

Definizione dei valori minimi di riferimento per il personale dirigente medico - Documento metodologico generale-**PREMESSA**

Per quanto riguarda la determinazione delle dotazioni di personale sanitario, l'atto di indirizzo e coordinamento che fissa i requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi minimi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private, approvato con DPR 14 gennaio 1997, fornisce indicazioni generiche (limitandosi ad affermare che "la dotazione di personale deve essere rapportata al volume ed alla tipologia delle prestazioni erogate").

Il Decreto del Ministero della Sanità del 13 Settembre 1988, che aveva per oggetto la determinazione degli standard di personale dei presidi ospedalieri, risulta superato oltre che dalla dimensione organizzativa anche dall'evoluzione normativa soprattutto perché è prerogativa esclusiva delle Regioni disciplinare con proprie leggi l'articolazione territoriale e l'organizzazione interna dei servizi sanitari.

Il Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera" non prevede specifici standard per quanto riguarda il personale di assistenza.

Il recepimento di queste normative da parte della regione dovrebbe disciplinare la definizione puntuale dei requisiti - in particolare organizzativi e di personale - per l'accreditamento istituzionale.

La Regione del Veneto con propria Legge 16 agosto 2002, n. 22, "Autorizzazione e Accredimento delle strutture sanitarie, socio sanitarie e sociali" ha disciplinato la materia dell'accreditamento, approvando il manuale delle procedure e prevedendone l'attuazione con D.G.R. n. 2501 del 6/8/2004, successivamente integrata con ulteriori atti tesi a definire specifici requisiti in relazione a particolari tipologie di strutture.

I provvedimenti sopra richiamati si inseriscono nel processo di attuazione dell'art. 8, del D.Lgs. 30 Dicembre 1992, n.502 e s.m.i. e del DPR 14 gennaio 1997 sopra citato, che prevedono la definizione dei requisiti strutturali, tecnologici e organizzativi minimi richiesti per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private e la periodicità dei controlli sulla permanenza dei requisiti stessi.

La Regione ha nel tempo emanato atti di indirizzo diretti a definire specifici requisiti in relazione a particolari tipologie di strutture tra i quali:

- DGR n. 84/2007 (area strutture sociosanitarie e sociali);
- DGR n. 1616/2008 (salute mentale);
- DGR n.1533/2011 (età evolutiva);
- DGR n. 2337/2011 (sanità penitenziaria).

Il nuovo PSSR, approvato con L.R. n.23/2012, ha peraltro, individuato quali scelte strategiche della programmazione regionale le linee di indirizzo di seguito riportate:

- ✓ confermare e consolidare l'integrazione socio-sanitaria, che costituisce l'elemento distintivo del SSSR veneto e che si fonda sul ruolo svolto dai comuni e dal distretto socio-sanitario;
- ✓ potenziare l'assistenza territoriale, consolidando il ruolo del distretto socio-sanitario, ridisegnando la rete territoriale sulla scorta di una filiera dell'assistenza in grado di garantire un sistema di cure gradualità;

- ✓ completare il processo di razionalizzazione della rete ospedaliera, delineando reti cliniche funzionali ed estendendo modelli ospedalieri in cui la degenza sia definita in base alla similarità dei bisogni (complessità assistenziale e intensità di cura richiesta);
- ✓ assumere iniziative per favorire un impiego appropriato delle risorse professionali, ridefinendo modelli operativi, standard e parametri con cui misurare l'organizzazione del lavoro ed il conseguente fabbisogno di personale.

Anche a livello nazionale si manifesta la necessità di determinare il fabbisogno di personale in relazione alle esigenze di programmazione regionale. In questo senso, il combinato disposto del D.M. 70/2015 e dell'art. 1 comma 541 della legge di stabilità 2016, attribuisce alle Regioni il compito di determinare il fabbisogno di personale commisurato alle misure programmatiche in materia sanitaria.

