

REGIONE  
ABRUZZO



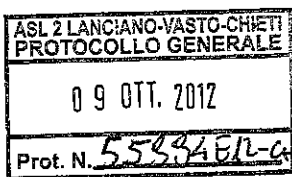
GIUNTA REGIONALE

DIREZIONE POLITICHE DELLA SALUTE  
Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane  
Ufficio Dotazioni Organiche e Dinamiche del Personale

Prot. n. RA 225376 /DG12

Pescara, - 9 OTT. 2012

Raccomandata a.r.



Ai Sigg. Direttori Generali  
delle Unità Sanitarie Locali  
della Regione Abruzzo  
LORO SEDI

**Oggetto:** trasmissione del Decreto del Commissario ad acta n. 49 dell'8 ottobre 2012 concernente le "Linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende USL".

Si trasmette - in allegato alla presente - il Decreto Commissariale in oggetto, corredato dei relativi allegati.

Si richiama l'attenzione sul fatto che le Aziende UU.SS.LL. della Regione Abruzzo "dovranno procedere a rideterminare le dotazioni organiche aziendali, in conformità alle riferite linee di indirizzo, entro 90 giorni dalla ricezione del presente provvedimento" e che, entro il suddetto termine, dovranno altresì "adeguare il numero delle proprie strutture semplici e complesse agli standard previsti nel documento approvato dal c.d. Comitato LEA nella seduta del 26 marzo 2012, procedendo conseguentemente a modificare, in parte qua, i rispettivi atti aziendali".

Distinti saluti.

IL RESPONSABILE DELL'UFFICIO

Dott. ssa Ivaria Mancini

IL DIRIGENTE DEL SERVIZIO

Dott. Luigi Franciotti

All. tit. c.s.



**IL PRESIDENTE DELLA REGIONE ABRUZZO  
IN QUALITA' DI COMMISSARIO AD ACTA**  
*(Deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11/12/2009)*

PESCARA, DECRETO N° 49 /2012

DEL 08 OTT, 2012

**OGGETTO:** LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI IN MATERIA DI DETERMINAZIONE DELLE DOTAZIONI ORGANICHE DELLE AZIENDE USL.

**IL COMMISSARIO AD ACTA**

**VISTA** la deliberazione di Giunta Regionale n. 224 del 13 marzo 2007, con la quale è stato approvato l'accordo sottoscritto in data 6 marzo 2007 tra il Ministro della Salute, il Ministro dell'Economia e delle Finanze e la Regione Abruzzo per l'approvazione del Piano di Rientro e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'art. 1, comma 80, della legge 30.12.2004 n. 311;

**VISTA** la deliberazione del Consiglio dei Ministri dell'11 dicembre 2009 con la quale il Presidente pro-tempore della Regione Abruzzo è stato nominato Commissario ad acta per l'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Abruzzo;

**VISTA** la deliberazione del Commissario ad Acta n. 44 del 03.08.2010, recante approvazione del Programma Operativo per l'anno 2010 ai sensi della L. 23.12.2009, n. 191, art. 2, comma 88, siccome integrata con Deliberazione del Commissario ad Acta n. 77 del 22.12.2010;

**VISTO**, altresì, il decreto commissariale n. 22 del 6 luglio 2011, con il quale è stato approvato il Programma Operativo 2011-2012, nell'ambito del quale – tra i risultati programmati con riferimento all'intervento 1.4 "Concentrazione della casistica e del personale" – figura anche l'emanazione del decreto di definizione dei criteri per la rideterminazione delle dotazioni organiche aziendali;

**VISTA** la deliberazione di Giunta Regionale n. 1439 del 18.12.2006, a seguito della quale – in attuazione del disposto dell'art. 1, commi 93 e 98, della legge n. 311/2004 e del D.P.C.M. 15.2.2006 – si è già proceduto ad una prima rideterminazione delle dotazioni organiche delle Aziende USL regionali, stabilendosi che le nuove dotazioni organiche dovessero comportare una riduzione almeno pari al 5% della spesa complessiva relativa alle dotazioni organiche all'epoca vigenti e con una previsione del numero complessivo dei posti di organico non superiore a quello di cui alla dotazione organica all'epoca vigenti;

**VISTA** l'intesa Stato-Regioni in materia sanitaria per il triennio 2010-2012, sancita nella riunione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 3 dicembre 2009 (Patto per la Salute 2010-2012);

**VISTA** la legge n. 191 del 23 dicembre 2009 (legge finanziaria 2010), e – nello specifico – la disposizione di cui all'articolo 2, comma 71, che, nel recepire i contenuti della

riferita intesa, prevede che "gli enti del Servizio sanitario nazionale concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando, anche nel triennio 2010-2012, misure necessarie a garantire che le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, non superino per ciascuno degli anni 2010, 2011 e 2012 il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%", prevedendosi ulteriormente che gli enti del S.S.N. "nell'ambito degli indirizzi fissati dalle regioni, anche in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera, per il conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa previsti dal medesimo comma, devono predisporre un programma annuale di revisione delle consistenze di personale dipendente a tempo indeterminato, determinato, che presta servizio con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di lavoro flessibile o con convenzioni, finalizzato alla riduzione della spesa complessiva per il personale, con conseguente ridimensionamento dei pertinenti fondi della contrattazione integrativa";

**VISTO**, altresì, il D.L. n. 98 del 6 luglio 2011 (convertito in legge n. 111/2011) che, all'articolo 17 comma 3, così come modificato dall'articolo 15, comma 21, del D.L. n. 95/2012 convertito in legge n. 135/2012, prevede che "Le disposizioni di cui all'articolo 2, commi 71 e 72, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, si applicano anche in ciascuno degli anni 2013, 2014 e 2015";

**VISTO** il decreto legislativo n. 165/2001 e successive modifiche ed integrazioni, e in particolare l'articolo 6 dello stesso, così come modificato dall'articolo 2, comma 18 lettera a), del D.L. 95/2012 convertito in legge n. 135/2012, ove si prevede che "nelle amministrazioni pubbliche l'organizzazione e la disciplina degli uffici, nonché la consistenza e la variazione delle dotazioni organiche sono determinate in funzione delle finalità indicate all'articolo 1, comma 1, previa verifica degli effettivi fabbisogni e previa informazione delle organizzazioni sindacali rappresentative";

**CONSIDERATO** che, per effetto delle deliberazioni commissariali nn. 44 (approvazione del Programma Operativo 2010) e 45 (avente ad oggetto l'intervento di razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera) del 2010 e dei successivi decreti commissariali nn. 5 (approvazione delle Linee guida per la redazione degli atti aziendali e ulteriori disposizioni) e 15 (approvazione del documento tecnico recante "Razionalizzazione delle UU.OO.CC. e Dipartimenti Strutturali") del 2011, si è provveduto ad avviare un complessivo processo di riordino del Servizio Sanitario regionale che incide profondamente sul numero e sulla tipologia delle strutture che, nell'ambito delle Aziende USL regionali, erogano prestazioni sanitarie, determinando nuovi assetti organizzativi aziendali che devono trovare rispondenza e riscontro anche sotto il profilo delle rispettive dotazioni organiche aziendali;

**RILEVATO**, pertanto, che in relazione ai nuovi assetti organizzativi aziendali che si vengono delineando si rende necessario procedere alla rideterminazione delle dotazioni organiche delle Aziende USL regionali e che, a tal fine, appare opportuno fornire delle linee di indirizzo regionali onde far sì che tale processo di rideterminazione prenda le mosse da principi e criteri omogenei e unitari che, pur nell'ambito delle specifiche peculiarità delle singole realtà aziendali, possano garantire una base comune di riferimento;

**CONSIDERATO** che, all'articolo 2 del riferito Patto per la salute 2010-2012, si fa espresso riferimento alla opportunità per le Regioni di confrontarsi su specifici indicatori di efficienza e di appropriatezza allocativa delle risorse ai fini sia di un'autovalutazione regionale che dell'avvio di un sistema di monitoraggio dello stato dei propri servizi regionali e che, tra gli indicatori di efficienza ed appropriatezza individuati al comma 2 del medesimo articolo, figura anche (lettera f, numero 1) lo standard della numerosità del personale, in relazione al quale si prevede di considerare anomala la presenza di un numero medio di unità di personale per posto letto superiore al numero medio registrato dalle regioni in equilibrio economico e che

garantiscono l'erogazione dei LEA con adeguato standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza;

**CONSIDERATO**, altresì, che – in base al disposto del comma 3 del richiamato articolo 2 del Patto per la Salute – ai fini del calcolo degli indicatori di cui al comma 2 si considerano in equilibrio economico le regioni che garantiscono l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, di efficacia e di efficienza, individuate in base a criteri stabiliti con intesa, ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge n. 131/2006, da stipulare in sede di Conferenza Stato-Regioni con il supporto della struttura tecnica di monitoraggio di cui all'articolo 3, comma 2;

**RILEVATO** che, allo stato attuale, non risultano essere stati individuati i *benchmarks* di riferimento per gli indicatori di cui all'art. 2, comma 2, del Patto per la Salute, tra cui quello di efficienza ed appropriatezza relativo allo standard della numerosità del personale;

**PRECISATO** che, a seguito della emanazione di tali *standard*, potrebbe rendersi necessario adeguare le dotazioni organiche aziendali agli stessi;

**CONSIDERATA** la necessità, per quanto sopra evidenziato, di dover procedere comunque a stabilire a livello regionale dei criteri-parametri di riferimento per la quantificazione delle unità di personale da prevedere nell'ambito delle dotazioni organiche che andranno ad essere rideterminate dalle Aziende USL regionali, anche allo scopo di garantire una sostanziale omogeneità di interventi da parte delle medesime;

**RITENUTO** che a tal fine appare opportuno fare riferimento a metodi che, in linea con quanto stabilito dal richiamato articolo 6 del D.Lgs. n. 165/2001 e ss.mm.ii., consentano di rilevare l'effettivo fabbisogno di personale necessario alle Aziende USL per erogare i servizi e le prestazioni di pertinenza delle stesse;

**CONSIDERATO** che, a tal riguardo, si ritiene corretto prendere a parametro basilare di riferimento - per quanto attiene al personale medico, infermieristico e agli operatori di supporto all'assistenza che prestano servizio nelle aree di degenza - il numero dei posti letto previsti presso le varie unità operative di degenza, stabilendosi poi, per il calcolo del relativo fabbisogno, degli standard differenziati in relazione al diverso livello di complessità assistenziale che caratterizza le varie strutture, con possibilità di integrare detto fabbisogno in relazione a determinate tipologie di prestazioni e/o attività e prevedendosi inoltre degli standard specifici per la determinazione del fabbisogno di infermieri e di personale di supporto in relazione ad alcune particolari tipologie di attività;

