

DELIBERAZIONE N. 1181 DEL 20/12/2022

OGGETTO: **PIANO DEI FABBISOGNI DI PERSONALE TRIENNALE 2022-2024_ ADOZIONE PROVVISORIA.**

STRUTTURA PROPONENTE: **U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE**

PROVVEDIMENTO: **Immediatamente Esecutivo**

IL DIRETTORE GENERALE

dr. Giuseppe Russo, nominato con Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 321 del 21 Giugno 2022 e con D.P.G.R.C. n. 111 del 4 Agosto 2022, con l'assistenza del Segretario verbalizzante, previa acquisizione del parere del Direttore Amministrativo Aziendale e del Direttore Sanitario Aziendale, ha adottato la deliberazione in oggetto di cui al testo che segue:

OGGETTO: PIANO DEI FABBISOGNI DI PERSONALE TRIENNALE 2022-2024_ ADOZIONE PROVVISORIA.

IL DIRETTORE DEL U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE

Alla stregua dell'istruttoria compiuta dal Direttore **U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE** delle risultanze degli atti tutti richiamati nelle premesse che seguono, costituenti istruttoria a tutti gli effetti di legge, nonché dell'espressa dichiarazione di regolarità tecnica e amministrativa della stessa, resa dallo stesso Dirigente responsabile proponente a mezzo della sottoscrizione della presente;

dichiarata, altresì, espressamente con la sottoscrizione, nella qualità di Responsabile del trattamento anche nella fase di pubblicazione, la conformità del presente atto ai principi di cui al Regolamento europeo n. 679 del 27 aprile 2016 ed al D.Lgs. 10 agosto 2018, n. 101 in materia di protezione dei dati personali;

dichiarata, allo stato ed in relazione al procedimento di cui al presente atto, l'insussistenza del conflitto di interessi ai sensi dell'art. 6 bis della Legge n. 241/1990, delle disposizioni di cui al vigente Codice di Comportamento Aziendale e delle misure previste dal vigente Piano Triennale della Prevenzione della corruzione e della Trasparenza;

dichiarata, infine, la conformità del presente atto ai principi di cui alla legge 6 novembre 2012, n. 190.

VISTO l'art. 6 del D. Lgs. 30.03.2001 n. 165 nella parte in cui prevede che:

- Le amministrazioni pubbliche definiscono l'organizzazione degli uffici per le finalità indicate all'articolo 1, comma 1, adottando, in conformità al piano triennale dei fabbisogni di cui al comma 2, gli atti previsti dai rispettivi ordinamenti, previa informazione sindacale, ove prevista nei contratti collettivi nazionali.
- Allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter. Qualora siano individuate eccedenze di personale, si applica l'articolo 33. Nell'ambito del piano, le amministrazioni pubbliche curano l'ottimale distribuzione delle risorse con riferimento alle unità di cui all'articolo 35, comma 2.
- Il piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente.

- In sede di definizione del piano di cui al comma 2, ciascuna amministrazione indica la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione in base ai fabbisogni programmati e secondo le linee di indirizzo di cui all'articolo 6-ter, nell'ambito del potenziale limite finanziario massimo della medesima e di quanto previsto dall'articolo 2, comma 10-bis, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, garantendo la neutralità finanziaria della rimodulazione.

VISTO l'art. 6 ter del citato D.lgs. 165/01 e, in particolare, il comma 1 in cui si prevede che "Con decreti di natura non regolamentare adottati dal ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, sono definite, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, linee di indirizzo per orientare le amministrazioni pubbliche nella predisposizione dei rispettivi piani dei fabbisogni di personale ai sensi dell'art.6 comma 2, anche con riferimento a fabbisogni prioritari o emergenti di nuove figure e competenze professionali".

RICHIAMATO il Decreto Ministeriale 8/05/2018 con il quale vengono definite, in attuazione degli artt. 6 e 6 ter del D.Lgs 165/2001 come novellati dall'art. 4 del D.Lgs 75/2017, le Linee di indirizzo per la predisposizione dei piani dei fabbisogni di personale della Amministrazioni pubbliche che confermano i principi generali a cui attenersi in materia di piano dei fabbisogni e precisamente: - "la programmazione dell'attività dell'Azienda, la definizione degli obiettivi e la verifica della disponibilità finanziaria, anche derivante da vincoli nazionali e regionali, costituiscono atti prodromici e alla base del piano triennale dei fabbisogni delle Aziende e degli Enti del Servizio sanitario nazionale;

CONSIDERATO che

- i piani triennali dei fabbisogni del personale (PTFP) devono essere compatibili con la contenimento del costo del personale";
- i PTFP devono essere definiti a valle e in coerenza con gli atti aziendali di cui all'art. 3, comma 1 bis, del D. Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e con l'attività programmatica dell'azienda complessivamente intesa, devono tener conto dei processi di razionalizzazione e reingegnerizzazione realizzati attraverso le nuove tecnologie, garantire una più efficiente allocazione delle risorse umane disponibili, devono essere compatibili con la cornice finanziaria per il SSN, redatti nel rispetto della legislazione vigente in materia di contenimento del costo del personale, coerenti con il ciclo della performance oltre che con i principi generali di legalità e con la disciplina in materia di anticorruzione.

DATO ATTO che, sulla base di quanto previsto dal sopra citato art. 6, il suddetto piano annualmente, con la conseguenza che di anno in anno può essere modificato in relazione alle mutate esigenze di contesto normativo, organizzativo o funzionale.

PRESO ATTO della Delibera di Giunta della Regione Campania n. 593/2020 con la quale vengono fornite indicazioni in merito alla redazione del PTFP alle Aziende e Enti del SSR e della DGRC n. 546 del 25.10.2022 con la quale la Regione Campania ha proceduto alla rimodulazione del budget di spesa del personale delle aziende sanitarie della Regione Campania anno 2023.

RILEVATO che l'onere complessivo del Fabbisogno del personale dell'Azienda Sanitaria è contenuto nei limiti di spesa di cui all'art. 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e successive modificazioni - che stabilisce che la spesa del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle Amministrazioni e dell'IRAP e al netto dei rinnovi contrattuali intervenuti dopo il 2004, non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%.

VISTO la delibera della Direzione Generale n. 402 del 04/05/2022 con la quale è stato approvato il Piano triennale dei fabbisogni di personale per il periodo 2021-2023.

PRESO ATTO che detto piano è stato approvato dalla Regione Campania con DGRC n. 503 05/10 /2022 pubblicata sul BURC n. 84 del 10/10/2022.

ATTESO che Piano triennale dei fabbisogni di personale per triennio 2022/2024, in continuità con il PTFP 2021/2023, definisce le politiche di reclutamento del personale dell'Azienda sanitaria di livello dirigenziale e non, nel rispetto dei principi della efficiente organizzazione degli uffici e della ottimizzazione delle risorse finanziarie a disposizione.