Il processo di determinazione del fabbisogno di personale deve comunque essere inteso come un processo virtuoso, in continua evoluzione, adattabile alle esigenze di salute dei cittadini, così come la programmazione socio sanitaria regionale deve essere uno strumento duttile rispetto alle nuove esigenze.

La Regione del Veneto, con DGR 610/2014 ha definito valori minimi di riferimento per il personale infermieristico e di supporto operativo nelle aree di degenza. Nell'ottica di completare il percorso di individuazione di valori minimi, per permettere un confronto e un benchmark tra le strutture del servizio sanitario regionale, sono stati attivati tavoli per la definizione del fabbisogno minimo di operatori delle diverse categorie professionali nelle aree di Pronto Soccorso e Radiologia.

In questo contesto di riferimento si manifesta, la necessità di individuare valori minimi di riferimento per il personale dirigente medico dei presidi della Regione.

Si ritiene di dover esplicitare ulteriori elementi tesi alla "misurazione" dei livelli assistenziali con riferimento alle specifiche figure professionali del personale dirigente medico, operante presso le strutture ospedaliere della Regione del Veneto, legandolo al ruolo e alla mission delle singole strutture ospedaliere e quindi alla programmazione regionale.

CARATTERISTICHE DELL'ORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA DEL VENETO

La rete ospedaliera del Veneto, all'interno della quale operano sia strutture pubbliche che private accreditate, così come configurata dal P.S.S.R. Veneto vigente e dalla DGR 2122/2013, è articolata secondo il modello hub e spoke.

Il primo livello è costituito dagli "ospedali hub" e corrisponde a quelli presenti nei sette capoluoghi di provincia; esercita una azione centripeta sui flussi dei ricoveri.

Il secondo è costituito dagli: "ospedali spoke" e fanno parte di questo 34 presidi ospedalieri distribuiti nel territorio regionale ed non necessariamente presso i capoluoghi di provincia; esercita invece una azione centrifuga sui flussi di ricoveri verso gli ospedali hub.

Gli spoke sono poi suddivisi nei seguenti 2 sottolivelli, in base alla dimensione del bacino di utenza, alla dotazione di reparti e servizi specialistici ed alla dotazione di posti letto:

- "Presidi ospedalieri di rete" con bacino di utenza mediamente sub provinciale, in buona parte con dotazione di reparti e servizi specialistici a bassa e media complessità; ne fanno parte 17 presidi pubblici, di cui 7 su due sedi ospedaliere (pertanto 24 ospedali) e 3 privati (complessivamente 27).
- "Ospedali nodo di rete" con bacini di utenza zonali, con dotazione di reparti e servizi specialistici di base, a bassa complessità; ne fanno parte 17 ospedali.

DETERMINAZIONE DEL FABBISOGNO DI PERSONALE DIRIGENTE MEDICO

Tenendo conto dell'assetto organizzativo scaturente dal nuovo piano di rimodulazione della rete ospedaliera, delle previsioni della riforma del SSR e dei conseguenti provvedimenti attuativi, dei vincoli derivanti dagli obiettivi di finanza pubblica e degli effetti delle misure di contenimento e riduzione della spesa, la Regione del Veneto ritiene prioritario definire dei valori minimi di riferimento per il personale dirigente medico operativo nelle strutture regionali. Le linee di indirizzo regionale per la definizione dei valori minimi di riferimento per il personale Dirigente Medico, hanno lo scopo di individuare principi e criteri univoci omogenei che, pur nell'ambito delle specifiche peculiarità delle singole aziende, garantiscano una base comune e un riferimento applicativo per ogni funzione e ruolo.

In tal senso nel presente documento sono stati individuati parametri organizzativi minimi, da considerarsi valori tendenziali, da adeguarsi in relazione alle specifiche tipicità aziendali tenendo conto delle peculiarità delle strutture e alla funzione loro attribuita dalla programmazione regionale.