**PRECISATO** che, laddove il criterio di riferimento per la determinazione del fabbisogno di personale è costituito dal numero di posti letto, quelli da prendere a riferimento sono i posti letto rideterminati con la deliberazione commissariale n. 45/2010 (allegato C), avente ad oggetto l'intervento di razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera;

**PRECISATO**, altresì, che perché possa pervenirsi ad una congrua e razionale determinazione dei fabbisogni di personale (e, conseguentemente, delle dotazioni organiche aziendali) sulla base dei posti letto previsti si rende preliminarmente necessaria l'attuazione da parte delle Aziende USL regionali delle previsioni contenute nell'ambito dell'allegato C della richiamata deliberazione commissariale n. 45/2010, con particolare riferimento al paragrafo relativo al "Dimensionamento delle Unità Operative",

**RITENUTO** che – per quanto attiene alle medesime tipologie di personale sanitario sopra richiamate (medici, infermieri e operatori di supporto) afferente l'area dei Servizi clinici diagnostici e terapeutici e dei Servizi di Staff ed igienico-organizzativi, non dotati di posti letto – si ritiene di poter stabilire un fabbisogno di personale determinato in misura proporzionale ai fabbisogni determinati per le aree di degenza e che per il personale afferente i Dipartimenti di Prevenzione e l'area dei Servizi Territoriali si reputa opportuno determinare il relativo fabbisogno di personale prendendo a parametro di riferimento la popolazione residente nell'ambito territoriale di pertinenza di ciascuna ASL;

**RITENUTO**, altresì, che – per il restante personale, dirigenziale e di comparto, del ruolo sanitario – appare congruo determinare il relativo fabbisogno, rapportandolo in misura percentuale, rispettivamente, al numero di medici ed al numero di infermieri previsti in dotazione organica;

**RITENUTO**, infine, che – con riferimento ai fabbisogni di personale del ruolo tecnico, professionale ed amministrativo – appare opportuno stabilire degli standard di fabbisogno in misura percentuale rispetto al restante personale in servizio, trattandosi di personale che assolve a funzioni e compiti che sono strumentali e funzionali rispetto all'erogazione del servizio sanitario assicurata fondamentalmente dal personale del ruolo sanitario;

**PRECISATO** che i criteri di determinazione dei fabbisogni di personale come sopra sinteticamente esposti sono, nel dettaglio, specificati ed esplicitati nell'allegato documento recante "Linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende USL" (Allegato A), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

**PRECISATO**, inoltre, che le nuove dotazioni organiche aziendali che andranno ad essere rideterminate a seguito dell'emanazione delle presenti linee di indirizzo dovranno comunque garantire il rispetto dei limiti di spesa per il personale fissati dal riferito articolo 2, comma 71, della legge n. 191 del 23 dicembre 2009, anche in considerazione dell'estensione dei riferiti limiti di spesa anche per gli anni 2013, 2014 e 2015 operata dall'articolo 17, comma 3, del D.L. n. 78/2011 convertito in legge n. 111/2011, così come modificato dall'articolo 15, comma 21, del D.L. n. 95/2012 convertito in legge n. 135/2012;

**CONSIDERATO**, altresì, che in relazione a quanto previsto nel documento contenente i parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse del SSN in attuazione di quanto previsto dall'art. 12, comma 1 lett. b), del Patto per la Salute 2010-2012 approvato dal c.d. Comitato LEA nella seduta del 26 marzo 2012, trasmesso con nota del Ministero della Salute prot. ABRUZZO-DGPROG-04/04/2012-0000095-P, e a quanto ulteriormente precisato con nota Ministero della Salute prot. ABRUZZO-DGPROG-17/07/2012-0000185-P, si rende necessario per le Regioni in piano di rientro fornire, entro il 31 dicembre 2012, "apposite direttive ai fini dell'adozione da parte delle aziende sanitarie di specifici provvedimenti di riorganizzazione aziendale per contenere il numero complessivo sia delle strutture semplici che di quelle complesse entro i previsti standard (...)";

**RITENUTO** pertanto opportuno, nell'ambito del presente provvedimento, stabilire che le Aziende USL regionali dovranno provvedere, entro i termini previsti per la rideterminazione delle proprie dotazioni organiche, ad adeguare il numero delle proprie strutture semplici e complesse agli standard sopra richiamati, procedendo conseguentemente a modificare, in parte qua, i rispettivi atti aziendali;

**RILEVATO** che, nel rispetto del disposto dell'art. 6 del D. Lgs. n. 165/2001 – così come modificato dall'articolo 2, comma 18 lettera a), del D.L. n. 95/2012, convertito in legge n. 135/2012 - che prevede la "previa informazione delle organizzazioni sindacali rappresentative", il Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane della Direzione Politiche della Salute ha convocato le Organizzazioni Sindacali di ciascuna delle aree contrattuali del comparto Sanità (area dirigenza medico-veterinaria, area dirigenza S.P.T.A. e area comparto) in apposite riunioni presso la Direzione Politiche della Salute in Pescara, che si sono tenute rispettivamente nei giorni 13.9.2012 per l'area della dirigenza medico-veterinaria, 14.9.2012 per l'area della dirigenza S.P.T.A., 17.9.2012 per l'area del comparto;

**PRESO ATTO** che, nelle richiamate riunioni, le Organizzazioni Sindacali intervenute hanno manifestato il proprio consenso di massima sui contenuti dell'allegato documento recante le Linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende USL, formulando alcune osservazioni che – laddove ritenute congrue ed opportune dal Servizio competente – sono state tenute in considerazione in sede di stesura definitiva del riferito documento;

**RITENUTO**, pertanto, di dover procedere ad approvare l'allegato documento, avente ad oggetto "Linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende USL" (allegato A);

**RITENUTO** opportuno rinviare la formulazione degli indirizzi per la rideterminazione dei fondi contrattuali a seguito delle nuove dotazioni organiche ad un separato e successivo decreto commissariale;

**VISTA** la nota prot. n. 155437/COMM. del 4.7.2012 (prot. SIVEAS n. 159 del 5/7/2012), con la quale si è provveduto a trasmettere al Ministero della Salute ed al Ministero dell'Economia e delle Finanze la proposta di decreto avente ad oggetto "Linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende USL" per la preventiva approvazione ai sensi dell'articolo 3, comma 6, dell'Accordo tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze, sottoscritto il 6 marzo 2007;

**RILEVATO** che, ad oggi, non è stato fornito ancora riscontro da parte degli Organismi ministeriali in ordine alla riferita proposta di decreto;

**CONSIDERATO** che il presente atto riveste carattere di indifferibilità e urgenza in quanto l'adozione dello stesso si rende necessaria ed improcrastinabile sia ai fini del completamento del processo di riordino del Servizio Sanitario regionale, sia in relazione alla necessità di adeguare il numero delle strutture semplici e complesse aziendali agli standard stabiliti nel richiamato documento approvato dal c.d. Comitato LEA nella seduta del 26.3.2012, nonché - infine - nella prospettiva di poter conseguentemente e successivamente procedere alla ridefinizione dei relativi fondi della contrattazione integrativa ai sensi dell'articolo 2, comma 72, della richiamata legge n. 191/2009, e per tale ragione sarà trasmesso ai Ministeri della Salute e dell'Economia e delle Finanze successivamente alla sua adozione;

#### DECRETA

*per le motivazioni espresse in premessa che integralmente si richiamano*

1. di approvare l'allegato documento recante "Linee di indirizzo regionali in materia di determinazione delle dotazioni organiche delle Aziende USL" (allegato A), unitamente ai relativi allegati (allegati 1, 2, 3, 3-bis, 4 e 5), che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di prevedere che le Aziende USL regionali dovranno procedere a rideterminare le dotazioni organiche aziendali, in conformità alle riferite linee di indirizzo, entro 90 giorni dalla ricezione del presente provvedimento;
3. di stabilire altresì che le Aziende USL regionali dovranno provvedere, entro il riferito termine previsto per la rideterminazione delle dotazioni organiche aziendali, ad adeguare il numero delle proprie strutture semplici e complesse agli standard previsti nel documento approvato dal c.d. Comitato LEA nella seduta del 26 marzo 2012, procedendo conseguentemente a modificare, in parte qua, i rispettivi atti aziendali;
4. di disporre la pubblicazione del presente decreto sul Bollettino Ufficiale della Regione Abruzzo;
5. di incaricare il Servizio Pianificazione e Sviluppo Risorse Umane della Direzione Politiche della Salute per la trasmissione del presente provvedimento alle Aziende USL regionali, affinché le stesse possano provvedere agli adempimenti conseguenziali.

PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

08 OTT, 2012

Pescara, li .....

Il Commissario ad acta

Dott. Giovanni Chiodi

Il Responsabile dell'Ufficio

.....

**LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI IN MATERIA DI DETERMINAZIONE DELLE  
DOTAZIONI ORGANICHE DELLE AZIENDE USL.**

\*\*\*\*\*

**1. Premessa**

Nell'ambito del complesso processo di riordino del Servizio sanitario regionale in corso di attuazione, facendo seguito ai provvedimenti di razionalizzazione della rete di assistenza ospedaliera (deliberazioni commissariali nn. 44/2010 e 45/2010), di definizione delle linee guida per la redazione dei nuovi atti aziendali (decreto n. 5/2011) e di razionalizzazione delle Unità Operative Complesse e dei Dipartimenti strutturali (decreto n. 15/2011), si rende necessario pervenire ad una ridefinizione delle dotazioni organiche delle Aziende USL regionali finalizzata a renderle funzionali e coerenti col nuovo assetto strutturale che il sistema sanitario regionale è destinato ad assumere a seguito dell'attuazione degli evidenziati provvedimenti di riordino.

E' di tutta evidenza, infatti, che un processo di riorganizzazione complessiva del sistema quale quello che si è posto in essere e si sta tuttora attuando, con la previsione anche di nuovi modelli organizzativo-gestionali, deve trovare adeguato riscontro e rispondenza anche dal punto di vista delle risorse umane impiegate, che – da un lato – dovranno essere, da un punto di vista quantitativo, coerenti con gli standard di numerosità del personale delle Regioni c.d. virtuose e – d'altro canto – comunque idonee a garantire l'erogazione dei LEA con adeguati standard di appropriatezza, efficacia ed efficienza (art. 2, comma 2, Patto per la Salute 2010-2012).

In siffatto contesto la rideterminazione delle dotazioni organiche aziendali assume pertanto un ruolo ed una valenza eminentemente strategica, potendosi – attraverso di esse – pervenire ad una più razionale allocazione delle risorse umane e, in prospettiva futura, tendere anche verso un'ottimizzazione dei carichi di lavoro del personale dipendente.