RITENUTO quindi necessario procedere, sulla base di quanto previsto dalle linee di indirizzo, in ossequio alle disposizioni contenute nel disciplinare tecnico " Metodologia di determinazione del Fabbisogno di Personale del SSR" approvato con Deliberazione della GRC n. 593/2020, all'approvazione in via provvisoria del piano triennale dei fabbisogni del personale 2022-2024 che si allega quale parte integrante e sostanziale al presente), e all'invio alla Regione Campania dello stesso per la relativa approvazione e, in ottemperanza a quanto previsto dall'art.6 ter comma 5 del D.Lgs n. 165/2001 e confermato dalle Linee di indirizzo ministeriali.

DATO ATTO che l'adozione del PTFP è sottoposta alla preventiva informazione sindacale che la stessa è effettuata con nota del prot. n.0157097 del 20.12.2022.

PROPONE AL DIRETTORE GENERALE

Per i motivi espressi in narrativa che qui s'intendono integralmente riportati e trascritti:

-di approvare in via provvisoria il piano triennale dei fabbisogni del personale 2022-2024, la cui metodologia condivisa con la direzione strategica aziendale, giusto parere favorevole agli atti della procedura, è illustrata nella relazione che si allega quale parte integrante e sostanziale al presente atto, e di seguito si riporta un prospetto di sintesi:

Tabella A PTFP 2022-2024

AA.SS.LL.	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2021 *	STANDARD AZIENDA DGRC 593/2020	di cui standard penitenziaria	FABBISOGNO AZIENDA 2022/2024	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2022	PTFP 2023	PTFP 2024
RUOLO SANITARIO	3.179	4.489	-	1.310	1.058	317	651	90
Dirigenti Medici	966	1.372		406	273	103	110	60
Dirigenti Sanitari	149	162		13	17	14	3	-
Personale del comparto area sanitaria	2.064	2.955		891	768	200	538	30
di cui personale infermieristico		2.206		2.206	-			
di cui infermieri di famiglia				-	-			
RUOLO TECNICO	564	692	-	128	271	33	208	30
Dirigenti	11	26		15	6	1	5	-
Personale del comparto area tecnica	553	666		113	265	32	203	30
di cui OSS	286	413		127	175	25	150	
di cui Assistenti Sociali	53	90		37	-			
RUOLO PROFESSIONALE	16	20	-	4	10	6	4	-
Dirigenti	16	20		4	10	6	4	
Personale del comparto area professionale				-	-			
RUOLO AMMINISTRATIVO	445	647	-	202	147	67	60	20
Dirigenti	21	59		38	15	10	5	-
Personale del comparto area amministrativo	424	588		164	132	57	55	20
TOTALE	4.204	5.848	-	1.644	1.486	423	923	140

* personale in servizio al netto del personale presente nelle strutture DM77/22 (Tabella DM77)

-di trasmettere lo stesso alla Regione Campania per la relativa approvazione.

-di inviare copia del presente atto al Collegio Sindacale e alle organizzazioni sindacali.

Il Dirigente Amministrativo
UOS Gestione Trattamento economico e pre.le
Dr.ssa M.Zito

Il Dirigente Amministrativo
UOS Acquisizione e Gestione Giuridica
Dr.ssa MC Della Rosa

Il Direttore U.O.C. GESTIONE RISORSE UMANE

(Firmato digitalmente ai sensi del D. Lgs. 7.3.2005 n. 82 s.m.i. e norme
collegate- Sostituisce la firma autografa)

IL DIRETTORE GENERALE

In forza della Delibera della Giunta Regionale della Campania n. 321 del 21 giugno 2022 e del D.P.G.R.C. n. 111 del 04 agosto 2022.

Preso atto della dichiarazione resa dal dirigente proponente con la sottoscrizione, in ordine alla regolarità tecnica ed amministrativa del presente atto, nonché relativa alla conformità dello stesso atto alle disposizioni vigenti in materia di tutela della privacy;

Sentito il parere favorevole espresso dal Direttore Sanitario aziendale e dal Direttore Amministrativo aziendale

Il Direttore Sanitario Aziendale

Dr. Elvira Bianco

Il Direttore Amministrativo Aziendale

Dr. Michelangelo Chiacchio

DELIBERA

Per i motivi espressi in narrativa che qui s'intendono integralmente riportati e trascritti:

di approvare, in via provvisoria, il piano triennale dei fabbisogni del personale 2022-2024, la cui metodologia è illustrata nella relazione che si allega quale parte integrante e sostanziale al presente atto, e di seguito si riporta un prospetto di sintesi:

Tabella A PTFP 2022-2024

AA.SS.LL.	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2021 *	STANDARD AZIENDA DGRC 693/2020	di cui standard penitenziaria	FABBISOGNO AZIENDA 2022/2024	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2022	PTFP 2023	PTFP 2024
RUOLO SANITARIO	3.179	4.489	-	1.310	1.058	317	651	90
Dirigenti Medici	966	1.372		406	273	103	110	60
Dirigenti Sanitari	149	162		13	17	14	3	-
Personale del comparto area sanitaria	2.064	2.955		891	768	200	538	30
di cui personale infermieristico		2.206		2.206	-			
di cui infermieri di famiglia				-	-			
RUOLO TECNICO	564	692	-	128	271	33	208	30
Dirigenti	11	26		15	6	1	5	-
Personale del comparto area tecnica	553	666		113	265	32	203	30
di cui OSS	286	413		127	175	25	150	
di cui Assistenti Sociali	53	90		37	-			
RUOLO PROFESSIONALE	16	20	-	4	10	6	4	-
Dirigenti	16	20		4	10	6	4	
Personale del comparto area professionale				-	-			
RUOLO AMMINISTRATIVO	445	647	-	202	147	67	60	20
Dirigenti	21	59		38	15	10	5	-
Personale del comparto area amministrativo	424	588		164	132	57	55	20
TOTALE	4.204	5.848	-	1.644	1.486	423	923	140

* personale in servizio al netto del personale presente nelle strutture DM77/22 (Tabella DM77)

- di trasmettere lo stesso alla Regione Campania per la relativa approvazione;
- di inviare copia del presente atto al Collegio Sindacale e alle organizzazioni sindacali.

Il Dirigente proponente sarà responsabile in via esclusiva della esecuzione della presente deliberazione, che viene resa data l'urgenza immediatamente esecutiva, curandone tutti i consequenziali adempimenti, nonché quelli di pubblicità e di trasparenza previsti dagli artt.26 e 27 del D.Lvo 14 marzo 2013, n. 33 e s.m.i..