Lo scenario organizzativo/assistenziale è in continua evoluzione e ne consegue che la definizione delle dotazioni di personale medico necessarie a garantire adeguati e appropriati livelli assistenziali secondo standard qualitativi definiti, rappresenta uno degli elementi strategici nel dominio della programmazione sociosanitaria regionale.

La definizione dei valori minimi di riferimento potrà quindi consentire sia a livello delle singole aziende, che a livello programmatico, la valutazione della corretta allocazione/distribuzione delle risorse umane rispetto ai citati valori, definendo "de facto" una *baseline* di riferimento regionale.

Il sistema sanitario regionale è, inoltre, complesso per natura e la situazione di ogni presidio ospedaliero è frutto di scelte organizzativo-gestionali, logistiche e di efficacia organizzativa.

E' necessario tener presente che i parametri presentati in questo documento devono necessariamente essere utilizzati in modo ragionato nei confronti di presidi ospedalieri esistenti, partendo dal loro ruolo nella rete ospedaliera in cui sono inseriti e identificando scelte compatibili con un periodo temporale medio lungo.

Per la definizione dei valori di riferimento, gli attuali modelli descritti in letteratura ed utilizzati in contesti nazionali nonché internazionali si sono dimostrati, per molteplici motivi, difficilmente implementabili nel contesto assistenziale ed organizzativo della Regione del Veneto.

Si rende pertanto necessario individuare un modello che si regga in considerazione delle peculiarità del "sistema salute" veneto, tenendo conto delle esigenze programmatiche e della mission delle singole strutture.

Gli step principali di sviluppo del progetto sono i seguenti:

- definizione al livello regionale di modelli organizzativi standard specifici per le attività sanitarie
- indagine conoscitiva rivolta a tutte le aziende sanitarie venete
- confronto al livello regionale
- analisi e valutazione delle discordanze
- individuazione conclusiva dei bisogni certi di personale, nel rispetto del D. Lgs. 66/2003 e dei principi di sicurezza organizzazione e clinica

La valutazione della dotazione rispetto al modello dovrà tenere in considerazione molteplici variabili clinico-organizzative che incidono sulle attività assistenziali del personale medico.

L'attuazione del piano di rimodulazione ospedaliera e l'eventuale modifica delle schede ospedaliere in attuazione del DM 70/2015 potrebbe modificare ulteriormente la rete socio sanitaria veneta e far emergere diverse necessità in termini

di consistenza e profili professionali in relazione alle funzioni attribuite alle strutture ospedaliere dalla programmazione regionale.

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 definizione dei valori minimi di riferimento è stata effettuata un'analisi tecnico organizzativa, in modo da individuare un fabbisogno minimo di personale necessario al funzionamento delle singole unità operative.

Per la determinazione del fabbisogno sono state considerate le attività che le singole unità operative sono tenute a prestare in relazione al loro ruolo nella realtà regionale di riferimento.

Per la determinazione del fabbisogno di personale medico è, altresì, necessario tener conto di tutte le attività che i medici ospedalieri svolgono nelle singole unità operative: continuità clinica per i ricoverati, attività cliniche ordinarie, attività chirurgiche strumentali in urgenza ed elezione, consulenza specialistica per i pazienti ricoverati in altri reparti, degenza ordinaria e diurna, attività ambulatoriale, consulenze da pronto soccorso, attività di formazione continua. Di tutte queste attività, necessarie a garantire il corretto funzionamento dell'unità operativa e del presidio nel suo complesso, si deve tener conto nella determinazione del fabbisogno.

I diversi modelli organizzativi in essere presso le aziende, le diverse caratteristiche logistico-organizzative, comportano una diversa pianificazione delle attività nei singoli presidi. Il modello deve necessariamente individuare un "modello minimo" di riferimento, rappresentativo del modo di operare dei presidi simili dal punto di vista quali-quantitativo. Si parte, quindi, da un processo di definizione delle condizioni organizzative minime, per la realizzazione delle attività previste per una determinata unità operativa.

