

***ASL NAPOLI 3 SUD***

***RELAZIONE AL***  
***PIANO TRIENNALE DEL***  
***FABBISOGNO 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 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 per la determinazione del Fabbisogno di Personale degli Enti del Servizio Sanitario Regionale della Campania allegato alla DGR n. 190/2023.

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 2022 e a quelli che si verificheranno negli anni 2023 e 2024 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. Qualora siano individuate eccedenze di personale, si applica l'articolo 33. Nell'ambito del piano, le amministrazioni pubbliche curano l'ottimale distribuzione delle risorse umane attraverso la coordinata attuazione dei processi di mobilità e di reclutamento del personale, anche 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.
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 e di quanto previsto dall'articolo 2, comma 10-bis, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, garantendo la neutralità finanziaria della rimodulazione. Resta fermo che la copertura dei posti vacanti avviene nei limiti delle assunzioni consentite a legislazione vigente.
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 pubblicheamministrazioni).**

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 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 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 e alla definizione dei nuovi profili professionali individuati dalla contrattazione collettiva, con particolare riguardo all'insieme di conoscenze, competenze e capacità del personale da assumere anche per sostenere la transizione digitale ed ecologica della pubblica amministrazione e relative anche a strumenti e tecniche di progettazione e partecipazione a bandi nazionali ed europei, nonché alla gestione dei relativi finanziamenti.

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 nelle tabelle indicanti il Piano dei fabbisogni per gli anni 2022-2024 e la 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 2022 e a quelli che si verificheranno negli anni 2023 e 2024 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 prosieguo:

- l'organizzazione della rete di offerta: identificazione del ruolo delle strutture nella rete ospedaliera e di emergenza-urgenza e territoriale secondo la classificazione del DM n. 70/2015 e del DM n. 77/2022;
- 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.

In *primis* è necessario procedere alla definizione del cosiddetto "metabolismo minimo" ovvero il 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 e territoriali rispondenti alle disposizioni ed ai criteri previsti dal DM 70/2015 e s.m.i e dal DM 77/2022.*

*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.*

*Alla luce di quanto disposto dal DM 70/2015, per alcune specifiche attività e per l'area dei Servizi, l'individuazione delle strutture di degenza e dei servizi che costituiranno la rete assistenziale ospedaliera deve essere effettuata in rapporto ai bacini di utenza, di conseguenza anche lo standard di personale da allocarvi seguirà tale indicatore come dettagliato nel prosieguo del documento.*

*Per quanto attiene la rete di offerta territoriale, gli standard dell'assistenza territoriale definiti nel DM 77/2022 forniscono indicazioni per la riorganizzazione dei servizi e per la determinazione del fabbisogno di personale.*

- **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 professionali del comparto)
---------------------	--

<b>1.560 ore</b>	<b>1.450 ore</b>
------------------	------------------

### ***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**

Per quanto riguarda il personale medico si è definito il fabbisogno per singola specialità: il personale medico, infatti, non è fungibile ed è quindi necessario determinare il fabbisogno relativo per ogni disciplina garantita all'interno del presidio.

Per il personale medico si è proceduto ad individuare delle aree funzionali di attività utili per la determinazione del numero di professionisti necessari come previsto dalla DGRC 190/2023 (*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”*)

E' stata utilizzata la **Tabella 3 della DGRC 190/2023** (*cf. ...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*);

La dotazione minima è stata integrata come previsto dalla DGRC 190/2023 (*...La dotazione minima, così individuata, va poi integrata tendendo conto dell'attività di guardia medica notturna e festiva prevista per alcune discipline: 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*);

La DGRC 190/2023 prevede in linea generale che devono essere garantite guardie per unità operativa nei seguenti casi:

- nelle aree “intensive” (area 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, Torre del Greco, Sorrento e Vico Equense);
- nei servizi di pronto soccorso (Nola, Castellammare, Torre del Greco, Sorrento, Vico Equense e Boscotrecase che è in via di attivazione);
- nell'area ostetrico-ginecologica, con attività di ostetricia (Nola, Castellammare e Vico Equense);
- nelle pediatrie (Nola, Castellammare, Vico Equense);
- nella Psichiatria SPDC (Torre del Greco, e quando saranno attivi Nola, Boscotrecase, Castellammare);

È stata utilizzata la Tabella n. 3 della DGRC 190/2023 per la dotazione dei minimi con le guardie divisionali, al netto delle posizioni apicali (*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 Emur
- Rete ictus;
- Rete traumatologica.