Il Direttore Generale

Dott. Giuseppe Russo

ASL NAPOLI 3 SUD

PIANO TRIENNALE DEI FABBISOGNI DI PERSONALE 2022-2024

PREMESSA

Il Piano triennale dei fabbisogni di personale (di seguito denominato PTFP) per il periodo 2022/2024, in continuità con il PTFP 2021/2023, definisce le politiche di reclutamento del personale dell'Azienda sanitaria di livello dirigenziale e non, nel rispetto dei principi della efficiente organizzazione degli uffici e della ottimizzazione delle risorse finanziarie a disposizione. Il PTFP è adottato in attuazione di quanto disposto dall'articolo 6 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, in coerenza con le linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale, ai sensi dell'articolo 6-ter dello stesso decreto legislativo, con decreto del Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze e con il Ministro della salute dell'8 maggio 2018, nonché, i contenuti sono organizzati ed elaborati secondo quanto previsto dal Disciplinare tecnico Monitoraggio di determinazione del Fabbisogno di Personale del SSR allegato alla DGR n. 593 /2020.

Scopo della presente pianificazione è favorire il ricambio generazionale indispensabile all'esercizio delle numerose e complesse competenze attribuite all'azienda sanitaria garantendo, attraverso l'ottimale distribuzione delle risorse disponibili, il buon funzionamento delle unità operative. In tal senso, la presente programmazione assunzionale persegue l'obiettivo di colmare, attraverso procedure concorsuali, scorrimento di graduatorie di idonei di concorsi banditi da altre amministrazioni e/o procedure di mobilità ai sensi dell'art. 30 del decreto legislativo 165/2001, le carenze di personale conseguenti ai collocamenti a riposo che sono intervenuti nel corso del 2021 e a quelli che si verificheranno negli anni 2022 e 2023 tenendo conto del fabbisogno di personale conseguente al processo riorganizzativo interno in atto poiché è in corso di adozione il nuovo atto aziendale.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Gli articoli 6 e 6 bis del d.lgs. n. 165/2001, come modificati dal d.lgs. n. 75 del 25 maggio 2017, nonché l'articolo 6 ter (introdotto dal predetto decreto n. 75/2017) stabiliscono le modalità di definizione dei fabbisogni di personale nell'ambito delle pubbliche amministrazioni. Nello specifico, gli articoli in questione prevedono quanto segue:

Art. 6 (Organizzazione degli uffici e fabbisogni di personale)

1. Le amministrazioni pubbliche definiscono l'organizzazione degli uffici per le finalità indicate all'articolo 1, comma 1, adottando, in conformità al piano triennale dei fabbisogni di cui al comma 2, gli atti previsti dai rispettivi ordinamenti, previa informazione sindacale, ove prevista nei contratti collettivi nazionali.
2. Allo scopo di ottimizzare l'impiego delle risorse pubbliche disponibili e perseguire obiettivi di performance organizzativa, efficienza, economicità e qualità dei servizi ai cittadini, le amministrazioni pubbliche adottano il piano triennale dei fabbisogni di personale, in coerenza con la pianificazione pluriennale delle attività e della performance, nonché con le linee di indirizzo emanate ai sensi dell'articolo 6-ter. ... Il piano triennale indica le risorse finanziarie destinate all'attuazione del piano, nei limiti delle risorse quantificate sulla base della spesa per il personale in servizio e di quelle connesse alle facoltà assunzionali previste a legislazione vigente.
3. In sede di definizione del piano di cui al comma 2, ciascuna amministrazione indica la consistenza della dotazione organica e la sua eventuale rimodulazione in base ai fabbisogni programmati e secondo le linee di indirizzo di cui all'articolo 6-ter, nell'ambito del potenziale limite finanziario massimo della medesima ... Resta fermo che la copertura dei posti vacanti avviene nei limiti delle assunzioni consentite a legislazione vigente.
4. ... Per le altre amministrazioni pubbliche il piano triennale dei fabbisogni, adottato annualmente nel rispetto delle previsioni di cui ai commi 2 e 3, è approvato secondo le modalità previste dalla disciplina dei propri ordinamenti.

Nell'adozione degli atti di cui al presente comma, è assicurata la preventiva informazione sindacale, ove prevista nei contratti collettivi nazionali. 5...

6. Le amministrazioni pubbliche che non provvedono agli adempimenti di cui al presente articolo non possono assumere nuovo personale. 6-bis. ... Per gli enti del servizio sanitario nazionale sono fatte salve le particolari disposizioni dettate dalla normativa di settore.

Art. 6-bis (Misure in materia di organizzazione e razionalizzazione della spesa per il funzionamento delle pubbliche amministrazioni).

1. Le pubbliche amministrazioni di cui all'articolo 1, comma 2, ... sono autorizzate, nel rispetto dei principi di concorrenza e di trasparenza, ad acquistare sul mercato i servizi, originariamente prodotti al proprio interno, a condizione di ottenere conseguenti economie di gestione e di adottare le necessarie misure in materia di personale.

2. Le amministrazioni interessate dai processi di cui al presente articolo provvedono al congelamento dei posti e alla temporanea riduzione dei fondi della contrattazione in misura corrispondente, fermi restando i processi di riallocazione e di mobilità' del personale.

3. I collegi dei revisori dei conti e gli organi di controllo interno delle amministrazioni che attivano i processi di cui al comma 1 vigilano sull'applicazione del presente articolo, dando evidenza, nei propri verbali, dei risparmi derivanti dall'adozione dei provvedimenti in materia di organizzazione e di UOC Gestione Risorse Umane/2019/148 2 personale, anche ai fini della valutazione del personale con incarico dirigenziale di cui all'articolo 5 del decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286.

Art. 6-ter (Linee di indirizzo per la pianificazione dei fabbisogni di personale).

1. Con decreti di natura non regolamentare adottati dal Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, sono definite, nel rispetto degli equilibri di finanza pubblica, linee di indirizzo per orientare le amministrazioni pubbliche nella predisposizione dei rispettivi piani dei fabbisogni di personale ai sensi dell'articolo 6, comma 2, anche con riferimento a fabbisogni prioritari o emergenti di nuove figure e competenze professionali.

3. Con riguardo alle regioni, agli enti regionali, al sistema sanitario nazionale e agli enti locali, i decreti di cui al comma 1 sono adottati previa intesa in sede di Conferenza unificata di cui all'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131. Con riguardo alle aziende e agli enti del Servizio sanitario nazionale, i decreti di cui al comma 1 sono adottati di concerto anche con il Ministro della salute.

5. Ciascuna amministrazione pubblica comunica secondo le modalità definite dall'articolo 60 le predette informazioni e i relativi aggiornamenti annuali che vengono resi tempestivamente disponibili al Dipartimento della funzione pubblica. La comunicazione dei contenuti dei piani è effettuata entro trenta giorni dalla loro adozione e, in assenza di tale comunicazione, è fatto divieto alle amministrazioni di procedere alle assunzioni.