Si manifesta, pertanto, la necessità di individuare dei "modelli organizzativi" che presentino caratteristiche comuni e che possano essere confrontabili dal punto di vista del fabbisogno e della relativa organizzazione del personale, in modo da poter effettuare un benchmark delle strutture, compatibile con il ruolo dell'ospedale nella programmazione regionale: hub, spoke o nodo di rete.

Negli ospedali con caratteristiche simili si manifestano dinamiche organizzative analoghe. Questo tipo di omogeneizzazione dell'offerta di salute viene utilizzata meramente per valutazioni di carattere organizzativo legate al fabbisogno di personale e permette una standardizzazione dei modelli utilizzati. Per l'analisi dei modelli organizzativi il gruppo di lavoro ha scelto di studiare in primis l'organizzazione degli ospedali spoke a una sede, presentanti caratteristiche omogenee in termini di dotazione di personale e attività erogata.

Oltre ai valori minimi così definiti, nella valutazione complessiva della dotazione medica necessaria allo svolgimento delle attività riconosciute dalla programmazione, sarà necessario tener conto di:

- Funzione attribuita dalla programmazione al presidio o ad attività specifiche;
- Tipologia dell'ospedale: ospedale Hub, presidio ospedaliero di rete, ospedale nodo di rete;
- Logistica della Struttura (es. articolazione di più sedi).

In particolare, con riferimento ai presidi di rete articolati su due sedi, per determinate specialità presenti in entrambe le sedi, potrà essere valutato un fabbisogno di personale aggiuntivo in relazione alle caratteristiche specifiche della struttura e al grado di attuazione di quanto previsto dalla programmazione regionale.

In questo contesto, per il lavoro in oggetto e tenuto conto del modello di ospedale di riferimento si è ritenuto di analizzare i modelli organizzativi delle singole unità operative. L'analisi del modello organizzativo passa necessariamente attraverso l'analisi del turno del personale medico in servizio presso una determinata unità operativa.

Ne deriva, di conseguenza, una stretta correlazione tra modello organizzativo, piano di lavoro attuato e risultati quali-quantitativi realizzati. Vengono, così determinati dei valori minimi di processo cui tendere.

Nella valutazione del rispetto dei valori minimi si dovrà tener conto di una serie di elementi:

- la tipologia e le attività prodotte
- i piani di lavoro utilizzati per la produzione delle suddette attività
- i volumi prestazionali
- le eventuali criticità riscontrate
- i modelli organizzativi "standard" di riferimento per quella disciplina o area
- la previsione quali-quantitativa di attività in ottica di medio lungo periodo

Nella determinazione del modello è dunque necessario individuare dei valori minimi di riferimento rispondenti a principi base di efficienza, efficacia e sicurezza. Per lo stesso motivo, diventa indispensabile un processo di elaborazione e monitoraggio continuo in modo da adattare i fabbisogni alle esigenze di sistema.

La dotazione del presidio sarà determinata tenendo conto sia dell'articolazione aziendale minima che del suo ruolo nel contesto aziendale e regionale di riferimento.

A seconda della tipologia di ospedale considerato, della sua attività, i valori minimi di riferimento devono essere correttamente interpretati, anche in considerazione di aggregazioni funzionali di attività in ragione di un numero modesto di posti letto.

I valori minimi di riferimento del personale medico devono essere intesi, inoltre, valore di confronto del personale medico complessivamente impiegato nella struttura indipendentemente dalla tipologia contrattuale che regola il rapporto di lavoro.

DEFINIZIONI

Le linee di indirizzo rispetto all'orario di lavoro della dirigenza medica sono state adottate con DGR 2464/2006, la quale ha chiaramente individuato le tipologie di orario di lavoro stabilite contrattualmente, le quali sono:

- ✓ **orario di lavoro ordinario:** utilizzato per la programmazione dell'attività ordinaria, tenuto conto di tutte le tipologie di assenze contrattualmente e normativamente garantite ai dirigenti
- ✓ **orario aggiuntivo** non va utilizzato per la programmazione ordinaria delle attività, è destinato a far fronte al servizio collegato alla pronta disponibilità, ad esigenze e criticità non programmate e per il servizio di guardia medica, come previsto nell'Accordo siglato con le OO.SS. in data 01 Giugno 2006
- ✓ **orario negoziato** per il raggiungimento degli obiettivi prestazionali eccedenti l'orario dovuto
- ✓ **orario previsto** pari ad un massimo di 26 ore annue ovvero 30 minuti settimanali delle 4 ore che le Aziende possono richiedere al dirigente per contribuire alla riduzione delle liste di attesa ovvero per il perseguimento di obiettivi assistenziali e di prevenzione.
- ✓ **orario aggiuntivo acquisito per turni di guardia** le aziende possono richiedere nell'ambito del percorso di budget l'effettuazione di turni da retribuire
- ✓ **orario aggiuntivo acquisito** rappresenta una ulteriore modalità per acquisire prestazioni secondo le modalità, procedure e condizioni previste dall'art.55 CCNL 8.6.2000 come sopraindicate
- ✓ **lavoro a turno:** qualsiasi metodo di organizzazione del lavoro anche a squadre in base al quale dei lavoratori siano successivamente occupati negli stessi posti di lavoro, secondo un determinato ritmo, compreso il ritmo rotativo, che può essere di tipo continuo o discontinuo, e il quale comporti la necessità per i lavoratori di compiere un lavoro a ore differenti su un periodo determinato di giorni o di settimane
- ✓ **pronta disponibilità** caratterizzato dalla immediata reperibilità del dirigente e dall'obbligo per lo stesso di raggiungere il presidio nel tempo stabilito, previa concertazione con le organizzazioni sindacali
- ✓ **pronta disponibilità integrativa e sostitutiva dei servizi di guardia** Il servizio di pronta disponibilità è limitato ai soli periodi notturni e festivi, può essere sostitutivo ed integrativo dei servizi di guardia ed è organizzato utilizzando dirigenti appartenenti alla medesima disciplina

PRINCIPI GENERALI MINIMI DI ORGANIZZAZIONE DEI PRESIDI OSPEDALIERI IN RELAZIONE AL FABBISOGNO DEL PERSONALE MEDICO

Il personale è tenuto a svolgere la propria attività nell'ambito del complesso dei presidi, servizi e uffici dell'Azienda, nel rispetto dei diritti di ciascuna posizione funzionale e profilo professionale.

Il turno deve articolarsi in modo opportuno rispetto ai fabbisogni della struttura, limitando quanto più possibile il ricorso agli istituti della guardia medica e della pronta disponibilità. Il lavoro deve essere organizzato in modo da valorizzare il ruolo interdisciplinare dell'equipe e la responsabilità di ogni operatore nell'assolvimento dei propri compiti istituzionali.

Il tutto deve essere organizzato tenendo conto prioritariamente delle condizioni necessarie a garantire la sicurezza clinica.

Nell'organizzazione del lavoro, si dovrà, inoltre tener conto delle necessità di una razionale ed economica utilizzazione e distribuzione del personale in relazione alle esigenze degli utenti e sulla base di criteri generali concordati.

Nell'organizzazione del lavoro si deve necessariamente tener conto delle esigenze proprie aziendali, l'organizzazione su base dipartimentale diventa elemento caratterizzante per la collaborazione di più unità operative con caratteristiche di fungibilità. Ne discende che l'organizzazione dipartimentale, individuata negli atti aziendali, deve essere valutata nell'organizzazione del personale e delle relative guardie.

Nell'ambito dell'assetto organizzativo aziendale, i dirigenti assicurano la propria presenza in servizio ed il proprio tempo di lavoro articolando in modo flessibile l'impegno di servizio per correlarlo alle esigenze della struttura cui sono preposti e all'espletamento dell'incarico affidato.

Gli organici del personale dirigente medico vanno determinati anche in funzione dell'applicazione degli istituti contrattuali, di interventi di adeguamento del Piano Socio Sanitario e di completamento della programmazione regionale, nonché dei processi di riqualificazione aziendale.