Di conseguenza, con riferimento alle specialità di Cardiologia e Unità coronarica (H008 e H050), Neurologia (H032), Emergenza Urgenza (H100) e Ortopedia (H036), così come evidenziato in **Tabella 3** della DGRC 190/2023 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 UTICe presidio con UTIC + emodinamica.

### Calcolo del Fabbisogno minimo di Personale Medico

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

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 attività di degenza e quella da destinare.

### 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 9 regioni partecipanti al Gruppo di Lavoro che assumono quindi il ruolo di benchmark e rappresentano cioè le buonepratiche 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: sono stati valorizzati tutti i DRG prodotti in regime di degenza ordinaria e day hospital e day surgery;
- Sommatoria dei DRG prodotti per ogni specialità;
- Assegnazione degli FTE alle singole specialità: ore lavorate comunicate alle Regioni;
- Definizione dei criteri di imputazione degli FTE dedicati all’attività ambulatoriale in ogni specialità;
- Stima degli FTE dedicati alla degenza;
- Calcolo del peso medico per ciascuna unità operativa: rapporto tra DRG prodotti e gli FTE dedicati all’attività di degenza;
- Verifica del dato su base regionale: analisi della distribuzione statistica;
- Verifica dei dati delle 9 regioni partecipanti: analisi della distribuzione statistica;
- Prima analisi di valori statistici rilevanti (mediana, media, 1° e 3° quartile);
- Confronto interregionale del dato;
- Determinazione del range dei Pesi.

Il risultato è la somma dei pesi prodotti (medici e chirurgici do e dh) per ogni specialità, che rapportati ai “pesi medici” di **Tabella 4** della DGRC 190/2023, restituiscono il valore degli FTE necessari per la produzione erogata.

## **ATTIVITA’ AMBULATORIALE**

Per quanto attiene alla determinazione della dotazione di Personale Medico da destinare all’attività ambulatoriale, sono state seguite le percentuali rappresentative dell’incidenza dell’attività ambulatoriale sul totale delle ore lavorate, riportate in Tabella 5 della DGRC 190/2023.

Ai fini dell’individuazione del fabbisogno complessivo per la dirigenza medica, agli FTE identificati per l’attività di degenza avvalendosi del metodo dei pesi sono stati sommati quelli per l’attività ambulatoriale.

$$\begin{aligned} \text{FTE Amb Disciplina} \times &= \text{Dotazione FTE} \times \% \text{ Amb Disciplina} \times \\ \text{Fabbisogno FTE Tot} &= \text{FTE Degenza} + \text{FTE Amb} \end{aligned}$$

### **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.

In fase di prima applicazione i posti letto da utilizzare quale base di calcolo sono quelli attualmente attivi presso le singole strutture, così come rinvenibili dai flussi ministeriali predisposti dalle singole Aziende (HSP 12).

Anche in questo caso, si è scelto di procedere con la determinazione del fabbisogno per area omogenea, tenendo conto delle sempre più frequenti organizzazioni per intensità di cura. Per le aggregazioni si rimanda all'Allegato 1 della DGRC 190/2023.

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

#### **a) Attività di Degenza**

Per la determinazione del numero di Infermieri e Operatori Socio-Sanitari necessari per le attività di degenza, ordinaria e diurna, si è proceduto come segue:

- Somma dei posti letto per Area Omogenea;
- Calcolo delle giornate equivalenti prevedendo un tasso di occupazione al 90%;
- Calcolo del fabbisogno dei minuti di assistenza moltiplicando le giornate equivalenti per il parametro min/paz/die proprio di ciascuna area omogenea;
- “Trasformazione in ore” = Totale minuti/60;
- “Trasformazione in personale tempo equivalente” (FTE)/1450.