La necessità di intraprendere tale azione si evidenzia ancor più alla luce del disposto dell'articolo 2, commi 71 e ss., della legge n. 191/2009, che – nel recepire i contenuti del Patto per la Salute 2010-2012, di cui all'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 – ha previsto, per il triennio 2010-2012 (e poi anche per il biennio 2013-2014, in virtù del disposto dell'art. 17, comma 3, del D.L. n. 98 del 6 luglio 2011 convertito in legge n. 111/2011), che gli enti del Servizio sanitario nazionale concorrono alla realizzazione degli obiettivi di finanza pubblica adottando misure necessarie a garantire che le spese del personale, al lordo degli oneri riflessi a carico delle amministrazioni e dell'imposta regionale sulle attività produttive, non superino per ciascuno degli anni relativi al periodo considerato il corrispondente ammontare dell'anno 2004 diminuito dell'1,4%, prevedendosi ulteriormente che gli enti del S.S.N. "nell'ambito degli indirizzi fissati dalle regioni, anche in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione ed efficientamento della rete ospedaliera, per il conseguimento degli obiettivi di contenimento della spesa previsti dal medesimo comma, devono predisporre un programma annuale di revisione delle consistenze di personale dipendente a tempo indeterminato, determinato, che presta servizio con contratti di collaborazione coordinata e continuativa o con altre forme di lavoro flessibile o con convenzioni, finalizzato alla riduzione della spesa complessiva per il personale, con conseguente ridimensionamento dei pertinenti fondi della contrattazione integrativa".

PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

Pescara, li 08 OTT. 2012

Dott.ssa Barbara Morganti

## ALLEGATO A

A tal proposito occorre rilevare che, se da un lato, è inconfutabile che le Aziende USL della Regione Abruzzo hanno già provveduto nel corso dell'ultimo quinquennio ad una notevole riduzione del personale in servizio (che, al netto delle categorie protette, al 31.12.2011 si è attestato sulle 14.272 unità, a fronte delle 16.262 unità registrate al 31.12.2006), d'altro canto non può omettersi di considerare che, nel medesimo arco temporale, anche l'offerta sanitaria pubblica, espressa in termini di posti letto, ha subito una notevole riduzione.

Evidenziata quindi la necessità, in relazione al quadro appena delineato, di pervenire ad una rideterminazione delle dotazioni organiche aziendali, appare opportuno fornire delle linee di indirizzo regionali onde far sì che tale processo di rideterminazione prenda le mosse da principi e criteri omogenei e unitari che, pur nell'ambito delle specifiche peculiarità delle singole realtà aziendali, possano garantire una base comune di riferimento applicativo.

L'articolo 6 del decreto legislativo n. 165 del 2001, così come modificato da ultimo col decreto legislativo n. 150/2009, dispone al comma 1 che *"nelle amministrazioni pubbliche l'organizzazione e la disciplina degli uffici, nonché la consistenza e la variazione delle dotazioni organiche sono determinate in funzione delle finalità indicate all'articolo 1, comma 1, previa verifica degli effettivi fabbisogni (...)"*.

Dunque, le Amministrazioni pubbliche devono determinare le proprie dotazioni organiche in funzione dell'accrescimento della propria efficienza (lett. a dell'articolo 1, comma 1, del D. Lgs. n. 165/2001), della razionalizzazione del costo del lavoro pubblico e del contenimento della spesa complessiva per il personale (lett. b dell'articolo 1, comma 1, cit.) e della realizzazione della migliore utilizzazione delle risorse umane (lett. c dell'articolo 1, comma 1, cit.), muovendo da una preventiva verifica degli effettivi fabbisogni di personale.

E', quest'ultimo, un aspetto di fondamentale importanza in quanto solo una coerente ed efficace rilevazione del fabbisogno del personale che è necessario all'amministrazione per porre in essere le proprie attività e conseguire gli obiettivi che alla stessa sono demandati consente di prevedere dotazioni organiche che siano razionali ed efficienti, coerenti con la *mission* aziendale, e che non aggravino inutilmente la spesa pubblica, tanto più in un momento storico, quale quello attuale, in cui si pone evidente la necessità di individuare strumenti che possano continuare a garantire la tenuta del Servizio sanitario nazionale nonostante la costante diminuzione del finanziamento statale per la sanità.

Alla luce di quanto appena rilevato, si rende pertanto necessario individuare dei criteri che – *in primis* con riferimento ai profili professionali che costituiscono il "nocciolo duro" della dotazione organica aziendale, sia da un punto di vista numerico che della tipologia di funzioni svolte – consentano alle Aziende USL di definire, in maniera per quanto possibile oggettiva ed omogenea, gli effettivi fabbisogni di personale da formalizzare nelle previsioni della dotazione organica aziendale.

## **2. Definizione dei fabbisogni di personale**

Per quanto attiene al personale medico, infermieristico e agli operatori di supporto all'assistenza che prestano servizio nell'ambito delle aree di degenza si ritiene opportuno far riferimento a degli standard di personale differenziati, che tengano conto della diversità del bisogno assistenziale al quale si fa fronte nell'ambito delle diverse unità operative di riferimento.



## ALLEGATO A

Possono, pertanto, essere individuate aree di degenza con 4 diversi livelli di complessità:

- a bassa complessità assistenziale
- a media complessità assistenziale
- ad alta complessità assistenziale
- di assistenza intensiva

Al fine di poter garantire, almeno in fase di prima attuazione, un certo grado di omogeneità e standardizzazione nel valutare a livello aziendale i livelli di complessità assistenziale delle diverse strutture, le unità operative di degenza sono già a priori classificate tenendo conto della riferita quadripartizione per livello di complessità, secondo lo schema di cui all'allegato 1.

In queste ipotesi il principale parametro di riferimento in relazione al quale viene calcolato il fabbisogno di personale, applicando gli standard e le formule di seguito specificate, è costituito dai posti letto previsti. A tal proposito, è opportuno precisare che i posti letto da prendere a riferimento sono i posti letto così come rideterminati con la deliberazione commissariale n. 45/2010 (allegato C), ragion per cui – qualora non lo si fosse ancora fatto – occorre preventivamente procedere ad adeguare alle previsioni del riferito provvedimento la dotazione di posti letto aziendali.

Al riguardo, inoltre, è opportuno richiamare l'attenzione anche su quanto previsto nell'ambito dell'allegato C della richiamata deliberazione commissariale n. 45/2010, con particolare riferimento al paragrafo relativo al "dimensionamento delle Unità Operative" (pagg. 9-11 dell'allegato), ove – allo scopo di ottimizzare le risorse – si prevede, tra l'altro, che "le unità operative complesse (...) hanno un dimensionamento di posti letto ordinari non inferiore, di norma, a 20 per le specialità mediche e chirurgiche e di norma di 8 posti letto per l'alta specialità (terapia intensiva, terapia intensiva neonatale, unità terapia intensiva cardiologica)", stabilendosi inoltre che "all'interno di un modulo di degenza di 20 posti letto si possono aggregare, a loro volta, più unità operative complesse e semplici, appartenenti alla stessa area funzionale, allo scopo di superare la frammentarietà esistente" e, ancora, che "negli ospedali di bassa complessità, le unità operative complesse, per raggiungere il modulo di degenza definito, si aggregano in Aree Mediche o Chirurgiche indistinte, dove operano in maniera integrata con gli obiettivi e i risultati attesi dell'approccio dipartimentale e con il fine di ottimizzare le risorse e garantire la qualità". E' di tutta evidenza, infatti, che anche la corretta e preventiva attuazione di tali previsioni costituisce presupposto necessario ed indefettibile per una congrua determinazione dei fabbisogni di personale (e, quindi, delle dotazioni organiche aziendali), funzionale ad una utilizzazione efficiente ed ottimale del personale in servizio.

Precisato quanto sopra per le unità operative di degenza, per quanto attiene, invece, ai fabbisogni delle medesime tipologie di personale sanitario afferente l'area dei Servizi clinici diagnostici e terapeutici e dei Servizi di Staff ed igienico-organizzativi, gli stessi potranno essere determinati in misura proporzionale ai fabbisogni e alle dotazioni organiche determinati per le aree di degenza, mentre per il personale afferente i Dipartimenti di Prevenzione e l'area dei Servizi Territoriali potrà prendersi come parametro di riferimento la popolazione residente nell'ambito territoriale di riferimento di ciascuna ASL regionale.

Riguardo, poi, al restante personale (dirigenziale e di comparto) del ruolo sanitario, il relativo fabbisogno può determinarsi proporzionalmente (in misura percentuale), rispettivamente, al numero di medici e di infermieri previsti in dotazione organica.

Con riferimento, infine, ai fabbisogni di personale del ruolo tecnico, professionale ed amministrativo, trattandosi di personale che assolve a funzioni che sono strumentali rispetto al *core business* aziendale

## ALLEGATO A

(erogazione di prestazioni sanitarie) assicurato dal personale sanitario, si stabiliscono degli standard in misura percentuale rispetto al restante personale in servizio.

### 2.1 Fabbisogno del personale dirigenziale medico e veterinario

Riguardo al personale medico che presta servizio nelle aree di degenza (mediche e chirurgiche) gli standard di riferimento in relazione al numero di posti letto previsti (comprensivi dei posti letto di day hospital e di day surgery) e alla complessità assistenziale della struttura considerata sono i seguenti:

	Medici per p.l. attivati
Bassa complessità	0,24 (area medica) – 0,28 (area chirurgica)
Media Complessità	0,30 (area medica) – 0,34 (area chirurgica)
Alta complessità	0,42 (area medica) – 0,46 (area chirurgica)
Assistenza intensiva	1

Esemplificando, per una struttura classificata come di bassa complessità in area chirurgica con 20 p.l., l'operazione da effettuare è la seguente:  $20 \text{ (p.l.)} \times 0,28 = 5,6$ . Quindi arrotondando all'unità superiore il fabbisogno di medici per la struttura in considerazione sarà di n. 6 medici.

Convenzionalmente, ed al fine di evitare l'ingerarsi di ipotesi di carenze di personale in relazione ai posti letto previsti, si stabilisce che nell'ipotesi in cui il calcolo del fabbisogno – operato secondo il metodo sopra esemplificato – determini un numero non intero ma decimale e maggiore di 0,3 rispetto alla cifra intera ottenuta, si procede all'arrotondamento all'unità superiore.

Per quanto attiene al personale medico afferente i posti letto di lungodegenza, si applica lo standard per la bassa complessità dell'area medica dimezzato, per cui lo standard di riferimento è di 0,12 medici per posti letto previsti.

Nel calcolo del fabbisogno di personale medico e veterinario delle singole unità operative non vengono considerati i dirigenti medici e veterinari titolari di unità operative complesse e i dirigenti titolari di U.O.S.D. dotate di posti letto dedicati.