Per garantire una migliore utilizzazione delle risorse disponibili, a livello decentrato dovrà essere individuata un'articolazione di orario tra quelle possibili, coerente con il principio di utilizzazione ottimale del lavoro in rapporto alla domanda.

Pur rispettando il principio generale di flessibilità organizzativa, che deve adattarsi alle esigenze tecnico, funzionali e gestionali, l'articolazione del lavoro medico dei singoli presidi dovrà necessariamente tener conto degli strumenti contrattuali disciplinanti il rapporto di lavoro e della contrattazione integrativa aziendale.

Per tutte le strutture del Sistema Socio Sanitario Veneto si ritiene di prevedere il massimo utilizzo delle strutture per 12 ore giornaliere nei giorni feriali e la garanzia di risposta alle urgenze nelle restanti fasce orarie e nei giorni festivi mediante gli istituti contrattuali della guardia medica e della pronta disponibilità.

Il servizio di guardia è disciplinato dall'articolo 16 del CCNL 2002_2005, che precisa che la cosiddetta "guardia interdivisionale" può essere istituita solo tra aree funzionali omogenee e che insistano su una medesima sede. La valutazione dell'omogeneità non può essere effettuata soltanto in base all'equipollenza o all'affinità delle discipline e dei servizi, come definite dai decreti del ministero della salute del 30 e 31 gennaio 1998. Occorre perciò verificare in

concreto la casistica che afferisce ai reparti ai quali si applica il turno di guardia “interdivisionale”, le urgenze che si verificano con maggiore frequenza e quali specifiche competenze vengono di fatto chiamate in causa.

In generale, la guardia medica va organizzata in forma divisionale:

- in tutte le strutture ove esistano terapie intensive (area Anestesia, Utic, Terapia Intensiva Neonatale);
- ove esista una unità ictus di II livello;
- per il servizio di anestesia, laddove prevista attività chirurgica nelle 24 ore e attività di ostetricia;
- nei servizi di pronto soccorso;
- nell’area ostetrico –ginecologica, con attività di ostetricia;
- nelle pediatrie, con posti letto da programmazione regionale;
- laddove speciali e motivate situazioni organizzative, qualitative e/o logistiche la rendano necessaria.

In tutte le altre ipotesi la guardia medica può essere organizzata in forma cd. “interdivisionale”, per discipline omogenee o aree ritenute tali dal Pssr vigente o per discipline che confluiscono in dipartimenti. In ogni caso deve essere organizzata per reparti o servizi logisticamente vicini e con un numero di posti letto adeguato.

In ogni caso, il numero di posti letto coperto dalla guardia “interdivisionale” medica non dovrà ordinariamente essere superiore a 90-100 Posti Letto. Tale numero potrà essere incrementato o ridotto sulla base dei seguenti criteri.

In generale nella valutazione delle specialità e dei posti letto che possono essere aggregati in guardie “interdivisionali”, le Direzioni dovranno tener conto delle oggettive situazioni di disagio, nonché delle difficoltà logistico organizzative, che emergeranno a livello aziendale locale.

Nella determinazione del numero complessivo di posti letto oggetto di guardia “interdivisionale”, i posti letto afferenti alle discipline “Recupero e Riabilitazione Funzionale” e “Lungodegenza” (codici 56 e 60) devono essere computati al 50%

Qualora sia istituita una guardia interdivisionale tra specialità situate in padiglioni diversi e separati o situazioni logistiche assimilabili, i posti letto dislocati in sede diversa, devono essere pesati al 150%.

La guardia attiva in orario notturno deve essere organizzata, per area medica e/o chirurgica e/o riabilitativa in rapporto alla presenza o meno nell’ospedale di Unità Operative nelle relative aree funzionali.

