

REPUBBLICA ITALIANA

BOLLETTINO UFFICIALE DELLA REGIONE LAZIO

PARTE PRIMA - PARTE SECONDA

Roma, 19 gennaio 2002

Si pubblica normalizzato il 10, 20 e 30 di ogni mese

DIREZIONE REDAZIONE E AMMINISTRAZIONE PRESSO LA PRESIDENZA DELLA GIUNTA REGIONALE - VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 - 00147 ROMA

IL BOLLETTINO UFFICIALE si pubblica a Roma in due distinti fascicoli:

- 1) la Parte I (Atti della Regione) e la Parte II (Atti dello Stato e della U.E.)
- 2) la Parte III (Avvisi e concorsi)

Modalità di abbonamento e punti vendita:

L'abbonamento ai fascicoli del Bollettino Ufficiale si effettua secondo le modalità e le condizioni specificate in appendice e mediante versamento dell'importo, esclusivamente sul c/c postale n. 42759001 intestato a Regione Lazio abbonamento annuale o semestrale alla Parte I e II; alla parte III; alle parti I, II e III al Bollettino Ufficiale. Per informazioni rivolgersi alla Regione Lazio - Servizio Promulgazione e Pubblicazione, Tel. 06-51685371 - 06-51685074.

Il Bollettino Ufficiale della Regione Lazio è ora consultabile anche in via telematica tramite Internet accedendo al sito www.regione.lazio.it

Il Bollettino Ufficiale può essere visualizzato e/o stampato sia in forma testuale che grafica.

Gli utenti sono assistiti da un servizio di "help" telefonico (06-85084200).

Da Gennaio 2001 l'accesso alla consultazione del Bollettino in via telematica tramite INTERNET è gratuito al pubblico previa registrazione on-line.

Si rinvia ugualmente all'appendice per le informazioni relative ai punti vendita dei fascicoli del Bollettino Ufficiale.

Riproduzione anastatica

PARTE I

ATTI DELLA GIUNTA REGIONALE

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE 21 dicembre 2001, n. 2034.

Integrazioni e modifiche alle «Linee guida regionali per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio», approvate con delibera della Giunta regionale n. 1893 del 7 dicembre 2001. Approvazione testo integrato

Pag. 2

GIUNTA REGIONALE DEL LAZIO

oooooooooooooooooooooooooooo

21 DIC. 2001

ESTRATTO DAL PROCESSO VERBALE DELLA SEDUTA DEL

=====

ADDI: **21 DIC. 2001** NELLA SEDE DELLA REGIONE LAZIO, IN VIA CRISTOFORO COLOMBO, 212 - ROMA, SI E' RIUNITA LA GIUNTA REGIONALE, COSI' COSTITUITA:

STORAGE	Francesco	Presidente	GARGANO	Giulio	Assessore
SIMEONI	Giorgio	Vice Presidente	IANNARILLI	Antonello	"
ARACRI	Francesco	Assessore	ROBILOTTA	Donato	"
AUGELLO	Andrea	"	SAPONARO	Francesco	"
CIARAMELLETTI	Luigi	"	SARACENI	Vincenzo Maria	"
DIONISI	Armando	"	VERZASCHI	Marco	"
FORMISANO	Anna Teresa	"			

ASSISTE IL SEGRETARIO Dott. Saverio Guccione.
.....CMISSIS

ASSENTI:

IANNARILLI -

DELIBERAZIONE N°

2034

OGGETTO: Integrazioni e modifiche alle "Linee guida regionali per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio" approvate con D.G.R. del 7 dicembre 2001 n. 1893. Approvazione testo integrato.