Si è ritenuto di individuare minutaggi distinti per ospedali HUB e per quelli Spoke, con l'obiettivo di approfondire le diverse caratteristiche di questi contesti. Sono stati categorizzati ospedali HUB i DEA II Livello nella Rete Emur, mentre i DEA di I Livello, i PPI e i Pronto Soccorso ospedali SPOKE.

L'applicazione dei valori minimo e massimo previsti in Tabella 6 e Tabella 7 della DGRC 190/2023 per il personale del comparto, garantisce la determinazione di un livello minimo e massimo di fabbisogno di Personale Infermieristico e di supporto per l'area ospedaliera, per le aree elencate.

I posti letto dell'area sub intensiva a cui applicare lo standard in tabella è di n. 50.

#### **b) Attività ambulatoriale**

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

A fronte dell'aggregazione del personale infermieristico in aree omogenee non si ritiene, al contrario di quanto fatto per il personale medico, di poter individuare delle percentuali di incidenza “fisse”. Esse saranno determinate tenendo conto della quota di posti letto occupati da ogni disciplina all'interno dell'area omogenea di ogni stabilimento (media pesata delle percentuali di ciascuna disciplina sulla base dei posti letto).

$$\% \text{ Amb. (stab. } x, \text{ area omogenea } y) = \frac{\sum [\% \text{ Amb. (disc. } 1) \times \text{PL (stab. } x, \text{disc. } 1) + \% \text{ Amb. (disc. } 2) \times \text{PL (stab. } x, \text{disc. } 2) + \dots + \% \text{ Amb. (disc. } n) \times \text{PL (stab. } x, \text{disc. } n)]}{\text{Posti letto (stab. } x, \text{ area omogenea } y)}$$

Il fabbisogno previsto per l'attività ambulatoriale sarà quindi individuato moltiplicando la % Amb. (stab. x, area omogenea y) per gli FTE minimi e massimi previsti per l'attività delle diverse discipline.

Come per la dirigenza medica, il fabbisogno complessivo di FTE sarà dato dalla somma tra gli FTE necessari per l'attività di degenza e quelli per l'attività ambulatoriale, ad essi sarà aggiunto il personale con funzioni organizzative. In virtù del rapporto 1:1 tra medico ed infermieri non viene conteggiato separatamente il fabbisogno di OSS per l'attività ambulatoriale, che potrà essere ritrovato all'interno del fabbisogno ambulatoriale del personale infermieristico.

### **Personale Dirigente sanitario non medico**

Il fabbisogno di personale Dirigente sanitario non medico (biologi, fisici, chimici, psicologi e personale dirigente delle professioni sanitarie), deve essere individuato in misura non superiore al 7% del fabbisogno di Dirigenti Medici, così come determinato in base alla suddetta metodologia.

Con riferimento al personale Dirigente Farmacisti si stabilisce per le Aziende Sanitarie Locali un fabbisogno non superiore a n. 3 farmacisti per presidio ospedaliero.

### **Personale non sanitario**

#### **Altro Personale Ruolo tecnico**

Con riferimento al personale del ruolo tecnico, il quale a seguito del nuovo CCNL del Comparto sanità del 2022 non comprende più la figura dell'Operatore Socio-Sanitario e la figura dell'Assistente sociale, il fabbisogno di personale è determinato sulla base del seguente parametro:

- in misura non superiore al 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 non superiore al 15% del totale;
- Personale Comparto: a copertura della restante parte.

#### **Ruolo socio sanitario – Assistente sociale.**

Con riferimento al personale assistente sociale, il fabbisogno di personale è da determinarsi nella misura non superiore allo 0,5% del fabbisogno ospedaliero di personale sanitario non dirigenziale.

#### **Ruolo Professionale**

Con riferimento al fabbisogno di personale per il ruolo professionale, è da determinarsi nella misura non superiore allo 0,5% del fabbisogno 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 non superiore 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:

- 14% del fabbisogno di personale di ruolo sanitario ospedaliero, 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 non superiore al 15% del totale;
- Personale Comparto: a copertura della restante parte.

