

## **LINEE D'INDIRIZZO REGIONALI PER LA RIDETERMINAZIONE DELLE DOTAZIONI ORGANICHE**

### **PREMESSA**

Le presenti linee guida vengono elaborate ed assunte tenuto conto dei nuovi assetti organizzativi scaturenti dal nuovo piano di rimodulazione della rete ospedaliera, approvata con D.A. 15 gennaio 2015, delle previsioni della riforma del Servizio sanitario regionale di cui alla L.R. n. 5/2009 e dei conseguenti e correlati provvedimenti attuativi e nel 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 nonché gli effetti delle misure di contenimento e riduzione della spesa per il personale previsti dal Piano Operativo di sviluppo e consolidamento (POCS) 2013-2015.

Con D.A. 14 gennaio 2015, pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana n. 4 del 23 gennaio 2015, si è proceduto alla riqualificazione e rifunzionalizzazione della rete ospedaliero-territoriale della regione Sicilia.

In particolare, la rimodulazione complessiva della rete ospedaliera, il tendenziale e progressivo decremento dei posti letto e delle strutture ospedaliere complesse, interessate ai sensi del Regolamento attuativo del Decreto "Balduzzi" da processi di accorpamento\suppressione, nonché il concomitante rafforzamento dell'offerta in ambito territoriale da portare a completamento nell'arco del triennio 2015-2017, avranno come conseguenza - a livello di sistema sanitario regionale - una contrazione progressiva del personale impiegato in attività di assistenza e cura in ambito ospedaliero e la necessità di disporre di figure professionali adeguate per l'erogazione dei servizi in ambito territoriale.

Le presenti linee di indirizzo regionali hanno lo scopo di orientare il processo di rideterminazione delle dotazioni organiche verso principi e criteri univoci, omogenei e unitari che, pur nell'ambito delle specifiche peculiarità delle singole realtà aziendali, possano garantire una base comune di riferimento applicativo per ogni funzione e ruolo.

Le nuove dotazioni organiche dovranno essere, da un lato, commisurate all'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 processo di rimodulazione della rete ospedaliera di cui al D.A. 15 gennaio 2015 e, dall'altro lato, compatibili con gli standard in materia di spesa per il personale delle Regioni c.d. virtuose, considerando tale compatibilità come il rispetto del tetto di spesa fissato.

Le dotazioni organiche vanno elaborate operando una scelta flessibile 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, secondo gli standard minimi e massimi di personale individuati ed indicati nella presente linea guida.

I parametri e standard utilizzati nella presente linee guida per la determinazione del fabbisogno di personale fanno riferimento:

- al costo del personale, che fa riferimento al tetto di spesa 2011 come determinato dal D.A. 2322/11, decurtato degli effetti conseguenti all'attuazione delle previste nel Piano Operativo di Consolidamento e Sviluppo (P.O.C.S.) 2013-2015, come quantificati nello stesso documento;
- ai posti letto;
- alla popolazione assistita.

Resta inoltre in capo alle Aziende del S.s.r. l'obbligo di adeguarsi agli standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza di cui al Piano Sanitario Regionale (Patto della Salute) 2011-2013 e del Regolamento attuativo del Decreto "Balduzzi".

Le nuove dotazioni organiche dovranno, infine, prevedere l'inserimento di figure professionali ritenute strategiche e nelle attuali dotazioni organiche carenti (*energy manager, risk manager/ingegneri clinici, ingegneri informatici e civili, internal auditor, esperti con specifiche competenze in programmazione e controllo e gestione aziendale.*) 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 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.

## **CRITERI PER LA RIDETERMINAZIONE DELLE DOTAZIONI ORGANICHE DELLE STRUTTURE OSPEDALIERE**

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

In conseguenza della ridefinizione della rete ospedaliera regionale di cui al D.A. 15 gennaio 2015, si rende necessario procedere alla rideterminazione delle dotazioni organiche delle strutture ospedaliere rendendo le stesse, da un lato, coerenti e parametrize con i nuovi assetti di rete che vedono prevedono una riduzione complessiva del numero 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, 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 delle U.O.C. che, nell'ambito dello stesso presidio ospedaliero, costituiscono duplicazioni di discipline esistenti;
- b) porre in atto tutte le iniziative finalizzate alla razionalizzazione organizzativa (razionalizzazione dei percorsi di cura, eliminazione di duplicazione inutile 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 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 decreto "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.

