

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 6 marzo 2023, n. 261

**Linee guida per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) Aziende ed Enti del SSR. Modifica ed integrazione DGR n. 2416/2018 e DGR n. 2452/2019. Recepimento "Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale" ex schema Decreto ministeriale di cui all'Intesa Conferenza Stato-Regioni Rep. Atti n. 267/CSR del 21/12/2022**

L'Assessore alla Sanità, Benessere animale, Controlli interni, Controlli connessi alla gestione emergenza Covid-19, sulla base dell'istruttoria espletata dal responsabile P.O. e confermata dal Dirigente del Servizio "Strategie e Governo dell'Assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR" e dai Dirigenti delle Sezioni "Strategie e Governo dell'Offerta" e "AFC In Sanità - Sport per Tutti", riferisce quanto segue:

**Visti:**

- l'art. 2, co. 1, del D.Lgs. 502/1992 s.m.i.;
- il D.lgs. n. 165/2001 recante le *"Norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche"*, così come novellato da ultimo dal D.lgs. n. 75/2017;
- il Decreto del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione recante le *"Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogno di personale da parte delle Amministrazioni Pubbliche"*, adottato in data 8/5/2018 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 173 del 27/7/2018;
- la D.G.R. n. 2416 del 21.12.2018 recante *"Linee guida regionali per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R. ai sensi degli artt. 6 e 6-ter D.Lgs. n.165/2001 s.m.i. e delle Linee di indirizzo ministeriali approvate con D.M. dell'8/5/2018"*;
- la DGR n. 2452 del 30.12.2019 avente ad oggetto *"Linee guida regionali per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R. approvate con DGR n. 2416/2018. Integrazioni"*;
- il D.M. 8/5/2018 in ordine alla disciplina dei servizi esternalizzati;
- il Regolamento regionale n. 18 del 28.10.2020 recante *"Criteri e Standard per la definizione dei Piano Triennali di Fabbisogno di Personale per i Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. Puglia ai sensi della L.R. 25/2006"*;
- i Regolamenti Regionali di riordino della rete ospedaliera e precisamente n. 23/2019 e n. 14/2020;
- il Regolamento regionale 21 gennaio 2019, n.7 recante: *"Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza"*;
- la Deliberazione di Giunta regionale n.333 del 10 marzo 2020 *"Approvazione documento "La riorganizzazione della rete di assistenza territoriale della Regione Puglia"*;
- la Deliberazione di Giunta regionale n. 375 del 19 marzo 2020 con la quale veniva approvato il Regolamento regionale *"Modifiche al Regolamento regionale n.7/2019 (Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza)"*;
- la Deliberazione di Giunta regionale n. 598 del 27/04/2022, recante approvazione del documento *"Obblighi informativi a carico delle Aziende ed Istituti pubblici, delle strutture private accreditate e del personale convenzionato con il Servizio Sanitario Regionale. Anno 2022"* ex art. 39 della L.R. n 4/2010;

- la Deliberazione di Giunta regionale n. 134 del 15 febbraio 2022 *“Adozione del Piano di Potenziamento e Riorganizzazione della Rete Assistenziale Territoriale (ai sensi dell’art.1 decreto-legge 19 maggio 2020 n.34, conversione legge n.77 del 17 luglio 2020) - Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza – (PNRR). Indicazioni per la Programmazione degli investimenti a valere sulla missione 6”*.
- l’articolo 6 del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, recante *“Misure urgenti per il rafforzamento della capacità amministrativa delle pubbliche amministrazioni funzionale all’attuazione del Piano nazionale di ripresa e resilienza (PNRR) e per l’efficienza della giustizia”*, come modificato dall’articolo 1, comma 12, del decreto legge 30 dicembre 2021, n. 228 (c.d. *“Decreto Milleproroghe 2022”*).
- Il Decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022, n. 81 ad oggetto *“Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione”*.
- Il Decreto Legge n. 198 del 29/12/2022 (cd. *“Milleproroghe 2023”*), approvato con modificazioni dalla Camera dei Deputati in data 22 febbraio 2023 e la cui legge di conversione è in corso di pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana;
- l’art. 2, co. 71 della L. n. 191/2009, rubricata *“Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010)”*;
- la DGR n. 2293 dell’11.12.2018, recante *“Art. 2, co. 71 della L. n. 191/2009 - Rideterminazione tetti di spesa del personale delle Aziende ed Enti del S.S.R.”*
- l’art. 11 del D.L. n. 35/2019 convertito in legge n. 60/2019, rubricato *“Disposizioni in materia di personale e di nomine negli enti del Servizio sanitario nazionale”*;
- la D.G.R. n. 1492 del 28/10/2022, ad oggetto *“Relazione in materia di gestione del personale del SSR e di Sanitaservice – Ricognizione - Presa d’atto Documento Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 22/154/CR7a/C7”*;
- la DGR n. 1868 del 14/12/2022 recante *“Approvazione schema di Regolamento regionale avente ad oggetto: “Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022”, in attuazione del D.M. n. 70/2015, D.L. n. 34/2020 convertito in Legge 77/2020 e del D.M. n. 77/2022.*
- il parere sullo schema di decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, recante riparto delle risorse per il potenziamento dell’assistenza territoriale, ai sensi dell’articolo 1, comma 274, della legge n. 234/ 2021, reso dalla Conferenza Stato - Regioni ai sensi dell’art. 2, comma 4, del D.Lgs. n. 281/1997 (Rep. Atti n. 256/CSR del 7/12/2022).

**Considerato che:**

- l’art. 2, co. 1, del D.Lgs. 502/1992 s.m.i., attribuisce alle Regioni l’esercizio delle funzioni legislative ed amministrative in materia di assistenza sanitaria ed ospedaliera, nel rispetto dei principi stabiliti dalle leggi nazionali;
- il D.lgs. n. 165/2001 recante le *“Norme generali sull’ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche”*, così come novellato dal D.lgs. n. 75/2017, prevede in particolare:
  - all’art. 6, che *“allo scopo di ottimizzare l’impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni*

pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter" (comma 2). In sede di definizione del piano di cui al predetto comma 2, "ciascuna amministrazione indica la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione in base ai fabbisogni programmati e secondo le linee di indirizzo di cui all'articolo 6-ter, nell'ambito del potenziale limite finanziario massimo della medesima e di quanto previsto dall'articolo 2, comma 10-bis, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, garantendo la neutralità finanziaria della rimodulazione. Resta fermo che la copertura dei posti vacanti avviene nei limiti delle assunzioni consentite a legislazione vigente" (comma 3). Le amministrazioni pubbliche che non provvedono ai predetti adempimenti "non possono assumere nuovo personale" (comma 6);

- all'art. 6-ter, comma 1 che "con decreti di natura non regolamentare adottati dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono definite, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, linee di indirizzo per orientare le amministrazioni pubbliche nella predisposizione dei rispettivi piani dei fabbisogni di personale ai sensi dell'articolo 6, comma 2, anche con riferimento a fabbisogni prioritari o emergenti di nuove figure e competenze professionali".
- il Decreto del Ministro per la Semplificazione e la Pubblica Amministrazione recante le "Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale da parte delle Amministrazioni Pubbliche", adottato in data 8/5/2018 e pubblicato sulla Gazzetta Ufficiale n. 173 del 27/7/2018, con specifico riferimento alle Aziende ed Enti del S.S.N., dispone che i Piani triennali di Fabbisogno del personale "sono approvati dalle rispettive Regioni di appartenenza, secondo quanto eventualmente previsto dalla disciplina regionale in materia, anche tenuto conto della riorganizzazione della rete ospedaliera effettuata ai sensi del D.M. 70/2015 e successivamente adottati in via definitiva dalle Aziende ed Enti stessi", prevedendo altresì a supporto dell'analisi dei fabbisogni finalizzata alla predisposizione del PTFP di ciascuna Amministrazione – tra l'altro – eventuali "fabbisogni standard definiti a livello territoriale";
- con D.G.R. n. 2416 del 21.12.2018 sono state approvate le "Linee guida regionali per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R. ai sensi degli artt. 6 e 6-ter D.Lgs. n.165/2001 s.m.i. e delle Linee di indirizzo ministeriali approvate con D.M. dell'8/5/2018", nelle quali, sinteticamente:
  - nella parte prima ("Principi generali") sono delineate la struttura e le modalità di definizione del Piano triennale del fabbisogno di personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R., le relative procedure di adozione ed approvazione, nonché i vincoli finanziari ed i limiti di spesa nel rispetto dei quali va redatto il suddetto Piano.
  - nella parte seconda ("Il fabbisogno di personale ospedaliero") vengono forniti gli strumenti per la definizione del fabbisogno di personale ospedaliero di ciascuna Azienda sanitaria, nel rispetto della "Metodologia di valutazione Piani di fabbisogno di personale" elaborata dal Ministero della Salute (cd. "metodo Piemonte") e condivisa dal Ministero dell'Economia e delle Finanze in sede di Tavolo ex D.M. 70/2015 nel febbraio 2017, fatti salvi alcuni correttivi connessi alla specificità del contesto sanitario ed organizzativo regionale nonché alla necessità di garantire il rispetto della disciplina in materia di orario di lavoro.
  - nella parte terza ("Il fabbisogno di personale territoriale") vengono forniti gli strumenti per la definizione del fabbisogno di personale territoriale di ciascuna Azienda sanitaria che, in assenza di una metodologia o di indicazioni ministeriali, va gestita nell'ambito dei requisiti organizzativi previsti da leggi, regolamenti o atti amministrativi regionali, richiamati dalle Linee guida con riferimento alle principali macro-strutture territoriali delle Aziende Sanitarie Locali, ricorrendo in via residuale ai valori minimi previsti dal R.R. n. 3/2005 s.m.i. recante "Requisiti per autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie".

- con la medesima D.G.R. n. 2416/2018, dal punto di vista della struttura e delle modalità di definizione del Piano triennale del fabbisogno di personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R si prevede, in particolare, che:
  - il fabbisogno di personale delle Aziende ed Enti del S.S.R., come espressamente previsto dalle Linee di indirizzo ministeriali allegate al Decreto ministeriale del 8.5.2018, deve essere espresso in unità di personale a tempo pieno equivalente (FTE) secondo le regole indicate dal medesimo atto deliberativo n. 2416/2018 [Ore lavorate all'anno per la dirigenza medica pari a 1.454; Ore lavorate all'anno per il personale del comparto pari a 1.418];
  - ove presente, il personale medico universitario conferito all'assistenza, il cui impegno orario per l'assistenza è pari a 22 ore settimanali (stante la compresenza della didattica e ricerca), va computato - ai fini della trasformazione in FTE - in misura pari al 50%;
  - per la determinazione del fabbisogno di specialisti ambulatoriali occorre convertire le ore di specialistica ambulatoriale assegnate in FTE.
- con successiva DGR n. 2452 del 30.12.2019 avente ad oggetto *“Linee guida regionali per l'adozione dei Piani Triennali del Fabbisogno di Personale (PTFP) delle Aziende ed Enti del S.S.R. approvate con DGR n. 2416/2018. Integrazioni”*, la Giunta ha previsto che:
  - nella determinazione del Piano Triennale di fabbisogno di personale (PTFP), il rapporto percentuale tra il numero del personale del ruolo amministrativo ed il numero totale del personale complessivamente non può superare:
  - nelle Aziende Sanitarie Locali il valore del 12%;
  - nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie il valore del 11%;
  - negli I.R.C.C.S. il valore dell'10%.
  - il personale amministrativo dipendente dell'Università conferito in convenzione presso una A.O.U. deve essere ricompreso nella predetta percentuale tra il numero del personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale dell'A.O.U. e che tale personale deve essere computato per intero nel caso di rapporto di lavoro full time.
  - nel Piano Triennale di fabbisogno di personale (PTFP) delle ASL il fabbisogno complessivo del personale dei Servizi per le tossicodipendenze (SERT) venga determinato nel rispetto dei parametri di cui al Decreto del Ministero della Sanità n. 444 del 30 novembre 1990, come precisato in narrativa.
- le previsioni del D.M. 8/5/2018 in ordine alla disciplina dei servizi esternalizzati, dispongono che nel PTFP occorre dare attuazione alle misure in materia di personale di cui all'art. 6-bis del D.Lgs. 165/2001, provvedendo al congelamento dei posti relativi ai servizi esternalizzati e alla temporanea riduzione dei fondi della contrattazione in misura corrispondente, al fine di non duplicarne il relativo fabbisogno.
- con riferimento al Regolamento regionale n. 18 del 28.10.2020 recante *“Criteri e Standard per la definizione del Piano Triennale di Fabbisogno di Personale per i Dipartimenti di Prevenzione delle AA.SS.LL. Puglia ai sensi della L.R. 25/2006”*, con nota prot. AOO\_005 n. 5317 del 10.11.2020, la competente Sezione *“Promozione della Salute e del Benessere”* ha precisato che le ASL *“al fine di dare uniformità di applicazione del presente Regolamento, procedono ad attribuire il personale esclusivamente con criteri di progressività ai Servizi del Dipartimento di Prevenzione”*, nonché la nota 183 n. 18405 del 21.12.2020 con la quale si richiedeva alle Aziende ed Enti del SSR di *“procedere, nella costruzione del Piano, nel rispetto dei vincoli di spesa e raggiungendo progressivamente gli standard previsti dal R.R. n. 18/2020”*.
- con i citati Regolamenti Regionali di riordino della rete ospedaliera e precisamente n. 23/2019 e n. 14/2020, è stata altresì definita la programmazione dei posti letto di Terapia Intensiva e Semi-Intensiva di cui al D.L. n. 34/2020, convertito in Legge n. 77/2020 e, pertanto, i PTFP delle Aziende ed Enti SSR dovranno prevedere il numero di unità di personale necessarie all'attivazione dei citati posti letto;
- con deliberazione di Giunta Regionale n. 50/2023 ad oggetto *“Programma autosufficienza sangue ed*

*emocomponenti 2023. Indicazioni operative ed obiettivi di sviluppo della rete trasfusionale della Regione*” è stata prevista l’attivazione, a partire dal mese di gennaio 2024, delle cd. “Officine di lavorazione degli emocomponenti” e pertanto, le Aziende interessate dovranno prevedere il numero di unità di personale necessarie in fase di definizione dei rispettivi PTFP;

- con deliberazione n. 1561 del 17.09.2020 avente ad oggetto *“Potenziamento assistenza ospedaliera e territoriale nei confronti dei pazienti affetti da malattie rare ad alta complessità assistenziale e delle loro famiglie”*, la Giunta Regionale ha approvato il modello di organizzazione del NAT – Nucleo di Assistenza Territoriale all’interno del Centro Territoriale Malattie Rare (CTMR) di ciascuna Azienda Sanitaria Locale per facilitare la gestione delle Cure Domiciliari Integrate (CDI). Pertanto, i PTFP delle Aziende sanitarie interessate dovranno prevedere il necessario fabbisogno di personale.
- con riferimento al fabbisogno di personale per le strutture aziendali territoriali, il Dipartimento salute, a partire dal triennio 2020-2022, ha altresì ritenuto necessario un potenziamento dell’assistenza territoriale in coerenza con le indicazioni del Ministero Salute e con le scelte operate nel PNRR (Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza) e conseguentemente, al fine di una efficace attività di programmazione del fabbisogno strutturale di personale addetto all’assistenza territoriale - con nota prot. AOO\_183 n. 5831 del 12.4.2021 - ha chiesto alle Aziende di dare evidenza nei PTFP di un elevato grado di dettaglio distinguendo *“il medesimo fabbisogno per U.O., profilo professionale, e, per il personale medico, distinto per discipline”* di afferenza, al fine di consentire la declinazione analitica non solo del fabbisogno di personale relativo all’assistenza ospedaliera, ma anche del fabbisogno di personale relativo all’assistenza territoriale nelle sue articolazioni.

In particolare, in fase di definizione dei rispettivi PTFP le Aziende interessate dovranno prevedere un fabbisogno di personale coerente con le vigenti disposizioni regionali in materia di assistenza territoriale.

In particolare, si richiamano i seguenti provvedimenti :

- con Regolamento Regionale 18 aprile 2011 n. 6 recante *“Regolamento di organizzazione del “Distretto Socio Sanitario” (D.S.S.)”*, sono state disciplinate le funzioni e l’organizzazione del Distretto Socio Sanitario;
- con deliberazione di Giunta Regionale n. 2022 del 15.11.2018 ad oggetto *“Attività Medici, Veterinari e altre professionalità (Biologi, Chimici e Psicologi) specialisti ambulatoriali. Incremento monte ore storico”* è stato incrementato il monte ore storico settimanale assegnato a ciascuna Azienda Sanitaria Locale al fine di potenziare le attività territoriali, soprattutto nella fase di *start up* dei Presidi Territoriali di Assistenza, nonché l’obiettivo dell’abbattimento del fenomeno delle liste d’attesa;
- con deliberazione di Giunta Regionale n. 1679 /2018 ad oggetto : *“Organizzazione della Rete Nefrologico - Dialitica e Trapiantologica Pugliese - ReNDiT - ai sensi dell’Accordo Stato-Regioni del 05/08/2014 recante: “ Documento di indirizzo per la Malattia Renale Cronica “ (Rep. Atti n. 101/CSR del 05/08/2014). Modifica delle DD.GG.RR. n. 2019/ 2009 e n. 899/ 2010 ed integrazione della DGR n. 951/2013 - Tariffario Regionale”*, i Centri dialisi della Regione Puglia sono entrati a far parte della Rete Nefrologico - Dialitica e Trapiantologica Pugliese - ReNDiT, cui occorre far riferimento per descrivere l’organizzazione della risposta assistenziale ai pazienti nefrologici a forte integrazione ospedale-territorio; - con riferimento al personale dipendente e fermo restando la eventualità di attivare ore di nefrologia per ogni distretto;
- con Regolamento Regionale 31 marzo 2020, n. 6 recante *“Definizione dei requisiti minimi organizzativi, strutturali e tecnologici delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia e di Pediatria/Neonatologia ai sensi dell’Accordo Stato -Regioni n. 137/CU del 16 dicembre 2010”*, sono stati definiti i requisiti organizzativi, strutturali e tecnologici delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia e di Pediatria/ Neonatologia in coerenza con l’Accordo Stato – Regioni rep. atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010,

concernente *“Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo”*.

- con deliberazione di Giunta Regionale n. 1916/2022, recante approvazione dello schema di Regolamento regionale avente ad oggetto: *“Definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi delle cure domiciliari necessari ai fini del rilascio dell’autorizzazione all’esercizio e dell’accreditamento istituzionale ai sensi dell’Accordo Stato - Regioni n. 151/CSR del 04 agosto 2021”*, è stato definito il sistema di autorizzazione all’esercizio e di accreditamento istituzionale dei soggetti erogatori di cure domiciliari;
- con deliberazione di Giunta Regionale n. 1868/2022 recante *“Approvazione schema di Regolamento regionale avente ad oggetto: “Definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale ai sensi del DM 77/2022”*, è stato definito il modello organizzativo e le tipologie di *“Case della Comunità”*, il modello organizzativo della *“COT”* ed il modello organizzativo e tipologie dell’*“Ospedale di Comunità”*;
- con deliberazione di Giunta Regionale n. 375/2020 di approvazione del Regolamento regionale *“Modifiche al Regolamento regionale 21 gennaio 2019, n.7 (Regolamento regionale sul modello organizzativo e di funzionamento dei Presidi Territoriali di Assistenza)”* sono stati individuati i servizi resi da ciascuno dei Presidi Territoriali di Assistenza (PTA) della Regione Puglia;
- con Regolamento Regionale n. 3/2005, come integrato con Regolamento Regionale n. 14/2014, sono stati definiti i requisiti strutturali, tecnologici, organizzativi per l’autorizzazione alla realizzazione ed all’esercizio e per l’accreditamento delle Strutture residenziali e semiresidenziali terapeutiche dedicate per il trattamento extraospedaliero dei disturbi psichiatrici gravi in preadolescenza e adolescenza;
- con Regolamento Regionale n. 7/2002, modificato ed integrato dal Regolamento Regionale n. 11/2008, sono stati definiti i modelli di organizzazione delle strutture riabilitative psichiatriche residenziali e diurne pubbliche e private”, con riferimento alle seguenti strutture: *“Comunità riabilitativa assistenziale psichiatrica”*, *“Comunità alloggio”*, *“Gruppo appartamento”*, *“Centro Diurno”*;
- con Regolamento Regionale n. 9/2016 ad oggetto *“Rete assistenziale territoriale sanitaria e sociosanitaria per i Disturbi dello Spettro Autistico. Definizione del fabbisogno e dei requisiti organizzativi, tecnologici e strutturali”* è stata disciplinata l’assistenza alle persone con disturbi dello spettro autistico in età evolutiva relativamente ai trattamenti ambulatoriali e domiciliari;
- con Regolamento Regionale n. 8/2017 sono stati disciplinati i requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi per l’autorizzazione e l’accreditamento della Rete di assistenza per i Disturbi del Comportamento Alimentare;
- con Regolamento Regionale n. 10/2017 sono stati determinati i requisiti strutturali e organizzativi per l’autorizzazione e l’accreditamento delle strutture e dei servizi per la prevenzione, la cura, la riabilitazione e l’assistenza a persone con problemi di uso, abuso o dipendenza da sostanze o comunque affette da una dipendenza patologica, il cui fabbisogno definitivo è stato determinato con successivo Regolamento Regionale n. 19/2019;
- con Regolamento regionale n. 4/2019 sono stati individuati i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per le strutture territoriali residenziali e semiresidenziali *“Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) estensiva e di mantenimento per soggetti non autosufficienti”* e *“Centro diurno per soggetti non autosufficienti”*;

- con Regolamento regionale n. 6/2019 sono stati individuati i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi per le Residenze Sanitarie Assistenziali R1 (RSA R1), che erogano in regime residenziale prestazioni intensive di cura e mantenimento funzionale, ad elevato impegno sanitario;
- con deliberazione di Giunta Regionale n. 917 del 6 maggio 2015, in attuazione dell'Atto d'Intesa sottoscritto in Conferenza Stato - Regioni (Rep. N. 152/2012), sono state approvate le Linee Guida regionali per lo sviluppo della rete per le cure palliative in Puglia, i cui requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi risultano definiti da quanto previsto con D.P.C.M. del 20 gennaio 2000;
- con Regolamento regionale n. 12/2015, come modificato dal R.R. n. 22/2019, sono stati definiti i requisiti minimi strutturali, tecnologici ed organizzativi relativi ai Presidi territoriali di recupero e riabilitazione funzionale dei soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali o miste che erogano prestazioni a ciclo continuativo e/o diurno;
- con Regolamento regionale n. 24/2011 è stato determinato il "*Modello assistenziale riabilitativo e di presa in carico dei soggetti in Stato Vegetativo e Stato di Minima Coscienza - Fabbisogno territoriale e requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'autorizzazione ed accreditamento delle strutture di riabilitazione extra -ospedaliera "Centro Risvegli"*";
- con Regolamento regionale n. 18/2014 sono stati determinati i requisiti strutturali ed organizzativi per l'autorizzazione alla realizzazione, all'esercizio e per l'accreditamento delle comunità riabilitative assistenziali psichiatriche dedicate ai pazienti autori di reato ad elevata complessità (CRAP)";
- con deliberazione della Giunta Regionale n. 1039 del 4 luglio 2017 ad oggetto "*Legge 28 dicembre 2015, n. 208, art. 1, comma 946. D.M. Sanità 6.10.2016. Prevenzione, cura e riabilitazione del Gioco d'Azzardo Patologico. Approvazione Piano di attività della Regione Puglia e Costituzione cabina di regia*" è stato definito il Piano regionale delle attività assistenziali rivolte persone con dipendenza patologica da gioco d'azzardo, individuate dal DPCM del 12 gennaio 2017 quali livelli essenziali di assistenza di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502;
- con deliberazione della Giunta Regionale n. 790/2019, a modifica delle DGR 1841/2014 e 350/2015, è stato da ultimo rimodulato il programma regionale per la realizzazione delle Residenze per l'Esecuzione delle Misure di Sicurezza detentive (REMS) per il superamento OPG ai sensi della L. n. 9/2012;
- con deliberazione di Giunta Regionale n. 3066 è stato approvato il Progetto di riorganizzazione della rete consultoriale pugliese, come successivamente integrato con DGR n. 1868/2022 in tema di coordinamento della Casa della Comunità con i servizi territoriali;
- con riferimento alle procedure di adozione ed approvazione e ai vincoli finanziari, con la richiamata D.G.R. n. 2416/2018, si prevede che:
  - i Piani di Fabbisogno devono essere adottati preliminarmente dai Direttori Generali delle Aziende ed Enti del S.S.R. e trasmessi alla Regione per la loro approvazione. Una volta approvato, ciascun Piano dovrà essere adottato in via definitiva dal Direttore Generale della Azienda/Ente di riferimento.
  - entro 30 giorni dall'adozione definitiva, i contenuti di ciascun Piano dovranno essere comunicati dall'Azienda/Ente al Ministero dell'Economia e Finanze tramite il sistema SICO di cui all'art. 60 del D.Lgs. n. 165/2001.
  - l'adozione del PTFP, ai sensi dell'art. 6, comma 1 del D.Lgs. 165/2001, deve essere sottoposta alla preventiva informazione sindacale, ove prevista nei contratti collettivi nazionali di riferimento.

- le Aziende od Enti che non provvedano ad adottare il PTFP o non comunichino lo stesso al Sistema informativo SICO di cui all'art. 60 del D.lgs.165/2001, ovvero che non rispettino i vincoli finanziari imposti dalla normativa nazionale, incorrono nel divieto di procedere a nuove assunzioni per il triennio di riferimento.
  - i Piani triennali di fabbisogno di personale devono essere compatibili con la cornice finanziaria per il S.S.R. e devono essere redatti nel rispetto della legislazione vigente in materia di contenimento del costo del personale e dunque, nello specifico, nel rispetto dei seguenti tetti di spesa: 1) Limite di spesa ex art. 2, comma 71, L. 191/2009 (spesa sostenuta per il personale nell'anno 2004 diminuita dell'1,4%), come disaggregato per Azienda con Deliberazione di Giunta regionale n. 2293 dell'11/12/2018 ; 2) Limite di spesa ex art. 9, co. 28, D.L. 78/2010, convertito in L. 122/2010 (50% spesa di personale a tempo determinato sostenuta nell'anno 2009).
  - i predetti Piani dovranno indicare le risorse finanziarie destinate all'attuazione degli stessi distinguendo, per ogni anno:
    - i costi del personale a tempo indeterminato (in tale voce va indicata distintamente anche quella sostenuta per il personale in comando, o altro istituto analogo);
    - i costi del personale con contratto a tempo determinato o ulteriori tipologie di contratto di lavoro flessibile;
    - i costi delle categorie protette, pur considerando che - nei limiti della quota d'obbligo - queste non rientrano nel limite di spesa complessivo.
  - il rispetto dei predetti vincoli finanziari, attestato dal Direttore generale dell'Azienda, deve essere certificato dal Collegio sindacale di ciascuna Azienda ed Ente del S.S.R. ai sensi del combinato disposto dell'art. 3-ter D.Lgs. n. 502/1992 e dell'art. 20 D.Lgs. 123/2011.
- l'articolo 6 del decreto legge 9 giugno 2021, n. 80, convertito dalla legge 6 agosto 2021, n. 113, ha introdotto l'obbligo di adozione da parte delle pubbliche amministrazioni, entro il 31 gennaio di ogni anno, del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO) di durata triennale aggiornato annualmente.
  - Il comma 2 dell'articolo 6 del D.L. 80/2021 alla lettera c) prevede che il PIAO definisca *“compatibilmente con le risorse finanziarie riconducibili al piano triennale dei fabbisogni di personale di cui all'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, gli strumenti e gli obiettivi del reclutamento di nuove risorse e della valorizzazione delle risorse interne, prevedendo, oltre alle forme di reclutamento ordinario, la percentuale di posizioni disponibili nei limiti stabiliti dalla legge destinata alle progressioni di carriera del personale, anche tra aree diverse, e le modalità di valorizzazione a tal fine dell'esperienza professionale maturata e dell'accrescimento culturale conseguito anche attraverso le attività poste in essere ai sensi della lettera b), assicurando adeguata informazione alle organizzazioni sindacali”*.
  - L'articolo 6, comma 5 del D.L. 80/2021 come modificato dall'articolo 1, comma 12, del decreto legge 30 dicembre 2021, n. 228 (c.d. decreto milleproroghe) stabilisce che entro il 31 marzo 2022 *“con uno o più decreti del Presidente della Repubblica, adottati ai sensi dell'articolo 17, comma 2, della legge 23 agosto 1988, n. 400, previa intesa in sede di Conferenza unificata, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono individuati e abrogati gli adempimenti relativi ai piani assorbiti da quello di cui al presente articolo”*.
  - Lo stesso articolo 1, comma 12 del D.L. 228/2021 ha aggiunto all'articolo 6 del D.L. 80/2021 il comma 6-bis che stabilisce che *“In sede di prima applicazione il Piano è adottato entro il 30 aprile 2022 e fino al predetto termine, non si applicano le sanzioni previste dalle seguenti disposizioni:*
    - a) articolo 10, comma 5, del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150;
    - b) articolo 14, comma 1, della legge 7 agosto 2015, n. 124;



o c) articolo 6, comma 6, del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165”.

- Il Decreto del Presidente della Repubblica 24 giugno 2022, n. 81 ad oggetto “Regolamento recante individuazione degli adempimenti relativi ai Piani assorbiti dal Piano integrato di attività e organizzazione”, il quale all’art. 1 ha soppresso, in quanto assorbiti nelle apposite sezioni del Piano integrato di attività e organizzazione (PIAO), gli adempimenti inerenti ai piani di cui alle disposizioni di cui all’articolo 6, commi 1, 4 (Piano dei fabbisogni) del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165;

- In riferimento alla spesa del personale, oltre a confermare quanto già previsto dall’articolo 11 del decreto legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, che ha introdotto, a decorrere dal 2019, rispetto a quanto stabilito dall’articolo 2, commi 71, 72 e 73 della L. 191/2009 e s.m.i., nuove regole in materia di spesa per il personale per gli enti del Servizio sanitario nazionale, si richiama quanto stabilito dal D.L. n. 34/2020, convertito in Legge n. 77/2020, con il quale si dispone quanto segue:

a) *“comma 7.:Per le finalita’ di cui ai commi 1 e 5, terzo periodo, del presente articolo e per le finalita’ di cui all’articolo 2-bis, commi 1, lettera a) e 5, e all’ articolo 2-ter del decreto legge 17 marzo 2020, n.18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27, le Regioni e le province autonome sono autorizzate ad incrementare la spesa di personale, per l’anno 2020, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia, nel limite massimo di 240.975.000 euro, da ripartirsi, per il medesimo anno 2020, a livello regionale come indicato nelle colonne 3 e 5 della tabella di cui all’allegato C annesso al presente decreto. All’onere di 240.975.000 euro si provvede a valere sul livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l’anno 2020. Nei piani di cui al comma 1, le regioni e le province autonome indicano le unita’ di personale aggiuntive rispetto alle vigenti dotazioni organiche da assumere o gia’ assunte, ai sensi degli articoli 2-bis e 2-ter del decreto legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito con modificazioni dalla legge 24 aprile 2020, n. 27. Per le finalita’ di cui ai commi 1 e 5, secondo periodo, del presente articolo, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le Regioni e le province autonome sono autorizzate ad incrementare la spesa di personale nel limite massimo di 347.060.000 euro, anche in deroga ai vincoli previsti dalla legislazione vigente in materia di spesa di personale, da ripartirsi, a decorrere dall’anno 2021, a livello regionale come indicato nelle colonne 6 e 7 della tabella di cui all’allegato C annesso al presente decreto”.*

b) *“comma 10: Per l’attuazione dei commi 5, terzo periodo, e 7, nonche’ al fine di integrare le risorse per le finalita’ di cui al comma 6, lettera a), per l’anno 2020 e’ autorizzata la spesa complessiva di 430.975.000 euro, di cui 190.000.000 euro per il comma 6, lettera a), e 240.975.000 euro per i commi 5 terzo periodo, e 7. A tale fine, e’ corrispondentemente incrementato per pari importo, per l’anno 2020, il livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato. Al finanziamento di cui al presente comma accedono tutte le regioni e province autonome di Trento e di Bolzano, in deroga alle disposizioni legislative che stabiliscono per le autonomie speciali il concorso regionale e provinciale al finanziamento sanitario corrente, sulla base delle quote di accesso al fabbisogno sanitario indistinto corrente rilevate per l’anno 2020 e per gli importi indicati nell’Allegato C ((annesso al presente decreto)). Le regioni e le province autonome e gli enti dei rispettivi servizi sanitari regionali provvedono alla rendicontazione delle spese sostenute nell’anno 2020 nell’apposito centro di costo “COV-20”, di cui ((all’articolo 18 del decreto-legge 17 marzo 2020, n. 18, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 aprile 2020, n. 27)). A decorrere dall’anno 2021, all’onere pari a 347.060.000 euro, relativo alla spesa per il personale aggiuntivo di cui al comma 7 del presente articolo, si provvede a valere ((sul livello del finanziamento)) del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato per l’anno di riferimento. Il Ministro dell’economia e delle finanze e’ autorizzato ad apportare, con propri decreti, le occorrenti variazioni di bilancio”.*

Pertanto, nell'ambito del potenziamento strutturale dell'assistenza ospedaliera e territoriale, così come delineato dal D.L. n. 34/2020, convertito in Legge n. 77/2020, è stato previsto, a decorrere dal 1° gennaio 2021 un finanziamento per la Regione Puglia pari ad € 22.981.458, in attuazione dei commi 1, 5 secondo periodo e 7, dell'art. 2 del sopra citato D.L. n. 34/2020.

Visto l'articolo 11, comma 1, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, come modificato dall'articolo 1, comma 269, lett. c), della legge n. 234/2021, il quale prevede che l'incremento del 5 per cento del Fondo sanitario regionale è subordinato, dall'anno 2022, *"all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale"* e che *"entro 180 giorni dalla data di entrata in vigore della presente disposizione, il Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, previa intesa in sede di Conferenza Stato-Regioni, su proposta della Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS), nel rispetto del valore complessivo della spesa di personale del SSN, adotta con decreto la suddetta metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale, in coerenza con quanto stabilito dal regolamento"*;

Considerato che l'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (Agenas), attraverso gruppi di lavoro interregionali cui prende parte la Regione Puglia, ha predisposto una metodologia per la definizione dei fabbisogni di personale ospedaliero e territoriale sulla base di criteri omogenei a livello nazionale.

Dato atto che in data 21 dicembre 2022 la Conferenza Stato-Regioni ha sancito la prevista Intesa (Rep. Atti n. 267/CSR del 21/12/2022) sullo schema di decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, di adozione della richiamata *"Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale"*, Allegato A), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, da ritenersi quale documento d'indirizzo ai fini della predisposizione dei PTFP aziendali, nelle more dell'adozione del relativo decreto ministeriale definitiva di approvazione.