6. Qualora, sulla base del monitoraggio effettuato dal Ministero dell'economia e delle finanze di intesa con il Dipartimento della funzione pubblica attraverso il sistema informativo di cui al comma 2, con riferimento alle amministrazioni dello Stato, si rilevino incrementi di spesa correlati alle politiche assunzionali tali da compromettere gli obiettivi e gli equilibri di finanza pubblica, il Ministro per la semplificazione e la pubblica amministrazione, con decreto di natura non regolamentare, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, adotta le necessarie misure correttive delle linee di indirizzo di cui al comma 1. Con riguardo alle regioni, agli enti regionali, al sistema sanitario nazionale ed agli enti locali, le misure correttive sono adottate con le modalità di cui al comma 3.

La predisposizione del piano dei fabbisogni nell'ambito del S.S.R. è fortemente condizionata dalle norme nazionali che pongono limiti alla spesa del personale. Infatti, l'art. 1, comma 565, della legge 27.12.2006, n. 296, i cui contenuti sono stati confermati dall'articolo 2, comma 71, della legge 23/12/2009, n. 191 e successive modificazioni, stabilisce che gli enti del SSN concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando misure necessarie a garantire che la spesa del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'Irap, non superi il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%.

Il Piano dà evidenza delle politiche aziendali di attuazione dell'Atto Aziendale, con particolare riferimento ai servizi ospedalieri, oggetto di profonda revisione organizzativa con conseguente sensibile riflesso in termini di definizione del relativo fabbisogno. Tali percorsi organizzativi, sia in ambito sanitario/socio-sanitario che dei servizi amministrativi, trovano riscontro nel Piano per una più efficiente ed efficace gestione delle risorse umane. Il coordinamento fra risorse umane necessarie e risorse finanziarie disponibili viene definito nella tabelle indicanti il Piano dei fabbisogni per gli anni 2022-2024 spesa viene esposta nelle tabelle allegate al Piano, per ciascuno degli anni in questione. Sin d'ora si precisa che la revisione del Piano Triennale per gli anni seguenti terrà in considerazione le valutazioni strategiche aziendali in materia di eventuali esternalizzazioni da effettuarsi, con riferimento all'area dei servizi/attività di supporto in ambito ospedaliero e territoriale. Particolare attenzione sarà inoltre riservata alla politica di fabbisogno di personale in attuazione di modifiche dell'Atto Aziendale, quali conseguenza in primis di quanto definito a livello regionale in ambito di schede di dotazione ospedaliera. Scopo della presente pianificazione è favorire il ricambio generazionale indispensabile all'esercizio delle numerose e complesse competenze attribuite all'azienda sanitaria garantendo, attraverso l'ottimale distribuzione delle risorse disponibili, il buon funzionamento delle unità operative. In tal senso, la presente programmazione assunzionale in considerazione dei presenti alla data del 31_12_2020, persegue l'obiettivo di colmare, attraverso procedure concorsuali, scorrimento di graduatorie di idonei di concorsi banditi da altre amministrazioni e/o procedure di mobilità ai sensi dell'art. 30 del decreto legislativo 165/2001, le carenze di personale conseguenti ai collocamenti a riposo che sono intervenuti nel corso del 2020 e a quelli che si verificheranno negli anni 2021 e 2022 tenendo conto del fabbisogno di personale conseguente al processo riorganizzativo interno in atto poiché è in corso di adozione il nuovo atto aziendale.

CRITERI E MODALITA' DI REDAZIONE DEL PIANO

I criteri utilizzati per definire il fabbisogno teorico hanno avuto tre driver principali, meglio dettagliati nel proseguo:

- **l'organizzazione della rete** di offerta: identificazione del ruolo delle strutture nella rete ospedaliera e di emergenza-urgenza secondo la classificazione del DM n. 70/2015;
- la **produzione**: l'attività ospedaliera, specialistica e di emergenza urgenza, erogate in ambito ospedaliero;
- il **tempo di lavoro** con rispetto all'orario di lavoro e alla turnistica come previsto dalla Legge n. 161/2014.

Per la definizione del fabbisogno di personale, così come indicato dalle linee guida ministeriali, risulta fondamentale definire gli **"standard" organizzativi per categorie di ospedali e le dotazioni minime necessarie** a garantire la funzionalità prevista per quel presidio, **in relazione al suo ruolo nella rete**.

definizione del cosiddetto **"metabolismo minimo" = fabbisogno di funzionamento:**

la dotazione di personale che garantisce la possibilità di "rendere disponibile" il servizio.

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.

In alcuni casi diventa necessario considerare l'attività svolta, per garantire un fabbisogno di personale aggiuntivo rispetto al minimo, che permetta di tenere conto della complessità trattata o delle peculiarità dell'ospedale considerato facendo riferimento ai valori di produzione conseguiti nell'esercizio precedente, ovvero stimati.

▪ **Organizzazione della rete di offerta**

La corretta determinazione del fabbisogno di personale dovrà avvenire, a pieno regime, in relazione alle reti ospedaliere rispondenti alle disposizioni ed ai criteri previsti dal DM 70/2015 e s.m.i.

Ciò comporta che il dimensionamento del fabbisogno non deriva esclusivamente dai posti letto di cui una struttura dispone quanto piuttosto dall'offerta di salute programmata: il fabbisogno così determinato sarà quello utile a far funzionare le strutture previste dalla programmazione stessa in ragione del loro ruolo all'interno della rete.

▪ **Produzione**

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:

▪ <i>continuità clinica per i ricoverati</i>	▪ <i>degenza ordinaria e diurna</i>
▪ <i>attività cliniche ordinarie</i>	▪ <i>attività ambulatoriale</i>
▪ <i>attività chirurgiche strumentali in urgenza ed elezione</i>	▪ <i>consulenze da pronto soccorso</i>
▪ <i>consulenza specialistica per i pazienti ricoverati in altri reparti</i>	▪ <i>attività di formazione continua</i>

▪ **Ore lavorate di riferimento**

Ai fini del calcolo del fabbisogno e della conseguente dotazione organica **minima** è necessario calcolare le ore annuali medie di lavoro dei professionisti sanitari, in modo da poter tradurre le ore in personale equivalente necessario.

In relazione al tempo è stato utilizzato come parametro il numero di ore lavorate per **Full Time Equivalent (FTE)**, identificato sulla base delle ore lavorabili a tempo pieno al netto di ore di non presenza per festività infrasettimanale, ferie e festività soppresse, ore non assistenziali (formazione), assenze per malattie, per infortunio, aspettativa, legge 104/92, maternità e altre assenze a vario titolo.