Presso ogni ospedale sarà, inoltre, presente una guardia attiva sulle 24 ore di Anestesia/rianimazione, da considerarsi aggiuntiva rispetto alla guardia di terapia intensiva, qualora tale unità operativa sia presente. Per quanto concerne le discipline chirurgiche, in funzione dell’attivazione della sala operatoria, è da prevedere la presenza di n.2 medici aggiuntivi al medico di guardia. Nei punti nascita deve essere prevista sempre la presenza del pediatra secondo quanto previsto dalle norme vigenti in materia. Per quanto riguarda gli ospedali Hub, il servizio di guardia medica attiva, notturna e nei giorni festivi è organizzato, di norma, tenendo conto delle aggregazioni funzionali di attività. Sia negli ospedali Hub che negli ospedali Spoke è prevista la presenza H24 di Anestesista, Rianimatore, Radiologo, Chirurgo, Internista.

La gran parte delle aziende sanitarie, in conseguenza dei processi di riorganizzazione conseguenti alla soppressione di strutture complesse ed alla tendenza comunque ad aggregazioni funzionali più ampie (per evidenti ragioni di carattere

economico) si sta orientando ad affidare la copertura del servizio di guardia interdivisionale, nell'ambito dell'area funzionale di medicina interna, agli specialisti in medicina interna e geriatria, evidentemente più adatti a rispondere ad una più ampia gamma di esigenze, per formazione e attitudini, ed integrare questa copertura con pronte disponibilità specialistiche delle discipline coperte da tale servizio.

Uguale orientamento è attuabile per le guardie interdivisionali dei reparti chirurgici. In tal caso sarebbe più funzionale affidare la copertura di tale servizio di guardia agli specialisti in chirurgia generale per la particolare formazione e integrare con pronte disponibilità di colleghi specialisti afferenti alle chirurgie specialistiche, delle unità operative coperte.

Si ritiene che tali modelli di organizzazione dei servizi di guardia nelle aree mediche e chirurgiche possano costituire, nel medio periodo, un riferimento per le strutture ospedaliere del Ssr cui progressivamente orientarsi.

Le problematiche poste non sono peraltro disciplinate dalla normativa contrattuale, ma rientrano nell'area del governo clinico, e chiamano in causa specifiche competenze e responsabilità: la direzione strategica, il collegio di direzione, il consiglio dei sanitari, il servizio qualità e controllo del rischio clinico.

L'articolazione oraria deve, inoltre, tener conto di quanto previsto in materia di orario giornaliero e di riposi dal D.Lgs. 66/2003.

Nella determinazione del fabbisogno minimo di personale è, pertanto, necessario tener conto anche delle matrici di articolazioni del turno in modo da determinare un fabbisogno minimo che permetta il rispetto della normativa sopracitata.

Nei servizi di anestesia, rianimazione e terapia intensiva può prevedersi esclusivamente la pronta disponibilità integrativa. Il servizio di pronta disponibilità integrativa dei servizi di guardia è di norma di competenza di tutti i dirigenti, ed è previsto possa essere svolto anche dai direttori di struttura complessa. Il servizio sostitutivo coinvolge a turno individuale, solo i dirigenti che non siano titolari di incarico di struttura complessa. Il servizio di pronta disponibilità ha durata di dodici ore. Due turni di pronta disponibilità sono prevedibili solo per le giornate festive. Di norma non potranno essere previste per ciascun dirigente più di dieci turni di pronta disponibilità nel mese.

BENCHMARKING E MONITORAGGIO

Considerato che i valori oggetto del presente documento sono in continuo cambiamento-evoluzione, essi necessitano di osservazione periodica , così da permettere la verifica del posizionamento delle strutture ospedaliere della regione rispetto ai valori minimi nonché l'eventuale aggiornamento degli stessi.

Tenuto conto dell'importanza di aggiornare continuamente i dati oggetto di analisi, Regione del Veneto si impegna a implementare un sistema di rilevazione dei dati integrato e aggiornato, che sarà utilizzato anche a supporto delle periodiche scelte in materia autorizzatoria.