Considerato altresì che:

- con D.G.R. n. 1492 del 28.10.2022, ad oggetto *"Relazione in materia di gestione del personale del SSR e di Sanitaservice – Ricognizione - Presa d'atto Documento Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 22/154/CR7a/C7"*, la Giunta Regionale ha disposto in particolare che *"[...] con apposita deliberazione di Giunta regionale, debba essere definito il nuovo modello PTFP nonché il relativo aggiornamento dei tetti di spesa del personale aggiornati sulla base dell'incremento del Fondo Sanitario Nazionale (F.S.N.), in coerenza con la normativa vigente in materia (D.L. 35/2019, convertito in Legge con modificazioni n. 60/2019)"*.
- con D.G.R. n. 1818 del 12/12/2022, ad oggetto *"Avvio procedure di stabilizzazione del personale del SSR ai sensi dell' art. 20, comma 1, del D.Lgs. n. 75/2017 e dell'art. 1, comma 268, lett. b), primo periodo, della L. 234/2021. Ulteriori disposizioni in materia di personale. Modifica e integrazione della deliberazione di Giunta regionale n. 1896 del 22/11/2021"*, la Giunta Regionale ha proceduto alla rideterminazione del tetto di spesa del personale delle Aziende ed Enti SSR in complessivi € 2.019.359.800, sulla base del 10 per cento dell'incremento del FSR Puglia per gli anni 2021 e 2022, secondo quanto previsto dal citato art. 11, D.L. 35/2019 conv. in L. n. 60/2019.
- con la medesima D.G.R. n. 1818 del 12/12/2022, il tetto di spesa rideterminato è stato altresì ripartito tra le Aziende ed Enti del SSR come di seguito:

AZIENDA	TETTO DI SPESA	SPESA PRECONSUTIVA 2022
ASL BA	450.226.571	440.394.799
ASL BR	180.662.857	180.451.758
ASL BT	180.240.658	190.888.071
ASL FG	177.760.640	172.902.099
ASL LE	371.911.293	371.911.293
ASL TA	249.546.859	265.132.927
AOU "POLICLINICO" DI BARI	209.773.429	215.203.644
AOU "OSPEDALI RIUNITI" DI FO	141.355.186	155.724.529
IRCCS "G. PAOLO II"	35.152.116	35.152.116
IRCCS "S. DE BELLIS"	22.730.191	17.830.530
<b>TOTALE</b>	<b>2.019.359.800</b>	<b>2.045.591.766</b>

Alla luce di quanto sopra esposto, nonché dell'importante impatto sulla spesa del personale del Servizio Sanitario Regionale, determinato dalle stabilizzazioni effettuate ai sensi della Legge Madia e della Legge di Bilancio 2022, tanto da rendere necessario ed indispensabile per il futuro qualificare ulteriormente la citata spesa. Si consideri che in tutti settori, ancor di più in sanità, il personale rappresenta l'elemento strategico per il raggiungimento degli obiettivi assistenziali, volti a valorizzare la quantità, la qualità e, dunque, gli esiti delle prestazioni sanitarie rese.

Si aggiunga che dal 1° gennaio 2023 è operativo il Nuovo Sistema di Garanzia (NSG), di cui al DM 12 marzo 2019, quale strumento che consente, con le numerose informazioni ad oggi disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS), di misurare secondo le dimensioni dell'equità, dell'efficacia, e della appropriatezza che tutti i cittadini italiani ricevano le cure e le prestazioni rientranti nei Livelli essenziali di assistenza (LEA). Esso rappresenta una svolta significativa nelle metodologie di monitoraggio dei LEA, e aggiorna il Sistema di Garanzia introdotto nell'anno 2000.

In particolare, gli indicatori individuati sono 88:

- n. 16 indicatori per la prevenzione collettiva e sanità pubblica;
- n. 33 indicatori per l'assistenza distrettuale;
- n. 24 indicatori per l'assistenza ospedaliera;
- n. 4 indicatori di contesto per la stima del bisogno sanitario;
- n. 1 indicatore di equità sociale;
- n. 10 indicatori per il monitoraggio e la valutazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA).

Si aggiunga la necessità di attuare la programmazione sanitaria ospedaliera e territoriale, in attuazione del D.M. n.70/2015, D.L. n. 34/2020 convertito in Legge n. 77/2020 e D.M. n. 77/2022, di cui ai RR. n. 23/2019 e n. 14/2020 e alla D.G.R. n. 1868/2022.

Il Piano Triennale di Fabbisogno (PTFP) diventa, pertanto, lo strumento strategico e determinante per l'attuazione degli atti di programmazione, sempre nel pieno rispetto delle priorità assistenziali e dei vincoli di finanza pubblica, previsti dalla normativa vigente in materia.

Per le motivazioni sopra esposte il PTFP deve essere predisposto dal Direttore sanitario e dal Direttore Area Personale di ciascuna Azienda, successivamente validato dal Direttore Amministrativo e Generale per i previsti adempimenti.

Si consideri, altresì, che la Regione Puglia è in Piano Operativo e, dunque, deve dare garanzia del corretto utilizzo delle risorse umane, anche attraverso la corretta collocazione del personale ed i successivi risultati in termini quantitativi e qualitativi delle prestazioni rese da ciascuna Unità Operativa.

Pertanto, risulta necessario procedere all'aggiornamento delle "Linee guida" approvate con DGR n. 2416/2018,

come integrate con DGR 2452/2019 relativamente al modello di predisposizione dei PTFP aziendali di cui all'Allegato B) al presente schema di provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale, nel quale dovranno essere riportate con elevato grado di dettaglio le seguenti informazioni:

- a) assistenza ospedaliera: la denominazione delle unità operative (con e senza posti letto) deve corrispondere esattamente alla classificazione prevista dal D.M. 70/2015 e del modello HSP 12 del D.M. 5 dicembre 2006, stante la necessità di restituire maggiore evidenza del fabbisogno di personale ospedaliero rispetto anche ai volumi di attività e al ruolo dell'ospedale nell'ambito della rete;
- b) assistenza territoriale: individuazione per ciascuna attività/servizio il fabbisogno di personale distinto per qualifica, disciplina.

Tanto si rende necessario al fine di consentire l'ottimizzazione delle verifiche di coerenza dei piani del Fabbisogno di Personale rispetto alla programmazione sanitaria regionale e di valutarne la coerenza rispetto ai posti letto assegnati, alle attività attribuite nel caso del territorio ed alla consistenza di personale in servizio, nonché tenendo conto delle necessità aziendali di assicurare, in termini di efficienza e qualità, l'offerta assistenziale erogata.

Considerata altresì la necessità di fornire alle Aziende ed Enti del SSR omogenee indicazioni circa la metodologia da adottare per la quantificazione dei costi del personale previsti nei rispettivi PTFP, i quali dovranno considerare e pertanto riportare nell'apposito prospetto denominato "*Costi PTFP*" di cui all'Allegato B) al presente schema di provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale:

- o il costo complessivo del fabbisogno di personale;
- o i costi da escludere ai fini del vincolo di spesa 2004 - 1,4% (Circolare RGS n. 9 del 17.02.2006 e Decreti emergenziali Covid- 19 - anno 2020), quali, a titolo esemplificativo, i rinnovi contrattuali, la spesa per quota d'obbligo categorie protette, REMS, personale assunto ex D.L. 18/2020 e D.L. 34/2020 ecc. Con riferimento alla quantificazione dei costi derivante da rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004, si determina altresì la quota pari al -17,4% quale percentuale standard che dovrà essere applicata da ciascuna Azienda ed Ente del SSR rispetto al costo complessivo del fabbisogno di personale.

Si richiama, al riguardo, quanto disposto dall'art. 10 della L.R. n. 36 del 30/12/1994 s.m.i in materia di accantonamento di quote del Fondo Sanitario, il quale prevede che *"la Giunta regionale, in occasione della ripartizione del Fondo sanitario, accantona [...] una quota non superiore all'1 per cento da utilizzarsi per consentire attività di ricerca finalizzata nell'ambito delle Aziende ospedaliere e/o per il finanziamento di progetti-obiettivo e di interventi particolari di cui all'art. 9, prioritariamente per l'emergenza urgenza, controllo di qualità e di prevenzione"*, estendendo altresì tale previsione, al successivo art. 11, agli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.

Si riportano di seguito i prospetti di sintesi del modello di predisposizione dei PTFP aziendali di cui all'Allegato B) al presente schema di provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale, al fine di evidenziarne in forma riepilogativa ed a mero scopo illustrativo i relativi campi di compilazione, con riferimento:

- al fabbisogno di personale previsto per l'assistenza ospedaliera e territoriale ( **Tab. a)** e **Tab. b)** ), con indicazione dei campi di seguito riportati:
    - anagrafica della struttura operativa;
    - ruolo nella programmazione regionale rete ospedaliera
    - indicazione dei profili professionali;
    - rilevazione della consistenza di personale in servizio;
    - determinazione del fabbisogno di personale;
  - alla quantificazione del costo del personale previsto nel PTFP ( **Tab. c)** ).
- Tab. a) \_Sintesi riepilogativa modello PTFP - Assistenza ospedaliera**

Tab. a) \_Sintesi riiepilogativa modello PTFP - Assistenza ospedaliera

CAMPI ANAGRAFICA STRUTTURA OPERATIVA				CAMPI PROGRAMMAZIONE REGIONALE RETE OSPEDALIERA				CAMPI PROFILI PROFESSIONALI				CAMPI CONSISTENZA PERSONALE IN SERVIZIO						CAMPI FABBISOGNO DI PERSONALE				
B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	Z	
CLASSIF. DM 70/2015	DENOM. STRUTTURA /STABILIMENTO	TIPOL. STRUTTURA OSPEDALIERA	DENOMINAZIONE DISCIPLINA MEDICA	COD. DISC.	N.P.L. Progr. EX R.R. 23/2019 E R.R. 14/2020	DENOMINAZIONE S.O./ DETT. ATTIVITA'	N°/CLASSIFICAZ. U.O. AL 01/01/2023	PROFESIONALE	CAT. PROFESSIONALE	UNITA' T.I. AL 01/01/2023	UNITA' UNIV. AL 01/01/2023	UNITA' T.D. AL 01/01/2023	UNITA' SPEC. AMB. AL 01/01/2023 (FTE)	TOT. UNITA' AL 01/01/2023	N. UNITA' CON LIMITAZ. (DI CUI COL. G)	FABB. T.I. 2022	FABB. T.D. 2022	FABB. PERS. UNIV. (FTE) 2022	FABB. SPEC. AMB. (FTE) 2022	FABB. TOTALE 2022	COSTO (T.I.T.D+ UNIV.) 2022	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale X	Assistenza Ospedaliera	Cardiologia	8	12	Cardiologia	1.S.C	Dirigente Medico	Dirigente Medico/Veterinario	11	0	4	1,2	16,2	0	17	0	0	2	19	€ .....	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale X	Assistenza Ospedaliera	Cardiologia	8	12	Cardiologia	1.S.C	Collaboratore Professionale Sanitario Esperto Infermiere	Infermiere	21	0	0	0	21	3	22	0	0	0	22	€ .....	
Ospedale di 1° Livello	Ospedale X	Assistenza Ospedaliera	Cardiologia	8	12	Cardiologia	1.S.C	Operatore Socio Sanitario	OSS	6	0	0	0	6	1	8	0	0	0	8	€ .....	
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Y	Assistenza Ospedaliera	Chirurgia Generale	9	24	Chirurgia Generale 1	1.S.C	Dirigente Medico	Dirigente Medico/Veterinario	16	0	3	0	19	0	19	0	0	0	19	€ .....	
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Y	Assistenza Ospedaliera	Chirurgia Generale	9	24	Chirurgia Generale 1	1.S.C	Collaboratore Professionale Sanitario Esperto Infermiere	Infermiere	24	0	5	0	29	0	30	0	0	0	30	€ .....	
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Y	Assistenza Ospedaliera	Chirurgia Generale	9	24	Chirurgia Generale 2 - indirizzo senologico	1.S.S.	Dirigente Medico	Dirigente Medico/Veterinario	5	0	0	0	5	0	5	0	0	0	5	€ .....	
Ospedale di 2° Livello	Ospedale Y	Assistenza Ospedaliera	Chirurgia Generale	9	24	Chirurgia Generale 2 - indirizzo senologico	1.S.S.	Collaboratore Professionale Sanitario Esperto Infermiere	Infermiere	21	0	0	0	21	1	22	0	0	0	22	€ .....	

Tab. b) Sintesi riepilogativa modello PTFP - Assistenza territoriale/Altra Struttura non Ospedaliera

CAMPI ANAGRAFICA STRUTTURA OPERATIVA				CAMPI PROGRAMMAZIONE REGIONALE RETE OSPEDALIERA					CAMPI PROFILI PROFESSIONALI			CAMPI CONSISTENZA PERSONALE IN SERVIZIO						CAMPI FABBISOGNO DI PERSONALE				
B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T	U	V	Z	
CLASSIF. DM 70/2015	DENOM. STRUTTURA /STABILIMENTO	TIPOL. STRUTTURA	DENOMINAZIONE DISCIPLINA MEDICA	COD. DISC.	N. P.L. Progr. EX R.R. 23/2019 E R.R. 14/2020	DENOMINAZIONE S.O./DETT. ATTIVITA	N°/CLASSIFICAZ. U.O. AL 01/01/2023	PROFILAZIONE PROFESSIONALE	CAT. PROFESSIONALE	UNITA' T.I. AL 01/01/2023	UNITA' UNIV. AL 01/01/2023	UNITA' T.D. AL 01/01/2023	UNITA' SPEC. AMB. AL 01/01/2023 (FTE)	TOT. UNITA' AL 01/01/2023	N. UNITA' CON LIMITAZ. (DI CUI COL. G)	FABB. T.I. 2022	FABB. T.D. 2022	FABB. PERS. UNIV. (FTE) 2022	FABB. SPEC. AMB. (FTE) 2022	FABB. TOTALE 2022	COSTO (T.I.+T.D.+ UNIV.) 2022	
/	Centrale Operativa Sistema Emergenza/Urgenza	Assistenza Territoriale	Medicina e Chirurgia d'Accettazione e urgenza	/	/	Postazione 118 di _____		Dirigente Medico	Dirigente Medico/Veterinario	3	0	0	0	3	0	3	0	0	0	3	€ .....	
/	Centrale Operativa Sistema Emergenza/Urgenza	Assistenza Territoriale	/	/	/	Postazione 118 di _____		Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	Infermiere	8	0	0	0	8	0	8	0	0	0	8	€ .....	
/	Distretto X	Assistenza Territoriale	Urologia	/	/	Poliambulatorio di _____		Dirigente Medico	Dirigente Medico/Veterinario	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	€ .....	
/	Distretto X	Assistenza Territoriale	/	/	/	Poliambulatorio di _____		Collaboratore Professionale Sanitario Esperto Infermiere	Infermiere	2	0	0	0	2	0	2	0	0	0	2	€ .....	
/	PTA di _____	Assistenza Territoriale	Oculistica	/	/	Day Service Medico		Dirigente Medico	Dirigente Medico/Veterinario	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	€ .....	
/	Dipartimento di Prevenzione	Assistenza Territoriale	/	/	/	SIAVA	1.S.C.	Dirigente Veterinario	Dirigente Medico/Veterinario	2	0	0	0	2	0	2	0	0	0	2	€ .....	
/	Area Gestione Risorse Umane	Altra Struttura non Ospedaliera	/	/	/	Gestione amministrativa personale convenzionato	1.S.C.	Direttore Amministrativo Strutt. Complessa	Dirigente Amministrativo	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	€ .....	

Tab. c) \_Prospetto di riepilogo costi PTFP

	COSTO PTFP ANNO 2022	COSTO PTFP ANNO 2023	COSTO PTFP ANNO 2024
<b>COSTO COMPLESSIVO FABBISOGNO DI PERSONALE</b>	- €	- €	- €
<b>RINNOVI CONTRATTUALI (QUOTA STANDARD PARI AL 17,4%)</b>	- €	- €	- €
COSTO PERSONALE DELLA SANITÀ PENITENZIARIA (INCLUDE LE REMS)	- €	- €	- €
COSTO PERSONALE CLASSIFICATO EX LEGGE N. 68/1999 (DISABILI E CATEGORIE PROTETTE)	- €	- €	- €
COSTO PERSONALE FINANZIATO CON CONTRIBUTI PROVENIENTI DA PRIVATO	- €	- €	- €
COSTO PERSONALE FINANZIATO CON CONTRIBUTI PROVENIENTI DALL'UNIONE EUROPEA	- €	- €	- €
COSTO PERSONALE FINANZIATO CON FONDI DESTINATI ALLA RICERCA	- €	- €	- €
SPESE PER LA FORMAZIONE E LE MISSIONI (INDENNITÀ E RIMBORSI)	- €	- €	- €
<b>COSTO FABBISOGNO AL NETTO DELLE VOCI DA ESCLUDERE</b>	- €	- €	- €
<b>TETTO DI SPESA ASSEGNATO CON DGR N. 1818 DEL 12/12/2022</b>	- €	- €	- €
<b>RISORSE A DISPOSIZIONE</b>	- €	- €	- €

Si ritiene altresì necessario modificare la richiamata DGR n. 2452/2019 nella parte relativa al rapporto percentuale massimo tra il numero del personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale, da intendersi dunque superata e, conseguentemente prevedere che nella determinazione del PTFP, il fabbisogno del personale del ruolo amministrativo sia definito in numero adeguato rispetto alla necessità di irrobustire le strutture amministrative aziendali anche in ragione degli adempimenti correlati al PNRR ed al Piano Operativo, tenendo ad ogni modo presente:

- la complessità organizzativa delle Aziende sanitarie locali, derivante dalla presenza, accanto alle strutture rivolte all'assistenza ospedaliera, delle strutture dedicate all'assistenza sanitaria territoriale ed alle attività di prevenzione sul territorio di riferimento;
- l'integrazione, all'interno delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, delle attività di assistenza con le attività di didattica e di ricerca in applicazione dei vigenti Protocolli d'Intesa Regione-Università;
- la valorizzazione, negli Istituti pubblici di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, delle attività di ricerca correlate con il carattere scientifico di ciascun Istituto e della gestione dei relativi rapporti col Ministero.

Si consideri, altresì, la recente revisione normativa in materia di Strutture Complesse e Dipartimentali obbligatorie del SSR attuata dall'art. 50, co 1 e 2, della L.R. n. 32 del 29 dicembre 2022, recante *“Disposizioni per la formazione del Bilancio di previsione 2023 e Bilancio pluriennale 2023-2025 della Regione Puglia (legge di stabilità regionale 2023)”*.

La citata L.R. 32/2022 ha infatti abrogato il comma 4 dell'art. 15 della L.R. n. 36/1994 s.m.i., che dichiarava in modo puntuale le Strutture Complesse e Dipartimentali da prevedere obbligatoriamente nelle AA.SS.LL. e nelle AA.OO.UU. del SSR, rimandandone altresì la definizione ad apposita deliberazione di Giunta regionale, in fase di predisposizione

Per tutto quanto innanzi, si ritiene opportuno provvedere:

- al recepimento della *“Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale”*, Allegato A) al presente schema di provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale, in corso di adozione con apposito decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sul cui schema di decreto di adozione è stata sancita in data 21 dicembre 2022 l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 267/CSR del 21/12/2022) secondo quanto previsto dall'art. 11, comma 1, del Decreto Legge n. 35/2019, da ritenersi quale documento d'indirizzo ai fini della predisposizione dei PTFP aziendali, nelle more dell'adozione del relativo decreto ministeriale definitiva di approvazione;
- all'aggiornamento delle *“Linee guida”* approvate con DGR n. 2416/2018, come integrate con DGR 2452/2019 relativamente al modello di predisposizione dei PTFP aziendali di cui all'Allegato B) al presente schema di provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale;
- alla modifica della DGR n. 2452/2019 nella parte relativa al rapporto percentuale massimo tra il numero del personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale, da intendersi dunque superata e, prevedendo conseguentemente che nella determinazione del PTFP, il fabbisogno del personale del ruolo amministrativo sia definito in numero adeguato rispetto alla necessità di irrobustire le strutture amministrative aziendali anche in ragione degli adempimenti correlati al PNRR ed al Piano Operativo, tenendo ad ogni modo presente:
  - la complessità organizzativa delle Aziende sanitarie locali, derivante dalla presenza, accanto alle strutture rivolte all'assistenza ospedaliera, delle strutture dedicate all'assistenza sanitaria territoriale ed alle attività di prevenzione sul territorio di riferimento;
  - l'integrazione, all'interno delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, delle attività di assistenza



- con le attività di didattica e di ricerca in applicazione dei vigenti Protocolli d'Intesa Regione-Università;
- la valorizzazione, negli Istituti pubblici di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, delle attività di ricerca correlate con il carattere scientifico di ciascun Istituto e della gestione dei relativi rapporti col Ministero.

**VERIFICA AI SENSI DEL D.lgs. 196/03**  
**Garanzie alla riservatezza**

“La pubblicazione sul BURP, nonché la pubblicazione all’Albo o sul sito istituzionale, salve le garanzie previste dalla legge 241/1990 in tema di accesso ai documenti amministrativi, avviene nel rispetto della tutela della riservatezza dei cittadini secondo quanto disposto dal Regolamento UE n. 679/2016 in materia di protezione dei dati personali, nonché dal D.lgs. 196/2003 ss.mm.ii., ed ai sensi del vigente Regolamento regionale 5/2006 per il trattamento dei dati sensibili e giudiziari, in quanto applicabile. Ai fini della pubblicità legale, il presente provvedimento è stato redatto in modo da evitare la diffusione di dati personali identificativi non necessari ovvero il riferimento alle particolari categorie di dati previste dagli articoli 9 e 10 del succitato Regolamento UE”.

<b>Valutazione di impatto di Genere</b>
La presente deliberazione è stata sottoposta a Valutazione di Impatto di Genere ai sensi della D.G.R. n. 302 del 07/03/2022. L'impatto di genere stimato è: <input type="checkbox"/> diretto <input type="checkbox"/> indiretto <input checked="" type="checkbox"/> neutro

**COPERTURA FINANZIARIA AI SENSI DEL D.LGS. n. 118/2011 E SS.MM.II**

La presente deliberazione non comporta implicazioni di natura finanziaria sia di entrata che di spesa e dalla stessa non deriva alcun onere a carico del bilancio regionale.

L'Assessore relatore, sulla base delle risultanze istruttorie come innanzi illustrate, ai sensi dell'art. 4, co. 4, lett. d) della LR. n. 7/1997, propone alla Giunta:

1. di recepire la *“Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale”*, Allegato A) al presente provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale – in corso di adozione con apposito decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sul cui schema di decreto di adozione è stata sancita in data 21 dicembre 2022 l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 267/CSR del 21/12/2022) secondo quanto previsto dall'art. 11, comma 1, del Decreto Legge n. 35/2019 – da ritenersi quale documento d'indirizzo ai fini della predisposizione dei PTFP aziendali, nelle more dell'adozione del relativo decreto ministeriale definitiva di approvazione;
2. di approvare il modello del PTFP di cui all'Allegato B) al presente schema di provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale, redatto secondo la classificazione prevista dal D.M. 70/2015 e del modello HSP 12 del D.M. 5 dicembre 2006;
3. di modificare la DGR n. 2452/2019 nella parte relativa al rapporto percentuale massimo tra il numero del personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale, da intendersi dunque superata, prevedendo conseguentemente che nella determinazione del PTFP, il fabbisogno del personale del ruolo amministrativo sia definito in numero adeguato rispetto alla necessità di irrobustire le strutture amministrative aziendali anche in ragione degli adempimenti correlati al PNRR ed al Piano Operativo, tenendo ad ogni modo presente:

- la complessità organizzativa delle Aziende sanitarie locali, derivante dalla presenza, accanto alle strutture rivolte all'assistenza ospedaliera, delle strutture dedicate all'assistenza sanitaria territoriale ed alle attività di prevenzione sul territorio di riferimento;
  - l'integrazione, all'interno delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, delle attività di assistenza con le attività di didattica e di ricerca in applicazione dei vigenti Protocolli d'Intesa Regione-Università;
  - la valorizzazione, negli Istituti pubblici di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, delle attività di ricerca correlate con il carattere scientifico di ciascun Istituto e della gestione dei relativi rapporti col Ministero.
4. di confermare, per il resto, integralmente il contenuto delle DD.GG.RR. n. 2416/2018 e n. 2452/2019 ;
5. di disporre che i Piani del Fabbisogno di Personale (PTFP) di ciascuna Azienda od Ente del S.S.R. , a partire dal triennio 2022-2024, dovranno essere formulati nel rispetto degli atti di programmazione regionale – ospedaliera, territoriale e prevenzione – richiamati in narrativa e che qui si intendono integralmente riportati, con particolare riferimento alle attività assistenziali dei Pronto Soccorso e della Medicina Penitenziaria ed alle attività oggetto di monitoraggio da parte del Tavolo di Verifica LEA nonché dal Tavolo interministeriale per la verifica del Piano Operativo e delle previsioni del Nuovo Sistema di Garanzia, di cui al DM 12 marzo 2019, tra le quali rivestono particolare rilevanza:
- l'implementazione del modello di organizzazione del NAT – Nucleo di Assistenza Territoriale all'interno del Centro Territoriale Malattie Rare (CTMR) di ciascuna Azienda Sanitaria Locale;
  - l'attivazione delle cd. "Officine di lavorazione degli emocomponenti" previste dal *Programma autosufficienza sangue ed emocomponenti 2023* di cui alla deliberazione di Giunta Regionale n. 50/2023;
  - l'attuazione di quanto previsto dai Regolamenti Regionali di riordino della rete ospedaliera e precisamente n. 23/2019 e n. 14/2020 in ordine all'attivazione dei posti letto di Terapia Intensiva e Semi-Intensiva di cui al D.L. n. 34/2020, convertito in Legge n. 77/2020 ;
  - l'attuazione di quanto previsto dal Regolamento Regionale n. 6/2020 in materia di requisiti organizzativi delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia e di Pediatria/Neonatologia, in coerenza con quanto previsto dall'Accordo Stato Regioni rep. atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010, recante "*Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell'appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo*", con particolare riferimento alle unità di personale ostetrico, a livello ospedaliero e territoriale.
6. di stabilire che l'assegnazione del personale per ciascuna unità operativa ospedaliera e territoriale deve essere commisurata alla produttività delle stesse, nonché al ruolo delle stesse nell'ambito delle reti cliniche ed assistenziali, ferma restando la dotazione minima di personale necessaria a garantire la continuità delle prestazioni inerenti ai servizi minimi essenziali, con particolare riferimento al personale medico;
7. di disporre che i Piani del Fabbisogno di Personale (PTFP) di ciascuna Azienda od Ente del S.S.R. dovranno essere formulati nel rispetto dei tetti di spesa assegnati con DGR n. 1818 del 12/12/2022, da intendersi quale limite di spesa invalicabile, salvo diverse disposizioni regionali in materia di aggiornamento del tetto complessivo regionale, in ragione del finanziamento del Fondo Sanitario Regionale;
8. di disporre il divieto all'assunzione di personale oltre il numero di unità previsto per ciascuna disciplina/attività nel PTFP e, comunque, nei limiti del tetto di spesa personale assegnato a ciascuna Azienda/Ente del SSR, fermo restando il rispetto dell'equilibrio di bilancio;
9. di stabilire che le Aziende ed Enti del SSR non potranno procedere all'applicazione di quanto stabilito in materia di personale del SSN dal Decreto Legge n. 198 del 29/12/2022 (cd. "Milleproroghe 2023"), approvato con modificazioni dalla Camera dei Deputati in data 22 febbraio 2023 e la cui legge di conversione

è attualmente in corso di pubblicazione nella G.U.R.I., fino all'adozione di specifiche disposizioni regionali in merito. Tanto in ragione della necessaria preventiva pianificazione in materia di reclutamento di personale, tenuto conto che la Regione Puglia è attualmente assoggettata alle procedure del Piano Operativo e dunque della necessità di contenimento della spesa di personale e dei vincoli di finanza pubblica;

10. di disporre che la quantificazione dei costi del personale previsti nei rispettivi PTFP, dovranno considerare e pertanto riportare nell'apposito prospetto denominato "Costi PTFP" di cui all'Allegato B) al presente schema di provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale:

- il costo complessivo del fabbisogno di personale;
- i costi da escludere ai fini del vincolo di spesa 2004 - 1,4% (Circolare RGS n. 9 del 17.02.2006), quali, a titolo esemplificativo, i rinnovi contrattuali, la spesa per quota d'obbligo categorie protette, REMS, ecc., salvo specifiche previsioni in deroga che dovessero intervenire a seguito di interventi normativi in materia.

Si richiama, al riguardo, quanto disposto dall'art. 10 della L.R. n. 36 del 30/12/1994 s.m.i in materia di accantonamento di quote del Fondo Sanitario, il quale prevede che *"la Giunta regionale, in occasione della ripartizione del Fondo sanitario, accantona [...] una quota non superiore all'1 per cento da utilizzarsi per consentire attività di ricerca finalizzata nell'ambito delle Aziende ospedaliere e/o per il finanziamento di progetti-obiettivo e di interventi particolari di cui all'art. 9, prioritariamente per l'emergenza urgenza, controllo di qualità e di prevenzione"*, estendendo altresì tale previsione, al successivo art. 11, agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

11. di disporre che, con riferimento alla quantificazione dei costi derivante da rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004, si determina la quota pari al -17,4% quale percentuale standard che dovrà essere applicata da ciascuna Azienda ed Ente del SSR rispetto al costo complessivo del fabbisogno di personale;

12. di disporre che il rispetto dei vincoli finanziari normativamente prescritti per il PTFP deve essere certificato dal Collegio sindacale dell'Azienda/Ente, ai sensi del combinato disposto dell'art. 3-ter D.Lgs. 502/1992 e dell'art. 20 D.Lgs. 123/2011;

13. di autorizzare la competente Sezione regionale "Strategie e Governo dell'Offerta" all'adeguamento, con atto apposito dirigenziale, del modello del PTFP di cui all'Allegato B) al presente provvedimento, in ragione di eventuali revisioni alle vigenti disposizioni regionali e nazionali in materia di riordino della rete ospedaliera, di riorganizzazione della rete assistenziale territoriale, nonché di disposizioni nazionali in materia di spesa del personale;

14. di stabilire che il PTFP sia predisposto dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, in collaborazione con il Direttore dell'Area Personale, sulla base delle esigenze di programmazione sanitaria e successivamente validato dal Direttore amministrativo e Direttore Generale per gli adempimenti conseguenti. In particolare, si dovrà tener conto delle esigenze assistenziali di cui ai RR. n. 23/2019 e n. 14/2020 nonché della DGR n. 1868 del 14/12/2022, in attuazione del D.M. n. 70/2015, D.L. n. 34/2020 convertito in Legge 77/2020 e del D.M. n. 77/2022, nonché delle eventuali modifiche ed integrazioni che dovessero intervenire;

15. di stabilire che la configurazione delle Unità Operative Complesse ospedaliere debba essere preventivamente autorizzata dal Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, con particolare riferimento alle UU.OO. ospedaliere, atteso che queste ultime rientrano nel computo delle "strutture" ex D.M. 70/2015, nel limite massimo previsto per bacino di utenza;

16. di stabilire che le assunzioni sono vincolate alle unità di fabbisogno di personale definite nel PTFP per ciascun profilo professionale e/o disciplina medica. A tal proposito, l'espletamento delle conseguenti procedure di reclutamento è subordinato alla preventiva verifica della sussistenza di sufficiente capienza assunzionale per il relativo profilo e/o la disciplina medica;

17. di disporre che la richiesta di sorteggio del componente della Commissione concorso ex D.P.R. 483/1997 s.m.i., da inoltrare alla competente Sezione “Strategie e Governo dell’Offerta” dovrà contenere espressamente:

- Numero di unità per disciplina da assumersi per concorso;
- Unità operativa a cui si riferisce il bando di concorso, precisando se ospedaliera o territoriale;

Numero di personale in servizio presso l’Unità Operativa oggetto del Concorso e relativa disciplina, in coerenza con i dati presenti nel Sistema Informativo Edotto;

18. di stabilire che i dati relativi alla consistenza del personale in servizio devono essere periodicamente aggiornati dalla rispettiva Azienda/Ente del SSR nel Sistema Informativo Edotto, secondo quanto da ultimo previsto con D.G.R. n. 609 del 19/04/2021, recante approvazione del documento “Obblighi informativi a carico delle Aziende ed Istituti pubblici, delle strutture private accreditate e del personale convenzionato con il Servizio Sanitario Regionale. Anno 2021” ex art. 39 della L.R. n 4/2010.

19. di disporre che la competente Sezione regionale verifichi e valuti la congruenza dei fabbisogni di personale definiti nei Piani del Fabbisogno di Personale (PTFP) rispetto a ciascuna struttura e disciplina medica, nonché rispetto ai correlati volumi di attività ed esiti;

20. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione “Strategie e governo dell’Offerta ai Direttori Generali delle AA.SS.LL., Aziende Ospedaliere e IRCCS pubblici nonché ai Dirigenti delle Sezioni del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Animale e Sport per tutti;

21. di disporre che la competente Sezione “Strategie e Governo dell’Offerta” provveda alla notifica del presente provvedimento ai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e MEF);

22. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi dell’art. 6 della L.R. n. 13 del 12.04.1994.

I sottoscritti attestano che il procedimento istruttorio loro affidato e’ stato espletato nel rispetto della vigente normativa regionale, nazionale e comunitaria e che il presente schema di provvedimento, predisposto dalla Sezione Strategie e Governo dell’Offerta, ai fini dell’adozione dell’atto finale da parte della Giunta Regionale, è conforme alle risultanze istruttorie.

IL RESPONSABILE P.O.

**Lanfranco NETTI**

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO “Strategie e Governo dell’Assistenza Territoriale – Rapporti Istituzionali e Capitale Umano SSR”

**Antonella CAROLI**

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE “Strategie e Governo dell’Offerta”

**Mauro NICASTRO**

IL DIRIGENTE DELLA SEZIONE “AFC In Sanità - Sport per Tutti ”

**Benedetto Giovanni PACIFICO**

Il sottoscritto Direttore di Dipartimento non ravvisa la necessità di esprimere osservazioni sulla proposta di deliberazione ai sensi del combinato disposto degli articoli 18 e 20 del DPGR n. 22/2021.

Il DIRETTORE del Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale

**Vito MONTANARO**

L'Assessore:

**Rocco PALESE**

### LA GIUNTA

- Udita la relazione e la conseguente proposta dall'Assessore Sanità, Benessere animale, Controlli interni, Controlli connessi alla gestione emergenza Covid-19;
- Viste le sottoscrizioni poste in calce al presente provvedimento dalla responsabile di P.O. e dai Dirigenti di Sezione;
- A voti unanimi espressi nei modi di legge.

### DELIBERA

1. di recepire la "*Metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio Sanitario Nazionale*", Allegato A) al presente provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale – in corso di adozione con apposito decreto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sul cui schema di decreto di adozione è stata sancita in data 21 dicembre 2022 l'Intesa della Conferenza Stato-Regioni (Rep. Atti n. 267/CSR del 21/12/2022) secondo quanto previsto dall'art. 11, comma 1, del Decreto Legge n. 35/2019 – da ritenersi quale documento d'indirizzo ai fini della predisposizione dei PTFP aziendali, nelle more dell'adozione del relativo decreto ministeriale definitiva di approvazione;
2. di approvare il modello del PTFP di cui all'Allegato B) al presente schema di provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale, redatto secondo la classificazione prevista dal D.M. 70/2015 e del modello HSP 12 del D.M. 5 dicembre 2006;
3. di modificare la DGR n. 2452/2019 nella parte relativa al rapporto percentuale massimo tra il numero del personale del ruolo amministrativo e il numero totale del personale, da intendersi dunque superata, prevedendo conseguentemente che nella determinazione del PTFP, il fabbisogno del personale del ruolo amministrativo sia definito in numero adeguato rispetto alla necessità di irrobustire le strutture amministrative aziendali anche in ragione degli adempimenti correlati al PNRR ed al Piano Operativo, tenendo ad ogni modo presente:
  - la complessità organizzativa delle Aziende sanitarie locali, derivante dalla presenza, accanto alle strutture rivolte all'assistenza ospedaliera, delle strutture dedicate all'assistenza sanitaria territoriale ed alle attività di prevenzione sul territorio di riferimento;
  - l'integrazione, all'interno delle Aziende Ospedaliero-Universitarie, delle attività di assistenza con le attività di didattica e di ricerca in applicazione dei vigenti Protocolli d'Intesa Regione-Università;
  - la valorizzazione, negli Istituti pubblici di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, delle attività di ricerca correlate con il carattere scientifico di ciascun Istituto e della gestione dei relativi rapporti col Ministero.
4. di confermare, per il resto, integralmente il contenuto delle DD.GG.RR. n. 2416/2018 e n. 2452/2019;
5. di disporre che i Piani del Fabbisogno di Personale (PTFP) di ciascuna Azienda od Ente del S.S.R. , a partire

dal triennio 2022-2024, dovranno essere formulati nel rispetto degli atti di programmazione regionale – ospedaliera, territoriale e prevenzione – richiamati in narrativa e che qui si intendono integralmente riportati, con particolare riferimento alle attività assistenziali dei Pronto Soccorso e della Medicina Penitenziaria ed alle attività oggetto di monitoraggio da parte del Tavolo di Verifica LEA nonché dal Tavolo interministeriale per la verifica del Piano Operativo e delle previsioni del Nuovo Sistema di Garanzia, di cui al DM 12 marzo 2019, tra le quali rivestono particolare rilevanza:

- l’implementazione del modello di organizzazione del NAT – Nucleo di Assistenza Territoriale all’interno del Centro Territoriale Malattie Rare (CTMR) di ciascuna Azienda Sanitaria Locale;
- l’attivazione delle cd. “Officine di lavorazione degli emocomponenti” previste dal *Programma autosufficienza sangue ed emocomponenti 2023* di cui alla deliberazione di Giunta Regionale n. 50/2023;
- l’attuazione di quanto previsto dai Regolamenti Regionali di riordino della rete ospedaliera e precisamente n. 23/2019 e n. 14/2020 in ordine all’attivazione dei posti letto di Terapia Intensiva e Semi-Intensiva di cui al D.L. n. 34/2020, convertito in Legge n. 77/2020 ;
- l’attuazione di quanto previsto dal Regolamento Regionale n. 6/2020 in materia di requisiti organizzativi delle Unità Operative di Ostetricia e Ginecologia e di Pediatria/Neonatologia, in coerenza con quanto previsto dall’Accordo Stato Regioni rep. atti n. 137/CU del 16 dicembre 2010, recante “*Linee di indirizzo per la promozione ed il miglioramento della qualità, della sicurezza e dell’appropriatezza degli interventi assistenziali nel percorso nascita e per la riduzione del taglio cesareo*”, con particolare riferimento alle unità di personale ostetrico, a livello ospedaliero e territoriale.

6. di stabilire che l’assegnazione del personale per ciascuna unità operativa ospedaliera e territoriale deve essere commisurata alla produttività delle stesse, nonché al ruolo delle stesse nell’ambito delle reti cliniche ed assistenziali, ferma restando la dotazione minima di personale necessaria a garantire la continuità delle prestazioni inerenti ai servizi minimi essenziali, con particolare riferimento al personale medico;

7. di disporre che i Piani del Fabbisogno di Personale (PTFP) di ciascuna Azienda od Ente del S.S.R. dovranno essere formulati nel rispetto dei tetti di spesa assegnati con DGR n. 1818 del 12/12/2022, da intendersi quale limite di spesa invalicabile, salvo diverse disposizioni regionali in materia di aggiornamento del tetto complessivo regionale, in ragione del finanziamento del Fondo Sanitario Regionale;

8. di disporre il divieto all’assunzione di personale oltre il numero di unità previsto per ciascuna disciplina/attività nel PTFP e, comunque, nei limiti del tetto di spesa personale assegnato a ciascuna Azienda/Ente del SSR, fermo restando il rispetto dell’equilibrio di bilancio;

9. di stabilire che le Aziende ed Enti del SSR non potranno procedere all’applicazione di quanto stabilito in materia di personale del SSN dal Decreto Legge n. 198 del 29/12/2022 (cd. “Milleproroghe 2023”), approvato con modificazioni dalla Camera dei Deputati in data 22 febbraio 2023 e la cui legge di conversione è attualmente in corso di pubblicazione nella G.U.R.I., fino all’adozione di specifiche disposizioni regionali in merito. Tanto in ragione della necessaria preventiva pianificazione in materia di reclutamento di personale, tenuto conto che la Regione Puglia è attualmente assoggettata alle procedure del Piano Operativo e dunque della necessità di contenimento della spesa di personale e dei vincoli di finanza pubblica;

10. di disporre che la quantificazione dei costi del personale previsti nei rispettivi PTFP, dovranno considerare e pertanto riportare nell’apposito prospetto denominato “Costi PTFP” di cui all’Allegato B) al presente schema di provvedimento quale sua parte integrante e sostanziale:

- il costo complessivo del fabbisogno di personale;
- i costi da escludere ai fini del vincolo di spesa 2004 - 1,4% (Circolare RGS n. 9 del 17.02.2006), quali, a titolo esemplificativo, i rinnovi contrattuali, la spesa per quota d’obbligo categorie protette, REMS, ecc., salvo specifiche previsioni in deroga che dovessero intervenire a seguito di interventi normativi in materia.

Si richiama, al riguardo, quanto disposto dall'art. 10 della L.R. n. 36 del 30/12/1994 s.m.i in materia di accantonamento di quote del Fondo Sanitario, il quale prevede che *“la Giunta regionale, in occasione della ripartizione del Fondo sanitario, accantona [...] una quota non superiore all'1 per cento da utilizzarsi per consentire attività di ricerca finalizzata nell'ambito delle Aziende ospedaliere e/o per il finanziamento di progetti-obiettivo e di interventi particolari di cui all'art. 9, prioritariamente per l'emergenza urgenza, controllo di qualità e di prevenzione”*, estendendo altresì tale previsione, al successivo art. 11, agli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico.

11. di disporre che, con riferimento alla quantificazione dei costi derivante da rinnovi contrattuali intervenuti successivamente all'anno 2004, si determina la quota pari al -17,4% quale percentuale standard che dovrà essere applicata da ciascuna Azienda ed Ente del SSR rispetto al costo complessivo del fabbisogno di personale;

12. di disporre che il rispetto dei vincoli finanziari normativamente prescritti per il PTFP deve essere certificato dal Collegio sindacale dell'Azienda/Ente, ai sensi del combinato disposto dell'art. 3-ter D.Lgs. 502/1992 e dell'art. 20 D.Lgs. 123/2011;

13. di autorizzare la competente Sezione regionale *“Strategie e Governo dell'Offerta”* all'adeguamento, con atto apposito dirigenziale, del modello del PTFP di cui all'Allegato B) al presente provvedimento, in ragione di eventuali revisioni alle vigenti disposizioni regionali e nazionali in materia di riordino della rete ospedaliera, di riorganizzazione della rete assistenziale territoriale, nonché di disposizioni nazionali in materia di spesa del personale;

14. di stabilire che il PTFP sia predisposto dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo, in collaborazione con il Direttore dell'Area Personale, sulla base delle esigenze di programmazione sanitaria e successivamente validato dal Direttore amministrativo e Direttore Generale per gli adempimenti conseguenti. In particolare, si dovrà tener conto delle esigenze assistenziali di cui ai RR. n. 23/2019 e n. 14/2020 nonché della DGR n. 1868 del 14/12/2022, in attuazione del D.M. n. 70/2015, D.L. n. 34/2020 convertito in Legge 77/2020 e del D.M. n. 77/2022, nonché delle eventuali modifiche ed integrazioni che dovessero intervenire;

15. di stabilire che la configurazione delle Unità Operative Complesse ospedaliere debba essere preventivamente autorizzata dal Dipartimento Promozione della Salute e del Benessere Animale, con particolare riferimento alle UU.OO. ospedaliere, atteso che queste ultime rientrano nel computo delle *“strutture”* ex D.M. 70/2015, nel limite massimo previsto per bacino di utenza;

16. di stabilire che le assunzioni sono vincolate alle unità di fabbisogno di personale definite nel PTFP per ciascun profilo professionale e/o disciplina medica. A tal proposito, l'espletamento delle conseguenti procedure di reclutamento è subordinato alla preventiva verifica della sussistenza di sufficiente capienza assunzionale per il relativo profilo e/o la disciplina medica;

17. di disporre che la richiesta di sorteggio del componente della Commissione concorso ex D.P.R. 483/1997 s.m.i., da inoltrare alla competente Sezione *“Strategie e Governo dell'Offerta”* dovrà contenere espressamente:

- Numero di unità per disciplina da assumersi per concorso;
- Unità operativa a cui si riferisce il bando di concorso, precisando se ospedaliera o territoriale;

Numero di personale in servizio presso l'Unità Operativa oggetto del Concorso e relativa disciplina, in coerenza con i dati presenti nel Sistema Informativo Edotto;

18. di stabilire che i dati relativi alla consistenza del personale in servizio devono essere periodicamente aggiornati dalla rispettiva Azienda/Ente del SSR nel Sistema Informativo Edotto, secondo quanto da ultimo previsto con D.G.R. n. 609 del 19/04/2021, recante approvazione del documento *“Obblighi informativi a carico delle Aziende ed Istituti pubblici, delle strutture private accreditate e del personale convenzionato con*

il Servizio Sanitario Regionale. Anno 2021” ex art. 39 della L.R. n 4/2010.

19. di disporre che la competente Sezione regionale verifichi e valuti la congruenza dei fabbisogni di personale definiti nei Piani del Fabbisogno di Personale (PTFP) rispetto a ciascuna struttura e disciplina medica, nonché rispetto ai correlati volumi di attività ed esiti;

20. di notificare il presente provvedimento, a cura della Sezione “Strategie e governo dell’Offerta ai Direttori Generali delle AA.SS.LL., Aziende Ospedaliere e IRCCS pubblici nonché ai Dirigenti delle Sezioni del Dipartimento Promozione della Salute, del Benessere Animale e Sport per tutti;

21. di disporre che la competente Sezione “Strategie e Governo dell’Offerta” provveda alla notifica del presente provvedimento ai Ministeri affiancanti (Ministero della Salute e MEF);

22. di disporre la pubblicazione del presente provvedimento sul Bollettino Ufficiale della Regione Puglia ai sensi dell’art. 6 della L.R. n. 13 del 12.04.1994.

**Il Segretario della Giunta**

ANNA LOBOSCO

**Il Presidente della Giunta**

MICHELE EMILIANO



AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 1 di 82



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**“Metodo per la determinazione del  
fabbisogno di personale del SSN”**



AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 2 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **Indice Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale ospedaliero**

1.	Revisione e approfondimento della metodologia 2017	11
1.1.	Aggiornamento dei valori minimi di riferimento del personale medico	12
1.2.	Revisione dei “peso medico”	14
1.3.	Valutazione delle attività svolte in regime ambulatoriale	16
1.4.	Attività non incluse nella metodologia 2017	18
1.5.	Personale di anestesia e rianimazione	19
1.6.	Revisione di minuti di riferimento del personale del comparto	20
2.	Il personale interessato dalla metodologia	22
3.	Utilizzo della metodologia	24
4.	Principi generali di determinazione del fabbisogno di personale sanitario	26
4.1.	Raggruppamenti, Aree Omogenee e Specialità	26
4.2.	Ore lavorate di riferimento	28
5.	I valori di riferimento del personale medico	30
5.1.	I valori minimi del personale medico	30
5.1.1	<i>Valori minimi per l'organizzazione dei servizi di guardia</i>	31
5.1.2	<i>Valori minimi di riferimento per specialità con riferimento al ruolo del presidio nella rete</i>	32
5.1.3	<i>Calcolo del Fabbisogno minimo di personale medico</i>	34
5.2.	I valori massimi del personale medico	35
5.2.1	<i>I valori massimi del personale medico: attività di degenza</i>	36
5.2.2	<i>I valori massimi del personale medico: attività ambulatoriale</i>	40
6.	I valori di riferimento del personale di comparto	43
6.1.1	<i>Personale del comparto per le attività di degenza ordinaria e diurna</i>	44
6.1.2	<i>Personale del comparto dedicato alle attività ambulatoriali</i>	46
7.	Personale dirigente e del comparto dedicato ad alcune attività specifiche e area dei servizi	48
7.1.1	<i>Area Materno – infantile</i>	50
7.1.2	<i>Cardiologia e Unità Coronarica</i>	52
7.1.3	<i>Neurologia e Stroke</i>	52





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

7.1.4	<i>Rete Trauma</i>	53
7.1.5	<i>Area dei servizi di Radiologia</i>	53
7.1.6	<i>Area dei servizi di Laboratorio</i>	53
7.1.7	<i>Medicina Trasfusionale</i>	54
7.1.8	<i>Anatomia patologica</i>	54
7.1.9	<i>Tecnici di Laboratorio</i>	55
7.1.10	<i>Medicina Legale</i>	55
7.1.11	<i>Direzione Sanitaria di presidio– Direzione medica di ospedale</i>	56
7.1.12	<i>Altri servizi sanitari e generali</i>	56
8.	<b>Area Terapia Intensiva e Sale Operatorie</b>	59
8.1.1	<i>Area Intensiva</i>	59
8.1.2	<i>Sale operatorie</i>	59
9.	<b>Area dell'Emergenza Urgenza</b>	60
10.	<b>Osservazioni generali e possibili evoluzioni future</b>	61

### **Indice Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale operante in ADI**

1.	Normativa di riferimento	66
2.	Premessa	70
3.	Fonti dati e figure analizzate	71
3.1.	Fonti dati adoperate	71
3.2.	Figure professionali analizzate	71
3.3.	Assunzioni	72
4.	Metodologia di calcolo	74
4.1.	Stima della dotazione attuale	74
4.2.	Calcolo della dotazione obiettivo	74
4.3.	Calcolo dei tempi di spostamento	75
4.4.	Dotazione attuale ed obiettivo totale	76
4.5.	Gli standard minimi per la ADI	76



AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 4 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

4.5.1	<i>Figure professionali analizzate</i>	76
4.5.2	<i>Standard per gli infermieri</i>	77
4.5.3	<i>Standard per i fisioterapisti</i>	78
4.5.4	<i>Ore di assistenza mensile</i>	79
5.	Possibili evoluzioni future	81

### **Indice delle Tabelle Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale ospedaliero**

Tabella 1:	Unità Operative Flusso SDO-Regioni Campione .....	13
Tabella 2:	Forme contrattuali incluse nella rilevazione .....	15
Tabella 3:	Attività aggiuntiva per far fronte alla fase pandemica .....	25
Tabella 4:	Aree omogenee di attività come da revisione del D.M.70 .....	26
Tabella 5:	Valori minimi di riferimento per il personale medico .....	32
Tabella 6:	Suddivisione discipline con organizzazione a rete .....	34
Tabella 7:	Pesi Medico per specialità per calcolo FTE' e FTE" .....	38
Tabella 8:	incidenza attività ambulatoriale sul totale delle ore lavorate .....	41
Tabella 9:	minuti di assistenza giornaliera del personale infermieristico per attività di degenza... ..	45
Tabella 10:	servizi per tipologia di stabilimento .....	50
Tabella 11:	Area Materno Infantile .....	51
Tabella 12:	Associazione Discipline pediatriche con Discipline native .....	51
Tabella 13:	Servizi di Radiologia .....	53
Tabella 14:	Servizi di Laboratorio .....	54
Tabella 15:	Medicina TrASFusionale .....	54
Tabella 16:	Anatomia Patologica .....	55
Tabella 17:	Tecnici di Laboratorio .....	55
Tabella 18:	Medicina Legale .....	55
Tabella 19 –	Servizi con fabbisogno calcolato mediante incidenza percentuale sulle ore complessivamente lavorate .....	57
Tabella 20:	Area dell'Emergenza-Urgenza .....	60





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **Indice delle Tabelle Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale operante in ADI**

Tabella 21 – Accessi per assistito medi .....	73
Tabella 22 – Tempi medi di accesso per figura professionale e livello di CIA .....	79
Tabella 23 – Durata media di presa in carico per livello di CIA .....	79
Tabella 24 – Ore mensili di assistenza .....	80

### **Indice delle figure Metodo per la determinazione del fabbisogno di personale ospedaliero**

Figura 1: composizione del fabbisogno di Dirigenti Medici Anestesisti – impatto della componente sala operatoria .....	20
Figura 2: rappresentazione del metodo dei minimi e del fabbisogno .....	35
Figura 3: spiegazione casistiche per applicazione del metodo del fabbisogno .....	37

### **Glossario**

FTE: Full Time Equivalent (Lavoratore a tempo pieno)

PL: Posti Letto



AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 6 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **Premessa metodologico - applicativa**

La presente metodologia è stata elaborata in attuazione dell'articolo 11 del DL 35/2019 (convertito in L. 60/2019), come modificato dal comma 269, lettera c) della legge n. 234 del 2021, allo scopo di quantificare il fabbisogno di personale del Servizio Sanitario Nazionale, per concedere in modo selettivo un innalzamento del tetto di spesa di personale vigente nella misura pari al 5% della variazione annuale del finanziamento corrente del SSN. Il documento riguarda la determinazione del fabbisogno del personale ospedaliero e di personale operante in assistenza domiciliare integrata (ADI)<sup>1</sup>.

Il campione di strutture posto alla base dell'analisi dei dati si è basato su dati forniti da 9 regioni (per la dirigenza medica) e da 6 regioni (per gli infermieri), che complessivamente rappresentano il 61% (dirigenza medica conto annuale 2019) e il 56% (infermieri conto annuale 2019) della realtà nazionale, in assenza di dati strutturali dell'intero territorio nazionale forniti dal Ministero della Salute e dal MEF. La metodologia in oggetto, pertanto, è suscettibile di ampliamento e perfezionamento in funzione della progressiva evoluzione dell'offerta sanitaria e, ove necessario, di interventi correttivi, a seguito di verifica, in sede applicativa, nelle diverse realtà regionali.

E' auspicabile allo scopo, come meglio dettagliato di seguito, un periodo di "consolidamento" dello strumento metodologico che potrà avvenire già durante la prima fase di applicazione.

Premesso quanto sopra di seguito si evidenziano alcuni aspetti chiave.

Il metodo per la determinazione dei fabbisogni di personale in ambito ospedaliero è stato sviluppato in coerenza con la riorganizzazione della rete ospedaliera di cui al DM 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".

Il predetto metodo si sviluppa sulla base di un presupposto fondamentale: che la rete ospedaliera oggetto di analisi sia organizzata sulla base di criteri di efficienza allocativa. Ne consegue che il metodo deve svilupparsi necessariamente sulla base di quanto previsto dalla

<sup>1</sup> Per la parte di fabbisogno di personale relativo ai Servizi di prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro è allo stato attivo un tavolo di lavoro presso il Ministero Salute.



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

programmazione sanitaria, in materia di organizzazione della rete ospedaliera e del ruolo dei presidi nel contesto.

Pertanto, la metodologia può essere applicata alle Regioni che hanno attuato il processo di adeguamento alle disposizioni di cui al DM 2 aprile 2015, n. 70.

L'offerta di salute, finalizzata a promuovere la qualità dell'assistenza, la sicurezza delle cure, l'uso appropriato delle risorse, è stata oggetto, nell'ambito degli interventi di cui al PNRR, di implementazione di forme alternative al ricovero ospedaliero dirette a potenziare e riorientare il SSN mediante la definizione di un nuovo modello organizzativo per la rete di assistenza sanitaria territoriale incentrato sui territori e sulle reti di assistenza socio-sanitaria con rafforzamento della prevenzione e dell'assistenza territoriale, con l'obiettivo di migliorare la capacità di integrare i servizi ospedalieri, i servizi sanitari locali e i servizi sociali, razionalizzando così il ricorso alle cure ospedaliere.

La metodologia sarà quindi complementare all'emanando Decreto Ministeriale sull'Assistenza Domiciliare Integrata, da cui deriverà il nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale.

La metodologia prevede, tra le fonti dati, un flusso delle ore lavorate del personale dirigente e del comparto sanità riferito all'anno 2019, anno oggetto di analisi. Nelle more della istituzionalizzazione di tale flusso nell'ambito del monitoraggio annuale del Conto Annuale – che quindi si auspica venga attivato in modo obbligatorio e permanente - le Regioni dovranno fornire una rilevazione *ad hoc* secondo un tracciato già utilizzato da quelle che hanno partecipato allo sviluppo della metodologia. Per ragioni di omogeneità di rilevazione dei dati ed uniformità di applicazione del modello Agenas fornirà alle regioni indicazioni in merito al tracciato da utilizzare ai fini della rilevazione del flusso delle ore lavorate.

Una ulteriore rilevazione specifica dovrà essere fornita con riferimento alle ore di apertura programmata delle sale operatorie, ambito nel quale va parimenti verificata la possibilità di prevedere un flusso *ad hoc*.

La complessità dei contesti analizzati e che i valori di riferimento siano stati sviluppati a partire solo dai dati delle Regioni che hanno partecipato, su base volontaria, al progetto oltre alla necessità di consolidare ed omogeneizzare i flussi di dati in entrata suggeriscono la opportunità che, in una prima fase, l'applicazione della metodologia venga "osservata" al fine di prevederne

AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 8 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

aggiustamenti e, ove necessario, interventi correttivi, in conseguenza dei risultati del relativo utilizzo .

La metodologia, unitamente ai valori di riferimento rappresentati, può anche costituire un primo strumento di confronto sia a livello nazionale (tra diversi contesti regionali) che regionale (tra presidi ospedalieri), facendo emergere buone pratiche e, quindi, situazioni in cui la coerenza con la programmazione si coniuga con efficacia ed efficienza.

Anche per questi motivi, le ipotesi alla base del modello ed i valori rappresentati dovranno essere oggetto di approfondimento, analisi e revisione anche alla luce della profonda riorganizzazione in atto dell'offerta sanitaria.

L'applicazione potrà avvenire in maniera progressiva, sempre in considerazione delle priorità individuate nella definizione dell'offerta di salute.

Con tali premesse, l'applicazione sperimentale della metodologia in oggetto è finalizzata alla concessione dell'aumento della spesa di personale di un ulteriore 5 per cento (in aggiunta all'incremento annuale del 10 per cento) dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'anno precedente come previsto dall'articolo 11, comma 1, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, come modificato dal richiamato articolo 1, comma 269, della legge 234 del 2021. Il progressivo consolidamento della metodologia potrebbe durare per un periodo di due anni, durante i quali Agenas lavorerà in stretta collaborazione con le Regioni e con i Ministeri (Ministero Salute e MEF), al perfezionamento dello strumento, anche utilizzando i dati derivanti dai flussi permanenti, come sopra suggerito.

Con deliberazione del Direttore Generale Agenas n. 16 del 14.1.2022 è stato istituito un "gruppo di lavoro per l'adozione di un metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale degli enti del SSN" che ha collaborato con Agenas per la stesura del presente documento metodologico, così composto:

- Dott. Pasqualino Castaldi (Capo dell'Ispettorato generale - I.G.O.P. Ministero dell'Economia e delle Finanze)
- Dott.ssa Nicoletta Carboni (I.G.O.P. Ministero dell'Economia e delle Finanze)
- Dott.ssa Barbara Filippi (Ispettorato per la spesa sociale – IGESPES Ministero dell'Economia e delle Finanze)
- Dott.ssa Grazia Corbello (Direzione Generale delle professioni sanitarie e delle risorse umane del SSN Ministero della Salute)





*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

- Dott.ssa Simona Carbone (Direzione Generale della programmazione sanitaria Ministero della Salute)
- Dott. Antonio Cascio (Regione Emilia-Romagna)
- Dott.ssa Paola Palmieri (Regione Lombardia)
- Prof.ssa Paola Di Giulio (Professore Associato di scienze infermieristiche generali e cliniche Università degli Studi di Torino)
- Prof.ssa Luisa Saiani (Professore ordinario di scienze infermieristiche generali e cliniche Università degli studi di Verona)
- Prof.ssa Mariagrazia De Marinis (Professore ordinario di scienze infermieristiche generali e cliniche Università Campus Bio-Medico Roma)
- Dott.ssa Paola Cantarelli (Ricercatrice presso il laboratorio MeS – Istituto di Management Scuola Universitaria Sant’Anna – Pisa)
- Dott. Paolo Anibaldi (Direttore Sanitario Azienda Ospedaliero-Universitaria Sant’Andrea, Roma)
- Dott. Filippo Leonardi (Direttore Generale – Associazione italiana ospedalità privata)
- Avv. Giovanni Costantino (Referente Associazione religiosa istituti sanitari)
- Dott. Gianluca Maccauro (Referente – Associazione Coordinamento Ospedalità Privata).

AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 10 di 82



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**“Metodo per la determinazione del  
fabbisogno di personale ospedaliero”**

**Regioni Partecipanti: Campania, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia,  
Lombardia, Puglia, Piemonte, Sardegna, Veneto, Umbria**





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **1. Revisione e approfondimento della metodologia 2017**

L'art. 11 del DL 35/2019 prevede una revisione integrale del limite di spesa del personale, vincolando la possibilità per le regioni di accedere ad un aumento della spesa del personale all'adozione di una metodologia per la determinazione del fabbisogno di personale.

Il "Metodo per la determinazione del Fabbisogno di personale ospedaliero" condiviso nel 2017 dalle Regioni, approvato in Commissione Salute e inviato ai competenti ministeri necessita di alcuni aggiornamenti, considerate le necessità di adeguamento dei servizi alle nuove esigenze di salute.

Per questo motivo, nel corso del 2021 si è ritenuto opportuno procedere con l'aggiornamento della metodologia del 2017, in collaborazione con Age.Na.S.

Nel 2021 hanno aderito al progetto 9 regioni:

- Campania
- Emilia-Romagna
- Friuli-Venezia Giulia
- Lombardia
- Piemonte
- Puglia
- Sardegna
- Umbria
- Veneto

Per la revisione della metodologia sono stati analizzati i dati 2019, considerato che nel 2020 e nel 2021 le aziende e le regioni sono state oggetto di numerosi cambiamenti e si sono riorganizzate in modo da far fronte alle esigenze derivanti dall'emergenza sanitaria.

L'estensione della rilevazione a un maggior numero di regioni partecipanti permette di avere a disposizione un dato maggiormente attendibile e rappresentativo, con particolare riferimento al personale impiegato presso le strutture oggetto di analisi.

La rilevazione dei dati 2019 ha consentito di disporre di un campione composto da circa 400 stabilimenti, 93.3 milioni di ore lavorate da Dirigenti Medici (paria a circa 60.000 FTE), 142 milioni da Infermieri (95.900 FTE) e 38 milioni da OSS/OTA (25.700 FTE).

Tenuto conto delle particolari esigenze emerse in sede di approvazione del metodo nel 2017, il gruppo di lavoro composto nel 2021 ha ritenuto di mantenere le "basi fondanti" del metodo, andando

AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 12 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

a modificare-integrare i valori poco rappresentativi nella precedente metodologia e andando a studiare gli ambiti di analisi ritenuti lacunosi.

In particolar modo, con riferimento ai dirigenti medici, sono state oggetto di analisi:

1. Aggiornamento dei Valori minimi di riferimento del personale medico;
2. La revisione dei “pesi” 2017;
3. L’attività erogata in regime ambulatoriale;
4. Le attività non incluse nella metodologia 2017;
5. La rivalutazione della quantificazione dell’attività di sala operatoria per il personale di anestesia e rianimazione;
6. La quantificazione di soglie per i dirigenti medici non rientranti in discipline oggetto di analisi.

Con riferimento al personale del comparto l’evoluzione della metodologia del 2017 si è concentrata su:

1. Revisione del monte ore annuo lavorate;
2. Revisione dei minuti giornalieri di assistenza con analisi disgiunta per stabilimenti HUB e Spoke, secondo l’aggregazione per area assistenziale;
3. La rivalutazione della incidenza dell’attività ambulatoriale per il personale infermieristico;
4. La quantificazione del fabbisogno di personale nei servizi non trattati dalla metodologia del 2017;
5. L’individuazione di soglie massime per il personale non compreso nelle discipline oggetto della metodologia.

### **1.1. Aggiornamento dei valori minimi di riferimento del personale medico**

La possibilità di disporre di un campione maggiormente significativo nel 2021 consente di determinare con più elevata accuratezza i valori minimi di riferimento soprattutto nelle specialità poco rappresentate nella precedente elaborazione, in quanto è possibile verificare la sostenibilità dei valori stessi. In alcuni casi si tratta infatti di unità operative poco diffuse, rispetto alle quali risulta importante confrontarsi con il dato di un maggior numero di realtà ospedaliere.

Di seguito il numero di presidi analizzati per ogni specialità in termini di FTE presenti per la determinazione del fabbisogno minimo di riferimento. Si ricorda che per la determinazione del



AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 13 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

fabbisogno minimo è necessario tenere conto principalmente di criteri organizzativi relativi al ruolo della struttura nella rete di riferimento.

In totale il campione analizzato è composto da 3.578 Unità operative presenti sul flusso SDO, di cui 2.813 aventi ore lavorate e 1.492 con una quantità di FTE inferiore alla soglia minima definita nella metodologia (a fronte anche della limitata qualità del dato, in alcuni contesti, e/o assenza di una UO complessa in Tabella C di programmazione della rete ospedaliera); nel complesso gli FTE oggetto di analisi sono 30.453.

Tabella 1: Unità Operative Flusso SDO-Regioni Campione

Codice Disc.	Descrizione Disciplina	N° UO Totali	UO con ore	UO sotto minimo	FTE Analisi
06	Cardiochirurgia pediatrica	5	4	5	22
07	Cardiochirurgia	34	31	12	429
08Altro	Cardiologia Altro	117	98	32	992
08HUB	Cardiologia HUB	105	100	20	2.173
09Altro	Chirurgia generale Altro	277	235	95	2.881
09HUB	Chirurgia generale HUB	62	57	6	1.809
10	Chirurgia maxillo-facciale	40	26	22	171
11	Chirurgia pediatrica	33	28	14	272
12	Chirurgia plastica	53	43	26	277
13	Chirurgia toracica	38	34	11	233
14	Chirurgia vascolare	66	58	14	482
18	Ematologia	59	48	13	673
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	29	23	12	190
21	Geriatrics	75	62	34	539
24	Malattie infettive e tropicali	71	58	19	670
26	Medicina generale	341	292	97	4.250
28	Unità spinale	15	4	13	31
29	Nefrologia	125	108	62	988
30	Neurochirurgia	60	53	13	598
32Altro	Neurologia Altro	98	85	26	782
32HUB	Neurologia HUB	45	44	8	693
33	Neuropsichiatria infantile	26	17	10	156
34	Oculistica	157	130	77	937
35	Odontoiatria e stomatologia	25	13	6	46
36Altro	Ortopedia e traumatologia Altro	216	177	123	1.562
36HUB	Ortopedia e traumatologia HUB	70	68	13	1.009
38	Otorinolaringoiatria	162	138	51	1.025
40	Psichiatria	158	86	139	544
43Altro	Urologia Altro	123	97	74	645
43HUB	Urologia HUB	54	50	10	524
47	Grandi ustionati	10	4	9	28
48	Nefrologia (Ab. al trapianto di rene)	14	9	6	148

AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 14 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Codice Disc.	Descrizione Disciplina	N° UO Totali	UO con ore	UO sotto minimo	FTE Analisi
52	Dermatologia	46	39	16	240
56	Recupero e riabilitazione funzionale	162	119	113	682
58	Gastroenterologia	86	70	27	755
60	Lungodegenti	139	47	115	203
64	Oncologia	136	107	54	1.226
65	Oncoematologia pediatrica	14	10	4	108
68	Pneumologia	100	86	32	867
71	Reumatologia	27	18	15	111
73	Terapia intensiva neonatale	67	29	12	340
75	Neuro-riabilitazione	26	12	22	78
76	Neurochirurgia pediatrica	4	3	3	23
77	Nefrologia pediatrica	5	3	5	20
78	Urologia pediatrica	3	3	2	19
	<b>Totale</b>	<b>3.578</b>	<b>2.826</b>	<b>1.492</b>	<b>30.453</b>

### **1.2. Revisione dei “peso medico”**

Nel corso del 2021 è stato chiesto alle Regioni di partecipare a un gruppo di lavoro esteso per la revisione dei “peso medico” definiti con la precedente metodologia.

Rispetto alla rilevazione 2017, nel 2019 le regioni presentano una rete ospedaliera quasi completamente “riorganizzata” in applicazione del DM 70/2015. Occorre tuttavia evidenziare come per la regione Friuli-Venezia Giulia, non essendo disponibile la Tabella C sia stato possibile verificare la coerenza, nelle scelte programmatiche, con quanto previsto dal DM 70/2015.

È stato inoltre possibile disporre delle informazioni delle regioni che avevano applicato il metodo nel corso dell’ultimo biennio per la valutazione del fabbisogno.

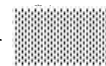
Per la revisione dei pesi medico sono stati elaborati i dati del 2019; in considerazione del notevole cambiamento dell’organizzazione ospedaliera introdotto nel 2020 e nel 2021 a causa della pandemia e della conseguente impossibilità di analizzare i dati dell’ultimo biennio caratterizzati da un’organizzazione emergenziale.

Per l’aggiornamento dei “pesi medico” sono stati, pertanto, analizzati i dati di attività delle regioni partecipanti in termini di DRG prodotti nei singoli presidi per unità operativa comunicati attraverso il flusso SDO 2019 (sia in regime ordinario sia in regime diurno/day surgery).

Le regioni hanno rielaborato il dato delle ore lavorate dal personale dirigente, aggregandole per unità operativa in relazione all’organizzazione disegnata con il DM 70/2015.

È stato quindi costituito un database di lavoro per correlare i dati presenti nei flussi:

- HSP11-11bis-12 (anagrafica degli stabilimenti);





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

- Tabella C (anagrafica delle discipline);
- SDO (dato di attività);
- prestazioni ambulatoriali art 50 L 326/2003 (dato di attività);
- dati regionali (ore lavorate dal personale medico).

**Tabella 2: Forme contrattuali incluse nella rilevazione**

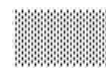
Forme contrattuali incluse nella rilevazione	
Personale dipendente assunto con contratto CCNL del Servizio Sanitario Nazionale:	Personale dipendente della struttura assunto con CCNL comparto del Servizio Sanitario Nazionale, a tempo indeterminato e a tempo determinato, a tempo pieno e parziale, che ha prestato servizio presso la struttura nel corso del 2019
Personale non dipendente universitario:	Personale dipendente dell'Università che ha prestato servizio presso la struttura, a tempo pieno e a tempo parziale, nel corso dell'anno 2019
Personale non dipendente con altro contratto:	Personale assunto con altro contratto a tempo pieno e a tempo parziale, che ha prestato servizio presso la struttura nel corso dell'anno 2019

L'elaborazione del "peso medico" per unità operativa è stata determinata dalla sommatoria dei pesi dei DRG prodotti rapportati al personale in servizio sulla base delle effettive ore dedicate all'attività di degenza. Sono stati così ricalcolati i "pesi medico" di tutte le unità operative degli ospedali delle regioni che hanno partecipato alla rilevazione.

L'analisi della distribuzione ha quindi consentito di individuare mediana e III quartile che corrispondono ai nuovi pesi di riferimento della metodologia.

Per alcune discipline (Cardiologia, Chirurgia Generale, Neurologia, Ortopedia e Urologia) l'individuazione dei pesi è stata effettuata a seguito di una loro categorizzazione (HUB e Altro ruolo nella rete); nello specifico:

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



AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 16 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

- Rete Trauma: sono stati considerati HUB i CTS e CTZ, le rimanenti strutture sono confluite nella categoria “Altro”.

Per l’Ortopedia HUB il gruppo di lavoro ha deciso di allineare il peso massimo con quello ottenuto per l’Ortopedia Altro.

### **1.3. Valutazione delle attività svolte in regime ambulatoriale**

Il metodo 2017 non teneva debitamente conto delle attività svolte in regime ambulatoriale; pertanto, le regioni partecipanti hanno ritenuto necessario valutare il fabbisogno generato dalle attività erogate in regime ambulatoriale che, per talune specialità, costituiscono la modalità tipica di erogazione dell’offerta sanitaria. Risulta quindi fondamentale tener conto del fabbisogno dell’”attività ambulatoriale”. Tuttavia, le diverse realtà regionali presentano caratteristiche molto disomogenee sia dal punto di vista dell’erogazione dell’attività ambulatoriale, sia in termini di organizzazione dell’offerta che in termini di tipologia di prestazioni erogate.