## **AREA TERRITORIALE**

Per quanto attiene l'assistenza territoriale, la metodologia ministeriale fornisce indicazioni per la riorganizzazione dei servizi e valori standard per la determinazione del fabbisogno di personale afferente a tali aree.

### **Distretti**

Con riferimento al personale da destinare all'assistenza distrettuale, in considerazione del progressivo spostamento di risorse dall'area ospedaliera, conseguente all'attuazione della programmazione sanitaria regionale e in particolare della nuova rete ospedaliera, deve procedersi 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.

Preso atto di quanto già definito sopra, si definiscono i criteri per il fabbisogno di personale distrettuale come di seguito.

Si precisa inoltre che, laddove non è indicato uno standard di fabbisogno di personale distrettuale, questo è da intendersi ricompreso nelle percentuali individuate nei paragrafi di area ospedaliera.

### **Personale Sanitario**

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 0,4 il rapporto tra dirigenti medici in servizio presso i Servizi Distrettuali rispetto alla popolazione residente/1000.

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

Con riferimento al personale Dirigente Farmacista è previsto un fabbisogno aggiuntivo rispetto a quanto individuato in Area Ospedaliera, pari a n. 2 unità di personale per Distretto.

Si stabilisce, inoltre, un fabbisogno di Personale Infermieristico parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi come pari a 0,56 il rapporto tra Personale Infermieristico in servizio presso i Servizi Distrettuali rispetto alla popolazione residente/1000. All'interno di tale percentuale è compreso anche il fabbisogno di Personale Infermieristico afferente al servizio di 118.

Per quanto concerne il fabbisogno di personale Ostetrico, esso è stato definito nella misura di n.1 unità di personale per ogni Distretto.

### **Personale non Sanitario**

- **Salute Mentale**

La metodologia definita a livello ministeriale fornisce indicazioni per la riorganizzazione dei servizi afferenti alle aree della salute mentale adulti. L'obiettivo è garantire l'integrazione di tali servizi nel modello territoriale e distrettuale così come definito dal DM 77/22 al fine di migliorare la qualità e l'appropriatezza dell'assistenza.

L'assistenza per i livelli 1 e 2 è assicurata secondo quanto previsto dal DPR 1/11/1999 (PO Tutela Salute Mentale 1998-2000), al fine di garantire unitarietà degli interventi, integrazione dei servizi e continuità terapeutica.

La dotazione organica per l'operatività minima ai fini della assistenza dei livelli 1 e 2, così definita dal DPR 1/11/99, è articolata come segue:

- Medico psichiatra: 1 per 10.000 abitanti di età superiore a 18 anni;
- Psicologo psicoterapeuta: 0,5 per 10.000 abitanti di età superiore a 18 anni;
- Professioni sanitarie (infermieri, educatori professionali, tecnici della riabilitazione psichiatrica) e assistenti sociali: 5 ogni 10.000 abitanti di età superiore a 18 anni;
- Altro personale (incluso personale amministrativo): 0,2 per 10.000 abitanti di età superiore a 18 anni.

La somma degli standard deve corrispondere a non meno di 6,7 operatori ogni 10.000 abitanti e non comprende le risorse umane necessarie per i livelli 3 e 4.

Per quanto concerne lo standard dei servizi di livello 3, assistenza sanitaria specialistica in ambito ospedaliero, il DCA 67/2016 permette di individuare delle soglie minime di personale per ogni SPDC, considerando una disponibilità di 16 posti letto. È previsto il fabbisogno di personale indicato come segue:

- 1,30 infermieri per posto letto;
- 0,5 medici per posto letto;
- 1 dirigente sanitario non medico (psicologo);
- 0,2 OSS per posto letto;
- 1 assistente sociale.

