

LINEE D'INDIRIZZO REGIONALI PER LA RIDETERMINAZIONE DELLE DOTAZIONI ORGANICHE DELLE AZIENDE DEL SERVIZIO SANITARIO REGIONALE

PREMESSA

Il presente documento definisce le linee d'indirizzo per la rideterminazione delle dotazioni organiche delle Aziende Sanitarie della Regione Siciliana (ASP, AO, AOU ed IRCCS) e viene elaborato considerando:

- gli assetti organizzativi scaturenti dal nuovo piano di rimodulazione della rete ospedaliera, approvato con D.A. n. 46 del 14 gennaio 2015, pubblicato nella GURS n. 4 del 23 gennaio 2015;
- le previsioni della riforma del Servizio sanitario regionale di cui alla L.R. n. 5/2009 e dei conseguenti e correlati provvedimenti attuativi;
- i vincoli derivanti dal rispetto degli obiettivi di finanza pubblica con riguardo al contenimento ed alla riduzione della spesa per il personale che assume – come riferimento – i tetti di cui al D.A. 2322 del 16 novembre 2011;
- gli effetti delle misure di contenimento e riduzione della spesa per il personale previsti dal Piano Operativo di sviluppo e consolidamento (POCS) 2013-2015;
- il necessario raggiungimento/mantenimento dell'equilibrio economico-finanziario aziendale e regionale nel triennio 2015-2017;
- i protocolli d'Intesa con le Università;
- il Regolamento Ministeriale sugli standard dell'assistenza ospedaliera, pubblicato nella GURI n. 165 del 4 giugno 2015.

L'attuazione del piano di rimodulazione della rete ospedaliera approvato con il citato D.A. n. 46/2015 passa attraverso il tendenziale e progressivo decremento dei posti letto e delle strutture ospedaliere complesse, l'attivazione di processi di accorpamento e/o riconversione degli stabilimenti ospedalieri, nonché il concomitante rafforzamento dell'offerta in ambito territoriale da portare a completamento nell'arco temporale previsto dallo stesso D.A.. L'implementazione di quanto prescritto dal medesimo D.A. con riguardo alla riqualificazione della rete assistenziale, fa emergere infatti la necessità di disporre di figure professionali adeguate, in termini di consistenza e profili professionali, al potenziamento dei servizi in ambito territoriale.

Nel complesso processo di rideterminazione delle dotazioni organiche, le linee di indirizzo regionali hanno lo scopo di individuare principi e criteri univoci omogenei che, pur nell'ambito delle specifiche peculiarità delle singole realtà aziendali, garantiscano una base comune di riferimento applicativo per ogni funzione e ruolo. In tal senso, il presente documento, individua i parametri che nella determinazione dei nuovi assetti organizzativi dovranno essere considerati quali valori tendenziali di riferimento, da utilizzare all'interno dell'autonomia di cui ogni Azienda dispone ai sensi della vigente normativa, purché compatibili con il prevalente vincolo del tetto di

spesa ammissibile come determinato al capitolo delle presenti linee guida "Limite di spesa complessivo".

Tale processo deve considerare, da un lato, 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. 46/2015 e, dall'altro lato, la compatibilità economica e finanziaria (rispetto del tetto di spesa e rispetto dell'equilibrio di bilancio nel triennio 2015-2017).

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 tetto di spesa come da D.A. n. 2322/11;
- dell'equilibrio economico finanziario, aziendale e regionale, nel triennio 2015/2017;
- 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 dovranno attestarsi tendenzialmente sul livello minimo con lo scopo di favorire la correlazione tra i diversi profili professionali e le relative competenze contrattualmente previste. I parametri massimi di personale potranno trovare applicazione in presenza di condizioni di natura istituzionale, strutturale, organizzativa (ad esempio hub di rete) e di produzione 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 Direzioni, comunque, potranno assumere determinazioni al di fuori dei suddetti parametri – parametri che come già detto costituiscono un “valore tendenziale” sia in termini di minimo che di massimo - sulla base di peculiarità aziendali che dovranno essere motivate nella relazione di accompagnamento. In ogni caso, resta fermo il vincolo del rispetto del tetto di spesa e dell'equilibrio economico-finanziario nel triennio. Si specifica inoltre, che dovrà tenersi in debito conto l'eventuale esternalizzazione di servizi aziendali, in presenza dei quali, il parametro di riferimento si potrà attestare al di sotto del minimo.

Resta inoltre in capo alle Aziende del S.S.R. l'adeguamento agli standard di appropriatezza, di

efficacia e di efficienza di cui al Piano Sanitario Regionale 2011-2013, al Patto della Salute 2014-2016 e del Regolamento attuativo del c.d. "Decreto Balduzzi" e ad ogni altro indirizzo nazionale e regionale di settore.