Per le unità operative semplici a valenza dipartimentale (UU.OO.SS.DD) afferenti le aree di degenza, qualora le stesse non siano dotate di posti letto dedicati che consentano il calcolo del relativo fabbisogno di personale medico, si prevede un fabbisogno pari a n. 2 unità di personale medico (compreso il titolare della UOSD) per le unità operative che assicurano un servizio h12 e pari a n. 3 unità di personale medico (compreso il titolare della UOSD) per le unità operative che assicurano un servizio h12 con reperibilità notturna.

Per le unità operative nell'ambito delle quali sono adottate in via ordinaria pratiche diagnostiche e terapeutiche con strumentazioni complesse ad elevato impegno professionale (ad es. endoscopia, attività di fisiopatologia respiratoria, dialisi e simili) la dotazione organica determinata in base agli standard delineati può essere integrata almeno di una ulteriore unità di personale medico in relazione ai volumi di attività prestatati e, comunque, entro il limite massimo complessivo del 10% del fabbisogno del personale dirigenziale medico relativo alle aree di degenza.

## ALLEGATO A

Inoltre, per le unità operative di degenza che svolgono attività ambulatoriale (non rientrante nell'ambito delle ipotesi prese in considerazione al capoverso precedente) per un ammontare complessivo superiore alle 24 ore settimanali, si prevede la possibilità di integrare di una ulteriore unità il personale medico previsto.

Per le unità operative di degenza che devono assicurare un servizio h24 (es. Pediatria, Ostetricia e Ginecologia, etc.) e in cui il calcolo del fabbisogno operato secondo i criteri suddetti non garantisce il numero minimo di personale medico necessario a garantire la turnistica (calcolato convenzionalmente come pari a 6 unità), il fabbisogno calcolato deve essere integrato del numero di unità necessario a raggiungere il numero minimo di 6 dirigenti.

Per quanto attiene al fabbisogno di personale medico per le attività di pronto soccorso, la stima del relativo fabbisogno non può essere correlata ai medesimi criteri utilizzati per le unità operative di degenza, ma si reputa opportuno far riferimento al volume degli accessi. Si stabilisce, pertanto, che per le attività di pronto soccorso debba prevedersi un organico di 7 medici per i primi 15.000 accessi annui, di 9 medici laddove il numero di accessi annui registrato sia compreso tra i 15.000 e i 25.000, con la previsione di un medico ogni ulteriori 5.000 accessi annui al di sopra dei 25.000, oltre al Direttore/Responsabile dell'Unità operativa. Tale dotazione è poi da integrarsi ulteriormente in relazione alla eventuale presenza di una osservazione breve e in ragione del relativo numero di posti letto attribuiti, prevedendosi un fabbisogno di personale medico di n. 4 unità fino a 5 p.l. di osservazione breve e di n. 6 unità oltre i 5 posti letto. Riguardo al personale medico dipendente afferente il Servizio 118, la previsione del relativo fabbisogno è ricompresa nell'ambito del fabbisogno complessivo di personale medico relativo ai Servizi Territoriali, calcolato secondo il criterio sotto specificato; in sede di approvazione del decreto commissariale inerente il Sistema dell'emergenza-urgenza si provvederà a definire uno standard organico minimo per quanto riguarda sia le Centrali Operative che le postazioni territoriali di 118.

Il fabbisogno di personale medico dei Servizi clinici diagnostici e terapeutici (es. UU.OO. di anatomia patologica, patologia clinica, radiodiagnostica, radioterapia, medicina nucleare, anestesia e rianimazione, medicina trasfusionale etc.) che non dispongono di posti letto (e all'ambito dei quali afferisce anche parte del personale dirigenziale del ruolo sanitario di cui al seguente punto 2.7) e dei Servizi di Staff ed igienico-organizzativi viene determinato in una misura percentuale massima pari al 40% del fabbisogno di personale medico complessivo (comprensivo dei titolari di UU.OO.CC. e del personale delle UU.OO.SS.DD.) calcolato per le aree di degenza a livello aziendale. Ad esempio, se il fabbisogno del personale medico relativo alle aree di degenza a livello aziendale sarà pari complessivamente a 500 unità il fabbisogno del personale medico dei servizi clinici diagnostici e terapeutici e dei servizi di staff ed igienico organizzativi potrà essere quantificato al massimo in 200 unità. Si precisa che, nell'ambito della prevista misura percentuale massima del 40%, per il personale dei Servizi di Staff ed igienico-organizzativo non potrà comunque prevedersi un fabbisogno superiore al 5% del fabbisogno di personale medico complessivo (comprensivo dei titolari di UU.OO.CC. e del personale delle UU.OO.SS.DD.) calcolato per le aree di degenza a livello aziendale.

Per il personale medico e veterinario in servizio presso i Dipartimenti di Prevenzione, si stabilisce uno standard di fabbisogno parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi come pari, al massimo, allo 0,25 il rapporto tra dirigenti medici e veterinari in servizio presso i Dipartimenti di Prevenzione rispetto alla popolazione residente/1000. Esemplificando, per una ASL con 300.000 residenti, il fabbisogno massimo determinabile in base al riferito standard sarà di 75 dirigenti medici veterinari ( $0,25 \times 300.000/1.000$ ).

## ALLEGATO A

Anche con riguardo al personale medico relativo ai Servizi Territoriali si stabilisce uno standard di fabbisogno parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi – anche in una prospettiva di potenziamento dell'area dei servizi territoriali nell'ambito del complessivo processo di riordino della rete ospedaliera - come pari, al massimo, allo 0,40 il rapporto tra dirigenti medici in servizio presso i Servizi territoriali rispetto alla popolazione residente/1000.

### **2.2 Fabbisogno del personale infermieristico e del personale di supporto all'assistenza**

Prendendo a riferimento, in linea di massima, quanto previsto nell'allegato 7 (*"Definizione del fabbisogno delle risorse infermieristiche, fisioterapisti, del personale di supporto e del personale sanitario della riabilitazione"*) alla deliberazione di Giunta Regionale n. 591/P dell'1.7.2008, con cui sono stati approvati i manuali di autorizzazione ed accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, si stabiliscono degli standard organizzativi per infermieri e per personale di supporto all'assistenza<sup>1</sup> in relazione alla complessità assistenziale delle unità operative di riferimento come da seguente tabella

Tab. 1 – Indici standard organizzativi per infermieri e OSS in relazione alla complessità assistenziale

	INFERMIERI	Personale di supporto
Bassa complessità	0.23	0.18
Media Complessità	0.35	0.21
Alta complessità	0.53	0,25
Assistenza intensiva	2	0.35

Il calcolo dei fabbisogni per ciascuna Unità Operativa di degenza deve essere elaborato tenendo conto dei posti letto previsti (ai sensi della deliberazione commissariale n. 45/2010) e del relativo tasso di occupazione (che viene, in prima applicazione, calcolato convenzionalmente in una misura ottimale dell'80%), partendo dal presupposto che i pazienti effettivamente assistiti corrispondono ai posti letto previsti per il relativo tasso di occupazione. Il prodotto di tale moltiplicazione va ulteriormente moltiplicato per l'indice di standard organizzativo di cui alla tabella 1 soprastante relativo alla classe di complessità assistenziale di appartenenza (desumibile in base alla classificazione delle strutture operata nell'Allegato 1). Si procede quindi a moltiplicare il prodotto così ottenuto per le ore effettuate per turno (8 per gli infermieri, 6 per il personale di supporto) e successivamente per i giorni di assistenza annui (365). Il totale ottenuto (ore totali di assistenza necessarie nell'anno) viene quindi diviso per le ore medie lavorate per anno (quantificate convenzionalmente in 1350 h per gli infermieri e 1380 h per il personale di supporto all'assistenza).

Convenzionalmente, ed al fine di evitare l'ingenerarsi di ipotesi di carenze di personale in relazione ai posti letto previsti, si stabilisce che nell'ipotesi in cui il calcolo del fabbisogno – operato secondo il metodo sopra esemplificato – determini un numero non intero ma decimale e maggiore di 0,3 rispetto alla cifra intera ottenuta, si procede all'arrotondamento all'unità superiore. Il risultato finale scaturente rappresenta il fabbisogno di infermieri e di O.S.S. per la struttura presa in considerazione.

<sup>1</sup> Per personale di supporto all'assistenza si intende far riferimento, in primo luogo, agli O.S.S., con la precisazione che in sede di prima applicazione degli standard si prevede che al relativo fabbisogno possa temporaneamente farsi fronte con i profili, previsti ad esaurimento ed ancora presenti negli organici aziendali, degli Infermieri generici e psichiatrici con un anno di corso e degli Operatori tecnici addetti all'assistenza (O.T.A.).

## ALLEGATO A

Riepilogando, è possibile dunque enucleare la seguente formula per il calcolo del fabbisogno degli infermieri e degli operatori di supporto:

$$\text{P.L.} \times \text{T.O.M.} \times \text{I.S.O.} \times \text{O.T.} \times \text{G.A.} / \text{O.M.L.A.}$$

dove P.L. sta per posti letto, T.O.M. sta per tasso di occupazione media (individuato convenzionalmente, in prima applicazione, nella misura dell'80%), I.S.O. sta per indice di standard organizzativo, O.T. sta per ore effettuate per turno, G.A. sta per giorni di assistenza nell'anno (365) e O.M.L.A. sta per ore medie lavorate per anno (quantificate, convenzionalmente, in 1350 h per il personale infermieristico e 1380 h per il personale di supporto, tenuto conto delle ore medie effettivamente lavorate nel corso dell'anno: cioè sottraendo al debito orario annuo le ore non lavorate in relazione ai giorni di assenza registrati nel corso dell'anno sulla base dei dati di tabella 11 del Conto Annuale 2009 e 2010).