Sussistono poi delle difficoltà oggettive di rilevazione dell’attività erogata in regime ambulatoriale derivanti dalla mancanza di un flusso standardizzato che rilevi il complesso delle attività erogate in modo omogeneo per tutte le regioni.

Con Decreto del Ragioniere Generale dello Stato del 18 marzo 2008, ex comma 5 dell’art. 50 del D.L. 30 settembre 2003 n. 269, convertito in legge n. 326 del 2003, è stata introdotto un flusso dati mirato al monitoraggio dei tempi di attesa nell’ambito delle prestazioni di specialistica ambulatoriale. Il flusso citato rileva alcune delle prescrizioni di specialistica ambulatoriale erogate a fronte di ricette SSN e la relativa valorizzazione economica.

Il nuovo nomenclatore dell’assistenza specialistica ambulatoriale (Allegato 4 al DPCM 12 gennaio 2017) provvede al necessario e atteso aggiornamento del nomenclatore disciplinato dal decreto ministeriale 22 luglio 1996, includendo prestazioni tecnologicamente avanzate ed eliminando quelle ormai obsolete.

Ogni regione ha poi adottato il suo Nomenclatore Tariffario delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali, declinando a livello locale le prestazioni in ragione delle necessità del territorio di riferimento. Ne consegue che le prestazioni erogate in regime ambulatoriale differiscono sul territorio nazionale in ragione dei diversi “nomenclatori” adottati e delle diverse modalità organizzative dell’assistenza stessa.





AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 17 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Si rileva inoltre che non tutte le prestazioni erogate in regime ambulatoriale sono oggetto di invio attraverso il flusso di cui ex comma 5 dell'art. 50 del D.L. 30 settembre 2003 n. 269, convertito in legge n. 326 del 2003.

Il flusso di cui al comma 5 dell'art. 50 del citato D.L. non soddisfa pertanto l'esigenza di censire tutte le attività erogate in regime ambulatoriale nelle diverse realtà regionali. Talune, infatti, rimangono escluse in quanto non è previsto l'invio a mezzo del flusso, altre rimangono escluse perché le diverse regioni possono stabilire differenti attività da erogarsi in regime ambulatoriale.

Benché il flusso sia caratterizzato da evidenti limiti, tenuto conto della sempre maggiore importanza delle attività erogate in regime ambulatoriale nei diversi contesti sanitari, le Regioni hanno valutato di servirsi dei dati inviati al fine di quantificare le prestazioni erogate in regime ambulatoriale e di determinare il conseguente fabbisogno di professionisti.

Pertanto, nella revisione del metodo 2017 sono state estratte le prestazioni in regime ambulatoriale erogate dalle singole strutture regionali con lo scopo di definire il fabbisogno per specialità.

Il Ministero della Salute ha messo a disposizione i seguenti dati oggetto del tracciato cd. "ex art.50":

- ANN\_ERG Anno di erogazione
- COD\_REG Codice regione di erogazione
- COD\_ASR Codice Azienda
- COD\_STR\_SAN Codice struttura sanitaria di erogazione
- COD\_PRE\_ERG\_PRS Codice presidio
- COD\_PRS\_NMC\_NAZ\_REG Codice prestazione di specialistica ambulatoriale
- COD\_BRN\_PRS\_INV Codice branca specialistica
- COD\_REP\_ERG\_PRS Codice disciplina
- TPL\_PRS Tipologia prestazione
- QNT\_PRS\_ERG\_Sum Quantità prestazioni erogate
- VAL\_PRS\_ERG\_Sum Valorizzazione spesa

È stato così possibile riclassificare le prestazioni erogate in ragione della branca e della specialità di afferenza.

In seguito all'invio dei dati da parte di Regioni e Ministero si è potuto procedere all'imputazione dei fabbisogni per le attività ambulatoriali e alla definizione dei pesi delle diverse discipline, secondo il percorso di seguito esposto:



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

1. Ore Lavorate: richiesta alle regioni partecipanti delle ore lavorate, per UO, dai dirigenti medici.
2. Definizione del perimetro di analisi: incrocio dei dati regionali con Tabella C D.M.70 ed HSP per stabilire UO oggetto di analisi.
3. Valorizzazione dell'attività ambulatoriale: valorizzazione, mediante tempario della regione Lombardia, del tempo medico dedicato alle attività ambulatoriali dell'ex Art.50.
4. Individuazione ore attività di degenza: attribuzione del tempo di attività ambulatoriale alle UO di cui al punto 2 e scorporo dal monte ore totale per individuare il tempo dedicato ad attività di degenza.
5. Revisione dei pesi: rapporto tra la sommatoria dei DRG prodotti da una specialità e gli FTE medici per attività di degenza della stessa.

### **1.4. Attività non incluse nella metodologia 2017**

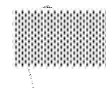
La metodologia oggetto di revisione non prevedeva fabbisogno per alcune attività tipiche dell'organizzazione ospedaliera.

In particolare, per il personale medico, sono state oggetto di integrazione e analisi le seguenti componenti non presenti nella metodologia 2017:

- Dirigenti medici afferente ad altri servizi sanitari;
- Dirigenti medici afferente ad altri servizi generali.

La nuova metodologia ha inoltre previsto, per il personale del comparto, l'introduzione di range o di soglie massime di fabbisogno in alcuni servizi non interessati dal preesistente metodo:

- Anatomia Patologica, Medicina Trasfusionale, Medicina di Laboratorio e Medicina Legale per il personale infermieristico;
- Anatomia Patologica, Medicina Trasfusionale, Medicina di Laboratorio e Medicina Legale, Pronto Soccorso e Servizi Radiologici per il personale OSS/OTA;
- Personale del comparto presente in direzione sanitaria;
- Personale del comparto afferente ad altri servizi sanitari;
- Personale del comparto afferente ad altri servizi generali.





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **1.5. Personale di anestesia e rianimazione**

Rispetto al personale attivo nelle unità operative di anestesia e rianimazione, la metodologia precedente prevedeva l'imputazione di un fabbisogno determinato da:

- posti letto di terapia intensiva: 6 FTE ogni 8 posti letto;
- servizi di guardia: 3 FTE;
- attività di sala operatoria: prevedendo, a fronte dell'apertura di ciascuna sala, presente sul flusso HSP 11 e 11bis, per 5 giorni a settimana con due sedute da 6 ore ciascuna, la presenza di un anestesista a seduta.

Tenuto conto del fatto che il numero di sedute operatorie attivate nel corso del 2019 è già viziato dalla carenza di professionisti, le regioni hanno ritenuto di intraprendere una valutazione in merito al numero di sale operatorie attivabili in termini di efficienza allocativa.

La differenza tra la metodologia del 2017 e quella del 2021 è, infatti, da ricercarsi nella diversa valorizzazione del fabbisogno di medici anestesisti per l'attività di sala. Alla base di tale distinzione vi è il differente approccio alla quantificazione delle sedute annue erogate nei diversi stabilimenti. Nella metodologia 2017 esso era il risultato delle sedute generate da un'apertura media di ciascuna sala per 12 ore al giorno e 5 giorni alla settimana. Nella metodologia 2021 il valore è stato ottenuto tramite una rilevazione ad hoc nelle singole regioni sul funzionamento programmato per ciascuna sala realmente funzionante. Il gruppo di lavoro ha inoltre scelto di non quantificare il tempo necessario all'attività di sala analizzando i dati relativi agli interventi presenti nel flusso SDO, poiché essi sarebbero stati correlati alla disponibilità di personale negli stabilimenti, ma di operare un'apposita rilevazione con le regioni partecipanti al tavolo.

Partendo dalla base dati del flusso HSP è stato, quindi, richiesto in primis di indicare la coerenza con il numero di sale effettivamente attive nei vari stabilimenti.

Rispetto ad esso il dato dei flussi a disposizione si è dimostrato lacunoso. Esso non nasce, infatti, con scopo di censire le attività svolte in sala operatoria avendo quindi un obiettivo completamente diverso da quello del presente progetto. Pertanto, è stato necessario chiedere una revisione-integrazione alle regioni partendo dal flusso dell'attività erogata in sala operatoria. È poi stato chiesto di indicare, per ciascuna sala effettivamente attiva, le giornate programmate di apertura settimanale nonché le ore giornaliere previste. In tal modo è stato determinato il monte orario settimanale di apertura di ciascuna sala operatoria che, sommato a livello di stabilimento, ha

AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 20 di 82

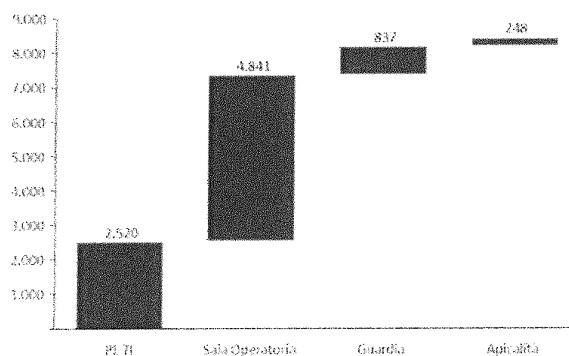


## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

identificato le ore settimanali programmate. Moltiplicando tale valore per il numero delle settimane presenti in un anno (52) e dividendolo per le ore complessivamente lavorate dai dirigenti medici anestesisti (1.560) si è individuato il fabbisogno di FTE per l'attività di sala operatoria.

La rilevazione ha evidenziato sostanziali scostamenti da quanto si sarebbe ottenuto applicando il dato medio di apertura settimanale. Per 6 delle 7 regioni che hanno inviato un ritorno si è infatti notato un numero minore di sedute quantificate con il nuovo metodo (17%); unica eccezione in tal senso è stata rappresentata dalla regione Campania. Dimensionare correttamente il fabbisogno derivante dall'attività di sala operatoria appare elemento assai significativo a fronte delle implicazioni che essa ricopre nella quantificazione totale, come evidenziato dal grafico sottostante.

**Figura 1: composizione del fabbisogno di Dirigenti Medici Anestesisti – impatto della componente sala operatoria**



### **1.6. Revisione di minuti di riferimento del personale del comparto**

Parimenti a quanto fatto per i Dirigenti medici, il gruppo di lavoro ha provveduto ad effettuare una revisione dei minutaggi medi di assistenza giornaliera per ciascuna area omogenea per infermieri ed OSS. Si è scelto di avvalersi dei dati registrati nell'anno 2019 a seguito delle medesime considerazioni effettuate per i dirigenti medici. L'analisi si è focalizzata sui dati provenienti unicamente da 6 delle 9 regioni originariamente presenti nel gruppo di lavoro. Nel corso dei lavori non sono infatti pervenuti dati dalla regione Emilia-Romagna. Dopo un'attenta analisi sulla qualità del dato fornito, il gruppo di lavoro ha deciso di escludere i dati provenienti dalle regioni Friuli-Venezia Giulia e Sardegna. In tali regioni risultava infatti un numero di FTE disponibili





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

incompatibile con l'erogazione di livelli minimi di assistenza ed avrebbero pertanto rischiato di alterare il campione e, conseguentemente, di distorcere l'analisi. Complessivamente sono stati presi in esame i dati provenienti da oltre 300 stabilimenti; è stata riscontrata la presenza di personale infermieristico in circa 2.900 aree omogenee (96.000 FTE circa) e di personale OSS in 2.200 (25.700 FTE circa).

Nel corso della revisione metodologica il gruppo di lavoro, sono stati rivalutati i minuti di assistenza in area omogenea in relazione al ruolo del presidio nella rete dell'Emergenza e Urgenza. Alla base di tale scelta vi è la necessità di riconoscere il diverso apporto del personale sanitario in relazione alle patologie trattate.

Si è ritenuto inoltre di allineare i valori minimi di riferimento a standard organizzativi diffusamente discussi nella letteratura internazionale e volti a garantire la qualità dell'assistenza infermieristica erogata nelle unità operativa che ospitano degenti più o meno complessi sia dal punto di vista clinico che dal un punto di vista assistenziale, pertanto in area di degenza chirurgica e di degenza medica è stato individuato un valore minimo di riferimento che corrisponde al rapporto un infermiere ogni 8 posti letto.

Significativo elemento di affinamento della metodologia sviluppata nel corso del 2017 è stato inoltre lo scorporo del tempo dedicato all'attività ambulatoriale dal monte ore totale lavorato dal personale infermieristico al fine di calcolare dei minutaggi di assistenza per posto letto che tenessero conto unicamente del tempo dedicato all'attività di degenza.





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **2. Il personale interessato dalla metodologia**

- Dirigenza Medica
- Comparto Sanitario:
  - Infermiere-Infermiere Pediatrico;
  - Infermiere pediatrico;
  - Ostetrico;
  - Tecnico sanitario di laboratorio biomedico;
  - Tecnico sanitario di radiologia medica;
- Comparto Tecnico
  - Operatore Socio-Sanitario;
  - Operatore tecnico addetto all'assistenza.

Un ulteriore approfondimento del metodo avrà l'obiettivo di valutare i fabbisogni degli altri professionisti che intervengono nei processi di cura per i quali per il momento non si dispone di dati sufficienti per una approfondita valutazione. Inoltre, per la maggior parte delle professioni "escluse" risulta difficoltoso determinare un fabbisogno legato alle sole attività ospedaliere in quanto esercitano attività legate anche all'operatività dei servizi del territorio e ne sono indissolubilmente legati. Rimangono esclusi dalla valutazione:

- Dirigenza Sanitaria Non Medica
- Comparto Sanitario:
 

<ul style="list-style-type: none"> <li>- Podologo;</li> <li>- Fisioterapista;</li> <li>- Logopedista;</li> <li>- Ortottista - assistente di oftalmologia;</li> <li>- Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva;</li> <li>- Tecnico della riabilitazione psichiatrica;</li> <li>- Terapista occupazionale;</li> <li>- Educatore professionale sociosanitario;</li> <li>- Tecnico audiometrista;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tecnico sanitario di neurofisiopatologia;</li> <li>- Tecnico ortopedico;</li> <li>- Tecnico Audioprotesista;</li> <li>- Tecnico della Fisiopatologia Cardiocircolatoria e Perfusionione Cardiovascolare;</li> <li>- Igienista dentale;</li> <li>- Dietista;</li> <li>- Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro;</li> </ul>
---	--



AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 23 di 82



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari  
Regionali*

- Assistente sanitario;
  - Personale Comparto Ruolo Tecnico (ad eccezione degli Operatori Socio Sanitari e degli Operatori Tecnici addetti all'Assistenza);
  - Personale della Dirigenza Professionale Tecnica e Amministrativa;
  - Personale Amministrativo



AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 24 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **3. Utilizzo della metodologia**

Uno dei capisaldi del metodo 2017 è la condizione che l'analisi deve tener conto di un'organizzazione efficiente in grado di fornire ai pazienti un servizio di qualità, erogato in condizioni di sicurezza e nel rispetto della normativa in materia di orario di lavoro del personale. Il metodo deve quindi avere a riferimento quanto previsto dalla programmazione sanitaria, che deve essere stata "pensata" in termini di efficacia ed efficienza. La valutazione del fabbisogno di personale va effettuata sulla base di quanto servirà al sistema regionale per poter garantire l'offerta di salute.

Pertanto, tenuto conto che le regioni hanno recentemente riorganizzato l'offerta di salute sulla base dei criteri del D.M. 70/2015, si ritiene che vadano valutati esclusivamente i presidi previsti nell'organizzazione sanitaria regionale sulla base della riorganizzazione posta in essere in applicazione del citato D.M., che individua standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera. Di conseguenza si ritiene che i provvedimenti attuativi di tale Decreto, oggetto di valutazione da parte dei ministeri competenti, rappresentino una rete ospedaliera regionale allineata ai suddetti standard che deve essere coerentemente dimensionata anche in termini di risorse umane.

In particolare, sarà oggetto di analisi il contenuto della Tabella C "*Mappatura delle strutture di degenza e dei servizi senza posti letto: situazione attuale (al 01/01/2016) e successiva all'attuazione dei documenti di programmazione*", allegata alla circolare del Ministero della Salute del febbraio 2016.

Ai fini del presente lavoro, considerato che si intende individuare il fabbisogno di personale delle aziende sanitarie pubbliche, il dato di Tabella C deve essere depurato delle strutture private accreditate, in quanto queste acquisiscono autonomamente il proprio personale.

Nel corso del 2020 e del 2021 i servizi sanitari regionali hanno subito notevoli mutazioni per adattarsi alle nuove necessità generate durante l'emergenza sanitaria.

La rete rappresentata dal DM 70/2015, che le regioni hanno adottato come strumento di programmazione dei servizi, non rappresenta le esigenze manifestatesi durante la pandemia. Pertanto, per la valutazione dei fabbisogni di personale post 2019 andranno aggiunte le esigenze in termini di fabbisogno derivanti dal potenziamento, anche teorico, dei letti di terapia intensiva e semintensiva, dalla necessità di implementare percorsi dedicati per i pazienti Covid, dalle esigenze di tracciamento e di screening, nonché dai fabbisogni determinati dalla vaccinazione.







## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Sostanzialmente i valori elaborati rappresentano il fabbisogno di professionisti pre-pandemia, è comunque possibile applicare “nuovi” standard alle attività aggiuntive che è stato necessario implementare per far fronte alla fase pandemica e interpandemica come aggiuntive rispetto al fabbisogno già determinato dalla valutazione dei dati di attività e di consistenze del personale del 2019.

**Tabella 3: Attività aggiuntiva per far fronte alla fase pandemica**

Attività aggiuntiva rispetto al DM 70/2015 area ospedaliera	Driver	Valutazione Fabbisogno
Potenziamento dei PL di Terapia Intensiva Fase pandemica	n. di posti letto aggiunti	Standard personale Medico, infermieristico e OSS
Potenziamento dei PL di Terapia Intensiva Fase interpandemica	n. di posti letto aggiunti	Standard personale Medico, infermieristico e OSS
Potenziamento PL di Terapia Semintensiva Fase pandemica	n. di posti letto aggiunti	Standard personale Medico, infermieristico e OSS
Potenziamento PL di Terapia Semintensiva Fase interpandemica	n. di posti letto aggiunti	Standard personale Medico, infermieristico e OSS
Potenziamento PL in area Medica Fase Pandemica	n. di posti letto aggiunti	Standard personale Medico, infermieristico e OSS
Separazione dei percorsi di cura		Non valutabile



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **4. Principi generali di determinazione del fabbisogno di personale sanitario**

#### **4.1. Raggruppamenti, Aree Omogenee e Specialità**

Sia per quanto riguarda la determinazione del fabbisogno di personale medico che quella di personale del comparto, è necessario tener conto di aggregazioni funzionali di attività. Sempre più spesso gli ospedali sono organizzati per intensità di cura. Un'organizzazione non è più articolata, come da tradizione, solo in Reparti o Unità operative in base alla patologia e alla disciplina medica, ma in aree omogenee, che ospitano i pazienti in base alla gravità del caso clinico e del livello di complessità assistenziale.

L'obiettivo è coniugare meglio sicurezza, efficacia, qualità dell'assistenza ed efficienza dei processi. Ai fini del presente lavoro è necessario tenere in considerazione le modalità organizzative; per questo motivo risulta necessario condividere una Tabella di Aggregazione delle specialità in aree omogenee e viene confermata l'aggregazione già approvata dal gruppo di lavoro nel 2017.

Tale scelta ha anche una finalità pratica relativamente alla maggior facilità di rilevazione di tale dato all'interno dei presidi, nonché di correttezza nei casi di attuazione del modello di intensità di cura.

**Tabella 4: Aree omogenee di attività come da revisione del D.M.70**

Area Omogenea	Descrizione Disciplina	Codice Disciplina
Area Medica	Allergologia	01
	Day hospital	02
	Angiologia	05
	Cardiologia	08
	Emodinamica (come unità semplice nell'ambito della Cardiologia)	08
	Medicina sportiva	15
	Ematologia	18
	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	19
	Immunologia	20
	Geriatrica	21
	Malattie infettive e tropicali	24
	Medicina generale	26
	Nefrologia	29
	Neurologia	32
	Dermatologia	52
	Emodialisi	54
Gastroenterologia	58	



AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 27 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Area Omogenea	Descrizione Disciplina	Codice Disciplina	
	Oncologia	64	
	Oncoematologia pediatrica	65	
	Oncoematologia	66	
	Pneumologia	68	
	Radioterapia	70	
	Reumatologia	71	
	Radioterapia oncologica	74	
	Nefrologia pediatrica	77	
	Terapia del dolore	96	
	Detenuti	97	
	Cure palliative / Hospice.	99	
	Area Chirurgica	Cardiochirurgia pediatrica (ex cardiochirurgia infantile)	06
		Cardiochirurgia	07
Chirurgia generale		09	
Chirurgia maxillo-facciale		10	
Chirurgia pediatrica		11	
Chirurgia plastica		12	
Chirurgia toracica		13	
Chirurgia vascolare		14	
Neurochirurgia		30	
Oculistica		34	
Odontoiatria e stomatologia		35	
Ortopedia e traumatologia		36	
Otorinolaringoiatria		38	
Urologia		43	
Nefrologia (abilitato al trapianto del rene)		48	
Neurochirurgia pediatrica		76	
Urologia pediatrica		78	
Day Surgery		98	
Week Surgery (in attesa di codice disciplina).		Assente	
Area Salute della donna e Materno Infantile		Nido	31
		Ostetricia e ginecologia	37
		Pediatria	39
		Fisiopatologia della riproduzione umana	57
	Neonatologia	62	
Area Critica	Grandi ustioni pediatriche	46	
	Grandi ustionati	47	
	Unità coronarica	50	
	Terapia intensiva neonatale	73	
	Terapia semi intensiva	94	
	Stoke Unit (in attesa di codice disciplina).	Assente	
Area della Salute Mentale	Neuropsichiatria infantile	33	
	Psichiatria.	40	
Area Post-Acuzie	Unità spinale	28	
	Recupero e riabilitazione funzionale	56	
	Lungodegenti	60	
	Neuro-riabilitazione.	75	

AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 28 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **4.2. Ore lavorate di riferimento**

Ai fini del calcolo dei fabbisogni saranno computate le medie di lavoro dei professionisti sanitari su base annua, in modo da poterle successivamente trasformare le ore in personale equivalente necessario.

Per la quantificazione del monte ore annualmente lavorato dai dirigenti medici e dal personale del comparto, il gruppo di lavoro ha ritenuto di adoperare lo schema rappresentato in tabella 5. Esso, infatti, elaborato sulla base dei dati del Conto Annuale, consente di eliminare dalle ore lavorate nelle giornate lavorative presenti nell'anno di riferimento (252gg nel 2019), le ore in cui il personale non ha partecipato all'erogazione di attività assistenziali perché assente o impegnato in formazione.

Dalle causali di assenza presenti nel Conto Annuale è stata esclusa quella per maternità poiché, in virtù della tipologia e della durata di tale assenza, le organizzazioni provvedono ad operare una sostituzione del personale assente con nuove risorse che lavoreranno le ore non corrisposte dal personale in maternità.

**Tabella 5: Schema per il calcolo delle ore annue lavorate**

Calcolo ore lavorate (ipotesi 5gg/sett)	Spiegazione	Fonte
Ore alla settimana	Ore lavorate settimanalmente come da Contratto Collettivo Nazionale dei Lavoratori	CCNL
GG alla settimana	Giornate lavorative settimanali	Conto Annuale
Ore al giorno	Ore alla settimana / GG alla settimana	-
Ore lavorative annue totali (38*52)	Ore lavorate settimanalmente moltiplicate per le settimane totali annue (52)	-
Giornate lavorative annue	Giornate lavorative previste per il 2019 (al netto di festività infrasettimanali e santo patrono) così come considerate nel conto annuale (pag.135)	Conto Annuale
Ore lavorative annue effettive (252*7,6)	Ore lavorative giornaliere per giornate lavorative annue	Conto Annuale
Ferie e festività soppresse	Giornate di ferie medie, per figura professionale e genere, moltiplicate per il campo "ore al giorno"	Conto Annuale
Formazione	Giornate di formazione medie, per figura professionale e genere, moltiplicate per il campo "ore al giorno"	Conto Annuale
<b>Primo subtotale</b>	<b>Ore lavorative effettive annue - Ferie e festività soppresse - Formazione</b>	-
Assenze 104, distacco sindacale, cariche pubbliche, etc.	Giornate di assenza (causali O10, PR4, PR6, SC1, SS2) medie, per figura professionale e genere, moltiplicate per il campo "ore al giorno"	Conto Annuale
Assenza per malattia	Giornate di malattia medie, per figura professionale e genere, moltiplicate per il campo "ore al giorno"	Conto Annuale
Ore medie aggiuntive autorizzate	Ore aggiuntive autorizzate per i soli Dirigenti Medici come da metodologia Piemonte inviata dal Mds	Metodo Piemonte
<b>Ore lavorate all'anno per assistenza</b>	<b>Primo subtotale - Assenze per 104, distacco sindacale, cariche pubbliche, etc. - Assenza per malattia</b>	-



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

A seguito dell'applicazione dello schema di calcolo presente in tabella 5 il gruppo di lavoro ha stabilito di usare:

- per la dirigenza sanitaria un monte ore annuo pari a 1.560 ore;
- per il personale del comparto (infermieri, operatori sociosanitari e altre figure professionali del comparto) il valore di 1.450 ore anno.

I valori sopra esposti esprimono il numero medio di ore annue lavorate, escludendo le aspettative, che dovranno essere considerate in fase di determinazione del fabbisogno complessivo a livello locale. Al fine della determinazione del fabbisogno in termini di "teste" e di relativo costo, in sede di applicazione locale del fabbisogno sarà necessario correggere il fabbisogno calcolato dalla metodologia con correttivi che tengano conto dell'incidenza delle assenze per maternità, del ricorso al part-time e dell'incidenza di inidoneità lavorative o di eventuali prescrizioni. Rispetto alle assenze per maternità, l'incidenza media nazionale è prossima al 2%, con notevoli variazioni a livello locale. Discorso analogo per il ricorso ai contratti part-time che, pur con notevoli differenze tra regioni e figure, si attestano mediamente al 7% del totale dei lavoratori presenti. Per questo motivo è necessario tenerne conto in modo differenziato in sede di applicazione della metodologia. Per quanto riguarda le prescrizioni, il fenomeno è diffuso in modo assolutamente eterogeneo. Diversi studi hanno provato ad affrontare il fenomeno con forti difficoltà relative all'elaborazione e alla standardizzazione dei dati. Ne consegue che si debba tener conto a livello locale di eventuali prescrizioni e inabilità, in modo da attribuire la dovuta considerazione al fenomeno.

In aggiunta, occorrerà tenere conto che alcune categorie professionali dispongono di un numero maggiore di giorni di riposo in ragione delle particolari condizioni di lavoro (es. riposo biologico).



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **5. I valori di riferimento del personale medico**

Per la definizione del fabbisogno di personale risulta fondamentale definire "standard" organizzativi per categorie di ospedali e, sulla base della determinazione di piani di lavoro delle diverse unità operative uniformando le macro-attività svolte, individuare le dotazioni minime necessarie a garantire la funzionalità prevista per quel presidio, in relazione al suo ruolo nella rete.

È necessario definire il cosiddetto "metabolismo minimo", il fabbisogno di funzionamento: la dotazione di personale che garantisce la possibilità di "rendere disponibile" il servizio, così come previsto nella programmazione regionale della rete, coerentemente con l'impostazione del D.M. 70/2015.

Il concetto di "metabolismo minimo" è definito avendo a riferimento un reparto "completo", nel quale si svolgano attività in regime di ricovero ordinario, diurno, ambulatoriale, consulenze dal pronto soccorso, attività di sala operatoria e supporto agli altri reparti. Qualora il reparto non sia organizzato per garantire tutte queste attività, il fabbisogno dovrà essere conseguentemente ridimensionato.

La dotazione organica va correlata non solo al numero e alla tipologia di posti letto per singola specialità, al numero di posti letto complessivi della struttura ospedaliera, ma anche all'attività svolta per soddisfare le esigenze assistenziali e garantire l'offerta sanitaria, alla complessità di patologie trattate, alla *mission* delle singole strutture e alla funzione attribuita dalla programmazione. Per la determinazione del fabbisogno di personale è, altresì, necessario tener conto di tutte le attività che i professionisti ospedalieri svolgono nelle singole unità operative: continuità clinica per i ricoverati, attività cliniche ordinarie, attività chirurgiche strumentali in urgenza ed elezione, consulenza specialistica per i pazienti ricoverati in altri reparti, degenza ordinaria e diurna, attività ambulatoriale, consulenze da pronto soccorso, attività di formazione continua.

#### **5.1. I valori minimi del personale medico**

Per quanto riguarda il personale medico è necessario definire il fabbisogno per singola specialità: il personale medico non è fungibile e quindi è necessario determinare il fabbisogno relativo per ogni disciplina garantita all'interno del presidio.

Per lo stesso motivo il fabbisogno di personale specialista valutato in una determinata specialità non può in nessun modo essere compensato con la dotazione di specialisti generatasi in "altre" specialità. Per alcune specialità, in virtù delle differenze esistenti a seguito dell'organizzazione nella rete





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

regionale di riferimento, si ritiene di dover dettagliare i valori minimi in base al ruolo in esse svolto dai singoli stabilimenti.

### **5.1.1 Valori minimi per l'organizzazione dei servizi di guardia**

Il fabbisogno necessario per la garanzia dei servizi di guardia è stato suddiviso tra quello generato per la garanzia delle guardie divisionali e quello necessario per la garanzia delle guardie interdivisionali.

Nel primo caso il fabbisogno viene attribuito direttamente alla singola specialità e deve essere garantito da idoneo personale specialista.

In linea generale devono essere garantite guardie per unità operativa nei seguenti casi:

- Nelle aree “intensive” (area Anestesia, Utic, Terapia Intensiva Neonatale, Cardiocirurgia, Neurochirurgia, Grandi ustionati, Grandi Ustioni Pediatriche, Stroke Unit di I e di II livello);
- ove esista una unità ictus di II livello;
- per il servizio di anestesia, ove prevista attività chirurgica nelle 24 ore e attività di ostetricia;
- nei servizi di pronto soccorso;
- nell'area ostetrico-ginecologica, con attività di ostetricia;
- nelle pediatrie, con posti letto da programmazione regionale;
- alte specialità pediatriche (Cardiocirurgia Pediatrica, Neurochirurgia Pediatrica);
- Psichiatria;
- laddove speciali e motivate situazioni organizzative, qualitative e/o logistiche la rendano necessaria.

Nel secondo caso vengono individuate aree funzionali di attività, in relazione al numero di posti letto insistenti nelle singole aree omogenee è possibile determinare il numero di professionisti necessari per la garanzia delle guardie in aree omogenea che devono essere assicurati da professionisti specialisti in una delle discipline afferenti all'Area Omogenea oggetto di analisi.

Per l'attività di guardia medica notturna e festiva il carico di ore lavoro annuo necessario all'espletamento di un turno di guardia notturna è comunque equivalente a 3 FTE.

Per la determinazione del numero di specialisti necessari a garantire le attività di guardia, laddove non si ravvisi la necessità di strutturare una guardia per unità operativa (ex divisionale), ai fini del presente modello, è stata prevista la presenza di una guardia “interdivisionale” ogni 100 PL. Ai fini, dell'applicazione del metodo, per evitare un doppio conteggio delle dotazioni complessive, il



AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 32 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

fabbisogno di FTE funzionali ad erogare l'attività di guardia andrà suddiviso tra le varie unità operative presenti nello stabilimento in base alla loro incidenza sul totale dei posti letto a disposizione dell'ospedale.

$$FTE (guardia interdivisionale) = \text{Arrotonda. Eccesso. Mat} \left( \frac{\text{Totale Posti Letto}}{100} \times 3 \right)$$

$$FTE \text{ Spec } X (guardia interdivisionale) = \frac{FTE (guardia interdivisionale) \times PL \text{ Spec } x}{PL \text{ Totali}}$$

### 5.1.2 Valori minimi di riferimento per specialità con riferimento al ruolo del presidio nella rete

Alla luce dell'elaborazione dei dati 2019 delle regioni partecipanti, si propone la seguente attribuzione di valori minimi di riferimento.

Nella seguente tabella sono rappresentati i valori minimi di riferimento per ogni specialità, tenuto conto del livello del presidio nella rete e della necessità di garanzia dei servizi di guardia.

Tabella 5: Valori minimi di riferimento per il personale medico

Cod	Descrizione Disciplina	Parametro	Cod Par	Minimo	Guardie div
H001	Allergologia			2	
H005	Angiologia			2	
H007	Cardiochirurgia			6	3
H008	Cardiologia	BASE	1	4	
H008	Cardiologia	BASE + UTIC	2	6	3
H008	Cardiologia	UTIC + EMOD	3	9	3
H009	Chirurgia Generale			6	
H010	Chirurgia Maxillofacciale			4	
H012	Chirurgia Plastica			4	
H013	Chirurgia Toracica			4	
H014	Chirurgia Vascolare			4	
H018	Ematologia			4	
H019	Malattie Endocrine, Ric e Nut			4	
H021	Geriatrics			6	
H024	Malattie Infettive			4	
H025	Medicina del lavoro			2	
H026	Medicina Generale			6	
H028	Unità Spinale			6	3
H029	Nefrologia			7	
H030	Neurochirurgia			6	3



AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 33 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Cod	Descrizione Disciplina	Parametro	Cod Par	Minimo	Guardie div
H032	Neurologia	Base	1	4	
H032	Neurologia	ICTUS 1° LIV.	2	3	3
H032	Neurologia	ICTUS 2° LIV.	3	6	3
H033	Neuropsichiatria Infantile			2	
H034	Oculistica			5	
H036	Ortopedia e Traumatologia	PST	1	6	
H036	Ortopedia e Traumatologia	CTZ	2	7	
H036	Ortopedia e Traumatologia	CTS	3	8	3
H037	Ostetricia e Ginecologia	Si veda tabella Area Materno Infantile			
H038	Otorinolaringoiatria			4	
H039	Pediatria	Si veda tabella Area Materno Infantile			
H043	Urologia			6	
H047	Grandi Ustionati			6	3
H048	Nefrologia (Abilit trapianto rene)			6	3
H049	Terapia Intensiva	Si veda Area Intensiva			
H050	Unità Coronarica	Area Cardiologica			
H052	Dermatologia			3	
H056	Recupero e Riabilitazione Funzionale			5	
H057	Fisiopatologia della riproduzione umana			2	
H058	Gastroenterologia			5	
H060	Lungodegenti			3	
H064	Oncologia			4	
H066	Oncoematologia			4	
H068	Pneumologia			5	
H071	Reumatologia			4	
H073	Terapia Intensiva Neonatale	Si veda Area Intensiva			
H075	Neuroriabilitazione			6	

I minimi di cui alla tabella suesposta devono essere assegnati per ogni unità operativa complessa. Il numero di strutture complesse previste dalla programmazione regionale, approvate nel rispetto dei criteri del D.M. 70/2015, determina il moltiplicatore.

Al valore minimo di riferimento così determinato vanno sommate guardie divisionali e apicalità.

L'attribuzione del valore minimi di riferimento è determinata coerentemente alla programmazione ospedaliera regionale, così come prevista dal DM 70/2015 e declinata a livello locale. Pertanto, le UOC cui imputare il fabbisogno minimo sono quelle previste dalla programmazione così come previsto in Tabella C

AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 34 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Per definire correttamente il fabbisogno di professionisti medici è necessario conoscere il ruolo definito a livello di programmazione regionale per i singoli presidi con particolare riferimento alle seguenti reti:

- rete infarto
- rete ictus
- rete traumatologica.

Di conseguenza, con riferimento alle specialità di cardiologia e unità coronarica (H008 e H050), neurologia (H032) e Ortopedia (H036) è necessario avere a disposizione un campo parametro oltre a quanto validato dal Ministero in tabella C.

Nel suddetto campo dovranno essere integrate le seguenti informazioni, sulla base delle scelte sotto previste, secondo le indicazioni previste nel DM 70/2015.

