

DECRETO MINISTERIALE 13 settembre 1988
«Determinazione degli standards del personale ospedaliero».

(G.U. 24 settembre 1988, n. 225)

IL MINISTRO DELLA SANITÀ

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 standards di personale ospedaliero per posto letto e tipologia di ospedali, previo parere del consiglio sanitario nazionale e sentite le organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative, nonché l'art. 2 sulla rideterminazione dei posti letto e delle piante organiche;

visto l'art. 10 della legge 23 ottobre 1985, n. 595, recante disposizioni in materia di organizzazione degli ospedali e, in particolare, il comma 1 che fissa i parametri tendenziali per l'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 standards 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 l'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 decreti del presidente della Repubblica n. 128 e n. 129 del 27 marzo 1969, sulle quali hanno inciso innovativamente le leggi 23 dicembre 1978, n. 833 e 3 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 1978, 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 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:

Art. 1. — *Norme per la rideterminazione dei posti letto.* — Ai fini dell'attuazione delle disposizioni contenute all'art. 2 del decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, convertito, con modificazioni, nella legge 8 aprile 1988, n. 109, le unità sanitarie locali formulano proposte alle regioni o province autonome entro il termine perentorio di sessanta giorni dall'entrata in vigore del presente decreto, sulla base dei criteri di seguito specificati. Nel formulare le proposte, le unità sanitarie locali debbono tenere conto anche dei parametri tendenziali della legge 23 ottobre 1985, n. 595 (1), richiamati dalla legge 8 aprile 1988, n. 109. Le proposte delle unità sanitarie locali debbono riguardare preliminarmente la riorganizzazione dei presidi ospedalieri, con la definizione dei posti letto necessari per assicurare, al tasso di specializzazione prescritto e per degenze medie nella norma, l'utilizzazione media non inferiore al 70-75% e, in via conseguente, la rideterminazione degli organici rapportati alla nuova organizzazione.

Le regioni e le province autonome decidono, anche in assenza di proposte da parte delle unità sanitarie locali, entro il termine perentorio dei successivi novanta giorni. Il relativo provvedimento deve preliminarmente definire la riorganizzazione dei presidi ospedalieri e in successione conseguente la dotazione organica del personale, in complesso regionale e per singolo presidio ospedaliero. In mancanza di definizione da parte delle U.S.S.L. o delle regioni e province autonome entro i termini sopraindicati, o in caso di applicazione non conforme alle norme di cui al presente decreto, si procede agli adempimenti per l'esecuzione degli atti sostitutivi, ai sensi dell'art. 2, comma 3, della legge n. 109 del 1988.

Nella rideterminazione del numero dei posti letto di dotazione regionale, resta fermo il parametro di 6,5 posti letto per mille abitanti, di cui almeno l'1 per mille riservato alla riabilitazione, previsto dall'art. 10 della legge 23 ottobre 1985, n. 595 (1); sono esclusi dal computo i posti letto che residuano negli ex ospedali psichiatrici in quanto posti letto ad esaurimento ai sensi dell'art. 64 della legge 23 dicembre 1978, n.833 (2).

Ai fini della riorganizzazione dei presidi ospedalieri, le regioni e province autonome debbono programmare la disattivazione, entro il termine massimo di due anni, dei presidi con meno di centoventi posti letto, tenuto conto, che al di sotto di tale limite l'attività ospedaliera, con riferimento agli standards stabiliti dal presente decreto, risulta economicamente improduttiva.

(1) Sta in S. I.3.

(2) Sta in S. I.1.

va e funzionalmente carente. Qualora le strutture edilizie lo consentano, i presidi disattivati possono eventualmente essere riconvertiti in strutture di riabilitazione o in residenze sanitarie assistenziali per anziani e disabili non autosufficienti ai sensi dell'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67, o, ove vi sia mancanza, in poliambulatori o in presidi sanitari interdistrettuali operanti a ciclo diurno.

Nelle regioni e province autonome con una dotazione complessiva di posti letto per acuti inferiore allo standard del 5,5 per mille, il termine entro cui deve essere attuata la disattivazione e la riconversione dei presidi ospedalieri con meno di centoventi posti letto è fissato in cinque anni, in corrispondenza con la ristrutturazione e l'espansione delle specialità ospedaliere mancanti, da realizzare con i finanziamenti del piano straordinario di investimenti di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (1).

