0,80	1,00
56	Recupero e riabilitazione funzionale	Riabilitazione	0,16	0,20
75	Neuroriabilitazione	Riabilitazione	0,20	0,30
60	Lungodegenti	Lungodegenza	0,13	0,13