



REGIONE
LAZIO

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza

Prot. n. 259999

GR/11/23

Roma, li 13/05/2015

Ai Direttori Generali/Commissari

Aziende Asl

Aziende Ospedaliere

IRCCS

Policlinici Universitari

LORO SEDI

Allegati: n. 1.

Oggetto: Criteri generali per determinazione delle dotazioni organica nelle Aziende ed Enti del SSR.

Con la presente si intendono fornire alle Aziende ed Enti del SSR indicazioni sull'uniforme e corretta rideterminazione delle dotazioni organiche. Si vuole dunque creare una base comune di riferimento applicativo, che individui criteri omogenei e unitari, pur nell'ambito delle specifiche peculiarità delle singole realtà aziendali come espresse nei rispettivi Atti Aziendali approvati nonché nei piani strategici.

Detta rideterminazione dovrà tener conto del riordino della rete ospedaliera e territoriale e dovrà tendere alla razionale allocazione delle risorse al fine di garantire per quanto possibile, omogeneità tra le diverse Aziende ed Enti del SSR.

L'intento è di predisporre nuovi modelli organizzativi-gestionali per una maggiore efficienza del sistema, nel rispetto delle norme in materia di spesa per il personale nelle PP.AA. razionalizzando, altresì, l'utilizzo di alcuni istituti contrattuali quali produttività aggiuntiva, consulenze e straordinario, ma allo stesso tempo garantire l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza ed efficacia.

Per completezza si riportano di seguito le disposizioni normative e regionali a cui si è fatto riferimento per la determinazione dei criteri generali per la definizione delle dotazioni organiche:

- D. Lgs.vo 165/2001 e s.m.i.;
- DCA 8 del 2011;
- DCA 265/2014 (remunerazioni delle funzioni). I documenti preparatori alla stesura del decreto, elaborati con supporto di Agenas, hanno provveduto a rideterminare i criteri delle dotazioni organiche per i Pronto Soccorso DEA I° e II° livello nonché i criteri per le

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza

dotazioni organiche delle T.I, UTIC e TIN (sulla base anche di lavori fatti da altre regioni e/o strutture ospedaliere);

- D.M 30.01.1998 per quanto riguarda la denominazione delle aree, discipline e dei servizi;
- DCA 247/ 2014;
- DCA 259/2014 e s.m.i..

Calcolo del fabbisogno di personale per le Unità Operative con Posti Letto

La nuova organizzazione aziendale, così, come previsto dal DCA 259/2014 “*Approvazione dell’Atto di Indirizzo per l’adozione dell’atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio*” e dai rispettivi “atti aziendali”, prevede il superamento delle U.O. di ricovero per specialità, con programmazione di aree omogenee di dipendenza per livello di complessità assistenziale. Le aree assistenziali per “*intensità di cura*” dovranno garantire un’assistenza adeguata in base alla complessità del caso clinico, promuovere l’integrazione di più discipline specialistiche e di professionisti, mantenendo comunque invariata la responsabilità professionale dello specialista che segue il paziente durante il suo episodio di ricovero.

Conseguentemente dovrà essere garantita l’appropriatezza organizzativa e l’ottimizzazione del personale nei reparti di chirurgia, favorendo moduli funzionanti su 5 giorni a settimana (week hospital) e l’aggregazione di tutta l’area di ricovero diurno in moduli poli-specialistici di DH medico e chirurgico, ad eccezione delle discipline pediatriche e della psichiatria.

L’articolazione organizzativa di ogni singola realtà aziendale (e quindi la gestione delle risorse umane), dovrà ispirarsi alla “*continuità assistenziale*” inteso come valore e modello organizzativo per la garanzia di salute del cittadino. Per continuità assistenziale deve intendersi, la capacità dell’Azienda di assicurare cure tempestive e di qualità, per l’intera durata dell’arco giornaliero. Sarà cura delle singole aziende procedere alla individuazione delle tipologie di attività che debbono essere assicurate continuativamente per le 24 ore, secondo le indicazioni esistenti nei CCNL e secondo criteri tali da assicurare, laddove non assicurato, la continuità assistenziale delle cd “*alte specialità*” e l’individuazione nelle aree omogenee raggruppabili per tipologia di specialità, attraverso la cd. guardia interdivisionale o di dipartimento.