**Tabella 6: Suddivisione discipline con organizzazione a rete**

Cod	Specialità	Parametro	Cod Par
H008	Cardiologia	BASE	1
		BASE + UTIC	2
		BASE + UTIC + EMOD	3
H032	Neurologia	BASE	1
		STROKE I	2
		STROKE II	3
H036	Ortopedia e traumatologia	PST: Presidi di Pronto soccorso per traumi	1
		CTZ: Centri traumi di zona	2
		CTS: Centri Traumi di alta specializzazione	3
H100	Emergenza Urgenza	Pronto Soccorso + PPI	1
		Dea I	2
		Dea II	3

Per la corretta determinazione del fabbisogno agli stessi deve essere aggiunta l'attività di coordinamento e direzione e l'attività di guardia.

Per l'attività di direzione di reparto, va aggiunta un'unità di personale medico in tutti i casi ove sia prevista la struttura complessa e quindi la relativa apicalità.

### 5.1.3 Calcolo del Fabbisogno minimo di personale medico

$$\text{Minimo operativo Medici} = (\sum_{D=1}^n \text{Fte min Dir. Med. D} + \text{Fte Coord} + \sum_{D=1}^n \text{Fte min per Guardia Divisionale D} + \sum_{AO=1}^n \text{Fte min Guardie Intervisionali AO} + \text{Fte min S})$$





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Glossario:

D: specialità di afferenza

AO: Area Omogenea di Afferenza

Dir. Med.: Dirigente Medico

Min: numero minimo

FTE: Full time Equivalent

GD: Guardia "Divisionale"

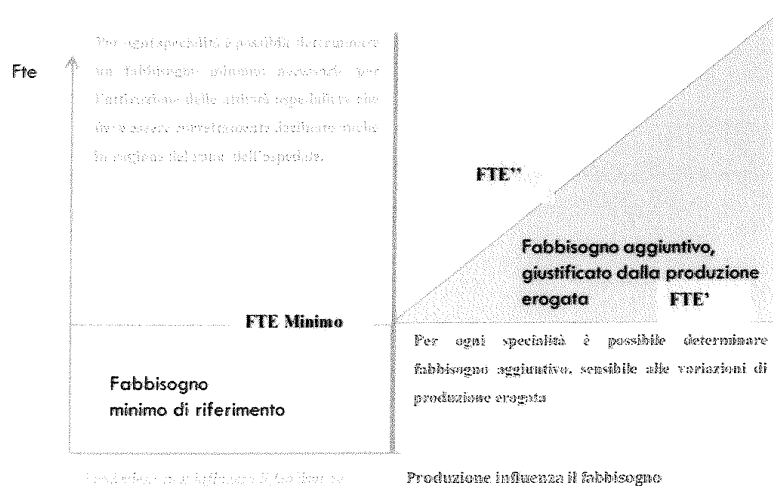
GI: Guardia "Interdivisionale"

S: Servizi

### **5.2. I valori massimi del personale medico**

Per la determinazione del valore massimo di riferimento per specialità, è stato necessario confrontarsi con dati di attività, in modo da fissare un fabbisogno di personale che tenga conto dei volumi di attività prodotta.

**Figura 2: rappresentazione del metodo dei minimi e del fabbisogno**





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **5.2.1 I valori massimi del personale medico: attività di degenza**

Il fabbisogno di personale generato da esigenze di produzione sarà valutato positivamente qualora si attesti all'interno di un *range*. Le soglie minima e massima di personale derivante da una determinata produzione permettono di intercettare variabili non misurabili a sistema (es. logistica, livello di attuazione della programmazione).

È stato, quindi, necessario identificare, per ciascuna disciplina, dei "pesi medici che permettono di individuare due valori, FTE' e FTE", che costituiscono il cd. "*margini di tolleranza*". Esso, rappresentato dal limite inferiore e superiore della forchetta, raffigura i valori entro i quali il numero di FTE presenti nella specialità di riferimento è ritenuto congruo rispetto alla produzione erogata e, conseguentemente, non genera né fabbisogno né surplus di personale.

Considerate le complessità organizzative e gestionali, si ritiene opportuno confermare la necessità di individuare un "*range di pesi medici*", rappresentati nell'intervallo tra FTE' e FTE".

Per la determinazione del *range* di personale medico «giustificato dalla produzione», sono stati usati Pesi Medico differenziati per ogni specialità, sulla base dei DRG prodotti da ogni singolo stabilimento.

I pesi medici sono stati modificati rispetto a quanto calcolato nella metodologia del 2017.

La revisione dei pesi è stata determinata dalla necessità di ampliare il campione di riferimento, includendo regioni che non avevano partecipato all'elaborazione della prima versione della metodologia e dall'esigenza di tener conto delle attività erogate in regime ambulatoriale e, scorporandola, mappare la sola attività effettuata in regime di ricovero.

Per la definizione dei "*range di peso medico*" per disciplina, si è proceduto come segue:

1. Definizione dei criteri di imputazione dei DRG: sono stati valorizzati tutti i DRG prodotti in regime di degenza ordinaria e day hospital/day surgery;
2. Sommatoria dei pesi DRG prodotti per ogni specialità;
3. Assegnazione degli FTE alle singole specialità: ore lavorate comunicate dalle regioni;
4. Definizione dei criteri di imputazione degli FTE dedicati all'attività ambulatoriale in ogni specialità:
  - Imputazione delle prestazioni erogate in regime ambulatoriale per ogni disciplina presente negli stabilimenti in analisi;

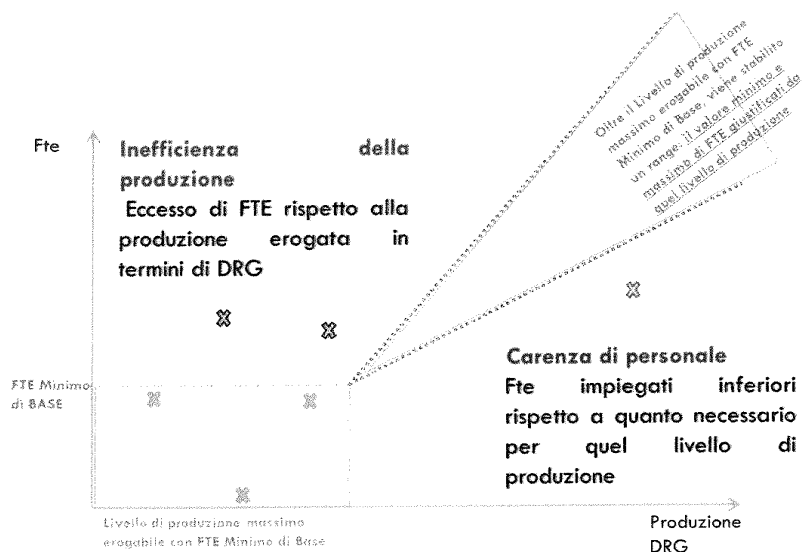




## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

- Attribuzione del tempo prestazione per specialità sulla base del “tempario della regione Lombardia” per ogni prestazione;
- 5. Stima degli FTE dedicati alla degenza: correzione del dato delle ore lavorate dal personale, così come comunicato dalle regioni, sottraendo il tempo necessario per l’espletamento dell’attività erogata in regime ambulatoriale; trasformazione delle ore lavorate in FTE considerando il monte ore di 1.560 ore/anno;
- 6. Calcolo del peso medico per ciascuna unità operativa: Rapporto tra DRG prodotti e gli FTE dedicati all’attività di degenza (punto 5);
- 7. Verifica dei dati su base regionale: analisi della distribuzione statistica;
- 8. Verifica dei dati delle regioni partecipanti: analisi della distribuzione statistica;
- 9. Prima analisi di valori statistici rilevanti (mediana, media, 1 e 3 quartile): sono incluse in tali analisi tutte le unità operative aventi ore dedicate alla degenza;
- 10. Confronto interregionale del dato;
- 11. Determinazione del RANGE DI PESI: mediana e III quartile della distribuzione di ciascuna disciplina.

Figura 3: spiegazione casistiche per applicazione del metodo del fabbisogno



AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 38 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

I "pesi medici" rideterminati sulla base dello scorporo delle attività erogate in regime ambulatoriale sono elencati in tabella sottostante, restituiscono il valore degli FTE necessari per la produzione erogata in funzione dei pesi DRG prodotti.

**Tabella 7: Pesi Medico per specialità per calcolo FTE' e FTE''**

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



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Codice	Descrizione Disciplina	Validità	MIN	MAX
65	Oncologia pediatrica	II+I+N	72	112
68	Pneumologia	II+I+N	117	154
71	Reumatologia	II+I+N	52	69
75	Neuroriabilitazione	II+I+N	12	16
76	Neurochirurgia pediatrica	II+I+N	168	201
77	Nefrologia pediatrica	II+I+N	104	186

A fronte delle poche unità operative presenti nel campione, il gruppo di lavoro ha deciso di assimilare i pesi medici delle discipline pediatriche a quelle delle discipline madri (es: per la disciplina “Chirurgia Pediatrica” sono stati adoperati i medesimi pesi della “Chirurgia Generale”). Ha deciso inoltre di adoperare per l’Ortopedia HUB il medesimo peso massimo individuato per l’Ortopedia Altro; dall’analisi dei dati raccolti risultava infatti come, nei centri HUB, il peso massimo fosse inferiore a quello registrato in quelli “Altro”. Alla base di tale motivazione potrebbe esserci il fatto che, per questa specifica disciplina, il peso DRG risulti maggiormente correlato al costo sostenuto per i dispositivi medici (protesi) anziché alla complessità assistenziale dei singoli pazienti. Il criterio del peso appare limitato per le seguenti discipline:

- Psichiatria: i dirigenti medici psichiatri, per la peculiarità della disciplina, non sono presenti nella loro totalità in ambito ospedaliero esplicando una parte sostanziale della loro attività direttamente sul territorio. A tal proposito il gruppo di lavoro ha ritenuto di determinare il loro fabbisogno non con il criterio dei pesi bensì con un criterio organizzativo minimo che preveda la presenza di una SPDC ogni 300.0000 abitanti e con almeno 5 FTE psichiatri in ciascuna di esse;
- Lungodegenza e riabilitazione e recupero funzionale: tali discipline, in virtù della casistica trattata, non vengono remunerate sulla base dei pesi DRG prodotti bensì sulle giornate di assistenza erogate; quindi, il dato potrebbe essere scarsamente rappresentativo;
- Terapia Intensiva Neonatale: il personale operante in tali unità non è sempre attribuibile in maniera puntuale.

Ai fini del calcolo del fabbisogno di FTE per l’attività di degenza occorrerà procedere come segue:

1. Individuazione delle soglie minime e massime di FTE con applicazione del sistema dei pesi medici;



AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 40 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

2. Individuazione del fabbisogno di FTE per l'attività di degenza: confronto tra dotazione per la degenza e FTE minimo e massimo ricavato dall'applicazione del sistema dei pesi medici;
3. Somma degli FTE per l'attività ambulatoriale (paragrafo 5.2.2);
4. Verifica del rispetto del criterio dei minimi.

### **5.2.2 I valori massimi del personale medico: attività ambulatoriale**

Come detto, con particolare riferimento ai flussi di specialistica ambulatoriale occorre tener presente che i dati sono classificati con nomenclatori differenti tra regione e regione e non esiste una univoca attribuzione delle prestazioni dei nomenclatori regionali alle discipline di riferimento. È stato quindi necessario svolgere un lavoro *una tantum* di completamento e di riallineamento delle prestazioni rispetto al nomenclatore nazionale, propedeutico al loro utilizzo per la determinazione del fabbisogno di professionisti, con alcuni limiti di applicazione. Nel 2021 il metodo è stato integrato utilizzando il flusso ex Art.50 che rileva solo alcune delle prestazioni erogate in regime ambulatoriale dai presidi. Si evidenzia inoltre come, non essendo la disciplina di erogazione delle prestazioni ambulatoriali un campo obbligatorio nella compilazione del flusso, si sia resa necessaria un'attività di riconduzione delle prestazioni in esso presenti alle discipline esistenti negli stabilimenti oggetto dell'analisi. Tale attività è stata effettuata in base a due casistiche:

- Codice prestazione associato in almeno un caso al codice disciplina: estensione dell'associazione tra codice disciplina e codice prestazione alle altre prestazioni aventi medesimo codice;
- Codice prestazione non avente associazioni con codici disciplina: non potendo, in tali casi, usufruire di un'associazione diretta tra i codici prestazione e le discipline erogatrici, si è reso necessario individuare una modalità alternativa. È stato pertanto preso in esame il codice branca (campo obbligatorio) valutando, in ciascuna di esse, l'incidenza dell'associazione alle varie discipline. In tal modo è stato possibile creare una chiave branca-disciplina che, a seconda del codice branca presente in ciascuna delle prestazioni comprese in questa seconda casistica, ne ripartisse la quantità tra le discipline associate.

Sono state escluse dalla valorizzazione le prestazioni di laboratorio (a causa del peculiare calcolo del fabbisogno di personale per tale servizio) e le prestazioni rientranti nei "pacchetti".

Sulla base delle prestazioni così definite, è stato imputato il tempo necessario alla loro erogazione avvalendosi del tempario della regione Lombardia. Il monte ore dedicate all'attività ambulatoriale è







## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

stato quindi rapportato con le ore totali fornite dalle regioni partecipanti al tavolo individuando l'incidenza delle prime sulle seconde. Nel fare ciò, nei casi di strutture aventi al loro interno più stabilimenti con la medesima disciplina, le ore di attività ambulatoriale sono state attribuite a ciascuno di essi in proporzione alle ore totali dichiarate dalle regioni. Alla base di tale proporzione vi è il fatto che, rendicontando il flusso dell'ex Art.50 le prestazioni erogate a livello di struttura, non era possibile un'attribuzione diretta agli stabilimenti.

È così possibile individuare, anche per le regioni non partecipanti al tavolo, il fabbisogno, per specialità, in ragione della percentuale di prestazioni svolte in regime ambulatoriale. Occorre precisare come la quantificazione a percentuale rappresenti una modalità per sopperire, nel breve tempo, alle lacune qualitative presenti nel flusso dell'ex. Art. 50 che renderebbero difficoltosa una loro valorizzazione ed attribuzione automatizzata. In ottica futura, tuttavia, il gruppo di lavoro ritiene che la strada da perseguire debba essere quella di un miglioramento qualitativo del flusso dedicato all'assistenza ambulatoriale al fine di poter operare uno scorporo diretto delle prestazioni erogate nelle diverse unità dei vari stabilimenti.

Le percentuali da aggiungere al fabbisogno generato dalla valutazione delle attività in regime di ricovero, al fine di riconoscere le attività erogate in regime ambulatoriale come di seguito rappresentate.

**Tabella 8: incidenza attività ambulatoriale sul totale delle ore lavorate**

Codice	Descrizione Disciplina	Mediana	Codice	Descrizione Disciplina	Mediana
07	Cardiochirurgia	18%	35	Odontoiatria e stomatologia	51%
08	Cardiologia Altro	38%	36	Ortopedia e traumatologia Altro	15%
08	Cardiologia HUB	38%	36	Ortopedia e traumatologia HUB	12%
09	Chirurgia generale Altro	24%	38	Otorinolaringoiatria	34%
09	Chirurgia generale HUB	18%	43	Urologia Altro	19%
10	Chirurgia maxillo-facciale	25%	43	Urologia HUB	17%
11	Chirurgia pediatrica	1%	47	Grandi ustionati	0%
12	Chirurgia plastica	16%	48	Nefrologia (Abitato al trapianto di rene)	15%
13	Chirurgia toracica	1%	52	Dermatologia	53%
14	Chirurgia vascolare	9%	56	Recupero e riabilitazione funzionale	57%
18	Ematologia	7%	58	Gastroenterologia	19%
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	25%	60	Lungodegenti	0%
21	Geriatrics	7%	64	Oncologia	18%
24	Malattie infettive e tropicali	2%	65	Oncoematologia pediatrica	0%

AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 42 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Codice	Descrizione Disciplina	Mediana	Codice	Descrizione Disciplina	Mediana
26	Medicina generale	13%	68	Pneumologia	21%
28	Unità spinale	0%	71	Reumatologia	8%
29	Nefrologia	65%	73	Terapia intensiva neonatale	0%
30	Neurochirurgia	1%	75	Neuro-riabilitazione	0%
32	Neurologia Altro	26%	76	Neurochirurgia pediatrica	0%
32	Neurologia HUB	23%	77	Nefrologia pediatrica	0%
33	Neuropsichiatria infantile	7%	78	Urologia pediatrica	0%
34	Oculistica	49%			

La percentuale ottenuta per l'oncologia risulta essere più contenuta dell'atteso. Alla base di tale risultato vi è il fatto di non aver incluso nell'analisi delle prestazioni ambulatoriali quelle afferenti ai "pacchetti" che potranno rappresentare un argomento di riflessione per le future evoluzioni.

Ai fini dell'individuazione del fabbisogno complessivo per la dirigenza medica agli FTE identificati per l'attività di degenza avvalendosi del metodo dei pesi (paragrafo 5.2.1) andranno sommati quelli per l'attività ambulatoriale.

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

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



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **6. I valori di riferimento del personale di comparto**

I dati e i risultati presenti oggi, negli studi internazionali relativi al personale di assistenza infermieristica, correlano esiti (outcomes) delle persone assistite a numero e qualità dei professionisti (staffing) oltre che ad indicatori di sicurezza e qualità delle cure. Si tratta di macro-indicatori, già disponibili in letteratura, che permettono di orientare le scelte in questo tema.

La valutazione del fabbisogno non può prescindere dalla programmazione regionale in materia sanitaria. Ne discende l'importanza di valutare le strutture ospedaliere e il personale necessario per il loro funzionamento compatibilmente al "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturarli, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" (DM 70/2015).

In particolare, al punto 3.1. dell'allegato 1, si prevede che: *"Gli standard fissati definiti nella Legge 135/2012, relativamente ai posti/letto (3.7/1000 abitanti) ed al tasso di ospedalizzazione (160/1000 abitanti), sono conseguibili, intervenendo concretamente sull'indice di occupazione del posto/letto che deve attestarsi su valori del 90% tendenziale e sulla durata media di degenza, per i ricoveri ordinari, che deve essere inferiore mediamente a 7 giorni.*

*Pertanto, sulla base del tasso di ospedalizzazione atteso (160/1000 abitanti) di ricoveri appropriati, facendo riferimento alle regioni con migliore performance sui tassi di ospedalizzazione, suddividendo per singola disciplina il tasso complessivo, si sono individuati i tassi di ospedalizzazione attesi per disciplina o specialità clinica ed i relativi bacini di utenza. Per i servizi senza posti letto si fa riferimento a volumi di prestazione attesi in appropriatezza ed efficienza dimensionale. L'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera pertanto deve essere effettuata in rapporto ai bacini di utenza, come di seguito indicati, laddove le regioni non dimostrino di avere già strutturato una rete, con caratteristiche di efficacia e appropriatezza, con un numero di strutture inferiore allo standard previsto".*

In ragione di quanto esposto, si ritiene che la valutazione del personale del comparto dedicato alle attività di degenza ordinaria debba essere calcolato sulla base dei posti letto riconosciuti dalla programmazione regionale (Tabella C "Mappatura delle strutture di degenza e dei servizi senza posti letto: situazione attuale (al 01/01/2016) e successiva all'attuazione dei documenti di programmazione"), computati al 90%.



AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 44 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Con riferimento al presente lavoro, per quanto riguarda il personale del comparto, si è scelto di procedere con la determinazione del fabbisogno per area omogenea, tenendo conto delle sempre più frequenti organizzazioni per intensità di cura. Anche in questo caso la tabella da utilizzare per le aggregazioni è la **Tabella 4**.

Si precisa, inoltre, che la valutazione del fabbisogno complessivo, nel caso del personale del comparto va effettuata sul dato complessivo ospedaliero, limitando, così le difficoltà interpretative delle singole aree omogenee.

### **6.1.1 Personale del comparto per le attività di degenza ordinaria e diurna**

La stessa permette di prendere in analisi il nuovo assetto della rete ospedaliera regionale e fornisce indicazioni in merito all'organizzazione delle strutture.

Per la determinazione del numero di infermieri e operatori sociosanitari necessari per le attività di degenza, occorre procedere come segue:

1. Somma dei posti letto per Area Omogenea;
2. Calcolo delle giornate equivalenti mediante prevedendo un tasso di occupazione al 90%;
3. Calcolo del fabbisogno dei minuti di assistenza moltiplicando le giornate equivalenti per il parametro min/paz/die proprio di ciascuna area omogenea (Tabella 9);
4. "Trasformazione in ore" = Totale minuti/60;
5. "Trasformazione in personale tempo equivalente" (FTE)/1.450.

Le ore lavorate sono state esaminate sulla base dei dati rilevati, per area omogenea e per presidio. Per rappresentare la diversa complessità assistenziale che caratterizza i diversi contesti di cura i dati sono stati aggregati in area omogenea e con riferimento all'area medica e all'area chirurgica si è ritenuto di individuare minutaggi distinti per ospedali HUB e per quelli Spoke, al fine di approfondire le diverse caratteristiche di questi contesti.

Il gruppo di lavoro ha ritenuto di adottare, come minutaggi assistenziali giornalieri minimi e massimi, quelli ottenuti dal I e III quartile delle distribuzioni di ciascuna area omogenea. La scelta del III quartile permette di includere nella rappresentazione delle aree medica e chirurgica anche contesti di cura caratterizzati da elevata complessità e da elevata intensità assistenziale, a titolo di esempio





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

cardiochirurgia e la neurochirurgia. Sono tuttavia rappresentati nelle tabelle anche i valori mediani di ciascuna distribuzione che, pur non rientrando nella quantificazione degli FTE minimi e massimi, possono rappresentare dei valori di riferimento per le scelte di programmazione a livello locale.

Rispetto ai valori esaminati e risultanti dall'analisi dei minutaggi sono state introdotte alcune considerazioni in merito al numero di professionisti necessari alle reali necessità bisogni - assistenza dei pazienti. Numerosi studi nazionali e internazionali indicano il rapporto ottimo infermiere paziente in area medica e area chirurgica nella misura di 1 infermiere per ogni 8 pazienti. Pertanto, in area medica e chirurgica è stato introdotto un valore minimo espresso in termini di minuti di assistenza paziente – giorno non tanto in ragione dei dati esaminati ma in ragione della necessità di garantire un rapporto infermiere paziente che garantisca un adeguato livello di assistenza.

**Tabella 9: minuti di assistenza giornaliera del personale infermieristico per attività di degenza**

	Area Omogenea	MIN HUB	Mediana HUB	MAX HUB		MIN Spoke	Mediana Spoke	MAX Spoke
1	MEDICA	205	255	335		175	220	380
2	CHIRURGICA	175	190	260		175	190	220
4	CRITICA	700		825		700		825
6	SALUTE MENTALE	240	290	360		255	300	365
7	POST-ACUZIE	125	130	200		125	130	155
8	SUB-INTENSIVA	330		360		330		360

**Tabella 10: minuti di assistenza giornaliera degli operatori socio-sanitari per attività di degenza**

	Area Omogenea	MIN HUB	Mediana HUB	MAX HUB		MIN Spoke	Mediana Spoke	MAX Spoke
1	MEDICA	75	90	105		60	65	90
2	CHIRURGICA	60	65	85		60	65	70
4	CRITICA	90		175		90		175
6	SALUTE MENTALE	85	95	110		55	70	85
7	POST-ACUZIE	85	95	150		70	75	105
8	SUB-INTENSIVA	80		90		80		90

Al personale del comparto così determinato vanno aggiunti i coordinatori nella misura di 1 ogni 30 posti letto.



AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 46 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

L'applicazione dei valori minimo e massimo previsti in tabella 9 per il personale del comparto, garantisce la determinazione di un livello minimo e massimo di fabbisogno di personale infermieristico e di supporto per l'area ospedaliera, per le aree elencate. Per le ulteriori aree di attività si rimanda ai paragrafi successivi.

I minutaggi di assistenza del personale OSS sono stati calcolati utilizzando come campione di analisi unicamente le aree omogenee per le quali la dotazione di personale infermieristico risultava coerente con prevista dall'applicazione dei nuovi minutaggi assistenziali.

Si specifica che tali minutaggi hanno l'obiettivo di quantificare unicamente il tempo dedicato all'assistenza diretta al paziente.

Con riferimento ai posti letto sub-intensivi, attivati nelle varie aree omogenee, si evidenzia come ad oggi i flussi informativi disponibili non ne diano contezza. Vengono tuttavia proposti dei minutaggi minimi e massimi, per infermieri e OSS, per consentire una diversa valorizzazione a livello locale.

### **6.1.2 Personale del comparto dedicato alle attività ambulatoriali**

Come già sottolineato per il personale dirigente, considerate le difficoltà di applicazione del nomenclatore e la presenza di prestazioni erogate in regimi diversi, nonché diverse modalità organizzative, si ritiene di non disporre di sufficienti elementi per dettagliare le modalità di allocazione puntuale di risorse umane dedicate alle attività erogate in regime ambulatoriale.

Anche per il personale del comparto si è ritenuto di procedere con l'imputazione di una percentuale di fabbisogno da determinarsi sulla base dell'incidenza dell'attività ambulatoriale sulle ore lavorate, da aggiungere al fabbisogno determinato per le attività di degenza (applicazione di Tabella 8).

A fronte dell'aggregazione del personale infermieristico in aree omogenee non si ritiene, al contrario di quanto fatto per il personale medico, di poter individuare delle percentuali di incidenza "fisse". Esse saranno al contrario determinate tenendo conto della quota di posti letto occupati da ogni disciplina all'interno dell'area omogenea di ogni stabilimento (media pesata delle percentuali di ciascuna disciplina sulla base dei posti letto). È stato previsto un rapporto di 1:1 tra medico ed infermiere nell'erogazione dell'attività ambulatoriale. Il fabbisogno aggiuntivo previsto per l'attività ambulatoriale sarà quindi calcolato moltiplicando gli FTE minimi e massimi previsti per l'attività di



### *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

mix discipline. Così come per la dirigenza medica, il fabbisogno complessivo di FTE sarà dato dalla somma tra gli FTE necessari per l'attività di degenza e quelli per l'attività ambulatoriale; ad essi sarà aggiunto il personale di coordinamento secondo il criterio illustrato nel precedente paragrafo.

In virtù del rapporto 1:1 tra medico ed infermieri non viene conteggiato separatamente il fabbisogno di OSS per l'attività ambulatoriale che, nei singoli contesti locali, potrà essere ritrovato all'interno del fabbisogno ambulatoriale del personale infermieristico.





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **7. Personale dirigente e del comparto dedicato ad alcune attività specifiche e area dei servizi**

Il Decreto 02 aprile 2015, n. 70, paragrafo 2 prevede:

#### *2. Classificazione delle strutture ospedaliere*

*2.1. La programmazione regionale provvede alla definizione della rete dei posti letto ospedalieri per acuti, attribuendo ai presidi ospedalieri pubblici e privati accreditati le relative funzioni entro il limite di 3 posti letto per mille abitanti, calcolati con le modalità di cui all'articolo 1, comma 3 del presente decreto ed in base alla classificazione di cui ai successivi punti 2.2 e seguenti, declinata secondo l'organizzazione per complessità e intensità di cura.*

*L'organizzazione secondo livelli gerarchici di complessità delle strutture ospedaliere che erogano prestazioni in regime di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e diurno per acuti, tramite un modello in rete organizzato in base alle specificità di contesto, concorre a rispondere in maniera appropriata agli obiettivi individuati nel precedente paragrafo. Le strutture ospedaliere, comprese quelle in cui non tutte le specialità previste nei presidi sono dotate di posti letto dedicati, prevedono tre livelli complessità crescente.*

*2.2 I presidi ospedalieri di base, con bacino di utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti, salvo quanto previsto dal successivo punto 9.2.2, sono strutture dotate di sede di Pronto Soccorso con la presenza di un numero limitato di specialità ad ampia diffusione territoriale: Medicina interna, Chirurgia generale, Ortopedia, Anestesia e servizi di supporto in rete di guardia attiva e/o in regime di pronta disponibilità sulle 24 ore (h.24) di Radiologia, Laboratorio, Emoteca. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva".*

*2.3 I presidi ospedalieri di I livello, con bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti, sono strutture sede di Dipartimento di Emergenza Accettazione (DEA) di I livello, dotate delle seguenti specialità: Medicina Interna, Chirurgia Generale, Anestesia e Rianimazione, Ortopedia e Traumatologia, Ostetricia e Ginecologia (se prevista per numero di parti/anno), Pediatria, Cardiologia con Unità di Terapia Intensiva Cardiologica (U.T.I.C.), Neurologia, Psichiatria, Oncologia, Oculistica, Otorinolaringoiatria, Urologia, con servizio medico di guardia attiva e/o di reperibilità oppure in rete per le patologie che la prevedono. Devono essere presenti o disponibili in rete h. 24 i Servizi di Radiologia almeno con Tomografia assiale computerizzata (T.A.C.) ed Ecografia, Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale. Per le patologie complesse (quali i traumi,*





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

quelle cardiovascolari, lo stroke) devono essere previste forme di consultazione, di trasferimento delle immagini e protocolli concordati di trasferimento dei pazienti presso i Centri di II livello. Devono essere dotati, inoltre, di letti di "Osservazione Breve Intensiva" e di letti per la Terapia Subintensiva (anche a carattere multidisciplinare).

2.4 I presidi ospedalieri di II livello, con bacino di utenza compreso tra 600.000 e 1.200.000 abitanti, sono strutture dotate di DEA di II livello. Tali presidi sono istituzionalmente riferibili alle Aziende ospedaliere, alle Aziende ospedaliere universitarie, a taluni Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) e a Presidi di grandi dimensioni della Azienda sanitaria locale (ASL). Tali presidi sono dotati di tutte le strutture previste per l'Ospedale di I Livello, nonché di strutture che attengono alle discipline più complesse non previste nell'Ospedale di I Livello, quali a titolo indicativo, nel rispetto del criterio prevalente dei bacini di utenza di cui al successivo punto 3.: Cardiologia con emodinamica interventistica h. 24, Neurochirurgia, Cardiochirurgia e Rianimazione cardiocirurgica, Chirurgia Vascolare, Chirurgia Toracica, Chirurgia Maxillo-facciale, Chirurgia plastica, Endoscopia digestiva ad elevata complessità, Broncoscopia interventistica, **Radiologia interventistica**, Rianimazione pediatrica e neonatale, Medicina Nucleare e altre eventuali discipline di alta specialità; **devono essere presenti h.24 i Servizi di Radiologia con almeno T.A.C. ed Ecografia (con presenza medica), Laboratorio, Servizio Immunotrasfusionale.** Nelle regioni con popolazione inferiore ai 600.000 abitanti, con uno scostamento del 6%, l'attivazione o la conferma dei presidi ospedalieri di II livello è subordinata alla stipula di un accordo di programmazione integrata interregionale con le regioni confinanti in modo da garantire il rispetto del valore soglia del bacino di utenza sopra indicato. Tale accordo interregionale va stipulato entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto.

Nel paragrafo 3 "Standard minimi e massimi di strutture per singola disciplina" sono indicati alcuni presupposti per creare/mantenere una struttura organizzativa autonoma.

- L'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera deve essere effettuata in rapporto ai bacini di utenza, come di seguito indicati, laddove le regioni non dimostrino di avere già strutturato una rete, con caratteristiche di efficacia e appropriatezza, con un numero di strutture inferiore allo standard previsto.
- Bacino di utenza da 150.000 a 300.000 abitanti
  - Anatomia e istologia patologica
  - Radiologia

AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 50 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

- Laboratorio d'analisi
- Servizio trasfusionale
- Direzione sanitaria di presidio
- Bacino di utenza da 600.000 a 1.200.000 abitanti
  - Medicina nucleare
  - Microbiologia e virologia

Con riferimento all'area dei servizi si è ritenuto di individuare una proposta di intervallo di fabbisogno ritenuto indispensabile per l'erogazione del servizio.

**Tabella 10: servizi per tipologia di stabilimento**

Ospedale di Base 80.000-150.000	Presidi di I livello 150.000-300.000	Presidi di II livello 600.000-1.200.000
Radiologia	Radiologia	Radiologia
Laboratorio	Laboratorio	Laboratorio
	Trasfusionale	Trasfusionale
	Direzione Sanitaria di presidio	Direzione Sanitaria di presidio
	Anatomia e Istologia Patologica	Anatomia e Istologia Patologica
		Medicina Nucleare
		Microbiologia e Virologia

Occorre tuttavia evidenziare due aspetti emersi dall'analisi dei dati:

- Possibile ricorso alla gestione in esternalizzazione per la gestione di alcuni servizi (Medicina di Laboratorio) che, a fronte della non tracciabilità delle ore lavorate da tale personale, configurerebbero delle forti sottodotazioni;
- Politiche di accentramento e di razionalizzazione dei servizi che inficerebbero la possibilità di applicare dei fabbisogni standard ai vari stabilimenti basandosi unicamente sul ruolo ricoperto nella rete EMUR.

Tali andamenti, in costante e repentina evoluzione, meritano di essere adeguatamente attenzionati in ottica futura.

### **7.1.1 Area Materno – infantile**

Per l'area pediatrica e l'area ostetrica è necessario prevedere un numero minimo di operatori sanitari in relazione al numero di posti letto e in relazione al numero di parti.





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

In questo caso il numero di letti non è sufficiente a descrivere il fabbisogno di personale.

Spesso i reparti di pediatria sono di piccole dimensioni, si tende a non ricoverare pazienti in età pediatrica o a ricoverarli nel reparto specialistico relativo alla patologia cui sono affetti.

**Tabella 11: Area Materno Infantile**

Valori minimi in FTE	n. parti		
	500-1500	1500-2000	>2000
Dir. Medici Pediatria	6-13	13-18	15-30
Dir. Medici Ostetricia	6-13	13-18	15-30
Ostetriche	12-24	24-33	33-60
Infermieri	12-36	18-46	40-80
Operatori OSS	6-12	12-18	18-30

In questo caso indipendentemente dalla produzione generata, il fabbisogno di personale va considerato cumulativamente per le specialità di pediatria (39) neonatologia (62) e nido (31).

La terapia intensiva neonatale (73), considerata la specificità e la complessità trattata, è oggetto di valutazione ad hoc. Meritano una valutazione “ad hoc” anche le specialità mediche e chirurgiche a indirizzo pediatrico (chirurgia pediatrica, urologia pediatrica, oncematologia pediatrica e altre). Queste, nella maggior parte delle regioni sono presenti solo negli ospedali *Hub* ad altissima specializzazione e meritano una valutazione che tenga conto delle caratteristiche organizzative del presidio, del suo ruolo nella rete pediatrica, e delle scelte aziendali in relazione alle competenze dei professionisti.

Per la determinazione del fabbisogno di professionisti necessario per l'erogazione di queste attività, il gruppo propone di “aggregare” le alte specialità pediatriche, alla specialità cd. “nativa”. Ne consegue che attività e personale equivalente, saranno aggregati come segue.

**Tabella 12: Associazione Discipline pediatriche con Discipline native**

Codice Disciplina	Descrizione Disciplina	Descrizione Disciplina Nativa
06	Cardiochirurgia pediatrica	Cardiochirurgia
11	Chirurgia pediatrica	Chirurgia Generale
46	Grandi ustioni pediatriche	Grandi Ustioni
65	Oncoematologia pediatrica	Oncoematologia

AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 52 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Codice Disciplina	Descrizione Disciplina	Descrizione Disciplina Nativa
76	Neurochirurgia pediatrica	Neurochirurgia
77	Nefrologia pediatrica	Nefrologia
78	Urologia pediatrica	Urologia

### **7.1.2 Cardiologia e Unità Coronarica**

La valutazione del numero di cardiologi dell'ospedale deve tener conto non solo dell'attività di cardiologia base, ma anche della presenza e del funzionamento dell'unità coronarica. In questo caso le attività di cardiologia (08) e Unità coronarica (50) andranno sommate per la valutazione del numero di cardiologi. È, inoltre, necessario, valutare l'organizzazione delle attività di emodinamica che sono funzione del ruolo dell'ospedale.

L'organizzazione del reparto di cardiologia, in molti casi aggregato all'unità coronarica, influenza anche il fabbisogno di personale del comparto, chiamato a offrire assistenza in un'area che assorbe un maggior numero di risorse.

La tipologia di ospedale non è sempre sufficiente a descrivere il ruolo dello stesso rispetto alle singole specialità trattate. Per questo motivo, per talune specialità come per esempio la cardiologia, è necessario indicare ulteriori attributi, al fine di individuare il corretto apporto di risorse necessarie per il funzionamento. Per esempio, è necessario conoscere il ruolo di una cardiologia rispetto alla rete di emodinamica della regione per dimensionare correttamente le risorse necessarie.

Per questi motivi, ai fini della compilazione del presente modello è fondamentale indicare il ruolo delle unità operative di cardiologia rispetto alla rete di riferimento, come indicato in tabella a pagina 29.

### **7.1.3 Neurologia e Stroke**

La valutazione del personale necessario alle attività di neurologia dell'ospedale deve tener conto non solo dell'attività di neurologia base, ma anche della presenza e del funzionamento rete ictus nella regione considerata. Il ruolo dell'ospedale rispetto alla rete ictus regionale determina il relativo fabbisogno di personale.





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **7.1.4 Rete Trauma**

In area ortopedica la programmazione regionale attribuisce ai presidi l'attributo di PST- CTS - CTZ- che determinano un diverso ruolo nella rete ortopedica regionale; ne consegue un diverso fabbisogno di personale che deve essere valutato.

### **7.1.5 Area dei servizi di Radiologia**

Per i servizi di radiologia occorre determinare un cd. "Turno Minimo" per garantire l'esecuzione delle attività.

Nell'area dei servizi di radiologia vanno incluse le attività di Radiologia (69), Radioterapia (70), Radioterapia Oncologica (74), Medicina Nucleare (61) e Neuroradiologia.

**Tabella 13: Servizi di Radiologia**

Tipologia	Ospedale di Base	Presidi di I livello	Presidi di II livello
Presenza necessaria	Guardia o pd (H24)	Pres o disp rete (H.24)	Presenza (H.24)
Bacino di utenza	80.000 – 150.000	150.000-300.000	600.000 -1.200.000
Dir. Medici Radiologia (*)	2-7	4-18	16-55
Tecnici di Radiologia	4-18	10-36	36-110
Infermieri	0-3	3-12	10-40
OSS	1	1-2	2-5

(\*) comprese guardie e apicalità

### **7.1.6 Area dei servizi di Laboratorio**

Per il servizio di laboratorio occorre determinare un cd. "Turno Minimo" per garantire l'esecuzione delle attività.

Nell'area dei servizi di laboratorio vanno incluse le attività di Laboratorio Analisi, Microbiologia e Virologia, Genetica ed epidemiologia clinica, Tossicologia.

Considerato che lo *skill mix* di professionisti operanti nei laboratori analisi è molto eterogeneo, si ritiene opportuno individuare il fabbisogno complessivo di personale dirigente dedicato, senza distinzione tra Dirigenza Medica e Dirigenza Sanitaria non medica.



AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 54 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**Tabella 14: Servizi di Laboratorio**

Tipologia	Ospedale di Base	Presidi di I livello	Presidi di II livello
Presenza necessaria	Guardia o pd (H24)	Pres o disp rete (H.24)	Presenza (H.24)
Bacino di utenza	80.000 – 150.000	150.000-300.000	600.000 -1.200.000
Dirigenti Sanitari Medici e Non Medici	0-6	4-20	18-38
Infermieri	1-2	2-4	4-9
OSS	1	1-2	2-3

(\*) comprese guardie e apicalità

### 7.1.7 Medicina Trasfusionale

La medicina trasfusionale è prevista dal DM 70/2015 per ogni DEA (bacino di utenza compreso tra 150.000 e 300.000 abitanti), con la nota che i bacini devono essere coerenti con le previsioni dell'accordo stato-regioni del 16 dicembre 2010 e del 25 luglio 2012, con riferimento alle attività di preparazione e trattamento degli emocomponenti.

Per il servizio di medicina trasfusionale occorre determinare un cd. "Turno Minimo" per garantire l'esecuzione delle attività.

**Tabella 15: Medicina Trasfusionale**

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

(\*) comprese guardie e apicalità

### 7.1.8 Anatomia patologica

Per il servizio di anatomia patologica occorre determinare un cd. "Turno Minimo" per garantire l'esecuzione delle attività.

Considerato che lo *skill mix* di professionisti operanti nell'ambito dell'Anatomia patologica è eterogeneo, si ritiene opportuno individuare il fabbisogno complessivo di personale dirigente dedicato, senza distinzione tra Dirigenza Medica e Dirigenza Sanitaria non medica.



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**Tabella 16: Anatomia Patologica**

Tipologia	Ospedale di Base	Presidi di I livello	Presidi di II livello
Presenza necessaria	Guardia o pd (H24)	Pres o disp rete (H.24)	Presenza (H.24)
Bacino di utenza	80.000 – 150.000	150.000-300.000	600.000 -1.200.000
Dirigenti Sanitari Medici e Non Medici	0-3	0-8	3-14
Infermieri	1	1	1-2
OSS	1	1	1-2

(\*) comprese guardie e apicalità

### 7.1.9 Tecnici di Laboratorio

Con riferimento al personale del comparto, i tecnici di laboratorio sono diversamente impiegati nelle singole unità operative, in considerazione delle esigenze organizzative e gestionali; pertanto, si ritiene di determinare il valore complessivo di tecnici di laboratorio a disposizione delle strutture in ragione del loro ruolo, senza indicazione dell'unità operativa di riferimento. Il fabbisogno indicato rappresenta lo standard organizzativo di riferimento che dovrà essere calato nei contesti a seconda delle scelte di centralizzazione/esternalizzazione delle attività.

**Tabella 17: Tecnici di Laboratorio**

Tipologia	Ospedale di Base	Presidi di I livello	Presidi di II livello
Presenza necessaria	Guardia o pd (H24)	Pres o disp rete (H.24)	Presenza (H.24)
Bacino di utenza	80.000 – 150.000	150.000-300.000	600.000 -1.200.000
Tecnici di Laboratorio	6-20	10-50	45-130

### 7.1.10 Medicina Legale

Per il servizio di medicina legale occorre determinare un cd. "Turno Minimo" per garantire l'esecuzione delle attività.

**Tabella 18: Medicina Legale**

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

AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 56 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Tipologia	Presidi di I livello	Presidi di II livello
Infermieri	1	1-2
OSS	1	2-3

### **7.1.11 Direzione Sanitaria di presidio– Direzione medica di ospedale**

Con riferimento alla Direzione Sanitaria di presidio, considerato che il DM 70/2015 prevede la stessa solo presso i presidi sede di ospedali HUB e Spoke, si prevede un valore minimo di 2 dirigenti medici per ogni struttura presente.

### **7.1.12 Altri servizi sanitari e generali**

Nel corso dell'analisi dei dati forniti dalle regioni partecipanti al gruppo di lavoro, è emersa la presenza di personale in servizi per i quali la metodologia non prevedeva una quantificazione del fabbisogno.

#### **Dirigenti Medici**

Con riferimento ai dirigenti medici si è ritenuto di non disporre di un campione sufficientemente vasto per identificare delle modalità atte a quantificare il fabbisogno per le discipline di allergologia, fisiopatologia della riproduzione umana e terapia del dolore. Analogamente, si ritiene di non rilevare un fabbisogno specifico per servizi a valenza regionale (es. centro trapianti). Per tali discipline e servizi il fabbisogno è pertanto stato assunto come pari alla dotazione attuale.

Per il servizio di dialisi non è stato previsto uno specifico criterio dal momento che non sono rilevate, all'interno dei flussi ministeriali, le informazioni riguardanti le dotazioni di posti letto tecnici. Tuttavia, le dotazioni di personale allocate su tali servizi sono state sommate al fabbisogno calcolato per i reparti di nefrologia al fine di verificare il rispetto della dotazione minima.

Per tutti i restanti servizi, alla luce della forte variabilità rilevata sul campione, si è deciso di fissare una soglia massima per l'allocazione di personale in tali servizi studiando la distribuzione dell'incidenza sulle ore complessivamente lavorate in ciascuno stabilimento nel campione.

È stato pertanto studiata, per tutti gli stabilimenti presenti nell'analisi, l'incidenza delle ore lavorate dai dirigenti medici su servizi sanitari o generali sul totale delle ore lavorate dalla dirigenza medica. Si è quindi deciso di individuare, come valore soglia, la mediana della distribuzione delle incidenze nelle nove regioni in esame.







## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Complessivamente si ritiene che quindi che la percentuale da poter attribuire a tali servizi non debba eccedere il 6% delle ore complessivamente lavorate dai dirigenti medici.

### **Comparto**

In merito al personale allocato sulla “Direzione Sanitaria”, si è ritenuto di dover distinguere i valori di riferimento in base alla tipologia di stabilimento in analisi. Sono pertanto state individuate delle soglie massime differenti sulla base che lo stabilimento sia a gestione diretta della ASL o sia un’Azienda Ospedaliera o un IRCCS. Tali percentuali, così come per i medici, sono state date dalla mediana della distribuzione dell’incidenza delle ore lavorate, per ciascuna figura, in direzione sanitaria sul totale delle ore lavorate nello stabilimento. Le soglie sono state fissate, per gli infermieri, come pari al 3% negli ospedali a gestione diretta e 6% nelle AO/IRCCS mentre sono in entrambi i casi emerse come pari a 1,5% per gli OSS. Complessivamente i dati analizzati sembrerebbero configurare una sovra dotazione, per entrambe le figure, su tali servizi parzialmente legata ad un’erronea attribuzione del personale a disposizione (es. allocazione sulla direzione sanitaria delle ore per l’attività sala operatoria o del personale allocato sui poliambulatori). Pertanto, al fine di porre un limite a tale allocazione e favorire la massima ripartizione di tali figure nelle aree assistenziali o nei servizi, il gruppo di lavoro ha deciso di identificare le percentuali massime sopraindicate, sulle ore complessivamente lavorate, da potersi allocare sotto la voce “Direzione Sanitaria”.

Inoltre, analogamente a quanto applicato per il personale medico, è stata definita la soglia massima di personale allocato sui servizi residuali (es. servizi presenti in tabella 19), pari al 1,5% della dotazione rilevata per il personale infermieristico e al 3,0% per il personale operatore.

**Tabella 19 – Servizi con fabbisogno calcolato mediante incidenza percentuale sulle ore complessivamente lavorate**

Tipologia Servizio (esemplificativo in base a campione Regioni)
Diabetologia
Nutrizione Clinica
Pensionanti
Centrale di Sterilizzazione
Igiene Sanitaria
Professioni Sanitarie
Punto di Primo Intervento
Rischio clinico
Formazione, Ricerca, Epidemiologia

AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 58 di 82



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Tipologia Servizio (esemplificativo in base a campione Regioni)
Accettazione, Trasporto Pazienti
Altri Servizi Sanitari
Servizi Generali
Altro

Infine, per il personale operativo presso i poliambulatori e servizi assimilabili (es. prericovero) il fabbisogno si intende già compreso in quello individuato nell'attività ambulatoriale per macroarea. Anche per il personale del comparto, si ritiene di non determinare un fabbisogno specifico per i servizi legati ad attività a valenza sovra aziendale (es. centri regionali) e per il servizio di dialisi.



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **8. Area Terapia Intensiva e Sale Operatorie**

#### **8.1.1 Area Intensiva**

Per l'area di terapia intensiva il "Turno Minimo" deve garantire la gestione dei letti di terapia intensiva, le attività di guardia attiva e la vigile attesa per le attività di sala operatoria.

Per la garanzia di queste tre "macro" attività deve essere previsto un numero minimo di personale sanitario articolato come segue.

Per i letti di terapia intensiva:

- Un turno medico anestesista-rianimatore ogni 8 letti;
- Un turno infermiere ogni 2 letti.

L'utilizzo dell'operatore sociosanitario in questo ambito è estremamente diversificato sul territorio nazionale; pertanto, risulta problematico prevedere un numero minimo di Operatori sociosanitari in terapia intensiva.

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

#### **8.1.2 Sale operatorie**

Il numero di professionisti dedicati al funzionamento delle sale operatorie risulta indissolubilmente legato al numero di sedute operatorie e quindi di sale operative. A tal proposito le regioni provvederanno a comunicare il numero di sedute operatorie annue per presidio, sia per interventi in regime ordinario che in regime ambulatoriale o diurno, includendo anche le sedute necessarie per garantire le attività di vigile attesa e di emergenza.

Per ogni seduta operatoria (della durata minima di 6 ore), si dovrà prevedere la presenza minima di 1 medico anestesista, 3 infermieri e 1 operatore sociosanitario. Il numero di medici specialisti (es chirurgo generale, oculista, ortopedico, etc.) risulta già conteggiato nei valori minimi e nei pesi.



AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 60 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **9. Area dell’Emergenza Urgenza**

Con particolare riferimento all’area dell’emergenza-urgenza, sono stati individuati valori di riferimento in relazione alla categoria di pronto soccorso, nel rispetto di quanto previsto dal DM 70/2015. I valori minimi elencati nella tabella sottostante si intendono riferiti a tutte le attività legate all’accettazione e pronto soccorso: ambulatoriale, osservazione breve intensiva, triage e assistenza sul territorio.

Per la valutazione degli accessi, vanno considerati tutti gli accessi con permanenza in pronto soccorso inferiore a 4 ore.

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

**Tabella 20: Area dell’Emergenza-Urgenza**

Valori minimi in FTE	Tipologia di Ospedale			
	PPI	Pronto Soccorso	DEA I	DEA II
Dirigenti Medici	3-6	6-14	12-24	24-40
Infermieri	6-12	12-18	16-48	48-70
OSS	3-5	3-5	6-10	9-12

(\*) i valori vanno applicati in relazione agli orari di apertura dei Pronto soccorso proporzionati sulle 24 ore.





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **10. Osservazioni generali e possibili evoluzioni future**

La metodologia oggetto del presente documento presenta delle indubbie evoluzioni rispetto a quella sviluppata nel corso del 2017, a partire dal fatto di avere aggiornato i parametri di riferimento impiegando una base informativa su un campione più ampio di Regioni e quindi di unità operative.

Il Metodo, si basa su un'attenta ed articolata analisi della situazione esistente nelle strutture ospedaliere riorganizzate in applicazione del DM 70/2015, introduce un primo tentativo di considerare, per il solo personale del comparto, la variabilità organizzativa, clinica ed assistenziale dovuta al diverso ruolo delle strutture nella rete di riferimento (HUB & Spoke). L'attuale flusso di dati, tuttavia, limita le analisi sul numero dei professionisti, sulla differenziazione dell'intensità dell'impegno assistenziale nei diversi contesti, sullo skill-mix e sui conseguenti outcome di qualità e sicurezza delle cure.

Allo stato attuale, sono in corso le interlocuzioni con i Ministeri competenti al fine di poter rendere strutturale la rilevazione delle dotazioni e consentire l'applicazione sperimentale e successivamente periodica della metodologia su base nazionale.

È quindi necessaria un'ulteriore interlocuzione con le regioni partecipanti al fine di valutare i risultati del lavoro nei diversi contesti regionali e approfondire criticità e punti di forza delle ricadute sull'attuale dotazione organica di personale.

Tale passaggio risulta fondamentale per avviare un percorso di affinamento delle modalità di rilevazione delle dotazioni e quindi procedere anche al consolidamento della metodologia in esito al miglioramento della qualità del dato in ingresso e della loro lettura incrociata con i dati di attività.

In particolare, il consolidamento delle banche dati può consentire:

- la completa rilevazione, per tutte le figure professionali, delle ore lavorate non solo dal personale dipendente, ma anche dalle forme di lavoro flessibili tra cui interinali, cooperative, consulenze e borsisti. Tale passaggio risulta fondamentale per quantificare correttamente le aree di sotto-dotazione;
- l'omogeneizzazione delle modalità di rilevazione delle ore lavorate dal personale secondo linee comuni (ad esempio: rilevazione congiunta delle ore lavorate dagli specialisti medici sui reparti di degenza e sui relativi servizi) e secondo classificazione di unità operative comuni (con particolare riferimento agli "altri servizi");



AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 62 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

- una maggiore precisione della suddivisione delle ore tra reparti ed altre attività quali sala operatoria, pronto soccorso/DEA, e nei servizi su cui oggi il campione rileva un numero significativo di unità con dotazione nulla;
- una valorizzazione dell'attività ambulatoriale che tenga conto dell'effettivo mix di prestazioni erogato dalla singola disciplina all'interno dei presidi e non di incidenze "medie" per specialità a seguito della messa a regime del flusso ex Art.50 con riferimento ai campi "disciplina/branca" necessari per l'attribuzione delle prestazioni alle unità operative eroganti, nonché del campo "presidio". In aggiunta, occorrerebbe anche lavorare sulla creazione di meccanismi di riconduzione tra nomenclatore nazionale e nomenclatore regionale per aumentare la riconduzione delle prestazioni a tempi comuni;
- l'approfondimento delle modalità di organizzazione delle attività di sala operatoria e delle relative cadute in termini di fabbisogno, istituzionalizzando un flusso sulle sedute programmate che consenta di stimare il fabbisogno in base all'attività programmata e non in base alle dotazioni strutturali dei presidi. In tal senso, il flusso delle SDO può consentire anche la stima a tempo standard del tempo di intervento e quindi verificare l'occupazione delle sale programmate rilevate anche in considerazione dello sviluppo dell'attività della chirurgia ambulatoriale specialistica (appendice 2 D.M. 70/2015);
- la corretta applicazione dei minimi parallelamente all'attuazione della rete ospedaliera ex DM 70/2015 (Tabella C). Ad oggi, infatti, la rilevazione delle SDO e del personale su unità operative non direttamente associabili a Tabella C potrebbe rilevare erroneamente il mancato raggiungimento dei minimi in alcune aree, solo per errata allocazione di ore di personale/volumi di attività.

Rispetto a questo ultimo punto, si sottolinea che la valutazione dei risultati della metodologia sull'area dei servizi (in particolare dei laboratori/emodialisi) non può prescindere dal perseguimento di operazioni di razionalizzazione e concentrazione della rete e dalla conoscenza delle scelte locali di esternalizzazioni.

Oltre al consolidamento dei dati disponibili per i suddetti fini, sarà necessario mettere a sistema una serie di altri indicatori che consentano di superare le macro-aggregazioni attuali. La stratificazione dei dati per Hub e Spoke ha senz'altro migliorato i valori espressi dalla Metodologia del 2017, soprattutto per le aree della Medicina e della Salute Mentale avvicinandoli al rapporto di 1 infermiere ogni 6 pazienti (240 minuti) definito dalla letteratura come standard per garantire cure sicure e di





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

qualità. Sembra però difficile catturare tutta la variabilità di un'area con specialità a livelli di complessità molto diversificati tra loro e che richiedono competenze infermieristiche non fungibili in relazione al loro livello di specializzazione ed avanzamento. Anche i minuti calcolati per le aree sub-intensive e per il post-acuzie risentono della mancanza di informazioni puntuali sulla classificazione dei reparti, e sulla grande variabilità delle caratteristiche dei pazienti che vi afferiscono.

Sarà fondamentale una verifica alla luce delle molteplici informazioni che possono provenire dai contesti locali, in cui ad esempio i modelli organizzativi, l'indice di case mix, la mortalità, l'indice di rotazione dei posti letto, la percentuale di ricoveri ultra ottantacinquenni e di ricoveri dal Pronto Soccorso sono di più facile lettura e possono fornire indicazioni più puntuali sui dati da mettere a sistema ai fini di una stima del fabbisogno di personale maggiormente rispondente a criteri di qualità e sicurezza.

Con riferimento all'applicazione del metodo, vale sottolineare che:

- occorre identificare delle logiche per includere nella stima delle prestazioni ambulatoriali anche i cosiddetti "pacchetti ambulatoriali" e l'attività ambulatoriale complessa (prestazioni di day hospital riconvertite in ambulatorio);
- per il personale medico potrebbe essere necessario, a valle della prima applicazione della metodologia, rivalutare gli standard nelle aree per le quali i pesi non risultano del tutto rappresentativi come, ad esempio, psichiatria e area post acuti;
- per il personale del comparto è valutabile, in funzione dei risultati che emergeranno dall'applicazione, una diversa scomposizione dell'aggregato di discipline in funzione del livello di intensità assistenziale. L'utilizzo delle logiche di rilevazione ad oggi condivise con le Regioni, ad esempio, non consente il calcolo dei minutaggi in area subintensiva né di operare un distinguo tra i diversi livelli di complessità presenti nelle discipline ricomprese nell'area chirurgica;
- globalmente occorre verificare l'eventuale esistenza di ambiti da scorporare dai servizi residuali per procedere a definizione di uno standard ad hoc anche a valle dell'omogeneizzazione delle modalità di rilevazione.

Si sottolinea l'importanza di una valutazione dei risultati dell'applicazione del Metodo a livello locale, in base alla diversa scomposizione dell'aggregato di discipline in funzione del livello di complessità assistenziale. Questo vale in particolare per alcune aree quali quella chirurgica, subintensiva o di post acuzie, facendo anche riferimento ai nuovi modelli di cura capaci di superare le





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

attuali barriere ospedale-territorio e all'utilizzo di altre figure professionali, quali ad esempio i profili della riabilitazione.

L'applicazione della metodologia dovrà ulteriormente aiutare a definire il numero di coordinatori infermieristici (oggi definiti in un rapporto di 1 coordinatore ogni 30 posti letto) necessario a sostenere gli importanti cambiamenti organizzativi delle Aziende sanitarie. Attualmente la prospettiva con cui viene interpretato il coordinamento richiede di spostare l'ottica dai posti letto alla gestione delle risorse professionali e dei processi organizzativi e di cura.

Andrà identificata anche la dotazione organica dei Dirigenti delle Professioni sanitarie, attualmente ipotizzata nella misura di 1 dirigente per ogni Dipartimento, in considerazione del profilo professionale più rappresentativo rispetto al personale coordinato.

Infine, poiché la dotazione di organico infermieristico non è solo una questione quantitativa, la Metodologia dovrà stimare il fabbisogno di personale infermieristico specializzato (già previsto dalle Legge 43 del 2006, ma ancora privo di un riconoscimento formale, contrattuale ed economico), attualmente ipotizzabile in misura del 20% per affrontare con competenze avanzate situazioni e contesti diversificati nella tipologia e nel livello di complessità assistenziale. In fase applicativa, la Metodologia potrebbe contribuire a verificare se l'inserimento di personale specializzato migliora gli esiti assistenziali e i costi economici e quale rapporto tra personale generalista e specializzato è più favorevole.

La metodologia si presta ad essere applicata anche per valutare le diverse realtà operative anche in relazione all'attività svolta in modo da poter compiere un'analisi di benchmark e poter confrontare tra loro diversi contesti operativi, una volta definito il fabbisogno minimo di personale sanitario, necessario al funzionamento di minima delle strutture. A tal fine risulta auspicabile interpretare i risultati che ne deriveranno anche alla luce di indicatori di efficienza operativa (es: tasso di saturazione dei posti letto e della sala operatoria).





AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 65 di 82



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

**“Metodo per la determinazione del fabbisogno  
di personale operante in ADI”**



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **1. Normativa di riferimento**

Ad oggi la normativa preposta alla regolamentazione dell'assistenza domiciliare integrata (ADI) è declinata principalmente a livello regionale secondo modelli organizzativi talvolta estremamente differenti tra loro.

A tal proposito, si è proceduto ad effettuare una ricognizione della normativa nazionale e regionale volta ad indagare la presenza di una metodologia per la definizione dello standard di personale e le differenze relative ai modelli organizzativi.

La normativa Nazionale a partire dalla Legge n. 833/1978 (all'art.25) già prevedeva che le prestazioni specialistiche potessero essere erogate anche al domicilio dell'utente in forme che consentissero la riduzione dei ricoveri ospedalieri.

Nel D.Lgs n.502/1992 e s.m.i. l'ADI è indicata tra le funzioni e le risorse garantite dai distretti sociosanitari (art. 3-quinquies) e le prestazioni domiciliari fra quelle possibili oggetto dei fondi integrativi del SSN, ovvero i fondi volti a favorire l'erogazione di forme di assistenza sanitaria integrative rispetto a quelle assicurate dal SSN attraverso i LEA (art. 9).

Il DPR 28 luglio 2000, n. 270, regola la complessiva riorganizzazione della Medicina Generale nell'ambito del riordino del SSN. L'allegato H disciplina il ruolo del MMG nell'ADI, declinando le prestazioni, i destinatari, le procedure per l'attivazione e sospensione, il trattamento economico e la documentazione/riunioni periodiche/verifiche. Il DPR, evidenziando il progressivo invecchiamento della popolazione e il conseguente incremento delle patologie cronico-degenerative, sottolinea l'importanza che gli accordi regionali siano prioritariamente indirizzati a dare impulso allo sviluppo e alla diffusione sul territorio dell'assistenza domiciliare, in particolare dell'ADI e di nuove forme di assistenza residenziale e/o semiresidenziale in alternativa al ricovero ospedaliero.

Il DPCM del 14.2.2001 definisce le prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e le prestazioni sociosanitarie ad elevata integrazione sanitaria precisandone i criteri di finanziamento da parte delle Aziende Sanitarie Locali e dei Comuni.

Invece il DPCM del 29.11.2001, nel definire i Livelli Essenziali di Assistenza, il DPCM inserisce l'ADI nell'ambito dell'assistenza distrettuale, in particolare all'interno dell'assistenza territoriale programmata a domicilio (Allegato 1, Livello 2 G, comma 1).

I Piani Sanitari Nazionali del 2001-2003; 2003-2005; 2006-2008, confermano al distretto il ruolo di coordinamento di tutte le attività extra-ospedaliere (di assistenza sanitaria di base e specialistiche, di





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

assistenza sanitaria a rilevanza sociale ed a elevata integrazione sociosanitaria), esplicitando che «l'uso appropriato delle risorse disponibili rende imprescindibile privilegiare forme di cura domiciliari» in quanto «la casa è il miglior luogo di prevenzione, cura e riabilitazione».

La Commissione Nazionale per la definizione e l'aggiornamento dei LEA 18.10.2006, ha ritenuto opportuno, vista l'elevata disomogeneità delle prestazioni domiciliari (sia sul piano dell'accesso che su quello del trattamento) di effettuare una nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio al fine di specificare:

- La caratterizzazione dei profili di cura domiciliari per livelli differenziati in funzione della natura del bisogno, dell'intensità, della complessità, della durata media e delle fasce orarie di operatività dei servizi erogatori di cure domiciliari;
- L'individuazione delle principali prestazioni domiciliari per profilo e per figura professionale;
- La definizione di criteri omogenei di eleggibilità;
- L'individuazione di un set minimo di indicatori di verifica;
- La valorizzazione economica dei profili di cura (Costo Medio Mensile) e la stima del costo pro capite per residente.

Il DM 17.12.2008, istituisce il sistema Informativo per il monitoraggio dell'Assistenza Domiciliare (SIAD) che è il risultato di un lungo percorso di condivisione ed approfondimento sul tema, iniziato nel 2003 nell'ambito "Programma Mattoni del SSN" (Mattone 13 – Assistenza Primaria e Prestazioni Domiciliari). Il decreto disciplina la rilevazione delle informazioni relative agli interventi sanitari e sociosanitari erogati in maniera programmata da operatori afferenti al SSN, nell'ambito dell'assistenza domiciliare, e descrive le modalità di trasmissione di tali dati dalle Regioni e Province Autonome al Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

Il Patto per la Salute 2014/2016 prevede il rafforzamento dell'ADI in vari contesti, in primis quello relativo all'umanizzazione delle cure (art. 4). Inoltre, l'art. 5, che definisce l'assistenza territoriale, in particolare i nuovi modelli multiprofessionali e interdisciplinari (Unità Complesse di Cure Primarie, UCCP, e Aggregazioni Funzionali Territoriali, AFT), richiede alle Regioni di provvedere ad adottare/aggiornare progetti di attuazione del "punto unico di accesso", della valutazione multidimensionale e del piano delle prestazioni personalizzato.

Il Piano Nazionale delle Cronicità prevede: "le cure domiciliari devono coinvolgere, in ruoli diversi, operatori con diverse professionalità e provenienze, primi fra tutti i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta, che assumono la responsabilità della gestione clinica della presa in carico,



AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 68 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

garantendo il coordinamento degli apporti professionali forniti dagli operatori del servizio di Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) e dagli specialisti, e la continuità assistenziale nell'erogazione del trattamento”.

Tale concetto è ribadito nell'art. 22 del DPCM del 12/01/2017, il quale prevede che “Il medico di medicina generale o il pediatra di libera scelta assumono la responsabilità clinica dei processi di cura, valorizzando e sostenendo il ruolo della famiglia” per tutti e tre i livelli di intensità assistenziale domiciliare integrata.

Inoltre, l'art. 21 del citato DPCM prevede che:

- I percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali prevedono l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali. Con apposito accordo sancito in sede di Conferenza unificata di cui all'art. 8 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sono definite linee di indirizzo volte a garantire omogeneità nei processi di integrazione istituzionale, professionale e organizzativa delle suddette aree, anche con l'apporto delle autonomie locali, nonché modalità di utilizzo delle risorse coerenti con l'obiettivo dell'integrazione, anche con riferimento al Fondo per le non autosufficienze di cui all'art. 1, comma 1264, della legge 27 dicembre 2006, n. 296, e successive modificazioni (comma 1).
- Il Servizio sanitario nazionale garantisce l'accesso unitario ai servizi sanitari e sociali, la presa in carico della persona e la valutazione multidimensionale dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale. Le regioni e le province autonome organizzano tali attività garantendo uniformità sul proprio territorio nelle modalità, nelle procedure e negli strumenti di valutazione multidimensionale, anche in riferimento alle diverse fasi del progetto di assistenza (comma 2).
- Il Progetto di assistenza individuale (PAI) definisce i bisogni terapeutico-riabilitativi e assistenziali della persona ed è redatto dall'unità di valutazione multidimensionale, con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, sociosanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia. Il coordinamento dell'attività clinica rientra tra i compiti del medico di medicina generale o del pediatra di libera scelta, fatti salvi i casi in cui il soggetto responsabile del rapporto di cura sia stato diversamente identificato (comma 3).
- Nell'ambito dell'assistenza distrettuale territoriale sono privilegiati gli interventi che favoriscono la permanenza delle persone assistite al proprio domicilio, attraverso l'attivazione



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

delle risorse disponibili, formali e informali; i trattamenti terapeutico-riabilitativi e assistenziali, semiresidenziali e residenziali, sono garantiti dal Servizio sanitario nazionale, quando necessari, in base alla valutazione multidimensionale (comma 4).

Per quanto concerne il fabbisogno teorico di prestazioni domiciliari, alcune regioni hanno effettuato una stima considerando lo standard previsto dagli adempimenti LEA, individuando il target da raggiungere in termini di numero di anziani ultra65enni assistiti in ADI.

Altre regioni, hanno invece sviluppato una metodologia di calcolo del fabbisogno sulla base del numero di residenti e sulla base del livello di intensità assistenziale. Una regione, si è dotata del sistema ACG, strumento di Population Health Management, che consente, attraverso l'utilizzo dei flussi amministrativi già consolidati (SDO, PS, ADI, ecc.) di stratificare i pazienti sulla base delle patologie e del consumo di risorse. Questo strumento, tuttavia, al momento non viene utilizzato per la stima del fabbisogno per le cure domiciliari.

In merito all'accREDITAMENTO, 8 Regioni (Abruzzo, Calabria, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Puglia, Toscana e Umbria) hanno definito i criteri specifici per l'accREDITAMENTO delle cure domiciliari ed in particolare i requisiti strutturali, organizzativi e degli operatori/figure professionali coinvolte.

L'assistenza domiciliare ha subito nel tempo un processo di progressiva articolazione e strutturazione per fare fronte alla sempre maggiore complessità dei bisogni e alle patologie degli assistiti, dalle cronicità alle disabilità complesse (SLA, etc) ed alle patologie oncologiche e terminali.

L'assistenza a domicilio, particolarmente per le forme di cronicità, si presenta come vera alternativa ai ricoveri ospedalieri inappropriati ed è la forma assistenziale da preferire, laddove possibile, per gli enormi impatti positivi in termini di qualità della vita del paziente, a cui vanno aggiunti anche i benefici economici dovuti ai minori costi da sostenere rispetto alle forme di ricovero di carattere ospedaliero ed extraospedaliero.





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **2. Premessa**

L'algoritmo di calcolo oggetto del presente documento è stato sviluppato a partire dagli indicatori 8 e 23 del SIAD al fine di offrire, a fronte messi a disposizione dal Ministero della Salute, una rappresentazione della composizione del personale nell'anno 2019 e del fabbisogno necessario per la presa in carico del 10% della popolazione over-65 così come previsto dagli obiettivi del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR).

Occorre sottolineare come la rappresentazione della dotazione sia unicamente una stima delle risorse impiegate a fronte delle prestazioni erogate nel corso del 2019, comprensiva anche dell'assistenza erogata nell'ambito dell'assistenza privata. Tale stima va a sopperire alla carenza di dati strutturali in materia di organico impiegato nell'assistenza domiciliare. Non viene effettuata tuttavia nessuna quantificazione della suddivisione tra personale dipendente del SSN e personale con esso convenzionato stimando unicamente le risorse nel loro complesso.

Per mezzo dell'utilizzo della metodologia è stato possibile quindi individuare degli indicatori che rappresentino, per la figura dell'infermiere e del fisioterapista, lo standard minimo da assicurare nel territorio italiano in rapporto alla popolazione over-65 presente.

Obiettivo del presente documento è quindi quello di illustrare le fonti dati adoperate, la metodologia di calcolo prescelta, gli standard proposti, nonché i suoi punti di miglioramento.

Tale metodologia andrà applicata in via sperimentale alle regioni esaminando i dati, in termini di aumento della quota di popolazione presa in carico e di qualità dell'assistenza erogata, da essa derivanti. A tal proposito appare imprescindibile, a fronte dell'attuale carenza di informazioni disponibili nell'ambito territoriale, prevedere la realizzazione di flussi dati che permettano una rilevazione strutturata delle consistenze organiche operanti, a vario titolo, nell'assistenza domiciliare. Risulta inoltre rilevante, con riferimento all'esistente flusso SIAD, individuare delle modalità che permettano il distinguo delle prestazioni erogate da operatori privati rispetto a quelle fornite da dipendenti de SSN.





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **3. Fonti dati e figure analizzate**

#### **3.1. Fonti dati adoperate**

Ai fini dello sviluppo del presente algoritmo di calcolo sono state adoperate le seguenti fonti dati:

- Indicatore 8 SIAD: contenente gli accessi effettuati nel corso del 2019 da ciascun operatore nelle diverse regioni italiane sulla base del livello di complessità assistenziale dell'assistito;
- Indicatore 23 SIAD: contenente gli assistiti presenti nelle diverse regioni italiane nel corso dell'anno 2019 suddivisi sulla base del livello di complessità assistenziale sintetizzato dal Coefficiente di Intensità Assistenziale (CIA);
- Popolazione over-65: stima del numero di abitanti over-65 presenti in ciascuna regione italiana nell'anno 2026 così come previsto nel PNRR;
- Incidenza fasce CIA: suddivisione della popolazione in ADI nelle 5 fasce CIA (CIA base, I, II, III e IV livello) così come previsto nel PNRR;
- Allegato 1 "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" redatto dalla Commissione Nazionale per l'aggiornamento dei LEA: raffigurante, per ciascuna tipologia di operatore, i minuti medi previsti per accesso sulla base del livello di CIA dell'assistito;
- "Metodo per la determinazione del personale ospedaliero" approvato in Commissione Salute, seduta del 20 Dicembre 2017: recante la quantificazione del monte di ore annue lavorate dal personale medico e del comparto, con le integrazioni sul monte ore del comparto in discussione sul relativo tavolo tecnico in corso.