Solo in zone particolarmente disagiate, obiettivamente verificabili sulla base di indicatori di accessibilità, le regioni e le province autonome possono derogare al principio di cui al precedente comma 4, ai sensi dell'art. 2, comma 2, lettera b), della legge n. 109 del 1988. Il provvedimento di deroga deve essere sottoposto al ministro della sanità che decide, sentito il consiglio sanitario nazionale, entro il termine perentorio di sessanta giorni, scaduto il quale il provvedimento si intende accolto. Le regioni e le province autonome si adeguano all'eventuale difforme indicazione del ministro della sanità entro il termine perentorio di sessanta giorni dalla relativa notificazione. In caso di omissione, si procede agli adempimenti per l'esecuzione degli atti sostitutivi, ai sensi dell'art. 2, comma 3, della legge n. 109 del 1988.

Nel provvedimento di riorganizzazione dei presidi ospedalieri che precede la rideterminazione delle piante organiche del personale, le regioni e le province autonome debbono, altresì, indicare:

a) le strutture che, in rapporto al grado di utilizzazione, attuale o prevedibile per effetto del provvedimento stesso, debbono essere parzialmente disattivate per ricondurne il livello di produttività entro i valori parametrici prescritti, o che debbono essere totalmente disattivate, concentrandone l'attività presso altro presidio ospedaliero, in quanto presentano valori di utilizzazione tanto bassi da pregiudicare non solo la conduzione economica delle strutture stesse, ma anche la stessa funzionalità sanitaria per i cittadini che debbono servirsene. Valgono anche in questo caso le eccezioni e le procedure previste dal precedente comma 6;

b) il potenziamento della dotazione di posti letto delle strutture sovrautilizzate o con attese superiori a quindici giorni;

c) l'attivazione di strutture mancanti relative a specialità non presenti nell'ambito regionale, o presenti in misura inadeguata, nel quadro del fabbisogno soddisfatto con la mobilità ospedaliera extraregionale o internazionale, ed entro i limiti dei parametri tendenziali di cui alla legge 23 ottobre 1985, n. 595 (1). Tale attivazione va realizzata per trasformazione di strutture in disattivazione ai sensi della precedente lettera a) o per nuova realizzazione nell'ambito del piano straordinario di investimenti di cui all'art. 20 della legge 11 marzo 1988, n. 67 (1);

d) la destinazione di appositi spazi all'esercizio della libera professione intramuraria dei medici ospedalieri, in ottemperanza agli impegni contenuti nel vigente contratto di lavoro;

e) la destinazione di appositi spazi alle attività assistenziali a ciclo diurno, favorendone l'aggregazione alle unità operative

di degenza e considerando i posti letto di ospedale diurno come posti letto equivalenti a quelli di degenza ai fini del rispetto dei parametri di dotazione previsti dalla legge 23 ottobre 1985, n. 595 (1). Nelle regioni e province autonome con uno standard di dotazione di posti letto complessivamente superiore al 6,5 per mille di posti letto è consentito, per un periodo massimo di due anni, di calcolare i posti letto di ospedale diurno come aggiuntivi rispetto a quelli delle unità operative di degenza, fermi restando la base di calcolo della dotazione di personale limitata ai soli posti di degenza e l'obbligo del rispetto del tasso di utilizzazione di questi ultimi nella misura media annua del 70-75% (2 bis).

Art. 2. — Indirizzi organizzativi. — Nell'affrontare la riorganizzazione ospedaliera le unità sanitarie locali, le regioni e le province autonome debbono ispirarsi ai seguenti indirizzi:

a) la riorganizzazione ospedaliera, pur dovendo essere decisa prioritariamente ai sensi della legge n. 109 del 1988, va considerata come momento inscindibile del generale ed unitario disegno di riforma dei servizi sanitari, che coinvolge i servizi di prevenzione collettiva, quelli di assistenza primaria, quelli specialistici e di ospedale diurno extraospedalieri e quelli paraospedalieri delle residenze sanitarie assistenziali. Pertanto le soluzioni da assumere per gli ospedali debbono essere coerenti con il quadro generale di riferimento e debbono favorire le connessioni funzionali con i servizi extraospedalieri e con i servizi sociali operanti nel territorio, specie per quanto attiene i progetti obiettivo indicati dalla legge 23 ottobre 1985, n. 595 (1) e particolarmente l'assistenza agli anziani non autosufficienti, ai disabili, ai malati di mente, ai tossicodipendenti e l'assistenza materno-infantile;

b) analogamente, la pianta organica delle strutture ospedaliere va concepita e strutturata come parte costituente dell'unitaria pianta organica dell'unità sanitaria locale;