Nel calcolo del fabbisogno di personale per le Unità Operative con Posti Letto devono essere presi in considerazione moduli con almeno 20 PL per quanto riguarda le specialità mediche e chirurgiche e moduli con almeno 8 PL per le terapie intensive UTIC, UTN e TIN laddove compatibili con la configurazione dettata dal DCA 412/2014 per singola struttura, secondo i principi dell’aggregazione per intensità di cura e di complessità assistenziale.

Per quanto attiene invece la determinazione del monte ore medio¹ di riferimento per unità di personale varranno le seguenti indicazioni:

- **Personale dirigente:** range (inteso come monte ore annuo al netto delle assenze per istituti contrattuali e media di assenze di varia natura) da 1516² ore/anno a 1454

¹ Per il calcolo del monte ore/medio effettivamente lavorato si potrà procedere all’analisi dei dati del Conto annuale 2012-2013 (media regionale e media aziendale).

² Range di riferimento preso da diversi accordi integrativi regionali e da alcuni documenti regionali di riferimento su definizione dotazione organica (Sicilia, Puglia) e da Agenas.



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza

ore/anno (ad eccezione di anestesisti e radiologi ed altro personale che ha titolo all'ulteriore congedo per rischio anestesiologicalo e/o radiologico);

- Personale comparto: range (inteso come monte ore annuo al netto delle assenze per istituti contrattuali e media di assenze di varia natura) da 1454³ ore/anno a 1420 ore/anno (salvo per il personale che, in forza di specifica assegnazione presso servizi per i quali è previsto ulteriore per rischio radiologico).

La determinazione del monte ore annuale (al netto delle varie assenze previste), secondo le indicazioni sopra formulate, consente di stabilire, su base annua, il fabbisogno di personale complessivo in rapporto ai volumi di attività prodotti dalla singola area di degenza e/o servizi. Detta valorizzazione è finalizzata al superamento di fatto delle difficoltà di adattare l'organico di base alle singole realtà operative così come alle diverse modalità di turnistica presa a riferimento (attualmente nelle ASL e/o A.O. esistono differenti modelli di articolazione dei turni circostanza che determina una elevata disomogeneità, pur in presenza di attività assimilabili per volumi, casistica e complessità).

In questa prima fase si è provveduto a classificare il livello di complessità per area di afferenza (medica e chirurgica) a cui è stato assegnato un "coefficiente" per il personale medico, infermieristico e di supporto in relazione al numero di posti letto attivi. Il coefficiente rappresenta il risultato finale di una serie di fattori combinati tra loro (fattore Presidio e fattore complessità). Per il calcolo del fattore presidio si è tenuto conto del ruolo della singola Unità Operativa all'interno del presidio e il ruolo del presidio all'interno della rete/i dell'emergenza e tempo-dipendenti (PS/DEA I°-II, Hub, Spoke). Per il calcolo del fattore complessità si è tenuto conto del peso medio del DRG e del case mix. Successivamente, per alcune specificità, per la definizione della complessità assistenziale delle aree "a degenza lunga e breve" si potranno prendere come riferimenti aggiuntivi ulteriori fattori/criteri purché misurabili quali, ad esempio, scale di riferimento per fabbisogno clinico/assistenziale riconosciute e validate da società scientifiche accreditate a livello nazionale. Per il pronto soccorso, le Terapie intensive, le Unità terapie intensive coronariche e le TIN per la determinazione del fabbisogno di personale si dovrà fare riferimento ai criteri di cui all'allegato del DCA 265/2014.

Calcolo del fabbisogno di personale per Servizi e aree territoriali.

Per la definizione delle dotazioni organiche dei servizi e delle aree territoriali (senza posti letto), potrà risultare utile, in questa prima fase, fare riferimento a lavori e studi elaborati da riconosciute società scientifiche a livello nazionale. Per quanto riguarda tutta l'area della specialistica ambulatoriale l'intenzione è quella di giungere alla definizione di un "tempario regionale" sulla base di quanto già esistente in alcune ASL e/o Aziende regionali.

Nell'occasione appare, utile rammentare che la definizione di tale fabbisogno dovrà essere coerente con l'assetto organizzativo previsto dall'Atto Aziendale e con le iniziative previste da ciascun piano strategico, sempre nel rispetto dell'erogazione dei Livelli essenziali di assistenza.

³ Range di riferimento ricavato da documenti elaborati da diverse aziende sul territorio nazionale, da associazioni riconosciute da esperienze consolidate da aziende del Lazio e da Agenas.

Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza

In particolare per i servizi territoriali potrebbe risultare utile utilizzare uno standard di fabbisogno parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuato come al massimo allo 0,40 il rapporto tra dirigenti medici rispetto alla popolazione residente /1.000. Per quanto riguarda il personale infermieristico dei servizi territoriali il parametro di riferimento individuato è dello 0,70 rispetto alla popolazione di riferimento/1.000

Per quanto attiene l'Assistenza domiciliare integrata si rinvia al rapporto indicato all'allegato n.1 paragrafo 4.3..

Con riferimento ai dipartimenti di prevenzione, nel ricordare che le linee guida per la elaborazione degli atti aziendali contenevano già "in nuce" gli elementi sulla base dei quali valutare il fabbisogno territoriale (numero dei residenti, numero e complessità delle strutture da sottoporre a controllo, numero delle aziende zootecniche e dei capi di bestiame, etc.), senza prevederne il dettaglio per linea di attività, si rinvia alla tabella di cui al citato allegato n. 1 paragrafo 4.4) ove sono riportati, distinti per linea di attività, i parametri utili per l'analisi dei bisogni del territorio ai fini della organizzazione e definizione della dotazione organica dei dipartimenti in argomento.

Avuto riguardo, infine, alle altre professionalità non esplicitamente indicate nel presente documento e nel relativo allegato, si ribadisce che la relativa dotazione organica dovrà essere pienamente conforme all'assetto organizzativo proposto negli Atti Aziendali, nel rispetto dei ruoli e profili di appartenenza di ciascuna delle figure professionali ritenute necessarie per il corretto funzionamento dei processi aziendali di competenza; più in particolare, per quanto attiene le funzioni tecnico amministrative, si rinvia a quanto già formalizzato nelle linee guida per la redazione degli atti aziendali in ordine alle predette funzioni (DCA n. 259/2014).

Giova nell'occasione rammentare che nelle Linee di indirizzo, sugli atti aziendali, era stata evidenziata la volontà di questa Regione di procedere alla scelta organizzativa dell'istituzione del Dipartimento interaziendale, per le sottoelencate attività:

- ✓ Acquisizione beni e servizi;
- ✓ Affari legali;
- ✓ Sistemi informatici;
- ✓ Ingegneria clinica;
- ✓ Logistica

Suggerimenti per la metodologia di calcolo

A titolo meramente esemplificativo e non esaustivo, nell'allegare un documento complessivo (allegato n. 1) riportante, tra l'altro, esemplificazioni necessarie in relazione alla standardizzazione dei livelli di complessità assistenziale, la classificazione di strutture dotate di posti letto per livello di complessità e indicazione di standard specifici, si indicano di seguito alcuni suggerimenti e/o spunti utili per la metodologia di calcolo del fabbisogno di personale, tenendo sempre conto delle scelte organizzative risultanti dall'Atto Aziendale e dal Piano Strategico, nel rispetto dei ruoli di appartenenza dei profili dei quali si stima il fabbisogno:

- nella determinazione delle dotazioni organiche, riferite all'area dei pronto soccorso/DEA in aggiunta alla dotazione organica del personale medico dedicato va considerata anche la dotazione comprensiva del "consulente" inteso come specialista di riferimento. Per calcolare



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria

Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza

il fabbisogno di personale medico ed infermieristico si dovrà fare riferimento al numero degli accessi totali;

- per il calcolo degli fabbisogno di personale infermieristico e degli O.S.S si dovrà tenere conto del rapporto operatore/degente, variabile da 1:2 a 1:3, sulla base alla complessità dei casi trattati e delle singole specificità;
- per la dotazione organica riferita ai Coordinatori (infermieristici, tecnico-sanitari, sociali, etc.) si dovrà tenere conto delle singole realtà aziendali e del numero di PL per singolo modulo di area di degenza, di T.I, tenendo presente che il numero di Coordinatori dovrà essere rapportato al modello per "intensità di cura" e/o all'articolazione delle degenze per aree omogenee. Per i servizi e le aree territoriali il numero dei Coordinatori dovrà essere parametrato al numero delle unità di personale assegnato e alle singole linee di attività.