2034

21 DIC. 2001



OGGETTO: Integrazioni e modifiche alle "Linee guida regionali per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio", approvate con delibera della Giunta Regionale n.1893 del 7 dicembre 2001. Approvazione testo integrato.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alla Sanità

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 "Riordino della disciplina della materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421" e successive modificazioni e integrazioni;

VISTO il Decreto Legislativo 31 marzo 1998, n.112 "Conferimento di funzioni e compiti amministrativi dello Stato alle Regioni e agli Enti Locali, in attuazione del capo 1 della L.59 del 15/3/97 (art.2)";

VISTO il Decreto Legislativo 30 luglio 1999, n. 286 "Riordino e potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle Amministrazioni pubbliche a norma dell'articolo 11 della Legge 15 marzo 1997, n. 59";

VISTO il Decreto Legislativo 18 febbraio 2000, n. 56 "Disposizioni in materia di federalismo fiscale, a norma dell'articolo 10, della legge 13 maggio 1999, n. 133";

VISTA la L.R. 16 giugno 1994, n.18 "Disposizioni per il riordino del Servizio Sanitario Regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni" e successive modificazioni e integrazioni;

VISTA la propria deliberazione N. 3140 del 13 aprile 1995 "Direttive per l'organizzazione e il funzionamento delle aziende locali e delle aziende ospedaliere";

VISTO in particolare l'articolo 3, comma 1/bis del Decreto Legislativo del 19 giugno 1999 n. 229 come modificato dall'articolo 1 del Decreto Legislativo 7 giugno 2000, n. 168, in base al quale devono essere dettati dall'Amministrazione regionale i principi ed i criteri per la formulazione da parte delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere dell'atto aziendale disciplinante l'organizzazione ed il funzionamento delle stesse Aziende;

VISTA la propria deliberazione N. 1893 del 7 dicembre 2001 "Approvazione Linee guida regionali per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio";



bu



2034

300



VISTA la propria deliberazione n. del 21 dicembre 2001 "Proposta di legge concernente norme in materia di ordinamento del Servizio Sanitario Regionale";

CONSIDERATO che la proposta di legge citata introduce alcune disposizioni normative che risulta opportuno inserire nel documento "Linee guida regionali per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio";

TENUTO CONTO altresì che sono pervenute osservazioni di carattere meramente formale anche da parte di alcune organizzazioni sindacali;

RITENUTO opportuno pertanto dover apportare modifiche ed integrazioni al documento: "Linee guida regionali per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio", approvato con propria delibera N. 1893 del 7 dicembre 2001, ed in particolare in relazione al:

- 1) Punto 5.4 "Collegio di Direzione"
- 2) Punto 5.5 "Consiglio dei Sanitari"
- 3) Punto 6 "Distretto"
- 4) Punto 7.4 "Dipartimenti"

RITENUTO opportuno pertanto approvare un documento, con le integrazioni sopra citate, concernente "Linee guida regionali per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio", che è parte integrante della presente deliberazione;



DELIBERA

Per le motivazioni esposte in premessa che integralmente si richiamano

di approvare un documento concernente "Linee guida per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio", con le modifiche ed integrazioni nelle premesse individuate, che è parte integrante della presente deliberazione.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

IL PRESIDENTE: F.to Francesco STORACE

IL SEGRETARIO: F.to Dott. Saverio GUCCIONE



cu



LINEE GUIDA REGIONALI PER L'ADOZIONE DELL'ATTO DI AUTONOMIA AZIENDALE DELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE LAZIO



1. RUOLO DELL'ATTO AZIENDALE
2. AUTONOMIA AZIENDALE E RAPPORTI CON LA REGIONE
3. PRINCIPI GENERALI IN MATERIA DI ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO
4. ATTO AZIENDALE
 - 4.1 Contenuti dell'atto aziendale
 - 4.2 Procedure per l'adozione dell'atto aziendale
5. ASSETTO ISTITUZIONALE DELLE AZIENDE SANITARIE
 - 5.1 Direttore Generale
 - 5.2 Collegio Sindacale
 - 5.3 La direzione Aziendale
 - 5.4 Collegio di Direzione
 - 5.5 Consiglio dei Sanitari
6. DISTRETTO
 - 6.1 Compiti del Distretto
 - 6.2 Ambiti territoriali del Distretto
 - 6.3 Direttore del Distretto
 - 6.4 Consiglio di Distretto
7. DIPARTIMENTI
 - 7.1 Compiti dei Dipartimenti
 - 7.2 Tipologie di Dipartimenti
 - 7.3 Direttore di Dipartimento
 - 7.4 Comitato di Dipartimento
8. DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE
 - 8.1 Organizzazione
9. ATTIVITA' IN MATERIA DI FORNITURE DI BENI E SERVIZI
10. PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEGLI UTENTI
11. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE E CONTROLLO