c) la riorganizzazione dei presidi ospedalieri deve essere colta come l'occasione per far compiere un deciso passo in avanti al processo delle aggregazioni funzionali di tipo dipartimentale, deve servire ad incrementare l'integrazione multidisciplinare nelle attività assistenziali e consentire l'utilizzazione in comune di attrezzature di tecnologia avanzata e del personale tecnico ad esse preposto. Inoltre, l'organizzazione per aree omogenee, così come prevista dall'art. 10, comma 2, lettera a), della legge 23 ottobre 1985, n. 595 (1), e la sperimentazione dei dipartimenti possono agevolare un uso più flessibile delle disponibilità di ricovero e del personale di assistenza sanitaria ed accrescere l'attitudine del personale al lavoro di gruppo;

d) la riorganizzazione dei servizi dei presidi ospedalieri, accompagnata dalla rideterminazione del personale da impiegare in essi, deve consentire il potenziamento delle attività diagnostiche e di accertamento strumentale almeno su due turni giornalieri, l'utilizzo delle grandi attrezzature diagnostiche e terapeutiche per un minimo di dodici ore giornaliere, l'attiva-

(2 bis) La Corte Costituzionale, con sentenza n. 338 del 13-15 giugno 1989, ha dichiarato che non spetta allo Stato adottare con il decreto del Ministro della Sanità sopra indicato le disposizioni contenute nell'art. 1, secondo comma, limitatamente all'inciso «o in caso di applicazione non conforme alle norme di cui al presente decreto», nonché commi quarto, quinto, sesto e settimo; nell'art. 2 commi primo, secondo e terzo, limitatamente agli ultimi due periodi; nell'art. 6, commi secondo, terzo, quarto, quinto e settimo; e, conseguentemente, annulla le suddette disposizioni.

zione delle camere operatorie per non meno di cinque giorni la settimana e, ove occorra, la turnazione antimeridiana e pomeridiana, con conseguente e documentabile riduzione ad un massimo di quindici giorni dei periodi di attesa nonché la contrazione delle durate medie di degenza. La durata media dei periodi di attesa per ciascuna divisione ospedaliera va rilevata mediante l'attivazione di appositi flussi informativi;

e) per le connessioni indicate nelle lettere precedenti e configurandosi il presente decreto come una anticipazione del piano sanitario nazionale, l'occasione della riorganizzazione dei presidi ospedalieri va colta come incentivo ad accelerare i processi di programmazione sanitaria regionale e locale. In ogni caso va assunto come criterio di guida fondamentale per la gestione del servizio sanitario a tutti i livelli territoriali quello della flessibilità organizzativa orientata al soddisfacimento delle esigenze della domanda reale. L'applicazione del principio comporta che tutti i provvedimenti afferenti l'organizzazione di servizi o l'assegnazione di risorse per attività particolari debbono farsi carico di documentare, in quantità e qualità, il bisogno assistenziale cui i servizi e le attività di merito intendono dare risposta e di valutare preventivamente il rapporto tra i costi e i benefici che ne possono derivare, utilizzando le stesse indicazioni a posteriori per la verifica di gestione dei risultati conseguiti (2 bis).

La riorganizzazione dei presidi ospedalieri va, altresì, utilizzata come occasione per promuovere alcune innovazioni che, senza costi aggiuntivi, permettono di accrescere la qualità dell'assistenza sanitaria e di conferire maggiore professionalità agli atti tecnici assistenziali. Le innovazioni da promuovere riguardano:

a) la generale attivazione in tutti i presidi dei gruppi di lavoro di verifica e revisione della qualità assistenziale, previsti dall'art. 119 del contratto unico di lavoro approvato con decreto del presidente della Repubblica 20 maggio 1987, n. 270 (3);

b) l'istituzione del comitato ospedaliero per le infezioni nosocomiali;

c) l'istituzione della commissione farmaci, con funzioni di razionalizzazione dell'approvvigionamento e dei consumi farmaceutici;

d) il potenziamento delle attività di anatomia patologica e di riscontro autoptico e l'istituzione di conferenze clinico-patologiche periodiche come momento di valutazione dell'attività svolta e occasione di formazione permanente del personale medico;

e) l'istituzione di riunioni periodiche di reparto per l'esame delle procedure di accettazione e per la verifica dell'esatta compilazione delle cartelle cliniche e delle schede nosologiche di dimissione, in vista dell'adozione dei DRG's come tecnica di valutazione della produttività delle singole strutture di degenza;

f) l'istituzione di riunioni periodiche dei responsabili di reparto per discutere i più rilevanti problemi assistenziali e organizzativi e adottare le misure occorrenti per accrescere l'efficienza dei servizi e l'efficacia delle attività assistenziali (2 bis).