Per quanto concerne lo standard dei servizi di livello 3, assistenza sanitaria specialistica in ambito residenziale e semiresidenziale, il DCA n. 5/2011 permette di individuare delle soglie minime di personale per ogni tipologia di struttura considerando una disponibilità di 20 posti letto. In particolare, è previsto il fabbisogno di personale indicato come segue:

#### SIR INTENSIVA

Per quanto concerne il personale delle strutture residenziali a carattere intensivo con 20 posti letto, si fa riferimento allo standard individuato nelle tabelle del DCA n. 5/2011, che individuano:

- 1 dirigente medico;
- 1 psicologo;
- 5 infermieri;
- 6 OSS;
- 2 Tecnici sanitari di Radiologia.

## CENTRO DIURNO

Per quanto attiene alle strutture semi-residenziali con 20 posti di accoglienza, il DCA n. 5/2011 individua il fabbisogno di personale come segue:

- 0,5 dirigenti medici;
- 0,5 psicologi;
- 1,5 infermieri;
- 1 Tecnico sanitario di Radiologia/educatore professionale; □ 0,33 assistente sociale.

Per il livello 4 si fa riferimento alla Legge n. 9/2012, nella quale sono definiti i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi delle strutture residenziali destinate ad accogliere le persone cui sono applicate le misure di sicurezza del ricovero in ospedale psichiatrico giudiziario e dell'assegnazione a casa di cura e custodia. Sono inoltre comprese le strutture residenziali per persone con Disturbi della Nutrizione e della Alimentazione (DNA).

### • **Dipendenze Patologiche**

L'assistenza sanitaria e sociosanitaria rivolta alle persone con dipendenze patologiche nell'intero ciclo di vita è assicurata in ciascuna Regione e Provincia Autonoma attraverso i Servizi pubblici per le Dipendenze (SerD).

L'assistenza dell'ASL Napoli 3 Sud è articolata su tutto il territorio attraverso cinque UOC e una UOSD. E' previsto e garantito un Servizio per le dipendenze almeno ogni 80.000-100.000 abitanti della popolazione target di età compresa tra i 15 ed i 64 anni, con apertura almeno 5 giorni alla settimana, per 12 ore al giorno.

I SerD sono dotati di una equipe multiprofessionale così come indicato nella Tabella 20 della DGRC 190/2023.

### • **Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'adolescenza**

Nell'Asl Napoli 3 Sud l'assistenza è assicurata da i Nuclei di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza. Il servizio svolge la sua attività in stretto collegamento con i PLS e i MMG, i servizi sociali degli Enti Locali, le istituzioni scolastiche, i consultori familiari, gli altri servizi del territorio rivolti alla popolazione infantile e giovanile, gli eventuali servizi di riabilitazione accreditati per l'età evolutiva, i servizi per le dipendenze, i servizi di salute mentale per l'adulto, nonché con il livello ospedaliero.

Lo standard per l'operatività minima ai fini dell'assistenza dei livelli 1 e 2 è il seguente:

- Dirigenza sanitaria medica e non (medico neuropsichiatra infantile e psicologo psicoterapeuta): 6 per 10.000 abitanti della popolazione target di età compresa tra 1 e 17 anni;
- Professioni sanitarie (terapista della neuropsicomotricità dell'età evolutiva, Educatore professionale/Tecnico della Riabilitazione Psichiatrica, infermiere, Fisioterapista e altri professionisti, anche di supporto) e assistenti sociali: 10 per 10.000 abitanti della popolazione target di età compresa tra 1 e 17 anni;
- Altro personale (incluso personale amministrativo): 0,2 per 10.000 abitanti della popolazione target di età compresa tra 1 e 17 anni.

Ogni servizio territoriale di NPIA dovrà prevedere la presenza di Centri Diurni Terapeutici, con due moduli differenziati: uno per i disturbi psichiatrici in preadolescenza e adolescenza, ed uno per i gravi disturbi del neuro sviluppo.

Ogni servizio territoriale di NPIA dovrà prevedere, inoltre, la presenza di Nuclei funzionali di riferimento locale di cui all'Intesa in Conferenza Unificata 25 luglio 2019, per le patologie a elevata prevalenza.

Gli standard di personale dei servizi di assistenza dei livelli 3 e 4 sono ricompresi negli standard dei livelli 1 e 2 di cui sopra.

- **Prevenzione**

Per il Personale Dirigente medico dedicato alla Prevenzione, si è proceduto a determinare un fabbisogno parametrato sulla popolazione residente nell'ambito territoriale dell'ASL Napoli 3 Sud, individuandosi come pari allo 0,07 il rapporto tra dirigenti medici in servizio rispetto alla popolazione residente/1000.

Per il Personale infermieristico si è proceduto a determinare un fabbisogno parametrato sulla popolazione residente nell'ambito territoriale di riferimento dell'ASL Napoli 3 Sud, individuandosi come pari allo 0,05 il rapporto tra Personale Infermieristico in servizio presso i Dipartimenti di Prevenzione rispetto alla popolazione residente/1000.

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

- **Cure Domiciliari**

Con riferimento al fabbisogno di personale da destinare all'assistenza domiciliare integrata (ADI) si è provveduto a seguire la metodologia dettata dalla DGRC 190/2023.

Lo standard per gli Infermieri è fissato pari a 0,9 FTE ogni 1.000 abitanti over-65, lo standard per i Fisioterapisti è fissato pari a 0,2 FTE ogni 1.000 abitanti over-65.

Lo standard per l'Operatore Socio-Sanitario è fissato nella misura non superiore a 1 FTE ogni 2 infermieri.

- **Servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie**

Il Consultorio familiare e l'attività rivolta ai minori, ove presente, rappresentano la struttura aziendale a libero accesso e gratuita, deputata alla protezione, prevenzione, promozione della salute, consulenza e cura rivolte alla donna in tutto il suo ciclo di vita (compresa la gravidanza), minori, famiglie all'interno del contesto comunitario di riferimento, così come definito dal DM 77/22.

Presso l'ASL Napoli 3 Sud, attualmente, sono attivi 19 consultori e 6 punti consultoriali.

Lo standard di personale ogni 20.000 abitanti prevede la presenza di:

- 0,5 dirigente medico ginecologo;

- 1 ostetrica;
- 0,5 psicologi;
- 0,25 assistenti sociali;
- 0,25 dirigente medico pediatra.

Il personale infermieristico risulta già considerato all'interno dello standard previsto per il Distretto.

- **DM 77/2022 “Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN”**

Per quanto attiene l’assistenza territoriale, il DM 77/2022: “Nuovi modelli e standard per lo sviluppo dell’assistenza territoriale nel SSN” fornisce indicazioni alle Regioni in merito agli interventi da adottare al fine di riorganizzare l’assistenza territoriale. Pertanto presso l’Asl Napoli 3 Sud sono programmate azioni per il recepimento di quanto previsto dal suddetto Decreto.

- **UCA – Unità di Continuità Assistenziale**

L’Unità di Continuità Assistenziale, nel limite previsto ai sensi dell’articolo 1, comma 274, della legge 30 dicembre 2021 n. 234, è un’equipe mobile distrettuale per la gestione e il supporto della presa in carico di individui, o di comunità, che versano in condizioni clinico-assistenziali di particolare complessità e che comportano una comprovata difficoltà operativa.

Il DM 77/22 prevede l’implementazione delle UCA garantendo un medico ed un infermiere ogni 100.000 abitanti.

Per l’Unità di Continuità Assistenziale (UCA) è garantita operatività 5 giorni su 7, in orario dalle ore 08:00 alle ore 20.00, con personale dedicato nei limiti del rispetto dei costi.

- **Infermiere di Famiglia o Comunità**

L’Infermiere di Famiglia o Comunità è la figura professionale di riferimento che assicura l’assistenza infermieristica ai diversi livelli di complessità in collaborazione con tutti i professionisti presenti nella comunità in cui opera, perseguendo l’integrazione interdisciplinare, sanitaria e sociale dei servizi e dei professionisti e ponendo al centro la persona. Presso l’Asl Napoli 3 SUD è programmata l’inserimento di tale figura professionale all’interno dell’organico, sempre nel rispetto dei costi.