Esemplificando, per un reparto con 20 p.l. previsti, classificabile nell'ambito delle strutture di media complessità, si calcola il relativo fabbisogno di infermieri procedendo nel seguente modo:

Calcolo fabbisogno infermieristico				
		<i>esempio</i>		
P.L. (posti letto previsti)		20		
T.O.M. (tasso di occupazione media) = 80%	x	0,80	16	presenza media
I.S.O. (indice standard organizzativo) = 0,35 per un reparto di media complessità assistenziale	x	0,35	5,6	n. infermieri presenti nelle 24 h
O.T. (ore effettuate per turno) = 8 per infermieri	x	8	44,8	ore totali necessarie nelle 24h
G.A. (giorni di assistenza annui) = 365	x	365	16.352	ore totali necessarie nell'anno
O.M.L.A. (ore medie lavorate annue) = 1350	/	1350	12,11	n. infermieri totali necessari
<b><u>Totale unità infermieristiche da prevedere</u></b>		<b><u>12</u></b>		<b>FABBISOGNO INFERMIERI</b>
<i>minuti di assistenza paziente/die</i>		<i>168,00</i>		<i>minuti di assistenza paziente/die</i>

Analogamente si procede per il calcolo del fabbisogno di O.S.S. (operatori di supporto), esemplificando con riferimento ad una struttura classificabile come di bassa complessità:

Calcolo fabbisogno O.S.S.				
		<i>esempio</i>		
P.L. (posti letto previsti)		20		
T.O.M. (tasso di occupazione media) = 80%	x	0,80	16	presenza media
I.S.O. (indice standard organizzativo) = 0,18 per un reparto di bassa complessità assistenziale	x	0,18	2,88	n. O.S.S. presenti nelle 24 h
O.T. (ore effettuate per turno) = 6 per O.S.S.	x	6	17,28	ore totali necessarie nelle 24h
G.A. (giorni di assistenza annui) = 365	x	365	6.307	ore totali necessarie nell'anno
O.M.L.A. (ore medie lavorate annue) = 1380	/	1380	4,57	n. O.S.S. totali necessari
<b><u>Totale unità O.S.S. da prevedere</u></b>		<b><u>5</u></b>		<b>FABBISOGNO O.S.S.</b>
<i>minuti di assistenza paziente/die</i>		<i>64,80</i>		<i>minuti di assistenza paziente/die</i>

## ALLEGATO A

Per le UU.OO. ove sono previsti gli O.S.S. (o, comunque, gli operatori di supporto) in turno anche di notte bisogna considerare per il calcolo del fabbisogno il turno di 8 ore, anziché quello di 6 ore previsto normalmente.

Si precisa, per quanto riguarda i posti letto da prendere a riferimento per l'elaborazione dei relativi calcoli, che, secondo quanto già evidenziato, occorre far riferimento al numero di posti letto così come rideterminati con la deliberazione commissariale n. 45/2010 (allegato C).

Si sottolinea, inoltre, l'obbligo di utilizzare in modo appropriato le risorse infermieristiche, in quanto da dati nazionali emerge che una quota stimabile intorno al 30% del Tempo Lavoro degli infermieri, è utilizzato per lo svolgimento di attività non proprie e specifiche di tale figura.

In tale ottica si rende necessario prevedere un adeguato numero di personale di supporto assistenziale (O.S.S.), o anche di personale ausiliario ed amministrativo per lo svolgimento di attività e compiti che, più propriamente, afferiscono a tali figure.

Soprattutto, in prospettiva futura, va realizzato a livello aziendale un progressivo riequilibrio del personale O.S.S. rispetto al personale infermieristico, tendente a raggiungere un livello ottimale che – secondo la letteratura di riferimento - è di 1 O.S.S. ogni 3-4 unità di personale infermieristico (con un rapporto infermieri/OSS oscillante tra lo 0,25 e lo 0,30), mentre attualmente nella nostra Regione è all'incirca di un OSS ogni 10 infermieri (rapporto di 0,10); a tale fine il percorso che potrebbe essere seguito dalle Aziende USL regionali è quello di procedere, quantomeno in parte, a sostituire il personale infermieristico che ~~progressivamente cessa dal servizio con personale O.S.S.~~

Nel calcolo del fabbisogno di personale infermieristica delle singole unità operative non vengono considerate le figure dei coordinatori: a tal proposito si richiama comunque l'attenzione sugli appositi indirizzi regionali emanati ai fini della fissazione dei parametri standard per l'individuazione delle posizioni di coordinamento del personale del comparto, previsti nell'ambito dell'allegato 3 al Programma Operativo 2010.

Con riferimento specifico alle aree di degenza ordinaria ospedaliera appare opportuno fornire inoltre una serie di indicazioni ulteriori che di seguito si riportano:

- A. la previsione di personale per le diverse Unità operative deve comunque considerare, al fine di garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori, che – ferma restando l'applicazione degli indici sopra esposti – il numero minimo di infermieri presenti in ciascun turno non può essere di norma inferiore a 2 unità, integrati – ove possibile – da una unità di personale di supporto e che al fine di garantire la turnistica il numero di infermieri per le varie Unità operative deve essere almeno pari a 7 unità; quanto appena detto comporta che, al fine di evitare inefficienze gestionali e il non ottimale utilizzo delle risorse umane in servizio, i moduli di degenza dovrebbero tendenzialmente adeguarsi alle sopra richiamate prescrizioni contenute nella deliberazione commissariale n. 45/2010 (cioè essere non inferiori, di norma, a 20 p.l. per le specialità mediche e chirurgiche e ad 8 p.l. per le terapie intensive). Ne consegue che, per quanto attiene ai fabbisogni infermieristici relativi ad Unità Operative che devono essere fatte oggetto di aggregazione al fine di perseguire il riferito dimensionamento ottimale, non si procederà all'integrazione fino alle 7 unità se il numero minimo di infermieri sufficiente a garantire la turnistica è assicurato comunque dalla sommatoria del fabbisogno di infermieri relativo alle singole unità operative aggregate;

## ALLEGATO A

- B. per quanto attiene al personale di supporto all'assistenza, considerata l'attuale scarsa presenza di OSS nell'ambito delle ASL regionali, in sede di prima applicazione si prevede che al relativo fabbisogno possa temporaneamente farsi fronte con i profili, previsti ad esaurimento ed ancora presenti negli organici aziendali, degli Infermieri generici e psichiatrici con un anno di corso e degli Operatori tecnici addetti all'assistenza (O.T.A.);
- C. dopo la fase di prima applicazione, occorre procedere periodicamente, con cadenza almeno biennale, a verificare – anche in relazione all'effettivo tasso di occupazione dei posti letto – la congruità della dotazione organica prevista, adattandola – ove del caso e sempre tenendo conto degli standard sopra riportati – alle realtà operative riscontrate.

In aggiunta al fabbisogno di infermieri che si delinea in applicazione delle regole enunciate, si stabilisce poi una maggiorazione complessiva del 25% rispetto alla dotazione organica di infermieri delle unità operative di degenza rideterminata in base agli standard evidenziati per le esigenze dei Servizi clinici diagnostici e terapeutici e dei Servizi di Staff ed igienico-organizzativi. Nell'ambito di tale 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 ospedalieri.

Per le unità operative semplici a valenza dipartimentale (UU.OO.SS.DD) afferenti le aree di degenza, qualora le stesse non siano dotate di posti letto dedicati che consentano il calcolo del relativo fabbisogno di personale infermieristico, può prevedersi uno specifico fabbisogno di personale infermieristico nella misura necessaria all'impegno lavorativo relativo alla struttura stessa.

Per far fronte, infine, alle specifiche esigenze dei Servizi territoriali e, eventualmente, dei Dipartimenti di Prevenzione si stabilisce uno standard di fabbisogno di infermieri parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi – anche nell'ambito della richiamata prospettiva di potenziamento dell'area dei servizi territoriali - come pari, al massimo, allo 0,70 il rapporto tra personale infermieristico in servizio presso i Servizi territoriali e i Dipartimenti di Prevenzione rispetto alla popolazione residente/1000: ad esempio, per una ASL con 300.000 residenti, il fabbisogno in base al riferito standard sarà di 210 unità di personale infermieristico ( $0,70 \times 300.000/1.000$ ). In questi ambiti specifici (Servizi Territoriali e Dipartimenti di Prevenzione), laddove se ne ravvisasse l'opportunità e/o la necessità in relazione alla realtà delle esigenze assistenziali rilevate, sempre nel rispetto dello standard complessivo evidenziato per il personale infermieristico, nell'ambito della dotazione organica da rideterminare potranno prevedersi unità di personale di altre professioni sanitarie (non calcolato nell'ambito degli specifici fabbisogni previsti per tali professioni come di seguito indicati) in luogo di personale infermieristico.

Anche, per quanto attiene al personale di supporto all'assistenza, si prevede la possibilità di una maggiorazione complessiva massima del 10% rispetto alla dotazione organica di personale di supporto delle unità operative di degenza rideterminata in base agli standard evidenziati per le eventuali specifiche esigenze dei Servizi clinici diagnostici e terapeutici, dei Servizi Territoriali e, eventualmente, dei Dipartimenti di Prevenzione.

### **2.2.1. Standard specifici**

Per quanto attiene all'attività di Day Hospital e Day Surgery, trattandosi di attività caratterizzate da un elevato contenuto clinico in cui vengono privilegiate le attività diagnostiche e di terapia, il ruolo

## ALLEGATO A

assistenziale è prevalentemente di collaborazione con l'attività del medico specialista. In tale contesto, considerando l'attività dei DH sulle 12 ore giornaliere dal lunedì al venerdì e l'attivazione di 6 ore nella giornata del sabato, con un indice di rotazione sul posto letto o poltrona disponibile pari a 3, lo standard di infermieri - calcolato in rapporto al numero di accessi - che si ritiene di indicare è pari a 0,20; per il Day Surgery, lo standard di infermieri che si ritiene appropriato, sempre in rapporto al numero di accessi, è pari allo 0,40. Per gli O.S.S. (personale di supporto) gli indici consigliati sono dello 0,10 per il Day Hospital e dello 0,20 per il Day Surgery, sempre in relazione al numero di accessi.

Riguardo agli standard per le sale operatorie, si prevedono degli indicatori che fanno riferimento al numero di operatori presenti/postazione di lavoro attiva in sala operatoria, differenziati in relazione alla tipologia di interventi (ad alta e media complessità o a bassa complessità: da individuarsi in relazione alla classificazione di cui all'allegato 1 delle diverse specialità chirurgiche), come di seguito specificati:

<b>Interventi ad alta e media complessità</b>	
Presenza nelle 24 h	Presenza per postazione di lavoro attiva
Standard infermieri	3

<b>Interventi a bassa complessità</b>	
Presenza nelle 24 h	Presenza per postazione di lavoro attiva
Standard infermieri	2

Per postazione di lavoro attiva di Sala Operatoria si intende una funzione specifica che svolge ogni infermiere, continuativa nel tempo, in base al modello organizzativo adottato ed alla complessità degli interventi.

Per quanto riguarda il personale di supporto nelle sale operatorie, lo stesso va definito in base al modello organizzativo specifico ed alla logistica del servizio, tenuto conto della opportunità di prevedere OSS per le attività di sterilizzazione ogni due sale (laddove non è presente un servizio centralizzato ad hoc) e OSS per le attività di collegamento (trasporto malati, materiale biologico, etc.) con tutti i servizi ospedalieri.

Nell'ambito dei Pronto Soccorso aziendali sono individuati i seguenti standard:

<i>Presenza nelle 24 h</i>	<i>Presenza minima</i>	<i>Presenza consigliata</i>
Standard infermieri	2 unità sempre presenti per turno nelle 24 h fino a 30 accessi giornalieri + 1 ulteriore unità ogni 30 accessi ulteriori	2 unità sempre presenti per turno nelle 24 h fino a 20 accessi giornalieri+ 1 ulteriore unità ogni 20 accessi ulteriori
Standard personale di supporto	1 unità sempre presente per turno nelle 24 h fino a 50 accessi giornalieri	1 unità sempre presente per turno nelle 24 h + 1 unità oltre 50 accessi ulteriori

Per quanto attiene invece al personale infermieristico e di supporto del Servizio 118, il relativo fabbisogno deve ritenersi ricompreso nell'ambito delle previsioni numeriche forfettarie stabilite per i Servizi Territoriali di cui a pag. 9 del presente documento; in sede di approvazione del decreto commissariale inerente il Sistema dell'emergenza-urgenza si provvederà comunque a definire uno standard organico minimo per quanto riguarda sia le Centrali Operative che le postazioni territoriali di 118.

