

LINEE GUIDA

Criteria per il calcolo del fabbisogno di personale da utilizzare per la definizione delle dotazioni organiche delle Aziende/Enti del SSR

Riferimenti Normativi

- L.R. 36/94 e DGR n.229/96
- L.R. 30/1998 “Norme e principi per il funzionamento dei Dipartimenti di Salute Mentale”
- L.R. 27/1999 “ Istituzione e disciplina del Dipartimento delle Dipendenze Patologiche”
- L.R. 8/2002 “ Regolamento di organizzazione e funzionamento RSA”
- L.R. 9/2002 Regolamento Regionale sui principi, criteri ed indirizzi per l’adozione dell’atto aziendale”
- L.R. 1/2004- art.30 come modificato dall’art.14 della L.R. 25/2006
- L.R. 14/2004-art.30 (istituzione S.C. di Unità operativa per le attività di statistica ed epidemiologia, unità controllo di gestione, centrale operativa provinciale del sistema di emergenza “118”, servizi di radiologia territoriali)
- R.R. n. 3/2005
- L.R. 24/2006 “Norme di organizzazione del Sistema trasfusionale regionale”
- L.R. 25/2006 “ Principi e organizzazione del Servizio Sanitario Regionale”
- L.R. 26/2006 “Interventi in materia sanitaria”
- R.R. 30.6.2009 n. 13 “Organizzazione Dipartimenti di prevenzione modificato con R.R. 18.12.2012 n.30”
- DGR n. 2488 del 15.12.2009 integrata con DGR n. 1479 del 30.6.2011 rettificata con DGR n. 1788 del 2.8.2011 “Nuovo assetto del Servizio Emergenza-Urgenza 118”
- L.R. 4/2010 – art.39 “Organizzazione Dipartimenti di prevenzione modificata con R.R. 18.12.2012 n.30”
- DGR n. 2866 del 20.12.2010 - Dief 2010 – (istituzione s.s. a valenza dipartimentale del servizio di Ingegneria Clinica, Servizio Informazione e Comunicazione, Servizio Sistemi Informativi, ufficio Tutela Privacy, ufficio gestione CUP aziendale)

- DGR n. 1388/2011 e n. 3008/2012 “Individuazione strutture complesse, semplici, posizioni organizzative e coordinamento”
- DGR n. 854/2010 e n. 2268/2010 “Ufficio Gestione CUP aziendale S.S. a valenza dipartimentale”
- D.G.R. n. 361 8 Marzo 2011 Assistenza penitenziaria
- R.R. 18.4.2011 n. 6 “ Regolamento di organizzazione del Distretto Socio-Sanitario”
- D.G.R. n.1575 12.07.2011
- R.R. 20.8.2012 n. 20 “direzioni amministrative”
- R.R. n.6/2013 “Regolamento Regionale sul Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitativa”
- D.G.R. n. 468/2010
- D.G.R. n. 3066 del 27.12.2012 Responsabile anticorruzione
- D.G.R. n. 3066 del 27.12.2012 Rete consultoriale territoriale
- Regolamento regionale “Definizione dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle attività sanitarie delle strutture di Medicina Trasfusionale”
- R.R. D.G.R. 928/2013 Dipartimento di Prevenzione
- D.G.R. n. 1521 2 Agosto 2013 “Attuazione dell’Accordo in C.U. del 22.11.2012. Approvazione Linee Guida regionali per l’Autismo”

PREMESSA

Nell’ambito del complesso processo di riordino del Servizio sanitario regionale in corso di attuazione, facendo seguito ai provvedimenti di razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera (regolamenti regionali nn. 18/2010 e 36/2012), e di razionalizzazione delle Unità Operative Complesse e Semplici (deliberazioni giuntali nn. 1388/2011 e 3008/2012), di riorganizzazione del distretto, del Dipartimento di Prevenzione nonché del Dipartimento di Riabilitazione, si rende necessario pervenire ad una ridefinizione delle dotazioni organiche delle Aziende ed Enti del SSR finalizzata a renderle funzionali e coerenti col nuovo assetto strutturale che il sistema sanitario regionale è destinato ad assumere a seguito dell’attuazione degli evidenziati provvedimenti di riordino.

E’ di tutta evidenza, infatti, che un processo di riorganizzazione complessiva del sistema, quale quello che si è posto in essere e si sta tuttora attuando, con la previsione anche di nuovi modelli organizzativo-gestionali, deve trovare adeguato riscontro e rispondenza anche dal punto di vista delle risorse umane impiegate, che – da un lato – dovranno essere, da un punto di vista quantitativo, coerenti con gli standard di numerosità del personale delle Regioni ‘virtuose’ e, d’altro canto, comunque idonee a garantire l’erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, efficacia ed efficienza (art. 2, comma 2, Patto per la Salute 2010-2012).

In siffatto contesto la rideterminazione delle dotazioni organiche aziendali assume pertanto un ruolo ed una valenza strategica, potendosi – attraverso di esse – pervenire ad una più razionale allocazione delle risorse umane.

Occorre comunque considerare che per le Aziende ed Enti del SSR, ai sensi dall'articolo 1, comma 565, della Legge Finanziaria 2007 e s.m.i. confermato dal comma 21 dell'Art.15 del D.L. 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla L. 7 agosto 2012, n. 135, adottino le misure necessarie a garantire che la spesa per il personale per ciascuno degli anni 2013, 2014, e 2015 sia ridotta dell'1,4 per cento rispetto a quella del 2004, ovvero per ogni Azienda/Ente pone limiti al costo del personale in servizio e da assumere. Ai fini dell'applicazione di tali disposizioni, le spese per il personale sono considerate al netto: a) per l'anno 2004, delle spese per arretrati relativi ad anni precedenti per rinnovo dei contratti collettivi nazionali di lavoro; b) per ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015, delle spese derivanti dai rinnovi dei contratti collettivi nazionali di lavoro intervenuti successivamente all'anno 2004.

A tal proposito occorre rilevare che, se da un lato, è evidente che le Aziende USL della Regione Puglia hanno già provveduto nel corso dell'ultimo triennio ad una notevole riduzione del personale in servizio (che, al netto delle categorie protette, al 31.12.2012 si è attestato sulle 38713 unità, a fronte delle 42284 unità registrate al 31.12.2009), d'altro canto non può omettersi di considerare che, nel medesimo arco temporale, anche l'offerta sanitaria pubblica, espressa in termini di posti letto, ha subito una notevole riduzione.

Evidenziata quindi la necessità, in relazione al quadro appena delineato, di pervenire ad una rideterminazione delle dotazioni organiche aziendali, appare opportuno fornire delle linee di indirizzo regionali onde far sì che tale processo di rideterminazione prenda le mosse da principi e criteri omogenei e unitari che, pur nell'ambito delle specifiche peculiarità delle singole realtà aziendali, possano garantire una base comune di riferimento applicativo.

L'articolo 6 del decreto legislativo n. 165 del 2001, così come modificato da ultimo col decreto legislativo n. 150/2009, dispone al comma 1 che "nelle amministrazioni pubbliche l'organizzazione e la disciplina degli uffici, nonché la consistenza e la variazione delle dotazioni organiche sono determinate in funzione delle finalità indicate all'articolo 1, comma 1, previa verifica degli effettivi fabbisogni (...)".

Dunque, le Amministrazioni pubbliche devono determinare le proprie dotazioni organiche in funzione dell'accrescimento della propria efficienza (lett. a dell'articolo 1, comma 1, del D. Lgs. n. 165/2001), della razionalizzazione del costo del lavoro pubblico e del contenimento della spesa complessiva per il personale (lett. b dell'articolo 1, comma 1, cit.) e della realizzazione della migliore utilizzazione delle risorse umane (lett. c dell'articolo 1, comma 1, cit.), muovendo da una preventiva verifica degli effettivi fabbisogni di personale.

E', quest'ultimo, un aspetto di fondamentale importanza in quanto solo una coerente ed efficace rilevazione del fabbisogno del personale, che è necessario all'amministrazione per porre in essere le proprie attività e conseguire gli obiettivi che alla stessa sono demandati, consente di prevedere dotazioni organiche che siano razionali ed efficienti, coerenti con la *mission* aziendale, e che non aggravino inutilmente la spesa pubblica, tanto più in un momento storico, quale quello attuale, in cui si pone evidente la necessità di individuare strumenti che possano continuare a garantire la tenuta del Servizio sanitario nazionale nonostante la costante diminuzione del finanziamento statale per la sanità.

Alla luce di quanto appena rilevato, si rende pertanto necessario individuare dei criteri che – in primis con riferimento ai profili professionali che costituiscono il "nocciolo duro" della dotazione organica aziendale, sia da un punto di vista numerico che della tipologia di funzioni svolte – consentano alle Aziende ed Enti del SSR di definire, in maniera per quanto possibile oggettiva ed omogenea, gli effettivi fabbisogni di personale da formalizzare nelle previsioni della dotazione organica aziendale.

In definitiva le Aziende/Enti regionali dovranno applicare gli standards definiti a livello regionale, e verificare che il costo della dotazione organica così ottenuta rientri nei limiti consentiti, in caso contrario dovrà essere rimodulata l'organizzazione prevista al fine di ridurre il fabbisogno di personale e



conseguentemente rientrare del limite di spesa consentito, proponendo alla Regione una riorganizzazione degli ospedali e del territorio che, assicurando i livelli essenziali di assistenza in sicurezza, permetta il rispetto dei vincoli finanziari esistenti. Se ciò non fosse possibile, ovvero qualora non si riuscisse a rimodulare la dotazione organica senza porre limitazioni ai livelli essenziali di assistenza, la Regione autorizzerà le assunzioni nel rispetto dei limiti economici derivanti dalla normativa in essere.

Definizione dei fabbisogni di personale

La riorganizzazione della rete ospedaliera ha come finalità anche una migliore distribuzione del personale tra le varie aree assistenziali. Tale redistribuzione insieme ai suddetti vincoli economici rendono necessarie alcune considerazioni, come ad esempio definire per ciascuna area assistenziale una percentuale massima di spesa per il personale, sul totale consentito.

In particolare per le ASL abbiamo definito i limiti massimi riportati nella successiva tabella 1.

Per le Aziende Ospedaliere e gli IRCCS si applica solo il limite del 12% relativo all'Amministrazione centrale.

Tabella 1

Area	Quota della spesa totale per il personale
Assistenza Ospedaliera ASL	58%
Uffici centrali ASL (con un limite massimo del 7% per tutti i profili amministrativi, rispetto al costo totale del personale; il personale amministrativo nei vari presidi ospedalieri, ivi compresi i plessi, non deve superare il 7% del numero di dipendenti in servizio negli stessi)	8%
Uffici centrali delle Aziende Ospedaliere e degli IRCCS (il personale amministrativo deve comunque rientrare nel 7% del numero totale di dipendenti)	12%
Dipartimento di Prevenzione	6%
Dipartimento Dipendenze patologiche	2%
Dipartimento di Salute Mentale	6%
Distretti	13%
Riabilitazione	4%
118	2%
Altro	1%

Nelle dotazioni organiche le denominazioni delle strutture, delle discipline, delle qualifiche, e dei profili professionali devono essere coerenti con le relative tabelle ministeriali ovvero con i relativi contratti di lavoro. Si fa esplicito riferimento al D.M. 30.01.1998 e s.m.i. per quanto riguarda la denominazione delle Aree, dei Servizi e delle Discipline.

Per quanto attiene al personale medico, infermieristico e agli operatori di supporto all'assistenza che prestano servizio nell'ambito delle aree di degenza si ritiene opportuno far riferimento a degli standard di personale differenziati, che tengano conto della diversità del bisogno assistenziale al quale si fa fronte nell'ambito delle diverse unità operative di riferimento.



ASSISTENZA OSPEDALIERA

Calcolo del fabbisogno di personale per le Unità Operative con Posti Letto

La metodologia di seguito utilizzata per la rilevazione del fabbisogno di personale tiene conto degli studi relativi ai tempi medi di assistenza per ciascuna figura professionale rapportati a ciascun livello di complessità ed ai volumi di attività.

In merito all'organizzazione strutturale si ipotizza che le unità operative complesse hanno un dimensionamento di posti letto ordinari non inferiore, di norma, a 20 per le specialità mediche e chirurgiche, e di norma di 8 posti letto per l'alta specialità (terapia intensiva, terapia intensiva neonatale, unità terapia intensiva cardiologica).

Una possibile riorganizzazione potrebbe prevedere che all'interno di un modulo di degenza di 20 posti letto si aggregino, a loro volta, più unità operative complesse e semplici, appartenenti alla stessa area funzionale, allo scopo di superare la frammentarietà esistente e, ancora, che negli ospedali di bassa complessità, le unità operative complesse, per raggiungere il modulo di degenza definito, si aggregino in Aree Mediche o Chirurgiche indistinte dove operano in maniera integrata con gli obiettivi e i risultati attesi dell'approccio dipartimentale e con il fine di ottimizzare le risorse e garantire la qualità.

Le ore medie annue lavorate utilizzate nelle formule sono: per il personale dirigente 1433 e per il personale del comparto 1450, oltre alle riduzioni previste per il rischio anestesilogico e radiologico.

Di seguito è riportata la tabella 2 che definisce, per le strutture con posti letto, in base al livello di complessità di ciascuna, individuato in relazione al peso medio della casistica dei ricoveri ed altre peculiarità, i coefficienti da utilizzare nelle formule che seguiranno per il calcolo del fabbisogno stimato di medici, infermieri e personale di supporto da riportare in dotazione organica.

Il numero di posti letto da utilizzare nelle formule è quello contenuto nel regolamento regionale n.36 del 28.12.2012 .

La complessità della struttura, ovvero la riga da cui estrarre i coefficienti da utilizzare nelle formule, di cui si vuole calcolare il fabbisogno di personale, è ottenuta nel seguente ordine:

1. Se la specialità della struttura è direttamente presente nella prima colonna della tabella si seleziona la relativa riga.
2. Altrimenti si seleziona la riga che contiene, nella seconda colonna, un range in cui ricade il peso medio dei DRG (la media dei pesi dei DRG di tutti i ricoveri) della struttura.

Per le strutture di nuova istituzione si utilizzerà un peso medio DRG stimato derivante dalla media regionale di strutture analoghe.

Convenzionalmente, si stabilisce che nell'ipotesi in cui il calcolo del fabbisogno – operato secondo il metodo sotto riportato – determini un numero non intero ma decimale e maggiore di 0,49 rispetto alla cifra intera ottenuta, si procede all'arrotondamento all'unità superiore.

Il fabbisogno di personale sanitario ottenuto dalle formule è sempre riferito al personale in turno. Direttori e coordinatori dovranno essere eventualmente aggiunti successivamente.

Tabella 2

Complessità	Peso medio DRG della struttura	Coefficiente x Medici	Coefficiente x Infermieri	Coefficiente x personale di supporto (OSS/OTA/ASS)
Bassa	<0.80	0.42	0.48	0.15
Media	0.80-1.50	0.48	0.73	0.22
Medio-Alta	1.50-3.00	0.54	1.22	0.37
Elevata	>3.00	0.60	1.35	0.40
Terapia Intensiva/UTIC/UTIN/TIPO	-----	1.38	2.43	0.74
Sub – intensiva	-----	0.60	1.46	0.44
Area critica	-----	0.60	1.22	0.37
Chirurgia d'urgenza	-----	0.80	1.22	0.40
Ematologia	-----	0.30	0.65	0.22
Ostetricia e Ginecologia	-----	0,54	0.5	0.40
Ortopedia	-----	0.54	0.81	0.70
Neonatologia	-----	0.60	1.35	0.40
Riabilitazione Cardiologica/Pneumologica	-----	0.36	0.4	0.30
Riabilitazione Ortopedica	-----	0.36	0.4	0.70
Riabilitazione n.a.s.	-----	0.36	0.4	0.50
Lungodegenza, nido	-----	0.36	0.40	0.70
Fibrosi Cistica	-----	0.60	1.46	0.44

Day Hospital	----	0.30	0.40	0.10
Day Surgery	----	0.50	0.60	0.40

Per i reparti con posti letto si utilizzino le seguenti formule di calcolo del fabbisogno di personale per ciascuna delle figure professionali coinvolte:

- Numero_Medici** = $\text{Max}(\text{Lmin}, \text{FP} * \text{Coefficiente Medici} * \text{Min}(24, \text{Posti_letto}) * \text{T.O.M.}^2 * \text{F.C.}) + \text{Max}(0, (\text{Posti_letto} - 24) / 8)$

Lmin = 6 per i reparti di Area Medica , 12 per quelli di Area Chirurgica (per h24)
Lmin = 4 per i reparti di Area Medica , 6 per quelli di Area Chirurgica (per h12)

Se il reparto svolge attività ambulatoriale (visite e diagnostica strumentale anche in consulenza, esclusi gli esami di laboratorio) con un numero di prestazioni annue superiori a 5.000 allora si aggiungono unità mediche secondo la formula seguente:
Numero_Medici_Ambulatorio = $[(\text{Numero_prestazioni_anno} - 5000) * \text{Coefficiente_Medici}] / \text{Debito_Orario_Medici}$

Debito_Orario_Medici = $1433 - \text{Se}(\text{Rischio_Anestesiologico}, 50, 0) - \text{Se}(\text{Rischio_Radiologico}, 94, 0)$
- Numero_Infermieri** = $\text{Max}(7, \text{FP} * \text{Coefficiente_Infermieri} * \text{Posti_letto} * \text{T.O.M.}^2 * \text{F.C.})$
- Numero_OSS/OTA/ASS** = $\text{FP} * \text{Coefficiente_personale_di_supporto} * \text{Posti_letto} * \text{T.O.M.}^2 * \text{F.C.}$
da suddividere nel modo seguente: Ausiliari 25% e il restante 75% agli OSS/OTA.

Il valore minimo non si applica ai Day Hospital e Day Surgery.

(**FP** = ha normalmente valore 1 (massimo 1). Fattore di Presidio serve a correggere le eventuali differenze organizzative relative a ciascun presidio ospedaliero. Salvo casi particolari non dovrebbe essere modificato.)
(**F.C.** = Fattore Complessità = $\text{Peso_Medio} / ((\text{Peso_Medio} + \text{Minimo_Range}) / 2)$ (Minimo_Range valore più basso del range di Pesi medi dei DRG considerati

Esempio1 : $\text{Peso_Medio} = 0.72 \rightarrow \text{range } [0.72 - 0.8] \rightarrow \text{F.C.} = 0.72 / ((0.72 + 0.8) / 2) = 0.95$

Esempio2 : $\text{Peso_Medio} = 1.85 \rightarrow \text{range } [1.5 - 3.00] \rightarrow \text{F.C.} = 1.85 / ((1.85 + 1.50) / 2) = 1.10$)

Per l'attività ambulatoriale si dovranno considerare solo le visite e le prestazioni di diagnostica strumentale anche in consulenza (in particolare non devono far parte del conteggio le prestazioni di laboratorio).

Per l'attività ambulatoriale che consiste in un numero di prestazioni annue superiori a 5.000 occorre aggiungere una unità infermieristica ogni ulteriori 5.000 prestazioni

Numero_infermieri_ambulatorio = $(\text{Numero_prestazioni_anno} - 5000) / 5000$

(sarebbe comunque opportuno prevedere un pool di infermieri in dotazione alla Direzione Sanitaria di presidio per il fabbisogno degli ambulatori).

Si conviene inoltre che il limite massimo di posti letto da utilizzare nella formula di calcolo della dirigenza medica è 24. Per i reparti con un numero maggiore di posti letto si aggiunga 1 dirigente medico ogni ulteriori 8 posti letto, come già riportato nella formula su descritta.



Per una migliore valutazione delle risorse necessarie occorre anche valorizzare alcune attività specifiche, come la sala gessi per le ortopedie, il pronto soccorso istituiti direttamente presso i reparti, i posti letto in DH separati dai PL ordinari, etc.. calcolandone il fabbisogno con i rispettivi parametri.

Per gli IRCCS occorre considerare che le ore dovute dal personale sanitario dirigente devono essere ulteriormente ridotte in virtù dell'attività di ricerca. Per tener conto di tale attività aggiuntiva si aumentano i valori dei coefficienti x medici del 20% per le complessità media, medio-alta ed elevata.

Poiché il peso medio dei DRG pediatrici è mediamente basso rispetto alla relativa complessità assistenziale, nelle more di un adeguamento della classificazione, si conviene di aumentarne il valore del 50%, rispetto a quello rilevato, in modo da associare comunque un maggiore livello di complessità.

La previsione di personale per le diverse Unità operative deve comunque considerare, al fine di garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori, che – ferma restando l'applicazione degli indici sopra esposti – il numero minimo di infermieri (anche pediatrici) presenti in ciascun turno non dovrebbe essere inferiore a 2 unità, integrati – ove possibile – da una unità di personale di supporto (il che comporta un numero minimo in dotazione organica di 12 infermieri e 6 OSS). Al fine di garantire la turnazione il numero minimo assoluto di infermieri per le varie Unità operative non può essere comunque inferiore a 7 unità, considerando un'organizzazione del lavoro che preveda meno di due infermieri presenti per turno; quanto appena detto comporta che, al fine di evitare inefficienze gestionali ed il non ottimale utilizzo delle risorse umane in servizio, i moduli di degenza dovrebbero tendenzialmente adeguarsi ai numeri minimi (cioè essere non inferiori, di norma, a 20 p.l. per le specialità mediche e chirurgiche e ad 8 p.l. per le terapie intensive).

Si sottolinea, inoltre, l'obbligo di utilizzare in modo appropriato le risorse infermieristiche, in quanto da dati nazionali emerge che una quota stimabile intorno al 30% del Tempo Lavoro degli infermieri, è utilizzato per lo svolgimento di attività non proprie e specifiche di tale figura.



Medicina e Chirurgia d'accettazione e d'urgenza

La tabella 3 riporta i coefficienti da utilizzare nelle formule per il calcolo del fabbisogno di personale per i Pronto Soccorso.

Tabella 3

Struttura	Coefficiente per Medici	Coefficiente per Infermieri	Coefficiente per Personale di supporto
Primo intervento	0.10	0.20	0.10
Pronto Soccorso	0.20	0.32	0,16
D.E.A.	0.26	0.40	0.20

N. Medici = 5 + Numero Accessi*Coefficiente/1000

N.Infermieri = 7 + Numero Accessi*Coefficiente/1000 + Triage

N.Supporto= 5 + Numero Accessi*Coefficiente/1000

Triage = max(5,Numero Accessi*0.12 /debito_orario_infermieri)

Per il calcolo del fabbisogno di personale derivante dalla presenza di eventuali posti letto di Osservazione Breve si applicano le regole ed i coefficienti dei reparti con posti letto di media complessità di area medica in base alla formula semplificata seguente: personale = coefficiente_Tabella_2*P.L.

Per il calcolo del fabbisogno di autisti di ambulanze/trasporto ammalati si utilizzi la formula seguente:

N.Autisti = Numero_AmbulanzeH6*1.5+Numero_AmbulanzeH12*3+Numero_AmbulanzeH24*6

Più genericamente la formula è: **N.Autisti = Somma(Numero_Auto*ore_servizio/4)**



Quartiere operatorio

Per il quartiere operatorio si calcoli il fabbisogno del personale in base alle attività svolte. Nella tabella che segue sono riportati i coefficienti da utilizzare nella formula:

Tabella 4

Complessità attività chirurgica	Coefficiente per Medici-Anestesisti	Coefficiente per Infermieri e ferristi	Coefficiente per Personale di supporto
Bassa (peso medio DRG chirurgici <1.20)	0.20	0.40	0.15
Media-Alta	0.20	0.65	0.20
Centrale sterilizzazione		0.35	0.10

Unità di Personale = Coefficiente * Somma(N.tavoli operatori*ore_medie_utilizzo_giorno)

Per quantificare anche il fabbisogno di personale per la guardia attiva aggiungere 1,423*24 per ogni guardia H24.

Esempio: l'azienda ha 3 tavoli op. utilizzati per 6 ore/die ; 2 tavoli op. utilizzati per 8 ore/die a giorni alterni; 1 tavolo op. utilizzato per 12 ore/die; e 1 guardia attiva, tutto in alta complessità, per cui si ottiene $(3*6+2*8*(3/6)+1*12+1,423*24)=72$ -> Anestesisti = $0.20*72 = 15$; Infermieri = $0.65*72 = 47$; Supporto = $0.20*72 = 15$

Occorre anche considerare le attività di consulenza degli Anestesisti. A tal fine si aggiunga alla formula su evidenziata 1 medico ogni 4500 consulenze effettuate.

Anestesisti = Coefficiente*Somma(N.tavoli operatori*ore_utilizzo_giorno)+(Consulenze_annue/4500)

Dialisi

Le attività di dialisi ospedaliera senza trapianto devono avere personale aggiuntivo rispetto a quello del reparto di nefrologia, in relazione all'attività svolta e sulla base delle seguenti formule:

Tabella 5

Dialisi	Coefficiente per Medici	Coefficiente per Infermieri	Coefficiente per Personale di supporto
.....	0.225	1.20	0.36



Numero medici Dialisi = Numero_dialisi*Coefficiente/1433

**Numero infermieri per Dialisi = Numero_dialisi*Coefficiente/1450 (con durata media dialisi 3,5 H)
oppure**

Numero medici per Dialisi = (RPR*PR*Giorni*52)*Coefficiente/1433

Numero infermieri per Dialisi = (RPR*PR*Giorni*52)*Coefficiente/1450

Numero OSS = (RPR*PR*Giorni*52)*Coefficiente/1450

RPR = Indice di rotazione per posto rene, PR = Numero posti rene, Giorni = Numero giorni di apertura settimanali

Le formule per i servizi di dialisi si applicano anche ai servizi di oncologia medica con le opportune variazioni

Oncologia/Chemioterapia

Il fabbisogno personale necessario alle attività di oncologia/chemioterapia viene calcolato con le stesse formule e coefficienti dei posti rene, sostituendo ai posti rene le poltrone e al Numero_dialisi il Numero_terapie.

Tecnici della Riabilitazione

Il personale addetto alla Riabilitazione, dovrebbe essere in carico al dipartimento di Riabilitazione, o comunque sarebbe opportuno inserirlo in un servizio di Fisiatria, il relativo fabbisogno può essere calcolato in base all'attività pesata prestata presso tutti i reparti in base alla seguente formula:

Numero T.R. =max(2,(ΣNumero trattamenti*coefficiente)/2900)

Dove il numero trattamenti è il numero totale di prestazioni di fisioterapia erogate per ciascun reparto, ed il coefficiente è quello che si ottiene, per ciascun reparto, dalla Tabella 2 estraendo il relativo coefficiente x medici.

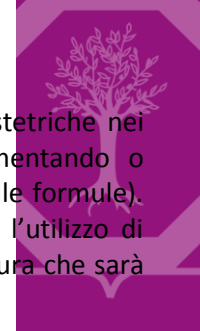
Solo per le U.O. di Riabilitazione occorre prevedere un adeguato numero di tecnici della riabilitazione, da suddividere percentualmente tra le varie specialità necessarie. Considerando una media di 3 ore di riabilitazione al giorno per paziente si ottiene la seguente formula per il calcolo del personale necessario:

Numero T.R. = 0,63*P.L.*T.O.M.

Altre considerazioni

Il fabbisogno di personale per le Cardiologie con UTIC o area critica o per altri reparti con posti letto diversificati in più specialità si ottiene calcolando il fabbisogno di ciascuna specialità e sommando il risultato. Per le seconde specialità si applica la formula semplificata **Personale = coefficiente_tabella_2*posti letto** per ciascuna figura professionale.

Nelle ostetricie, con attività oltre i 600 parti all'anno, la dotazione organica minima deve essere di 8 ostetriche, fermo restando la obbligatorietà alla copertura h.24 e comunque rapportate al numero di parti/IVG annuali: **Ostetriche = 7+NumeroParti/450 + (numero_prestazioni_anno-5000)/5000** (il numero delle prestazioni è determinato dalla somma delle ecografie, delle visite ginecologiche, cardiocotogrammi, attività di preparazione al parto, etc. occorre distinguere l'attività ambulatoriale svolta dagli infermieri da



quella svolta esclusivamente dalle ostetriche) (la distribuzione del numero di infermieri e ostetriche nei reparti di ginecologia può essere rimodulata per entrambe le figure professionali aumentando o diminuendo il numero a favore/sfavore dell'altro profilo fermo restando il totale ottenuto dalle formule). Nell'ambito delle unità operative, in relazione alle cui competenze può rendersi necessario l'utilizzo di Infermieri pediatrici/puericultrici, può determinarsi uno specifico fabbisogno relativo a tale figura che sarà calcolato con la seguente formula: **Infermieri pediatrici/Puericultrici = $6 + \text{Nati_vivi} / 900$** .

Altri profili professionali specifici necessari in alcuni reparti devono essere individuati calcolando il relativo fabbisogno in analogia a quello degli infermieri ma con una opportuna modifica dei coefficienti inseriti nelle formule su indicate indipendentemente dalla complessità considerata.

Tabella per altri profili professionali

Profilo	Coefficiente
C.P.S. Tecnico di Neurofisiopatologia	0,13
C.P.S. Ortottista	0,20
C.P.S. Perfusionista	0,30
C.P.S. Audiometrista	0,20

Occorre altresì prevedere l'attivazione del Servizio infermieristico-ostetrico ospedaliero.



Unità Operative di Diagnostica Strumentale e Servizi Ospedalieri

Per i Servizi diagnostici il calcolo di fabbisogno del personale dovrà essere rapportato ai volumi di attività (comprensivi di tutte le attività istituzionali ovvero interne, ambulatoriali, etc..) esclusi gli screening che saranno trattati separatamente, nel rispetto comunque dei parametri minimi necessari a garantirne la funzionalità, ed ad un indice di complessità organizzativa relativo a ciascuna figura professionale.

Utilizzando la tabella 4 seguente e i dati richiesti dalla formula in basso riportata si ottengono le unità di personale per ciascuna Unità Operativa.

Tabella 4

Unità Operativa	Indice di complessità organizzativa Medici/SPTA	Indice di complessità organizzativa Infermieri	Indice di complessità organizzativa Tecnici	Indice di complessità organizzativa per il personale di supporto
Anatomia Patologica	0,75	0	0,50	0,18
Endoscopia Digestiva	0,80	0,80	0	0,30
Patologia Clinica	0,15	0,30	0,25	0,10
Genetica	0,35	0,23	0,50	0,18
Radiodiagnostica	0,53	0,25	0,65	0,18
Neurochirurgia (radiologia interventistica)	0,65	0,53	0,65	0,18
Medicina Trasmfusionale	0,60	0,50	0,50	0,18
Farmacia	0,20	0,20	0	0,20
Iperbarica	0,65	0,23	0	0,18
Fisica sanitaria	0,15	0	0,30	0
Medicina Nucleare	0,50	0,25	0,50	0
Radioterapia	0,65	0,20	0,70	0,18
Cardiologia	0,60	0,50	0	0,18



Riabilitazione	0,40	0,30	Vedi T.R.	0,25
Medicina dello Sport	0,30	0	0	0
Medicina Fetale	0,35	0,50	0	0,18
PMA	0,40	0,30	0	0,18
Day Service	0,80	0,80	0	0,30

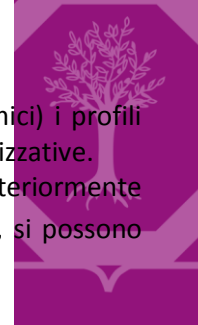
Unità di Personale = [P.E. / F.C.] x I.C. x Ore Eff. X H12/24 x G.A / O.M.L.A.

Formula Calcolo Fabbisogno Medico e Dirigenza SPTA

		Esempio Lab. Analisi		
PE (<i>Prestazioni equivalenti/β</i>)	X	551275,33		<i>Prestazioni equivalenti del triennio interne ed esterne/3</i>
F.C. (fattore di correzione)	/	50000	11,02	Utilizzo medio
I.C. (Indice di complessità organizzativa)	X	0,15	3,306	n. dirigenti presenti giornalmente
ore effettuate dal dipendente (turno)	X	6	19,836	ore totali giornaliere necessarie
H12/H24 (H12=1 ; H24=1,423)	X	1	19,836	ore totali giornaliere necessarie
HUB/SPOKE (Hub=1,20 Spoke=0,80 Medio=1)	X	1	19,836	coefficiente strutturale
giorni assistenza annui	X	365	7240,14	ore totali necessarie nell'anno
ore medie lavorate annue	/	1433	2,57	n. Dirigenti totali necessari
totale unità dirigenziali		3		fabbisogno dirigenti

Prestazioni equivalenti = Somma(Ni*Ti)/5,16 (Ni=Numero prestazioni Ti=Tariffa)

Per la Patologia clinica calcolare il fabbisogno di infermieri considerando quali prestazioni il numero di prelievi venosi.



Nei servizi in cui sono previsti diversi profili professionali sanitari (Medici, Biologi, Fisici, Chimici) i profili dirigenziali non medici saranno circa il 35% del totale dei dirigenti, salvo diverse necessità organizzative. Per gli IRCCS occorre considerare che le ore attese dal personale dirigente devono essere ulteriormente ridotte in virtù dell'attività di ricerca da effettuarsi. Per tener conto di tale attività peculiare, si possono aumentare i valori degli indici di complessità organizzativa Medici/SPTA del 30%.

Nota bene : il calcolo del fabbisogno di personale per i servizi diagnostici deve essere impostato per ottenere la riduzione delle liste d'attesa e/o per riuscire a soddisfare i livelli essenziali di assistenza per la popolazione residente o per ridurre le degenze dei pazienti ricoverati, per cui occorre considerare la massima efficienza possibile per le diagnostiche disponibili. In questo caso il numero di prestazioni da utilizzare nelle formule è quello che si ottiene calcolando il numero medio di esami effettuabile nelle 12 ore in ciascuna diagnostica.

I valori minimi di personale da considerare sono comunque quelli desumibili dal regolamento regionale n. 3/2005.

Per le strutture di **Medicina Trasfusionale** occorre tener conto dei valori minimi di personale necessari al loro accreditamento:

per le articolazioni organizzative del S.I.M.T. o S.T. occorre prevedere almeno 1 medico, 1 tecnico e 2 infermieri professionali per turno

per gli S.T. occorre prevedere almeno 4 medici, 4 tecnici e 4 infermieri professionali (h12)

per i S.I.M.T. occorre prevedere (h12) almeno 6 medici, 1 laureato non medico, 7 tecnici e 6 infermieri professionali (h24) almeno 8 medici e 10 tecnici.

Se presso il S.I.M.T. si effettua la validazione occorre aggiungere almeno 1 laureato non medico e 2 tecnici

Farmacia Ospedaliera

La gestione dei farmaci deve avvenire attraverso le figure professionali previste dalla normativa vigente che prevedono la figura del laureato in farmacia. Le attività svolte dai farmacisti possono essere centralizzate tra più strutture ospedaliere, qualora le stesse strutture abbiano meno di 160 posti letto. Devono comunque essere garantite e favorite le attività di distribuzione diretta dei farmaci.

Per le farmacie con l'UMACA occorre aggiungere il personale necessario a garantirne l'apertura in relazione alla correlata attività di terapia che prevede almeno 4 infermieri e 1 farmacista per turno (h12 per 6 giorni settimana prevedere almeno 10 infermieri).



Aree Territoriali

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO

Il R.R. 18.4.2011 n. 6 prevede per il distretto le seguenti strutture: direzione, struttura amministrativa, cure primarie, ufficio coordinamento attività distrettuali, ufficio per la programmazione e monitoraggio della Medicina Generale, ufficio di segreteria, CUP (centro unico prenotazione), servizio di radiologia territoriale, assistenza consultoriale, assistenza specialistica, assistenza psicologica, assistenza penitenziaria, assistenza, sanitaria di base, continuità assistenziale ed emergenza territoriale, assistenza domiciliare

PERSONALE DEI DISTRETTI SOCIO-SANITARI

Non vi sono riferimenti normativi su modelli organizzativi dei Distretti Socio-Sanitari se non relativamente al vincolo di popolazione che deve essere superiore a 60000 abitanti per ciascun distretto, salvo che la Regione in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità abitativa disponga diversamente.

La determinazione della dotazione organica delle ASL relativamente alle Strutture e Servizi territoriali dovrà essere tarata sui seguenti elementi di riferimento:

1. Popolazione residente;
2. Numero di comuni afferenti all'ambito distrettuale;
3. Caratteristiche demografiche e geomorfologiche del territorio di riferimento;
4. Aspetti epidemiologici;

In attuazione di quanto previsto dalla L.R. 25/2006 e al regolamento regionale n.6/2011 lo standard di riferimento è 0,8 operatori per 1000 abitanti, con esclusione dell'assistenza consultoriale (DGR 3066/2012) e l'assistenza riabilitativa (R.R. n.6/2013).

Lo standard suddetto viene aumentato per livelli di complessità secondo un peso che tiene conto dei seguenti indici:

1. Indice della numerosità dei comuni;
2. Indice di montuosità per ogni singolo comune;
3. Indice di comorbilità di Charlson (ICCh) per ogni singolo comune;

Tutti i parametri e gli indici suddetti sono stati inseriti in un software, distribuito gratuitamente alle ASL, e che automaticamente produce il fabbisogno di personale per ciascun distretto.



Indice di complessità territoriale

La determinazione della dotazione organica della ASL relativamente alle Strutture e Servizi territoriali è condizionata dall'orografia del territorio e dalla densità della popolazione per KM2. A tal fine si calcola un Coefficiente di Complessità Territoriale (CCT) che permette di aggiustare opportunamente il numero complessivo di addetti per alcune strutture territoriali. Di seguito la classifica delle province della Puglia ordinate per densità di popolazione - misura espressa in abitanti per km quadrato (ab./km²). I dati sono aggiornati al 01/01/2012 (Demo ISTAT).

Provincia	<u>Popolazione residenti</u>	<u>Superficie km²</u>	<u>Densità abitanti/km²</u>	<u>Numero Comuni</u>
BA <u>Bari</u>	1.246.742	3.825,41	325,91	41
LE <u>Lecce</u>	801.170	2.759,40	290	97
BT <u>Barletta-Andria-Trani</u>	391.770	1.538,68	254,61	10
TA <u>Taranto</u>	584.229	2.428,71	240,55	29
BR <u>Brindisi</u>	400.504	1.839,53	217,72	20
FG <u>Foggia</u>	625.657	6.966,17	92	61
Totale	4.050.072	19.357,90	209	258

Scala dei Valori dei Fattori di Complessità Territoriale (F.C.T.)

Densità di popolazione	Valore grezzo del Fattore Complessità Territoriale (F.C.T.)
<20	F.C.T. = 10
21 - 30	F.C.T. = 9
31 - 40	F.C.T. = 8
41 - 50	F.C.T. = 7
51 - 60	F.C.T. = 6
61 - 70	F.C.T. = 5
71 - 80	F.C.T. = 4
81 - 90	F.C.T. = 3
91 - 100	F.C.T. = 2

101 >	F.C.T. = 1
-------	------------



Fattore di Complessità Territoriale (F.C.T.):

Somma dei F.C.T. / N° Comuni con densità > 100 ab. per km²*Media dei Valori dei F.C.T.

(F.C.T. per Foggia : 294 / 12* 6 = 147)

Coefficiente Complessità Territoriale (C.C.T.) = Popolazione residente/F.C.T. /1000/100

(C.C.T. per Foggia = 625.657 /147/1000/100 = 0,0425)

Moltiplicando i valori ottenuti dalle diverse formule, necessarie al calcolo del fabbisogno di personale, per le costanti (1+C.C.T.) si ottengono i valori modificati in relazione alla variabilità territoriale.

Per la **Rete consultoriale territoriale**, con DGR n. 3066 del 27/12/2012, la Regione ha approvato le direttive per la relativa riorganizzazione. Per quanto riguarda la relativa dotazione organica di seguito si riportano i criteri per il calcolo del fabbisogno per ciascun profilo professionale, basati sulla popolazione residente o servita:

Profilo	Unità	Monte_ore	Fabbisogno
Psicologo	0,25*popolazione/10000	Unità*H_die*D_anno	Monte_ore/1433
Ginecologo	0,25*popolazione/10000	Unità *H_die*D_anno	Monte_ore/1433
Ostetrica	0,5*popolazione/10000	Unità *H_die*D_anno	Monte_ore/1450
Assistente sociale	0,5*popolazione/10000	Unità *H_die*D_anno	Monte_ore/1450
Infermiere	0,5*popolazione/10000	Unità *H_die*D_anno	Monte_ore/1450

H_die = ore di apertura giornaliera del consultorio; D_anno = giorni di apertura annui del consultorio

A titolo esemplificativo si riporta una stima per la ASL BA considerando una unica dotazione organica per tutti i consultori, per una popolazione di 1.200.000 abitanti, apertura 12 ore al giorno e per 305 giorni anno:

Profilo	Unità	Monte ore	Fabbisogno
Psicologo	30	109800	77
Ginecologo	30	109800	77
Ostetrica	60	219600	151
Assistente sociale	60	219600	151
Infermiere	60	219600	151

Per l'assistenza specialistica ambulatoriale

Bozza di Aprile 2014

L'attuale media regionale di 434 ore settimanali per distretto di 83000 abitanti, per l'attività specialistica ambulatoriale non ospedaliera, consente di definire un indice di specialistica ambulatoriale pari a 5,23 ore settimanali ogni 1000 abitanti.

Per il **Servizio di radiologia territoriale** si applica lo stesso algoritmo usato per i servizi di radiologia ospedalieri.

Per l'**assistenza penitenziaria**, il riferimento è la DGR n. 361 dell'8 Marzo 2011, che ha definito il modello organizzativo dell'assistenza sanitaria da garantire nelle strutture penali.

Per l'assistenza psicologica

Gli ambulatori di psicologia, suddivisi per età adulta - senile, organizzano le attività cliniche dirette all'utenza, ed integrano gli interventi di supporto agli altri servizi territoriali ed alle strutture ospedaliere, ad esclusione della neuropsichiatria infantile che ha organico proprio, anche nelle fasi antecedenti e successive ai ricoveri.

Per gli Hospice

il riferimento è il documento della commissione nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA- Caratteristiche qualificanti il LEA Hospice.

SERVIZIO EMERGENZA URGENZA

D.G.R. 382/1999 e s.m.i.



AREA GESTIONE SERVIZIO FARMACEUTICO

L'Area Gestione Servizio farmaceutico ha competenze sia di tipo amministrativo che sanitario, in ambito territoriale. E' in corso di predisposizione una regolamentazione ad hoc che riorganizzi le strutture afferenti all'Area e ne dettagli le attività, che ad oggi sono già svolte ma frutto di una stratificazione delle normative nazionali e regionali avvenuta nel tempo.

L'Area Gestione Servizio Farmaceutico presidia le seguenti macro funzioni:

- 1) **Direzione:** programma, sovrintende e coordina tutte le attività dell'Area in relazione agli obiettivi assegnati o concordati con la Direzione Generale;
- 2) **Farmacosorveglianza:** Predisporre piani di educazione, linee guida, protocolli e programmi di formazione e informazione indipendente sul farmaco, svolge attività di farmacovigilanza e dispositivo vigilanza, svolge attività di vigilanza sul corretto uso del farmaco presso le case di cura private accreditate e non, le strutture residenziali per anziani e disabili, le case protette e gli istituti di pena;
- 3) **Vigilanza :** svolge attività di vigilanza e controllo sulla corretta applicazione della Convenzione Nazionale in materia di assistenza farmaceutica e delle disposizioni regionali ed aziendali (DPR 371/1998) con accettazione ricette, verifica dei relativi documenti contabili e liquidazione mensile della spesa farmaceutica convenzionata, svolge, inoltre, attività istruttoria in materia di farmacia, inclusi gli aspetti amministrativi (piante organiche, apertura e chiusura e quant'altro previsto dalle normative vigenti) e attività ispettiva su farmacie pubbliche e private (T.U.L.S. 1265/34 art. 111 e art 127), ospedaliere, esercizi di vicinato (L. 248/2006, DGR 2022/2006 e s.m.i.) e depositi all'ingrosso di specialità medicinali e gas medicali (Decreto Leg.vo 219/2006 art. 103 comma 2).
Svolge attività di vigilanza e controllo sulla corretta applicazione della Convenzione Nazionale in materia di assistenza farmaceutica e delle disposizioni regionali ed aziendali (DPR 371/1998), attraverso Controlli tecnico – sanitari sulle prescrizioni farmaceutiche. Predisporre ed effettua tutte le procedure inerenti la distruzione di sostanze stupefacenti, psicotrope e veleni scaduti di validità e provvede alla vidimazione dei registri di entrata/uscita stupefacenti (L. 309/1990 e L. 12/2001) delle farmacie e depositi ricadenti nel territorio Aziendale;
- 4) **Monitoraggio della spesa farmaceutica extra ospedaliera e attuazione dei correttivi per il suo contenimento** attraverso attività di studio, analisi e di controllo quali-quantitativo delle prescrizioni farmaceutiche di MMG e PLS (L. 425/1996), la stesura di percorsi terapeutici mirati all'utilizzo appropriato dei farmaci;
- 5) **Assistenza farmaceutica integrativa a livello di strutture extraospedaliere** (Hospice, RSA, RSSA, Case Circondariali, Strutture ambulatoriali distrettuali e dipartimentali aziendali, Dispensazione Diretta ad assistiti che si curano al proprio domicilio, ADI, ANT): svolge tutte le attività inerenti l'approvvigionamento e l'erogazione di farmaci, dispositivi medici ed alimenti destinati alla distribuzione diretta, di ausili protesici previsti dal Nomenclatore Tariffario per pazienti con invalidità permanente, compresa la stesura dei capitolati tecnici di gara, l'emissione di ordini, le operazioni di carico e scarico nei sistemi gestionali, il controllo delle fatture, la predisposizione di delibere e determinazioni di liquidazione. Inoltre, svolge indagini di farmaco-utilizzazione, farmaco-epidemiologia e farmaco-economia sui medicinali oggetto di distribuzione diretta e partecipa a

programmi di integrazione e continuità ospedale/territorio. Svolge, infine, tutte le attività previste dall'AIFA in merito ai Registri di Monitoraggio, compreso il recupero delle somme dovute per Risk Scoring e Payment by results.

Al fine di definire uno standard per il calcolo del fabbisogno di personale, occorre considerare che le attività si sviluppano in funzione del bacino di utenza servito e a seconda della figura professionale. Le tabelle seguenti esplicitano il criterio utilizzato per ciascuna funzione e figura professionale.

CRITERIO:

Macro funzione	FARMACISTA	AMMINISTRATIVI/ TECNICI INFORMATICI	AUSILIARIO	OPERATORE TECNICO/ MAGAZ.	I.P.
Direzione	1 ogni ASL	2 per ogni ASL	-	-	-
Farmacovigilanza	1 ogni 400.000 ab. + 1 sost. laddove solo 1 unità	1 per ogni ASL + 1 per ASL con popolazione > 800 mila ab.	-	-	-
Vigilanza	1 ogni 400.000 ab. + 1 sost. laddove solo 1 unità	3 per ogni ASL + 1 per ASL con pop. > 800 mila ab. + 2 per ASL con pop. > milione ab.	1 per ogni ASL	-	-
Monitoraggio	1 ogni 200.000 ab.	1 per ogni ASL + 1 per ASL con popolazione > 800 mila ab.	-	-	-
Attività Integrativa	2 per ogni punto distributivo (=1 ogni 100.000 ab.)	2 per ogni punto distributivo (=1 ogni 100.000 ab.)	-	2 per ogni punto distributivo (=1 ogni 100.000 ab.)	1 per ogni punto distributivo (=1 ogni 100.000 ab.)
Casa Circondariale	DGR 1747/2008	-	-	-	-



**REGIONE
PUGLIA**

**AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE DELLE PERSONE
E DELLE PARI OPPORTUNITÀ**

**SERVIZIO PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA E
SPECIALISTICA**

Ufficio Risorse Umane e Aziende Sanitarie

All. 1

SVILUPPO DEL CALCOLO:

Macro funzione	FARMACISTA	AMMINISTRATIVI	AUSILIARIO	OPERATORE TECNICO/MAGAZ.	I.P.
Direzione	6	12			
Farmacovigilanza	13	8			
Vigilanza	13	21	6		
Monitoraggio	20	8			
Attività Integrativa	80	80		80	40
Casa Circondariale	4	-			
TOTALE	136	129	6	80	40



SERVIZI TERRITORIALI DEL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Il modello organizzativo, a cui le ASL devono attenersi, prevede che la rete dei CSM assicurino l'apertura h12 per 6 giorni alla settimana e gli ambulatori periferici, diffusi sul territorio, contribuiscano alla realizzazione della salute mentale di comunità, nel rispetto dei seguenti criteri:

1. Bacino d'utenza aumentato rispetto a LR 30/98: tendenzialmente 150-200.000 ab., con alcune deroghe nella ASL di Foggia a causa della situazione orografica
2. Coincidenza dei CSM con uno o più Distretti Sociosanitari/Ambiti Sociali
3. Appartenenza a stessa ex ASL
4. Mantenimento delle situazioni di apertura h 12 già esistenti
5. Mantenimento degli ambulatori periferici
6. Valutazione della dispersione territoriale
7. Valutazione di viabilità e collegamenti. Raggiungibilità agevole con i mezzi pubblici.

Al fine di assicurare il predetto modello organizzativo (apertura h12 + ambulatori territoriali) il rapporto operatori/popolazione ASL dovrà corrispondere al modulo-tipo approvato con la DGR n. 1400/2007, che di seguito si riporta, computato per il n° dei Centri di Salute Mentale allora previsti (ASL BA:14; ASL BAT: 4; ASL BR: 4; ASL FG: 9; ASL LE: 10; ASL TA: 7):

Fabbisogno di Personale x Modulo tipo

Medici psichiatri	6
Psicologi	3
Assistenti sociali	2
Infermieri	10
Educatori Professionali	3
Terapisti riabilitazione psichiatrica	2
Operatori socio-sanitari	2
Amministrativi	1
Totale	29

Fabbisogno di Personale x popolazione residente

Medici psichiatri	Residenti*6/abitanti_modulo
Psicologi	Residenti *3/abitanti_modulo
Assistenti sociali	Residenti *2/abitanti_modulo
Infermieri	Residenti *10/abitanti_modulo
Educatori Professionali	Residenti *3/abitanti_modulo
Terapisti riabilitazione psichiatrica	Residenti *2/abitanti_modulo
Operatori socio-sanitari	Residenti *2/abitanti_modulo
Amministrativi	Residenti *1/abitanti_modulo
Totale	Residenti *29/abitanti_modulo

abitanti_modulo = 100.000



L'apertura h12 può essere declinata, nei diversi giorni della settimana, su presidi diversi, sulla base delle esigenze operative antimeridiane e pomeridiane - mantenendo i territori dei CSM il più possibile coincidenti con il territorio di più DSS.

Tale modello va integrato con le ulteriori competenze territoriali attribuite al DSM e dalla programmazione regionale.

Infatti, in attuazione della DGR n. 1521 del 2 Agosto 2013 "Attuazione dell'Accordo in C.U. del 22.11.2012. Approvazione Linee Guida regionali per l'Autismo", in ogni Azienda Sanitaria Locale, in staff alla Direzione del Dipartimento di Salute mentale, deve essere attivo un "Gruppo Interdisciplinare per i DSA", per favorire l'attivazione di percorsi assistenziali specificatamente organizzati per i soggetti adulti con DSA, attraverso il coinvolgimento di tutti i servizi interessati.

Il Gruppo Interdisciplinare è composto da psichiatra, neurologo, psicologo, terapeuta della neuropsicomotricità, logopedista, educatore professionale, infermiere, assistente sociale. Deve essere assicurata una équipe completa ogni 400.000 abitanti.

Al fine di assicurare, in ogni DSM, un "Sistema di Governance della riabilitazione residenziale e semiresidenziale", sono necessari gruppi di lavoro dedicati - che devono operare nel CSM - costituiti da medico, psicologo, assistente sociale, educatore professionale/terapeuta della riabilitazione psichiatrica, infermiere (una équipe ogni 100.000= ab.), che effettuino le verifiche sui Progetti Terapeutici Individualizzati e controlli puntuali e periodici nelle SR, da effettuarsi congiuntamente dal CSM territorialmente competente e dal Dipartimento di Prevenzione.

Per quanto riguarda i **Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza**, la dotazione organica tipo, riferita ad un bacino di popolazione di 400.000= ab., necessaria ad assicurare tutte le prestazioni neurologiche, psicopatologiche e psichiatriche ed a dare attuazione alle Linee Guida regionali per l'Autismo con apertura h12 per 6 giorni alla settimana, deriva dalle considerazioni che seguono.

Si fa riferimento ai Progetti Obiettivo "Tutela della salute mentale" e "Materno-Infantile" 1998-2000, tuttora in vigore, alla legge regionale n.30/98, alla Deliberazione di Giunta Regionale n.1627 del 05/11/2004 (Potenziamento dell'Assistenza Neuropsichiatrica all'infanzia ed adolescenza) ed alla recente deliberazione di Giunta Regionale n.1721 del 07/08/2012 (assegnazione di fondi per il potenziamento dei Servizi di NPIA). Lo standard di riferimento prescelto (modulo o unità operativa territoriale) in relazione al bacino di utenza (soggetti di età 0-17 presenti in un determinato territorio), è di 70.000 minori (per assicurare almeno un modulo alla ASL Brindisi che ha il minor numero di minori nel proprio territorio, precisamente 69.648 secondo l'ultima rilevazione ISTAT). Tale numero di minori corrisponde all'incirca ad una popolazione generale di 400.000 abitanti. La formula seguente consente di ottenere il numero di operatori necessari per ciascuna figura professionale coinvolta: $N \text{ (unità lavorative)} = \frac{P \text{ (prestazioni)} \times T.S. \text{ (tempi standard)}}{D.O.C. \text{ (debito orario contrattuale)}}$

In media circa il 6% della popolazione target si rivolge alle strutture territoriali per le più varie patologie di interesse neuropsichiatrico (indagine effettuata nel 2011 in tutti Servizi di NPIA



dell'Emilia Romagna) equivalente a circa 42.000 pazienti a livello regionale, considerando una media di prestazioni per la popolazione target (stimata in base ai dati reali relativi alla media dell'ultimo triennio del Servizio di NPIA della ASL BT e decurtati del 10% in quanto la popolazione minorile è di circa 78.000), i tempi standard per prestazioni ed attività, calcolati facendo riferimento a quanto previsto dai vari servizi di NPIA in Italia, dalle indicazioni delle società scientifiche e ricorrendo al dato esperienziale interpellando le varie figure professionali, ed applicando la formula suddetta, si ottiene la seguente dotazione organica per una popolazione di 400.000 abitanti:

Fabbisogno di Personale x 400.000 abitanti (1 modulo)

Medici neuropsichiatri infantili	9
Psicologi	12
Assistenti sociali	4
Infermieri	5
Educatori Professionali	12
Tecnico della Riabilitazione psichiatrica	8
Terapisti della neuropsicomotricità	11
Logopedisti	16
Fisioterapista	16
Operatori socio-sanitari	9
Amministrativi	2
Totale	104

Ed in generale si ottiene la seguente tabella di dotazione organica per il servizio di NPIA in relazione alla popolazione residente:

Fabbisogno di Personale x popolazione residente

Medici neuropsichiatri infantili	2,25*popolazione/100.000
Psicologi	3*popolazione/100.000
Assistenti sociali	1*popolazione/100.000
Infermieri	1,25*popolazione/100.000
Educatori Professionali	3*popolazione/100.000
Tecnico della Riabilitazione psichiatrica	2*popolazione/100.000
Terapisti della neuropsicomotricità	2,75*popolazione/100.000
Logopedisti	4*popolazione/100.000
Fisioterapisti	4*popolazione/100.000
Operatori socio-sanitari	2,25*popolazione/100.000
Amministrativi	0,5*popolazione/100000
Totale	26*popolazione/100000

Tutte le figure professionali necessarie, per le peculiarità dell'attività svolta, devono essere inserite direttamente nella dotazione organica del servizio NPIA e non essere condivise con altri servizi.



DIPARTIMENTO PER LE DIPENDENZE PATOLOGICHE

Nei DDP il rapporto operatori/popolazione ASL, stimabile in 14,3 operatori/100.000 ab., deve prevedere il modello organizzativo seguente per poter assicurare una apertura di 6 giorni alla settimana e per 8 ore al giorno:

SERT (1/100.000 AB.)		Fabbisogno/residenti
MEDICI	n. 3	(Residenti/100.000)*3
PSICOLOGI	n. 2	(Residenti/100.000)*2
ASSISTENTI SOCIALI	n. 2	(Residenti/100.000)*2
INFERMIERI	n. 4	(Residenti/100.000)*4
EDUCATORI PROFESSIONALI	n. 2	(Residenti/100.000)*2
SOCIOLOGO (di supporto alla Direzione del DDP)	n. 0,3	(Residenti/100.000)*0,3
AMMINISTRATIVI	n. 1	(Residenti/100.000)*1
TOTALE	n. 14,3	(Residenti/100.000)*14,3

Rispetto al modulo standard di 14,3/100.000 ab. operatori, la Direzione Generale della ASL può prevedere una diversa determinazione numerica delle figure professionali in considerazione delle specifiche realtà assistenziali locali.

Vanno salvaguardate le particolari situazioni orografiche correlate alla densità della popolazione con un conseguente aumento/decremento del numero complessivo degli operatori, utilizzando un Coefficiente di Complessità Territoriale (mutuato dal modello utilizzato per il calcolo del fabbisogno di personale per i distretti) per incrementare/decrementare il numero di operatori rispetto allo standard con la formula modificata $\text{Residenti}/100.000 * 14,3 * (1 + \text{C.C.T.})$.

Al fine di garantire il rispetto dei livelli essenziali di assistenza (LEA) e gli obblighi istituzionali derivanti è necessario che la dotazione organica di base, prevista dal modulo standard di 14,3 operatori, sia integrata dalle seguenti ulteriori EQUIPES:

- una équipe Carcere, composta da n. 1 Dirigente Medico, n. 1 Psicologo, n. 1 Assistente Sociale, n. 1 Infermiere Professionale, n. 1 Educatore Professionale, attiva negli Istituti Penali di BARI, TARANTO, FOGGIA e TRANI che registrano presenze medie oscillanti tra 450/500 detenuti (DGR n. 361 del 8/3/2011). Relativamente all'Istituto Penale di LECCE, che mediamente registra la presenza di oltre 1.000 soggetti detenuti, si ritiene indispensabile prevedere la presenza di 2 équipes attive all'interno della Casa Circondariale.
- una équipe Doppia Diagnosi, per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, composta da n. 1 Medico Psichiatra, n. 1 Psicologo, n. 1 Assistente Sociale, n. 1 Infermiere Professionale, n. 1 Educatore Professionale ogni 400.000 abitanti, diretta articolazione del Dipartimento Dipendenze Patologiche (art. 6 – co° 3 lett. B Legge regionale 9 agosto 2006, n. 26) .
- una équipe GAP (Gioco d'Azzardo Patologico) per ciascuna Azienda Sanitaria Locale, composta da n. 1 Dirigente Medico, n. 1 Psicologo, n. 1 Assistente Sociale, n. 1 Infermiere Professionale, n. 1 Educatore Professionale, ogni 400.000 abitanti residenti, in conseguenza di quanto previsto dalla legge 189/2012, che ha riconosciuto il gioco d'azzardo patologico come una malattia inserita



**REGIONE
PUGLIA**

**AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE DELLE PERSONE
E DELLE PARI OPPORTUNITÀ**

**SERVIZIO PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA E
SPECIALISTICA**

Ufficio Risorse Umane e Aziende Sanitarie

All. 1

nell'elenco dei livelli essenziali di assistenza. Nella nostra regione i soggetti affetti da Gap e da altre forme di dipendenze non da sostanze afferiscono ai Sert .





DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

I competenti Servizi del Dipartimento di Prevenzione devono garantire che la programmazione e l'esecuzione dei controlli ufficiali in materia di sicurezza alimentare e sanità animale (intesi a verificare la conformità alla normativa vigente in materia di sicurezza, prevenire i rischi per la salute pubblica e proteggere gli interessi dei consumatori) avvengano nel rispetto delle disposizioni comunitarie, nazionali e regionali di riferimento. La Regione, con la DGR 928/2013 ha fornito obiettivi, criteri e indirizzi operativi per la programmazione, l'esecuzione, la verifica e la rendicontazione delle attività di controllo ufficiale sul territorio regionale, al fine di garantire l'efficacia, l'appropriatezza e l'imparzialità degli interventi, la coerenza con gli obiettivi delle vigenti disposizioni comunitarie, l'uniformità sul territorio per frequenza e modalità di attuazione. Le vigenti disposizioni prevedono inoltre la programmazione e l'esecuzione di interventi di sorveglianza nutrizionale, di prevenzione nutrizionale per la ristorazione collettivo-assistenziale, interventi di dietetica preventiva per la promozione della qualità nutrizionale.

Al fine di individuare le risorse umane necessarie ed indispensabili per garantire gli interventi e le prestazioni sopra richiamate ed assicurare il raggiungimento degli obiettivi attesi (a breve e lungo termine), si è ritenuto di fare riferimento agli standard di personale di cui al D.M. 16.10.1998, opportunamente rivisti a ribasso, al numero degli Operatori del Settore Alimentare (OSA) esistenti sul territorio, al numero di Unità Bovine Equivalenti e al numero complessivo di allevamenti.

In relazione a quanto sopra sul territorio regionale, allo stato, le imprese agro-alimentari registrate sono 75.193 (di cui 51.608 SIAN e 23.585 SVET B), gli stabilimenti riconosciuti sono circa 1000 e il numero complessivo di unità bovine equivalenti (UBE) è di circa 340.650. La popolazione residente nella Regione Puglia è superiore a 4.068.000 abitanti.

Avendo a riferimento i suddetti parametri, è stata elaborata la dotazione minima di personale necessaria, suddivisa per le diverse professionalità afferenti ai Servizi Dipartimentali in argomento come di seguito riportato.

Per quanto riguarda il numero di amministrativi, questo viene identificato, indistintamente dalla tipologia di attività svolta, in 3 unità per Servizio.



Igiene degli alimenti e della nutrizione (SIAN)

	Medici Sicurezza alimentare	Medici Sicurezza nutrizionale	Personale di vigilanza ed ispezione	Dietisti	Laureati non medici (biologi/tecnologi alimentari)
SIAN	1 ogni 570 OSA	1 ogni 100.000 abitanti	1 ogni 280 OSA registrati e riconosciuti	1 ogni 100.000 abitanti	1 per servizio

Igiene degli alimenti di origine animale (SVET B)

	Veterinari	Personale di vigilanza ed ispezione
SVET B	1 ogni 9 stabilimenti riconosciuti ex Reg.CE 853/04 e ogni 390 OSA registrati	1 ogni 300 OSA riconosciuti e registrati

"Sanità Animale" (SVET A)

	Veterinari	Personale di vigilanza ed ispezione	Agenti Tecnici
Risanamento zootecnico e Anagrafe bestiame e Polizia veterinaria	1 ogni 3.500 UBE	1 ogni 13.500 UBE	1 ogni 3.500 UBE
Anagrafe canina, vigilanza e prevenzione del randagismo	1 ogni 100.000 abitanti		



“Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche” (SVET C)

	Veterinari	Personale di vigilanza ed ispezione
N. allevamenti, stalle di sosta, scuderie, maneggi, mangimifici, impianti riconosciuti ex Reg CE 1069/09, depositi e rivendita farmaci veterinari	1 ogni 180 allevamenti e 10 impianti	1 ogni 180 allevamenti

Servizi	SIAN	SIAV B
Medici	162	0
Veterinari	0	162
Tecnici della prevenzione	135	135
Dietisti	81	0

Personale previsto per i SIAN con riferimento ai parametri del DM 16 ottobre 2008. Nella seconda colonna è indicato il personale previsto per i SIAV B applicando anche per tali Servizi i parametri dello stesso D.M.

Dotazione minima di personale per i SIAN e SIAV A, B e C delle AA.SS.LL.

Servizi	SIAN	SIAV A	SIAV B	SIAV C
Medici	130	0	0	0
Veterinari	0	115	160	102
Tecnici della prevenzione	185	20	82	102
Dietisti	40	0	0	0
Amministrativi	30	30	30	30
Agenti tecnici	0	135	0	0
Laureati non medici	10	0	0	0

Servizio Igiene e Sanità Pubblica

La Giunta Regionale della Puglia con il regolamento regionale n° 13 del 30 giugno 2009 ha ribadito, in rispetto ai dispositivi normativi nazionali e comunitari, le funzioni e compiti del Servizio Igiene e Sanità Pubblica. L'attività viene suddivisa in tre macroaree:

La prima "Sorveglianza, prevenzione e controllo delle malattie infettive e parassitarie (inclusi i programmi vaccinali) e controllo delle malattie cronico degenerative" vede quali principali attività svolte la sorveglianza epidemiologica e gli interventi per il controllo delle malattie infettive e diffuse, l'offerta attiva e gratuita di tutte le vaccinazioni previste dal Calendario vaccinale regionale ed il conseguente raggiungimento degli obiettivi previsti dai LEA; l'offerta dei vaccini per i viaggiatori, la sorveglianza epidemiologica e l'attuazione di misure di prevenzione e controllo delle malattie cronico degenerative; partecipazione a programmi di ricerca nell'ambito della prevenzione primaria anche in collaborazione con MMG e PLS; l'attuazione di programmi di Educazione alla salute nei confronti di tutte le fasce di popolazione con particolare attenzione, in conformità di quanto previsto dalla DGR 1702/2011 relativa al Protocollo d'Intesa con Ufficio Scolastico Regionale; Predisposizione di sistemi di risposta ad emergenze di origine infettiva che sempre più spesso vedono coinvolta la nostra regione.

La seconda macroarea riguarda la "Tutela della salute della sicurezza degli ambienti aperti e confinati" entra nel merito dalle valutazioni igienico-sanitarie in materia urbanistica, della valutazione di nuovi progetti (piscine, compatibilità urbanistica su nuovi insediamenti produttivi, vigilanza sulle industrie insalubri), sorveglianza e controllo delle infezioni da Legionella in Puglia (giusta DGR 2261 del 13-11-12), della vigilanza e controllo sui farmaci, stupefacenti, sostanze psicotrope, presidi medico chirurgici,

Bozza di Aprile 2014



**REGIONE
PUGLIA**

**AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE DELLE PERSONE
E DELLE PARI OPPORTUNITÀ**

**SERVIZIO PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA E
SPECIALISTICA**

Ufficio Risorse Umane e Aziende Sanitarie

All. 1

cosmetici, della tutela della salute nell'uso delle acque di balneazione, della prevenzione e sicurezza nell'uso di radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, delle valutazioni preventive per autorizzazione all'esercizio di strutture sanitarie e socio-sanitarie complesse, tutela igienico sanitaria di strutture termali, edifici scolastici, strutture sanitarie e socio-sanitarie e civili abitazione, per finire alle valutazioni preventive all'impatto sanitario di impianti comportanti rischio ambientale che per la Regione Puglia stanno diventando un problema prioritario.

La terza macroarea "Valutazione medico legali degli stati di disabilità e per finalità pubbliche" include tutta l'attività accertativa e certificativa medico legale nell'ambito della disabilità, di idoneità all'impiego, alla guida di veicoli, conduzione di imbarcazioni maneggio armi, i pareri medico-legali su richiesta di pubblica amministrazione, la partecipazione ai collegi medici per il collocamento mirato al lavoro ed altre valutazioni medico legali, le attività di medicina necroscopica, polizia mortuaria e cimiteriale, le attività di informazione e comunicazione ai cittadini su temi di bioetica, trapianti, sicurezza, l'attività istruttoria medico-legale per richieste d'indennizzo da parte dello Stato per danno permanente da vaccinazione o trasfusioni, l'organizzazione dell'attività connessa al funzionamento di Commissioni per il riconoscimento dello stato di invalidità civile, cecità, sordomutismo ed legge 104/92 e della Commissione Medica Locale ex art. 119 D.Lgvo 285/92 (Codice della Strada), oltre alle visite di controllo sui lavoratori in malattia (visite fiscali) e per la verifica di gravidanza a rischio.



Dipartimento di Prevenzione (Direzione, SISP)

	Standard di riferimento		Calcolo su popolazione 1/2011:		Situazione Personale in servizio 2011	
			4.091.259			
	Direzione Dip.to *	SISP	Direzione Dip.to	SISP	Direzione Dip.to	SISP
Dirigenti Medici/Laureati						
Altro	1:250.000	1:15.000	16	273	16	268
Tecnico della prevenzione	1 unità per Direzione	1:20.000	1 unità per Direzione	205	2	106
infermieri/assistenti	-	1:13.000	0	315	4	301
amministrativi	1:100.000	1:50.000	41	82	19	136
mansioni esecutive	1:150.000	1:80.000	27	51	22	101

* Per lo staff della direzione del DP in relazione alle UO previste è opportuno prevedere uno statistico, un dirigente amministrativo ed un epidemiologo

Servizio Prevenzione e Salute Luoghi di Lavoro

I dati del personale in dotazione presso le UU.OO.CC. Prevenzione E Sicurezza Ambienti di Lavoro della Regione Puglia hanno evidenziato per l'anno 2011 la seguente distribuzione.

Dirigenti Medici	TdP	Personale totale 2011	Azienda Sanitaria Locale
36	93	129	REGIONE PUGLIA
10	31	41	BA



8	8	16	BT
3	8	11	BR
6	17	23	FG
9	21	30	LE
0	8	8	TA



Il DIF 2007 ha individuato in modo specifico le previsioni di dotazione organica per i Servizi delle AA.SS.LL. della Regione Puglia, qualificando tale necessità nella misura di 1 medico del lavoro ogni 65.000 abitanti e di 1 tecnico della prevenzione ogni 30.000 abitanti.

Rispetto al 2007, si è assistito ad un potenziamento dei sistemi di monitoraggio (infortuni sul lavoro mortali e gravi, malattie professionali), congiuntamente ad una crescente attenzione posta non soltanto per la programmazione delle attività di vigilanza svolte sul territorio, ma anche sulla ricerca attiva delle malattie professionali mediante l'utilizzo integrato di varie anagrafiche (storia lavorativa INPS, SDO, Registri Tumori). Inoltre, l'applicazione dei Regolamenti (CE) n. 1907/2006 (REACH) e n. 1272/2008 (CLP), mirati alla prevenzione delle patologie (tumori, allergie, etc.) determinate dalla produzione ed uso degli agenti chimici, impegna in modo del tutto innovativo e quasi esclusivo gli operatori degli SPESAL, spesso individuati quale personale autorizzato alla vigilanza ai sensi della D.G.R. n. 729/2010 e s.m.i..

Da un confronto su dati nazionali dell'attività degli SPESAL, è possibile dedurre che il numero di aziende attribuite al singolo operatore, calcolate ai fini del raggiungimento dei Livelli Essenziali di Assistenza (banca dati INAIL-Regioni), è correlato con l'esito favorevole in ragione inversa, attestandosi per le Regioni che raggiungono il 5% delle unità locali ispezionate sulle totali ad un valore pari a 653,913. Pertanto, ribaltando tale valore nella realtà regionale ai fini di garantire uno standard dimensionale nazionale e ponderato sull'attività che consenta il raggiungimento dell'indicatore LEA, ne deriva il seguente algoritmo di calcolo del fabbisogno del personale.

N. personale totale = (N. aziende LEA/standard dimensionale) = (N. aziende LEA)/653,913)
di cui

N. medici = (N. personale totale)*0,32

N. tecnici della prevenzione = (N. personale totale)*0,68



Numero aziende (valore LEA 2013)	Standard dimensionale	Dirigenti Medici	TdP	Personale totale previsto	Azienda Sanitaria Locale
119543	653,913	59	128	187	Regione Puglia (totale)
40632	653,913	20	42	62	BA
12216	653,913	6	13	19	BT
11123	653,913	5	12	17	BR
15896	653,913	8	17	24	FG
24865	653,913	12	26	38	LE
14811	653,913	8	18	27	TA

Il valore del fattore moltiplicativo specifico (0,32 per i medici e 0,68 per i tecnici della prevenzione) rinviene dall'applicazione dei rapporti tra le richiamate figure professionali ex DIF 2007.

Il risultato dell'applicazione del precedente algoritmo è sintetizzato nella seguente tabella, applicando per il territorio dell'ASL TA un fattore correttivo pari a 1,2 dettato dalla maggiore complessità del tessuto produttivo.

La dotazione degli assistenti sanitari è pari ad 1 unità per ciascuna U.O.C. Prevenzione E Sicurezza Ambienti di Lavoro, per un totale di n. 10 (dieci) unità sul territorio regionale. In particolare, tale ruolo appare necessario in relazione allo sviluppo crescente delle linee di intervento che prevedono l'effettuazione di indagini epidemiologiche per lo studio ed il monitoraggio dell'evoluzione del fenomeno tecnopatico.

La dotazione di personale amministrativo è da quantificare in misura pari a 2 unità per ciascuna U.O.C. Prevenzione E Sicurezza Ambienti di Lavoro, per un totale di n. 20 (venti) unità sul territorio regionale.

Attività di Screening

La metodologia di seguito utilizzata per la rilevazione del fabbisogno di personale tiene conto degli studi relativi ai tempi medi di assistenza per ciascuna figura professionale rapportati a ciascun livello di complessità ed ai volumi di attività previsti per l'assolvimento delle attività degli screening oncologici analogamente a quanto applicato nel calcolo eseguito per valutare il fabbisogno di personale per le Unità Operative con posti letto di assistenza ospedaliera, tenuto conto delle indicazioni operative a tal proposito prodotte nell'ambito di iniziative dell'Osservatorio Nazionale Screening già attuate in talune Regioni.



Una riorganizzazione sostenibile in tal senso prevede che all'interno di ciascun percorso di screening siano presenti strutture funzionali deputate ad assicurare gli eventuali step delle procedure operative attivate dagli screening garantendo standard organizzativi uniformi e parametrati alla popolazione target delle varie Aziende Sanitarie Locali con il fine di ottimizzare le risorse e l'offerta assistenziale garantendo equità, qualità e sostenibilità.

Le ore medie annue lavorate utilizzate nelle formule sono: per il personale dirigente 1433 e per il personale del comparto 1450, oltre alle riduzioni previste per il rischio anestesiológico e radiológico.

Convenzionalmente, si stabilisce che nell'ipotesi in cui il calcolo del fabbisogno determini un numero non intero ma decimale e maggiore di 0,49 rispetto alla cifra intera ottenuta, si procede all'arrotondamento all'unità superiore.

Per l'attività ambulatoriale si dovranno considerare solo le visite e le prestazioni di diagnostica strumentale anche in consulenza (in particolare non devono far parte del conteggio le prestazioni di laboratorio).

Centro Screening

Per assicurare le attività di gestione di tutti gli aspetti organizzativo-gestionali, informativi finalizzati sia alla produzione delle liste di convocazione che al monitoraggio degli indicatori necessari alla valutazione e verifica del programma, occorrono n. 1 unità di personale amministrativo affiancata da n.2 assistenti sanitari ogni 400.000 abitanti.

Diagnostica Strumentale

Poiché le attività di screening devono integrarsi e non sovrapporsi con le attività assistenziali orientando le stesse per ottimizzare le risorse dedicabili in termini di appropriatezza alla prevenzione oncologica, si delineano i parametri per il calcolo di fabbisogno del personale necessario a garantire la rapida piena estensione degli screening in rapporto agli obiettivi minimi accettabili di adesione da perseguire ed indicati dall'Osservatorio Nazionale Screening.

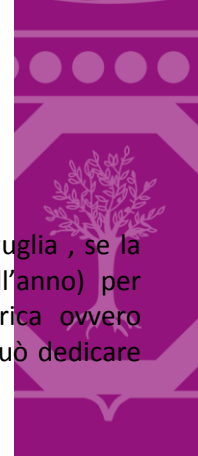
Screening del carcinoma cervico-uterino

Fabbisogno Ostetriche per attività del I livello screening.

Per consentire la piena estensione degli inviti occorre calcolare il fabbisogno "ore ostetrica" atteso il tempo medio di esecuzione di 15 minuti per un pap test di screening presso le strutture consultoriali deputate ed a cura delle ostetriche ivi presenti.

Necessita pertanto, con il supporto delle direzioni strategiche, che ciascun distretto fornisca per la propria rete consultoriale la programmazione mensile per sedi di ore ostetrica parametrata alla popolazione target di riferimento distrettuale da invitare attivamente ogni tre anni anche da comuni sprovvisti di consultorio.

Il livello d'adesione minimo accettabile posto è del 50% (40% nel 2008), per cui potrà essere puntualmente e agevolmente valutata la eventuale carenza di organico da integrare per ogni distretto, considerando che, già dalle indicazioni del POMI, il 40% dell'orario di servizio ostetrica è da riservare allo screening.



Come esempio, considerato il target regionale di 1.128.192 donne su 4.050.803 residenti in Puglia, se la popolazione target, donne tra 25 e 64 anni, da invitare è di 100.000 donne (33.000 all'anno) per programmare la piena estensione ed un'adesione del 50% necessitano 4.125 ore ostetrica ovvero occorrono 3 ostetriche a tempo pieno e che, rapportate alle 580 ore che ciascuna ostetrica può dedicare allo screening, produce un fabbisogno reale di 7 ostetriche.

Fabbisogno citoscreener per il livello di lettura pap test

Rapportato ai volumi di attività sopra considerati e tenuto conto che il carico annuo di pap test è di 7.500 letture per citoscreener (biologi o tecnici di laboratorio esperti in citologia di screening) occorrono 2,2 citoscreener per 100.000 donne target, con la supervisione di un anatomo patologo parzialmente dedicato.

Fabbisogno colposcopisti II livello, trattamento e follow up

Considerato l'indice d'invio a colposcopia accettabile se pari o al di sotto del 4% e che il tempo medio di colposcopia è di 20 minuti su 100000 donne target è dato prevedere fino a 660 invii all'anno in colposcopia, con un numero assai più ridotto se attivo il triade HPV e con impegno orario variabile in funzione dell'esito colposcopico.

Essendo le strutture di colposcopia e trattamento ubicate, tuttavia, in ambito prevalentemente nosocomiale già deputato al trattamento e al follow up si considera il fabbisogno relativo al solo I esame che per 100.000 donne target che è di 198 ore medico e ostetrica all'anno, cui vanno aggiunti i tempi dedicati al trattamento e al follow up delle lesioni riscontrate con ipotesi di raddoppio della predetta tempistica, di cui tener conto nell'ambito della programmazione dell'organico nosocomiale ginecologico o di day service ambulatoriale chirurgico.

Screening del carcinoma mammario

Fabbisogno TSRM I e II livello

L'esecuzione della mammografia di screening riservata a tutte le donne tra 50 e 69 anni comporta un tempo medio di 15 minuti a donna prevedendosi tale esame a cadenza biennale.

Il fabbisogno orario di tali figure, atteso che la popolazione target pugliese al 01.01.2013 è di 519.459 donne, se rapportato come esempio ad una popolazione target di 100.000 donne, per garantire la piena estensione e mirare all'adesione corretta accettabile del 60%, è pari a 7.500 ore riferibili a 6 tecnici integralmente dedicati in grado di assolvere anche alle procedure di richiamo ad approfondimenti, nel limite accettabile del 7% delle donne cui dedicare un'ora di attività finalizzata.

Fabbisogno radiologi senologi

Assunto che il tempo medio di lettura per ciascuno dei radiologi è calcolato in tre minuti a referto e che il 7% di richiami comporta convenzionalmente un'ora di impegno per donna, occorrono 1.500 ore lettura e 210 ore di approfondimenti. Tanto, considerando il debito orario annuo di un radiologo che è di 1339 ore e che è prevista la doppia lettura, rende necessari poco più di due radiologi dedicati ovvero 5 radiologi se dedicati per circa il 50% del loro lavoro a tale attività, garantendo lo standard di lettura previsto di almeno 5000 esami anno. Va sottolineato che a tutt'oggi è ampio il ricorso per mera prevenzione di donne che



**REGIONE
PUGLIA**

**AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE DELLE PERSONE
E DELLE PARI OPPORTUNITÀ**

**SERVIZIO PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA E
SPECIALISTICA**

Ufficio Risorse Umane e Aziende Sanitarie

All. 1



prenotano la mammografia anche se in fascia di screening ingolfando del tutto inappropriatamente le liste d'attesa anche per esami ecografici spesso del tutto inutili al pari della visita clinica, per di più eseguiti con frequenze troppo spesso ingiustificatamente ravvicinata.

Screening del carcinoma colon rettale

Fabbisogno gastroenterologi e infermieri

Premesso che deve prevedersi una rapida estensione dello screening all'intera regione e che l'ampio target (uomini e donne tra 50 e 69 anni in Puglia sono 997.705) cui estendere la ricerca del sangue occulto ogni due anni, può valutarsi il fabbisogno per la colonscopia di II livello nei positivi a sangue occulto considerando che lo standard di positività al sangue occulto è al 5% e che l'adesione accettabile è del 45%. L'impegno orario convenuto per una colonscopia completa di screening con eventuale escissione di polipi compatibile in tale procedura è valutato in 60 minuti.

Per assicurare la massima estensione dello screening sono dunque necessarie 1.125 ore lavoro gastroenterologo per un bacino d'utenza pari a 100.000 soggetti target senza considerare l'esigenza di rinnovare tale procedura per i soggetti in follow up post trattamento.

La standardizzazione di fabbisogno, anche tenendo conto del carico in follow up progressivo rende necessario n.1 gastroenterologo integralmente dedicato e altrettanti infermieri per 100.000 persone target, salvo considerare altri impegni professionali da valutare sulla percentuale di debito orario dovuto.

Nell'ambito del Dipartimento occorre prevedere inoltre l'attivazione del Servizio delle professioni della prevenzione.



DIPARTIMENTO DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

Il Dipartimento di Riabilitazione è organizzato in base a quanto dettato dal Regolamento della Regione Puglia n.6 del 04.03.2013. Per quanto riguarda il relativo fabbisogno di personale questo deve essere rapportato al numero di Progetti Riabilitativi Individuali attesi ed alla popolazione residente.

In particolare ogni team riabilitativo è composto da professionisti che possono essere ricompresi in due differenti specificità in base al percorso formativo:

- professionisti della riabilitazione, quali il medico specialista in riabilitazione e i professionisti sanitari non medici identificati nel D.M. 29 marzo 2001;
- personale con specifica formazione riabilitativa in ambito socio – sanitario – assistenziale

La comprovata efficacia della tempestività e precocità dell'intervento riabilitativo, documentata dalle evidenze della letteratura in termini di recupero e di prevenzione di ulteriori danni, esige che il percorso riabilitativo e la definizione del relativo progetto riabilitativo vengano avviati contestualmente al ricovero in acuto. La procedura riabilitativa rappresenta un criterio di appropriatezza e deve essere valorizzata come parte integrante ed irrinunciabile della tariffazione dell'episodio di ricovero in acuzie.

Riabilitazione intensiva

Le attività riabilitative in strutture di ricovero e cura sono caratterizzate da interventi sanitari di riabilitazione diretti al recupero di disabilità importanti e complesse, modificabili, che richiedono un elevato impegno assistenziale riferibile ad un nursing infermieristico articolato nell'arco delle 24 ore. In tale fase trovano anche un setting appropriato le gravi patologie disabilitanti ad interessamento multiorgano delle persone ad alta complessità, definito (PAC), che presentano situazioni di complessità clinico-assistenziale per comorbidità da patologie concomitanti e interagenti con la prognosi riabilitativa. Tali situazioni richiedono di essere gestite in contiguità alle specialità ed alle dotazioni strumentali e tecnologiche dell'acuzie.

Gli interventi hanno come obiettivo la stabilizzazione clinica ed il ripristino di condizioni di autonomia e/o di gestibilità in ambito extraospedaliero. I pazienti che vi accedono sono caratterizzati da:

- comorbidità concomitanti e interagenti con la prognosi riabilitativa;
- necessità di competenza specialistica riabilitativa nella gestione del disabile grave in condizioni di criticità e necessità di consulenze medico-specialistiche multidisciplinari.

La gestione della fase dimissiva e della continuità del percorso riabilitativo dipartimentale richiedono poi l'integrazione con la rete dei servizi territoriali e la stretta collaborazione col MMG/MPLS.

L'intervento riabilitativo deve essere inteso di almeno tre ore giornaliere ed è erogato da parte del medico specialista in riabilitazione, dai professionisti sanitari non medici della riabilitazione e dal personale infermieristico. L'assistente sociale e lo psicologo possono contribuire per il tempo necessario al raggiungimento dell'orario giornaliero richiesto per l'intervento riabilitativo.

Considerando che il 5% circa della popolazione, media nazionale, può abbisognare di interventi riabilitativi si considerino le seguenti formule per il calcolo del personale dei vari profili :

Profilo professionale	Fabbisogno x riabilitazione
Medici	Residenti/10000*0,67
Terapisti della Riabilitazione	Residenti/10000*4,40
Infermieri	Residenti/10000*0,35
Psicologi	Residenti/10000*0,35
Ass.Sociali	Residenti/10000*0,40
OSS	Residenti/10000*1,20
Amministrativi	Residenti/10000*0,30



I diversi profili di Terapista della riabilitazione devono essere quantificati percentualmente in relazione all'incidenza della relativa patologia invalidante.

Il fabbisogno di personale deve tener conto dell'attività svolta dalle strutture accreditate nel territorio.

Nell'ambito del Dipartimento occorre inoltre attivare il Servizio delle professioni della riabilitazione ai sensi dell'art.34 della L.R. 26/2006.

Servizio prevenzione e protezione

Il servizio di prevenzione e protezione, come definito all'art. 2, comma 1, lettera l), del decreto legislativo n. 81/08 e successive modifiche ed integrazioni, costituisce lo strumento necessario per l'assolvimento degli obblighi relativi alla gestione della salute e sicurezza dei lavoratori posti a carico del "datore di lavoro", figura quest'ultima le cui attribuzioni, responsabilità e obblighi vengono individuati e definiti dalla stessa legislazione vigente.

L'attività principale del SPP (come riportato nell'art. 33, comma 1, del citato decreto legislativo n. 81/08) è lo studio, l'analisi e la valutazione dei rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, con il fine di individuare e proporre le misure organizzative, tecniche, procedurali e formative di prevenzione e protezione. In dettaglio il SPP provvede:

- a) all'individuazione dei fattori di rischio, alla valutazione dei rischi e all'individuazione delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro, nel rispetto della normativa vigente, sulla base della specifica conoscenza dell'organizzazione aziendale;
- b) ad elaborare, per quanto di competenza, le misure preventive e protettive di cui all'articolo 28, comma 2, e i sistemi di controllo di tali misure;
- c) ad elaborare le procedure di sicurezza per le varie attività dell'organizzazione;
- d) a proporre i programmi di informazione e formazione dei lavoratori;
- e) a partecipare alle consultazioni in materia di tutela della salute e sicurezza sul lavoro, nonché alla riunione periodica di cui all'articolo 35;
- f) a fornire ai lavoratori le informazioni di cui all'articolo 36.

Il SPP progetta e gestisce i sistemi di monitoraggio e di controllo per verificare l'efficacia e l'efficienza delle misure poste in atto ed è utilizzato dal datore di lavoro per condurre le verifiche interne in tema di sicurezza e prevenzione (safety-audit), nonché per l'aggiornamento della valutazione dei rischi e della programmazione generale in materia di sicurezza (così come previsto dall'art. 28, comma 2, del decreto legislativo n. 81/08).

Il SPP è interno all'organizzazione aziendale ai sensi dell'art. 31, comma 6, del decreto legislativo n. 81/08, in diretta connessione unicamente con il vertice decisionale aziendale e collocato alle dirette dipendenze del direttore generale.

Per quanto riguarda gli aspetti esclusivamente operativi della gestione della sicurezza il SPP farà riferimento a specifiche strutture organizzative aziendali:

- il settore tecnico e patrimoniale per gli interventi di progettazione e manutenzione strutturale e impiantistica;
- l'ingegneria clinica per la gestione in sicurezza delle apparecchiature sanitarie;
- l'ufficio formazione per lo svolgimento dei corsi di formazione e l'organizzazione del sistema di formazione sulla scorta del fabbisogno formativo in tema di sicurezza proposto dal responsabile del SPP;



- il settore provveditorato ed economato per l'accertamento dei requisiti di sicurezza, sia in fase di acquisto che di manutenzione, di macchine, attrezzature, dispositivi medici, arredi, ecc.;
- la farmacia per l'accertamento dei requisiti di sicurezza e salute in fase di acquisto di sostanze chimiche, disinfettanti, DPI e presidi di sicurezza;
- le direzioni sanitarie: per l'accertamento dei requisiti di igiene delle strutture ospedaliere e per la corretta gestione dei rifiuti ospedalieri, nonché per la gestione dell'emergenza interna ed esterna.

Il SPP per poter svolgere adeguatamente i compiti preposti necessita di professionalità interdisciplinari, con specifiche competenze per la valutazione di tutti i rischi presenti (strutturali, impiantistici, fisici, chimici, biologici, organizzativi, etc.).

Gli addetti al servizio di prevenzione e protezione (ASPP) sono scelti dal datore di lavoro tra il personale dirigente e non dirigente, devono essere in possesso dei requisiti di cui all'art. 32 del decreto legislativo n. 81/08 e successive modifiche ed integrazioni, e rispondono del proprio operato al responsabile del servizio di prevenzione e protezione (RSPP).

Tenuto conto di una omogenea distribuzione di compiti, la dotazione standard organica può essere computata secondo lo schema seguente:

1 ASPP ogni 500 dipendenti (con un minimo di 2 unità);

I compiti assegnati agli ASPP, nell'ambito delle loro attività, possono essere così riassunti:

- collaborano con l'intera struttura organizzativa per individuare i rischi ed i pericoli sul lavoro;
- segnalano e riferiscono al RSPP le eventuali carenze o criticità organizzative, gestionali, strutturali, impiantistiche, ecc., che possono influire sulla tutela della salute e sicurezza dei lavoratori.

Gli ASPP devono essere individuati, a seconda delle funzioni assolve dal servizio SPP, nell'ambito delle seguenti professionalità:

- Ingegnere;
- Medico igienista;
- Fisico;
- Chimico laureato;
- Laureato esperto in igiene industriale;
- Biologo;
- Assistente sanitario;
- Perito per l'igiene industriale;
- Perito per la sicurezza;
- Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Prevenzione;
- Collaboratori amministrativi (max 7%);

Unità operativa controllo di gestione

Il personale di questa U.O. sarà calcolato sulla base del numero di centri di costi dell'Azienda/Ente, secondo la tabella seguente:



Profilo	Calcolo fabbisogno/25 centri di costo
Dirigente	0,5
Tecnico Statistico/Informatico	0,33
Amministrativo	0,20

Unità operativa gestione rischio clinico

I programmi per il miglioramento della qualità dei servizi sanitari e sociosanitari rappresentano un investimento necessario: oggi, per il miglioramento dell'appropriatezza dell'assistenza prestata ai cittadini, e domani, per garantire la sostenibilità del sistema. In quest'ottica si colloca la sempre maggiore attenzione dei decisori (e degli studiosi) nei confronti dei concetti e degli strumenti di "corporate governance", "internal audit", "risk management" e, in relazione alla sfera dell'attività clinica, "clinical governance", "clinical audit", "clinical risk management". La loro valenza è duplice. In primo luogo, interna: ad esempio, il clinical audit, produce significativi cambiamenti nei processi e nelle attività, ottenendo soddisfacenti "ritorni sull'investimento".

Bisogna inoltre considerare la valenza esterna. Nella logica del performance measurement, l'attivazione dei programmi per la qualità è un'occasione concreta per misurare l'efficacia del sistema sanitario e trasferire questa informazione all'esterno. La qualità, così processata, non rappresenta più un obiettivo strategico ritualmente declinato nei piani, ma una dimensione operativa dell'assistenza. Essa è una caratteristica misurabile, osservabile nel tempo, riferita ad un numero di aree selezionate e prioritarie (ad esempio, la gestione della cartella clinica, la presa in carico del paziente con diabete non complicato, e così via), quindi, non più "generica".

In quest'ottica occorre prevedere un'adeguata dotazione organica per tali funzioni strategiche prevedendo tutte le figure professionali necessarie alla programmazione delle sue attività.

La base di calcolo per il fabbisogno di personale da utilizzare è il numero di dipendenti dell'azienda/ente secondo la seguente tabella:

Profilo	Calcolo fabbisogno/1000 dipendenti
Dirigente Medico (medicina legale)	1
Infermiere	1
Tecnico sanitario	0,5



Altri profili tecnici	0,5
Amministrativo	0,2

Unità operativa di statistica ed epidemiologia

Il personale di questa U.O. sarà calcolato sulla base della popolazione residente per le ASL e in funzione del numero di posti letto per Aziende Ospedaliere e gli IRCCS, secondo la tabella seguente:

Profilo	Calcolo fabbisogno/100000 abitanti o per 250 posti letto
Dirigente Medico	0,415
Tecnico Statistico/Informatico	0,33
Amministrativo	0,20

Per il **Registro Tumori** occorre prevedere una dotazione organica in grado di soddisfare alla necessità di raccolta dati annuale. Il fabbisogno di personale dedicato necessario è evidenziato nella tabella seguente:

Provincia	Popolazione	Casi Incidenti stimati/anno	% Casi extraregionali	N. Operatori necessari
BA	1.250.000	6.500	6%	5
BR	403.000	2.500	11%	3
BT	391.000	2.000	9%	3
FG	640.000	3.300	13%	4
LE	813.000	4.000	12%	4
TA	580.525	3.000	12%	4



**REGIONE
PUGLIA**

**AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE DELLE PERSONE
E DELLE PARI OPPORTUNITÀ**

**SERVIZIO PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA E
SPECIALISTICA**

Ufficio Risorse Umane e Aziende Sanitarie

All. 1



Unità di Valutazione dell'Appropriatezza dei Ricoveri

Il personale di questa U.O. sarà calcolato sulla base del numero di ricoveri annui globalmente gestiti dall'Azienda/Ente, secondo la tabella seguente:

Profilo	Calcolo fabbisogno/10000 ricoveri
Dirigente Medico	0,5
Tecnico Statistico/Informatico	0,33
Amministrativo	0,20



Aree Amministrative

Le Aree e gli uffici amministrativi, sia centrali che periferici, dovranno essere configurati in virtù delle norme attualmente in vigore, in particolare si fa riferimento al regolamento regionale n. 36/94 come modificato dal regolamento regionale n. 20/2012 per la relativa organizzazione.

Il numero del personale amministrativo previsto, relativamente ai profili della tabella 6 di seguito riportata, deve consentire di rientrare nei limiti massimi del 7% del costo totale per il personale, prevedendo comunque un limite massimo del 7% del numero di operatori in servizio presso i presidi ospedalieri, comprensivi degli annessi plessi, le aziende ospedaliere e gli IRCCS.

Il numero di dirigenti amministrativi da prevedere deve essere rapportato al numero di dipendenti dell'area amministrativa nella proporzione 1 a 35 e comunque prevedendo la direzione delle strutture complesse obbligatorie e un dirigente per le funzioni obbligatorie che derivino da atti regionali e normative. I dirigenti delle aree professionali, tecniche non rientrano comunque in questo computo.

La gestione delle attività amministrative deve essere tenuta ben distinta dalle attività sanitarie propriamente dette, ciò anche alla luce di economie derivanti dall'utilizzo appropriato del personale medico, infermieristico, tecnico e sanitario.

Il personale amministrativo addetto alle attività sanitarie è assegnato alla Direzione Sanitaria e da questa, ove ne ricorrano i presupposti, anche ai Dipartimenti.

Il personale con profili di area tecnica/professionale (Dirigenti e non, esclusi O.S.S. e altri operatori tecnici addetti all'assistenza) deve essere proporzionato al volume delle attività svolte (ricoveri e/o prestazioni), ovvero il fabbisogno deve essere calcolato sul totale del fatturato per prestazioni (integrato dal costo del personale delle strutture territoriali) utilizzando il coefficiente 0,12 nella formula dei servizi diagnostici.

Esempio: Presidio xxxxxx ; $Fatturato/5,16 = 20000000$ applicando la formula si ottiene:

Personale tecnico = $(20000000/50000*(0.12*6*365))/1450 = 73$

La Tabella 6 è relativa ai profili del personale amministrativo da considerare per il raggiungimento del 7% del costo totale del personale per le ASL (il 7% rappresenta una media nazionale calcolata dalla STEM sul costo del personale per gli anni 2010-2011). In ogni caso nei presidi ospedalieri, ivi compresi i plessi, il rapporto percentuale tra il numero del personale del ruolo amministrativo e il numero totale dei dipendenti non può superare il valore del 7%.

Tabella 6

Codprof	Profilo
7	Dirigente Amministrativo S.C.
8	Dirigente Amministrativo
96	Collaboratore Prof.le Amministrativo
97	Collaboratore Prof.le Amministrativo Esperto
100	Coadiutore Amministrativo
101	Coadiutore Amministrativo esperto
109	Commesso/Portiere
110	Assistente Amministrativo

Il fabbisogno delle varie aree amministrative dovrà essere calcolato parametrando i valori alle attività svolte in base allo schema seguente:

Area	Fabbisogno personale
Gestione del Personale	Numero_dipendenti*0,01
Gestione del Patrimonio	Valore_ammortamenti_anno/200.000
Gestione Risorse Finanziarie	Numero_mandati_di_pagamento/800

Per il calcolo del fabbisogno del personale per servizi non esplicitamente riportati nelle presenti linee guida si dovrà fare riferimento, se esistente, alla normativa nazionale e regionale vigente.

La Dotazione organica

Sulla scorta dei fabbisogni delle varie tipologie di personale, definiti secondo gli standards ed i principi sopra esposti, le Aziende ed Enti del SSR dovranno quindi procedere a rideterminare con apposito provvedimento le dotazioni organiche aziendali. La dotazione organica è unica e ricomprende anche il personale universitario convenzionato, tenuto conto dell'apporto orario ridotto fornito da tale personale e dovrà prevedere il fabbisogno di personale per tutte le strutture obbligatorie, come individuate nella successiva tabella 9.

Si evidenzia che il provvedimento di adozione della nuova dotazione organica deve espressamente indicare anche il relativo costo, considerando che la spesa annua per il personale deve comunque obbligatoriamente ed inderogabilmente attestarsi entro i limiti stabiliti dal riferito articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009 n. 191 e s.m.i..

Per ottenere la quantificazione economica del costo del personale previsto nella dotazione organica si dovrà moltiplicare in numero di unità per ciascun profilo professionale per il relativo costo medio regionale, onnicomprensivo anche dei relativi oneri riflessi ed IRAP, riportato nella tabella 8 seguente.

Poiché la dotazione organica definisce, in un certo arco temporale, il fabbisogno di unità di personale necessario per l'erogazione ottimale dei servizi dell'Azienda, e di per se non determina spesa, il limite articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009 n. 191 e s.m.i.. suddetto si applicherà esclusivamente ai piani assunzionali da essa scaturenti, salvo diverse determinazioni della Giunta Regionale.

Tabella 8 – Elenco dei profili professionali e relativo costo medio regionale

Codprof	Profilo	Costo medio al netto rinnovi contrattuali	Costo medio con i rinnovi contrattuali
1	Direttore Medico di struttura complessa	120000	146000
2	Dirigente Medico	92000	112000
3	Direttore Farmacista	105000	128000



Codprof	Profilo	Costo medio al netto rinnovi contrattuali	Costo medio con i rinnovi contrattuali
4	Dirigente Farmacista	78000	95000
5	Dirigente Biologo	78000	95000
6	Dirigente Infermiere/Ostetrico	76000	93000
7	Dirigente Amministrativo S.C.	105000	128000
8	Dirigente Amministrativo	76000	93000
9	Dirigente Chimico	78000	95000
10	Direttore di Distretto	120000	146000
11	Dirigente Psicologo	78000	95000
12	Direttore Ingegnere	105000	128000
13	Dirigente Ingegnere	76000	93000
14	Direttore Sociologo	105000	128000
15	Dirigente Sociologo	76000	93000
16	Dirigente Analista	76000	93000
17	Direttore Avvocato	105000	128000
18	Dirigente Avvocato	76000	93000
19	Dirigente Professioni Sanitarie - Area Infermieristica/Ostetrica	78000	95000
20	Direttore Analista	105000	128000
21	Direttore Veterinario	120000	146000
22	Dirigente Veterinario	92000	112000
23	Direttore Psicologo	105000	128000
24	Direttore Dipartimento	150000	180000
26	Direttore Fisico	105000	128000
27	Dirigente Fisico	78000	95000
28	Dirigente Pedagogista	76000	93000
29	Dirigente Professioni Sanitarie - Area Tecnica	78000	95000
30	Dirigente Assistente Sociale	76000	93000
50	Collaboratore Prof.le Sanitario Assistente Sanitario	37000	44000
51	Collaboratore Prof.le Sanitario Assistente Sanitario esperto	41000	48000
52	Collaboratore Prof.le Sanitario Dietista	37000	44000
53	Collaboratore Prof.le Sanitario Dietista esperto	41000	48000



Codprof	Profilo	Costo medio al netto rinnovi contrattuali	Costo medio con i rinnovi contrattuali
54	Collaboratore Prof.le Sanitario Educatore professionale	37000	44000
55	Collaboratore Prof.le Sanitario Educatore Professionale esperto	41000	48000
56	Collaboratore Prof.le Sanitario Fisioterapista	37000	44000
57	Collaboratore Prof.le Sanitario Fisioterapista Esperto	41000	48000
58	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere	37000	44000
59	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere Esperto	41000	48000
60	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere Pediatrico	37000	44000
61	Collaboratore Prof.le Sanitario Infermiere Pediatrico Esperto	41000	48000
62	Collaboratore Prof.le Sanitario Logopedista	37000	44000
63	Collaboratore Prof.le Sanitario Massaggiatore/Massofisioterapista	37000	44000
64	Collaboratore Prof.le Sanitario Ortottista	37000	44000
65	Collaboratore Prof.le Sanitario Ortottista Esperto	41000	48000
66	Collaboratore Prof.le Sanitario Ostetrica	37000	44000
67	Collaboratore Prof.le Sanitario Ostetrica Esperta	41000	48000
68	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Emodialisi	37000	44000
69	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Audioprotesista	37000	44000
70	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Citologo	37000	44000
71	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Educazione e Riabilitazione	37000	44000
72	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Fisiopatologia Cardiocircolatoria e	37000	44000
73	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Prevenzione Ambienti e Luoghi d	37000	44000
74	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Prevenzione Ambienti e Luoghi d	41000	48000
75	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Neurofisiopatologia	37000	44000
76	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Fisiopatologia Respiratoria	37000	44000
77	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Laboratorio Biomedico	37000	44000
78	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Laboratorio Biomedico esperto	41000	48000
79	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Radiologia Medica	37000	44000
80	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Radiologia Medica Esperto	41000	48000
81	Collaboratore Prof.le Sanitario Terapista Neuro e Psicomotricità Età Evolutiva	37000	44000
82	Collaboratore Prof.le Sanitario Terapista Occupazionale	37000	44000
90	Collaboratore Prof.le Assistente Sociale	37000	44000



Codprof	Profilo	Costo medio al netto rinnovi contrattuali	Costo medio con i rinnovi contrattuali
91	Collaboratore Prof.le Assistente Sociale Esperto	41000	48000
92	Collaboratore Prof.le Tecnico Informatico	35000	41000
93	Collaboratore Prof.le Tecnico Geometra	35000	41000
94	Collaboratore Prof.le Tecnico Sociologo	35000	41000
95	Collaboratore Prof.le Tecnico Statistico	35000	41000
96	Collaboratore Prof.le Amministrativo	35000	41000
97	Collaboratore Prof.le Amministrativo Esperto	41000	48000
100	Coadiutore Amministrativo	29000	34000
101	Coadiutore Amministrativo esperto	31000	37000
102	Infermiere Generico	31000	37000
103	Infermiere generico Esperto	35000	41000
104	Infermiere Psichiatrico	35000	41000
105	Infermiere Psichiatrico esperto	37000	44000
106	Insegnante Educatore ex L.16	31000	37000
107	Massaggiatore/Massofisioterapista (BS)	29000	34000
108	Massaggiatore/Massofisioterapista (C)	29000	34000
109	Commesso	27000	32000
110	Assistente Amministrativo	31000	37000
111	Assistente Religioso	31000	37000
112	Assistente Tecnico	31000	37000
120	Operatore Socio Sanitario	27000	32000
121	Operatore Tecnico Addetto Assistenza	27000	32000
122	Operatore Tecnico	29000	34000
123	Operatore Tecnico Specializzato	29000	34000
124	Operatore Tecnico Centralinista	27000	32000
125	Operatore Tecnico Specializzato Centralinista	29000	34000
126	Operatore Tecnico Centralinista Esperto	29000	34000
127	Operatore Tecnico Conduttore di Caldaie	29000	34000
128	Operatore Tecnico Cuoco	27000	32000
129	Operatore Tecnico Cuoco Esperto	29000	34000



Codprof	Profilo	Costo medio al netto rinnovi contrattuali	Costo medio con i rinnovi contrattuali
140	Puericultrice	29000	34000
141	Puericultrice Esperta	31000	37000
145	Collaboratore Prof.le Tecnico Programmatore	29000	34000
146	Ausiliario Specializzato	27000	32000
147	Collaboratore Tecnico professionale	35000	41000
148	Collaboratore Prof.le Sanitario Igienista Dentale	37000	44000
149	Collaboratore Prof.le Sanitario Tecnico Emodialisi Esperto	41000	48000
150	Operatore Tecnico Specializzato Autista Ambulanza	27000	32000
151	Operatore Tecnico Specializzato Autista Ambulanza Esperto	29000	34000
152	Operatore Tecnico Specializzato Esperto	27000	32000
153	Collaboratore professionale tecnico esperto	37000	44000
154	Direttore Biologo	105000	128000

I profili non riportati nella tabella precedente possono essere valorizzati per analogia.

Tabella 9

Organizzazione Generale delle Aziende Sanitarie Locali

Strutture da istituire in ambito aziendale o da distribuire nelle aree già esistenti sulla base della propria organizzazione derivante dall'Atto Aziendale, tenendo conto che ogni struttura organizzativa deve essere incardinata nell'ambito di aree e strutture complesse o dipartimenti (non devono essere istituiti uffici di staff D. Lgs. 165/2001 Art.4 comma 4). Di seguito si elencano le strutture previste nelle Aziende Sanitarie:

DIREZIONE STRATEGICA

- Struttura Burocratico-legale
- Struttura di Comunicazione ed Informazione include l'Ufficio stampa e Ufficio Relazioni con il Pubblico
- Servizio prevenzione e protezione
- Ufficio qualità e formazione
- Servizio infermieristico e ostetrico ospedaliero
- Servizio delle professioni tecnico-sanitarie
- Servizio di ingegneria clinica
- Servizio sistemi informativi

Ufficio tutela della privacy
Servizio sorveglianza sanitaria
Unità operativa controllo di gestione
Unità operativa gestione rischio clinico
Unità operativa di statistica ed epidemiologia
Unità di Valutazione dell'Appropriatezza dei Ricoveri
Servizio Socio Sanitario

AREA GESTIONE DEL PATRIMONIO

Inventario beni mobili
Appalti e contratti

AREA GESTIONE DEL PERSONALE

Assunzioni concorsi e gestione del ruolo
Trattamento giuridico economico e previdenziale
Gestione amministrativa del personale convenzionato
Contrattazione e rapporti con le OO.SS.

AREA GESTIONE RISORSE FINANZIARIE

Contabilità e riscontro
Impegni e liquidazione

AREA GESTIONE TECNICA

Manutenzione ordinaria e straordinaria delle strutture edilizie e degli impianti tecnologici
Costruzioni, ristrutturazione, adeguamenti
Manutenzione apparecchiature elettro-medicali

FARMACEUTICA TERRITORIALE

farmacosorveglianza

SERVIZIO EMERGENZA URGENZA

Centrale operativa
Postazioni 118
n. PPI (punti primo intervento)

DISTRETTO SOCIO-SANITARIO:

direzione
direzione amministrativa
cure primarie
ufficio coordinamento attività distrettuale
ufficio per la programmazione e monitoraggio della Medicina Generale
ufficio di segreteria
CUP (centro unico prenotazione)
servizio di radiologia territoriale
assistenza consultoriale



**REGIONE
PUGLIA**

**AREA POLITICHE PER LA PROMOZIONE
DELLA SALUTE DELLE PERSONE
E DELLE PARI OPPORTUNITÀ**

**SERVIZIO PROGRAMMAZIONE ASSISTENZA OSPEDALIERA E
SPECIALISTICA**

Ufficio Risorse Umane e Aziende Sanitarie

All. 1

assistenza specialistica
assistenza psicologica
assistenza penitenziaria
assistenza sanitaria di base, continuità assistenziale ed emergenza territoriale
assistenza domiciliare
servizio infermieristico-ostetrico
servizio della professione sociale
servizio di pneumotisiologia

DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE

La L.R. 30/1998

Direzione

Centro Salute Mentale

SPDC (Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura)

Neuropsichiatria Infantile

Psicologia Clinica

DIPARTIMENTO DIPENDENZE PATOLOGICHE

La L.R. 27/1999

n. SERT (servizio tossicodipendenze)

DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Direzione

SISP (servizio igiene e sanità pubblica)

SIAN (servizio igiene degli alimenti e nutrizione)

SPESAL (servizio prevenzione e salute luoghi di lavoro)

Servizio Veterinario area A

Servizio Veterinario area B

Servizio Veterinario area C

Servizio delle professioni della prevenzione

DIPARTIMENTO DI MEDICINA FISICA E RIABILITATIVA

Direzione

Servizio delle professioni riabilitative

PRESIDI OSPEDALIERI

Direzione sanitaria

Direzione amministrativa (ogni 600 p.l.)

Farmacia ospedaliera

Strutture con posti letto

Strutture senza posti letto