



Il Ministro della Salute

di concerto con

il Ministro dell'Economia e delle Finanze

VISTO l'articolo 11, comma 1, del decreto-legge 30 aprile 2019, n. 35, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, così come modificato dall'articolo 1, comma 269, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 e s.m., che prevede al primo periodo che *“A decorrere dal 2019, la spesa per il personale degli enti del Servizio sanitario nazionale delle regioni, nell'ambito del livello del finanziamento del fabbisogno sanitario nazionale standard cui concorre lo Stato e ferma restando la compatibilità finanziaria, sulla base degli indirizzi regionali e in coerenza con i piani triennali dei fabbisogni di personale, non può superare il valore della spesa sostenuta nell'anno 2018, come certificata dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005 sancita in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano, o, se superiore, il valore della spesa prevista dall'articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191”*;

VISTO, altresì, il secondo e terzo periodo del citato articolo 11, comma 1, che prescrivono che *“I predetti valori sono incrementati annualmente, a livello regionale, di un importo pari al 10 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'esercizio precedente. Nel triennio 2019-2021 la predetta percentuale è pari al 10 per cento per ciascun anno. Qualora nella singola Regione emergano, sulla base della metodologia di cui al sesto periodo, oggettivi ulteriori fabbisogni di personale rispetto alle facoltà assunzionali consentite dal presente articolo, valutati congiuntamente dal Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti e dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza, può essere concessa alla medesima Regione un'ulteriore variazione del 5 per cento dell'incremento del Fondo sanitario regionale rispetto all'anno precedente, fermo restando il rispetto dell'equilibrio economico e finanziario del Servizio sanitario regionale”*;

TENUTO CONTO, inoltre, che ai sensi del medesimo articolo 11, comma 1, del decreto legge n. 35 del 2019, 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 centottanta 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 permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, nel rispetto del valore complessivo della spesa di personale del Servizio sanitario nazionale determinata ai sensi dei precedenti periodi, 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 di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n. 70, e dall'articolo 1, comma 516, lettera c), della legge 30 dicembre 2018, n. 145, e con gli standard organizzativi, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza territoriale, anche ai fini di una graduale revisione della disciplina delle assunzioni di cui al presente articolo”;

VISTO il Decreto del Ministro della Salute 2 aprile 2015, n. 70, avente ad oggetto “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera ed in particolare” e, in particolare, l'articolo 1, comma 2, che ha previsto che *“Le regioni provvedono, entro tre mesi dalla data di entrata in vigore del presente decreto, ad adottare il provvedimento generale di programmazione di riduzione della dotazione dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del Servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto (p.l.) per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, nonché i relativi provvedimenti attuativi, garantendo, entro il triennio di attuazione del patto per la salute 2014-2016, il progressivo adeguamento agli standard di cui al presente decreto, in coerenza con le risorse programmate per il Servizio sanitario nazionale (SSN) e nell'ambito della propria autonomia organizzativa nell'erogazione delle prestazioni incluse nei Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA), di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei ministri 29 novembre 2001, e successive modificazioni”;*

VISTO l'articolo 1 della legge 30 dicembre 2018, n. 145 e s.m. che, al comma 515, prevede che *“Per gli anni 2020 e 2021, l'accesso delle regioni all'incremento del livello del finanziamento rispetto al valore stabilito per l'anno 2019 è subordinato alla stipula, entro il 31 dicembre 2019, di una specifica intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano per il Patto per la salute 2019-2021 che contempli misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi”* e al comma 516, lettera c), prevede che le misure di cui al citato comma 515 devono riguardare, in particolare la valutazione dei fabbisogni del personale del Servizio sanitario nazionale e dei riflessi sulla programmazione della formazione di base e specialistica e sulle necessità assunzionali, ivi comprendendo l'aggiornamento del parametro di riferimento relativo al personale;



VISTA la proposta dell'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) trasmessa con nota prot. n. 5733 del 10 giugno 2022, contenente una metodologia che le regioni possono utilizzare nella stima dei propri fabbisogni di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale, ai fini dell'accesso all'incremento del 5 per cento del Fondo sanitario regionale di cui alla normativa citata;

VISTA, altresì, la nota della medesima Agenzia prot. n. 8105 del 30 agosto 2022, con la quale è stato trasmesso il documento “*Standard per l'assistenza territoriale dei servizi Salute Mentale Adulti, Dipendenze Patologiche, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e Salute in Carcere*”, riguardante, nello specifico, il settore della salute mentale;

CONSIDERATO che la citata metodologia è stata sviluppata in coerenza con la riorganizzazione della rete ospedaliera di cui al DM 2 aprile 2015, n. 70 recante il “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera”;

CONSIDERATA la complessità dei contesti analizzati per la definizione della metodologia proposta e il campione limitato di strutture posto alla base dell'analisi dei dati, dovuto alla partecipazione su base volontaria di alcune regioni ai fini della fornitura di dati utili allo sviluppo della metodologia;

CONSIDERATI, per le ragioni sopra esposte, i limiti del campione utilizzato e la necessità di evidenze empiriche a supporto del modello, nonché l'esigenza di consolidare ed omogenizzare i flussi di dati in entrata;

CONSIDERATO inoltre che la presente metodologia potrebbe necessitare di ampliamento, perfezionamento e, ove necessario, di interventi correttivi, anche in funzione della progressiva evoluzione dell'offerta sanitaria e del quadro normativa di riferimento;

TENUTO CONTO, altresì, del Decreto Ministeriale 23 maggio 2022, n. 77 recante il “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale” e del carattere complementare della metodologia rispetto all'emanando Decreto Ministeriale sull'Assistenza Domiciliare Integrata, da cui deriverà il nuovo modello organizzativo dell'assistenza territoriale;

RITENUTO, pertanto, di adottare la metodologia proposta dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari prevedendone l'applicazione sperimentale e limitatamente agli anni 2022, 2023 e 2024 e di prevedere il contestuale monitoraggio annuale da parte di AGENAS degli esiti dell'applicazione della metodologia medesima;

FERMI RESTANDO il rispetto dei limiti dei tetti previsti dalla legislazione vigente in merito alla



spesa di personale e il generale rispetto del principio di equilibrio economico del Servizio sanitario nazionale;

ACQUISITA l'Intesa in sede di Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano in data 21 dicembre 2022;