Sulla base dei suddetti provvedimenti, la dotazione organica va correlata non solo al numero di posti letto ma anche all'attività svolta per soddisfare le altre 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 corretta 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 subintensiva
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 del parametro "complessità delle prestazioni", che rappresenta le risorse finanziarie e l'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, negli IRCCS e nei presidi ospedalieri delle Aziende

Sanitarie Provinciali.

### **Area della degenza (Personale medico)**

Il parametro da utilizzare al fine della determinazione delle nuove dotazioni organiche è quello nr. medici per posto letto, distinto per area di intensità di cure. Pertanto, con riferimento al personale medico che presta servizio nelle aree di degenza (mediche e chirurgiche) gli standard di riferimento, 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, sono i seguenti:

#### **Terapia intensiva**

Rianimazione	1,00
Grandi Ustionati	1,00
U.T.I.N.	Normativa reg.le
U.T.I.C.	0,75
U.T.I.R.	0,75

#### **Elevata specialità**

ELEVATE SPECIALITA'	
Cardiochirurgia	0,75
Neurochirurgia	0,75
Unità Spinale	0,45
Neonatologia	0,75
Ematologia con Trapianto	0,75
Nefrologia	0,75
Malattia Infettive	Normativa reg.le
Psichiatria	Normativa reg.le

## Medie Specialità

MEDIE SPECIALITA'	
Cardiologia	0,38
Chirurgia Maxilli-Facciale	0,50
Chirurgia Oncologica	0,50
Chirurgia Pediatrica	0,50
Chirurgia Toracica	0,50
Chirurgia Vascolare	0,50
Oftalmologia	0,50
Odontostomatologia	0,50
ORL	0,50
Urologia	0,50
Ematologia	0,38
Nefrologia e Dialisi	0,38
Neurologia	0,38
Neuropsichiatria Infantile	Normativa reg.le
Oncologia Medica	0,38
Chirurgia d'Urgenza	0,50
Radioterapia	0,38
Pediatria	0,31
Thalassemia	0,31
Angiologia	0,25
Malattie Apparato Respiratorio	0,25
Dermatologia	0,25
Diabetologia	0,25
Endocrinologia	0,25
Gastroenterologia	0,25
Geriatrics	0,25
Medicina del Lavoro	0,38

## Specialità di base

SPECIALITA' DI BASE	
Chirurgia Generale	0,25
Medicina Interna	0,25
Ortopedia e Traumatologia	0,25
Ostetricia e Ginecologia	Normativa reg.le

## Riabilitazione

Medicina Fisica e Riabilitazione	0,16
----------------------------------	------

## Lungodegenza

Lungodegenza	0,13
--------------	------

Nel 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".

Per le unità operative di degenza che devono assicurare un servizio h24, anche attraverso l'istituto pronta reperibilità, e in cui il calcolo del fabbisogno operato secondo i criteri suddetti non garantisce il numero minimo di personale medico necessario ad assicurare la turnistica, il fabbisogno calcolato deve essere integrato del numero di unità necessario a raggiungere il numero minimo di sei dirigenti.

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. 1868/11 sopra richiamato), 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; 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.

L'attività ospedaliera va finalizzata 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. Pertanto, per le unità operative di degenza che svolgono attività ambulatoriale per esterni, 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.

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 Pronti 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 ospedaliere facenti parte delle reti ospedaliere per le patologie complesse tempo-dipendenti si applicano, ai fini della determinazione del fabbisogno di personale, gli standard organizzativi previsti dalla normativa nazionale e regionale vigente.

Per i Centri Regionali di Riferimento individuati nella programmazione sanitaria regionale quali centri HUB, ai fini della determinazione del fabbisogno di personale trovano applicazione i modelli organizzativi previsti dai DD.AA. di riferimento.

Per quanto riguarda le Unità Operative di Malattie Infettive, Psichiatria e Neuropsichiatria Infantile occorre fare riferimento alla normativa regionale di riferimento.