L’introduzione dell’Infermiere di Famiglia o di Comunità (IFoC) (D.L. n. 34/2020, art. 1 c. 5) ha l’obiettivo di rafforzare il sistema assistenziale sul territorio, finalizzato a promuovere una maggiore omogeneità ed accessibilità dell’assistenza sanitaria e sociosanitaria a rilevanza sanitaria, favorendo l’integrazione delle diverse figure professionali, compresa l’assistenza infermieristica di comunità.

Il DM 77/22 definisce come standard di fabbisogno un infermiere di famiglia o di comunità ogni 3.000 abitanti. Tale standard è da intendersi come numero complessivo di infermieri di famiglia o Comunità impiegati nei diversi setting assistenziali in cui l’assistenza territoriale si articola. Tale standard trova il suo limite nei vincoli dei tetti di spesa in materia di personale.

- **Case di Comunità**

La Casa della Comunità (CdC) è il luogo fisico e di facile individuazione al quale i cittadini possono accedere per bisogni di assistenza sanitaria, socio-sanitaria a valenza sanitaria e il modello organizzativo dell'assistenza di prossimità per la popolazione di riferimento.

La riorganizzazione prevista dal DM 77/22, parzialmente finanziata con i fondi della Missione 6 Componente 1 del PNRR, prevede l'attivazione di una Casa di Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti. Presso l'ASL Napoli 3 Sud è programmata l'attivazione di 31 Case di Comunità.

La funzione di consultazione ed assistenza primaria viene garantita all'interno delle Case di Comunità in stretta collaborazione con i Medici di Medicina Generale (MMG), i Pediatri di Libera Scelta (PLS) e con tutti gli operatori che garantiscono le attività di individuazione precoce e di primo intervento.

Lo standard di personale previsto dal DM 77/2022 per le Case di Comunità hub prevede la presenza di:

- 7-11 Infermieri di Famiglia o Comunità;
- 1 assistente sociale;
- 5-8 unità di Personale di Supporto (Sociosanitario e Amministrativo).

- **Ospedali di Comunità**

Il Decreto Ministero della Salute del 20 gennaio 2022 "Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano degli investimenti complementari", prevede l'attivazione di 400 Ospedali di Comunità (OdC) sull'intero territorio nazionale. In particolare, un Ospedale di Comunità dotato di 20 posti letto ogni 100.000 abitanti e 0,2 posti letto per 1.000 abitanti da attuarsi in modo progressivo secondo la programmazione regionale.

L'OdC come previsto dalla normativa vigente e dagli atti concertativi di riferimento (DM n. 70/2015, Patto per la Salute 2014-2016, Piano nazionale della cronicità, Intesa Stato-Regioni del 20/02/2020), svolge una funzione intermedia tra il domicilio e il ricovero ospedaliero, con la finalità di evitare ricoveri ospedalieri impropri e di favorire dimissioni protette in luoghi più idonei al prevalere di fabbisogni assistenziali, di stabilizzazione clinica, di recupero funzionale e dell'autonomia più prossimi al domicilio.

Presso l'Asl Napoli 3 Sud è programmata l'attivazione di 8 Ospedali di Comunità.

Il DM 77/2022 prevede le seguenti disposizioni in merito all'Ospedale di Comunità:

- 7-9 infermieri (di cui un Coordinatore Infermieristico);
- 4-6 Operatori Sociosanitari;
- 1-2 unità di altro personale con funzioni riabilitative;
- 1 dirigente medico per 4-5 ore al giorno 6 giorni su 7.

- **Centrale Operativa Territoriale**

Il Decreto Ministero della Salute del 20 gennaio 2022 “Ripartizione programmatica delle risorse alle regioni e alle province autonome per i progetti del Piano nazionale di ripresa e resilienza e del Piano degli investimenti complementari”, prevede l’attivazione di 600 Centrali Operative. In particolare, una Centrale Operativa Territoriale ogni 100.000 abitanti o comunque a valenza distrettuale.

La Centrale Operativa Territoriale (COT) è un modello organizzativo che svolge una funzione di coordinamento della presa in carico della persona e raccordo tra servizi e professionisti coinvolti nei diversi setting assistenziali: attività territoriali, sanitarie e sociosanitarie, ospedaliere e dialoga con la rete dell'emergenza-urgenza.