DECRETA

Art. 1

1. Per le motivazioni di cui in premessa, ai sensi e per gli effetti di cui all'articolo 11, comma 1, del decreto-legge n. 35 del 2019, convertito, con modificazioni, dalla legge 25 giugno 2019, n. 60, così come modificato dall'articolo 1, comma 269, della legge 30 dicembre 2021, n. 234 e s.m., è adottata la metodologia per la definizione del fabbisogno di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale contenuta negli allegati A e B, che costituiscono parte integrante del presente decreto.
2. La metodologia di cui al comma 1 è applicabile, allo scopo di fruire della facoltà assunzionale incrementale corrispondente al 5% dell'incremento del Fondo sanitario nazionale, in via sperimentale per la definizione dei fabbisogni di personale relativi agli anni 2022, 2023 e 2024, fatti salvi gli eventuali interventi correttivi necessitati anche dalla progressiva evoluzione dell'offerta sanitaria, dal rispetto dei limiti dei tetti previsti dalla legislazione vigente in merito alla spesa di personale e fermo restando il generale rispetto del principio di equilibrio economico del Servizio sanitario nazionale.
3. Nell'ambito dell'assistenza ospedaliera, l'applicazione della metodologia di cui al comma 1 è operata in coerenza con le disposizioni di cui al decreto del Ministro della salute 2 aprile 2015, n.70.
4. L'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali provvede ad effettuare il monitoraggio annuale dei risultati conseguiti sul territorio nazionale, relazionando al Ministero della salute ed al Ministero dell'economia e delle finanze sugli esiti, anche al fine di un progressivo consolidamento della metodologia stessa e di successivi aggiornamenti da operarsi con decreti del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, su proposta della richiamata Agenzia.

Il presente decreto è pubblicato sul sito internet del Ministero della Salute.

IL MINISTRO DELL'ECONOMIA
E DELLE FINANZE

IL MINISTRO DELLA SALUTE



GIANCARLO GIORGETTI
MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE
FINANZE
24.01.2023 10:35:39 GMT+01:00



ORAZIO
SCHILLACI
09.01.2023
16:14:19 UTC



Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

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



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

MS





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.	Area Terapia Intensiva e Sale Operatorie	59
8.1.1	<i>Area Intensiva</i>	59
8.1.2	<i>Sale operatorie</i>	59
9.	Area dell’Emergenza Urgenza	60
10.	Osservazioni generali e possibili evoluzioni future	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

MZ





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.	<i>Possibili evoluzioni future</i>	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

MS





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)¹.

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

¹ 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





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).





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**

MS





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





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





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	Geriatrica	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





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
	Totale	3.578	2.826	1.492	30.453

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;





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.





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



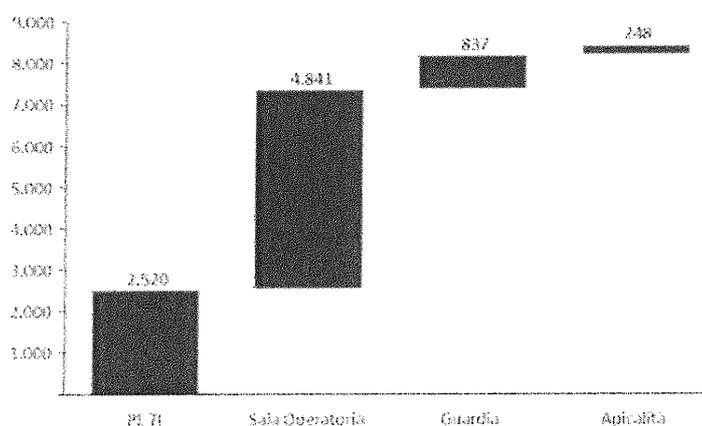


Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

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





*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



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 manifestatisi 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





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)
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
	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



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
Primo subtotale	Ore lavorative effettive annue - Ferie e festività soppresse - Formazione	-
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
Ore lavorate all'anno per assistenza	Primo subtotale - Assenze per 104, distacco sindacale, cariche pubbliche, etc. - Assenza per malattia	-





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, Cardiochirurgia, 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 (Cardiochirurgia 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





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





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





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”

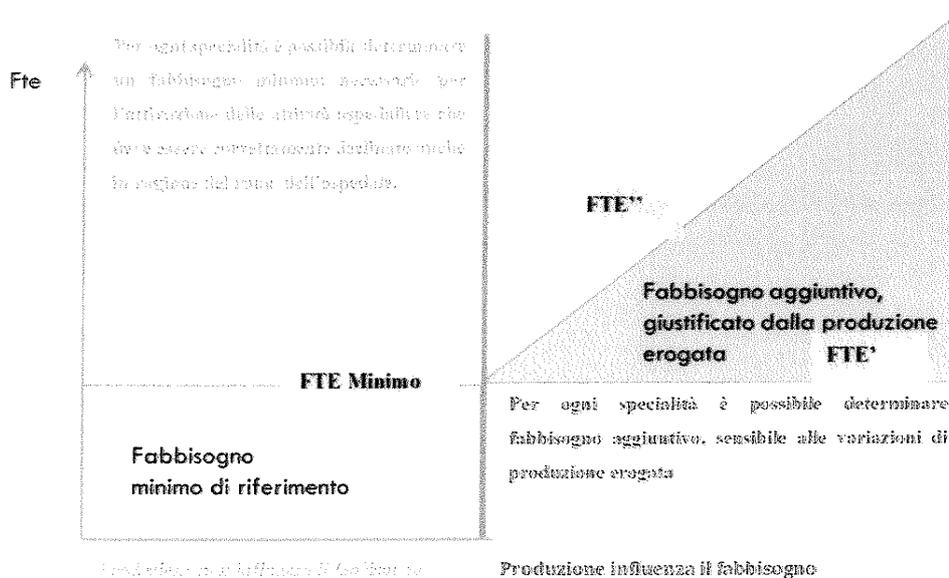
GI: Guardia “Interdivisionale”

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. “*margin* 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;

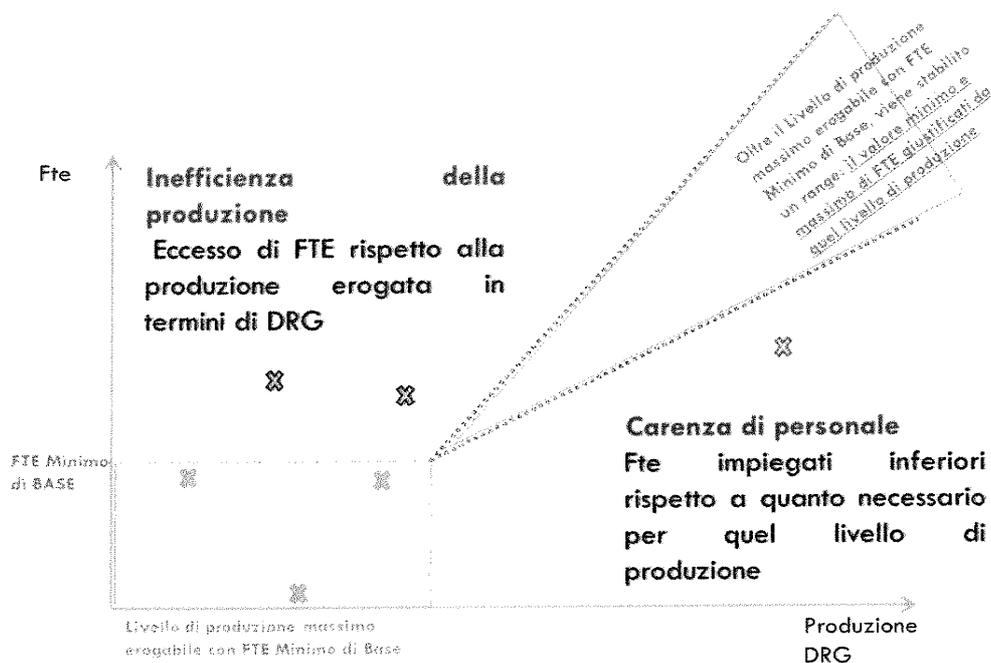




Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

- 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





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	Geriatria	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 esplicitando 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;





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 (Abilitato 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%





Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali

Codice	Descrizione Disciplina	Mediana
26	Medicina generale	13%
28	Unità spinale	0%
29	Nefrologia	65%
30	Neurochirurgia	1%
32	Neurologia Altro	26%
32	Neurologia HUB	23%
33	Neuropsichiatria infantile	7%
34	Oculistica	49%

Codice	Descrizione Disciplina	Mediana
68	Pneumologia	21%
71	Reumatologia	8%
73	Terapia intensiva neonatale	0%
75	Neuro-riabilitazione	0%
76	Neurochirurgia pediatrica	0%
77	Nefrologia pediatrica	0%
78	Urologia pediatrica	0%

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%.





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 socio-sanitari 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 sociosanitari 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.

MS





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, Cardiocirurgia 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





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 accentrimento 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, oncoematologia 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





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.





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





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





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.





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 indubbe 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");





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 tempari 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, sub intensiva 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).





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 dalle patologie cronic-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,





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 sopperisce 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 risulta 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;





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





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
Totale	1	2	4	15	22





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

mm





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.

ms





Gruppo di Lavoro Salute Mentale

(Coordinatore: dott. Francesco Enrichens. Componenti: dott.ssa Angela Bravi, dott.ssa Caterina Corbascio, dott. Angelo Fioritti, dott.ssa Maria Assunta Giannini, dott.ssa Carola Magni, dott. Tommaso Maniscalco, dott. Felice Alfonso Nava, dott. Giuseppe Quintavalle, dott.ssa Paola Sacchi, dott. Giuseppe Salamina, dott. Alessio Saponaro, dott. Fabrizio Starace, dott. Marco Nuti, dott. Simone Furfaro.

Sono stati auditi le seguenti società scientifiche: FederSerd, nella persona del dott. Guido Faillace e del dott. Alfio Lucchini; SINPIA nella persona della prof.ssa Elisa Fazzi e la dott.ssa Maria Antonella Costantino.)

STANDARD PER L'ASSISTENZA TERRITORIALE DEI SERVIZI SALUTE MENTALE ADULTI, DIPENDENZE PATOLOGICHE, NEUROPSICHIATRIA DELL'INFANZIA E DELL'ADOLESCENZA E SALUTE IN CARCERE



Sommario

Premessa.....	3
Area Salute Mentale adulti.....	6
Area Dipendenze Patologiche.....	8
Area Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza	11
Area Salute in carcere.....	13



Premessa

Il presente documento, in continuità con i modelli e gli standard dell'assistenza territoriale definiti nel Decreto Ministeriale del 23 maggio 2022, n. 77: *Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale* (d'ora in poi DM 77/22), intende fornire indicazioni per la riorganizzazione dei servizi afferenti alle aree della salute mentale adulti, della neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza, delle dipendenze patologiche e della salute in carcere. Nel rispetto dell'autonomia regionale in merito alla organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari, l'obiettivo è garantire, l'integrazione di tali servizi nel modello territoriale e distrettuale così come definito dal DM 77/22, al fine di migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza.

Gli standard riportati sono coerenti con il quadro normativo vigente e quanto definito nel presente documento deve essere progressivamente raggiunto nell'arco temporale di attuazione del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR), ovvero entro il 2026; ciò anche alla luce del rilevante impatto epidemiologico dei disturbi afferenti alle aree di cui trattasi e del loro progressivo aumento.

Nello specifico, la riorganizzazione prevista dal DM 77/22 e parzialmente finanziata con i fondi della Missione 6 Componente 1 del PNRR, prevede l'attivazione di una Casa della Comunità *hub* ogni 40.000-50.000 abitanti che costituisce il luogo fisico di prossimità in cui i cittadini accedono per avere risposta ai bisogni di assistenza sanitaria e sociosanitaria. Il Decreto Ministero della Salute del 20 gennaio 2022 "*Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano per gli investimenti complementari*", prevede l'attivazione di almeno 1.350 Case della Comunità (CdC), 600 Centrali Operative Territoriale (COT) e 400 Ospedali di Comunità (OdC) sull'intero territorio nazionale.

Il DM 77/22, inoltre, prevede l'implementazione della figura dell'Infermiere di famiglia o di comunità (1 ogni 3.000 abitanti) e delle Unità di Continuità Assistenziali – UCA - (1 medico e 1 infermiere ogni 100.000), come equipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico delle persone che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità.

L'assistenza nelle aree oggetto del presente documento, rientrando a tutti gli effetti tra le attività territoriali, deve essere garantita in modo integrato con le altre attività distrettuali, con l'assistenza primaria e con tutti i servizi sanitari e sociosanitari territoriali ed ospedalieri. Nell'ambito della programmazione generale dell'assistenza territoriale, le Regioni identificano le modalità organizzative più coerenti ai modelli adottati, secondo criteri di qualità, equità ed efficienza, che favoriscano l'utilizzo coordinato delle risorse per l'assistenza sociosanitaria e l'utilizzo di strumenti innovativi come il budget di salute. I Programmi delle Attività Territoriali (PAT) e gli atti programmatori aziendali, pertanto, devono essere coordinati e integrati per garantire la corretta allocazione delle risorse anche quando queste afferiscano ad altri servizi aziendali.

Devono, altresì, essere realizzate tutte le azioni, anche di tipo organizzativo, atte a garantire l'integrazione tra servizi dell'area salute mentale adulti, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza e dipendenze patologiche, in particolare nella fase di transizione dall'età evolutiva all'età adulta e nella presa in carico degli utenti con disturbi gravi e complessi.

L'assistenza in materia di salute mentale, dipendenze patologiche, neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza è assicurata in ciascuna Regione dall'insieme dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari ed attraverso servizi specialistici che garantiscano quattro livelli:

- 1- **Livello di consultazione ed assistenza primaria:** la funzione viene garantita all'interno delle Case di Comunità in stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e con tutti gli operatori che garantiranno le attività di individuazione precoce e di primo intervento, secondo le modalità organizzative che le Regioni individueranno in attuazione del DM



- 77/2022. Comprende valutazioni specialistiche in loco, quando necessario, con possibilità di diagnosi ed intervento precoce, nonché garantisce appropriatezza di invio ai livelli superiori di trattamento;
- 2- **Livello di presa in carico per episodio di cura o per progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati a lungo termine**, assicurati da Centri di Salute Mentale (CSM), Servizi di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) e Servizi per le Dipendenze (SerD);
 - 3- **Livello di assistenza specialistica in ambito ospedaliero o residenziale**, garantito dai Servizi ospedalieri di Diagnosi e Cura (SPDC), di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza (NPIA) e da servizi di offerta ospedaliera dedicate alla disintossicazione da alcol o altre sostanze, dalle strutture residenziali terapeutiche specifiche per ciascun settore, dai presidi per le dipendenze e di psichiatria penitenziaria nelle case circondariali e negli istituti penali minorili;
 - 4- **Livello delle reti specialistiche di Area Vasta, regionali o interregionali**: comprende servizi sovrazonali per i Disturbi dell'Alimentazione e della Nutrizione, le Residenze per la Esecuzione delle Misure di Sicurezza (REMS), i Centri di riferimento sovrazonali per i disturbi neuropsichici dell'età evolutiva di cui all'Intesa in Conferenza Unificata del 25 luglio 2019 (Rep. Atti n. 70/CU), servizi sanitari e sociosanitari specialistici per le disabilità intellettive e l'autismo.

Al fine di consentire un corretto dimensionamento dei servizi coinvolti nei quattro livelli sopra descritti, si precisa che gli standard individuati nel presente documento riguardano unicamente l'erogazione delle cure e dell'assistenza nelle aree dei disturbi mentali, dipendenze patologiche e in ambito neuropsichiatrico e del neurosviluppo.

Oltre a quanto sopra esposto, esistono bisogni psicosociali, anche differenti da territorio a territorio, che richiedono progettualità specifiche e risorse dedicate nell'ambito della programmazione a livello distrettuale e aziendale. Ad esempio, le funzioni di tutela giuridica dei minori, le funzioni di supporto alle persone vittime di violenza e abuso, i percorsi di recupero degli uomini maltrattanti, ed altre ancora, sono da pianificare all'interno della realtà distrettuale e aziendale in rete con le altre istituzioni e soggetti del terzo settore.

Inoltre, al fine di promuovere la salute globale della persona e attuare azioni di prevenzione dei disturbi mentali e delle dipendenze patologiche, tanto nella popolazione adulta quanto in quella infantile e adolescenziale, le aziende assicurano una progettualità specifica con risorse dedicate da realizzarsi con la collaborazione dei Dipartimenti di prevenzione, dei servizi sopraccitati e di tutte le altre risorse della comunità (istituzioni educative, sociali, etc.).

Tornando ai livelli clinico assistenziali, il livello uno e due devono essere garantiti per aree territoriali di afferenza distrettuale e la CdC costituisce il luogo naturale di presa in carico globale della persona e di integrazione tra i professionisti che operano in ambito di assistenza primaria e i professionisti che operano in ambito di salute mentale, dipendenze patologiche, NPIA e salute in carcere, anche attraverso l'utilizzo di strumenti di telemedicina e con il supporto della COT. Tale integrazione dovrà comprendere, quando appropriato, i professionisti che operano nel sociale, tenendo conto che spesso le persone che usufruiscono dei servizi di salute mentale, dipendenze patologiche e NPIA si trovano in condizioni di vulnerabilità sociale e marginalità.

Gli strumenti di telemedicina in uso presso la CdC e negli altri servizi aziendali, inoltre, devono essere utilizzati anche dai servizi dedicati alla salute della popolazione carceraria per garantire cure specialistiche, cure primarie, continuità assistenziale e attività di promozione della salute.

La COT, anche per tutti i servizi in oggetto, così come previsto dal DM 77/2022, *"assolve al suo ruolo di raccordo tra i vari servizi/professionisti attraverso funzioni distinte e specifiche, seppur tra loro interdipendenti*:

- *coordinamento della presa in carico della persona tra i servizi e i professionisti sanitari coinvolti nei diversi setting assistenziali (transizione tra i diversi setting: ammissione/dimissione nelle strutture ospedaliere, ammissione/dimissione trattamento temporaneo e/o definitivo residenziale, ammissione/dimissione presso le strutture di ricovero intermedie o dimissione domiciliare);*



- *coordinamento/ottimizzazione degli interventi, attivando soggetti e risorse della rete assistenziale;*
- *tracciamento e monitoraggio delle transizioni da un luogo di cura all'altro o da un livello clinico assistenziale all'altro;*
- *supporto informativo e logistico, ai professionisti della rete assistenziale (MMG, PLS, MCA, IFoC ecc.), riguardo le attività e servizi distrettuali;*
- *raccolta, gestione e monitoraggio dei dati di salute, anche attraverso strumenti di telemedicina, dei percorsi integrati di cronicità, dei pazienti in assistenza domiciliare e gestione della piattaforma tecnologica di supporto per la presa in carico della persona, (telemedicina, teleassistenza, strumenti di e-health, ecc.), utilizzata operativamente dalle CdC e dagli altri servizi afferenti al Distretto, al fine di raccogliere, decodificare e classificare il bisogno”.*

La COT, per garantire le valenze organizzative sopracitate, oltre ad interfacciarsi con il Punto Unico di Accesso e il NEA 116117, deve assicurare l'interfaccia con i professionisti che operano nei servizi afferenti all'area della Salute Mentale adulti, dipendenze patologiche, NPIA e nelle strutture carcerarie, che insistono sul territorio di competenza. Ciò al fine di consentire un'operatività integrata tra tutti gli operatori della salute del distretto, soprattutto quelli delle CdC, UCA e dei servizi di cure domiciliari.

La COT, inoltre, deve garantire il passaggio da un setting di cura all'altro degli assistiti e mettere in contatto i professionisti che operano nelle diverse tipologie di residenze/centri diurni e nelle strutture ospedaliere. Infine, la COT rappresenta lo strumento di supporto ai professionisti e facilita l'integrazione fra tutte le risorse e professionalità necessarie.

Le amministrazioni sanitarie provvederanno anche per le aree oggetto del presente documento ad una piena implementazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE).

Per quanto attiene ai livelli 3 e 4, in particolare per le unità di offerta semiresidenziali e residenziali extraospedaliere dovranno essere previsti e definiti, mediante accordi in sede di Conferenza Stato-Regioni, set di indicatori per la valutazione degli esiti del trattamento.



Area Salute Mentale adulti

In ciascuna Azienda Sanitaria l'assistenza per i livelli 1 e 2 (consultazione ed assistenza primaria; presa in carico per episodio di cura e progetti terapeutico-riabilitativi individuali a lungo termine) è assicurata secondo quanto previsto dal DPR 1/11/1999 (PO Tutela Salute Mentale 1998-2000) al fine di garantire unitarietà degli interventi, integrazione dei servizi e continuità terapeutica.

Il livello 1 (consultazione ed assistenza primaria): le funzioni vengono garantite all'interno delle Case di Comunità in stretta collaborazione con i MMG e gli altri servizi del territorio coinvolti nella rete sociosanitaria, secondo le modalità organizzative che le Regioni individueranno in attuazione del DM 77/2022. Effettua valutazioni specialistiche in loco con possibilità di diagnosi ed intervento precoce, appropriatezza di invii al CSM (2° livello) e trattamento in loco dei disturbi psicopatologici dell'adulto di minore gravità.

Il livello 2 (presa in carico per episodio di cura o per progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati a lungo termine) è rappresentato dai Centri di Salute Mentale (CSM), in piena integrazione con i livelli 1 e 3 e con i corrispettivi servizi generali dello stesso livello. Il bacino di utenza di un CSM è definito dal DPR 1/11/99 che individua 1 CSM per Unità territoriale da non più di 80-100.000 abitanti (corrispondente al bacino di utenza di due Case di Comunità) con apertura almeno di 12 ore al giorno per 6 giorni alla settimana. In particolari contesti territoriali () è possibile prevedere un CSM per il bacino di utenza di una sola Casa di Comunità. Ad ogni CSM afferiscono anche le équipes di primo livello operanti presso le Case della Comunità del territorio di riferimento. A questo livello si collocano anche la collaborazione con il Terzo settore per i percorsi di assistenza territoriale con Budget di Salute, i servizi semiresidenziali e domiciliari, i progetti integrati socio-sanitari, la collaborazione con le scuole ed il mondo del lavoro, nonché le attività di collaborazione e confronto con utenti e caregiver in forma individuale e associate.

La dotazione organica per l'operatività minima ai fini della assistenza dei livelli 1 e 2, così come definita nel DPR 1/11/99, è pari ad almeno un operatore ogni 1.500 abitanti \geq 18 anni, ossia 67 unità TPE per 100.000 abitanti \geq 18 anni, articolato come segue:

- medico psichiatra: 1 per 10.000 abitanti \geq 18 anni;
- psicologo psicoterapeuta: 0,5 per 10.000 abitanti \geq 18 anni;
- professioni sanitarie (infermieri, educatori professionale, tecnici della riabilitazione psichiatrica) e assistenti sociali: 5 per 10.000 abitanti \geq 18 anni;
- altro personale (incluso personale amministrativo): 0.2 per 10.000 abitanti \geq 18 anni.

In ogni caso la somma degli standard deve corrispondere a non meno di 6,7 operatori/10.000 abitanti e non comprende le risorse umane necessarie per i livelli 3 e 4. Per quanto attiene allo standard dei servizi di livello 3 (assistenza sanitaria specialistica in ambito ospedaliero e residenziale) per i SPDC viene confermato quello relativo ai reparti di sub-intensiva definiti nel DM 70/2015. Per quelli relativi alle strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie accreditate si fa riferimento agli standard definiti su base regionale. Per quanto riguarda la residenzialità psichiatrica, le Regioni tramite i DSM devono dotarsi di tutte le risorse necessarie per il governo dei percorsi assistenziali tra le quali, ove già non esista, di un sistema di mappatura aggiornato in tempo reale delle strutture esistenti e dei pazienti presenti, con dati su ammissioni/dimissioni, tempi di permanenza, esiti clinici e psicosociali. È altresì necessario completare il quadro normativo in ambito di residenzialità psichiatrica integrando quanto già previsto dall'Accordo in Conferenza Unificata del 17/10/2013. Ciò al fine di garantire una maggiore omogeneità organizzativa delle strutture e incrementare la qualità e la personalizzazione dei percorsi di cura, con particolare riferimento alle soluzioni abitative supportate in ambito socio-sanitario per le quali andrà privilegiata l'applicazione dello strumento del budget di salute secondo quanto previsto dalla C.U. del 6 luglio 2022 (Rep. Atti n. 104).



Per quanto attiene al livello 4 (reti specialistiche, quali ad esempio quelle per il trattamento dei Disturbi del Comportamento Alimentare) gli standard vanno definiti sulla base della programmazione di Area Vasta, regionale od interregionale. Fa eccezione lo standard per le REMS, per il quale si conferma quanto disposto dalla Legge 9/12, e dal Decreto ministeriale del 1° ottobre 2012, *“Requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell’assegnazione a casa di cura e custodia”*.

L’assistenza psichiatrica nei presidi penitenziari deve prevedere l’attività di almeno 1 medico, 1 psicologo ed 1 professionista sanitario ogni 350 detenuti.

Gli standard così come sopra definiti valorizzano le buone pratiche della psichiatria di comunità in termini di promozione della salute mentale nel territorio, di intervento precoce in termini diagnostico-terapeutici e dell’empowerment dell’utenza per il recupero dei massimi livelli di autonomia possibili. Le équipes devono perseguire questi obiettivi mediante attivazione di interventi di rete e di promozione dell’inclusione sociale e dell’integrazione socio-sanitaria.



Area Dipendenze Patologiche

L'assistenza sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con dipendenze patologiche nell'intero ciclo di vita, sia dovute a consumo di sostanze psicotrope legali e illegali, sia di tipo comportamentale, è assicurata in ciascuna Regione e Provincia Autonoma attraverso i Servizi pubblici per le Dipendenze (SerD), in collaborazione e integrazione con altri servizi sanitari e sociali, i Servizi residenziali e semiresidenziali accreditati/convenzionati per le dipendenze, il Terzo settore, altre Istituzioni e realtà del territorio, al fine di garantire completezza, unitarietà e continuità degli interventi.

I SerD sono servizi specialistici la cui organizzazione e dotazione del personale deve garantire i Livelli Essenziali di Assistenza definiti dal DPCM 12 gennaio 2017 all'art. 28 e, per quanto riguarda l'assistenza semiresidenziale e residenziale all'art. 35, e la cui attività è ulteriormente disciplinata dal TU di cui al DPR n. 309/90 e s.m. e dalla Legge Quadro n.125/2001.

L'assistenza è organizzata funzionalmente secondo quattro livelli, in modo da garantire prestazioni di qualità e con intensità di intervento differenziate per tipologia di target di popolazione e di bisogni espressi.

1. Livello di prevenzione, consultazione ed assistenza primaria: le funzioni vengono garantite all'interno delle Case di Comunità in stretta collaborazione con i MMG, i PLS e gli altri servizi del territorio coinvolti nella rete sociosanitaria, secondo le modalità organizzative che le Regioni individueranno in attuazione del DM 77/2022. Queste attività possono essere realizzate anche nella sede del SerD o presso le sedi operative degli altri servizi della rete, o, per le attività di promozione della salute e prevenzione realizzate in collaborazione con i Dipartimenti di Prevenzione, in contesti esterni specifici (ad es. scuole, luoghi di lavoro, contesti sportivi e di aggregazione, ecc.). Le attività nei contesti *outdoor*, tra cui quelle di Riduzione del Danno, sono realizzate anche in partnership con soggetti del Terzo settore e privati accreditati/convenzionati.

2. Livello di presa in carico delle persone con disturbo da uso di sostanze o con dipendenza comportamentale: prevede attività sanitarie di diagnosi e cura e altre attività sociosanitarie, definite nei programmi terapeutico-riabilitativi personalizzati a medio e lungo termine ed erogate in forma integrata da équipes multiprofessionali. Tali programmi assicurano interventi a varia intensità e complessità (tra cui quelli di Riduzione del Danno), sia ambulatoriali che territoriali e di prossimità, realizzati in integrazione con gli Enti territoriali e in partnership con soggetti del Terzo settore e privati accreditati/convenzionati. I programmi sono rivolti ai bisogni complessivi della persona e includono pertanto sia interventi finalizzati all'inclusione sociale e all'empowerment, anche attraverso lo strumento del Budget di salute, sia interventi di diagnosi e cura delle patologie correlate. Alle persone detenute deve essere garantita la presa in carico integrata multiprofessionale, attraverso équipes multidisciplinari dedicate (Istituti a maggiore capienza) o attraverso attività territoriali dei SerD di riferimento (operatori dedicati). Ai SerD competono inoltre attività certificative e a valenza medico legale.

3. Livello di assistenza specialistica per rispondere in ottica di appropriatezza a situazioni cliniche caratterizzate da maggiore intensità di bisogno e complessità:
 - a. in ambito ospedaliero: posti letto per acuti (assessment complessi, intossicazioni acute o trattamenti di disintossicazione). Il numero di posti letto e la loro collocazione andranno programmati a livello regionale rispetto ad una popolazione di riferimento di 1.000.000 di abitanti;



- b. nelle Strutture semiresidenziali e residenziali accreditate/convenzionate;
- c. negli istituti di pena, attraverso le Sezioni attenuate Trattamento Tossicodipendenze (SeATT).

4. Livello delle reti specialistiche di area vasta, regionali o interregionali, comprendente Servizi territoriali, ospedalieri, sanitari e sociosanitari, finalizzati a garantire percorsi di cura trasversali interdisciplinari e specialistici. Nell'area delle dipendenze è funzionale a favorire e facilitare l'accesso e l'adesione ai percorsi di cura delle persone con problematiche complesse e comorbidità (es. patologie infettive correlate alla dipendenza, comorbidità psichiatrica, patologie organiche correlate alla dipendenza da alcol e da tabacco, problematiche di giustizia). Sono ricompresi i reparti di riabilitazione delle dipendenze/alcolologia, attività di supporto specialistico ad altre attività (es. quelle dei trapianti di fegato nelle patologie epatiche).

I **livelli 1 e 2** dell'assistenza alle persone con dipendenze patologiche sono garantiti dai SerD, dotati di un'équipe multiprofessionale che deve comprendere le seguenti figure professionali: medico, medico specialista in psichiatria, psicologo, infermiere, educatore professionale/Tecnico della riabilitazione psichiatrica e assistente sociale. A queste figure si aggiunge il personale amministrativo ed eventuali ulteriori figure individuate da ciascuna Regione e PA.

Deve essere previsto un Servizio per le dipendenze almeno ogni 80-100.000 abitanti della popolazione target 15-64 anni, con apertura per almeno 5 giorni alla settimana, per 12 ore al giorno, prevedendo nella programmazione regionale la definizione di macroaree (2-3 distretti) nelle quali sia presente un servizio con apertura per 6-7 giorni alla settimana per garantire la massima continuità assistenziale. L'articolazione dei servizi dovrà in tutti i casi tenere conto delle caratteristiche e dei bisogni peculiari dei diversi territori (aree metropolitane, aree interne), delle caratteristiche oro-geografiche, della dispersione o concentrazione territoriale della popolazione servita e della accessibilità.

Il regolamento adottato con il Decreto del Ministro della Sanità, di concerto con il Ministro per gli Affari Sociali, n. 444 del 30.11.1990 stabilisce gli standard per l'organico e le caratteristiche organizzative e funzionali del Servizio per le Tossicodipendenze (SerT). Tenendo conto di tali indicazioni, nonché degli standard di qualità dei Servizi per le Dipendenze definiti a livello europeo dall'*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)*¹, e soprattutto dell'ampiezza delle attività e prestazioni erogate dai SerD, si individuano gli standard di personale riportati nella Tabella 1.

¹ EMCDDA. Implementing quality standards for drug services and systems A six-step guide to support quality assurance. Lisbon 2021. In: https://www.emcdda.europa.eu/publications/manuals/implementing-quality-standards-drug-services-and-systems-six-step-guide-support-quality-assurance_en



Tabella 1. Standard di riferimento del personale SerD (tassi su 100.000 residenti di età 15-64 anni)

<i>Figura professionale</i>	Standard minimi (ogni 100.000 abitanti di età 15-64 anni)	Standard a regime (ogni 100.000 abitanti di età 15-64 anni)
Medico*, di cui almeno uno psichiatra	3,0	4,0
Psicologo	3,0	3,5
Infermiere	4,0	6,0
Educatore professionale /TeRP	2,5	3,5
Assistente Sociale	2,0	3,0
Amministrativo	0,5	1,0
Altro personale inserito nell'equipe ai fini dell'approccio multiprofessionale, non ricompreso negli standard	-	-
TOTALE	15,0	21,0

*Secondo quanto previsto dal DM 444/90 e delle discipline di equipollenza ministeriali.

Si raccomanda di organizzare i servizi secondo gli standard a regime sopra indicati. Ai fini della sostenibilità del processo di adeguamento, in una prima fase si reputa sufficiente l'adozione di un mix tra gli standard minimi e gli standard a regime sopra riportati, anche orientando tale mix alla finalità e/o al target specifico del servizio stesso (ad es., i servizi per i giovani devono attenersi ad uno standard a regime riguardo alla figura dell'educatore professionale).

Gli standard proposti ai fini dell'assistenza dei livelli 1 e 2 necessitano di modulazioni dettate da specifiche caratteristiche territoriali e/o di peculiarità dei servizi, quali:

- numero e tipologia di utenti in trattamento (DM 444/1990);
- caratteristiche oro-geografiche e socio-culturali del territorio;
- presenza di Istituti penitenziari nel territorio di competenza;
- necessità di specifici orari di apertura del SerD;
- presenza nel territorio di strutture residenziali e/o semiresidenziali e/o residenze territoriali alcolologiche pubbliche o accreditate/convenzionate;
- presenza di servizi o sportelli dedicati a target specifici (es. under 25);
- interventi *outdoor* per la grave marginalità o nei luoghi del divertimento notturno.

Inoltre, l'assistenza nei presidi penitenziari deve prevedere l'attività di un medico, anche non a tempo pieno, 1 psicologo, 1 assistente sociale e 1 ulteriore figura professionale ogni 350 detenuti.

Per quanto attiene al **livello 3** (assistenza specialistica in ambito ospedaliero e residenziale): il numero e la tipologia dei Servizi residenziali e semiresidenziali per il trattamento delle dipendenze accreditate/convenzionate devono essere programmati a livello regionale ed aziendale.

Per quanto riguarda posti letto o reparti di medicina delle dipendenze previsti nella programmazione regionale si farà riferimento agli standard ospedalieri.

Per quanto attiene al **livello 4** (reti specialistiche) gli standard vanno definiti sulla base della programmazione di area vasta, regionale o interregionale.



Area Neuropsichiatria dell'infanzia e dell'adolescenza

Per quanto riguarda il Livello 1, le attività di promozione della salute neuropsichica (con particolare attenzione ai primi 1000 giorni) e di intercettazione e invio precoce delle situazioni ad alto rischio per disturbi NPIA sono garantite all'interno delle Case di Comunità dai PLS e consultori in stretta integrazione e raccordo con i Servizi Territoriali di NPIA, MMG e con tutti gli operatori che assicurano le attività di individuazione precoce e di primo intervento secondo le modalità organizzative che le Regioni definiranno in attuazione del DM 77/22. I consultori garantiscono, inoltre, gli interventi di prevenzione, valutazione, assistenza e supporto psicologico a bambini e adolescenti in situazioni di disagio o a basso/medio rischio e nell'ambito della tutela.

Il livello 2 è rappresentato dai Servizi Territoriali di NPIA, in piena integrazione con i livelli 1, 3 e 4 con gli altri servizi dello stesso livello.

In ciascuna Azienda Sanitaria l'assistenza per i livelli 1 e 2 è assicurata da un Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Secondo quanto previsto dalla citata Intesa in Conferenza Unificata del 25 luglio 2019 "*Linee di indirizzo per i disturbi neuropsichiatrici e neuropsichici dell'infanzia e dell'adolescenza*" il servizio garantisce l'unitarietà degli interventi, l'integrazione dei servizi e la continuità terapeutica. Il servizio svolge la sua attività in stretto collegamento con i PLS e i MMG, i servizi sociali degli Enti Locali, le istituzioni scolastiche, i consultori familiari, gli altri servizi del territorio rivolti alla popolazione infantile e giovanile, gli eventuali servizi di riabilitazione accreditati per l'età evolutiva, i servizi per le dipendenze, i servizi di salute mentale per l'adulto, nonché con il livello ospedaliero.

Lo standard per l'operatività minima ai fini dell'assistenza dei livelli 1 e 2 è articolato come segue:

- 1- Almeno un servizio territoriale di NPIA ogni 150.000-250.000 abitanti, articolato su più Poli territoriali, in genere uno per ogni unità di popolazione riferibile a due Case di Comunità, prevedendo la presenza di una équipe multidisciplinare completa almeno di tutte le figure professionali sottoindicate, che possa garantire tutte le 4 diverse tipologie di attività (neurologia, psichiatria, disabilità complessa, disturbi specifici), con la seguente dotazione organica:
 - a. dirigenza sanitaria (medico neuropsichiatra infantile e psicologo psicoterapeuta): 6 per 10.000 abitanti popolazione target 1-17 anni;
 - b. professioni sanitarie (terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, Educatore professionale/Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, Infermiere, Fisioterapista e altri professionisti, anche di supporto, e assistenti sociali): 10 per 10.000 abitanti popolazione target 1-17 anni;
 - c. altro personale (incluso personale amministrativo): 0.2 per 10.000 abitanti popolazione target 1-17 anni.
- 2- Gli standard soprariportati rappresentano standard minimi relativi al solo Polo territoriale di NPIA e non includono il personale aggiuntivo necessario per le attività indicate ai punti successivi. Sono il livello di base indispensabile per giungere a garantire in modo trasversale maggiore equità di risposte a fronte della estrema disomogeneità esistente a livello nazionale, e dovranno essere riverificati in tempi brevi alla luce dei dati del nuovo sistema informativo per la NPIA. ;
- 3- Ogni servizio territoriale di NPIA dovrà prevedere la presenza di Centri Diurni Terapeutici, con due moduli differenziati, uno per i disturbi psichiatrici in preadolescenza e adolescenza (inclusivo di un'équipe per interventi intensivi nelle situazioni di acuzie) e uno per i gravi disturbi del neurosviluppo;
- 4- Ogni servizio territoriale di NPIA dovrà prevedere la presenza di Nuclei funzionali di riferimento locale di cui all'Intesa in Conferenza Unificata 25 luglio 2019, per le patologie a elevata prevalenza (autismo, disabilità complesse, disturbi specifici di apprendimento, disturbi specifici di linguaggio, ADHD);



- 5- Ogni servizio territoriale di NPIA dovrà prevedere la presenza di attività di supporto e consulenza agli ospedali locali e al follow up neonatale, inclusiva di interventi precoci, nonché lo sviluppo di attività di telemedicina e teleriabilitazione in coordinamento con gli altri servizi aziendali.

Gli standard come sopra descritti sono funzionali al perseguimento delle attività di cui alla Conferenza Unificata del 25 luglio 2019 e andranno modulati sulla base della numerosità della popolazione minorile intercettata dal sistema giudiziario e dal sistema di protezione sociale, che necessita di programmi sociosanitari integrati.

Per quanto attiene allo standard dei servizi di livello 3 viene confermato quello relativo ai reparti di sub-intensiva definiti nel DM 70/2015 integrato con la presenza di figure psicologiche e educative/TRP. Il numero di posti letto deve essere sufficiente a soddisfare i fabbisogni espressi dalla popolazione di riferimento e in continuità con i servizi territoriale di NPIA. Per quelli relativi alle strutture residenziali sanitarie e sociosanitarie accreditate si fa riferimento agli standard definiti su base regionale.

Per quanto attiene al livello 4 (Centri di riferimento specialistici sovra zonali, ad esempio per malattie rare, epilessia, malattie neuromuscolari, DCA, paralisi cerebrali infantili, autismo) gli standard vanno definiti sulla base della programmazione di Area Vasta, regionale od interregionale. I Centri di riferimento sovrazonali devono essere parti di network coordinati di cura in un'ottica di reti integrate, in cui il raccordo e l'integrazione tra Centri di Riferimento sovrazonali, Nuclei Funzionali locali, Poli Ospedalieri di NPIA e Poli Territoriali di NPIA è costante, e riduce la necessità di spostare i pazienti.



Area Salute in carcere

Le competenze in tema di tutela della salute delle persone detenute sono transitate dal Ministero della Giustizia al SSN a seguito del DPCM 1 aprile 2008 - *Modalità e i criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di Sanità Penitenziaria*. Le Regioni e le Province Autonome, per il tramite delle Aziende sanitarie locali (ASL), assicurano per le persone detenute e internate l'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza (LEA), al pari dei cittadini in libertà ai sensi del Decreto Legislativo 22 giugno 1999 n° 230 – *Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'art. 5 della L. 30.11.1998, n. 419*.

L'assistenza sanitaria erogata all'interno degli Istituti penitenziari rientra nella medicina del territorio, nella rete dei servizi sanitari aziendali, e opera secondo le evidenze scientifiche e lo sviluppo di PDTA, mediante intervento multidisciplinare in rete con il territorio e l'ospedale, al fine di tutelare e promuovere la salute delle persone detenute e internate, anche con i servizi sanitari esterni e con il supporto della telemedicina.

Il servizio sanitario presso gli Istituti penitenziari viene garantito dalle ASL per mezzo dei servizi di *Salute in carcere*. La complessità organizzativa e gestionale del servizio di *Salute in carcere* è proporzionale alla dimensione della popolazione detenuta da assistere e ai bisogni sanitari da assicurare. Tali servizi, che assicurano l'assistenza sanitaria a un numero maggiore di 250 detenuti, erogano attività assistenziali e specialistiche a elevata intensità di cura.

L'assistenza sanitaria alle persone detenute si sviluppa secondo i seguenti livelli:

- 1- Livello di consultazione ed assistenza primaria e gestione delle urgenze/emergenze presente presso tutti gli Istituti penitenziari in stretto coordinamento con i servizi delle Case della Comunità, la medicina del territorio e la rete ospedaliera;
- 2- Livello di presa in carico della persona attraverso la realizzazione di specifici progetti terapeutico-riabilitativi individualizzati (PTRI) per mezzo di équipe multidisciplinari, in particolare per la gestione delle cronicità, presenti negli Istituti penitenziari con un numero maggiore di 250 detenuti in stretto collegamento con i Servizi di Salute mentale, i SerD, le Case della Comunità, la medicina del territorio e la rete ospedaliera;
- 3- Livello di assistenza intensiva attraverso l'offerta di specifiche sezioni sanitarie terapeutico-riabilitative con il compito di garantire alle persone detenute e internate, secondo i principi dell'assistenza ambulatoriale e/o domiciliare, cure specialistiche ad elevata intensità con l'esclusione di soggetti che necessitano di un ricovero presso strutture ospedaliere e/o strutture specialistiche territoriali e/o residenziali extra-ospedaliere presenti almeno nel numero di una, in ogni Regione e Provincia autonoma, e in grado di soddisfare in maniera autonoma i fabbisogni regionali. La realizzazione delle suddette sezioni, che sono a custodia attenuata, ha una dotazione massima di 20 posti assistenziali, il periodo di permanenza della persona non può superare i 12 mesi ed è regolamentata dalle Regioni e Province Autonome con uno specifico accordo locale con l'Amministrazione penitenziaria.
- 4- Livello di rete di assistenza sanitaria a livello regionale in grado di assicurare la presenza di sezioni specializzate (es. Articolazioni Tutela Salute Mentale – ATSM, Istituto a custodia attenuata per detenuti alcol/tossicodipendenti – ICAT, ecc.) come previste dall'Accordo in C.U. del 22 gennaio 2015, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento «*Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali*» (Rep. n. 3/CU)» viene



determinato dalle singole Regioni e Province autonome in base ai propri standard regionali. Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera ogni Regione e Provincia autonoma deve garantire presso il proprio territorio stanze di degenza e/o reparti ospedalieri "protetti", con un numero di posti letto sufficienti ai fabbisogni della popolazione detenuta del proprio territorio (D.L. n. 187 del 14/06/93), funzionanti secondo i criteri di appropriatezza e quanto disposto dalla programmazione regionale.

Gli standard minimi di personale per i servizi di *Salute in carcere* prevedono:

- un *dirigente sanitario* con funzione di responsabile del servizio *Salute carcere*;
- un *dirigente medico* con funzione di responsabilità clinica della presa in carico per le prestazioni di cure primarie e specialistiche, con compiti di cura e monitoraggio dei pazienti con patologia acuta o cronica;
- *medici specialisti* (in base ai fabbisogni e alla presenza di eventuali standard regionali; le figure specialistiche minime devono comprendere lo psichiatra, lo specialista SerD, il cardiologo/internista e l'infettivologo);
- *medici di assistenza primaria e continuità assistenziale* (c.d. medici di guardia) per le attività connesse alla gestione delle visite mediche giornaliere, dell'emergenza/urgenza, delle cure primarie, delle certificazioni, ecc.;
- *psicologo psicoterapeuta* con le funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e gestione del disagio psichico e dei disturbi psicopatologici (in base ai fabbisogni e alla presenza di eventuali standard regionali);
- un *coordinatore infermieristico* referente dei processi organizzativo-assistenziali;
- *infermieri* con funzioni di erogare le principali attività di tipo ambulatoriale, gestione emergenze, distribuzione dei farmaci, medicazioni, ecc. (in base ai fabbisogni e alla presenza di eventuali standard regionali);
- *operatori sanitari e sociali* di supporto all'attività sanitaria di base (in base ai fabbisogni e alla presenza di eventuali standard regionali);
- *educatore professionale/Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica (TeRP)* per garantire le attività di prevenzione, promozione e educazione sanitaria e di accompagnamento (in base ai fabbisogni e alla presenza di eventuali standard regionali);
- un *assistente sanitario* a garanzia delle attività di sanità pubblica con compiti di prevenzione, screening e vaccinazione (in base ai fabbisogni e alla presenza di eventuali standard regionali).

All'interno dell'equipe dei servizi di Salute in carcere sono inoltre presenti le figure di:

- un *collaboratore amministrativo* (in base ai fabbisogni e alla presenza di eventuali standard regionali);
- *mediatori culturali con specifica formazione* (in base ai fabbisogni e alla presenza di eventuali standard regionali).

L'erogazione delle prestazioni di cure primarie viene garantita 7 giorni su 7, preferibilmente h 24 (in particolare negli Istituti penitenziari con un numero maggiore di 250 detenuti) e comunque con una presenza di operatori sanitari almeno dalle ore 08:00 alle 22:00.

L'erogazione delle prestazioni specialistiche è garantita dai medici specialisti e dagli psicologi psicoterapeuti e prevede come standard minimo la garanzia dell'attività specialistica per le patologie psichiatriche, per le dipendenze patologiche, la cardiologia/medicina interna e le malattie infettive in base ai bisogni assistenziali. Le Regioni e le Province autonome per ogni Istituto penitenziario, presente presso il proprio territorio, implementano la suddetta dotazione organica minima su base quantitativa in ragione dei diversi bisogni assistenziali, della dimensione della popolazione detenuta da assistere e della complessità delle attività



cliniche da erogare anche sulla base degli standard eventualmente presenti a livello regionale in modo da assicurare una appropriata, efficace e sicura gestione delle attività sanitarie.

Il personale sanitario necessario per il funzionamento delle Sezioni specializzate (es. Articolazioni Tutela Salute Mentale – ATSM, Istituto a custodia attenuata per detenuti alcol/tossicodipendenti – ICAT, ecc.) come previste dall'Accordo in Conferenza Unificata del 22 gennaio 2015, ai sensi dell'articolo 9, comma 2, lett. c) del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, sul documento «*Linee guida in materia di modalità di erogazione dell'assistenza sanitaria negli Istituti penitenziari per adulti; implementazione delle reti sanitarie regionali e nazionali*» (Rep. n. 3/CU) viene determinato dalle singole Regioni e Province autonome in base ai propri standard regionali.