LINEE GUIDA REGIONALI PER L'ADOZIONE DELL'ATTO DI AUTONOMIA AZIENDALE DELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE LAZIO

1. RUOLO DELL'ATTO AZIENDALE

Il decreto legislativo n. 229/1999 "Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale" ha completato il processo di regionalizzazione del sistema sanitario, già avviato con il decreto legislativo 502/1992 e consolidato dal decreto legislativo 112/1998, contestualmente con l'aziendalizzazione di tutte le componenti del sistema che svolgono funzioni ed attività assistenziali

La ratio ispiratrice del legislatore, per quel che riguarda l'autonomia aziendale, si rinvia in particolare nella diversa qualificazione delle aziende sanitarie

Il comma 1 dell'articolo 3 del decreto legislativo 502/1992 che attribuiva alla azienda sanitaria "autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica" è abrogato. Il nuovo dettato normativo, nel ribadire che le aziende sono dotate di personalità giuridica pubblica, attribuisce alle stesse, introducendola ex novo, la sola autonomia imprenditoriale.

Si evince che le norme del decreto legislativo 229/1999 ridefinendo il percorso intrapreso con il decreto legislativo n. 502/1992, confermano la scelta di ricercare nell'autonomia delle Aziende la leva per favorire la qualità e l'efficienza nella gestione dei servizi sanitari.

Le aziende sanitarie sono soggetti di diritto pubblico (il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 le annovera tra le pubbliche amministrazioni) che utilizzano, per quanto possibile, i mezzi e gli strumenti operativi dell'imprenditore privato al fine di perseguire gli obiettivi assegnati dalla Regione: l'attività svolta dalle stesse è organizzata imprenditorialmente anche se non persegue lo scopo di lucro. Lo strumento privatistico si pone come mezzo per assicurare, in maniera efficace ed efficiente, la "tutela della salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività".

In tale contesto, l'atto aziendale di diritto privato rappresenta la formalizzazione dell'autonomia imprenditoriale ed organizzativa di ciascuna azienda per la realizzazione delle finalità proprie, nel rispetto dei principi e criteri emanati dalla Regione ai sensi dell'articolo 2, comma sexies, del Decreto Legislativo n. 229/1999, come modificato dall'art. 1 del Decreto Legislativo n. 168/2000.

Pertanto, nelle aziende sanitarie pubbliche la funzione imprenditoriale è ripartita tra la Regione che partecipa e risponde immediatamente del rischio economico, e le aziende stesse che rispondono delle scelte operative nonché dei modi di sviluppo delle attività.

Nel quadro normativo delineato e nelle more della adozione di una legge sull'ordinamento e sull'organizzazione della sanità regionale, appare

necessario sviluppare delle "linee guida" che forniscano alle aziende specifici indirizzi e consentano alle stesse la realizzazione di quella reale autonomia che il decreto legislativo 229/1999 ha voluto riservare all'atto stesso.

I rapporti con le autonomie locali, nonché gli strumenti per la programmazione aziendale (Piani Attuativi Locali e Piani Attuativi Territoriali), stante la riserva assoluta di legge prescritta dal Decreto Legislativo 229/1999, i rapporti saranno disciplinati dalla legge sull'ordinamento e l'organizzazione della sanità regionale sopra citata, attualmente in fase di avanzata predisposizione.





2. AUTONOMIA AZIENDALE E RAPPORTI CON LA REGIONE

Dalla normativa nazionale e regionale vigente, emerge un modello di Azienda in cui l'organizzazione è ancorata in modo primario alla qualità e alla ricerca dell'efficienza, liberata da vincoli di natura procedurale (tipici della pubblica amministrazione), in una logica di maggiore flessibilità e dinamicità, all'interno della quale assumono rilievo le scelte attinenti gli aspetti strategici e organizzativi. Le Aziende Unità Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere sono infatti chiamate a garantire la tutela sanitaria della popolazione ed a favorire un costante miglioramento della qualità dei servizi.

L'Azienda, in forza della sua autonomia e dei poteri imprenditoriali ad essa attribuiti, ha l'obbligo di gestire le risorse di cui dispone nell'ottica del raggiungimento di un equilibrio economico patrimoniale, sulla base delle disposizioni vigenti in materia di finanziamento, nel rispetto del principio della libera scelta del soggetto erogatore da parte del cittadino.

La Regione, quale ente titolare della funzione di tutela rappresenta la "Holding" delle aziende sanitarie (ex articolo 2, comma tre).

In corrispondenza della spiccata dimensione privatistica delle aziende stesse, di cui l'atto aziendale rappresenta l'espressione più evidente, anche la Regione assume un diverso ruolo nei confronti delle aziende, in quanto risponde direttamente dei risultati raggiunti dalle stesse anche, e soprattutto, in conseguenza dell'attribuzione della piena responsabilità della spesa sanitaria in capo alle Regioni.

La Regione adotta il Piano Sanitario Regionale che "rappresenta il piano strategico degli interventi per gli obiettivi di salute ed il funzionamento dei servizi per soddisfare le esigenze specifiche della popolazione regionale anche in riferimento agli obiettivi prefissati dal Piano Sanitario Nazionale" (ex articolo 2, comma 3, del Decreto Legislativo 502/1992 e successive modificazioni).

All'atto di nomina di ciascun direttore generale le Regioni "definiscono ed assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale degli stessi". Anche i criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali, che la Regione è tenuta a prefissare, sono direttamente riferiti al raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale.

Ne discende che l'atto di autonomia aziendale costituisce, secondo le indicazioni del Decreto Legislativo n. 229/1999, lo strumento per la concreta definizione dell'organizzazione aziendale nella logica della piena autonomia delle scelte del Direttore Generale - scelte strategiche, organizzative e operative finalizzate a realizzare la migliore qualità e la congruità delle prestazioni erogate rispetto ai bisogni della popolazione - e della sua responsabilità al raggiungimento degli obiettivi fissati dalla Regione.



A livello istituzionale la Regione, attraverso le aziende, garantisce i livelli essenziali di assistenza sostanzialmente mediante:

- 1) la individuazione degli obiettivi di salute;
- 2) il controllo dei risultati al fine di favorire il raggiungimento degli obiettivi stessi;
- 3) il finanziamento attraverso il criterio della quota capitaria e la determinazione del sistema tariffario.

Tale impostazione rafforza, dunque, i poteri della Regione in materia di programmazione, finanziamento, indirizzo e controllo delle attività.

A livello territoriale, parimenti, si realizza un complesso di relazioni che legano l'Azienda alle varie articolazioni del sistema sanitario ed economico sociale. In particolare compete all'Ente Locale uno spazio di intervento per indirizzare le scelte dell'Azienda in relazione alle caratteristiche dello specifico territorio, nonché per verificare le modalità di impiego delle risorse.

L'Azienda gioca, pertanto, un ruolo determinante nel contesto sanitario regionale attraverso:

- la realizzazione degli obiettivi di salute definiti dalla Regione;
- le relazioni con le autonomie locali che esprimono i bisogni socio sanitari dei cittadini nonché i rapporti diretti con l'utenza;
- l'integrazione dei servizi a rete, considerando le risorse aziendali come risorse dedicate allo sviluppo dell'intero S.S.R.;
- l'obbligo di qualificare le sue strutture, i professionisti e i processi di erogazione nei confronti dei propri cittadini garantendo l'affidabilità complessiva dell'azienda in termini clinici, assistenziali, economici e finanziari;
- lo sviluppo dei flussi informativi atti ad assolvere, oltre al debito informativo nei confronti della Regione, la generazione di informazioni utili per la gestione e le scelte strategiche di propria competenza.

In sintesi, alla Regione compete l'individuazione degli obiettivi complessivi che dovranno perseguire le Aziende, la conseguente assegnazione delle risorse occorrenti, secondo criteri di congruità e nel limite delle risorse disponibili, e la verifica del raggiungimento degli obiettivi. Alle Aziende va riconosciuta l'autonomia di scegliere le modalità organizzative più idonee, secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità, per la realizzazione degli obiettivi prefissati, secondo gli indirizzi regionali.