Le nuove dotazioni organiche dovranno, inoltre, prevedere l'inserimento di figure professionali ritenute strategiche e nelle attuali dotazioni organiche carenti (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). 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.

Infine, con particolare riferimento alle Aziende Ospedaliere Universitarie, le presenti Linee d'indirizzo trovano applicazione in armonia con i protocolli d'Intesa in corso di validazione ministeriale.

CRITERI PER LA RIDETERMINAZIONE DELLE DOTAZIONI ORGANICHE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE

In conseguenza della ridefinizione della rete ospedaliera regionale di cui al D.A. 15 gennaio 2015 n.46, si rende necessario procedere alla rideterminazione delle dotazioni organiche delle strutture ospedaliere rendendo le stesse, da un lato, coerenti e parametrare 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 alla 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.

Le dotazioni organiche delle strutture ospedaliere vanno altresì costruite tenuto conto dei processi di razionalizzazione ed accorpamento previsti dal piano regionale di rimodulazione della rete ospedaliera. Pertanto, preliminarmente alla definizione delle dotazioni organiche, le aziende dovranno procedere, già nell'immediato:

- a) in sede di definizione dell'atto aziendale a prevedere l'accorpamento in un'unica struttura delle U.O.C. che, nell'ambito degli ospedali riuniti o della stessa azienda ospedaliera, costituiscono duplicazioni di discipline esistenti non giustificate in relazione agli standard indicati nel c.d. "Regolamento Balduzzi" e da indici di performance misurati sulla base di criteri individuati a livello nazionale e regionale. I predetti accorpamenti dovranno essere effettuati, anche in presenza di una diversa dislocazione logistica e territoriale;
- b) porre in atto tutte le iniziative finalizzate alla razionalizzazione organizzativa (ottimizzazione dei percorsi di cura, eliminazione di duplicazione diseconomica ed improduttiva di funzioni, integrazione fra i servizi ospedalieri) al fine di consentire la corretta quantificazione dei fabbisogni ed il razionale utilizzo delle risorse umane.

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 principio del modello assistenziale per intensità di cure.

La determinazione delle dotazioni organiche delle strutture ospedaliere dovrà avvenire nel rispetto del cronoprogramma di rimodulazione della rete ospedaliera regionale di cui al citato D.A. 15 gennaio 2015.

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;
- dai provvedimenti assessoriali attuativi della programmazione sanitaria regionale in materia di reti;
- 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;
- criteri di valutazione delle UU.OO. di cui alla Delibera di Giunta n. 119 del 14 maggio 2015.

Sulla base dei suddetti provvedimenti, 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.

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, il livello necessario di personale medico per assicurare tutta l'attività istituzionale del reparto è pari a otto dirigenti. Nello specifico, per i reparti di terapia intensiva, le otto unità dovranno essere incrementate del 20%; per i reparti ad elevata assistenza, le otto unità dovranno essere incrementate del 10%. 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 non svolgono attività ambulatoriale, che devono assicurare un servizio h24, anche attraverso l'istituto della pronta reperibilità, 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 punto nascita di II° livello (fermo restando, in quest'ultimo caso, quanto previsto dal D.A. 1868/11e 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, del rianimatore, del radiologo, del chirurgo e del medico internista. In tutti gli altri presidi ospedalieri dovrà essere assicurata la guardia h24 del medico anestesista. Nei distretti ospedalieri, dovrà essere garantita una guardia attiva di radiologia con connessione telematica con le altre strutture.

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 1.300 ore di attività ambulatoriale. 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.

Negli ospedali individuati quali sedi di punti nascita, secondo la programmazione regionale di cui ai DD.AA.1868/2011 e 1521/2013, 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 agli standard previsti dai medesimi decreti.

Per quanto riguarda le Unità Operative facenti parte delle reti per le patologie complesse tempo-dipendenti, nonché per i Centri Regionali di Riferimento individuati nella programmazione sanitaria regionale quali centri HUB, 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.

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 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 e di day surgery) 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.

Nella determinazione del predetto parametro di assistenza infermieristica per posto letto è escluso il personale con funzioni di coordinamento.

Fermo restando l'obbligo dell'ottimale utilizzo degli spazi di degenza - anche attraverso 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.

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.

In ogni caso, il fabbisogno infermieristico dovrà tendere al parametro di 1,8 infermieri per medico.

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). Pertanto il suddetto numero delle unità di personale medico attribuito ai Servizi viene aggiunto alle unità di personale medico dell'area della degenza.

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.

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 due unità.

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 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 n. 4 unità di personale medico (compreso il titolare della UOSD) per le unità operative che assicurano un servizio h12 con reperibilità notturna.

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. gastroenterologia, 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.

In particolare, il fabbisogno previsto dei radiologi 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.

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.

Servizi (personale infermieristico)

Il fabbisogno di personale infermieristico per i medesimi servizi viene stabilito nella misura massima del 25% 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.

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 sanitario non medico di due unità infermieristiche e di due unità di tecnici-sanitari.

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.

In ogni caso, il fabbisogno dovrà tendere al parametro di 1,8 infermieri per medico.

Direzione Medica di Presidio

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

- tra i 120 e i 250 PL: 2 unità di personale (compreso il Direttore di Presidio)
- tra 250 e 400 PL: 3 unità di personale (compreso il Direttore di Presidio)
- oltre 400 PL: 4 unità di personale (compreso il Direttore di Presidio)

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 (dirigenti e 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.

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, Ostetriche, 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 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.

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 al fine di garantire il funzionamento di tali registri secondo direttive che saranno emanate in un secondo momento.

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.

Gli standard di cui ai decreti di settore costituiscono parametri di riferimento cui tendere nella progressiva implementazione delle dotazioni organiche di ciascuna azienda, fermi restando i vincoli di cui sopra.

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 specifiche Linee d'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
2. Dipartimenti di salute mentale;

3. Dipartimento di prevenzione e 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 sanitario;
- 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 e prevenzione veterinaria

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

- Dirigenti medici/popolazione assistita x 1000: MAX 0,20
- Personale infermieristico, assistenti sanitari, ove presenti, OSS OTA/ popolazione assistita x1000: MIN 0,06 MAX 0,25
- Personale Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro/popolazione assistita x 1000: MIN 0,08 - MAX 0,15;
- Dirigenti veterinari/U.B.A x 100: MAX 0,13

Con riferimento ai Dirigenti veterinari, l'applicazione del parametro UBA determina un valore che deve essere considerato comprensivo 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.

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.

CRITERI PER LA RIDETERMINAZIONE DELLE DOTAZIONI ORGANICHE DEGLI IRCCS PUBBLICI

Per la definizione della pianta organica dell'IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo" si dovrà fare riferimento ai posti letto autorizzati con D.A. n. 46/2015 del 14/01/2015 "Piano di Riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliera-territoriale della regione Sicilia" che, nel merito, prevede fino a 115 posti letto per Gravi Celebrolesioni Acquisite e 40 posti letto SUAP.

Alla determinazione della dotazione organica l'IRCCS provvede, entro il numero dei posti letto assegnati, tramite una scelta "flessibile" dei profili professionali; in analogia alle strutture ospedaliere delle Aziende sanitarie, dovranno essere utilizzati i parametri previsti per le corrispondenti discipline secondo le indicazioni di carattere generale contenute in premessa e, tenuto conto della specifica vocazione dell'IRCCS e della valenza regionale, con un andamento tendenziale a quanto previsto dal Piano della Riabilitazione di cui al D.A. del 30/10/2012.

Con riferimento al personale infermieristico, agli OSS/OTA, ASA ed al personale della riabilitazione potranno essere utilizzati i valori massimi, in considerazione dello status di unico IRCCS pubblico regionale.

Il parametro complessivo del 10%, previsto per il ruolo Amministrativo e Professionale, nelle Aziende Ospedaliere, in considerazione della particolare struttura dell'IRCCS, caratterizzata da una intensa attività volta alla ricerca scientifica, dovrà tenere conto anche dell'Area della ricerca sperimentale e tecnologica.

PERSONALE OPERANTE NELL'AREA DEI SERVIZI AMMINISTRATIVI (Aziende Ospedaliere, ARNAS, Aziende Ospedaliero-Universitarie, ASP)

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.

PERSONALE DEL CENTRO REGIONALE TRAPIANTI, CQRC

Con successivi provvedimenti verranno definiti i criteri per la determinazione delle dotazioni organiche degli organismi di valenza regionale CRT e CQRC.

PERSONALE SERVIZIO URGENZA EMERGENZA SANITARIA 118

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

Per il personale del 118 – ed in linea con quanto previsto nell'obiettivo specifico 3.2.3 Riqualficazione della Rete di Emergenza-Urgenza del Programma Operativo di Consolidamento e Sviluppo 2013-2015- si porrà in essere una graduale neutralizzazione del sistema attuale che prevede il ricorso prevalente al personale "in incentivazione" a fronte di una azione di graduale 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, dovrà essere previsto nelle piante organiche delle Aziende territoriale 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.

Per le conseguenti modifiche alle attuali dotazione organiche, verrà prevista una variazione del tetto di spesa delle aziende sanitarie interessate, anche attraverso riconversione delle somme in atto destinate e corrisposte a titolo di incentivi al personale.