Il numero di ore lavorate stimate sono state quindi pari a:

Dirigenza sanitaria	Comparto (Infermieri, OSS, altre figure del comparto)
1.560 ore	1.480 ore

Per la definizione della dotazione minima standard nell'ambito della rete ospedaliera (applicando le linee guida contenute nella DGRC 593/2020) si è tenuto conto di:

- posti letto programmati (DCA 103/2018 integrati dalla DGRC 378/2020 relativamente ai posti letto di terapie intensiva e semi intensiva)

Per la definizione della dotazione minima standard nell'ambito delle strutture territoriali si è tenuto conto delle linee guide di cui alla DGRC 475 del 3/11/2020 "Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza territoriale".

DGRC 593/2020 per la determinazione del fabbisogno di Personale Medico e del personale del comparto si è tenuto conto delle aggregazioni funzionali di attività, sulla base delle Aree di Aggregazione delle specialità tra loro omogenee rispetto al fabbisogno assistenziale di cui alla **Tabella 1 del Decreto**.

Personale Dirigente Medico

La metodologia adoperata permette di individuare una dotazione minima, definito "metabolismo minimo", e un valore massimo a cui lo standard potrà tendere al verificarsi di specifiche condizioni.

I valori minimi

① fabbisogno relativo per ogni disciplina all'interno del presidio, nell'ambito di aree funzionali di attività utili per la determinazione del numero di professionisti necessari come previsto dalla DGRC 593/2020 (rif.tenendo altresì conto dell'organizzazione delle guardie che, in relazione al numero di posti letto e alla funzione del presidio, possono o meno essere organizzate in forma "interdivisionale" o per area omogenea, ossia in forma "divisionale");

② utilizzata la **Tabella 2 del DGRC 593/2020** (cfr. che indica la dotazione minima di Personale Medico per ogni singola specialità, al netto delle posizioni apicali, individuata in base al numero annuo di ore lavoro necessario);

③ La dotazione minima è stata integrata come previsto dalla DGRC 593/2020 (.....La dotazione minima, così individuata, va poi integrata tenendo conto dell'attività di guardia medica notturna e festiva: il carico di ore annue necessarie all'espletamento di un turno di guardia è stato posto equivalente a n. 3 unità di Personale Medico (FTE – Full Time Equivalent. Per la determinazione del numero di unità necessarie a garantire le attività di guardia, laddove non si ravvisi la necessità di strutturare una guardia per unità operativa (ex divisionale), è prevista la presenza di una guardia “interdivisionale” ogni 100 PL);

④ La DGRC 593/2020 prevede che per le **guardie per Area omogenea possono essere gestite nelle aree “Medicina Interna” e “Chirurgia”.**

Sono state previste le guardie per le seguenti unità operative (come previsto dalla DGRC 593/2020):

- nelle aree “intensive” (Anestesia, Utic, TIN, Stroke Unit di I livello di Castellammare e Nola);
- per il servizio di anestesia, ove prevista attività chirurgica nelle 24 ore e attività di ostetricia (Nola, Castellammare, Boscotrecase, Maresca, Sorrento e Vico Equense);
- nei servizi di pronto soccorso (Nola, Castellammare, Maresca, Boscotrecase, Sorrento e Vico Equense);
- nell'area ostetrico-ginecologica, con attività di ostetricia (Nola, Castellammare e Vico Equense);
- nelle pediatrie (Nola, Castellammare, Vico Equense, Boscotrecase);
- nella Psichiatria SPDC (Nola, Castellammare, Boscotrecase);

È stata utilizzata la Tabella n. 2 del DGRC 593/2020 per la dotazione dei minimi con le guardie divisionali, al netto delle posizioni apicali (.....l'attività di coordinamento e di direzione - In particolare, per l'attività di direzione di reparto, andrà aggiunta un'unità di Personale Medico in tutti i casi ove sia prevista la struttura complessa e quindi la relativa apicalità)

In particolare, per definire correttamente il fabbisogno di professionisti sarà necessario conoscere il ruolo attribuito a livello di programmazione regionale al singolo presidio rispetto all'articolazione “in rete” di cui la regione si è dotata. Ciò dovrà avvenire 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), così come evidenziato in **Tabella 2** nella colonna Parametro, il valore minimo di Personale Medico varierà in funzione del ruolo attribuito al presidio rispetto alla rete.*

Ad esempio, con riferimento alla rete infarto occorrerà distinguere tra presidio di base, presidio di base con UTIC e presidio con UTIC + emodinamica. Si rimanda al Paragrafo 2.4 per una maggiore disamina.

Calcolo del Fabbisogno minimo di Personale Medico

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

Dove:

- 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

I valori massimi

Con riferimento all’individuazione di valori massimi di Personale Medico, determinabili attraverso l’introduzione del driver Produzione, occorre distinguere tra la dotazione da destinare alle discipline di degenza e quella da destinare all’attività ambulatoriale e di day hospital:

Attività di Degenza

Un fabbisogno di personale superiore ai valori minimi, così come determinati nel paragrafo precedente, generato da esigenze di produzione, sarà valutato positivamente qualora si attesti all’interno di un predeterminato range.

Per la determinazione del range di Personale Medico “giustificato dalla produzione”, la metodologia adoperata “Pesi Medici” differenziati per ogni specialità, implementati sulla base di un’analisi statistica dei dati delle 5 regioni partecipanti al Gruppo di Lavoro che assumono quindi il ruolo di benchmark e rappresentano cioè le buone pratiche ovvero le situazioni riconosciute come efficaci e efficienti all’interno del medesimo sistema.

Rispetto a tali “Pesi Medici” si perviene quindi all’individuazione di due valori (FTE’ e FTE’), che costituiscono il cd. “margine di tolleranza”, limite inferiore e superiore della forbice, ossia i valori entro i quali il numero di FTE presenti nella specialità di riferimento è ritenuto accettabile.

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

- Definizione dei criteri di imputazione dei DRG;
- Sommatoria dei DRG prodotti per ogni specialità (al netto di quelli Medici erogati in regime di ricovero diurno);
- Definizione dei criteri di imputazione degli FTE assegnati alle singole specialità;

- Rapporto tra DRG/FTE per specialità;
- Verifica del dato su base regionale: analisi della distribuzione statistica, eliminazione delle code;
- Prima analisi di valori statistici rilevanti (mediana, media, 1° e 3° quartile);

- Confronto interregionale del dato;
- Verifica dei valori rispetto alle 5 regioni partecipanti;
- Analisi della bontà del campione e delle code e verifica della distribuzione;
- Determinazione del range dei Pesi.