Presso l’Asl Napoli 3 Sud è programmata l’attivazione di 11 COT.

Il DM 77/2022 prevede il seguente standard per le COT:

- 1 Coordinatore Infermieristico ogni 100.000 abitanti;
- 3-5 infermieri;
- 1-2 unità di Personale di Supporto.

In relazione ai vincoli di finanza pubblica il piano dei fabbisogni di personale per il triennio 2022-2024 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 stato individuato quale differenziale tra il costo sostenuto nell’anno 2021e il costo sostenuto nell’anno 2004 (-1,4%).

Voci di Costo del Personale dipendente	CE 2021		
	Valori in I/000	Valori in I/000	
Personale dipendente a tempo indeterminato	260.673.843,31	260.673.843,31	
Personale a tempo determinato	24.067.755,33	24.067.755,33	
Restante personale			
<b>Totale costo del personale</b>	<b>284.741.598,64</b>	<b>284.741.598,64</b>	
<b>IRAP</b>	<b>17.189.361,65</b>	<b>17.189.361,65</b>	
<b>Totale costo del personale comprensivo di IRAP</b>	<b>301.930.960,29</b>	<b>301.930.960,29</b>	
Spese per rinnovi dei CCNL intervenuti successivamente al 2004	54.480.902,05	54.480.902,05	
Spese per il personale appartenente alle categorie protette	11.295.874,78	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	0,00	
<b>COSTI COVID ANNO 2021</b>	<b>34.954.237,26</b>	<b>34.954.237,26</b>	
<b>Totale costo del personale ( PARAMETRO X LA DEFINIZIONE DEL DELTA)</b>	<b>201.199.946,20</b>	<b>201.199.946,20</b>	
Tetto di spesa ASL NAPOLI 3 SUD limite 1,4 L. 191/2009	286.038.635,00	300.340.566,75	più 5%
<b>Incremento possibile del costo del personale nel triennio 2022-2024</b>	<b>84.838.688,80</b>	<b>99.140.620,55</b>	

La tabella sottostante riporta il riepilogo dei fabbisogni espressi in numero di teste del personale per gli anni 2022, 2023 e 2024, suddivisi per ruolo professionale.

FABBISOGNO 2022-2024							
ASL NA 3 SUD	PERSONALE IN SERVIZIO AL 31.12.2021	STANDARD AZIENDA	FABBISOGNO AZIENDA 2022/2024	FABBISOGNO NEL RISPETTO DEL TETTO DI SPESA	PTFP 2022	PTFP 2023	PTFP 2024
<b>RUOLO SANITARIO</b>	3.465	5.010	1.545	1.350	271	953	126
Dirigenti Medici	966	1.413	447	322	113	155	54
Dirigenti Sanitari	149	237	88	87	29	43	15
Personale del comparto area sanitaria	2350 di cui 286 oss	3360 di cui 127 OSS	1.010	941	129	755	57
<b>RUOLO TECNICO</b>	278	329	188	148	7	99	42
Dirigenti	11	15	8	6	1	5	
Personale del comparto area tecnica	267	314	180	142	6	94	42
<b>RUOLO PROFESSIONALE</b>	16	27	15	17	5	12	
Dirigenti	16	27	11	13	5	8	
Personale del comparto area professionale			4	4		4	
<b>RUOLO AMMINISTRATIVO</b>	445	655	331	205	57	117	31
Dirigenti	21	67	46	27	10	10	7
Personale del comparto area amministrativo	424	588	285	178	47	107	24
<b>TOTALE</b>	<b>4.204</b>	<b>6.021</b>	<b>2.079</b>	<b>1.720</b>	<b>340</b>	<b>1.181</b>	<b>199</b>

*\*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 congruenza con lo standard dell'Azienda calcolato ai sensi della DGRC 190/2023 come è agevole ricavare dalle colonne fabbisogno azienda 2022-2024 e fabbisogno nel rispetto del tetto di spesa.

**Il Direttore UOC GRU  
Dott. Giuseppe Esposito**