In relazione alle attività ambulatoriali va fatto riferimento ad un indicatore che prenda in considerazione le ore di presenza degli operatori in rapporto alle ore di apertura al pubblico (ore presenza operatori/ore di apertura al pubblico), applicando il seguente standard:



## ALLEGATO A

<i>Tipologia ambulatori</i>	<i>Presenza infermieri</i>	<i>Presenza personale supporto e/o amm.vo</i>
Ambulatori nei quali è appropriata la presenza infermieristica	1,0	
Ambulatori nei quali non è appropriata la presenza infermieristica		1,2
Aggregazione di ambulatori in ambito dipartimentale		Almeno una unità di personale amministrativo fino a 10 UU.OO.CC. aggregate nel Dipartimento e due unità per aggregazioni superiori a 10 UU.OO.CC.

Appare opportuno evidenziare al riguardo che l'area ambulatoriale rappresenta una delle principali opportunità di inserimento per il personale che per motivi di salute non può essere impiegato nell'assistenza diretta sulle 24h.

Relativamente ai Servizi Dialisi, si prende a riferimento un indicatore relativo al numero operatori presenti/numero letti dialisi attivi 12 h, applicando il seguente standard:

<i>Presenza nelle 12 h</i>	<i>Presenza</i>
Standard infermieri	1,0
Standard personale di supporto (O.S.S.)	0,3

Con riferimento all'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), dalla rilevazione delle attività infermieristiche inerenti tale servizio e dal numero di accessi necessari per garantire la continuità assistenziale, dalla presa in carico alla dimissione, si può ritenere che il fabbisogno assistenziale per paziente, compresi i tempi di percorrenza per il raggiungimento del domicilio dello stesso, si attesti intorno alle 60/90 h per anno: il bisogno assistenziale relative alle 60h/anno viene utilizzato per lo più per i pazienti ultrasessantacinquenni, mentre le 90h/anno vengono utilizzate per i pazienti terminali. *Per quanto riguarda l'assistenza infermieristica domiciliare per i pazienti non eletti in ADI, si procederà alla quantificazione dei tempi di ogni prestazione, aggiungendo il tempo medio di percorrenza per ogni accesso domiciliare effettuato.* Lo standard per l'ADI e le cure palliative domiciliari può pertanto essere individuato, sulla base dell'indicatore *n. ore effettive infermiere per anno / n. ore fabbisogno assistenziale paziente in carica in ADI*, nel modo seguente:

<i>Ore effettive di lavoro infermiere per anno</i>	<i>Bisogno assistenziale pazienti in ADI &gt; 65 anni</i>	<i>Pazienti &gt; 65 anni presi in carico da ogni unità infermieristica per anno</i>
1350 h	60 h	23 casi
<i>Ore effettive di lavoro infermiere per anno</i>	<i>Bisogno assistenziale pazienti terminali in ADI</i>	<i>Pazienti terminali presi in carico da ogni unità infermieristica per anno</i>
1350 h	90 h	15 casi

### **2.3 Fabbisogno del personale ostetrico e di puericultrici**

Per ogni unità operativa di ostetricia devono essere previste delle unità di personale ostetrico in misura minima di 8. Nelle strutture con attività oltre i 600 parti all'anno la dotazione organica deve prevedere almeno 10 ostetriche, ferma restando la obbligatorietà della copertura del servizio h 24.

## ALLEGATO A

Nell'ambito delle unità operative, in relazione alle cui competenze può rendersi necessario l'utilizzo di puericultrici, può determinarsi uno specifico fabbisogno relativo a tale figura nel limite di uno standard massimo pari all'1,5% del personale infermieristico complessivo (cat. D-DS) previsto nella dotazione organica rideterminata secondo i criteri sopra specificati.

### **2.4 Fabbisogno del personale del comparto dell'area della riabilitazione**

Per il personale del comparto dell'area della riabilitazione, si prevede un fabbisogno numerico massimo pari all'8% del personale infermieristico (cat. D-Ds) previsto nella dotazione organica rideterminata secondo i criteri sopra specificati.

Come indicazione di massima, tenuto conto dei volumi di prestazioni riabilitative erogate e facendo riferimento a quanto previsto nell'ambito del richiamato allegato 7 (*"Definizione del fabbisogno delle risorse infermieristiche, fisioterapisti, del personale di supporto e del personale sanitario della riabilitazione"*) alla deliberazione di Giunta Regionale n. 591/P dell'1.7.2008, per il calcolo in concreto del fabbisogno di personale appartenente all'area della riabilitazione potranno prendersi a riferimento i seguenti standard:

- per i trattamenti ambulatoriali: 1 paziente ogni ora, con una presa in carico effettiva di 45 minuti, per un totale massimo di 36 pazienti settimanali;
- per i trattamenti domiciliari: 1 paziente ogni 108 minuti, comprensivi dei tempi di spostamento e con una presa in carico effettiva di 45 minuti, per un totale massimo di 20 pazienti settimanali;
- per i trattamenti in regime di ricovero, il trattamento riabilitativo si deve effettuare con il rispetto degli stessi tempi previsti per lo svolgimento delle attività ambulatoriali di cui sopra.

### **2.5 Fabbisogno del personale del comparto dell'area tecnico-sanitaria**

Con riferimento al personale tecnico-sanitario del comparto, si stabilisce un fabbisogno numerico massimo pari al 15% del personale infermieristico (cat. D-Ds) previsto nella dotazione organica rideterminata secondo i criteri sopra specificati.

### **2.6 Fabbisogno del personale del comparto dell'area di prevenzione**

Per il personale di comparto dell'area di prevenzione (Tecnici della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro e Assistenti sanitari), che opera per lo più nell'ambito dei Dipartimenti di Prevenzione e dei Servizi Territoriali, si prevede uno standard parametrato sulla popolazione residente nell'ambito dell'area territoriale di riferimento di ciascuna ASL, individuandosi come pari allo 0,12 il rapporto ottimale che dovrebbe intercorrere tra il personale di vigilanza ed ispezione e la popolazione residente/1000. Ad esempio, per una ASL con popolazione pari a 300.000 residenti, il relativo fabbisogno sarà di 36 unità di personale ( $0,12 \times 300.000/1.000$ ).

## ALLEGATO A

### **2.7 Fabbisogno del personale dirigenziale del ruolo sanitario (non medico veterinario)**

Riguardo i dirigenti biologi, fisici, chimici e psicologi si ritiene opportuno stabilire un fabbisogno parametrato in misura percentuale sul totale dei dirigenti medici previsti in Azienda, nella misura massima del 7% del personale medico (dirigenti e direttori) previsto in dotazione organica.

Per i dirigenti farmacisti si stabilisce un fabbisogno massimo, rapportato sempre al totale dei dirigenti medici (dirigenti e direttori) previsti in dotazione organica, pari al 3% degli stessi, con la precisazione che almeno lo 0,5% debba essere previsto per la farmacia territoriale.

### **2.8 Fabbisogno del personale del ruolo tecnico.**

Per quanto attiene al personale appartenente al ruolo tecnico, escludendo dall'ambito del computo gli operatori socio sanitari e gli operatori tecnici addetti all'assistenza (ad esaurimento) in considerazione dei compiti assistenziali svolti dagli stessi e per i quali sono stati previsti appositi standard al precedente punto 2.2, si stabilisce un fabbisogno massimo di personale (dirigenti e comparto) pari al 16% del totale delle unità di personale del ruolo sanitario previsto nella dotazione organica rideterminata sulla base dei criteri sopra delineati (es. per 100 unità previste in dotazione organica di ruolo sanitario si potranno prevedere al massimo 16 unità di personale del ruolo tecnico, esclusi gli O.S.S. e gli O.T.A.).

### **2.9 Fabbisogno del personale del ruolo amministrativo e professionale.**

Per quanto attiene al personale appartenente al ruolo amministrativo e professionale, si stabilisce un fabbisogno massimo di personale (dirigenti e comparto) pari al 12% del totale delle unità di personale di ruolo sanitario e tecnico previsto nella dotazione organica rideterminata sulla base dei criteri sopra delineati.

## **3. Determinazione della dotazione organica aziendale**

Sulla scorta dei fabbisogni delle varie tipologie di personale, definiti secondo gli standards ed i principi sopra esposti, le Aziende USL regionali dovranno quindi procedere a rideterminare con apposito provvedimento le dotazioni organiche aziendali, entro 90 giorni dalla ricezione delle presenti Linee di indirizzo.

La dotazione organica è unica e ricomprende anche il personale universitario convenzionato, tenuto conto dell'apporto orario ridotto fornito da tale personale.

Si evidenzia che il provvedimento di adozione della nuova dotazione organica deve espressamente indicarne anche il relativo costo (calcolato secondo quanto previsto dall'art. 2, comma 71, della legge n. 191/2009), che deve comunque obbligatoriamente ed inderogabilmente attestarsi entro i limiti di spesa stabiliti dal riferito articolo 2, comma 71, della legge 23 dicembre 2009 n. 191.

Le Aziende USL provvedono quindi a trasmettere alla Regione Abruzzo – Direzione Politiche della Salute, entro 30 giorni dalla loro adozione - ai sensi dell'art. 1, comma 11, della legge regionale n. 16/2006 - i

## ALLEGATO A

riferiti provvedimenti di rideterminazione delle rispettive dotazioni organiche a fini conoscitivi e ricognitivi, corredati dal parere del Collegio Sindacale attestante il rispetto del riferito limite di spesa.

Unitamente al provvedimento di adozione delle nuove dotazioni organiche devono essere trasmessi, debitamente e correttamente compilati, i modelli 2, 3, 3-bis, 4 e 5 allegati alle presenti Linee di indirizzo, al fine di acquisire in modo omogeneo una serie di dati di specifico interesse per la struttura regionale.

Si ritiene, infine, opportuno precisare e specificare che il modello organizzativo aziendale sulla cui base deve essere operata la determinazione della dotazione organica aziendale dovrà tener conto della necessità, per le Aziende USL regionali, di doversi adeguare agli standards per l'individuazione di strutture semplici e complesse del S.S.N. stabiliti ai sensi dell'articolo 12, comma 1, lett. B) del Patto per la Salute 2010-2012 e approvati con apposito documento dal c.d. Comitato LEA nella seduta del 26 marzo 2012.