*Il risultato è la somma dei pesi prodotti per ogni specialità, che rapportati ai “pesi medici” di **Tabella 3**, restituiscono il valore degli FTE necessari per la produzione erogata:*

Attività Ambulatoriale e Day Hospital

Per quanto attiene alla determinazione della dotazione di Personale Medico da destinare alle attività ambulatoriali e di Day Hospital, si precisa che i pesi calcolati per specialità sono determinati dal rapporto DRG erogati rispetto agli FTE medici complessivi e quindi dedicati a tutte le attività tipiche dell'ospedale (degenza, ambulatorio, day hospital e altre attività tipiche di reparto). Ne consegue che il peso così determinato è in qualche modo rappresentativo anche di queste attività.

Personale Infermieristico e Operatori Socio-Sanitari

*Con riferimento alla dotazione standard di **Personale Infermieristico** e di **Operatori Socio-Sanitari (OSS)**, la metodologia ministeriale prevede che la stessa non può prescindere dalla programmazione regionale in materia sanitaria. In particolare, la determinazione della dotazione di tale personale dedicato alle attività di degenza ordinaria deve avvenire sulla base dei posti letto computati al 90% così come definito al punto 3.1 dell'allegato 1 del DM 70/2015:*

- ① In prima applicazione sono stati utilizzati i posti letto così come rinvenibili dai flussi ministeriali HSP 12 relativi agli anni 2019 e 2020.
- ② Poi sono è stata definita la dotazione standard sulla base dei posti letto della programmazione delle rete ospedaliera regionale attiva (DCA 103/2018);

Si è proceduto alla definizione della dotazione standard di personale medico utilizzando le aree omogenee come previsto dalla Tabella n. 1 della DGRC 593/2020.

Per la dotazione dello standard di personale di comparto il dato ospedaliero complessivo tenuto conto del procedimento previsto dalle linee guida della DGRC 593/2020, cioè:

Per la determinazione del numero di Infermieri e Operatori Socio-Sanitari necessari per le attività di degenza, occorre procedere come segue:

- Somma dei posti letto per Area Omogenea;
- Computo al 90%;
- Attribuzione dei minuti di Assistenza Infermiere e Oss (**Tabella 4**);
- Prodotto della somma dei posti letto per i minuti (minimo e massimo) di assistenza attribuiti;
- “Trasformazione in ore” = Totale minuti/60;
- “Trasformazione in personale tempo equivalente” (FTE)/1480;
- Attribuzione del numero di infermieri complessivi necessari per l’attività di degenza;
- Attribuzione del numero di operatori complessivi necessari per l’attività di degenza.

Personale non sanitario

Altro Personale Ruolo tecnico

Con riferimento al personale del ruolo tecnico, ad esclusione del profilo di Operatore Socio-Sanitario analizzato in precedenza, il fabbisogno di personale è da determinarsi sulla base dei seguenti parametri, differenziati tra Aziende Ospedaliere e Aziende Sanitarie Locali per far fronte alle specifiche peculiarità:

- Aziende Ospedaliere: 6% del fabbisogno di personale sanitario ospedaliero;
- Aziende Sanitarie Locali: 10% del fabbisogno di personale sanitario ospedaliero.

Si precisa che il fabbisogno così determinato andrà, di norma, ripartito tra personale Dirigente e Comparto sulla base delle seguenti percentuali:

- Personale Dirigente: in misura pari o inferiore al 15% del totale;
- Personale Comparto: a copertura della restante parte.

Ruolo Professionale

Con riferimento al fabbisogno di personale per il ruolo professionale, è da determinarsi nella misura pari allo 0,5% del fabbisogno di personale di personale del ruolo sanitario ospedaliero, così come individuato in base alle suddette metodologie.

Si precisa che il fabbisogno così determinato andrà, di norma, ripartito tra personale Dirigente e Comparto sulla base delle seguenti percentuali:

- Personale Dirigente: in misura pari o inferiore al 15% del totale;
- Personale Comparto: a copertura della restante parte

Ruolo Amministrativo

Con riferimento al personale del ruolo amministrativo il fabbisogno è da determinarsi, in base ai parametri seguenti per far fronte alle specifiche peculiarità:

- Aziende Sanitarie Locali: 14% del fabbisogno di personale sanitario, professionale e tecnico ospedaliero.

Si precisa che il fabbisogno così determinato andrà, di norma, ripartito tra personale Dirigente e Comparto sulla base delle seguenti percentuali:

- Personale Dirigente: in misura pari o inferiore al 15% del totale;
- Personale Comparto: a copertura della restante parte.

AREA DEI DISTRETTI E DELLA PREVENZIONE

Con riferimento al Personale da destinare all'assistenza distrettuale e della prevenzione, in considerazione del progressivo spostamento di risorse dall'area ospedaliera, conseguente all'attuazione della programmazione sanitaria regionale e in particolare della nuova rete ospedaliera, le aziende dovranno procedere innanzitutto alla riallocazione sul territorio di eventuale personale in esubero presso le strutture ospedaliere, in conseguenza della realizzazione dei processi di riorganizzazione del rapporto ospedale – territorio.

Si sottolinea, inoltre, che nell'ambito delle attività territoriali e del fabbisogno di personale, ciascuna Azienda dovrà tenere in debito conto l'apporto delle unità di specialistica ambulatoriale a tempo indeterminato.

Si specifica inoltre, che occorrerà valutare anche l'eventuale esternalizzazione di servizi aziendali in presenza dei quali, il parametro di riferimento della relativa figura professionale dovrà essere rimodulato in riduzione. La ricognizione dei servizi sanitari assistenziali esternalizzati avverrà sulla base dei modelli ministeriali registrati su piattaforma NSIS; nello specifico si farà riferimento ai modelli STS e RIA.

Personale Sanitario

Personale Medico

Con riferimento al **Personale Dirigente Medico distrettuale** si stabilisce uno standard di fabbisogno parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi come pari allo 0,4 il rapporto tra dirigenti medici in servizio presso i Servizi Distrettuali e della Prevenzione rispetto alla popolazione residente/1000.

Il fabbisogno di Dirigenti Medici afferenti al Servizio 118 è ricompreso nell'ambito della dotazione standard complessiva di Personale Medico relativo al Servizio Distrettuale.

Per i **Dipartimenti (Prevenzione, Salute Mentale e Dipendenze)** si stabilisce un fabbisogno parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi come pari allo 0,2 il rapporto tra dirigenti medici in servizio rispetto alla popolazione residente/1000.

Per quanto riguarda i **Dirigenti Veterinari** si stabilisce un fabbisogno parametrato rispetto alle seguenti aree: sanità animale, ispezione alimenti e igiene zootecnica.

La norma comunitaria (Reg. (UE) 2017/625) in materia di prevenzione connessa alla sicurezza alimentare ed alla sanità pubblica veterinaria, prevede la pianificazione pluriennale con la definizione degli obiettivi strategici di medio-lungo termine, cui consegue la programmazione annuale degli obiettivi operativi assegnati al servizio sanitario territoriale.

In Campania, in coerenza con quella nazionale, viene approvata dalla Giunta regionale la pianificazione pluriennale, alla quale segue per ciascun anno la redazione di un documento di programmazione annuale regionale (DPAR), nonché di documenti di programmazione territoriale (DPAT). In questi ultimi ciascuna ASL rappresenta le proprie dotazioni in termini di risorse strumentali, umane e finanziarie e, attraverso un sistema di calcolo delle performance

individuali e di struttura definito dalla stessa programmazione regionale, assegna al personale ed alle proprie strutture gli obiettivi operativi.

Il sistema di calcolo delle performance consente, quindi, alle AASSLL di valutare le proprie capacità prestazionali, da impiegare secondo l'ordine di priorità stabilito nelle sezioni della programmazione regionale (DPAR), e nello stesso tempo di verificare l'eventuale ulteriore fabbisogno di personale necessario per soddisfare appieno gli obiettivi operativi assegnati.

Il citato criterio per la definizione del fabbisogno, definito nel dettaglio dalla programmazione regionale in relazione alla tipologia di attività (ispezione, audit), si basa sull'unità di misura per la quantizzazione delle attività di controllo ufficiale svolto dal personale e definita "unità/ispezione ad personam" (UIP), cioè il tempo stimato affinché un sanitario mediamente effettui una ispezione "semplice", quantizzato in 4 ore. Tale impegno orario è comprensivo anche del tempo necessario all'espletamento di attività non propriamente legate al controllo, ma facenti parte dei compiti istituzionali (attività giudiziarie, registrazione dati nei sistemi informativi, ricezione del pubblico, partecipazione riunioni, attività di Polizia Giudiziaria sia pre che post ispettive).

L'UIP rappresenta, quindi, l'unità di misura per la quantizzazione dei controlli cui il singolo operatore deve partecipare nell'anno. Il numero di controlli espresso in UIP, cui il singolo operatore deve partecipare, costituisce la performance minima ad personam. Sulla base delle ore annuali di effettivo lavoro che ogni sanitario è in grado di effettuare, epurate delle ore di congedo e di quelle dedicate alla formazione, determinano il carico di lavoro annuale minimo ad personam espresso in UIP.

Per il calcolo dei volumi prestazionali delle strutture (unità operative territoriali) viene stabilita come unità di misura l'unità di performance di struttura (UPS), che si ottiene sommando, con opportune formule per le quali si rimanda al DPAR/DPAT, le UIP delle persone ad essa afferenti. La somma delle UPS di ogni struttura semplice, ovvero delle singole unità organizzate afferenti ad una struttura complessa dipartimentale, definisce la quantità minima di controlli in UPS che tale struttura deve svolgere nell'anno.

- Personale Dirigente sanitario non medico

Con riferimento al fabbisogno di personale **Dirigente sanitario non medico** da destinare al territorio, lo stesso è ricompreso nella percentuale individuata al Paragrafo 2.2.3,

Per i **Dirigenti Farmacisti** è previsto un fabbisogno aggiuntivo pari a n. 2 unità di personale per Distretto.

Dirigente sanitario non medico (= 7% del fabbisogno di Medici)	43
FARMACISTI (2 x Distretto)	26

Personale Infermieristico

Per i **Distretti** si stabilisce un fabbisogno di Personale Infermieristico parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi come pari allo 0,56 il rapporto tra Personale Infermieristico in servizio presso i Servizi Distrettuali rispetto alla popolazione residente/1000.

La dotazione standard di Personale Infermieristico afferente il Servizio 118, è ricompresa nell'ambito della dotazione standard complessiva di Personale Infermieristico relativo ai Servizi Distrettuali e della Prevenzione.

Per i **Dipartimenti (Prevenzione, Salute Mentale e Dipendenze)** si stabilisce un fabbisogno di Personale Infermieristico parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi come pari allo 0,17 il rapporto tra Personale Infermieristico in servizio presso i Dipartimenti di Prevenzione rispetto alla popolazione residente/1000.

Piano di potenziamento e riorganizzazione della rete di assistenza territoriale

Per quanto attiene l'assistenza territoriale, il Decreto Legge n. 34 del 19 maggio 2020, convertito in legge n. 77 del 17 luglio 2020, all'art.1 "disposizioni urgenti in materia di assistenza territoriale" fornisce indicazioni alle Regioni in merito agli interventi da adottare al fine di potenziare l'assistenza territoriale necessari sia a garantire la dovuta assistenza ai pazienti con COVID19 ma anche di cogliere l'occasione per un intervento di più ampio respiro e di più lunga durata per tutte le persone con fragilità e cronicità.

Dipartimenti di Prevenzione

Per garantire la disponibilità di operatori di Sanità pubblica presso i Dipartimenti di Prevenzione, tali da poter assicurare adeguatamente le attività di ricerca e gestione dei contatti, come previsto dal DM 30/04/2020 (Adozione dei criteri relativi alle attività di monitoraggio del rischio sanitario di cui all'allegato 10 del decreto del presidente del Consiglio dei ministri del 26/04/2020) le AASSLL regionali sono state autorizzate a reclutare almeno 1 operatore ogni 10.000 abitanti.

Popolazione residente(57 comuni) Rif. DCA 39/2017 – Atto aziendale	1.073.793
Tot. operatore di Sanità pubblica (1 ogni 10.000 abitanti)	107

USCA – Unità Speciali di Continuità Assistenziale

La Regione Campania, con nota dell'Unità di Crisi UC/2020/0001128 del 27 marzo 2020, ha istituito le USCA, demandando alle Direzioni Generali delle AA.SS.LL. la costituzione delle stesse e la successiva comunicazione delle azioni intraprese (specificando numero, sedi attivate, ubicazione e relativo numero di medici arruolati) al Direttore Generale per la Tutela della Salute ed il Coordinamento del SSR, quale parte integrante dell'Unità di Crisi CoViD-19.

La Regione Campania, come stabilito nel Piano di Potenziamento dell'assistenza territoriale, si propone di potenziare l'attività delle USCA per tendere allo standard di una ogni 50.000 abitanti incrementando il numero di operatori coinvolti.

A tal fine la Regione resta in attesa di ricevere dalle AA.SS.LL. un piano di potenziamento che tenga conto delle attività svolte e della disponibilità di automezzi, al fine di consentire alla Direzione Generale Salute di effettuare una valutazione relativa alle esigenze per singola ASL.

Popolazione residente (57 comuni) - Rif. DCA 39/2017 – Atto aziendale	1.073.793
Tot. USCA (1 ogni 50.000 abitanti)	21,5

Cure Domiciliari

Al fine di realizzare il potenziamento dell'assistenza domiciliare, a decorrere dall'anno 2021 la Regione ha programmato un incremento del personale dedicato all'ADI, in considerazione dei fondi di cui al DL n. 34/2020, di circa 450 unità, tra OSS e infermieri.