#### **3.2. Figure professionali analizzate**

L'algoritmo attualmente sviluppato ha permesso di analizzare la dotazione attuale ed obiettivo di personale per le figure professionali maggiormente presenti all'interno dell'indicatore 8 del SIAD; esse sono:

- Medico di Medicina Generale (MMG);
- Infermiere;
- Fisioterapista;
- OSS.





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Si è tuttavia stabilito di individuare degli standard unicamente per la figura dell'infermiere e del fisioterapista. Le motivazioni alla base di tale scelta saranno dettagliate nel paragrafo 4.5.

### **3.3. Assunzioni**

Nel corso dell'applicazione dell'algoritmo di calcolo degli standard ai dati selezionati si è reso necessario operare alcune assunzioni.

Come detto nel primo paragrafo, allo scopo di effettuare una stima di assorbimento di risorse per gli accessi effettuati dai vari professionisti nei diversi livelli di complessità ci si è avvalsi di quanto contenuto nel documento "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio". I minutaggi in esso presenti sono stati integrati come segue:

- Tempi medi per gli accessi degli OSS in CIA Base: in mancanza di un dato riferito all'accesso in CIA Base di tali figure, è stato adoperato il medesimo minutaggio impiegato dagli infermieri;
- Unificazione dei range: nei casi in cui, per una figura professionale, in uno o più livelli di CIA non fosse associato un unico tempo medio per accesso ma due, l'accesso è stato valorizzato con il valore medio di questi ultimi. Tale circostanza si è verificata per gli accessi in CIA 2 del personale infermieristico e per quelli, dal CIA 2 al CIA 4, degli OSS.

Con riferimento al monte ore lavorato annualmente dalle diverse figure professionali, coerentemente con quanto previsto dal "Metodo per la determinazione del personale ospedaliero" e le modifiche condivise nell'ambito del tavolo tecnico sull'assistenza ospedaliera in corso, sono state conteggiate:

- 1.450 ore di attività per il personale infermieristico ed OSS;
- 1.450 ore di attività per il restante personale assumendolo come assimilabile a quello infermieristico.

Si evidenzia inoltre come, per la regione Sardegna non si rilevino dati all'interno degli indicatori in analisi; da confronti con il Ministero è infatti emerso che essa non rendiconti l'attività di ADI.

In mancanza di dati ufficiali in materia, sulla base di quanto emerso nei primi due incontri del gruppo di lavoro, si è scelto di introdurre un fabbisogno aggiuntivo determinato dal tempo necessario ai professionisti per raggiungere i diversi domicili degli assistiti. Ad oggi si è pertanto stimato un tempo di 20 minuti/accesso impiegato per gli spostamenti a prescindere da contesto geografico di riferimento; si è infatti considerato che le maggiori distanze geografiche presenti nelle zone rurali





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

potessero essere bilanciate dall'ammontare più elevato di tempo necessario per spostarsi, a causa del traffico, nelle città.

A fronte degli obiettivi di presa in carico presenti nel PNRR si è assunto che, nel 2026, la popolazione presa in carico in assistenza domiciliare sarà divisa nelle varie classi di complessità come segue:

- CIA Base: 60% della popolazione (non è stata conteggiata in tale analisi la quota di assistiti presenti in GdC – Giornate di Cura pari a 0);
- CIA I livello: 20% della popolazione;
- CIA II livello: 10% della popolazione;
- CIA III livello: 4% della popolazione;
- CIA IV livello: 6% della popolazione.

Tali quote non riflettono la distribuzione degli assistiti, nelle diverse regioni italiane, presente nel 2019 e rappresentata nell'indicatore 23 del SIAD; conseguentemente, il fabbisogno determinato mantenendo costanti le suddivisioni nelle varie classi presenti nel 2019 sarebbe differente.

Si evidenzia, infine, come sia stata mantenuta inalterata la quota di accessi per assistito, per livello di CIA, tra il 2019 e il 2026. Tale numero, ottenuto mediante l'incrocio degli indicatori 8 (numero di accessi) e 23 (numero di assistiti) del SIAD del 2019, è stato assunto come costante a livello regionale, anche nel 2026, per ciascuna figura professionale e livello di CIA; una sua futura variazione potrà avere ripercussioni sul fabbisogno di personale per l'ADI.

Tabella 21 – Accessi per assistito medi

Accessi per Assistito - Nazionale - SIAD 2019					
Figura Professionale	CIA Base	CIA 1	CIA 2	CIA 3	CIA 4
infermiere	8,83	19,90	27,16	34,17	35,76
fisioterapista	0,36	3,46	8,68	10,60	7,16





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **4. Metodologia di calcolo**

#### **4.1. Stima della dotazione attuale**

Sulla base dei dati presentati nel precedente capitolo è quindi stata sviluppata la seguente metodologia per la quantificazione del personale presente nell'anno 2019:

$$\text{Dotazione attuale per livello di CIA} = \text{Numero di accessi} \times \frac{\text{Minuti medi ad accesso}}{\text{Ore annue lavorate}}$$

La dotazione attuale per ciascuna figura professionale è quindi determinata, per ogni livello di CIA, mediante la moltiplicazione del numero di accessi nella singola regione con i minuti medi ad accesso previsti dalla “Nuova caratterizzazione dell’assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio”. Così facendo è stato determinato il totale dei minuti di attività erogati nel corso del 2019 da ciascuna classe di professionisti che, diviso per 60, ha fornito il monte ore complessivo lavorato. Tale quantità è quindi stata rapportata con le ore annue lavorate da ciascun operatore individuando in tal modo i Full Time Equivalent (FTE) necessari per lo svolgimento dell’attività prodotta nel corso del 2019.

Tale stima sofferisce alla difficoltà da ricostruire, attraverso i gestionali del personale delle Regioni, la dotazione di risorse allocata attualmente. Essa quantifica il personale che, a fronte degli accessi erogati nel 2019, dovrebbe essere impiegato nel complesso nelle varie regioni senza differenziarlo sulla base del rapporto con il quale risulti legato al SSN.

#### **4.2. Calcolo della dotazione obiettivo**

Per il calcolo della dotazione obiettivo di professionisti per le attività di Assistenza Domiciliare Integrata, necessario per il raggiungimento degli obiettivi PNRR, è stata sviluppata una metodologia che, tenendo fede a quella adoperata per la stima della dotazione attuale di personale, ne introducesse dei correttivi volti a valorizzare il differenziale richiesto dall’aumento della popolazione target:

$$\text{Dotazione obiettivo per livello di CIA} = \frac{\text{Numero di accessi}}{\text{Numero di assistiti}} \times \text{Popolazione obiettivo} \times \frac{\text{Minuti medi ad accesso}}{\text{Ore annue lavorate}}$$

È stato quindi introdotto il concetto di “popolazione obiettivo” che ha individuato, partendo dalla ipotesi di composizione della popolazione over-65 al 2026 contenuta nel PNRR, la numerosità della popolazione da prendere in carico in ciascuna regione per soddisfare l’obiettivo contenuto all’interno del PNRR del 10% dei residenti con più di 65 anni di età.





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Occorre specificare come tale quota sia comprensiva, oltre che degli assistiti contenuti nei livelli dal CIA 1 al CIA 4, anche di quelli con GdC 0 e CIA Base, fasce nelle quali secondo quanto previsto dal PNRR ricadrà il 60% di tutti gli utenti in ADI. Non essendo, per loro stessa definizione, presenti accessi per la classe GdC 0, la quota di assistiti presente in tale classe non è stata presa in esame se non ai fini dello scorporo della relativa parte di popolazione obiettivo. La percentuale di ripartizione della popolazione target sui vari livelli è stata effettuata per ciascuna Regione secondo le percentuali fornite dal PNRR presentate nel paragrafo 2.3.

Al fine di quantificare gli accessi da erogare a fronte della nuova popolazione di riferimento si è quindi calcolato un “tasso di accesso” dato dal numero medio di accessi registrati, nel corso del 2019, per ciascun assistito ed ottenuto dividendo il “numero di accessi” per il “numero di assistiti”. Tale tasso è quindi stato moltiplicato per la popolazione obiettivo determinando in tal modo il numero di accessi totali da effettuare per soddisfare i bisogni assistenziali della nuova popolazione. Come fatto per la determinazione della dotazione di personale attuale è quindi stato determinato il monte ore totale moltiplicando l’ammontare delle prestazioni per i minuti spesi per ciascun accesso sulla base del tipo di operatore e del relativo livello di complessità assistenziale CIA e dividendolo infine per 60. Rapportando il totale delle ore lavorate con il monte ore annuo lavorato da ciascuna figura a tempo pieno sono stati così calcolati gli FTE necessari per prendere in carico il 10% della popolazione con più di 65 anni di età.

### **4.3. Calcolo dei tempi di spostamento**

Così come presentato nel paragrafo 2.3, dedicato alle assunzioni fatte nel corso della realizzazione del presente modello, è stata introdotta la dotazione obiettivo derivante non dall’attività assistenziale erogata dai singoli professionisti bensì quello necessario agli stessi per raggiungere i vari domicili degli assistiti ovvero il tempo di spostamento. Ciò mira a considerare una delle peculiarità dell’assistenza territoriale e dell’ADI nello specifico ovvero la dispersione sul territorio degli utenti che, al contrario di quanto avviene per l’assistenza ospedaliera, non si recano in prima persona verso il luogo di cura bensì ricevono l’assistenza sul territorio e, in questo specifico caso, presso il proprio domicilio.

$$\text{Dotazione per tempo di spostamento} = \frac{\text{Numero di accessi} \times \text{Minuti medi per spostamento (20 min.)}}{\text{Ore annue lavorate}}$$





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Sia per la dotazione attuale che per quella obiettivo è stato pertanto considerato il numero totale di accessi effettuato dai singoli operatori e per ciascuno di essi è stato conteggiato un tempo necessario allo spostamento pari a 20 minuti. L'ammontare di minuti così stimato, dopo essere stato convertito in ore, è quindi stato diviso per il monte ore annuo lavorato dai diversi professionisti al fine di individuare gli FTE corrispondenti.

### **4.4. Dotazione attuale ed obiettivo totale**

Al fine di quantificare la dotazione attuale nonché obiettivo, è stata sommata, in entrambi i casi, la quota di FTE derivante dalle attività assistenziali con quella conseguente ai tempi di spostamento determinando in tal modo l'ammontare complessivo.

$$\text{Totale FTE} = \text{FTE attività assistenziale} + \text{FTE per tempo di spostamento}$$

### **4.5. Gli standard minimi per la ADI**

#### **4.5.1 Figure professionali analizzate**

Come rappresentato nel paragrafo 3.2, nel corso dei lavori di identificazione degli standard minimi di fabbisogno di personale per il raggiungimento degli obiettivi posti dal PNRR, sono state analizzate tutte le figure operanti in ADI. L'analisi dell'indicatore 8 del SIAD ha fatto emergere come la maggior parte degli accessi sia concentrata in 4 figure professionali preponderanti:

- Infermiere;
- Fisioterapista;
- Medico di medicina generale;
- OSS.

Il gruppo di lavoro ha ritenuto di non individuare uno standard per il Medico di medicina generale a fronte della peculiare tipologia contrattuale che lega tale figura al SSN nonché dei riferimenti già presenti in materia.

Dopo un'analisi del ricorso alla figura dell'OSS nelle varie regioni italiane, il gruppo di lavoro ha deciso di non fissare uno standard minimo per la quantificazione del fabbisogno di tale figura. Dall'esame dei dati relativi agli assistiti presenti in ciascun livello di CIA contenuti nell'indicatore 23 del SIAD incrociati con quelli degli accessi riportati nell'indicatore 8, è emerso come gli accessi medi per assistito siano estremamente diversificati nelle regioni italiane. Tale dato, rappresentando gli accessi medi per assistito, non è peraltro dovuto ad un effetto volume dato dalla diversa quantità





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

di assistiti presenti in ciascuna regione quanto è indice delle diverse scelte di programmazione fatte dalle varie regioni. La forte disomogeneità con le quali le regioni hanno introdotto tale figura rendono quindi al momento complesso individuare un valore univoco per tutto il panorama italiano. Trattandosi tuttavia di standard minimi sarà lasciata autonomia alle diverse regioni su come avvalersi della figura dell'OSS come personale aggiuntivo rispetto a quello proposto dalla metodologia.

Per quanto appena detto si è scelto di approfondire l'analisi concentrandosi unicamente sulla figura dell'infermiere e del fisioterapista che rispettano i requisiti di rilevanza e uniformità atti a giustificare l'identificazione di uno standard minimo per il loro fabbisogno.

### **4.5.2 Standard per gli infermieri**

Il presente paragrafo presenta lo standard minimo proposto per la quantificazione del fabbisogno minimo di personale infermieristico al fine di allinearsi agli obiettivi di presa in carico proposti dal PNRR.

Per arrivare all'identificazione di uno standard minimo nazionale per il personale infermieristico il gruppo di lavoro ha ritenuto di procedere come segue:

- Calcolo della dotazione obiettivo di FTE: identificazione della dotazione obiettivo di FTE mediante l'applicazione della metodologia illustrata nei punti 4.2, 4.3 e 4.4;
- Calcolo degli FTE presenti ogni 1.000 abitanti: rapporto tra gli FTE, necessari in ciascuna regione per raggiungere gli obiettivi del PNRR, e gli abitanti over-65 stimati, al 2026, nel medesimo documento;
- Arrotondamento degli FTE presenti ogni 1.000 abitanti al primo decimale: si è deciso di adoperare, come standard per il fabbisogno, il dato medio italiano che individua 0,9 FTE ogni 1.000 abitanti over-65.
- Calcolo del fabbisogno di FTE adoperando lo standard nazionale: calcolo del fabbisogno di FTE necessari a seguito dell'applicazione del dato medio italiano (0,90) a tutte le regioni.

Occorre tuttavia sottolineare alcuni aspetti:

- Concorrono a determinare il fabbisogno di infermieri anche le prestazioni di bassa intensità che è stato previsto vengano erogate dalla figura dell'infermiere di famiglia e di comunità; parte del fabbisogno è quindi ricompreso nel fabbisogno aggiuntivo stimato per tale figura professionale;



AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 78 di 82



## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

- Il fabbisogno individuato rappresenta una stima del fabbisogno complessivo di tutto il sistema e non solo dei servizi direttamente erogati dagli Enti pubblici e non tiene pertanto conto dell'eventuale ricorso, da parte delle regioni, del privato (anche accreditato) nella fornitura del servizio.

### **4.5.3 Standard per i fisioterapisti**

Analogamente, sono riportate le considerazioni per l'identificazione dello standard minimo per il calcolo del fabbisogno di fisioterapisti. Anche per il calcolo del fabbisogno di tale figura si sono dovuti rispettare i vincoli imposti dal PNRR in termini di quota obiettivo di popolazione e ripartizione nei livelli di complessità.

Anche per i fisioterapisti, al fine di arrivare all'identificazione di uno standard minimo nazionale, il gruppo di lavoro ha ritenuto di procedere come segue:

- Calcolo della dotazione obiettivo di FTE: identificazione del fabbisogno di FTE mediante l'applicazione della metodologia illustrata nei punti 4.2, 4.3 e 4.4;
- Calcolo degli FTE presenti ogni 1.000 abitanti: rapporto tra gli FTE, necessari in ciascuna regione per raggiungere gli obiettivi del PNRR, e gli abitanti over-65 stimati, al 2026, nel medesimo documento;
- Arrotondamento degli FTE presenti ogni 1.000 abitanti al primo decimale: si è deciso di adoperare, come standard per il fabbisogno, il dato medio italiano che individua 0,2 FTE ogni 1.000 abitanti over-65.
- Calcolo del fabbisogno di FTE adoperando lo standard nazionale: calcolo del fabbisogno di FTE necessari a seguito dell'applicazione del dato medio italiano (0,2) a tutte le regioni.

Si sottolinea che il fabbisogno individuato rappresenta una stima del fabbisogno complessivo di tutto il sistema e non solo dei servizi direttamente erogati dagli Enti pubblici e non tiene pertanto conto dell'eventuale ricorso, da parte delle regioni, del privato (anche accreditato) nella fornitura del servizio.

Occorre inoltre riportare come gli standard del territorio prevedano già degli standard specifici per i fisioterapisti e come pertanto il fabbisogno, qui calcolato per tale figura, debba essere considerato in una più ampia ottica di relazione con gli altri setting esistenti sul territorio.





## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### 4.5.4 Ore di assistenza mensile

Per le figure dell'infermiere e del fisioterapista è quindi stato verificato l'ammontare delle ore di assistenza mensile per ciascun assistito configurate a seguito dell'applicazione della metodologia mediante l'utilizzo della seguente formula:

$$\text{Ore di assistenza mensile} = \frac{\text{Numero accessi per assistito} \times \text{Minuti medi ad accesso}}{60 \times \text{Mesi medi di presa in carico}}$$

Come rappresentato nel corso del paragrafo 3.3, il numero minimo di accessi annui per ciascun assistito è stato calcolato mediante l'incrocio dei dati contenuti negli indicatori 8 e 23 del flusso SIAD su base nazionale. Tale numero, assunto come costante, moltiplicato per i minuti medi ad accesso presenti nell'Allegato 1 del documento "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" e diviso per 60, individuerà le ore di assistenza annue minime da erogare, per ogni figura professionale, a ciascun assistito in base al livello CIA al quale è assegnato.

Tabella 22 – Tempi medi di accesso per figura professionale e livello di CIA

Tempi medi di accesso per figura professionale e livello di CIA					
Figura Professionale	CIA Base	CIA 1	CIA 2	CIA 3	CIA 4
infermiere	22,5	30	37,5	60	60
fisioterapista	30	45	45	60	60

Al fine di disporre delle ore di assistenza mensile per ciascun assistito occorrerà quindi dividere le ore di assistenza complessiva per la durata media di presa in carico individuata dal medesimo documento. Non disponendo di un dato puntuale relativo alla durata della presa in carico di ciascun assistito si è scelto di adoperare una valorizzazione media.

A tal proposito si riporta di seguito la quantificazione dei mesi medi di presa in carico ottenuta mediante divisione delle giornate medie di presa in carico contenute nell'Allegato 1 del documento "Nuova caratterizzazione dell'assistenza territoriale domiciliare e degli interventi ospedalieri a domicilio" per il valore standard di 30 assunto come durata media di un mese.

Tabella 23 – Durata media di presa in carico per livello di CIA

Durata media presa in carico per livello di CIA					
Arco temporale	CIA Base	CIA 1	CIA 2	CIA 3	CIA 4
Mesi	6	6	6	3	2



AGENAS Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 80 di 82



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

Si evidenzia come tale documento non preveda un tempo standard di presa in carico per il CIA Base; pertanto, al fine di offrire una rappresentazione delle ore medie di assistenza mensile, tale tempo è stato assunto come pari a quello identificato per il CIA 1.

Viene pertanto di seguito riportata la quantificazione delle ore mensili di assistenza ottenuta a fronte dei calcoli presentati nel presente paragrafo.

Tabella 24 – Ore mensili di assistenza

Ore mensili di assistenza - Nazionale - SIAD 2019					
Figura Professionale	CIA Base	CIA 1	CIA 2	CIA 3	CIA 4
infermiere	1	2	3	11	18
fisioterapista	0	0	1	4	4
<b>Totale</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>15</b>	<b>22</b>







## *Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

### **5. Possibili evoluzioni future**

Come detto in apertura del documento, la seguente metodologia è stata sviluppata per offrire una prima quantificazione della disponibilità teorica attuale di personale e del fabbisogno futuro a fronte dei dati ad oggi disponibili.

Essa presenta quindi alcuni spazi di miglioramento che, in ottica di future revisioni, potranno essere oggetto di attenzione:

- Tempo medio per accesso: gli accessi hanno una diversa valorizzazione oraria unicamente sulla base della tipologia di professionista coinvolto e del livello di CIA dell'assistito. Non viene pertanto tenuto conto della diversa tipologia di prestazioni che potrebbero essere offerte e che comportano conseguentemente dei tempi di erogazione differenti;
- Tasso di accesso: viene assunto che gli accessi effettuati nel corso del 2019 per ciascun assistito, in ogni livello di CIA, siano la quota ottimale da erogare in ogni contesto regionale;
- Tempo di presa in carico/rivalutazione: nel modello non è stato possibile stimare i tempi necessari alla presa in carico/rivalutazione di ciascun assistito in assistenza domiciliare, alla luce anche della possibile sovrapposizione con altre figure. Tali tempi sono tradizionalmente ascrivibili alla valutazione del quadro clinico del soggetto e all'individuazione del livello di intensità assistenziale ad esso più confacente nonché all'espletamento delle pratiche burocratiche finalizzate alla comunicazione dell'avvenuta presa in carico, rivalutazione o chiusura dell'episodio;
- Tempo spostamento: disponendo unicamente di dati a livello regionale, non è stato possibile effettuare simulazioni profilando le ASL per tipologia di territorio. Si tenga comunque presente che lo standard proposto rappresenta un valore minimo che dovrà essere calato nei diversi contesti in funzione dei vincoli organizzativi locali.

Tali possibili evoluzioni potranno essere valutate a seguito di un'applicazione sperimentale della metodologia che consenta di comprendere come, l'utilizzo degli standard per le due figure maggiormente coinvolte, costituisca una base minima per il raggiungimento degli obiettivi di presa in carico posti dal PNRR.

Propedeutica al poter fare simili considerazioni appare, come detto in apertura del documento, la possibilità di disporre di flussi informativi consolidati che consentano una rilevazione delle risorse

**AGENAS** Protocollo n. 2022/0005733 del 10/06/2022 (Allegato) Pagina 82 di 82



*Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali*

umane impiegate nell'erogazione delle prestazioni di assistenza domiciliare integrata distinguendo quelle a carico di operatori privati da quelle erogate da dipendenti SSN.











NOME COGNOME (ALFABETICO) DI CHI HA PRESENTATO IL DOMANDA PER IL CONCORSO		CATEGORIA PROFESSIONALE		GRUPPO A		GRUPPO B		GRUPPO C		GRUPPO D		GRUPPO E		GRUPPO F		GRUPPO G		GRUPPO H		GRUPPO I		GRUPPO J		GRUPPO K		GRUPPO L		GRUPPO M		GRUPPO N		GRUPPO O		GRUPPO P		GRUPPO Q		GRUPPO R		GRUPPO S		GRUPPO T		GRUPPO U		GRUPPO V		GRUPPO W		GRUPPO X		GRUPPO Y		GRUPPO Z																																													
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100

























**ANNO DI SERVIZIO AL COMUNE**

**DESCRIZIONE ATTIVITÀ**

**CLASSIFICAZIONE ATTIVITÀ**

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200

**CLASSIFICAZIONE ATTIVITÀ**

CATEGORIA DI PIAZZE PER LA REGIONE PUGLIA

NOME COGNOME (ALFABETICO PER GRUPPI) (SEMPRE IN UGUALI CARATTERI) (ES. G. ROSSI)  
 DATA DI NASCITA (GG/MM/AA) (SEMPRE IN UGUALI CARATTERI) (ES. 20/05/60)  
 DATA DI DIMISSIONI (GG/MM/AA) (SEMPRE IN UGUALI CARATTERI) (ES. 31/10/19)  
 DATA DI ASSUNZIONE (GG/MM/AA) (SEMPRE IN UGUALI CARATTERI) (ES. 01/11/19)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000	1001	1002	1003	1004	1005	1006	1007	1008	1009	1010	1011	1012	1013	1014	1015	1016	1017	1018	1019	1020	1021	1022	1023	1024	1025	1026	1027	1028	1029	1030	1031	1032	1033	1034	1035	1036	1037	1038	1039	1040	1041	1042	1043	1044	1045	1046	1047	1048	1049	1050	1051	1052	1053	1054	1055	1056	1057	1058	1059	1060	1061	1062	1063	1064	1065	1066	1067	1068	1069	1070	1071	1072	1073	1074	1075	1076	1077	1078	1079	1080	1081	1082	1083	1084	1085	1086	1087	1088	1089	1090	1091	1092	1093	1094	1095	1096	1097	1098	1099	1100	1101	1102	1103	1104	1105	1106	1107	1108	1109	1110	1111	1112	1113	1114	1115	1116	1117	1118	1119	1120	1121	1122	1123	1124	1125	1126	1127	1128	1129	1130	1131	1132	1133	1134	1135	1136	1137	1138	1139	1140	1141	1142	1143	1144	1145	1146	1147	1148	1149	1150	1151	1152	1153	1154	1155	1156	1157	1158	1159	1160	1161	1162	1163	1164	1165	1166	1167	1168	1169	1170	1171	1172	1173	1174	1175	1176	1177	1178	1179	1180	1181	1182	1183	1184	1185	1186	1187	1188	1189	1190	1191	1192	1193	1194	1195	1196	1197	1198	1199	1200	1201	1202	1203	1204	1205	1206	1207	1208	1209	1210	1211	1212	1213	1214	1215	1216	1217	1218	1219	1220	1221	1222	1223	1224	1225	1226	1227	1228	1229	1230	1231	1232	1233	1234	1235	1236	1237	1238	1239	1240	1241	1242	1243	1244	1245	1246	1247	1248	1249	1250	1251	1252	1253	1254	1255	1256	1257	1258	1259	1260	1261	1262	1263	1264	1265	1266	1267	1268	1269	1270	1271	1272	1273	1274	1275	1276	1277	1278	1279	1280	1281	1282	1283	1284	1285	1286	1287	1288	1289	1290	1291	1292	1293	1294	1295	1296	1297	1298	1299	1300	1301	1302	1303	1304	1305	1306	1307	1308	1309	1310	1311	1312	1313	1314	1315	1316	1317	1318	1319	1320	1321	1322	1323	1324	1325	1326	1327	1328	1329	1330	1331	1332	1333	1334	1335	1336	1337	1338	1339	1340	1341	1342	1343	1344	1345	1346	1347	1348	1349	1350	1351	1352	1353	1354	1355	1356	1357	1358	1359	1360	1361	1362	1363	1364	1365	1366	1367	1368	1369	1370	1371	1372	1373	1374	1375	1376	1377	1378	1379	1380	1381	1382	1383	1384	1385	1386	1387	1388	1389	1390	1391	1392	1393	1394	1395	1396	1397	1398	1399	1400	1401	1402	1403	1404	1405	1406	1407	1408	1409	1410	1411	1412	1413	1414	1415	1416	1417	1418	1419	1420	1421	1422	1423	1424	1425	1426	1427	1428	1429	1430	1431	1432	1433	1434	1435	1436	1437	1438	1439	1440	1441	1442	1443	1444	1445	1446	1447	1448	1449	1450	1451	1452	1453
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	-----	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------	------









MAG. REGIONALE DELLE ATTIVITÀ ECONOMICHE, SCIENTIFICHE, LETTERARIE, ARTISTICHE, SPORTIVE E TURISTICHE			MAG. REGIONALE DELLE ATTIVITÀ ECONOMICHE, SCIENTIFICHE, LETTERARIE, ARTISTICHE, SPORTIVE E TURISTICHE			MAG. REGIONALE DELLE ATTIVITÀ ECONOMICHE, SCIENTIFICHE, LETTERARIE, ARTISTICHE, SPORTIVE E TURISTICHE			MAG. REGIONALE DELLE ATTIVITÀ ECONOMICHE, SCIENTIFICHE, LETTERARIE, ARTISTICHE, SPORTIVE E TURISTICHE			MAG. REGIONALE DELLE ATTIVITÀ ECONOMICHE, SCIENTIFICHE, LETTERARIE, ARTISTICHE, SPORTIVE E TURISTICHE			MAG. REGIONALE DELLE ATTIVITÀ ECONOMICHE, SCIENTIFICHE, LETTERARIE, ARTISTICHE, SPORTIVE E TURISTICHE			MAG. REGIONALE DELLE ATTIVITÀ ECONOMICHE, SCIENTIFICHE, LETTERARIE, ARTISTICHE, SPORTIVE E TURISTICHE			MAG. REGIONALE DELLE ATTIVITÀ ECONOMICHE, SCIENTIFICHE, LETTERARIE, ARTISTICHE, SPORTIVE E TURISTICHE																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100	101	102	103	104	105	106	107	108	109	110	111	112	113	114	115	116	117	118	119	120	121	122	123	124	125	126	127	128	129	130	131	132	133	134	135	136	137	138	139	140	141	142	143	144	145	146	147	148	149	150	151	152	153	154	155	156	157	158	159	160	161	162	163	164	165	166	167	168	169	170	171	172	173	174	175	176	177	178	179	180	181	182	183	184	185	186	187	188	189	190	191	192	193	194	195	196	197	198	199	200	201	202	203	204	205	206	207	208	209	210	211	212	213	214	215	216	217	218	219	220	221	222	223	224	225	226	227	228	229	230	231	232	233	234	235	236	237	238	239	240	241	242	243	244	245	246	247	248	249	250	251	252	253	254	255	256	257	258	259	260	261	262	263	264	265	266	267	268	269	270	271	272	273	274	275	276	277	278	279	280	281	282	283	284	285	286	287	288	289	290	291	292	293	294	295	296	297	298	299	300	301	302	303	304	305	306	307	308	309	310	311	312	313	314	315	316	317	318	319	320	321	322	323	324	325	326	327	328	329	330	331	332	333	334	335	336	337	338	339	340	341	342	343	344	345	346	347	348	349	350	351	352	353	354	355	356	357	358	359	360	361	362	363	364	365	366	367	368	369	370	371	372	373	374	375	376	377	378	379	380	381	382	383	384	385	386	387	388	389	390	391	392	393	394	395	396	397	398	399	400	401	402	403	404	405	406	407	408	409	410	411	412	413	414	415	416	417	418	419	420	421	422	423	424	425	426	427	428	429	430	431	432	433	434	435	436	437	438	439	440	441	442	443	444	445	446	447	448	449	450	451	452	453	454	455	456	457	458	459	460	461	462	463	464	465	466	467	468	469	470	471	472	473	474	475	476	477	478	479	480	481	482	483	484	485	486	487	488	489	490	491	492	493	494	495	496	497	498	499	500	501	502	503	504	505	506	507	508	509	510	511	512	513	514	515	516	517	518	519	520	521	522	523	524	525	526	527	528	529	530	531	532	533	534	535	536	537	538	539	540	541	542	543	544	545	546	547	548	549	550	551	552	553	554	555	556	557	558	559	560	561	562	563	564	565	566	567	568	569	570	571	572	573	574	575	576	577	578	579	580	581	582	583	584	585	586	587	588	589	590	591	592	593	594	595	596	597	598	599	600	601	602	603	604	605	606	607	608	609	610	611	612	613	614	615	616	617	618	619	620	621	622	623	624	625	626	627	628	629	630	631	632	633	634	635	636	637	638	639	640	641	642	643	644	645	646	647	648	649	650	651	652	653	654	655	656	657	658	659	660	661	662	663	664	665	666	667	668	669	670	671	672	673	674	675	676	677	678	679	680	681	682	683	684	685	686	687	688	689	690	691	692	693	694	695	696	697	698	699	700	701	702	703	704	705	706	707	708	709	710	711	712	713	714	715	716	717	718	719	720	721	722	723	724	725	726	727	728	729	730	731	732	733	734	735	736	737	738	739	740	741	742	743	744	745	746	747	748	749	750	751	752	753	754	755	756	757	758	759	760	761	762	763	764	765	766	767	768	769	770	771	772	773	774	775	776	777	778	779	780	781	782	783	784	785	786	787	788	789	790	791	792	793	794	795	796	797	798	799	800	801	802	803	804	805	806	807	808	809	810	811	812	813	814	815	816	817	818	819	820	821	822	823	824	825	826	827	828	829	830	831	832	833	834	835	836	837	838	839	840	841	842	843	844	845	846	847	848	849	850	851	852	853	854	855	856	857	858	859	860	861	862	863	864	865	866	867	868	869	870	871	872	873	874	875	876	877	878	879	880	881	882	883	884	885	886	887	888	889	890	891	892	893	894	895	896	897	898	899	900	901	902	903	904	905	906	907	908	909	910	911	912	913	914	915	916	917	918	919	920	921	922	923	924	925	926	927	928	929	930	931	932	933	934	935	936	937	938	939	940	941	942	943	944	945	946	947	948	949	950	951	952	953	954	955	956	957	958	959	960	961	962	963	964	965	966	967	968	969	970	971	972	973	974	975	976	977	978	979	980	981	982	983	984	985	986	987	988	989	990	991	992	993	994	995	996	997	998	999	1000	1001	1002	1003	1004	1005	1006	1007	1008	1009	1010	1011	1012	1013	1014	1015	1016	1017	1018	1019	1020	1021	1022	1023	1024	1025	1026	1027	1028	1029	1030	1031	1032	1033	1034	1035	1036	1037	1038	1039	1040	1041	1042	1043	1044	1045	1046	1047	1048	1049	1050	1051	1052	1053	1054	1055	1056	1057	1058	1059	1060	1061	1062	1063	1064	1065	1066	1067	1068	1069	1070	1071	1072	1073	1074	1075	1076	1077	1078	1079	1080	1081	1082	1083	1084	1085	1086	1087	1088	1089	1090	1091	1092	1093	1094	1095	1096	1097	1098	1099	1100	1101	1102	1103	1104	1105	1106	1107	1108	1109	1110	1111	1112	1113	1114	1115	1116	1117	1118	1119	1120	1121	1122	1123	1124	1125	1126	1127	1128	1129	1130	1131	1132	1133	1134	1135	1136	1137	1138	1139	1140	1141	1142	1143	1144	1145	1146	1147	1148	1149	1150	1151	1152	1153	1154	1155	1156	1157	1158	1159	1160	1161	1162	1163	1164	1165	1166	1167	1168	1169	1170	1171	1172	1173	1174	1175	1176	1177	1178	1179	1180	1181	1182	1183	1184	1185	1186	1187	1188	1189	1190	1191	1192	1193	1194	1195	1196	1197	1198	1199	1200	1201	1202	1203	1204	1205	1206	1207	1208	1209	1210	1211	1212	1213	1214	1215	1216	1217	1218	1219	1220	1221	1222	1223	1224	1225	1226	1227	1228	1229	1230	1231	1232	1233	1234	1235	1236	1237	1238	1239	1240	1241	1242	1243	1244	1245	1246	1247	1248	1249	1250	1251	1252	1253	1254	1255	1256	1257	1258	1259	1260	1261	1262	1263	1264	1265	1266	1267	1268	1269	1270	1271	1272	1273	1274	1275	1276	1277	1278	1279	1280	1281	1282	1283	1284	1285	1286	1287	1288	1289	1290	1291	1292	1293	1294	1295	1296	1297	1298	1299	1300	1301	1302	1303	1304	1305	1306	1307	1308	1309	1310	1311	1312	1313	1314	1315	1316	1317	1318	1319	1320	1321	1322	1323	1324	1325	1326	1327	1328	1329	1330	1331	1332	1333	1334	1335	1336	1337	1338	1339	1340	1341	1342	1343	1344	1345	1346	1347	1348	1349	1350	1351	1352	1353	1354	1355	1356	1357	1358	1359	1360	1361	1362	1363	1364	1365	1366	1367	1368	1369	1370	1371	1372	1373	1374	1375	1376	1377	1378	1379	1380	1381	1382	1383	1384	1385	1386	1387	1388	1389	1390	1391	1392	1393	1394	1395	1396	1397	1398	1399	1400	1401	1402	1403	1404	1405	1406	1407	1408	1409	1410	1411	1412	1413	1414	1415	1416	1417	1418	1419	1420	1421	1422	1423	1424	1425	1426	1427	1428	1429	1430	1431	1432	1433	1434	1435	1436	1437	1438	1439	1440	1441	1442	1443	1444	1445	1446	1447	1448	1449



NOME COGNOME ALFABETICO											CATEGORIA PROFESSIONALE											MUNICIPIO											REGIONE																																																																		
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59	60	61	62	63	64	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74	75	76	77	78	79	80	81	82	83	84	85	86	87	88	89	90	91	92	93	94	95	96	97	98	99	100



MATERIA REGIONALE - CONCORSO PUBBLICO PER SOGGERE A CATEGORIA SPECIALISTICA SOTTILENTO - ASPETTI		MATERIA REGIONALE - CONCORSO PUBBLICO PER SOGGERE A CATEGORIA SPECIALISTICA SOTTILENTO - ASPETTI	
ID	CODICE	INTELLIGIBILITÀ DEL TESTO	ESATTA RIPRODUZIONE DEL TESTO
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9
10	10	10	10
11	11	11	11
12	12	12	12
13	13	13	13
14	14	14	14
15	15	15	15
16	16	16	16
17	17	17	17
18	18	18	18
19	19	19	19
20	20	20	20
21	21	21	21
22	22	22	22
23	23	23	23
24	24	24	24
25	25	25	25
26	26	26	26
27	27	27	27
28	28	28	28
29	29	29	29
30	30	30	30
31	31	31	31
32	32	32	32
33	33	33	33
34	34	34	34
35	35	35	35
36	36	36	36
37	37	37	37
38	38	38	38
39	39	39	39
40	40	40	40
41	41	41	41
42	42	42	42
43	43	43	43
44	44	44	44
45	45	45	45
46	46	46	46
47	47	47	47
48	48	48	48
49	49	49	49
50	50	50	50
51	51	51	51
52	52	52	52
53	53	53	53
54	54	54	54
55	55	55	55
56	56	56	56
57	57	57	57
58	58	58	58
59	59	59	59
60	60	60	60
61	61	61	61
62	62	62	62
63	63	63	63
64	64	64	64
65	65	65	65
66	66	66	66
67	67	67	67
68	68	68	68
69	69	69	69
70	70	70	70
71	71	71	71
72	72	72	72
73	73	73	73
74	74	74	74
75	75	75	75
76	76	76	76
77	77	77	77
78	78	78	78
79	79	79	79
80	80	80	80
81	81	81	81
82	82	82	82
83	83	83	83
84	84	84	84
85	85	85	85
86	86	86	86
87	87	87	87
88	88	88	88
89	89	89	89
90	90	90	90
91	91	91	91
92	92	92	92
93	93	93	93
94	94	94	94
95	95	95	95
96	96	96	96
97	97	97	97
98	98	98	98
99	99	99	99
100	100	100	100

FOCUS: COMUNE DI ANDRANO

BANDO REGIONALE DI CONCORSO PUBBLICO PER IL POTESTATO COMUNALE		SERVIZIO DI ASSISTENZA TECNICA AL SERVIZIO DI GESTIONE DEL RIFIUTO SOLIDO URS		CATEGORIA C/1		CATEGORIA C/2		CATEGORIA C/3		CATEGORIA C/4		CATEGORIA C/5		CATEGORIA C/6		CATEGORIA C/7		CATEGORIA C/8		CATEGORIA C/9		CATEGORIA C/10	
CODICE	COGNOME E NOME	INDIRIZZO	CITTA'	PROV.	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES	ES
0000000001	A. A.	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
0000000002	B. B.	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...



















REG. DIR. DIVISIONE REGIONALE

RISULTATO DELL'ESAME DI AMMISSIONE PER LA FASE DI												
NUMERO DI MATRICOLA	CODICE UNIVERSITÀ	INTEGRAZIONE ESAME	ESAME	ESAME	ESAME	ESAME	ESAME	ESAME	ESAME	ESAME	ESAME	ESAME
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
0001	0001											
0002	0002											























REGIONE PUGLIA			CONTRIBUTO REGIONALE			CONTRIBUTO COMUNALE			CONTRIBUTO PROVINCIALE			CONTRIBUTO INTERCOMUNALE			CONTRIBUTO STATALE			CONTRIBUTO EUROPEO			CONTRIBUTO NAZIONALE			CONTRIBUTO TOTALE																							
CODICE	DESCRIZIONE	VALORE	CODICE	DESCRIZIONE	VALORE	CODICE	DESCRIZIONE	VALORE	CODICE	DESCRIZIONE	VALORE	CODICE	DESCRIZIONE	VALORE	CODICE	DESCRIZIONE	VALORE	CODICE	DESCRIZIONE	VALORE	CODICE	DESCRIZIONE	VALORE	CODICE	DESCRIZIONE	VALORE	CODICE	DESCRIZIONE	VALORE	CODICE	DESCRIZIONE	VALORE	CODICE	DESCRIZIONE	VALORE	CODICE	DESCRIZIONE	VALORE									
101	CONTRIBUTO REGIONALE	10000000000000000000	102	CONTRIBUTO COMUNALE	10000000000000000000	103	CONTRIBUTO PROVINCIALE	10000000000000000000	104	CONTRIBUTO INTERCOMUNALE	10000000000000000000	105	CONTRIBUTO STATALE	10000000000000000000	106	CONTRIBUTO EUROPEO	10000000000000000000	107	CONTRIBUTO NAZIONALE	10000000000000000000	108	CONTRIBUTO TOTALE	10000000000000000000	109	CONTRIBUTO REGIONALE	10000000000000000000	110	CONTRIBUTO COMUNALE	10000000000000000000	111	CONTRIBUTO PROVINCIALE	10000000000000000000	112	CONTRIBUTO INTERCOMUNALE	10000000000000000000	113	CONTRIBUTO STATALE	10000000000000000000	114	CONTRIBUTO EUROPEO	10000000000000000000	115	CONTRIBUTO NAZIONALE	10000000000000000000	116	CONTRIBUTO TOTALE	10000000000000000000
101	CONTRIBUTO REGIONALE	10000000000000000000	102	CONTRIBUTO COMUNALE	10000000000000000000	103	CONTRIBUTO PROVINCIALE	10000000000000000000	104	CONTRIBUTO INTERCOMUNALE	10000000000000000000	105	CONTRIBUTO STATALE	10000000000000000000	106	CONTRIBUTO EUROPEO	10000000000000000000	107	CONTRIBUTO NAZIONALE	10000000000000000000	108	CONTRIBUTO TOTALE	10000000000000000000	109	CONTRIBUTO REGIONALE	10000000000000000000	110	CONTRIBUTO COMUNALE	10000000000000000000	111	CONTRIBUTO PROVINCIALE	10000000000000000000	112	CONTRIBUTO INTERCOMUNALE	10000000000000000000	113	CONTRIBUTO STATALE	10000000000000000000	114	CONTRIBUTO EUROPEO	10000000000000000000	115	CONTRIBUTO NAZIONALE	10000000000000000000	116	CONTRIBUTO TOTALE	10000000000000000000
101	CONTRIBUTO REGIONALE	10000000000000000000	102	CONTRIBUTO COMUNALE	10000000000000000000	103	CONTRIBUTO PROVINCIALE	10000000000000000000	104	CONTRIBUTO INTERCOMUNALE	10000000000000000000	105	CONTRIBUTO STATALE	10000000000000000000	106	CONTRIBUTO EUROPEO	10000000000000000000	107	CONTRIBUTO NAZIONALE	10000000000000000000	108	CONTRIBUTO TOTALE	10000000000000000000	109	CONTRIBUTO REGIONALE	10000000000000000000	110	CONTRIBUTO COMUNALE	10000000000000000000	111	CONTRIBUTO PROVINCIALE	10000000000000000000	112	CONTRIBUTO INTERCOMUNALE	10000000000000000000	113	CONTRIBUTO STATALE	10000000000000000000	114	CONTRIBUTO EUROPEO	10000000000000000000	115	CONTRIBUTO NAZIONALE	10000000000000000000	116	CONTRIBUTO TOTALE	10000000000000000000





COPERTINA REGIONALE 2023

CATEGORIA		CONTRIBUTO REGIONALE		CONTRIBUTO COMUNALE		CONTRIBUTO COMUNICAZIONE		CONTRIBUTO IRRADIAMENTO		CONTRIBUTO TELECOMUNICAZIONI		CONTRIBUTO TELEVISIONI		CONTRIBUTO TELEFONIA		CONTRIBUTO TELEFONIA MOBILE		CONTRIBUTO TELEFONIA FISSA		CONTRIBUTO TELEFONIA MOBILE		CONTRIBUTO TELEFONIA FISSA		CONTRIBUTO TELEFONIA MOBILE		CONTRIBUTO TELEFONIA FISSA		CONTRIBUTO TELEFONIA MOBILE		CONTRIBUTO TELEFONIA FISSA		CONTRIBUTO TELEFONIA MOBILE		CONTRIBUTO TELEFONIA FISSA		
DESCRIZIONE	CODICE	VALORE	PERCENTUALE	VALORE	PERCENTUALE	VALORE	PERCENTUALE	VALORE	PERCENTUALE	VALORE	PERCENTUALE	VALORE	PERCENTUALE	VALORE	PERCENTUALE	VALORE	PERCENTUALE	VALORE	PERCENTUALE	VALORE	PERCENTUALE	VALORE	PERCENTUALE	VALORE	PERCENTUALE	VALORE	PERCENTUALE	VALORE	PERCENTUALE	VALORE	PERCENTUALE	VALORE	PERCENTUALE	VALORE	PERCENTUALE	
1.1.1	1.1.1.1	1.1.1.1.1	1.1.1.1.2	1.1.1.1.3	1.1.1.1.4	1.1.1.1.5	1.1.1.1.6	1.1.1.1.7	1.1.1.1.8	1.1.1.1.9	1.1.1.1.10	1.1.1.1.11	1.1.1.1.12	1.1.1.1.13	1.1.1.1.14	1.1.1.1.15	1.1.1.1.16	1.1.1.1.17	1.1.1.1.18	1.1.1.1.19	1.1.1.1.20	1.1.1.1.21	1.1.1.1.22	1.1.1.1.23	1.1.1.1.24	1.1.1.1.25	1.1.1.1.26	1.1.1.1.27	1.1.1.1.28	1.1.1.1.29	1.1.1.1.30	1.1.1.1.31	1.1.1.1.32	1.1.1.1.33	1.1.1.1.34	1.1.1.1.35







TABLE WITH MULTIPLE COLUMNS AND ROWS, INCLUDING HEADERS AND DATA ENTRIES.



CODICE CATEGORIA AMBITO TIPOLOGIA	DENOMINAZIONE DEL CORSO DI STUDIO (C.D.S.)	C.F.P. (C.F.P. SEMPLICE) C.F.P. (C.F.P. COMPLESSIVO) C.F.P. (C.F.P. INTEGRATO)	ANNO DI CORSO (1°-2°-3°-4°-5°)	SEZIONE (A-B-C-D-E-F)	ANNO DI CORSO (1°-2°-3°-4°-5°)	SEZIONE (A-B-C-D-E-F)	ANNO DI CORSO (1°-2°-3°-4°-5°)	SEZIONE (A-B-C-D-E-F)	ANNO DI CORSO (1°-2°-3°-4°-5°)	SEZIONE (A-B-C-D-E-F)	ANNO DI CORSO (1°-2°-3°-4°-5°)	SEZIONE (A-B-C-D-E-F)	ANNO DI CORSO (1°-2°-3°-4°-5°)	SEZIONE (A-B-C-D-E-F)	ANNO DI CORSO (1°-2°-3°-4°-5°)	SEZIONE (A-B-C-D-E-F)	ANNO DI CORSO (1°-2°-3°-4°-5°)	SEZIONE (A-B-C-D-E-F)
01 A 1 A	CORSO DI LAUREA IN INGEGNERIA CIVILE	120438 120438	1°	A	1°	A	1°	A	1°	A	1°	A	1°	A	1°	A	1°	A
01 A 1 B	CORSO DI LAUREA IN INGEGNERIA CIVILE	120438 120438	1°	B	1°	B	1°	B	1°	B	1°	B	1°	B	1°	B	1°	B









TABLE WITH MULTIPLE COLUMNS AND ROWS, INCLUDING HEADERS AND DATA. THE TABLE IS EXTREMELY DENSE AND CONTAINS A LARGE AMOUNT OF REPEATING TEXT IN THE DATA CELLS.











<p><b>PROV. MURAGLIA - CANTONE DI MURAGLIA</b></p>			
<p>NUM. CANTONE</p>	<p>NUM. CANTONE</p>	<p>NUM. CANTONE</p>	<p>NUM. CANTONE</p>
1	1	1	1
2	2	2	2
3	3	3	3
4	4	4	4
5	5	5	5
6	6	6	6
7	7	7	7
8	8	8	8
9	9	9	9
10	10	10	10
11	11	11	11
12	12	12	12
13	13	13	13
14	14	14	14
15	15	15	15
16	16	16	16
17	17	17	17
18	18	18	18
19	19	19	19
20	20	20	20
21	21	21	21
22	22	22	22
23	23	23	23
24	24	24	24
25	25	25	25
26	26	26	26
27	27	27	27
28	28	28	28
29	29	29	29
30	30	30	30
31	31	31	31
32	32	32	32
33	33	33	33
34	34	34	34
35	35	35	35
36	36	36	36
37	37	37	37
38	38	38	38
39	39	39	39
40	40	40	40
41	41	41	41
42	42	42	42
43	43	43	43
44	44	44	44
45	45	45	45
46	46	46	46
47	47	47	47
48	48	48	48
49	49	49	49
50	50	50	50
51	51	51	51
52	52	52	52
53	53	53	53
54	54	54	54
55	55	55	55
56	56	56	56
57	57	57	57
58	58	58	58
59	59	59	59
60	60	60	60
61	61	61	61
62	62	62	62
63	63	63	63
64	64	64	64
65	65	65	65
66	66	66	66
67	67	67	67
68	68	68	68
69	69	69	69
70	70	70	70
71	71	71	71
72	72	72	72
73	73	73	73
74	74	74	74
75	75	75	75
76	76	76	76
77	77	77	77
78	78	78	78
79	79	79	79
80	80	80	80
81	81	81	81
82	82	82	82
83	83	83	83
84	84	84	84
85	85	85	85
86	86	86	86
87	87	87	87
88	88	88	88
89	89	89	89
90	90	90	90
91	91	91	91
92	92	92	92
93	93	93	93
94	94	94	94
95	95	95	95
96	96	96	96
97	97	97	97
98	98	98	98
99	99	99	99
100	100	100	100







CATEGORIA PROFESSIONISTICI PER INDIRIZZI			ANNO DI AMMISSIONE ALLA PROVA	GRADUATO IN	MATERIA ESAMINATA	VOTO ESAMINE	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI		ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	
ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI					ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI												ESAMI ESERCIZI ESAMINATI
1.1.1	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	1	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI	ESAMI ESERCIZI ESAMINATI







































































ANNO 2023 - RENDICONTO CONSUNTIVO										
SEZIONE DI ECONOMIA			RISULTATI ECONOMICI				RISULTATI FINANZIARI			
DESCRIZIONE	CLASSE	CODICE	PRODOTTO	CONSUMATO	CONCORSO	DIFFERENZIALE	RIESTERMINO	INDEBITAMENTO	INDEBITAMENTO	INDEBITAMENTO
			IN MILA EURO	IN MILA EURO	IN MILA EURO	IN MILA EURO	IN MILA EURO	IN MILA EURO	IN MILA EURO	IN MILA EURO
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										
16										
17										
18										
19										
20										
21										
22										
23										
24										
25										
26										
27										
28										
29										
30										
31										
32										
33										
34										
35										
36										
37										
38										
39										
40										
41										
42										
43										
44										
45										
46										
47										
48										
49										
50										
51										
52										
53										
54										
55										
56										
57										
58										
59										
60										
61										
62										
63										
64										
65										
66										
67										
68										
69										
70										
71										
72										
73										
74										
75										
76										
77										
78										
79										
80										
81										
82										
83										
84										
85										
86										
87										
88										
89										
90										
91										
92										
93										
94										
95										
96										
97										
98										
99										
100										
101										
102										
103										
104										
105										
106										
107										
108										
109										
110										
111										
112										
113										
114										
115										
116										
117										
118										
119										
120										
121										
122										
123										
124										
125										
126										
127										
128										
129										
130										
131										
132										
133										
134										
135										
136										
137										
138										
139										
140										
141										
142										
143										
144										
145										
146										
147										
148										
149										
150										
151										
152										
153										
154										
155										
156										
157										
158										
159										
160										
161										
162										
163										
164										
165										
166										
167										
168										
169										
170										
171										
172										
173										
174										
175										
176										
177										
178										
179										
180										
181										
182										
183										
184										
185										
186										
187										
188										
189										
190										
191										
192										
193										
194										
195										
196										
197										
198										
199										
200										
201										
202										
203										
204										
205										
206										
207										
208										
209										
210										
211										
212										
213										
214										
215										
216										
217										
218										
219										
220										
221										
222										
223										
224										
225										
226										
227										
228										
229										
230										
231										
232										
233										









COPERTINA

C.A.P.	C.O.A.	C.O.P.	C.O.E.	C.O.G.	C.O.F.	C.O.L.	C.O.S.	C.O.M.	C.O.N.	C.O.T.	C.O.V.	C.O.A.	C.O.P.	C.O.E.	C.O.G.	C.O.F.	C.O.L.	C.O.S.	C.O.M.	C.O.N.	C.O.T.	C.O.V.	C.O.A.	C.O.P.	C.O.E.	C.O.G.	C.O.F.	C.O.L.	C.O.S.	C.O.M.	C.O.N.	C.O.T.	C.O.V.	C.O.A.	C.O.P.	C.O.E.	C.O.G.	C.O.F.																																																													
70101	70102	70103	70104	70105	70106	70107	70108	70109	70110	70111	70112	70113	70114	70115	70116	70117	70118	70119	70120	70121	70122	70123	70124	70125	70126	70127	70128	70129	70130	70131	70132	70133	70134	70135	70136	70137	70138	70139	70140	70141	70142	70143	70144	70145	70146	70147	70148	70149	70150	70151	70152	70153	70154	70155	70156	70157	70158	70159	70160	70161	70162	70163	70164	70165	70166	70167	70168	70169	70170	70171	70172	70173	70174	70175	70176	70177	70178	70179	70180	70181	70182	70183	70184	70185	70186	70187	70188	70189	70190	70191	70192	70193	70194	70195	70196	70197	70198	70199	70200











LEGGE REGIONALE N. 13 DEL 30/05/2023  
 CONCERNENTE  
 L'ISTITUZIONE DI UN'AMMINISTRAZIONE REGIONALE DI  
 AREA PER LA TUTELA DEL PATRIMONIO CULTURALE  
 DELLA REGIONE PUGLIA

INDICAZIONE DELL'AMMINISTRAZIONE REGIONALE DI AREA PER LA TUTELA DEL PATRIMONIO CULTURALE DELLA REGIONE PUGLIA	INDICAZIONE DEL TITOLO DELL'AMMINISTRAZIONE REGIONALE DI AREA PER LA TUTELA DEL PATRIMONIO CULTURALE DELLA REGIONE PUGLIA	INDICAZIONE DEL TIPO DELL'AMMINISTRAZIONE REGIONALE DI AREA PER LA TUTELA DEL PATRIMONIO CULTURALE DELLA REGIONE PUGLIA	INDICAZIONE DEL SETTORE DELL'AMMINISTRAZIONE REGIONALE DI AREA PER LA TUTELA DEL PATRIMONIO CULTURALE DELLA REGIONE PUGLIA	INDICAZIONE DEL RIFERIMENTO LEGISLATIVO DELL'AMMINISTRAZIONE REGIONALE DI AREA PER LA TUTELA DEL PATRIMONIO CULTURALE DELLA REGIONE PUGLIA	INDICAZIONE DEL RIFERIMENTO LEGISLATIVO DELL'AMMINISTRAZIONE REGIONALE DI AREA PER LA TUTELA DEL PATRIMONIO CULTURALE DELLA REGIONE PUGLIA	INDICAZIONE DEL RIFERIMENTO LEGISLATIVO DELL'AMMINISTRAZIONE REGIONALE DI AREA PER LA TUTELA DEL PATRIMONIO CULTURALE DELLA REGIONE PUGLIA	INDICAZIONE DEL RIFERIMENTO LEGISLATIVO DELL'AMMINISTRAZIONE REGIONALE DI AREA PER LA TUTELA DEL PATRIMONIO CULTURALE DELLA REGIONE PUGLIA	INDICAZIONE DEL RIFERIMENTO LEGISLATIVO DELL'AMMINISTRAZIONE REGIONALE DI AREA PER LA TUTELA DEL PATRIMONIO CULTURALE DELLA REGIONE PUGLIA	INDICAZIONE DEL RIFERIMENTO LEGISLATIVO DELL'AMMINISTRAZIONE REGIONALE DI AREA PER LA TUTELA DEL PATRIMONIO CULTURALE DELLA REGIONE PUGLIA	INDICAZIONE DEL RIFERIMENTO LEGISLATIVO DELL'AMMINISTRAZIONE REGIONALE DI AREA PER LA TUTELA DEL PATRIMONIO CULTURALE DELLA REGIONE PUGLIA
AMMINISTRAZIONE REGIONALE DI AREA PER LA TUTELA DEL PATRIMONIO CULTURALE DELLA REGIONE PUGLIA	AMMINISTRAZIONE REGIONALE DI AREA PER LA TUTELA DEL PATRIMONIO CULTURALE DELLA REGIONE PUGLIA	AMMINISTRAZIONE REGIONALE DI AREA PER LA TUTELA DEL PATRIMONIO CULTURALE DELLA REGIONE PUGLIA	AMMINISTRAZIONE REGIONALE DI AREA PER LA TUTELA DEL PATRIMONIO CULTURALE DELLA REGIONE PUGLIA	AMMINISTRAZIONE REGIONALE DI AREA PER LA TUTELA DEL PATRIMONIO CULTURALE DELLA REGIONE PUGLIA	AMMINISTRAZIONE REGIONALE DI AREA PER LA TUTELA DEL PATRIMONIO CULTURALE DELLA REGIONE PUGLIA	AMMINISTRAZIONE REGIONALE DI AREA PER LA TUTELA DEL PATRIMONIO CULTURALE DELLA REGIONE PUGLIA	AMMINISTRAZIONE REGIONALE DI AREA PER LA TUTELA DEL PATRIMONIO CULTURALE DELLA REGIONE PUGLIA	AMMINISTRAZIONE REGIONALE DI AREA PER LA TUTELA DEL PATRIMONIO CULTURALE DELLA REGIONE PUGLIA	AMMINISTRAZIONE REGIONALE DI AREA PER LA TUTELA DEL PATRIMONIO CULTURALE DELLA REGIONE PUGLIA	AMMINISTRAZIONE REGIONALE DI AREA PER LA TUTELA DEL PATRIMONIO CULTURALE DELLA REGIONE PUGLIA









ANNO 2023

CONTO CONSOLIDATO DI STATO 2023									
SPESE PER INVESTIMENTI	RISORSE UGUALI ALLE SPESE PER INVESTIMENTI				SPESE PER IL FUNZIONAMENTO				
	RICAVI DALLA VENDITA DI BENI	RICAVI DALLA VENDITA DI SERVIZI	RICAVI DALLA VENDITA DI DIRITTI	RICAVI DALLA VENDITA DI ATTIVITÀ	RICAVI DA ATTIVITÀ ECONOMICHE	RICAVI DA ATTIVITÀ DI INTERMEDIAZIONE	RICAVI DA ATTIVITÀ DI SERVIZIO	RICAVI DA ATTIVITÀ DI GESTIONE	RICAVI DA ATTIVITÀ DI RICERCA
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

TABLE WITH MULTIPLE COLUMNS AND ROWS, INCLUDING HEADERS AND DATA.

































TABLE WITH MULTIPLE COLUMNS AND ROWS, CONTAINING DETAILED DATA AND HEADINGS.



CATEGORIA		INDICAZIONE DELLA DENOMINAZIONE DEL POSTO E DELL'INDICAZIONE DELLA CLASSE E DELLA SCELTA DELLA REGIONE			INDICAZIONE DELL'AMBITO TERRITORIALE			INDICAZIONE DELL'AMBITO PROFESSIONALE		INDICAZIONE DELL'AMBITO ECONOMICOGRAFICO		INDICAZIONE DELL'AMBITO QUANTITATIVO		INDICAZIONE DELL'AMBITO QUALITATIVO		INDICAZIONE DELL'AMBITO ECONOMICO		INDICAZIONE DELL'AMBITO PROFESSIONALIZZANTE		INDICAZIONE DELL'AMBITO ECONOMICOGRAFICO		INDICAZIONE DELL'AMBITO QUANTITATIVO		INDICAZIONE DELL'AMBITO QUALITATIVO		INDICAZIONE DELL'AMBITO ECONOMICO		INDICAZIONE DELL'AMBITO PROFESSIONALIZZANTE								
INDICAZIONE DELLA DENOMINAZIONE DEL POSTO E DELL'INDICAZIONE DELLA CLASSE E DELLA SCELTA DELLA REGIONE	INDICAZIONE DELL'AMBITO TERRITORIALE	INDICAZIONE DELL'AMBITO PROFESSIONALE	INDICAZIONE DELL'AMBITO ECONOMICOGRAFICO	INDICAZIONE DELL'AMBITO QUANTITATIVO	INDICAZIONE DELL'AMBITO QUALITATIVO	INDICAZIONE DELL'AMBITO ECONOMICO	INDICAZIONE DELL'AMBITO PROFESSIONALIZZANTE	INDICAZIONE DELL'AMBITO ECONOMICOGRAFICO	INDICAZIONE DELL'AMBITO QUANTITATIVO	INDICAZIONE DELL'AMBITO QUALITATIVO	INDICAZIONE DELL'AMBITO ECONOMICO	INDICAZIONE DELL'AMBITO PROFESSIONALIZZANTE	INDICAZIONE DELL'AMBITO ECONOMICOGRAFICO	INDICAZIONE DELL'AMBITO QUANTITATIVO	INDICAZIONE DELL'AMBITO QUALITATIVO	INDICAZIONE DELL'AMBITO ECONOMICO	INDICAZIONE DELL'AMBITO PROFESSIONALIZZANTE	INDICAZIONE DELL'AMBITO ECONOMICOGRAFICO	INDICAZIONE DELL'AMBITO QUANTITATIVO	INDICAZIONE DELL'AMBITO QUALITATIVO	INDICAZIONE DELL'AMBITO ECONOMICO	INDICAZIONE DELL'AMBITO PROFESSIONALIZZANTE	INDICAZIONE DELL'AMBITO ECONOMICOGRAFICO	INDICAZIONE DELL'AMBITO QUANTITATIVO	INDICAZIONE DELL'AMBITO QUALITATIVO	INDICAZIONE DELL'AMBITO ECONOMICO	INDICAZIONE DELL'AMBITO PROFESSIONALIZZANTE	INDICAZIONE DELL'AMBITO ECONOMICOGRAFICO	INDICAZIONE DELL'AMBITO QUANTITATIVO	INDICAZIONE DELL'AMBITO QUALITATIVO	INDICAZIONE DELL'AMBITO ECONOMICO	INDICAZIONE DELL'AMBITO PROFESSIONALIZZANTE				
PUBBLICITÀ PER RIFORMA DEI SERVIZI																																				
PUBBLICITÀ PER RIFORMA DEI SERVIZI																																				





PROVA DI CONCORSO PER LA ASSUNZIONE PRESSO LA REGIONE PUGLIA			RECAPITOLAZIONE DEI PUNTI OTTENUTI DA OGNI CANDIDATO																					
CATEGORIA	CANDIDATO	INIZIALE	ESAMI STRUTTURATI					ESAMI STRUTTURATI (PROVA D'ESCLUSIVO)			ESAMI STRUTTURATI (PROVA ORALE)				ESAMI STRUTTURATI (PROVA PRATICA)		ESAMI STRUTTURATI (PROVA SCRITTA)		ESAMI STRUTTURATI (PROVA GENERALE)		ESAMI STRUTTURATI (PROVA SPECIFICAZIONE)			
			PROVA STRUTTURATA DI LOGICA	PROVA STRUTTURATA DI MATEMATICA	PROVA STRUTTURATA DI SCIENZE INTEGRATE	PROVA STRUTTURATA DI LETTERE E SCIENZE UMANE	PROVA STRUTTURATA DI INFORMATICA	PROVA STRUTTURATA DI INGLESE	PROVA STRUTTURATA DI SPAGNOLO	PROVA STRUTTURATA DI FRANCESE	PROVA STRUTTURATA DI ALCUNE ALTRE LINGUE	PROVA STRUTTURATA DI ECONOMIA E DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	PROVA STRUTTURATA DI DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	PROVA STRUTTURATA DI DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	PROVA STRUTTURATA DI DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	PROVA STRUTTURATA DI DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	PROVA STRUTTURATA DI DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	PROVA STRUTTURATA DI DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	PROVA STRUTTURATA DI DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	PROVA STRUTTURATA DI DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	PROVA STRUTTURATA DI DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	PROVA STRUTTURATA DI DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	PROVA STRUTTURATA DI DIRIGENTI AMMINISTRATIVI	











Codice OFRA: 560/DFU/2023/0000

PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE (PTFP) 2022-2024  
 PROSPETTO COSTI PTFP

	COSTO PTFP ANNO 2022	COSTO PTFP ANNO 2023	COSTO PTFP ANNO 2024
COSTO COMPLESSIVO FABBISOGNO DI PERSONALE	- €	- €	- €
RINNOVI CONTRATTUALI (QUOTA STANDARD PARI AL 17,4%)	- €	- €	- €
COSTO PERSONALE DELLA SANITÀ PENITENZIARIA (INCLUSE LE REMIS)	- €	- €	- €
COSTO PERSONALE CLASSIFICATO EX LEGGE N. 68/1999 (DISABILI E CATEGORIE PROTETTE)	- €	- €	- €
COSTO PERSONALE FINANZIATO CON CONTRIBUTI PROVENIENTI DA PRIVATO	- €	- €	- €
COSTO PERSONALE FINANZIATO CON CONTRIBUTI PROVENIENTI DALL'UNIONE EUROPEA	- €	- €	- €
COSTO PERSONALE FINANZIATO CON FONDI DESTINATI ALLA RICERCA	- €	- €	- €
SPESE PER LA FORMAZIONE E LE MISSIONI (INDENNITÀ E RIMBORSI)	- €	- €	- €
<b>COSTO FABBISOGNO AL NETTO DELLE VOCI DA ESCLUDERE</b>	<b>- €</b>	<b>- €</b>	<b>- €</b>
<b>TETTO DI SPESA ASSEGNATO CON DGR N. 1818 DEL 12/12/2022</b>	<b>- €</b>	<b>- €</b>	<b>- €</b>
RISORSE A DISPOSIZIONE	- €	- €	- €

Il Direttore Amministrativo

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Generale

Codice CIFRA: SGO/DEL/2023/00010

## PIANO TRIENNALE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE 2022-2024

## MODELLO COMPILAZIONE

## CLASSIFICAZIONE PROFILI

PROFILO PROFESSIONALE	CATEGORIA PROFESSIONALE
Direttore Medico	DIRIGENTE MEDICO/VETERINARIO
Dirigente Medico	DIRIGENTE MEDICO/VETERINARIO
Dirigente Odontoiatra	DIRIGENTE MEDICO/VETERINARIO
Direttore Veterinario	DIRIGENTE MEDICO/VETERINARIO
Dirigente Veterinario	DIRIGENTE MEDICO/VETERINARIO
Direttore Sanitario Biologo	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO
Direttore Sanitario Farmacista	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO
Dirigente Professioni Sanitarie	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO
Dirigente Sanitario Biologo	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO
Dirigente Sanitario Chimico	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO
Dirigente Sanitario Farmacista	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO
Dirigente Sanitario Fisico	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO
Dirigente Sanitario Ingegnere Biomeccanico	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO
Dirigente Sanitario Psicologo	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO
Dirigente Sanitario Statistico	DIRIGENTE SANITARIO NON MEDICO
Direttore Amministrativo Strutt. Complessa	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO
Dirigente Amministrativo	DIRIGENTE AMMINISTRATIVO
Direttore Avvocato / Procuratore Legale Strutt. Complessa	DIRIGENTE PROFESSIONALE
Direttore Ingegnere Strutt. Complessa	DIRIGENTE PROFESSIONALE
Dirigente Avvocato / Procuratore Legale	DIRIGENTE PROFESSIONALE
Dirigente Ingegnere	DIRIGENTE PROFESSIONALE
Dirigente Sociologo	DIRIGENTE TECNICO
Dirigente Analista	DIRIGENTE TECNICO
Collaboratore Professionale Sanitario Assistente Sanitario	INFERMIERE
Collaboratore Professionale Sanitario Esperto Infermiere	INFERMIERE
Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere	INFERMIERE
Infermiere Generico Esperto	INFERMIERE
Collaboratore Professionale Sanitario Ostetrica	OSTETRICO
Collaboratore Professionale Sanitario Esperto Ostetrica	OSTETRICO
Operatore Socio Sanitario	OSS
Ausiliario Specializzato	AUSILIARIO
Collaboratore Professionale Assistente Sociale	PERSONALE TECNICO SANITARIO
Collaboratore Professionale Sanitario Audiometrista	PERSONALE TECNICO SANITARIO
Collaboratore Professionale Sanitario Dietista	PERSONALE TECNICO SANITARIO
Collaboratore Professionale Sanitario Esperto Dietista	PERSONALE TECNICO SANITARIO
Collaboratore Professionale Sanitario Esperto Tecnico di Laboratorio Biomedico	PERSONALE TECNICO SANITARIO
Collaboratore Professionale Sanitario Esperto Tecnico di Radiologia Medica	PERSONALE TECNICO SANITARIO
Collaboratore Professionale Sanitario Igienista Dentale	PERSONALE TECNICO SANITARIO
Collaboratore Professionale Sanitario Odontotecnico	PERSONALE TECNICO SANITARIO
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico della Fis. Card. e Perfusione Card.	PERSONALE TECNICO SANITARIO
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico della Prev. Ambiente e nei Luoghi di Lavoro	PERSONALE TECNICO SANITARIO
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico dell'educazione e riabilitazione psichiatrica e psicosociale	PERSONALE TECNICO SANITARIO
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Laboratorio Biomedico	PERSONALE TECNICO SANITARIO
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Neurofisiopatologia	PERSONALE TECNICO SANITARIO
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico di Radiologia Medica	PERSONALE TECNICO SANITARIO
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico Esperto della Fis. Card. e Perfusione Card.	PERSONALE TECNICO SANITARIO
Collaboratore Professionale Sanitario Tecnico Fisiopatologia Respiratoria e Cardiaca	PERSONALE TECNICO SANITARIO
Assistente Amministrativo	PERSONALE AMMINISTRATIVO
Coadiutore Amministrativo	PERSONALE AMMINISTRATIVO
Coadiutore Amministrativo Esperto	PERSONALE AMMINISTRATIVO
Collaboratore Amministrativo	PERSONALE AMMINISTRATIVO
Collaboratore Amministrativo Esperto	PERSONALE AMMINISTRATIVO
Commesso	PERSONALE AMMINISTRATIVO
Collaboratore Professionale Sanitario Esperto Fisioterapista	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE
Collaboratore Professionale Sanitario Fisioterapista	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE
Collaboratore Professionale Sanitario Logopedista	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE
Collaboratore Professionale Sanitario Ortottista	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE
Collaboratore Professionale Sanitario Terapista Occupazionale	PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE
Assistente Religioso	PERSONALE TECNICO
Assistente Tecnico	PERSONALE TECNICO
Collaboratore Professionale Spec. Comunicazione Istituz.	PERSONALE TECNICO
Collaboratore Tecnico Professionale	PERSONALE TECNICO
Operatore Tecnico	PERSONALE TECNICO
Operatore Tecnico addetto Assistenza	PERSONALE TECNICO
Operatore Tecnico Autista	PERSONALE TECNICO
Operatore Tecnico Necroforo	PERSONALE TECNICO
Operatore Tecnico Specializzato	PERSONALE TECNICO
Operatore Tecnico Specializzato Autista di Ambulanza	PERSONALE TECNICO
Operatore Tecnico Specializzato Esperto	PERSONALE TECNICO
Programmatore	PERSONALE TECNICO
Puericultrice	PERSONALE TECNICO
Puericultrice Esperta	PERSONALE TECNICO

Il Dirigente della Sezione SGO  
(Mauro Nicastro)Mauro Nicastro  
02.03.2023  
18:19:52  
GMT+00:00