A tal fine - in considerazione della previsione contenuta nel riferito documento, per cui le Regioni in Piano di rientro debbono emanare, entro il 31.12.2012, *"apposite direttive ai fini dell'adozione da parte delle aziende di specifici provvedimenti di riorganizzazione aziendale al fine di contenere il numero delle strutture semplici e complesse entro i limiti previsti dai predetti standard"* - si stabilisce che le Aziende USL regionali debbono provvedere al riferito adeguamento, procedendo conseguentemente a modificare, in parte qua, i rispettivi atti aziendali entro i termini previsti per la rideterminazione delle dotazioni organiche aziendali.

ALLEGATO 1

CLASSIFICAZIONE STRUTTURE DOTATE DI POSTI LETTO PER LIVELLO DI COMPLESSITA'

n. 49 del 08 OTT. 2012

AREA MEDICA			
codice	descrizione disciplina	complessità assistenziale	note
01	Allergologia	bassa	
08	Cardiologia	media	di alta assistenza se con emodinamica
18	Ematologia	media	di alta assistenza se con trapianti
19	Malattie endocrine, del ricambio e della nutrizione	bassa	
21	Geriatrica	bassa	
24	Malattie infettive	alta	
26	Medicina generale	bassa	
29	Nefrologia	media	di alta assistenza se con trapianti
32	Neurologia	media	di alta assistenza per i <u>posti letto di stroke unit h24 (i p.l. di stroke unit sono considerati di alta assistenza anche se non afferenti la disciplina di neurologia)</u>
40	Psichiatria	alta	
52	Dermatologia	bassa	
58	Gastroenterologia	bassa	di media intensità se interventistica
61	Medicina nucleare	bassa	
64	Oncologia	media	
68	Pneumologia (malattie dell'apparato respiratorio)	bassa	
70	Radioterapia	media	
71	Reumatologia	bassa	

AREA CHIRURGICA			
codice	descrizione disciplina	complessità assistenziale	note
07	Cardiochirurgia	alta	
09	Chirurgia generale	bassa	di alta assistenza se con trapianti

PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

ALLEGATO 1

10	Chirurgia maxillo-facciale	media	
12	Chirurgia plastica	media	
13	Chirurgia toracica	media	di alta assistenza se con chirurgia della trachea o terapia intensiva respiratoria
14	Chirurgia vascolare	media	di alta assistenza se con interventi endocavitari aortici o carotidei
30	Neurochirurgia	alta	
34	Oculistica	bassa	
36	Ortopedia e traumatologia	bassa	
38	Otorinolaringoiatria	bassa	
43	Urologia	bassa	

AREA MATERNO INFANTILE			
codice	descrizione disciplina	complessità assistenziale	note
11	Chirurgia pediatrica	media	
33	Neuropsichiatria infantile	media	
37	Ostetricia e ginecologia	bassa	
39	Pediatria	media	
57	Fisiopatologia della riproduzione umana	bassa	
62	Neonatologia	alta	

AREA TERAPIE INTENSIVE			
codice	descrizione disciplina	complessità assistenziale	note
49	Terapia intensiva	intensiva	
50	Unità coronarica (UTIC)	intensiva	
73	Terapia intensiva neonatale (TIN)	intensiva	
65	Oncoematologia pediatrica	intensiva	
66	Oncoematologia	intensiva	

ALLEGATO 1

AREA RIABILITAZIONE E LUNGODEGENZA			
<i>codice</i>	<i>descrizione disciplina</i>	<i>complessità assistenziale</i>	<i>note</i>
56	Riabilitazione e recupero funzionale	bassa	
75	Neuro riabilitazione	alta	
28	Unità spinale	alta	
60	Lungodegenza	bassa	per i medici lo standard è dimezzato

AZIENDA USL DI \_\_\_\_\_  
DOTAZIONE ORGANICA COMPLESSIVA

Allegato 2

n. 49 del 08 OTT. 2012

RUOLO SANITARIO						
Dirigenza						
profilo professionale	disciplina *	posti previsti	posti coperti	posti vacanti	Macrostruttura **	U.O./Servizio di assegnazione
Dirigenti medici - Direttori						
Dirigenti medici						
Dirigenti farmacisti - Direttori						
Dirigenti farmacisti						
Dirigenti veterinari - Direttori						
Dirigenti veterinari						
Dirigenti biologi - Direttori						
Dirigenti biologi						
Dirigenti chimici - Direttori						
Dirigenti chimici						
Dirigenti fisici - Direttori						
Dirigenti fisici						
Dirigenti psicologi - Direttori						
Dirigenti psicologi						
Dirigenti psicologi equiparati ex art. 14 L. 207/85						
TOTALE DIRIGENZA RUOLO SANITARIO		0	0	0		

PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE

Pescara, li 08 OTT 2012

Dott.ssa Barbara Morganti



AZIENDA USL DI \_\_\_\_\_  
 DOTAZIONE ORGANICA COMPLESSIVA

Allegato 2

RUOLO PROFESSIONALE					
Dirigenza					
<i>profilo professionale</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>	<i>Macrostruttura</i>	<i>U.O./Servizio di assegnazione</i>
Dirigenti ingegneri					
Dirigenti architetti					
Dirigenti avvocati					
<b>TOTALE DIRIGENZA RUOLO PROFESSIONALE</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		

RUOLO TECNICO					
Dirigenza					
<i>profilo professionale</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>	<i>Macrostruttura</i>	<i>U.O./Servizio di assegnazione</i>
Dirigenti analisti					
Dirigenti statistici					
Dirigenti sociologi					
<b>TOTALE DIRIGENZA RUOLO TECNICO</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>		

RUOLO AMMINISTRATIVO					
Dirigenza					
<i>profilo professionale</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>	<i>Macrostruttura</i>	<i>U.O./Servizio di assegnazione</i>
Dirigenti amministrativi					

AZIENDA USL DI \_\_\_\_\_  
 DOTAZIONE ORGANICA COMPLESSIVA

Allegato 2

RUOLO SANITARIO						
Comparto						
Personale Infermieristico						
<i>profilo professionale</i>	<i>qualifica***</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>	<i>Macrostruttura</i>	<i>U.O./Servizio di assegnazione</i>
Collaboratori professionali sanitari esperti - Cat. Ds						
Collaboratori professionali sanitari - cat. D						
Operatori professionali sanitari - cat. C						
Puericultrici esperte - cat. C						
Operatori professionali di II categoria - Cat. Bs						
Puericultrici - cat. Bs						
Personale tecnico sanitario						
<i>profilo professionale</i>	<i>qualifica</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>	<i>Macrostruttura</i>	<i>U.O./Servizio di assegnazione</i>
Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds						
Collaboratore professionale sanitario - cat. D						
Personale di vigilanza ed ispezione						
<i>profilo professionale</i>	<i>qualifica</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>	<i>Macrostruttura</i>	<i>U.O./Servizio di assegnazione</i>
Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds						
Collaboratore professionale sanitario - cat. D						
Personale di riabilitazione						
<i>profilo professionale</i>	<i>qualifica</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>	<i>Macrostruttura</i>	<i>U.O./Servizio di assegnazione</i>
Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds						
Collaboratore professionale sanitario - cat. D						
Operatore professionale sanitario - cat. C						
Operatore professionale di II categoria - cat. Bs						
<b>TOTALE COMPARTO RUOLO SANITARIO</b>		0	0	0		
RUOLO PROFESSIONALE						
Comparto						
<i>profilo professionale</i>		<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>	<i>posti vacanti</i>	<i>Macrostruttura</i>	<i>U.O./Servizio di assegnazione</i>
Assistenti religiosi - cat. D						
<b>TOTALE COMPARTO RUOLO PROFESSIONALE</b>		0	0	0		

AZIENDA USL DI \_\_\_\_\_ |  
 DOTAZIONE ORGANICA COMPLESSIVA

Allegato 2

RUOLO TECNICO					
Comparto					
<i>profilo professionale</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>	<i>Macrostruttura</i>	<i>U.O./Servizio di assegnazione</i>
Collaboratori professionali assistenti sociali esperti - cat. Ds					
Collaboratori professionali assistenti sociali - cat. D					
Collaboratore tecnico - professionale esperto - cat. Ds					
Collaboratore tecnico - professionale - cat. D					
Programmatore - cat. C					
Assistente tecnico - cat. C					
Operatore tecnico specializzato esperto - cat. C					
Operatore tecnico specializzato - cat. Bs					
Operatore socio sanitario (OSS) - cat. Bs					
Operatore tecnico - cat. B					
Operatore tecnico addetto all'assistenza - cat. B					
Aziiliario specializzato - cat. A					
<b>TOTALE COMPARTO RUOLO TECNICO</b>	0	0	0		

RUOLO AMMINISTRATIVO					
Comparto					
<i>profilo professionale</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>	<i>posti vacanti</i>	<i>Macrostruttura</i>	<i>U.O./Servizio di assegnazione</i>
Collaboratori amministrativi professionali esperti - cat. Ds					
Collaboratori amministrativi professionali - cat. D					
Assistenti amministrativi - cat. C					
Coadiutori amministrativi esperti - cat. Bs					
Coadiutori amministrativi - cat. B					
Commessi - cat. A					
<b>TOTALE COMPARTO RUOLO AMMINISTRATIVO</b>	0	0	0		

\*Disciplina: indicare le varie discipline del personale interessato.

\*\*Macrostruttura: indicare Presidio Ospedaliero, Dipartimento di Prevenzione, Area Territoriale, Servizi Tecnici, Servizi Amministrativi.

\*\*\* Qualifica: indicare le varie qualifiche del personale interessato.

AZIENDA USL DI \_\_\_\_\_  
 PRESIDIO OSPEDALIERO DI \_\_\_\_\_

Allegato 3

U.O. di \_\_\_\_\_ con p.l. n. \_\_\_\_\_ (di cui n. \_\_\_\_\_ p.l. DH e n. \_\_\_\_\_ p.l. DS)

RUOLO SANITARIO				
Dirigenza				
<i>profilo professionale</i>	<i>disciplina*</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
Es.: Dirigenti medici - Direttori				
Es.: Dirigenti medici				
Altro ...				
TOTALE DIRIGENZA RUOLO SANITARIO		0	0	0

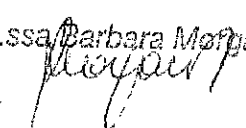
Allegato a: Decreto del Commissario  
 ad ACTA

n. 49 del 08 OTT, 2012

**PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE**

Pescara, li \_\_\_\_\_

Dott.ssa Barbara Morganti



AZIENDA USL DI \_\_\_\_\_  
PRESIDIO OSPEDALIERO DI \_\_\_\_\_

Allegato 3

U.O. di \_\_\_\_\_ con p.l. n. \_\_\_\_\_ (di cui n. \_\_\_\_\_ p.l. DH e n. \_\_\_\_\_ p.l. DS)

ALTRI RUOLI (eventuali)			
Dirigenza			
<i>profilo professionale</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
<b>TOTALE DIRIGENZA</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

AZIENDA USL DI \_\_\_\_\_  
**PRESIDIO OSPEDALIERO DI \_\_\_\_\_**

Allegato 3

U.O. di \_\_\_\_\_ con p.l. n. \_\_\_\_\_ (di cui n. \_\_\_\_\_ p.l. DH e n. \_\_\_\_\_ p.l. DS)

<b>RUOLO SANITARIO</b>				
Comparto				
<b>Personale Infermieristico</b>				
<i>profilo professionale</i>	<i>qualifica**</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
Es.: Collaboratori professionali sanitari esperti - Cat. Ds				
Es.: Collaboratori professionali sanitari - cat. D				
Altro ...				
<b>Personale tecnico sanitario</b>				
<i>profilo professionale</i>	<i>qualifica</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
Es.: Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds				
Altro ...				
<b>Personale di vigilanza ed ispezione</b>				
<i>profilo professionale</i>	<i>qualifica</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
Es.: Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds				
Altro ...				
<b>Personale di riabilitazione</b>				
<i>profilo professionale</i>	<i>qualifica</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
Es.: Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds				
Altro ...				
<b>TOTALE COMPARTO RUOLO SANITARIO</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

AZIENDA USL DI \_\_\_\_\_  
**PRESIDIO OSPEDALIERO DI \_\_\_\_\_**

Allegato 3

U.O. di \_\_\_\_\_ con p.l. n. \_\_\_\_\_ (di cui n. \_\_\_\_\_ p.l. DH e n. \_\_\_\_\_ p.l. DS)

RUOLO TECNICO				
Comparto				
<i>profilo professionale</i>		<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
Es.: Operatore socio sanitario (OSS) - cat. Bs				
Es.: Operatore tecnico addetto all'assistenza - cat. B				
Altro ...				
<b>TOTALE COMPARTO RUOLO TECNICO</b>		0	0	0

ALTRI RUOLI (eventuali)				
Comparto				
<i>profilo professionale</i>		<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>	<i>posti vacanti</i>
<b>TOTALE COMPARTO</b>		0	0	0

\* Disciplina: indicare le varie discipline del personale interessato.  
 \*\* Qualifica: indicare le varie qualifiche del personale interessato.

AZIENDA USL DI \_\_\_\_\_  
 PRESIDIO OSPEDALIERO DI \_\_\_\_\_  
 U.O. di \_\_\_\_\_ senza p.l.

Allegato 3 bis

RUOLO SANITARIO				
Dirigenza				
<i>profilo professionale</i>	<i>disciplina*</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
Es.: Dirigenti medici - Direttori				
Es.: Dirigenti medici				
Altro ...				
<b>TOTALE DIRIGENZA RUOLO SANITARIO</b>		0	0	0

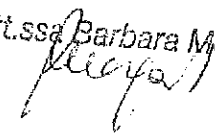
Allegato a Decreto del Commissario  
 ad ACTA

n. 49 del 08 OTT. 2012

**PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE**

Pescara, li 08 OTT. 2012

Dott.ssa Barbara Morganti





AZIENDA USL DI \_\_\_\_\_  
PRESIDIO OSPEDALIERO DI \_\_\_\_\_  
U.O. di \_\_\_\_\_ senza p.l.

Allegato 3 bis

ALTRI RUOLI (eventuali)			
Dirigenza			
<i>profilo professionale</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
<b>TOTALE DIRIGENZA RUOLO</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

AZIENDA USL DI \_\_\_\_\_  
**PRESIDIO OSPEDALIERO DI \_\_\_\_\_**  
 U.O. di \_\_\_\_\_ senza p.l.

Allegato 3 bis

<b>RUOLO SANITARIO</b>				
Comparto				
<b>Personale Infermieristico</b>				
<i>profilo professionale</i>	<i>qualifica**</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
Es.: Collaboratori professionali sanitari esperti - Cat. Ds				
Es.: Collaboratori professionali sanitari - cat. D				
Altro ...				
<b>Personale tecnico sanitario</b>				
<i>profilo professionale</i>	<i>qualifica</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
Es.: Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds				
Altro ...				
<b>Personale di vigilanza ed ispezione</b>				
<i>profilo professionale</i>	<i>qualifica</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
Es.: Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds				
Altro ...				
<b>Personale di riabilitazione</b>				
<i>profilo professionale</i>	<i>qualifica</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
Es.: Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds				
Altro ...				
<b>TOTALE COMPARTO RUOLO SANITARIO</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

AZIENDA USL DI \_\_\_\_\_  
**PRESIDIO OSPEDALIERO DI \_\_\_\_\_**  
 U.O. di \_\_\_\_\_ senza p.l.

Allegato 3 bis

RUOLO TECNICO				
Comparto				
<i>profilo professionale</i>		<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
Es.: Operatore socio sanitario (OSS) - cat. Bs				
Es.: Operatore tecnico addetto all'assistenza - cat. B				
Altro ...				
<b>TOTALE COMPARTO RUOLO TECNICO</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

ALTRI RUOLI (eventuali)				
Comparto				
<i>profilo professionale</i>		<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>	<i>posti vacanti</i>
<b>TOTALE COMPARTO RUOLO</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

\* Disciplina: indicare le varie discipline del personale interessato.  
 \*\* Qualifica: indicare le varie qualifiche del personale interessato.

AZIENDA USL DI \_\_\_\_\_  
 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
 Servizio \_\_\_\_\_

Allegato 4

RUOLO SANITARIO				
Dirigenza				
<i>profilo professionale</i>	<i>disciplina*</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
Es.: Dirigenti medici - Direttori				
Es.: Dirigenti medici				
Es.:Dirigenti veterinari -Direttori				
Es.: Dirigenti veterinari				
Altro ...				
TOTALE DIRIGENZA RUOLO SANITARIO		0	0	0

Allegato a Decreto del Commissario  
 ad ACTA

n. 179 del 08 OTT. 2012

**PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE**

Pescara, li 08 OTT. 2012

Dott.ssa Barbara Morganti  


AZIENDA USL DI \_\_\_\_\_  
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
Servizio \_\_\_\_\_

Allegato 4

ALTRI RUOLI (eventuali)				
Dirigenza				
<i>profilo professionale</i>		<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
<b>TOTALE DIRIGENZA RUOLO</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

AZIENDA USL DI \_\_\_\_\_  
 DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE  
 Servizio \_\_\_\_\_

Allegato 4

RUOLO SANITARIO				
Comparto				
Personale Infermieristico				
<i>profilo professionale</i>	<i>qualifica **</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
Es.: Collaboratori professionali sanitari esperti -Cat. Ds				
Es.: Collaboratori professionali sanitari - cat. D				
Altro ...				
Personale tecnico sanitario				
<i>profilo professionale</i>	<i>qualifica</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
Es.: Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds				
Altro ...				
Personale di vigilanza ed ispezione				
<i>profilo professionale</i>	<i>qualifica</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
Es.: Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds				
Altro ...				
Personale di riabilitazione				
<i>profilo professionale</i>	<i>qualifica</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
Es.: Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds				
Altro ...				
<b>TOTALE COMPARTO RUOLO SANITARIO</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

AZIENDA USL DI \_\_\_\_\_  
**DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**  
 Servizio \_\_\_\_\_

Allegato 4

RUOLO TECNICO				
Comparto				
<i>profilo professionale</i>		<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
Es.: Collaboratori professionali assistenti sociali esperti - cat.Ds				
Altro ...				
<b>TOTALE COMPARTO RUOLO TECNICO</b>		0	0	0

ALTRI RUOLI (eventuali)				
Comparto				
<i>profilo professionale</i>		<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>	<i>posti vacanti</i>
<b>TOTALE COMPARTO RUOLO</b>		0	0	0

\* Disciplina: indicare le varie discipline del personale interessato.  
 \*\* Qualifica: indicare le varie qualifiche del personale interessato.

AZIENDA USL DI \_\_\_\_\_  
**AREA TERRITORIALE**  
**Struttura** \_\_\_\_\_

Allegato 5

RUOLO SANITARIO				
Dirigenza				
<i>profilo professionale</i>	<i>disciplina*</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
Es. Dirigenti medici - Direttori				
Es. Dirigenti medici				
Altro ...				
<b>TOTALE DIRIGENZA RUOLO SANITARIO</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

Allegato a **Decreto** del Commissario  
ad ACTA

n. 49 del 08 OTT, 2012

**PER COPIA CONFORME ALL'ORIGINALE**

Pescara, li 08 OTT 2012

Dott. ssa Barbara Morganti



AZIENDA USL DI \_\_\_\_\_  
AREA TERRITORIALE  
Struttura \_\_\_\_\_

Allegato 5

ALTRI RUOLI (eventuali)			
Dirigenza			
<i>profilo professionale</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
TOTALE DIRIGENZA RUOLO	0	0	0

AZIENDA USL DI \_\_\_\_\_  
**AREA TERRITORIALE**  
 Struttura \_\_\_\_\_

Allegato 5

RUOLO SANITARIO				
Comparto				
<b>Personale Infermieristico</b>				
<i>profilo professionale</i>	<i>qualifica **</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
Es.: Collaboratori professionali sanitari esperti - Cat. Ds				
Es.: Collaboratori professionali sanitari - cat. D				
Altro ...				
<b>Personale tecnico sanitario</b>				
<i>profilo professionale</i>	<i>qualifica</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
Es.: Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds				
Altro ...				
<b>Personale di vigilanza ed ispezione</b>				
<i>profilo professionale</i>	<i>qualifica</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
Es.: Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds				
Altro ...				
<b>Personale di riabilitazione</b>				
<i>profilo professionale</i>	<i>qualifica</i>	<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
Es.: Collaboratori professionali sanitari esperti - cat. Ds				
Altro ...				
<b>TOTALE COMPARTO RUOLO SANITARIO</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

AZIENDA USL DI \_\_\_\_\_  
**AREA TERRITORIALE**  
**Struttura** \_\_\_\_\_

Allegato 5

RUOLO TECNICO				
Comparto				
<i>profilo professionale</i>		<i>posti previsti</i>	<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>
Es.: Colaboratori professionali assistenti sociali esperti - cat.Ds				
Altro ...				
<b>TOTALE COMPARTO RUOLO TECNICO</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

ALTRI RUOLI (eventuali)				
Comparto				
<i>profilo professionale</i>		<i>posti coperti</i>	<i>posti vacanti</i>	<i>posti vacanti</i>
<b>TOTALE COMPARTO RUOLO</b>		<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

\* Disciplina: indicare le varie discipline del personale interessato.

\*\* Qualifica: indicare le varie qualifiche del personale interessato.