Le regioni e le province autonome decidono in materia di riorganizzazione dei presidi ospedalieri e di rideterminazione delle piante organiche anche a stralcio dei piani sanitari regionali o in difformità da quelli vigenti, in forza del disposto del-

l'art. 2 della legge n. 109 del 1988. I piani sanitari regionali, a loro volta, debbono conformarsi alle indicazioni di detta legge, e a quelle del presente decreto, entro il termine di centottanta giorni. In caso di mancata decisione da parte delle regioni e delle province autonome entro il termine sopraindicato, il ministro della sanità procede agli adempimenti per l'esecuzione degli atti sostitutivi, ai sensi dell'art. 2, comma 3, del decreto-legge 8 febbraio 1988, n. 27, come convertito, con modificazioni, dalla legge n. 109 del 1988 (2 bis).

Art. 3. — Unità operative di degenza. — Gli standards di personale da applicarsi ai fini della revisione degli organici dei presidi ospedalieri a gestione diretta sono relativi alle funzioni assistenziali proprie del 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.

Gli standards sono stabiliti con riferimento a moduli organizzativi tipo che, ad un tasso medio annuo di utilizzazione non inferiore al 70-75% — eccezion 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.

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 parametrica 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 operative potendo queste ultime essere costituite dall'aggregazione di più moduli, secondo le indicazioni programatorie 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.

Gli standards di cui al presente decreto si riferiscono a personale utilizzato a tempo pieno.

Gli standards del personale delle unità operative di degenza dei presidi ospedalieri a gestione diretta sono stabiliti come segue:

A. Terapia intensiva e subintensiva

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 secondo livello e con attività ulteriori

(3) Sta in questa stessa voce.

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 e all'intensità delle attività ulteriori, dandone motivata esplicitazione nel provvedimento di fissazione della pianta organica.

A.2 Terapia subintensiva (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 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:

- cardiologia;
- ematologia con trapianto;
- nefrologia con trapianto ed emodialisi;
- neurochirurgia;
- neonatalogia (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 standards 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 dei servizi di salute mentale, e di quelli residenziali e semiresidenziali di terapia e risocializzazione:

per un modulo tipo di 16 posti letto:

unità di personale medico: 8, con 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 a trecentosessanta giorni per i tetraplegici e di centottanta per i paraplegici e per cicli annuali di riammissione di durata media non superiore a trenta giorni all'anno.

Data la complessità dei trattamenti da praticare, l'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, neurochirurgica, generale), la ginecologia e, a condizione di necessità, la fisioterapia 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 con incremento di una unità di personale nell'organico dell'unità operativa di appartenenza, da coprire con la maggiorazione di personale laureato di cui al successivo art. 4, comma 1, lettera 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 integrato con la presenza di almeno uno psicologo e un 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 tipo 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 e astanteria;
medicina generale e 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 20 posti letto:
unità di personale medico:
nelle specialità chirurgiche: 3;
nelle specialità mediche: 3;
unità di personale infermieristico: 12.

D.6 Geriatria.

Le unità operative di geriatria sono da riferire esclusivamente ai degenti ultrasessantacinquenni ad alto rischio di invalidità o non autosufficienti e limitatamente alla fase acuta dei trattamenti. L'unità operativa geriatica svolge anche il compito di unità valutaria per le strategie assistenziali agli anziani nelle attività extraospedaliere (residenziali, attività a ciclo diurno territoriali, ambulatoriali, domiciliari).

Dato il rischio di invalidità o la condizione di non autosufficienza, l'organico delle unità operative geriatiche prevede, altresì, per ogni modulo tipo:
unità di personale di riabilitazione: 6.

D.7 Odontostomatologia.

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.

Per le attività svolte mediante poltrone di odontostomatologia, sono da riferire all'attività propria del presidio ospedaliero quelle relative a prestazioni di secondo 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 5 medici e 6 infermieri utilizzato a non meno del 60% del tempo teorico di attività.

Le attività svolte nelle poltrone odontostomatologiche al di fuori delle ipotesi indicate al precedente punto D.7.2 sono da considerare normali attività poliambulatoriali, 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 complesse ad elevato impegno professionale, quali l'endoscopia, le attività di fisiopatologia respiratoria e simili, l'organico deve comprendere altresì, per ogni modulo tipo:

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

E. Riabilitazione

Sono comprese nella funzione di riabilitazione sia le attività di riabilitazione intensiva, quali la neuroriabilitazione, 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 pre-

viste dall'art. 26 della legge 23 dicembre 1978, n. 833 (2), la riabilitazione protesica, i trattamenti protratti post-acute, 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 standards 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: 4;
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. Lungodegenza

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 lungodegenza limitatamente alla fase di convalescenza, di primo trattamento di rieducazione funzionale o di fase terminale. Gli standards 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 abbinabili a 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 spedalizzazione domiciliare o di assistenza domiciliare integrata.