L'acquisizione di personale farà seguito alla definizione, da parte delle AA.SS.LL. di un piano di fabbisogno - che descriva in modo dettagliato le attività svolte e la quantificazione del potenziale incremento del numero di prese in carico.

Infermiere di famiglia

Sulla base di quanto disposto dal Decreto-Legge del 19 maggio 2020, n. 34 "Misure urgenti in materia di salute, sostegno al lavoro e all'economia, nonché di politiche sociali connesse all'emergenza epidemiologica da CoViD-19" all'art. 1, comma 5 è prevista l'introduzione di una nuova figura di Personale Infermieristico (c.d. "infermiere di famiglia") per la quale il DL dispone:

"Al fine di rafforzare i servizi infermieristici, con l'introduzione altresì dell'infermiere di famiglia o di comunità, per potenziare la presa in carico sul territorio dei soggetti infettati da SARS-CoV-2 identificati COVID-19, anche supportando le Unità speciali di continuità assistenziale e i servizi offerti dalle cure primarie, nonché di tutti i soggetti di cui al comma 4, le aziende e gli enti del Servizio sanitario nazionale, in deroga all'articolo 7 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, possono, in relazione ai modelli organizzativi regionali, utilizzare forme di lavoro autonomo, anche di collaborazione coordinata e continuativa, con decorrenza dal 15 maggio 2020 e fino al 31 dicembre 2020, con infermieri che non si trovino in costanza di rapporto di lavoro subordinato con strutture sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, in numero non superiore a otto unità infermieristiche ogni 50.000 abitanti. Per le attività assistenziali svolte è riconosciuto agli infermieri un compenso lordo di 30 euro ad ora, inclusivo degli oneri riflessi, per un monte ore settimanale massimo di 35 ore. Per le medesime finalità, a decorrere dal 1° gennaio 2021, le aziende e gli enti del Servizio Sanitario Nazionale, possono procedere al reclutamento di infermieri in numero non superiore ad 8 unità ogni 50.000 abitanti, attraverso assunzioni a tempo indeterminato e comunque nei limiti di cui al comma 10."

Pertanto, alla luce dell'intervento normativo è necessario procedere, ai fini dell'introduzione dell'Infermiere di famiglia, alla puntuale verifica del personale già incardinato in tali attività, e successivamente individuare nell'ambito del fabbisogno di personale il rispetto degli standard individuati dal DL n. 34/2020 convertito in Legge n. 77 del 17 luglio 2020.

In relazione ai vincoli di finanza pubblica il piano dei fabbisogni di personale per il triennio 202-2024 è stato formulato modulandolo all'art. 11 del DL 35/2019 nella parte in cui consente di individuare quale tetto di spesa del personale, a decorrere dall'anno 2019, la somma più capiente tra il valore della spesa registrato nell'anno 2004,

ridotto dell'1,4% e il valore della spesa registrato nell'anno 2018. Il tetto di spesa è stata individuato quale differenziale tra il costo sostenuto nell'anno 2021 e il costo sostenuto nell'anno 2004(- 1,4%).

Voci di Costo del Personale dipendente	CE 2021
	Valori in €/000
Personale dipendente a tempo indeterminato	260.673.843,31
Personale a tempo determinato	24.067.755,33
Restante personale	
Totale costo del personale	284.741.598,64
IRAP	17.189.361,65
Totale costo del personale comprensivo di IRAP	301.930.960,29
Spese per rinnovi dei CCNL intervenuti successivamente al 2004	54.480.902,05
Spese per il personale appartenente alle categorie protette	11.295.874,78
Spese sostenute per il proprio personale comandato c/o altre amministrazioni e per le quali è previsto il rimborso	0,00
COSTI COVID ANNO 2021	34.954.237,26
Totale costo del personale (PARAMETRO X LA DEFINIZIONE DEL DELTA)	201.199.946,20
Tetto di spesa ASL NAPOLI 3 SUD limite 1,4 L. 191/2009	286.038.635,00
Incremento possibile del costo del personale nel triennio 2022-2024	84.838.688,80

La tabella sottostante riporta il riepilogo dei fabbisogni espressi in numero di teste del personale per gli anni 2021 2022 e 2023, suddivisi per ruolo professionale.

Tabella A PTFP 2022-2024

AA.SS.LL.	PERSONALE IN SERVIZIO 31.12.2021*	STANDARD AZIENDA DGRC 593/2020	di cui standard penitenziaria	FABBISOGNO AZIENDA 2022/2024	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2022	PTFP 2023	PTFP 2024	ChK
RUOLO SANITARIO	3.179	4.489	-	1.310	1.058	317	651	90	
Dirigenti Medici	966	1.372		406	273	103	110	60	si
Dirigenti Sanitari	149	162		13	17	14	3	-	no
Personale del comparto area sanitaria	2.064	2.955		891	768	200	538	30	si
di cui personale infermieristico		2.206		2.206	-				si
di cui infermieri di famiglia		-		-	-				si
RUOLO TECNICO	564	692	-	128	271	33	208	30	
Dirigenti	11	26		15	6	1	5	-	si
Personale del comparto area tecnica	553	666		113	265	32	203	30	no
di cui OSS	286	413		127	175	25	150		no
di cui Assistenti Sociali	53	90		37	-				si
RUOLO PROFESSIONALE	16	20	-	4	10	6	4	-	
Dirigenti	16	20		4	10	6	4		no
Personale del comparto area professionale				-	-				si
RUOLO AMMINISTRATIVO	445	647	-	202	147	67	60	20	
Dirigenti	21	59		38	15	10	5	-	si
Personale del comparto area amministrativo	424	588		164	132	57	55	20	si
TOTALE	4.204	5.848	-	1.644	1.486	423	923	140	

* personale in servizio al netto del personale presente nelle strutture DM77/22 (Tabella DM77)

Si evidenzia che l'incremento del costo del personale nel triennio 2022-2024 consente l'assunzione del personale indicato nella suddetta tabella, sebbene il numero di unità previsto non trova corretta congruenza con lo standard dell'azienda calcolato ai sensi del DGRC 593/2020 come è agevole verificare nella colonna "ChK".

L'attuazione della DGRC 593/2020 ha determinato per l'azienda un fabbisogno standard pari a 6123 unità di personale, fabbisogno che tuttavia in sede di interlocuzioni con gli uffici regionali è stato rideterminato in 5854 unità comportando una riduzione della capacità assunzionale di n. 269 dirigenti medici con conseguente necessità di rideterminare il modello organizzativo ottimale.

Il Direttore UOC GRU
Dr. Giuseppe Esposito