3. PRINCIPI GENERALI IN MATERIA DI ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO

L'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende Sanitarie, disciplinati con atto aziendale di diritto privato in conformità alle scelte ed agli indirizzi della programmazione nazionale e regionale, devono essere improntati ai principi ed ai criteri di seguito delineati:

- A) il rispetto dei diritti e la salvaguardia delle esigenze degli utenti fruitori dei servizi;
- B) il rispetto del principio della distinzione tra attività di programmazione, indirizzo e controllo, di competenza degli organi istituzionali, ed attività di gestione, di competenza dei dirigenti;
- C) l'articolazione dell'azienda in Dipartimenti;
- D) l'individuazione del Distretto quale articolazione organizzativa dell'Azienda USL e strumento di salvaguardia della unitarietà dell'intervento assistenziale e socio-assistenziale, in grado di realizzare una reale integrazione dei servizi;
- E) l'orientamento delle attività in senso progettuale e, quindi, per obiettivi correlate direttamente da una parte ai bisogni dell'utenza, mutevoli e differenziati, e dall'altra alle effettive risorse a disposizione (finanziamenti, personale, strutture, tecnologie);
- F) la flessibilità organizzativa e la revisione periodica della stessa in relazione alle esigenze dell'utenza ed alle modificazioni dei sistemi di erogazione dei servizi;
- G) il dimensionamento delle dotazioni organiche delle strutture organizzative in base alla rilevazione dell'attività svolta e degli eventuali programmi di sviluppo dell'attività medesima;
- H) la valorizzazione delle risorse umane e professionali presenti nelle Aziende, nonché delle risorse tecnico-strumentali e patrimoniali;
- I) la responsabilizzazione dei dirigenti in relazione ai centri di costo e di ricavo per il conseguimento degli obiettivi aziendali.

In tale contesto, l'organizzazione delle aziende dovrà superare la staticità del modello gerarchico - burocratico, che spesso ha caratterizzato le pubbliche amministrazioni e trasformarsi in un modello flessibile ed adattabile in grado di modulare l'offerta di prestazioni in funzione dello scenario in cui opera, in regime di concorrenzialità seppur "controllata" con una pluralità di soggetti erogatori. Il modello di organizzazione delle aziende sanitarie deve, pertanto, assumere una configurazione essenzialmente dinamica, nell'ambito della quale le strutture portanti del sistema organizzativo siano in grado di operare per obiettivi, programmi e progetti.

Un settore di attività come quello sanitario, caratterizzato da un ampio utilizzo di un elevato livello di tecnologia, non può essere governato in modo efficiente prescindendo dalla necessità di una effettiva ed estesa valorizzazione delle risorse umane.



Queste, sia per incidenza di spesa, sia per reale capacità di essere determinanti sul miglioramento dei processi produttivi, se adeguatamente motivate e valorizzate nelle proprie competenze distintive, possono ragionevolmente rappresentare il più proficuo investimento per il sistema regionale.

Servono quindi, giustificatamente, impegni specifici ai quali le Aziende sono chiamate per contribuire alla creazione di un sistema regionale di governo del personale, indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi di efficienza e qualità perseguiti.

Tale sistema di governo, a sua volta, dovrà incentrarsi su quelli che sono gli elementi di maggior incidenza sui risultati attesi nella gestione delle risorse umane: riequilibrio, valorizzazione della professionalità, formazione continua, integrazione dei servizi, responsabilizzazione della dirigenza.

L'organizzazione e le attività delle Aziende Sanitarie, nell'ambito delle risorse disponibili, devono essere improntate a criteri di efficacia, efficienza, ed economicità e sono rivolte ad assicurare, nel rispetto degli obiettivi posti dagli atti di programmazione nazionale e regionale, l'erogazione delle prestazioni essenziali, lo sviluppo del sistema qualità, la miglior accessibilità dei servizi al cittadino, il raccordo istituzionale con gli enti locali attraverso gli organismi preposti, il collegamento con le altre organizzazioni sanitarie, con le Università, con il volontariato.

In relazione alle numerose e fondamentali funzioni che le aziende sanitarie devono perseguire appare rilevante che l'atto aziendale si concentri in particolar modo sulle modalità attraverso cui favorire la tutela della salute del cittadino (soprattutto riferita alle aziende sanitarie locali) e la funzione di produzione delle prestazioni (tipicamente dei presidi specialistici ed ospedalieri). Si tratta di inserire all'interno dell'atto aziendale una specificazione della "missione" dell'azienda che sappia divenire punto di riferimento per l'organizzazione del lavoro in coerenza con gli obiettivi dei piani strategici triennali.



4. ATTO AZIENDALE

L'atto di autonomia aziendale dovrà essere ispirato ai seguenti principi:

- individuare nell'utente il riferimento costante della propria azione, sia di tutela che di produzione delle prestazioni, a seconda della vocazione. Ciò significa che i servizi devono essere organizzati sulla base dei bisogni dei cittadini/utenti, cercando di perseguire la qualità e l'efficienza dei servizi stessi;
- prevedere i Piani Attuativi Locali (P.A.L.) ed i Piani Attuativi Territoriali (P.A.T.) quale strumenti per affermare il metodo di programmazione aziendale impostato al recepimento delle indicazioni regionali contenute nel Piano Sanitario Regionale o in altri documenti programmatori. I piani dovranno individuare gli obiettivi di tutela della salute da raggiungere, le attività da realizzare e le prestazioni da erogare in relazione agli obiettivi assegnati ed alle risorse disponibili, nonché un sistema di monitoraggio;
- individuare l'articolazione organizzativa dell'azienda e le principali relazioni che intercorrono tra le varie strutture;
- prevedere una disciplina specifica dei poteri gestionali e decisionali attribuiti ai responsabili delle singole strutture in relazione ai diversi livelli di responsabilità ed alle diverse funzioni, nonché alla rilevanza esterna attribuita agli stessi;
- prevedere l'emanazione di regolamenti attuativi per la disciplina concreta e specifica delle attività di ciascuna struttura e dei principali meccanismi di coordinamento, favorendo soluzioni organizzative a rete;
- sviluppare soluzioni in grado di valorizzare e razionalizzare i punti di erogazione delle prestazioni, osservando i criteri della qualità, della appropriatezza e della sostenibilità economica;
- prevedere la semplificazione dell'azione amministrativa così come indicato dal Decreto Legislativo 28 dicembre 2000, n. 443;
- prevedere il budget quale strumento di governo economico e di responsabilità organizzativa, momento di programmazione annuale, base di verifica dei risultati raggiunti, attraverso un progetto di condivisione di obiettivi e risorse con i dirigenti delle diverse strutture.



4.1 **CONTENUTI DELL'ATTO AZIENDALE**

Alcuni contenuti dell'atto aziendale discendono direttamente dalle norme del Decreto Legislativo 229/99, nonché da altre norme della legislazione nazionale, mentre altri sono individuati dalla Regione Lazio nell'ambito della sua autonomia normativa, che ha inteso dare all'atto aziendale una natura strategico-organizzativa.

Devono essere contenuti nell'atto aziendale:

- A) la missione particolare che l'azienda sanitaria assume nell'ambito del servizio sanitario regionale;

- B) la sede legale e gli elementi identificativi dell'azienda sanitaria;
- C) le funzioni del direttore generale e del collegio sindacale;
- D) le funzioni attribuite al direttore amministrativo, al direttore sanitario e agli altri dirigenti e le modalità per il conferimento di eventuali deleghe e gli ambiti delle stesse, individuando altresì, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda sanitaria verso l'esterno;
- E) le modalità di affidamento della direzione delle strutture ai dirigenti;
- F) la composizione e l'attività del collegio di direzione e le modalità del suo funzionamento;
- G) la composizione del consiglio dei sanitari e le procedure per l'elezione dei singoli componenti, nonché gli atti da sottoporre al parere del consiglio stesso e le modalità del suo funzionamento;
- H) il sistema dei controlli interni;
- I) l'articolazione in distretti qualora trattasi di azienda USL;
- J) la composizione del consiglio di distretto, le procedure per la designazione dei singoli componenti e le modalità del relativo funzionamento;
- K) i dipartimenti e le relative strutture organizzative, complesse e semplici, sottordinate dotate di autonomia gestionale o tecnico professionale soggette a rendicontazione analitica;
- L) la composizione e le modalità di funzionamento del comitato di dipartimento;
- M) l'organizzazione del servizio infermieristico con funzioni proprie di indirizzo, programmazione e monitoraggio;
- N) le modalità con cui l'azienda sanitaria appalta o contraatta direttamente la fornitura di beni e servizi il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria in materia, secondo le norme di diritto privato;
- O) le modalità di rapporto e di collaborazione con le altre aziende sanitarie, con le aziende universitarie ovvero con l'Università, in attuazione dei protocolli di intesa stipulati tra la Regione e le Università;
- P) la regolamentazione degli accordi contrattuali;
- Q) le modalità di partecipazione e di tutela degli utenti, favorendo anche l'attività, all'interno delle strutture sanitarie, delle organizzazioni dei cittadini e delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nella tutela del diritto alla salute e iscritte nell'elenco di cui all'articolo 2, comma 2 septies del Decreto Legislativo 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni,
- R) la disciplina dei rapporti diretti con l'utente per la soddisfazione delle sue istanze e per le valutazioni tempestive degli eventuali reclami, prevedendo forme di rimborso ovvero di risarcimento di danni subiti;