F.3 La riorganizzazione degli ospedali deve farsi carico di assegnare alla funzione 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 lungodegenza possono essere localizzati attigualmente agli spazi destinati alla funzione assistenziale per acuti cui afferisce la patologia principale stabilizzata oppure essere concentrati in un'apposita unità operativa polifunzionale. Nel primo caso i posti letto della funzione di lungodegenza fanno capo al primario della divisione per acuti, dispongono di un organico distinto secondo gli standards sottospecificati 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 extraospedaliere o vengano attivate forme adeguate di spedalizzazione domiciliare integrata o di assistenza domiciliare integrata — nell'ambito dei progetti obiettivi 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 U.S.S.L. o con integrazioni di organico cui far fronte con le maggiorazioni di cui al successivo art. 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 altre attività di mantenimento e socializzazione: secondo le esigenze, ad accesso dal servizio psichiatrico territoriale o dalla U.S.S.L., oppure con integrazioni di organico cui far fronte con le 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 prima 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, che, 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 tipo 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 arrotondamenti in difetto data la minore economicità del sottomultiplo stesso.

Art. 4. — Servizi ospedalieri. — Per i servizi di diagnosi e cura, igienico-organizzativi e generali del presidio ospedaliero, le dotazioni organiche di personale determinate in applicazione degli standards di cui al precedente 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 standards 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 standards di cui all'art. 3.

B. Farmacisti

Per le funzioni di organizzazione e gestione 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 delle prestazioni farmaceutica in ospedale da realizzare all'interno dei gruppi di lavoro di presidio di cui all'art. 119 del decreto del presidente della Repubblica 20 maggio 1987, n. 270;

unità di personale farmacista: 3 per presidio come dotazione complessiva regionale, con oscillazione 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 or-

ganica complessiva di personale infermieristico risultante dall'applicazione degli standards 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 dei servizi infermieristici, da realizzare all'interno dei gruppi di lavoro di presidio di cui all'art. 119 del decreto del presidente della Repubblica 20 maggio 1987, n. 270, e della promozione e coordinamento della formazione permanente del personale infermieristico.

Nella maggiorazione sono comprese, altresì, le 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 standards 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 standards 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 subintensiva:

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 standards 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 del presidio: fino ad un massimo del 15% della dotazione organica complessiva risul-

tante dall'applicazione degli standards di cui ai commi ed articoli precedenti.

G. Personale amministrativo

La funzione amministrativa dei presidi ospedalieri è parte integrante della funzione amministrativa generale della U.S.S.L. il personale incaricato dello svolgimento di tale funzione dentro i presidi ospedalieri è assegnato dall'ufficio di direzione della U.S.S.L. 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 5% della dotazione organica complessiva risultante dall'applicazione degli standards 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 1 unità ogni 300 posti letto oltre i primi 300.

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

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 costi-benefici che la soluzione presenta rispetto alla gestione diretta, anche con riferimento all'impiego di tecnologie avanzate e deve contestualmente indicare i riflessi sugli organici del personale ai sensi del precedente comma 2.

Art. 5. — Istituzioni convenzionate obbligatoriamente. — Gli standards di cui al presente decreto sono assunti come riferimento per l'individuazione della dotazione di personale nei rapporti con gli istituti di 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 (2) e con le case di cura riconosciute quale presidio dell'unità sanitaria locale ai sensi dell'art. 43 della stessa legge n. 833 del 1978 (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 maggiorazioni di organico. In sede di controllo di merito delle deliberazioni assunte in materia dai singoli istituti, ai sensi de-

gli artt. 16 e 18 del decreto del presidente della Repubblica 31 luglio 1980, n. 617 (2), si tiene conto della particolare strutturazione funzionale e del livello di produzione scientifica di ciascuno di essi. Ai fini della determinazione delle maggiorazioni di organico per le funzioni di ricerca degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico privati si fa riferimento alle maggiorazioni stabilite per gli istituti pubblici di corrispondente rilevanza.

Art. 6. — Attuazione del provvedimento. — Gli standards 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.

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

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 (2 bis).

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 art. 1, comma 2, rendendo indisponibili i posti letto eccedenti e ponendo in soprannumero il personale esuberante (2 bis).

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

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 (2 bis).

Va favorita, dove ne esistano 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.

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 (2 bis).

Art. 7. — Entrata in vigore. — Il presente decreto entra in vigore il giorno stesso della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana.