

GLI STANDARD OSPEDALIERI

Il DM del Ministro della Sanità Donat Cattin fissa gli "Standard Ospedalieri" per singola specialità ospedaliera e per l'insieme dei servizi. **Questi standard vengono definiti, in attuazione della legge 8 Aprile 1988, n° 109 che prescrive la fissazione degli stessi limitatamente al personale ospedaliero, distintamente per posti letto e per tipologia di ospedali,** prendendo a riferimento moduli organizzativi tipo, che ad un tasso medio annuo di utilizzazione non inferiore al 70 -75% - con l'eccezione delle terapie intensive e per le malattie infettive - e con degenza media nei limiti della norma per le distinte funzioni specialistiche, comportano l'utilizzazione ottimale del personale.

La delimitazione degli standard ai servizi ospedalieri non va interpretata come istituzione di ruoli separati per il personale dell'ospedale. L'individuazione vuole solo determinare, all'interno della unitaria pianta organica dell'USL, riferimenti per dimensionare il personale dei presidi ospedalieri, che costituisce una porzione significativa dell'organico complessivo sia in termini numerici, sia in termini di spesa.

Rispetto agli organici ottimali, i nuovi parametri, per una volta attuati su tutto il territorio nazionale, determineranno un aumento complessivo del personale assegnato ai presidi ospedalieri di circa 80.000 unità, di cui 12.700 medici e 67.900 infermieri professionali.

Con l'entrata a regime degli standard verrà garantito: - il potenziamento delle attività diagnostiche e di accertamento strumentale che dovranno essere organizzate in due turni giornalieri; l'utilizzo delle grandi attrezzature diagnostiche e terapeutiche per un minimo di 12 ore giornaliere; l'attivazione delle camere operatorie per non meno di 5 gg. la settimana e, ove occorre, la turnazione antimeridiana e pomeridiana; la riduzione ad un massimo di 15 gg. di attesa per il ricovero ospedaliero; la contrazione della durata media della degenza che dovrà essere ricondotta a 11 giornate.

La complessa manovra di riequilibrio dei posti letto nel territorio nazionale che comprende la soppressione dei presidi con meno di 120 posti letto e che vede interessati 257 istituti per un totale di 18.443 posti letto da disattivare o riaccorpate, dovrà garantire nell'ambito di ogni Regione l'attuazione dell'indice medio di 6,5 posti letto tra pubblici e privati (questi ultimi calcolati al 50%) per 1.000 abitanti.

La manovra di riequilibrio dei posti letto congiuntamente alla rideterminazione delle piante organiche che dovranno rispondere ai nuovi standard fissati dal Decreto, è tesa ad offrire alla popolazione gravitante sul presidio territoriale interdistrettuale un servizio articolato e compiuto che dovrebbe porre fine anche al sempre più grave fenomeno di mobilità dei pazienti che hanno già sfondato il tetto di 500 mila ricoveri all'anno.

Per l'attuazione dell'intera manovra è evidente che la riorganizzazione dei posti letto deve essere antecedente alla revisione delle piante organiche .

È altrettanto evidente che nella gestione di tutta questa materia deve essere coinvolto il sindacato che dovrà impedire alle UU:SS:LL: e alle Regioni di gestire unilateralmente l'intera manovra di riequilibrio, nonché il verificarsi di ritardi rispetto alla procedura prevista dall'art. 2 della Legge n° 109 dell' 8 Aprile 1988, che va ricordato, è supportata dalla dichiarazione di "perentorietà" del termine entro cui le UU.SS.LL. sono tenute a formulare le proprie proposte ; dalla analoga dichiarazione di "perentorietà" del termine entro cui le Regioni debbono decidere in merito; dal potere riconosciuto alle Regioni di decidere anche in assenza di proposte delle UU:SS:LL: e/o in difformità dai piani sanitari regionali vigenti; dal potere riconosciuto alla Amministrazione centrale di adottare gli atti sostitutivi necessari, dandone contestuale informazione al Parlamento.

Nel merito di tale procedura va rilevato che le UU.SS.LL. debbono formulare atti di proposta , adottare cioè, misure non soggette al visto di approvazione del Comitato regionale di controllo nella prima fase di prospettazione di soluzioni alla Regione, restando invece assoggettate al controllo le deliberazioni attuative delle UU.SS.LL. conseguenti alle decisioni regionali o dell'Amministrazione centrale (in via sostitutiva).

DECRETO DEL MINISTRO DELLA SANITÀ DONAT CATTIN IL MINISTRO

Visto il decreto legge 8 febbraio 1988, n° 27, convertito con modificazioni dalla legge 8 aprile

1988, n° 109 recante misure urgenti per le dotazioni organiche del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria;
Visti in particolare l'art.1 della stessa legge che demanda al Ministro della Sanità la determinazione degli standard di personale ospedaliero per posto letto e tipologia di ospedali, previo parer Consiglio Sanitario Nazionale e sentite le OO.SS. maggiormente rappresentative, nonché l'art. 2 sulla rideterminazione dei posti letto e delle piante organiche;
Visto l'art. 10 della Legge n° 595 del 23 ottobre 1985, recante disposizioni in materia di organizzazione degli ospedali e, in particolare il comma 1, che fissa i parametri tendenziali per la utilizzazione ottimale dei servizi e dei posti letto in ambito regionale;
Considerato che ai sensi del combinato disposto delle disposizioni innanzi richiamate la ristrutturazione dei presidi ospedalieri assume per un verso carattere di priorità rispetto alla determinazione degli standard di personale ospedaliero, e, per altro verso, si appalesa come momento di particolare rilevanza ai fini del conseguimento di condizioni di salute uniformi su tutto il territorio nazionale;
Considerato che la standardizzazione di cui trattasi presuppone altresì la esplicitazione delle finalità da perseguire nel riordinamento degli ospedali sulla linea del processo di adeguamento delle norme di organizzazione risultanti dalle disposizioni normative nel tempo emanate con la Legge 12 febbraio 1968 n° 132 e con i decreti del presidente della Repubblica n° 128 e 129 del 27 marzo 1969, sulle quali hanno inciso innovativamente le Leggi 23 dicembre 1978 n° 833 e 23 ottobre 1985 n° 595, in materia di programmazione sanitaria, fissando più attuali riferimenti per il dimensionamento, la caratterizzazione tipologica e la strutturazione interna dei presidi ospedalieri, propedeutici agli adempimenti delle Regioni fissati dall'art. 1 della legge n° 109 del 1988;
Visti gli artt .4 e 53 della legge 23 dicembre 1973, n° 833;
Ritenuto che ai fini del dimensionamento degli organici di personale debba farsi riferimento, quale parametro di valutazione più adeguato, a moduli organizzativi tipo per gruppi di posti letto e per distinte attività specialistiche, in ragione delle diversificate esigenze assistenziali e tecnologiche proprie delle varie tipologie;
Visto il Decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n° 761, sullo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali;
Visto il Decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980 n° 617 sull'ordinamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico;
Valutate le indicazioni emergenti dai flussi informativi informatici delle attività gestionali ed economiche delle unità sanitarie locali di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 17 maggio 1984, attuativo dell'art 27, comma 6, della Legge 27 dicembre 1983 n° 730;
Considerato che la Corte Costituzionale con sentenza 8-10 giugno 1988 n° 610 ha ritenuto compatibili con il sistema delle autonomie regionali e provinciali le disposizioni temporanee di salvaguardia dell'assetto definitivo del Servizio Sanitario Nazionale quale risulterà dalla pianificazione prevista dalla legge 23 ottobre 1985 n° 595, nella cui linea si pone il presente Decreto; sentite le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative.
Visto il parere del Consiglio Sanitario Nazionale,

DECRETA

.....Omissis

Art. 3

1. Gli standard di personale da applicarsi ai fini della revisione degli organici dei presidi ospedalieri a gestione diretta sono relativi alle funzioni assistenziali proprie di presidio, con riferimento all'assistenza a ciclo continuo e a ciclo diurno dei degenti, ivi comprese le attività inerenti alle fasi di preospedalizzazione e di dimissione protetta.
2. Gli standard sono stabiliti con riferimento a moduli organizzativi tipo che, ad un tasso medio annuo di utilizzazione non inferiore al 70-75% - eccezione fatta per le Terapie Intensive e per le Malattie Infettive - e con degenza media nei limiti della norma per le distinte funzioni specialistiche, comportano l'utilizzazione ottimale del personale.
3. I moduli organizzativi tipo di cui al presente articolo costituiscono ad un tempo la soglia minima al di sotto della quale la gestione dell'Unità Operativa diviene antieconomica ed è, quindi, opportuno che sia riveduta e ottimizzata, ed una indicazione paramedica per la determinazione della dotazione organica del personale delle divisioni, sezioni o servizi. Di conseguenza i moduli tipo non costituiscono riferimento per la strutturazione formale delle unità sanitarie operative potendo queste ultime essere costituite dall'aggregazione di più moduli, secondo le indicazioni programmatiche delle Regioni. Di norma tutti i moduli tipo di una medesima funzione specialistica debbono costituire una sola Unità Operativa (divisione, sezione o servizio) salvo il caso che il raggruppamento dei moduli omogenei raggiunga dimensioni tanto ampie da rendere opportuna la

suddivisione in più Unità.

4. Gli standard di cui al presente Decreto si riferiscono al personale utilizzato a tempo pieno.

5. Gli standard del personale delle Unità Operative di degenza dei presidi ospedalieri a gestione diretta sono stabiliti come segue.

A. Terapia Intensiva e sub-intensiva

Sono comprese nella funzione di Terapia Intensiva le seguenti attività assistenziali :

- Rianimazione;
- Grandi ustionati;
- Terapia Intensiva cardiologica;
- Terapia Intensiva neonatale;
- Terapia Intensiva post-trapianto.

A.1 Terapia Intensiva autonomamente strutturata

A.1.1. Per un modulo tipo di 8 posti letto:

- Unità di personale medico: 12;
- Unità di personale infermieristico: 24.

A.1.2. Per ogni modulo successivo di 8 posti letto:

- Unità di personale medico: 5;
- Unità di personale infermieristico: 24.

A.1.3. Per le Unità Operative di Terapia Intensiva organizzate in centri polifunzionali di 2° livello e con attività ulteriori quali il Centro Antiveneni, il trattamento in Camera Iperbarica, e simili: maggiorazioni di organico determinate dalla Regione o Provincia autonoma in rapporto alle esigenze del centro, avendo riguardo alla complessità della struttura nonché al tipo ed alla intensità delle attività ulteriori, dandone motivata esplicitazione nel provvedimento di fissazione della pianta organica.

A.2. Terapia sub-intensiva (sia accorpata alla Terapia intensiva, sia integrata in altre Unità Operative).

A.2.1. Per un modulo tipo di 8 posti letto, anche se distribuiti su più Unità operative:

- Unità di personale medico: 3,
- Unità di personale infermieristico: 12

B. Specialità ad elevata assistenza.

Sono comprese nelle specialità ad elevata assistenza le seguenti attività assistenziali:

- Cardiochirurgia;
- Ematologia con trapianto;
- Nefrologia con trapianto ed Emodialisi;
- Neurochirurgia;
- Neonatologia (se elevata ad Unità Operativa Autonoma per il rilievo della funzione svolta);
- Malattie Infettive;
- Psichiatria;
- Unità Spinali.

Per le attività che saranno definite di alta specialità ai sensi del decreto ministeriale previsto dall'art. 5, della legge 23 ottobre 1985 n° 595 valgono gli standard di personale indicati nello stesso decreto.

B.1. Per un modulo tipo di 20 posti letto:

- Unità di personale medico: 11, con obbligo di guardia medica divisionale
- Unità di personale infermieristico: 22

B.2. Per ogni modulo successivo di 20 posti letto:

- Unità di personale medico: 5,
- Unità di personale infermieristico: 22

B.3. Attività dialitica ospedaliera (nelle Unità Operative di Nefrologia con trapianto) Per un modulo tipo di 8 posti letto, di Dialisi utilizzati in due turni giornalieri.

- Unità di personale medico: 1,
- Unità di personale infermieristico: 8

B.4. Malattie Infettive

Per un modulo di 40 posti letto, (di cui 8 in attività di ospedale diurno, da considerarsi come letti-equivalenti):

- Unità di personale medico: 11,
- Unità di personale infermieristico: 35

Nel predetto organico sono considerate anche le funzioni di consulenza per le degenze extra ospedaliere (comunità alloggio, ospedalizzazioni a domicilio, ecc) previste nell'ambito dei programmi di organizzazione dei servizi, secondo le indicazioni della Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS.

B.5. Psichiatria, relativamente ai servizi psichiatrici ospedalieri di diagnosi e cura, da considerare come componenti dell'unitario servizio di Psichiatria, comprendente anche le attività territoriali del servizio di Igiene Mentale, e di quelli residenziali e semiresidenziali di terapia e di risocializzazione.

Per un modulo tipo di 16 posti letto:

- Unità di personale medico:8, on l'obbligo di guardia medica divisionale;
- Unità di personale infermieristico:22.

Nel quadro della necessaria integrazione multidisciplinare dell'unitario servizio di Psichiatria, negli organici del servizio sono previsti gli psicologi in virtù della Legge 18 marzo 1968, n° 431 e successive integrazioni.

B.6. Unità Spinali: come tali si intendono le Unità Operative espressamente destinate all'assistenza continuativa di tetraplegici e di paraplegici di origine traumatica e non, per cicli di primo trattamento non superiori di norma 360 giorni per i tetraplegici e di 180 per i paraplegici e per cicli annuali di riammissione di durata media non superiore a 30 giorni nell'anno.

Data la complessità dei trattamenti da praticare, la istituzione di Unità Spinali presuppone la presenza multidisciplinare nel presidio di funzioni specialistiche tra le quali l'Urologia, la Neurologia, l'Ortopedia, la Chirurgia Plastica, la Neurochirurgia generale, la Ginecologia e, a condizione di necessità la Fisiatria Riabilitativa. In termini strutturali, sono, altresì, necessari per poter istituire l'Unità Spinale una palestra attrezzata per trattamenti fisiochinesiterapici e l'eliporto per l'accesso rapido alle prime misure di intervento. Data la speciale multidisciplinarietà delle attività, l'organico del personale medico delle Unità Spinali è costituito da un nucleo fisso di medici con esperienza particolare nel settore e da medici ad accesso dalle Unità Operative delle specialità sopra indicate, secondo il bisogno anche con presenza continua presso l'Unità Spinale, all'occorrenza, da coprire con la maggiorazione di personale laureato di cui al successivo articolo 4 comma 1, lett. a.4.)

Per un modulo tipo di 20 posti letto :

- Unità di personale medico (nucleo fisso):4,
- Unità di personale infermieristico:40,
- Terapisti della riabilitazione:10
- Lo stesso organico vale anche per i moduli successivi.

Dato il rilievo che la qualità della vita assume in questo particolare tipo di Unità Operativa, l'organico base dell'Unità Operativa strutturata va integrata con la presenza di almeno n°1 Psicologo e n°1 Assistente Sociale. Le Direzioni sanitarie degli ospedali dove sono istituite Unità Spinali vigilano sugli aspetti inerenti la qualità della vita dei degenti nelle Unità Spinali, ne riferiscono all'Ufficio di Direzione e al Comitato di gestione e ne rispondono insieme con il responsabile delle attività assistenziali dell'Unità Operativa.

In mancanza di una specifica figura professionale, la funzione di coordinatore responsabile dell'Unità Spinale può essere affidata ad un primario di una delle discipline coinvolte che abbia particolare esperienza in materia e specifica motivazione verso questo tipo di degenti.

C. Specialità a media assistenza

Sono comprese nelle specialità a media assistenza le seguenti attività assistenziali:

- Cardiologia
- Chirurgia Maxillo Facciale
- Chirurgia Pediatrica
- Chirurgia Plastica
- Chirurgia Toracica
- Chirurgia Vascolare
- Ematologia
- Nefrologia
- Neurologia
- Neuropsichiatria Infantile
- Oncologia
- Pediatria
- Urologia Pediatrica.

C.1. Per un modulo tipo di 20 posti letto (come tale considerando anche le culle per neonati in pediatria):

- Unità di personale medico:6,
- Unità di personale infermieristico:16

C.2. Per ogni modulo successivo di 20 posti letto o culle per neonati:

- Unità di personale medico:3,
- Unità di personale infermieristico:16

C.3. Attività dialitica ospedaliera (nelle Unità Operative di Nefrologia o in attività di ospedale diurno):

Per un modulo di 8 posti letto di Dialisi utilizzati in due turni giornalieri:

- Unità di personale medico:1,
- Unità di personale infermieristico:8

D. Specialità di base

a) Sono comprese nelle specialità di base a larga diffusione, da organizzare in moduli tipo di 32 posti letto, le seguenti attività assistenziali:

- Chirurgia Generale ed Astanteria
- Medicina generale ed Astanteria
- Ortopedia e Traumatologia
- Ostetricia e Ginecologia

D.1. Per un modulo tipo di 32 posti letto:

- Unità di personale medico: nelle specialità chirurgiche:6, nelle specialità mediche:5,
- Unità di personale infermieristico:17

D.2. Per ogni modulo successivo di 32 posti letto:

- Unità di personale medico: nelle specialità chirurgiche:3, nelle specialità mediche:3,
- Unità di personale infermieristico:17

D.3. Per l'attività ostetrica:

- Unità di personale ostetrico per ogni Unità Operativa di Ostetricia, con uno standard tendenziale di attività di almeno 600 parti l'anno e, comunque, non inferiore a 300: da 3 a 6, in rapporto al carico di lavoro.

b) Sono comprese nelle specialità di base a media diffusione, da organizzare in moduli tipo di 20 posti letto, le seguenti attività assistenziali:

- Allergologia
- Angiologia
- Broncopneumologia (compreso il servizio di Fisiopatologia Respiratoria)
- Dermosifilopatia
- Diabetologia e Malattie del Ricambio
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Geriatria
- Medicina del lavoro
- Oculistica
- Odontostomatologia
- Otorinolaringoiatria
- Reumatologia
- Urologia

D.4. Per un modulo tipo di 20 posti letto:

- Unità di personale medico: nelle specialità chirurgiche:5, nelle specialità mediche:4
- Unità di personale infermieristico:12

D.5. Per ogni modulo successivo di 20posti letto:

- Unità di personale medico: nelle specialità chirurgiche:3, nelle specialità mediche:3,
- Unità di personale infermieristico:12

D.6. Geriatria

1. Le Unità Operative di Geriatria sono da riferire esclusivamente ai degenti ultra sessantacinquenni ad alto rischio di invalidità o non autosufficienti e limitatamente alla fase acuta dei trattamenti.

L'Unità Operativa di Geriatria svolge anche il compito di unità valutativa per le strategie assistenziali agli anziani nelle attività extra ospedaliere (residenziali, attività a ciclo diurno territoriali, ambulatoriali, domiciliari).

2. Dato il rischio di invalidità o la condizione di non autosufficienza, l'organico delle Unità Operative geriatriche prevede, altresì per ogni modulo tipo:

- Unità di personale di riabilitazione:6

D.7. Odontostomatologia

1. Per le Unità Operative con posti letto e relativamente alle attività di degenza, l'organico è determinato sulla base degli standard di cui al punto D.4., proporzionalmente rapportati al numero di posti letto.

2. Per le attività svolte mediante poltrone di Odontostomatologia, sono da riferire all'attività propria del presidio ospedaliero quelle relative a prestazioni di 2 livello, cioè non effettuabili nella normale attività poliambulatoriale, o svolte in ospedale diurno per pazienti non collaboranti (disabili, casi da trattare in anestesia generale e simili). Per queste attività il modulo tipo è costituito da 4 poltrone con un organico di n° 5 medici e n° 6 infermieri utilizzato a non meno del 60% del tempo teorico di attività.

3. Le attività svolte nelle poltrone odontostomatologiche al di fuori delle ipotesi indicate al precedente punto D.7.2, sono da considerare normali attività poliambulatoriale, non rientranti nel calcolo degli standard del personale ospedaliero.

D.8. Pratiche diagnostiche e terapeutiche con strumentazione complessa ad elevato impegno professionale.

Per le Unità Operative nelle quali sono adottate in via ordinaria pratiche diagnostiche e terapeutiche con strumentazioni complessa ad elevato impegno professionale, quali l'Endoscopia, le attività di Fisiopatologia Respiratoria e simili, l'organico deve comprendere altresì, per ogni modulo tipo:

Per ogni modulo successivo di 32 posti letto:

- Unità di personale medico: 1, (in aggiunta allo standard di cui al punto D.4) dandone motivata esplicitazione nel provvedimento di fissazione di pianta organica

E. Riabilitazione.

Sono comprese nelle funzioni di Riabilitazione sia le attività di riabilitazione Intensiva, quali la neuro riabilitazione, il recupero e la stabilizzazione al più elevato livello funzionale possibile dei paraplegici, dei medullosesi, dei motulesi, le attività riabilitative verso i malati di mente suscettibili di recupero e simili, sia le attività di riabilitazione estensiva, quali quelle previste dall'art. 26 della legge 23 dicembre 1978, n° 833, la riabilitazione protesica, i trattamenti protratti post-acuzie, i trattamenti di prevenzione di aggravamenti possibili in disabili stabilizzati e simili.

La funzione di riabilitazione può essere esercitata sia presso le singole Unità Operative cui afferisce la patologia principale, nel qual caso configura l'ipotesi di attività dipartimentale interdisciplinare, sia presso apposite Unità Operative polifunzionali espressamente riservate all'attività di riabilitazione di tutto il presidio. Le Regioni e le province autonome stabiliscono la modalità organizzativa da adottare nei presidi dove è presente la funzione, tenendo presente che ovunque è possibile, è da preferire la soluzione dell'attività dipartimentale interdisciplinare decentrata. In questa ipotesi, il modulo tipo di posti letto di riferimento per la determinazione degli standard del personale di riabilitazione è dato dalla somma dei posti letto di riabilitazione attivati nelle singole Unità operative e il personale risultante va proporzionalmente distribuito tra le Unità Operative in questione in aggiunta al personale assegnato alle stesse per le normali funzioni assistenziali.

E.1. Per un modulo tipo di 32 posti letto:

- Unità di personale medico :3,
- Unità di personale infermieristico:13,
- Unità di personale di riabilitazione:7

E.2. Per ogni modulo successivo di 32 posti letto:

- Unità di personale medico :3,
- Unità di personale infermieristico:13,
- Unità di personale di riabilitazione:7

F. Lungo degenza

F.1. La destinazione specifica degli ospedali al trattamento dei pazienti in fase acuta, o per trattamenti di riabilitazione come illustrato alla precedente lettera (E), giustifica una funzione peculiare di lungo degenza limitatamente alla fase di convalescenza, di primo trattamento di rieducazione funzionale o di fase terminale. Gli standard di personale sotto specificati si riferiscono a questa funzione propria.

F.2. Per contro, esiste un numero considerevole di pazienti con forme croniche stabilizzate, o di anziani ultrasessantacinquenni bisognosi di trattamenti protratti di conservazione, che sono impropriamente ricoverati in strutture per acuti a causa della carenza di residenze sanitarie assistenziali extraospedaliere o dell'insufficiente approntamento di forme alternative di ospedalizzazione domiciliare o di assistenza domiciliare integrata.

F.3. La riorganizzazione degli ospedali deve farsi carico di assegnare alle funzioni di lungo degenza i posti letto abitualmente utilizzati per ammalati non acuti, destinandovi i pazienti impropriamente ricoverati nelle strutture per acuti. Gli spazi destinati alla funzione di lungo degenza possono essere localizzati attigualmente agli spazi destinati alla funzione assistenziale per acuti cui afferisce la patologia principale stabilizzata, oppure essere concentrati in una apposita Unità Operativa Polifunzionale. Nel primo caso i posti letto della funzione di lungo degenza fanno capo al primario della divisione per acuti, dispongono di un organico distinto secondo gli standard sotto specificati

e danno luogo a flussi informativi differenziati da quelli dell'Unità Operativa assistenziale per acuti; nel secondo caso, fanno capo ad un responsabile espressamente destinato.

F.4. nel caso di Unità Operative specificatamente dedicate alla lungodegenza va posta particolare attenzione alla qualità della vita dei degenti: A questo fine va potenziato il lavoro di gruppo, coinvolgendo nell'attività assistenziale e di socializzazione figure professionali quali lo psicologo, l'assistente sociale, l'assistente religioso; va favorito l'apporto del volontariato e vanno promosse iniziative per accrescere l'area di interscambio personale tra i degenti e tra questi e le famiglie. Le Direzioni Sanitarie dei presidi ospedalieri assumono il compito della promozione e del controllo sulla qualità della vita in questo tipo di Unità Operative, ne riferiscono all'ufficio di Direzione e al Comitato di gestione e ne rispondono insieme con il responsabile delle attività assistenziali dell'Unità Operativa.

F.5. L'assegnazione dei degenti di cui al precedente punto F.2. alla funzione di lungodegenza riveste carattere di transitorietà in attesa che siano realizzate le residenze sanitarie assistenziali extra ospedaliere o vengano attivate forme adeguate di ospedalizzazione domiciliare integrata o di assistenza domiciliare integrata - nell'ambito dei progetti obbiettivo del Piano Sanitario Nazionale previsto dalla legge 23 ottobre 1985 n° 595 - che costituiscono la destinazione specifica e più conveniente per tali pazienti.

Va ricompresa nella funzione di lungodegenza anche l'assistenza ai malati di mente trattenuti ad esaurimento nelle ex istituzioni manicomiali ai sensi della Legge 13 maggio 1978 n° 180, per i quali valgono le stesse soluzioni in prospettiva dianzi indicate.

F.6. Per un modulo tipo di 32 posti letto:

- Unità di personale medico :3,
- Unità di personale infermieristico:13,
- Unità di personale di riabilitazione:4,
- Unità di personale per le attività di socializzazione: secondo la tipologia, ad eccesso dalla USL o con integrazioni di organico cui far fronte con le maggiorazioni di cui al successivo articolo 4.

F.7. Per ogni modulo successivo di 32 posti letto:

- Unità di personale medico :2,
- Unità di personale infermieristico:13,
- Unità di personale di riabilitazione:4

F.8. Assistenza ai malati di mente (ricoverati negli ex ospedali psichiatrici, ad esaurimento) per moduli tipo di 32 posti letto:

- Unità di personale medico :3,
- Unità di personale infermieristico:13,
- Unità di personale per le attività di socializzazione: secondo le esigenze, ad eccesso dai serviziopsichiatrico territoriale o dalla USL, oppure con integrazioni di organico cui far fronte con maggiorazioni di cui al successivo art. 4. Le Direzioni Sanitarie dei presidi ospedalieri assumono il compito della promozione e del controllo sulla qualità della vita in queste Unità Operative, ne riferiscono all'ufficio di Direzione e al Comitato di Gestione e ne rispondono insieme con il responsabile delle attività assistenziali dell'Unità Operativa.

G. Coordinamento attività personale infermieristico e ausiliario

Per il coordinamento dell'attività del personale infermieristico tecnico e ausiliario operante entro le Unità Operative e per la supervisione sull'attività di tirocinio e formativa effettuata nello stesso ambito. Gli organici del personale indicati ai punti precedenti sono così integrati: per ogni Unità Operativa formalmente strutturata: 1 Operatore professionale di 1^a categoria coordinatore (caposala).

H. Sottomultiplo di modulo

Si definisce sottomultiplo di modulo la parte di Unità Operativa superiore al modulo tipo base, o a suoi multipli interi, per esigenze di funzionalità legate a condizioni organizzative o strutturali o in rapporto al tasso di utilizzazione prescritto, non raggiunge la dimensione di un modulo intero. Lo standard di personale da assegnare agli eventuali sottomultipli di modulo viene stabilito applicando ai posti letto del sottomultiplo di modulo lo standard relativo ai "moduli successivi" dell'Unità Operativa interessata, proporzionalmente ridotto con arrotondamento in difetto data la minore economicità del sottomultiplo stesso.

Articolo 4. - Servizi Ospedalieri

1. per i Servizi di diagnosi e cura, igienico-organizzativi e generali del presidio ospedaliero, le

dotazioni organiche di personale determinate in applicazione degli standard di cui al presente art. 3 sono maggiorate come segue:

A. Personale laureato,

(medici, biologi, chimici, fisici, psicologi, ingegneri, informatici) - maggiorazione media regionale del 35% della dotazione organica complessiva di personale medico risultante dall'applicazione degli standard di cui all'art. 3, con oscillazione dal 25 % al 45 %, in sede di determinazione delle piante organiche dei singoli presidi, secondo la complessità degli stessi riferita anche all'intensità tecnologica, con obbligo di motivazione nel provvedimento di formalizzazione della pianta organica.

Nell'ambito della maggiorazione media del 35% fatta uguale a 100, sono indicate le seguenti quote tendenziali di riferimento:

- a.1. Servizio di anestesia, comprensivo della terapia antalgica: 10%;
- a.2. Servizi di Laboratorio per analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di virologia, di immunoematologia e trasfusionale, di anatomia e istologia patologica 30%;
- a.3. Servizi di radiologia diagnostica, radioterapia, neuroradiologia, medicina nucleare: 20%;
- a.4. La restante parte va utilizzata per gli altri servizi ospedalieri e per le maggiorazioni indicate negli standard di cui all'art.3

B. Farmacisti.

Per le funzioni di organizzazione e gestionale della farmacia ospedaliera, compresi gli approvvigionamenti e il controllo dei consumi, per il supporto alle Unità Operative in termini di predisposizione di terapie personalizzate e per le attività di verifica e revisione della qualità della prestazione farmaceutica in ospedale da realizzare all'interno dei gruppi di lavoro di presidio di cui all'art. 119 del DPR 20 maggio 1987 n° 270: - unità di personale farmacista: 3 per presidio come dotazione complessiva regionale, con oscillazioni da 2 a 5 in sede di determinazione delle piante organiche dei singoli presidi, secondo l'ampiezza e la complessità dei presidi con obbligo di motivazione nel provvedimento di formalizzazione della pianta organica.

C. Personale Infermieristico.

- maggiorazione media regionale del 25% della dotazione organica complessiva di personale infermieristico risultante dall'applicazione degli standard di cui all'art. 3, con oscillazioni in più o in meno in sede di determinazione delle piante organiche dei singoli presidi, secondo la complessità degli stessi. Nella maggiorazione sono comprese le unità di personale operatore professionale dirigente, nel numero di 1 per ogni presidio ospedaliero; con maggiorazione di 1 ogni 500 posti letto. Gli operatori professionali dirigenti sono da inserire presso le Direzioni sanitarie con la responsabilità della programmazione, organizzazione, coordinamento e controllo dei servizi infermieristici, della promozione delle tecniche dell'assistenza infermieristica, del controllo della qualità e dei servizi infermieristici, da realizzare all'interno dei gruppi di lavoro di presidio di cui all'art. 119 del DPR 20 maggio n° 270, e della promozione e coordinamento della formazione permanente del personale infermieristico.

Nella maggiorazione sono comprese, altresì unità di personale infermieristico necessarie per le sostituzioni straordinarie, da mettere a disposizione delle Direzioni sanitarie per un impiego flessibile legato alle esigenze contingenti dei presidi.

Il personale delle ambulanze è da considerare appartenente come funzione, ai servizi territoriali e, in quanto tale, non viene considerato negli standard del personale ospedaliero.

D. Personale tecnico-sanitario di riabilitazione, assistenti sociali e altre figure infermieristiche
Per le esigenze generali del presidio, da utilizzare nelle Unità operative e nei servizi generali secondo le necessità assistenziali e la particolare configurazione e complessità del presidio stesso: 1 unità ogni 5 unità di personale infermieristico;

nel parametro sono comprese le unità di personale operatore professionale dirigente tecnico e di riabilitazione.

E. Personale ausiliario

Gli standard di personale ausiliario socio-sanitario sono così stabiliti:

E.1 Nelle Unità Operative di degenza e di ospedale diurno annesso:

- Per le funzioni di terapia intensiva e sub-intensiva: 1 ogni posto letto;
- Per le funzioni di riabilitazione, di lungodegenza e di geriatria: 0,25 per posto letto;
- Per le funzioni di elevata assistenza: 0,20 per posto letto;
- Per le altre funzioni: 0,15 per posto letto.

E.2. Nei servizi di diagnosi e cura, igienico-organizzativi e generali

· In complesso, come dotazione organica regionale da distribuire nei diversi presidi e, all'interno di questi, secondo le esigenze funzionali in rapporto alla complessità strutturale e tecnologica del presidio: maggiorazione della dotazione organica risultante dagli standard di cui al precedente punto E.1., fino ad un massimo del 15%.

F. Personale tecnico (assistenti, operatori, agenti)

Per i servizi generali e tecnici dei presidi ospedalieri, in complesso, come dotazione organica regionale da distribuire nei diversi presidi e, all'interno di questi, secondo le esigenze funzionali in rapporto alla complessità strutturale e tecnologica e al livello di automazione dei servizi di presidio: fino ad un massimo del 15% della dotazione organica complessiva risultante dall'applicazione degli standard di cui ai commi ed articoli precedenti.

G. Personale amministrativo.

La funzione amministrativa dei presidi ospedalieri è parte integrante della funzione amministrativa generale della USL. Il personale incaricato dello svolgimento di tale funzione dentro i presidi ospedalieri è assegnato all'ufficio di Direzione della USL ed è posto funzionalmente alle dipendenze del servizio amministrativo per le attività igienico-organizzative della Direzione Sanitaria. Per tale funzione è reso disponibile in complesso, come dotazione organica regionale da distribuire nei diversi presidi in rapporto alla complessità organizzativa e gestionale degli stessi: fino ad un massimo del 55 della dotazione organica complessiva risultante dall'applicazione degli standard di cui ai commi ed articoli precedenti.

H. Assistenza religiosa

Per il servizio di assistenza religiosa: 1 unità di assistenti religiosi per presidio ospedaliero, con la maggiorazione di una unità ogni 300 posti letto oltre i primi 300.

2. Gli standard di cui al comma 1, lettere E, F e G del presente articolo si riferiscono ai servizi direttamente gestiti. In caso di attività regolarmente affidate in appalto o espletate all'esterno mediante contratti di servizio, gli standard di personale debbono essere proporzionalmente ridotti dandone motivata esplicitazione nel provvedimento di formazione della pianta organica.

3. Nell'assegnazione di servizi in appalto sono da tenere presenti i seguenti principi di indirizzo:

a.) non possono essere appaltati servizi che ineriscono direttamente all'assistenza personale ai degenti;

b.) sono riservati all'istituzione pubblica la programmazione delle attività, la definizione dei requisiti di qualità e di quantità che il servizio appaltato deve assicurare, il controllo sull'espletamento del servizio, sul rispetto delle condizioni contrattuali e sui risultati;

c.) il provvedimento di assegnazione del servizio in appalto o in servizio esterno deve dare documentata dimostrazione dei vantaggi in termini di rapporto- benefici che la soluzione presentata rispetto alla gestione diretta, anche con riferimento all'impiego di tecnologia avanzate e deve contestualmente indicare i riflessi sugli organici del personale ai sensi del precedente comma 2.

Articolo 5 - (Istituzioni convenzionate obbligatoriamente).

1.) Gli standard di cui al presente decreto sono assunti come riferimento per la individuazione della dotazione di personale nei rapporti con gli istitutivi ricovero e cura a carattere scientifico con personalità giuridica di diritto pubblico, nonché, ai fini del convenzionamento, con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, con le università, gli istituti, enti ed ospedali convenzionati ai sensi dell'art. 41 della Legge 23 dicembre 1978 n° 833 e con le case di cura riconosciute quali presidio dell'Unità Sanitaria Locale ai sensi dell'art. 43 della stessa legge 833 del '78.

2.) Mentre le normali funzioni di ricerca e di didattica sono comprese in via ordinaria nell'attività ospedaliera assistenziale, le specifiche e maggiori funzioni di ricerca attribuite agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico danno titolo a maggiorazione di organico. In sede di controllo di merito delle deliberazioni assunte in materia dai singoli Istituti, ai sensi degli articoli 16 e 18 del DPR 31 luglio 1980, n°617, si tiene conto della particolare strutturazione funzionale e del livello di produzione scientifica di ciascuno di essi. Ai fini della determinazione delle maggiorazioni stabilite per gli istituti pubblici di ricorrispondente rilevanza.

Articolo 6 - (Attuazione del provvedimento).

1.) Gli standard di cui ai precedenti articoli sono stabiliti ai fini del dimensionamento massimo della dotazione complessiva regionale del personale ospedaliero. Spetta alle Unità Sanitarie Locali proporre, e alle regioni e province autonome stabilire, come la dotazione complessiva viene ripartita tra i singoli presidi, nel rispetto delle indicazioni contenute nei precedenti articoli.

2.) La riorganizzazione dei presidi ospedalieri e la copertura totale degli standard di personale, ancorché da esplicitare compiutamente nei provvedimenti di cui al precedente articolo 1, rappresentano obiettivi da conseguire in un periodo di tempo che deve essere contenuto entro margini ristretti e definiti.

3.) per le situazioni che comportano aumenti di strutture e di personale, l'obiettivo va realizzato con gradualità avendo riguardo alle compatibilità economiche, alle ristrutturazioni o edificazioni edilizie da compiere preliminarmente, ai processi di formazione e di reclutamento del personale da attivare per soddisfare le esigenze assistenziali e al previo recupero di personale in servizio

utilizzato in funzioni non rispondenti alla qualifica posseduta o meglio utilizzabile in altre attività per trasferimento volontario.

4.) per le situazioni che comportano disattivazioni parziali di strutture e ridimensionamenti di organico, l'obiettivo va realizzato entro il termine massimo di 1 anno dal provvedimento di cui al precedente articolo 1, comma 2°, rendendo indisponibili i posti letto eccedenti e ponendo in soprannumero il personale esuberante.

5.) le situazioni indicate ai commi 3 e 4 vanno valutate con riferimento alla globale realtà di ciascuna regione.

6.) Al personale esuberante, posto in soprannumero e non riutilizzabile in altre attività, si applicano gli istituti normativi di mobilità e di messa in disponibilità previsti dalle disposizioni vigenti.

7.) Va favorita, dove ne esistono le condizioni, la riqualificazione professionale del personale eccedente. In particolare, gli ausiliari socio sanitari ed eventuali altre figure in eccesso che posseggano i requisiti di legge e che desiderino iscriversi ai corsi di infermiere professionale vanno agevolati consentendo la regolare frequenza ai corsi, sia per la parte teorica che per il tirocinio pratico con conservazione del trattamento economico.

8.) Il Ministero della Sanità assume semestralmente notizie presso le Regioni e Province autonome e presso le Unità Sanitarie Locali sulle iniziative in corso di realizzazione. Annualmente le Regioni e le Province autonome riferiscono al Ministro della Sanità sullo stato di attuazione del provvedimento. Alla scadenza dei vari termini indicati nel presente decreto, nonché al termine del primo biennio si procede ad una verifica della situazione, anche ai fini della determinazione delle quote di finanziamento.

Articolo 7- (entrata in vigore).

Il presente decreto entra in vigore il giorno stesso della sua Ufficiale.

Decreto 13/9/1988

Determinazione degli standard del personale ospedaliero

Viene recepito il principio indicato dall'OMS della graduazione dei servizi secondo l'intensità delle cure, il personale è quindi rapportato alle caratteristiche delle diverse specialità ospedaliere.

Parametri D.M. 13 Settembre 1988

Unità Operative	Modulo P. Letto	Pers. Inferm.	P.I / P.L	Minuti
TERAPIA INTENSIVA				
1. Autonomamente strutturata	8	24	3.0	698
2. Sub-intensiva	8	12	1.5	



Gli Standard Ospedalieri

Data: Martedì, 19 aprile @ 00:20:39 CEST

Argomento: Dlgs - DL - DPR - DM

GLI STANDARD OSPEDALIERI

Il DM del Ministro della Sanità Donat Cattin fissa gli "Standard Ospedalieri" per singola specialità ospedaliera e per l'insieme dei servizi. **Questi standard vengono definiti, in attuazione della legge 8 Aprile 1988, n° 109 che prescrive la fissazione degli stessi**

limitatamente al personale ospedaliero, distintamente per posti letto e per tipologia di ospedali, prendendo a riferimento moduli organizzativi tipo, che ad un tasso medio annuo di utilizzazione non inferiore al 70 -75% - con l'eccezione delle terapie intensive e per le malattie infettive - e con degenza media nei limiti della norma per le distinte funzioni specialistiche, comportano l'utilizzazione ottimale del personale.

La delimitazione degli standard ai servizi ospedalieri non va interpretata come istituzione di ruoli separati per il personale dell'ospedale. L'individuazione vuole solo determinare, all'interno della unitaria pianta organica dell'USL, riferimenti per dimensionare il personale dei presidi ospedalieri, che costituisce una porzione significativa dell'organico complessivo sia in termini numerici, sia in termini di spesa.

Rispetto agli organici ottimali, i nuovi parametri, per una volta attuati su tutto il territorio nazionale, determineranno un aumento complessivo del personale assegnato ai presidi ospedalieri di circa 80.000 unità, di cui 12.700 medici e 67.900 infermieri professionali. Con l'entrata a regime degli standard verrà garantito: - il potenziamento delle attività diagnostiche e di accertamento strumentale che dovranno essere organizzate in due turni giornalieri; l'utilizzo delle grandi attrezzature diagnostiche e terapeutiche per un minimo di 12 ore giornaliere; l'attivazione delle camere operatorie per non meno di 5 gg. la settimana e, ove occorre, la turnazione antimeridiana e pomeridiana; la riduzione ad un massimo di 15 gg. di attesa per il ricovero ospedaliero; la contrazione della durata media della degenza che dovrà essere ricondotta a 11 giornate.

La complessa manovra di riequilibrio dei posti letto nel territorio nazionale che comprende la soppressione dei presidi con meno di 120 posti letto e che vede interessati 257 istituti per un totale di 18.443 posti letto da disattivare o riaccorpate, dovrà garantire nell'ambito di ogni Regione l'attuazione dell'indice medio di 6,5 posti letto tra pubblici e privati (questi ultimi calcolati al 50%) per 1.000 abitanti.

La manovra di riequilibrio dei posti letto congiuntamente alla rideterminazione delle piante organiche che dovranno rispondere ai nuovi standard fissati dal Decreto, è tesa ad offrire alla popolazione gravitante sul presidio territoriale interdistrettuale un servizio articolato e compiuto che dovrebbe porre fine anche al sempre più grave fenomeno di mobilità dei pazienti che hanno già sfondato il tetto di 500 mila ricoveri all'anno.

Per l'attuazione dell'intera manovra è evidente che la riorganizzazione dei posti letto deve essere antecedente alla revisione delle piante organiche .

È altrettanto evidente che nella gestione di tutta questa materia deve essere coinvolto il sindacato che dovrà impedire alle UU:SS:LL: e alle Regioni di gestire unilateralmente l'intera manovra di riequilibrio, nonché il verificarsi di ritardi rispetto alla procedura prevista dall'art. 2 della Legge n° 109 dell' 8 Aprile 1988, che va ricordato, è supportata dalla dichiarazione di "perentorietà" del termine entro cui le UU.SS.LL. sono tenute a formulare le proprie proposte ; dalla analoga dichiarazione di "perentorietà" del termine entro cui le Regioni debbono decidere in merito;d dal potere riconosciuto alle Regioni di decidere anche in assenza di proposte delle UU:SS:LL: e/o in difformità dai piani sanitari regionali vigenti; dal potere riconosciuto alla Amministrazione centrale di adottare gli atti sostitutivi necessari, dandone contestuale informazione al Parlamento.

Nel merito di tale procedura va rilevato che le UU.SS.LL. debbono formulare atti di proposta , adottare cioè, misure non soggette al visto di approvazione del Comitato regionale di controllo nella prima fase di prospettazione di soluzioni alla Regione, restando invece assoggettate al controllo le deliberazioni attuative delle UU.SS.LL. conseguenti alle

decisioni regionali o dell'Amministrazione centrale (in via sostitutiva).

DECRETO DEL MINISTRO DELLA SANITÀ DONAT CATTIN

IL MINISTRO

Visto il decreto legge 8 febbraio 1988, n° 27, convertito con modificazioni dalla legge 8 aprile 1988, n° 109 recante misure urgenti per le dotazioni organiche del personale degli ospedali e per la razionalizzazione della spesa sanitaria;

Visti in particolare l'art.1 della stessa legge che demanda al Ministro della Sanità la determinazione degli standard di personale ospedaliero per posto letto e tipologia di ospedali, previo parer Consiglio Sanitario Nazionale e sentite le OO.SS. maggiormente rappresentative, nonché l'art. 2 sulla rideterminazione dei posti letto e delle piante organiche;

Visto l'art. 10 della Legge n° 595 del 23 ottobre 1985, recante disposizioni in materia di organizzazione degli ospedali e, in particolare il comma 1, che fissa i parametri tendenziali per la utilizzazione ottimale dei servizi e dei posti letto in ambito regionale;

Considerato che ai sensi del combinato disposto delle disposizioni innanzi richiamate la ristrutturazione dei presidi ospedalieri assume per un verso carattere di priorità rispetto alla determinazione degli standard di personale ospedaliero, e, per altro verso, si appalesa come momento di particolare rilevanza ai fini del conseguimento di condizioni di salute uniformi su tutto il territorio nazionale;

Considerato che la standardizzazione di cui trattasi presuppone altresì la esplicitazione delle finalità da perseguire nel riordinamento degli ospedali sulla linea del processo di adeguamento delle norme di organizzazione risultanti dalle disposizioni normative nel tempo emanate con la Legge 12 febbraio 1968 n° 132 e con i decreti del presidente della Repubblica n° 128 e 129 del 27 marzo 1969, sulle quali hanno inciso innovativamente le Leggi 23 dicembre 1978 n° 833 e 23 ottobre 1985 n° 595, in materia di programmazione sanitaria, fissando più attuali riferimenti per il dimensionamento, la caratterizzazione tipologica e la strutturazione interna dei presidi ospedalieri, propedeutici agli adempimenti delle Regioni fissati dall'art. 1 della legge n° 109 del 1988;

Visti gli artt .4 e 53 della legge 23 dicembre 1973, n° 833;

Ritenuto che ai fini del dimensionamento degli organici di personale debba farsi riferimento, quale parametro di valutazione più adeguato, a moduli organizzativi tipo per gruppi di posti letto e per distinte attività specialistiche, in ragione delle diversificate esigenze assistenziali e tecnologiche proprie delle varie tipologie;

Visto il Decreto del Presidente della Repubblica 20 dicembre 1979, n° 761, sullo stato giuridico del personale delle unità sanitarie locali;

Visto il Decreto del Presidente della Repubblica 31 luglio 1980 n° 617 sull'ordinamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico;

Valutate le indicazioni emergenti dai flussi informativi informatici delle attività gestionali ed economiche delle unità sanitarie locali di cui al Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 17 maggio 1984, attuativo dell'art 27, comma 6, della Legge 27 dicembre 1983 n° 730;

Considerato che la Corte Costituzionale con sentenza 8-10 giugno 1988 n° 610 ha ritenuto compatibili con il sistema delle autonomie regionali e provinciali le disposizioni temporanee di salvaguardia dell'assetto definitivo del Servizio Sanitario Nazionale quale risulterà dalla pianificazione prevista dalla legge 23 ottobre 1985 n° 595, nella cui linea si pone il presente Decreto; sentite le Organizzazioni Sindacali maggiormente rappresentative.

Visto il parere del Consiglio Sanitario Nazionale,

DECRETA

.....Omissis

Art. 3

1. Gli standard di personale da applicarsi ai fini della revisione degli organici dei presidi ospedalieri a gestione diretta sono relativi alle unzioni assistenziali proprie di presidio, con riferimento all'assistenza a ciclo continuo e a ciclo diurno dei degenti, ivi comprese le attività inerenti alle fasi di preospedalizzazione e di dimissione protetta.

2. Gli standard sono stabiliti con riferimento a moduli organizzativi tipo che, ad un tasso medio annuo di utilizzazione non inferiore al 70-75% - eccezione fatta per le Terapie Intensive e per le Malattie Infettive - e con degenza media nei limiti della norma per le distinte funzioni specialistiche, comportano l'utilizzazione ottimale del personale.

3. I moduli organizzativi tipo di cui al presente articolo costituiscono ad un tempo la soglia minima al di sotto della quale la gestione dell'Unità Operativa diviene antieconomica ed è, quindi, opportuno che sia riveduta e ottimizzata, ed una indicazione paramedica per la determinazione della dotazione organica del personale delle divisioni, sezioni o servizi. Di conseguenza i moduli tipo non costituiscono riferimento per la strutturazione formale delle unità sanitarie operative potendo queste ultime essere costituite dall'aggregazione di più moduli, secondo le indicazioni programmatiche delle Regioni. Di norma tutti i moduli tipo di una medesima funzione specialistica debbono costituire una sola Unità Operativa (divisione, sezione o servizio) salvo il caso che il raggruppamento dei moduli omogenei raggiunga dimensioni tanto ampie da rendere opportuna la suddivisione in più Unità.

4. Gli standard di cui al presente Decreto si riferiscono al personale utilizzato a tempo pieno.

5. Gli standard del personale delle Unità Operative di degenza dei presidi ospedalieri a gestione diretta sono stabiliti come segue.

A. Terapia Intensiva e sub-intensiva

Sono comprese nella funzione di Terapia Intensiva le seguenti attività assistenziali :

- Rianimazione;
- Grandi ustionati;
- Terapia Intensiva cardiologica;
- Terapia Intensiva neonatale;
- Terapia Intensiva post-trapianto.

A.1 Terapia Intensiva autonomamente strutturata

A.1.1. Per un modulo tipo di 8 posti letto:

- Unità di personale medico: 12;
- Unità di personale infermieristico: 24.

A.1.2. Per ogni modulo successivo di 8 posti letto:

- Unità di personale medico: 5;
- Unità di personale infermieristico: 24.

A.1.3. Per le Unità Operative di Terapia Intensiva organizzate in centri polifunzionali di 2° livello e con attività ulteriori quali il Centro Antiveleni, il trattamento in Camera Iperbarica, e simili: maggiorazioni di organico determinate dalla Regione o Provincia autonoma in rapporto alle esigenze del centro, avendo riguardo alla complessità della struttura nonché al tipo ed alla intensità delle attività ulteriori, dandone motivata esplicitazione nel provvedimento di fissazione della pianta organica.

A.2. Terapia sub-intensiva (sia accorpata alla Terapia intensiva, sia integrata in altre Unità Operative).

A.2.1. Per un modulo tipo di 8 posti letto, anche se distribuiti su più Unità operative:

- Unità di personale medico: 3,
- Unità di personale infermieristico: 12

B. Specialità ad elevata assistenza.

Sono comprese nelle specialità ad elevata assistenza le seguenti attività assistenziali:

- Cardiochirurgia;
- Ematologia con trapianto;
- Nefrologia con trapianto ed Emodialisi;
- Neurochirurgia;
- Neonatologia (se elevata ad Unità Operativa Autonoma per il rilievo della funzione svolta);
- Malattie Infettive;
- Psichiatria;
- Unità Spinali.

Per le attività che saranno definite di alta specialità ai sensi del decreto ministeriale previsto dall'art. 5, della legge 23 ottobre 1985 n° 595 valgono gli standard di personale indicati nello stesso decreto.

B.1. Per un modulo tipo di 20 posti letto:

- Unità di personale medico:11, con obbligo di guardia medica divisionale
- Unità di personale infermieristico:22

B.2. Per ogni modulo successivo di 20 posti letto:

- Unità di personale medico:5,
- Unità di personale infermieristico:22

B.3. Attività dialitica ospedaliera (nelle Unità Operative di Nefrologia con trapianto) Per un modulo tipo di 8 posti letto, di Dialisi utilizzati in due turni giornalieri.

- Unità di personale medico:1,
- Unità di personale infermieristico:8

B.4. Malattie Infettive

Per un modulo di 40 posti letto, (di cui 8 in attività di ospedale diurno, da considerarsi come letti-equivalenti):

- Unità di personale medico:11,
- Unità di personale infermieristico:35

Nel predetto organico sono considerate anche le funzioni di consulenza per le degenze extra ospedaliere (comunità alloggio, ospedalizzazioni a domicilio, ecc) previste nell'ambito dei programmi di organizzazione de servizi, secondo le indicazioni della Commissione nazionale per la lotta contro l'AIDS.

B.5. Psichiatria, relativamente ai servizi psichiatrici ospedalieri di diagnosi e cura, da considerare come componenti dell'unitario servizio di Psichiatria, comprendente anche le attività territoriali del servizio di Igiene Mentale , e di quelli residenziali e semiresidenziali di terapia e di risocializzazione.

Per un modulo tipo di 16 posti letto:

- Unità di personale medico:8, con l'obbligo di guardia medica divisionale;
- Unità di personale infermieristico:22.

Nel quadro della necessaria integrazione multidisciplinare dell'unitario servizio di Psichiatria, negli organici del servizio sono previsti gli psicologi in virtù della Legge 18 marzo 1968, n° 431 e successive integrazioni.

B.6. Unità Spinali: come tali si intendono le Unità Operative espressamente destinate all'assistenza continuativa di tetraplegici e di paraplegici di origine traumatica e non, per cicli di primo trattamento non superiori di norma 360 giorni per i tetraplegici e di 180 per i paraplegici e per cicli annuali di riammissione di durata media non superiore a 30 giorni nell'anno.

Data la complessità dei trattamenti da praticare, la istituzione di Unità Spinali presuppone la presenza multidisciplinare nel presidio di funzioni specialistiche tra le quali l'Urologia, la Neurologia, l'Ortopedia, la Chirurgia Plastica, la Neurochirurgia generale, la Ginecologia e, a condizione di necessità la Fisiatria Riabilitativa. In termini strutturali, sono, altresì, necessari

per poter istituire l'Unità Spinale una palestra attrezzata per trattamenti fisiochinesiterapici e l'eliporto per l'accesso rapido alle prime misure di intervento. Data la speciale multidisciplinarietà delle attività, l'organico del personale medico delle Unità Spinali è costituito da un nucleo fisso di medici con esperienza particolare nel settore e da medici ad accesso dalle Unità Operative delle specialità sopra indicate, secondo il bisogno anche con presenza continua presso l'Unità Spinale, all'occorrenza, da coprire con la maggiorazione di personale laureato di cui al successivo articolo 4 comma 1, lett. a.4.)

Per un modulo tipo di 20 posti letto :

- Unità di personale medico (nucleo fisso):4,
- Unità di personale infermieristico:40,
- Terapisti della riabilitazione:10
- Lo stesso organico vale anche per i moduli successivi.

Dato il rilievo che la qualità della vita assume in questo particolare tipo di Unità Operativa, l'organico base dell'Unità Operativa strutturata va integrata con la presenza di almeno n°1 Psicologo e n°1 Assistente Sociale. Le Direzioni sanitarie degli ospedali dove sono istituite Unità Spinali vigilano sugli aspetti inerenti la qualità della vita dei degenti nelle Unità Spinali, ne riferiscono all'Ufficio di Direzione e al Comitato di gestione e ne rispondono insieme con il responsabile delle attività assistenziali dell'Unità Operativa.

In mancanza di una specifica figura professionale, la funzione di coordinatore responsabile dell'Unità Spinale può essere affidata ad un primario di una delle discipline coinvolte che abbia particolare esperienza in materia e specifica motivazione verso questo tipo di degenti.

C. Specialità a media assistenza

Sono comprese nelle specialità a media assistenza le seguenti attività assistenziali:

- Cardiologia
- Chirurgia Maxillo Facciale
- Chirurgia Pediatrica
- Chirurgia Plastica
- Chirurgia Toracica
- Chirurgia Vascolare
- Ematologia
- Nefrologia
- Neurologia
- Neuropsichiatria Infantile
- Oncologia
- Pediatria
- Urologia Pediatrica.

C.1. Per un modulo tipo di 20 posti letto (come tale considerando anche le culle per neonati in pediatria):

- Unità di personale medico:6,
- Unità di personale infermieristico:16

C.2. Per ogni modulo successivo di 20 posti letto o culle per neonati:

- Unità di personale medico:3,
- Unità di personale infermieristico:16

C.3. Attività dialitica ospedaliera (nelle Unità Operative di Nefrologia o in attività di ospedale diurno):

Per un modulo di 8 posti letto di Dialisi utilizzati in due turni giornalieri:

- Unità di personale medico:1,
- Unità di personale infermieristico:8

D. Specialità di base

a) Sono comprese nelle specialità di base a larga diffusione, da organizzare in moduli tipo di 32 posti letto, le seguenti attività assistenziali:

- Chirurgia Generale ed Astanteria
- Medicina generale ed Astanteria
- Ortopedia e Traumatologia
- Ostetricia e Ginecologia

D.1. Per un modulo tipo di 32 posti letto:

- Unità di personale medico: nelle specialità chirurgiche:6, nelle specialità mediche:5,
- Unità di personale infermieristico:17

D.2. Per ogni modulo successivo di 32 posti letto:

- Unità di personale medico: nelle specialità chirurgiche:3, nelle specialità mediche:3,
- Unità di personale infermieristico:17

D.3. Per l'attività ostetrica:

- Unità di personale ostetrico per ogni Unità Operativa di Ostetricia, con uno standard tendenziale di attività di almeno 600 parti l'anno e, comunque, non inferiore a 300: da 3 a 6, in rapporto al carico di lavoro.

b) Sono comprese nelle specialità di base a media diffusione, da organizzare in moduli tipo di 20 posti letto, le seguenti attività assistenziali:

- Allergologia
- Angiologia
- Broncopneumologia (compreso il servizio di Fisiopatologia Respiratoria)
- Dermosifilopatia
- Diabetologia e Malattie del Ricambio
- Endocrinologia
- Gastroenterologia
- Geriatria
- Medicina del lavoro
- Oculistica
- Odontostomatologia
- Otorinolaringoiatria
- Reumatologia
- Urologia

D.4. Per un modulo tipo di 20 posti letto:

- Unità di personale medico: nelle specialità chirurgiche:5, nelle specialità mediche:4
- Unità di personale infermieristico:12

D.5. Per ogni modulo successivo di 20posti letto:

- Unità di personale medico: nelle specialità chirurgiche:3, nelle specialità mediche:3,
- Unità di personale infermieristico:12

D.6. Geriatria

1. Le Unità Operative di Geriatria sono da riferire esclusivamente ai degenti ultra sessantacinquenni ad alto rischio di invalidità o non autosufficienti e limitatamente alla fase acuta dei trattamenti. L'Unità Operativa di Geriatria svolge anche il compito di unità valutativa per le strategie assistenziali agli anziani nelle attività extra ospedaliere (residenziali, attività a ciclo diurno territoriali, ambulatoriali, domiciliari).

2. Dato il rischio di invalidità o la condizione di non autosufficienza, l'organico delle Unità

Operative geriatriche prevede, altresì per ogni modulo tipo:

- Unità di personale di riabilitazione:6

D.7. Odontostomatologia

1. Per le Unità Operative con posti letto e relativamente alle attività di degenza, l'organico è determinato sulla base degli standard di cui al punto D.4., proporzionalmente rapportati al numero di posti letto.

2. Per le attività svolte mediante poltrone di Odontostomatologia, sono da riferire all'attività propria del presidio ospedaliero quelle relative a prestazioni di 2 livello, cioè non effettuabili nella normale attività poliambulatoriale, o svolte in ospedale diurno per pazienti non collaboranti (disabili, casi da trattare in anestesia generale e simili). Per queste attività il modulo tipo è costituito da 4 poltrone con un organico di n° 5 medici e n° 6 infermieri utilizzato a non meno del 60% del tempo teorico di attività.

3. Le attività svolte nelle poltrone odontostomatologiche al di fuori delle ipotesi indicate al precedente punto D.7.2, sono da considerare normali attività poliambulatoriale, non rientranti nel calcolo degli standard del personale ospedaliero.

D.8. Pratiche diagnostiche e terapeutiche con strumentazione complessa ad elevato impegno professionale.

Per le Unità Operative nelle quali sono adottate in via ordinaria pratiche diagnostiche e terapeutiche con strumentazioni complessa ad elevato impegno professionale, quali l'Endoscopia, le attività di Fisiopatologia Respiratoria e simili, l'organico deve comprendere altresì, per ogni modulo tipo:

Per ogni modulo successivo di 32 posti letto:

- Unità di personale medico: 1, (in aggiunta allo standard di cui al punto D.4) dandone motivata esplicitazione nel provvedimento di fissazione di pianta organica

E. Riabilitazione.

Sono comprese nelle funzioni di Riabilitazione sia le attività di riabilitazione Intensiva, quali la neuro riabilitazione, il recupero e la stabilizzazione al più elevato livello funzionale possibile dei paraplegici, dei medullosesi, dei motulesi, le attività riabilitative verso i malati di mente suscettibili di recupero e simili, sia le attività di riabilitazione estensiva, quali quelle previste dall'art. 26 della legge 23 dicembre 1978, n° 833, la riabilitazione protesica, i trattamenti protratti post-acuzie, i trattamenti di prevenzione di aggravamenti possibili in disabili stabilizzati e simili.

La funzione di riabilitazione può essere esercitata sia presso le singole Unità Operative cui afferra la patologia principale, nel qual caso configura l'ipotesi di attività dipartimentale interdisciplinare, sia presso apposite Unità Operative polifunzionali espressamente riservate all'attività di riabilitazione di tutto il presidio. Le Regioni e le province autonome stabiliscono la modalità organizzativa da adottare nei presidi dove è presente la funzione, tenendo presente che ovunque è possibile, è da preferire la soluzione dell'attività dipartimentale interdisciplinare decentrata. In questa ipotesi, il modulo tipo di posti letto di riferimento per la determinazione degli standard del personale di riabilitazione è dato dalla somma dei posti letto di riabilitazione attivati nelle singole Unità operative e il personale risultante va proporzionalmente distribuito tra le Unità Operative in questione in aggiunta al personale assegnato alle stesse per le normali funzioni assistenziali.

E.1. Per un modulo tipo di 32 posti letto:

- Unità di personale medico :3,
- Unità di personale infermieristico:13,
- Unità di personale di riabilitazione:7

E.2. Per ogni modulo successivo di 32 posti letto:

- Unità di personale medico :3,

- Unità di personale infermieristico:13,
- Unità di personale di riabilitazione:7

F. Lungo degenza

F.1. La destinazione specifica degli ospedali al trattamento dei pazienti in fase acuta, o per trattamenti di riabilitazione come illustrato alla precedente lettera (E), giustifica una funzione peculiare di lungo degenza limitatamente alla fase di convalescenza, di primo trattamento di rieducazione funzionale o di fase terminale. Gli standard di personale sotto specificati si riferiscono a questa funzione propria.

F.2. Per contro, esiste un numero considerevole di pazienti con forme croniche stabilizzate, o di anziani ultrasessantacinquenni bisognosi di trattamenti protratti di conservazione, che sono impropriamente ricoverati in strutture per acuti a causa della carenza di residenze sanitarie assistenziali extraospedaliere o dell'insufficiente approntamento di forme alternative di ospedalizzazione domiciliare o di assistenza domiciliare integrata.

F.3. La riorganizzazione degli ospedali deve farsi carico di assegnare alle funzioni di lungo degenza i posti letto abitualmente utilizzati per ammalati non acuti, destinandovi i pazienti impropriamente ricoverati nelle strutture per acuti. Gli spazi destinati alla funzione di lungo degenza possono essere localizzati attiguamente agli spazi destinati alla funzione assistenziale per acuti cui afferisce la patologia principale stabilizzata, oppure essere concentrati in una apposita Unità Operativa Polifunzionale. Nel primo caso i posti letto della funzione di lungo degenza fanno capo al primario della divisione per acuti, dispongono di un organico distinto secondo gli standard sotto specificati e danno luogo a flussi informativi differenziati da quelli dell'Unità Operativa assistenziale per acuti; nel secondo caso, fanno capo ad un responsabile espressamente destinato.

F.4. nel caso di Unità Operative specificatamente dedicate alla lungodegenza va posta particolare attenzione alla qualità della vita dei degenti: A questo fine va potenziato il lavoro di gruppo, coinvolgendo nell'attività assistenziale e di socializzazione figure professionali quali lo psicologo, l'assistente sociale, l'assistente religioso; va favorito l'apporto del volontariato e vanno promosse iniziative per accrescere l'area di interscambio personale tra i degenti e tra questi e le famiglie. Le Direzioni Sanitarie dei presidi ospedalieri assumono il compito della promozione e del controllo sulla qualità della vita in questo tipo di Unità Operative, ne riferiscono all'ufficio di Direzione e al Comitato di gestione e ne rispondono insieme con il responsabile delle attività assistenziali dell'Unità Operativa.

F.5. L'assegnazione dei degenti di cui al precedente punto F.2. alla funzione di lungodegenza riveste carattere di transitorietà in attesa che siano realizzate le residenze sanitarie assistenziali extra ospedaliere o vengano attivate forme adeguate di ospedalizzazione domiciliare integrata o di assistenza domiciliare integrata - nell'ambito dei progetti obbiettivo del Piano Sanitario Nazionale previsto dalla legge 23 ottobre 1985 n° 595 - che costituiscono la destinazione specifica e più conveniente per tali pazienti.

Va ricompresa nella funzione di lungodegenza anche l'assistenza ai malati di mente trattenuti ad esaurimento nelle ex istituzioni manicomiali ai sensi della Legge 13 maggio 1978 n° 180, per i quali valgono le stesse soluzioni in prospettiva dianzi indicate.

F.6. Per un modulo tipo di 32 posti letto:

- Unità di personale medico :3,
- Unità di personale infermieristico:13,
- Unità di personale di riabilitazione:4,
- Unità di personale per le attività di socializzazione: secondo la tipologia, ad eccesso dalla USL o con integrazioni di organico cui far fronte con le maggiorazioni di cui al successivo

articolo 4.

F.7. Per ogni modulo successivo di 32 posti letto:

- Unità di personale medico :2,
- Unità di personale infermieristico:13,
- Unità di personale di riabilitazione:4

F.8. Assistenza ai malati di mente (ricoverati negli ex ospedali psichiatrici, ad esaurimento) per moduli tipo di 32 posti letto:

- Unità di personale medico :3,
- Unità di personale infermieristico:13,
- Unità di personale per le attività di socializzazione: secondo le esigenze, ad eccesso dal serviziopsichiatrico territoriale o dalla USL, oppure con integrazioni di organico cui far fronte con maggiorazioni di cui al successivo art. 4. Le Direzioni Sanitarie dei presidi ospedalieri assumono il compito della promozione e del controllo sulla qualità della vita in queste Unità Operative, ne riferiscono all'ufficio di Direzione e al Comitato di Gestione e ne rispondono insieme con il responsabile delle attività assistenziali dell'Unità Operativa.

G. Coordinamento attività personale infermieristico e ausiliario

Per il coordinamento dell'attività del personale infermieristico tecnico e ausiliario operante entro le Unità Operative e per la supervisione sull'attività di tirocinio e formativa effettuata nello stesso ambito. Gli organici del personale indicati ai punti precedenti sono così integrati: per ogni Unità Operativa formalmente strutturata: 1 Operatore professionale di 1^a categoria coordinatore (caposala).

H. Sottomultiplo di modulo

Si definisce sottomultiplo di modulo la parte di Unità Operativa superiore al modulo tipo base, o a suoi multipli interi, per esigenze di funzionalità legate a condizioni organizzative o strutturali o in rapporto al tasso di utilizzazione prescritto, non raggiunge la dimensione di un modulo intero.

Lo standard di personale da assegnare agli eventuali sottomultipli di modulo viene stabilito applicando ai posti letto del sottomultiplo di modulo lo standard relativo ai " moduli successivi" dell'Unità Operativa interessata, proporzionalmente ridotto con arrotondamento in difetto data la minore economicità del sottomultiplo stesso.

Articolo 4. - Servizi Ospedalieri

1. per i Servizi di diagnosi e cura, igienico-organizzativi e generali del presidio ospedaliero, le dotazioni organiche di personale determinate in applicazione degli standard di cui al presente art. 3 sono maggiorate come segue:

A .Personale laureato,

(medici, biologi, chimici, fisici, psicologi, ingegneri, informatici) - maggiorazione media regionale del 35% della dotazione organica complessiva di personale medico risultante dall'applicazione degli standard di cui all'art. 3, con oscillazione dal 25 % al 45 %, in sede di determinazione delle piante organiche dei singoli presidi, secondo la complessità degli stessi riferita anche all'intensità tecnologica, con obbligo di motivazione nel provvedimento di formalizzazione della pianta organica.

Nell'ambito della maggiorazione media del 35% fatta uguale a 100, sono indicate le seguenti quote tendenziali di riferimento:

- a.1. Servizio di anestesia, comprensivo della terapia antalgica: 10%;
- a.2. Servizi di Laboratorio per analisi chimico-cliniche e microbiologiche, di virologia, di immunoematologia e trasfusionale, di anatomia e istologia patologica 30%;

a.3. Servizi di radiologia diagnostica, radioterapia, neuroradiologia, medicina nucleare: 20%;
a.4. La restante parte va utilizzata per gli altri servizi ospedalieri e per le maggiorazioni indicate negli standard di cui all'art.3

B. Farmacisti.

Per le funzioni di organizzazione e gestionale della farmacia ospedaliera, compresi gli approvvigionamenti e il controllo dei consumi, per il supporto alle Unità Operative in termini di predisposizione di terapie personalizzate e per le attività di verifica e revisione della qualità della prestazione farmaceutica in ospedale da realizzare all'interno dei gruppi di lavoro di presidio di cui all'art. 119 del DPR 20 maggio 1987 n° 270: - unità di personale farmacista: 3 per presidio come dotazione complessiva regionale, con oscillazioni da 2 a 5 in sede di determinazione delle piante organiche dei singoli presidi, secondo l'ampiezza e la complessità dei presidi con obbligo di motivazione nel provvedimento di formalizzazione della pianta organica.

C. Personale Infermieristico.

- maggiorazione media regionale del 25% della dotazione organica complessiva di personale infermieristico risultante dall'applicazione degli standard di cui all'art. 3, con oscillazioni in più o in meno in sede di determinazione delle piante organiche dei singoli presidi, secondo la complessità degli stesi. Nella maggiorazione sono comprese le unità di personale operatore professionale dirigente, nel numero di 1 per ogni presidio ospedaliero; con maggiorazione di 1 ogni 500 posti letto. Gli operatori professionali dirigenti sono da inserire presso le Direzioni sanitarie con la responsabilità della programmazione, organizzazione, coordinamento e controllo dei servizi infermieristici, della promozione delle tecniche dell'assistenza infermieristica, del controllo della qualità e servizi infermieristici, da realizzare all'interno dei gruppi di lavoro di presidio di cui all'art. 119 del DPR 20 maggio n° 270, e della promozione e coordinamento della formazione permanente del personale infermieristico.

Nella maggiorazione sono comprese, altresì unità di personale infermieristico necessarie per le sostituzioni straordinarie, da mettere a disposizione delle Direzioni sanitarie per un impiego flessibile legato alle esigenze contingenti dei presidi.

Il personale delle ambulanze è da considerare appartenete come funzione, ai servizi territoriali e, in quanto tale, non viene considerato negli standard del personale ospedaliero.

D. Personale tecnico-sanitario di riabilitazione, assistenti sociali e altre figure infermieristiche

Per le esigenze generali del presidio, da utilizzare nelle Unità operative e nei servizi generali secondo le necessità assistenziali e la particolare configurazione e complessità del presidio stesso: 1 unità ogni 5 unità di personale infermieristico;

nel parametro sono comprese le unità di personale operatore professionale dirigente tecnico e di riabilitazione.

E. Personale ausiliario

Gli standard di personale ausiliario socio-sanitario sono così stabiliti:

E.1 Nelle Unità Operative di degenza e di ospedale diurno annesso:

- Per le funzioni di terapia intensiva e sub-intensiva: 1 ogni posto letto;
- Per le funzioni di riabilitazione, di lungodegenza e di geriatria: 0,25 per posto letto;
- Per le funzioni di elevata assistenza: 0,20 per posto letto;
- Per le altre funzioni: 0,15 per posto letto.

E.2. Nei servizi di diagnosi e cura, igienico-organizzativi e generali

- In complesso, come dotazione organica regionale da distribuire nei diversi presidi e, all'interno di questi, secondo le esigenze funzionali in rapporto alla complessità strutturale e tecnologica del presidio: maggiorazione della dotazione organica risultante dagli standard di

cui al precedente punto E.1., fino ad un massimo del 15%.

F. Personale tecnico (assistenti, operatori, agenti)

Per i servizi generali e tecnici dei presidi ospedalieri, in complesso, come dotazione organica regionale da distribuire nei diversi presidi e, all'interno di questi, secondo le esigenze funzionali in rapporto alla complessità strutturale e tecnologica e al livello di automazione dei servizi di presidio: fino ad un massimo del 15% della dotazione organica complessiva risultante dall'applicazione degli standard di cui ai commi ed articoli precedenti.

G. Personale amministrativo.

La funzione amministrativa dei presidi ospedalieri è parte integrante della funzione amministrativa generale della USL. Il personale incaricato dello svolgimento di tale funzione dentro i presidi ospedalieri è assegnato all'ufficio di Direzione della USL ed è posto funzionalmente alle dipendenze del servizio amministrativo per le attività igienico-organizzative della Direzione Sanitaria. Per tale funzione è reso disponibile in complesso, come dotazione organica regionale da distribuire nei diversi presidi in rapporto alla complessità organizzativa e gestionale degli stessi: fino ad un massimo del 55 della dotazione organica complessiva risultante dall'applicazione degli standard di cui ai commi ed articoli precedenti.

H. Assistenza religiosa

Per il servizio di assistenza religiosa: 1 unità di assistenti religiosi per presidio ospedaliero, con la maggiorazione di una unità ogni 300 posti letto oltre i primi 300.

2. Gli standard di cui al comma 1, lettere E, F e G del presente articolo si riferiscono ai servizi direttamente gestiti. In caso di attività regolarmente affidate in appalto o espletate all'esterno mediante contratti di servizio, gli standard di personale debbono essere proporzionalmente ridotti dandone motivata esplicitazione nel provvedimento di formazione della pianta organica.

3. Nell'assegnazione di servizi in appalto sono da tenere presenti i seguenti principi di indirizzo:

- a.) non possono essere appaltati servizi che ineriscono direttamente all'assistenza personale ai degenti;
- b.) sono riservati all'istituzione pubblica la programmazione delle attività, la definizione dei requisiti di qualità e di quantità che il servizio appaltato deve assicurare, il controllo sull'espletamento del servizio, sul rispetto delle condizioni contrattuali e sui risultati;
- c.) il provvedimento di assegnazione del servizio in appalto o in servizio esterno deve dare documentata dimostrazione dei vantaggi in termini di rapporto- benefici che la soluzione presentata rispetto alla gestione diretta, anche con riferimento all'impiego di tecnologia avanzate e deve contestualmente indicare i riflessi sugli organici del personale ai sensi del precedente comma 2.

Articolo 5 - (Istituzioni convenzionate obbligatoriamente).

1.) Gli standard di cui al presente decreto sono assunti come riferimento per la individuazione della dotazione di personale nei rapporti con gli istitutivi ricovero e cura a carattere scientifico con personalità giuridica di diritto pubblico, nonché, ai fini del convenzionamento, con gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati, con le università, gli istituti, enti ed ospedali convenzionati ai sensi dell'art. 41 della Legge 23 dicembre 1978 n° 833 e con le case di cura riconosciute quali presidio dell'Unità Sanitaria Locale ai sensi dell'art. 43 della stessa legge 833 del '78.

2.) Mentre le normali funzioni di ricerca e di didattica sono comprese in via ordinaria nell'attività ospedaliera assistenziale, le specifiche e maggiori funzioni di ricerca attribuite agli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico danno titolo a maggiorazione di organico. In sede di controllo di merito delle deliberazioni assunte in materia dai singoli Istituti, ai

sensi degli articoli 16 e 18 del DPR 31 luglio 1980, n°617, si tiene conto della particolare strutturazione funzionale e del livello di produzione scientifica di ciascuno di essi. Ai fini della determinazione delle maggiorazioni stabilite per gli istituti pubblici di ricorrispondente rilevanza.

Articolo 6 - (Attuazione del provvedimento).

- 1.) Gli standard di cui ai precedenti articoli sono stabiliti ai fini del dimensionamento massimo della dotazione complessiva regionale del personale ospedaliero. Spetta alle Unità Sanitarie Locali proporre, e alle regioni e province autonome stabilire, come la dotazione complessiva viene ripartita tra i singoli presidi, nel rispetto delle indicazioni contenute nei precedenti articoli.
- 2.) La riorganizzazione dei presidi ospedalieri e la copertura totale degli standard di personale, ancorché da esplicitare compiutamente nei provvedimenti di cui al precedente articolo 1, rappresentano obiettivi da conseguire in un periodo di tempo che deve essere contenuto entro margini ristretti e definiti.
- 3.) per le situazioni che comportano aumenti di strutture e di personale, l'obiettivo va realizzato con gradualità avendo riguardo alle compatibilità economiche, alle ristrutturazioni o edificazioni edilizie da compiere preliminarmente, ai processi di formazione e di reclutamento del personale da attivare per soddisfare le esigenze assistenziali e al previo recupero di personale in servizio utilizzato in funzioni non rispondenti alla qualifica posseduta o meglio utilizzabile in altre attività per trasferimento volontario.
- 4.) per le situazioni che comportano disattivazioni parziali di strutture e ridimensionamenti di organico, l'obiettivo va realizzato entro il termine massimo di 1 anno dal provvedimento di cui al precedente articolo 1, comma 2°, rendendo indisponibili i posti letto eccedenti e ponendo in soprannumero il personale esuberante.
- 5.) le situazioni indicate ai commi 3 e 4 vanno valutate con riferimento alla globale realtà di ciascuna regione.
- 6.) Al personale esuberante, posto in soprannumero e non riutilizzabile in altre attività, si applicano gli istituti normativi di mobilità e di messa in disponibilità previsti dalle disposizioni vigenti.
- 7.) Va favorita, dove ne esistono le condizioni, la riqualificazione professionale del personale eccedente. In particolare, gli ausiliari socio sanitari ed eventuali altre figure in eccesso che posseggano i requisiti di legge e che desiderino iscriversi ai corsi di infermiere professionale vanno agevolati consentendo la regolare frequenza ai corsi, sia per la parte teorica che per il tirocinio pratico con conservazione del trattamento economico.
- 8.) Il Ministero della Sanità assume semestralmente notizie presso le Regioni e Province autonome e presso le Unità Sanitarie Locali sulle iniziative in corso di realizzazione. Annualmente le Regioni e le Province autonome riferiscono al Ministro della Sanità sullo stato di attuazione del provvedimento. Alla scadenza dei vari termini indicati nel presente decreto, nonché al termine del primo biennio si procede ad una verifica della situazione, anche ai fini della determinazione delle quote di finanziamento.

Articolo 7- (entrata in vigore).

Il presente decreto entra in vigore il giorno stesso della sua Ufficiale.

Decreto 13/9/1988

Determinazione degli standard del personale ospedaliero

Viene recepito il principio indicato dall'OMS della graduazione dei servizi secondo l'intensità delle cure, il personale è quindi rapportato alle caratteristiche delle diverse specialità ospedaliere.

Parametri D.M. 13 Settembre 1988

Unità Operative	Modulo P. Letto	Pers. Inferm.	P.I / P.L	Minuti
TERAPIA INTENSIVA				
1. Autonomamente strutturata	8	24	3.0	698
2. Sub-intensiva	8	12	1.5	349
SPECIALITÀ AD ELEVATA ASSISTENZA				
1. Modulo tipo	20	22	1.1	
2. Attività dialitica (con trapianto)	8	8	1.0	
3. Malattie Infettive	40	35	0.9	256
4. Psichiatria	16	22	1.4	
5. Unità Spinali	20	40	2.0	
SPECIALITÀ A MEDIA ASSISTENZA				
1. Attività dialitica	8	8	1.0	186
2. Modulo tipo	20	16	0.8	
SPECIALITÀ DI BASE				
1. Modulo tipo (larga diffusione)	32	17	0.5	123
2. Modulo tipo (media diffusione)	20	12	0.6	
RIABILITAZIONE				
1. Modulo tipo	32	13	0.4	
LUNGODEGENZA				
1. Modulo tipo	32	13	0.4	
2. Assistenza ai malati di mente	32	13	0.4	

Questo Articolo proviene da Cisaluniversita