Adempimenti necessari per la determinazione della dotazione organica

Sulla scorta delle prime indicazioni sopra formulate, per la determinazione del fabbisogno di personale di ciascun azienda per ciascun profilo professionale, le Aziende ed Enti avranno cura di redigere il documento recante la dotazione organica con evidenziati i criteri utilizzati dando risalto agli eventuali correttivi adottati coerenti con le misure organizzative in essere e/o da realizzare.

Le presenti indicazioni rappresentano l'inizio di un percorso da condividere con le Aziende e certamente non sono esaustive per la definizione di tutte le linee di attività presenti a livello aziendale (Asl e A.O.), come ad esempio l'area dei Servizi clinici diagnostici e terapeutici, l'area della prevenzione, l'area della psichiatria extra ospedaliera, l'area della riabilitazione, della lungodegenza, etc..

Il documento, da trasmettere entro il 31 maggio p.v., dovrà dare evidenza del costo che, si rammenta, deve comunque attestarsi entro i limiti di spesa stabiliti dall'art. 2, comma 71 della legge 23 dicembre 2009, n. 191 e s.m.i. e secondo le indicazioni riportate al riguardo dai programmi operativi di cui al DCA 247/2014 ed eventuali s.m.i. A fronte di costi nascenti, si dovranno indicare i costi cessanti per consulenze, produttività aggiuntiva e servizi esternalizzati.

Cordiali Saluti.

Il Dirigente dell'Area

(Dr.ssa Barbara Solinas)

Il Direttore Regionale

(Dr.ssa Flori Degrassi)

Allegato 1

1) Standardizzazione livelli complessità assistenziale

LIVELLO DI COMPLESSITA'	MEDICI PER PL ATTIVI
Bassa complessità	0,24 (AREA MEDICA) -0,28 (AREA CHR)
Media Complessità	0,30 (AREA MEDICA)-0,34 AREA CHR
Alta Complessità	0,42 (AREA MEDICA)-0,46 (AREA CHR)

Per il calcolo della dotazione organica complessiva della dirigenza medica si tiene esclusivamente conto del numero dei posti letto (attivi) in rapporto al livello di complessità. La dotazione organica è comprensiva anche di personale dedicato ai DH e ai DS . Per le attività ambulatoriali superiori alle 24 ore settimanali bisogna considerare una unità in aggiunta a quelle determinate.

LIVELLO DI COMPLESSITA'	INFERMIERI	personale Supporto
Bassa complessità	0,23	0,18
Media Complessità	0,35	0,21
Alta Complessità	0,53	0,25

Nota . Nell'ipotesi in cui il calcolo del fabbisogno – operato secondo il metodo sopra esemplificato - determini un numero non intero decimale e maggiore di 0,3 rispetto alla cifra intera ottenuta, si procede all'arrotondamento all'unità superiore. Tale criterio si applica sia per il personale Medico che per il personale di Comparto (Infermieri, Ostetriche , Tecnici Sanitari, personale di supporto, etc).



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza

2) Calcolo determinazione fabbisogno personale Infermieristico e minuti di assistenza erogati rispetto all'organico definito

SIMULAZIONE DOTAZIONE ORGANICA INFERMIERI						
PL				20		
T.O.M				0,8	16	PRESENZA MEDIA
I.S.O				0,35	5,6	N° INFERMIERI PRESENTI NELLE 24/H
O.T				8	44,8	ore totali necessarie nelle 24/h
G.A				365	16352	ore totali necessarie nell'anno
O.M.L.A				1420	11,52	n° INFERMIERI TOTALI NECESSARI
Totale UNITA' INFERMIERISTICHE				12		FABBISOGNO INFERMIERI
MINUTI DI ASSISTENZA PZ/DIE				168		minuti assistenza pz/die

SIMULAZIONE DOTAZIONE ORGANICA PERSONALE SUPPORTO						
PL				20		
T.O.M				0,8	16	PRESENZA MEDIA
I.S.O				0,18	2,88	N° PERS. SUPPORTO PRESENTI NELLE 24/H
O.T				6	17,28	ore totali necessarie nelle 24/h
G.A				365	6307	ore totali necessarie nell'anno
O.M.L.A				1450	4,35	PERS. SUPPORTO TOTALI NECESSARI
Totale UNITA' PERSONALE SUPPO				4		FABBISOGNO PERSONALE SUPPORTO
MINUTI DI ASSISTENZA PZ/DIE				64,8		minuti assistenza pz/die

Legenda

PL: numero di posti letto come da DCA 412/2014;

TOM: Tasso occupazionale medio (in questa fase stimato all'80%);

ISO: Indice standard organizzativo , corrispondente al livello di complessità predefinito;

OT: ore effettuate turno;

GA: giornate assistenza anno;

OMLA: ore medie lavorate annue.

Personale di supporto: deve intendersi il personale ausiliario e il personale OSS (in sede di prima applicazione si prevede che al relativo fabbisogno possa farsi fronte con i profili, previsti ad esaurimento se ancora presenti negli organici aziendali, degli infermieri generici, e degli operatori tecnici addetti all'assistenza-OTA) con un rapporto rispettivamente del 75% e del 25% (sono ammesse possibili variazioni in rapporto a specifiche realtà aziendali e/o modelli organizzativi esistenti dove sono stati inseriti gli OSS a supporto dell'attività assistenziale diretta). Per personale ausiliario deve intendersi oltre a quello in dotazione anche il personale presente per attività esternalizzate (pulizia, trasporti, servizio facchinaggio, etc.).



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
 Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza

3) Classificazione strutture dotate di posti letto per livello di complessità

AREA MEDICA		
Descrizione disciplina	complessità assistenziale	note
Allergologia	Bassa	
Medicina d'Urgenza	Media/Alta	valutare in rapporto al n° PL , casi trattati/ DEA di I e II Livello/presenza di Sub Intensiva e/o Stroke Unit
cardiologia	Media	di Alta se con emodinamica in rapporto al numero casi trattati/anno
ematologia	Media	Alta se con Trapianti in rapporto a numero/anno
Malattie End e del Ricambio e nutrizione	bassa	
Geriatria	Bassa	
malattie Infettive	Medio/alta	con aggiunta di un ISO di alta complessità per personale Supporto da valutare in rapporto alle ultime evidenze scientifiche
Medicina generale	Bassa/Media	da valutare in rapporto al Case Mix e peso DRG ed altro con aggiunta di ISO di media complessità per personale di supporto (OSS)
Neurologia	Media/Alta	Alta se con UTN (per i PL dedicati ad UTN)
Psichiatria	Media/alta	
Dermatologia	Bassa	
Gastroenterologia	bassa	
Medicina Nucleare	Bassa	Media se interventistica
Oncologia	Media/Alta	da valutare in rapporto al volume di attività e casistica e patologie trattate
Pneumologia	bassa	
Radioterapia	media	da valutare in rapporto al volume di attività e casistica e patologie trattate
Reumatologia	bassa	

Direzione Regionale
 Salute e Integrazione Sociosanitaria
 Area Risorse Umane e del Potenziale
 di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza

Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7
 00145 ROMA

Tel. 06.5168.4797
 Fax 06.5168.4674

AREA CHIRURGICA		
Descrizione disciplina	complessità assistenziale	note
Chr Urgenza	Media/alta	valutare in rapporto al volume di attività/se DEA II Livello e N° interventi trattati nelle 24-48 /h al ricovero
Cardiochirurgia	Alta	
Chr Generale	Bassa/media/alta	Se sede di DEA di I-II e se con trapianti (n° trapianti/anno)
Chr maxillo Facciale	media	Alta da valutare se sede DEA II Livello e/o centro HUB trauma (in rapporto a n° casi trattati/anno)
Chr Plastica	Media/Alta	Alta da valutare se sede di II Livello e centro HUB per trauma (in rapporto a numero casi trattati/anno)
Chr Toracica	Media/Alta	Alta se con chirurgia della Trachea e/o presenza di Sub Intensiva
Chr Vascolare	Media/Alta	Alta se con interventi endocavitari aortici o carotidei (n° casi/anno)
Neurochirurgia	Alta	
Ocullistica	Bassa	
Ortopedia e traumatologia	Bassa/Media	Media se sede di DEA II Livello e HUB rete trauma+ aggiunta ISO alta complessità per personale supporto (OSS)
Chr ORL	Bassa/Media	Media se sede di DEA II Livello o centro Hub per Trauma (valutare in rapporto alla casistica trattata)
Urologia	Bassa/Media	Media in rapporto alla casistica trattata + ISO media per personale supporto (OSS)



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza

4) Standard specifici

4.1) Day Hospital e Day Surgery.

AREA day surger e day hospital . DOTAZIONE INFERMIERI	
Descrizione disciplina	complessità assistenziale
DAY HOSPITAL	0,2
DAY SURGERY	0,4

Lo standard che si ritiene indicare è in rapporto al numero di accessi, considerando l'attività dei DH (unificati) sulle 12 ore giornaliere dal lunedì al venerdì e l'attivazione di 6 ore nella giornata del sabato. Lo standard che si ritiene indicare è pari allo 0.2 per il DH medico e dello 0.40 per il DH chirurgico. Per il personale di supporto (ausiliari) gli indici sono dello 0.10 per DH Medico e dello 0.20 per DH Chirurgico, sempre in relazione al numero degli accessi. La maggiorazione prevista per il DH Chirurgico per il personale di supporto (ausiliario) è dato dal fatto che si è tenuto conto delle attività di "trasporto" da e verso i rispettivi blocchi operatori.

4.2) Attività ambulatoriale .

In relazione alle attività ambulatoriali (intra ed extra ospedaliere) in attesa di procedere alla definizione del "tempario" per singola disciplina da parte delle singole aziende, si fa presente che l'indicatore da prendere a riferimento è in relazione alle ore di presenza effettiva degli operatori in rapporto alle ore di apertura attività (ora presenza operatore/ore di apertura attività).

Direzione Regionale
Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Risorse Umane e del Potenziale
di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza

Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7
00145 ROMA

Tel. 06.5168.4797
Fax 06.5168.4674



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza

4.3) Assistenza Domiciliare Integrata⁴ (ADI).

Per tale attività si suggerire in questa prima fase di applicare il seguente rapporto:

- Bisogno assistenziale pazienti in ADI > 65 anni 60 h/anno, con una presa in carico di circa 23 casi/pz per singola unità;
- Bisogno assistenziale pazienti in ADI sottoposti a regime di cure palliative > 65 anni 90 h/anno, con una presa in carico di circa 15 casi/pz.

4.4) Dipartimento della Prevenzione - parametri utili per l'analisi dei bisogni del territorio ai fini della organizzazione e definizione della dotazione organica dei dipartimenti

I parametri generali di contesto socio-territoriale sono rappresentati da:

- 1) estensione del territorio;
- 2) N° abitanti e densità della popolazione;
- 3) N° comuni
- 4) % Territorio in zona montana;

Di seguito vengono elencati i parametri specifici per ogni linea di attività:

⁴ I tempi indicati comprendono anche il tempo di percorrenza per il raggiungimento del domicilio.



Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria
Area Risorse Umane e del Potenziale di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza

IGIENE E SANITA' PUBBLICA	<ul style="list-style-type: none">• popolazione 0 - 16 anni;• n° siti inquinati e/o ad alta complessità;• densità abitativa
PREVENZIONE E SICUREZZA AMBIENTI DI LAVORO	<ul style="list-style-type: none">• n° Unità produttive e n° addetti (dati NFI);• n° industrie a rischio di incidenti rilevanti e presenza di G.O. infrastrutturali;• Tasso standardizzato infortuni gravi/mortali e incidenza malattie professionali
IGIENE ALIMENTI E NUTRIZIONE	<ul style="list-style-type: none">• n° fonti approvvigionamento acqua potabile;• n° stabilimenti alimentari riconosciuti /registrati e di ristorazione collettiva;• popolazione 0 - 18 anni
SANITA' ANIMALE	<ul style="list-style-type: none">• n° allevamenti e loro Unità Bovine Equivalenti (U.B.E.);• n° canili/rifugi/gattili;• n° cani iscritti in anagrafe e n° colonie feline censite;
IGIENE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE	<ul style="list-style-type: none">• n° stabilimenti macellazione e n° giornate macellazione/equivalente• n° stabilimenti alimentari riconosciuti /registrati;
IGIENE DEGLI ALLEVAMENTI E DELLE PRODUZIONI ZOOTECNICHE	<ul style="list-style-type: none">• n° allevamenti e loro U.B.E.;• n° stabilimenti riconosciuti/registrati nel settore mangimi;• n° allevamenti produzione latte;
EPIDEMIOLOGIA PROMOZIONE DELLA SALUTE	<ul style="list-style-type: none">• popolazione e n. comuni• popolazione e n. comuni

Direzione Regionale
Salute e Integrazione Sociosanitaria
*Area Risorse Umane e del Potenziale
di Sviluppo delle Professioni e della Dirigenza*

Via Rosa Raimondi Garibaldi, 7
00145 ROMA

Tel. 06.5168.4797
Fax 06.5168.4674