LIMITE DI SPESA COMPLESSIVO (Aziende Ospedaliere, ARNAS, Aziende Ospedaliero-Universitarie, IRCCS, ASP)

In sede di determinazione 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 dell'anno 2011, come determinato con il D.A. 2322 del 16 novembre

2011, fatti salvi eventuali riequilibri che si renderanno necessari nel rigoroso rispetto del tetto di spesa complessivo regionale, così come rideterminato dal medesimo D.A. 2322/2011 per effetto della rimodulazione della rete ospedaliera.

Successivamente, all'atto della copertura dei posti vacanti o che tali si renderanno, ivi compresi quelli in atto coperti con rapporti di lavoro a tempo determinato occorrerà che vengano rispettati, oltre che il tetto di spesa complessivo come sopra determinato, gli impatti in termini di economie previsti dal Piano Operativo di Consolidamento e Sviluppo (P.O.C.S.) 2013-2015.

Il tetto di spesa come sopra determinato è rilevabile e confrontabile con il dato di cui alla tabella D.1.2. di ciascuna Azienda e – in ogni caso – va calcolato con riferimento alla Circolare n. 9 del 17 febbraio 2006 del Ministero dell'Economia e delle Finanze, 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);
2. i compensi corrisposti al personale con contratto di collaborazione coordinata e continuativa o che presta servizio con altre forme di lavoro flessibile (ivi compresa la somministrazione di lavoro temporaneo) o con convenzioni. Sono inoltre inclusi gli eventuali emolumenti a carico delle Aziende Sanitarie corrisposti ai lavoratori socialmente utili;
3. gli oneri riflessi a carico del datore di lavoro per contributi obbligatori;
4. l'IRAP;
5. gli assegni per il nucleo familiare, buoni pasto e spese per equo indennizzo;
6. 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;
2. 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;
3. le spese per la formazione e le missioni.

Sono altresì da escludere gli oneri per i rinnovi contrattuali succedutisi a decorrere dal 2005, calcolati secondo il principio della competenza.

Rientra nel tetto di spesa, come sopra determinato, la spesa relativa al personale universitario in convenzione, secondo i protocolli d'intesa fra l'Assessorato della Salute e l'Università degli Studi che non potrà comunque superare, per ciascuna Azienda, quella relativa all'anno 2014 come rilevata dalla tabella D.1.2.

VERIFICA DELLA RIDETERMINAZIONE DELLE DOTAZIONI ORGANICHE

La Dotazione Organica Aziendale dovrà essere predisposta nel rispetto delle vigenti previsioni contenute nella contrattazione collettiva in materia di relazioni sindacali.

Ai sensi dell'art. 16 della L.R. 5/09, il controllo sulle dotazioni organiche complessive come sopra determinate, 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;
- 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);
- 2) i posti vacanti e disponibili, con specifica e separata indicazione di quelli coperti con contratto di lavoro a tempo indeterminato;
- 3) i posti vacanti e non disponibili (con procedure concorsuali avviate/congelati per incarico ex art. 15 septies decreto legislativo n. 502/92, ecc.);
- 4) i posti che presumibilmente si renderanno vacanti per cessazione dal servizio nel triennio 2105-2017e successivamente dalla data di rideterminazione delle dotazioni organiche.
- 5) la dimostrazione, attraverso apposite tabelle, del parametro applicato rispetto a quelli previsti dalla presente Linea Guida;
- 6) la dimostrazione del rispetto del tetto di spesa;
- 7) una relazione tecnica di accompagnamento che illustri criteri e modalità utilizzate per la definizioni 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 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 DELLE DOTAZIONI ORGANICHE

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

- a) ad assorbire, ai sensi dell'art. 1 comma 8 della legge 189/2012, gli eventuali esuberanti 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 esuberanti, presso altre aziende sanitarie della regione, anche al di fuori dell'ambito provinciale;
- b) 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);
- c) 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;
- d) al contenimento e alla progressiva riduzione della spesa per assunzioni a tempo determinato del personale sanitario.

A seguito della rideterminazione 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 2016 - predisporre un programma annuale di revisione delle consistenze di personale dipendente a tempo indeterminato, determinato e che presta servizio con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di collaborazione.

Parametri tendenziali di riferiemnto per discipline: MEDICI				
Proposta Linee Guida			Medici*	
Codice	Discipline	Cluster per intensità assistenziale	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

Parametri tendenziali di riferiemnto per discipline: MEDICI				
66	Oncoematologia		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

Parametri tendenziali di riferiemnto per discipline: INFERMIERI

Proposta Linee Guida			Infermieri	
Codice	Discipline	Cluster per intensità assistenziale	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	Geriatria	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

Parametri tendenziali di riferiemnto per discipline: INFERMIERI				
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