### **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. Pertanto, con riferimento al personale infermieristico che presta servizio nelle aree di degenza (mediche e chirurgiche) gli standard di riferimento, 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, sono i seguenti:

#### **TERAPIE INTENSIVE**

Rianimazione	1,75
Grandi Ustionati	1,75
U.T.I.N.	Normativa reg.le
U.T.I.C.	1,75
U.T.I.R.	1,75

#### **ELEVATE SPECIALITA'**

ELEVATE SPECIALITA'	
Cardiochirurgia	1,00
Neurochirurgia	1,00
Unità Spinale	0,70
Neonatologia	1,75
Ematologia con Trapianto	1,75
Nefrologia	1,75
Malattia Infettive	Normativa reg.le
Psichiatria	Normativa reg.le

**MEDIE SPECIALITA'**

MEDIE SPECIALITA'	
Cardiologia	0,75
Chirurgia Maxilli-Facciale	0,75
Chirurgia Oncologica	0,75
Chirurgia Pediatrica	0,75
Chirurgia Toracica	0,75
Chirurgia Vascolare	0,75
Oftalmologia	0,75
Odontostomatologia	0,75
ORL	0,75
Urologia	0,75
Ematologia	0,75
Nefrologia e Dialisi	0,75
Neurologia	0,75
Neuropsichiatria Infantile	Normativa reg.le
Oncologia Medica	0,75
Chirurgia d'Urgenza	0,75
Radioterapia	0,75
Pediatria	0,75
Thalassemia	0,75
Angiologia	0,75
Malattie Apparato Respiratorio	0,75
Dermatologia	0,75
Diabetologia	0,75
Endocrinologia	0,75
Gastroenterologia	0,75
Geriatrics	0,75
Medicina del Lavoro	0,75

**SPECIALITA' DI BASE**

SPECIALITA' DI BASE	
Chirurgia Generale	0,50
Medicina Interna	0,50
Ortopedia e Traumatologia	0,60
Ostetricia e Ginecologia	Normativa reg.le

#### **RIABILITAZIONE**

Medicina Fisica e Riabilitazione	0,50
----------------------------------	------

#### **LUNGODEGENZA**

Lungodegenza	0,38
--------------	------

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, la fruizione dei riposi festivi e delle ferie, nonché la gestione di eventuali malattie, prevedendo un organico minimo di dodici unità (due infermieri per turno h24).

#### **Necessita garantire assistenza h 24.**

#### **Pronti 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 9 medici per i primi 25.000 accessi annui, con la previsione di un medico ogni ulteriori 5.000 accessi annui al di sopra dei 25.000, oltre al Direttore/Responsabile dell'Unità operativa. Tale dotazione è poi da integrarsi ulteriormente in relazione alla eventuale 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 una ulteriore unità nelle 12 ore oltre i 75.000 accessi.

#### **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 – tendenzialmente-:

- per il 15% nei servizi di Anestesia;
- per il 25% nei servizi di laboratorio analisi, trasfusionale ed Anatomia Patologica;
- per il 20% nei servizi di Radiologia;
- per il 40% negli altri servizi ospedalieri, ivi compresi i servizi di staff ed igienico-organizzativi.

Per quanto riguarda le attività di sala operatoria, la stima del fabbisogno di personale deve prevedere un dirigente medico anestesista per sala operatoria.

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.

### **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.

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.

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

Viene individuato un parametro rapportato al numero dei posti letto variabile da 0,15 a 0,20 unità per posto letto, in relazione alla presenza nel Presidio di discipline che richiedono una maggiore presenza del profilo (Ortopedia, Geriatria, Lungodegenza, ecc.)

## **Ausiliari**

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%.

## **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 5% 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, pari al 3% degli stessi.

## **Personale del ruolo tecnico**

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.

I parametri e gli standard previsti nelle presenti linee guida e riconducibili all'area dell'assistenza ospedaliera trova applicazione ove compatibili con il tetto di spesa 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.

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

Il fabbisogno di personale delle strutture territoriali - come scaturenti dagli assetti organizzativi individuati dagli atti aziendali in conformità alle specifiche linee guida regionali e riferito sia al livello di prevenzione che a quello dell'assistenza collettiva - va determinato correlandolo alla domanda di servizi da parte degli assistiti di ciascuna ASP, rapportando le unità di personale complessivamente individuate per ciascun livello al numero degli assistiti di ciascuna azienda territoriale.

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, si individua il parametro dirigenti medici\popolazione assistita variabile da 0,55-0,65 medici per mille abitanti, con progressivo e tendenziale raggiungimento del valore massimo in conseguenza della realizzazione dei processi di riorganizzazione del rapporto ospedale\territorio.

In ogni caso, ai fini della determinazione del fabbisogno di personale, occorrerà tenere conto degli standard previsti dalle disposizioni regionali emanate in attuazione della programmazione sanitaria regionale (L.R. 5/2009, Piano Sanitario Regionale\Patto della Salute 2011-2013) disciplinanti problematiche di settore.

Gli standard previsti dalle predette disposizioni trovano applicazione anche nell'area ospedaliera, nel caso in cui la struttura ne sia coinvolta\interessata quale componente della rete (centro di riferimento, centro hub o centro spoke) o nell'ipotesi di funzioni presenti all'interno della stessa (es. Unità Operativa per la Educazione e la Promozione della Salute).

I suddetti standard costituiscono atto di indirizzo operativo e trovano attuazione compatibilmente con il rispetto del tetto di spesa determinato ai sensi della presente linea guida ed assegnato a ciascuna azienda. In ogni caso, ai fini del loro rispetto, occorrerà dare priorità alle linee di attività già consolidate e/o riconducibili ad obiettivi e programmi contenuti nei Patti della Salute nazionali e regionali (es. screening).

### **CRITERI PER LA RIDETERMINAZIONE DELLE DOTAZIONI ORGANICHE DEGLI IRCSS**

Le dotazioni organiche degli IRCSS sono determinate entro il numero totale di posti individuati ricopribili con rapporti di lavoro di tipo subordinato a tempo pieno, ovvero con unità di personale con prestazioni lavorative equivalenti (*Es. n.1 posto di dotazione organica ricopribile con n. 2 unità di personale con rapporto di lavoro part time al 50%*).

Alla determinazione delle dotazioni organiche l'IRCCS procede, entro il numero dei posti massimi ammissibili, tramite una scelta "flessibile" dei profili professionali e discipline, tenuto conto di quanto previsto dal Piano della Riabilitazione di cui al D.A. del 30/10/2012 pubblicato sulla GURS del 21/12/2012.

La rideterminazione della dotazione organica potrà avvenire nel rispetto dei nuovi profili professionali di cui alle declaratorie allegate al vigente CCNL del personale del comparto, della normativa vigente in materia di organizzazione del lavoro, di quanto definito in merito con le linee generali di indirizzo regionali, e di ogni ulteriore disposizione normativa e contrattuale, nazionale e regionale, vigente in materia di gestione delle risorse umane, nel rispetto dei seguenti STANDARD DI PERSONALE:

Il Piano della Riabilitazione di cui al D.A. del 30/10/2012 prevede che essendo le Unità Gravi Celebrolesioni (UGC) quali l'IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo" strutture riabilitative di alta specialità, ai fini della definizione della dotazione di personale medico e sanitario, si debba fare riferimento agli standard medi nazionali. Prevede inoltre tali Strutture debbano essere dotate di *"personale specificatamente addestrato, qualificato e numericamente adeguato, comprendente un team fisso costituito da: medici fisiatristi, neurologi, infermieri specializzati, fisioterapisti, logopedisti, terapisti occupazionali, psicologi clinici, operatori tecnici d'assistenza, animatori, assistenti sociali; il nucleo operativo può essere integrato da specialisti di altre discipline quali: neurologia, neurofisiopatologia, rianimazione, medicina interna"*.

Pertanto, in coerenza con gli standard medi nazionali il personale medico dovrà essere dato dal seguente rapporto come previsto dal D.A. 1868 per le Strutture di Fascia "A":

**a) Rapporto Dirigenza medica/posto letto** **MIN. 0,42    MAX 0,60**

Per il personale addetto all'Assistenza sanitaria ed all'assistenza riabilitativa si dovrà fare riferimento a quanto prevede il Piano della Riabilitazione di cui al D.A. del 30/10/2012 per le "Unità di riabilitazione intensiva gravi cerebrolesioni acquisite (UGC)" e per le Speciali Unità Accoglienza Permanente per pazienti in SV e SMC prolungato (SUAP) e precisamente:

- b) Assistenza Sanitaria omnicomprensiva (pazienti GCA): 480 minuti/paziente/die**
- c) Assistenza Sanitaria omnicomprensiva (pazienti SUAP): 312 minuti/paziente/die**
- d) Assistenza Riabilitativa omnicomprensiva (pazienti GCA): 240 minuti/paziente/die**
- e) Assistenza Riabilitativa omnicomprensiva (pazienti SUAP): 40 minuti/paziente/die**

Gli standard predetti, relativamente ai profili di medici/infermieri, o.s.s e personale della riabilitazione, vanno riferiti alla dotazione organica nel suo complesso e non alle singole UU.OO. con posti letto, in quanto comprendono anche la dotazione organica dei Servizi senza posti letto. In relazione alle UU.OO. con posti letto vanno differenziati in rapporto all'intensità di cura.

Per la definizione della Pianta Organica l'IRCCS Centro Neurolesi "Bonino Pulejo" dovrà fare riferimento ai posti letto autorizzati con D.A. n. 46/2015 del 14/01/2015 "Piano di Riqualficazione 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.

Le posizioni sopra previste dovranno essere integrate con una previsione adeguata in termini di dotazione organica per i profili professionali del ruolo tecnico e professionale che presuppongono specifica esperienza professionale e competenze nell'ambito del settore informatico e tecnologico che non potrà eccedere il 5% del totale delle posizioni sanitarie ed assistenziali previste.

Inoltre, in relazione alle Alte tecnologie ed alla Tecnologia Robotica di cui l'IRCCS è dotato, per quanto attiene l'individuazione quali - quantitativa del personale necessario all'implementazione delle stesse, al fine di definire l'adeguata dotazione organica in relazione ai profili professionali necessari per l'utilizzo delle stesse, l'IRCCS potrà prevedere posti aggiuntivi in aumento rispetto la dotazione sopra indicata nel limite di un ulteriore 10% rispetto i posti totali previsti.

Infine per il Ruolo Amministrativo, in considerazione della particolare Struttura dell'IRCCS, caratterizzata da una intensa attività amministrativa volta alla ricerca scientifica, dovrà essere prevista una percentuale di personale appartenente ai ruoli amministrativi pari al 7% del totale per l'Area Amministrativa e Sanitaria ed al 3% del totale per l'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 massimo di personale (dirigenti e comparto) pari al 10% della dotazione organica complessiva, calcolata su *(definire base di calcolo.....)* per le AO, per le AOU e per le ARNAS e del 14% per le ASP. Nel rispetto di quanto previsto dal regolamento attuativo del Decreto Balduzzi, nei Presidi Ospedalieri, il rapporto percentuale tra il numero del personale del ruolo amministrativo ed il numero totale del personale non potrà superare il valore del 7%.

In particolare, in sede di determinazione delle nuove dotazioni organiche, la Dirigenza professionale, tecnica ed amministrativa dovrà essere interessata da un progressivo processo di rifunionalizzazione 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, ingegneri informatici e civili, 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, DELLA RETE TUMORI E DELLE CENTRALI OPERATIVE SUES 118**

Le dotazioni organiche delle Aziende sanitarie di riferimento dovranno prevedere e contenere gli organici del Centro Regionale Trapianti, della rete Tumori e delle Centrali Operative del 118. Per tale finalità verrà prevista una modifica ed integrazione 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.

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**

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.

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 e di giudizio.

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 2105-2017 e successivamente dalla data di rideterminazione delle dotazioni organiche.
- 5) la dimostrazione, attraverso apposite tabelle, del rispetto dei parametri\standard previsti dalla presente Linea Guida;
- 6) la dimostrazione del rispetto del tetto di spesa.

Con riferimento alle strutture ospedaliere ed ai fini delle verifiche di conformità alle presenti linee guida, i posti di dotazione organica della Dirigenza Medica, oltre che per disciplina, dovranno essere indicati per struttura, mentre quelli del personale infermieristico 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 agli standard "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 del Decreto 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 all':

- a) assorbimento, ai sensi dell'art.1 comma 8 della legge 189/2012, degli 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 esuberi, presso altre aziende sanitarie della regione, anche al di fuori dell'ambito provinciale;

- b) avvio, nel rispetto dei limiti del tetto di spesa, delle 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) avvio, nel rispetto dei limiti del tetto di spesa e delle unità di personale individuate, delle 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) contenimento e 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 ed 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.

BOZZA