- S) le procedure e l'oggetto delle consultazioni delle organizzazioni sindacali e delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nella tutela del diritto alla salute.

Nell'atto aziendale possono essere inseriti dal Direttore Generale altri contenuti che abbiano lo scopo di favorire un migliore funzionamento dell'organizzazione e di sviluppare una forte responsabilizzazione a tutti i livelli; inoltre potranno essere allegati vari regolamenti che trovano nell'atto stesso i criteri di riferimento.

4.2 PROCEDURE PER L'ADOZIONE DELL'ATTO AZIENDALE



L'atto aziendale è adottato dal direttore generale con la partecipazione del collegio di direzione, previa consultazione delle organizzazioni sindacali e della Conferenza Sanitaria.

L'atto aziendale è trasmesso alla Regione per la verifica di conformità alle disposizioni ed ai criteri stabiliti dalla Giunta regionale con le presenti Linee Guida e dalla normativa vigente.

La Giunta regionale, qualora rilevi la mancanza di conformità, rinvia, entro il termine di quaranta giorni dalla data di ricevimento, l'atto aziendale al direttore generale per i necessari adeguamenti, che devono essere comunicati alla Regione. Decorso tale termine, ovvero, in caso di rinvio, a seguito della comunicazione alla Regione dei relativi adeguamenti, l'atto aziendale è pubblicato sul Bollettino Ufficiale Regionale.

L'atto aziendale può essere modificato dal direttore generale con le stesse modalità espone in precedenza.



5. ASSETTO ISTITUZIONALE DELLE AZIENDE SANITARIE



Ai sensi dell'articolo 3 del Decreto Legislativo 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni, sono organi dell'azienda:

- Il Direttore Generale
- Il Collegio Sindacale.

Fanno parte del governo strategico aziendale:

- la direzione aziendale, composta oltreché dal direttore generale, dal direttore sanitario e amministrativo;
- il collegio di direzione
- il consiglio dei sanitari.

5.1 DIRETTORE GENERALE



Il Direttore Generale delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere è titolare della rappresentanza legale e di tutti i poteri di gestione dell'azienda stessa, nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa.

Il Direttore Generale, in particolare, provvede:

- alla nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;
- alla nomina del collegio sindacale e alla sua prima convocazione;
- alla costituzione del collegio di direzione e del consiglio dei sanitari;
- all'adozione dell'atto aziendale;
- all'adozione dei regolamenti interni per il funzionamento degli organismi collegiali, individuati dalle presenti "Linee Guida" (Collegio di Direzione, Consiglio dei Sanitari, Consiglio di Distretto, Comitato di Dipartimento);
- all'adozione della dotazione organica aziendale;
- all'adozione del bilancio economico di previsione annuale e pluriennale nonché del bilancio di esercizio;
- all'adozione del piano attuativo locale, del programma delle attività territoriali, nonché degli altri atti programmatici con i quali sono definiti gli obiettivi e le priorità per la gestione dell'azienda sanitaria e sono assegnate le risorse umane, strumentali e finanziarie;
- alla verifica, attraverso il servizio di controllo interno, mediante valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa;
- alla verifica della qualità dei servizi anche attraverso strutture a ciò preposte;
- all'adozione degli altri atti indicati dalla legislazione vigente.





In relazione alle funzioni di cui sopra, in conformità all'articolo 3, comma 3, del Decreto Legislativo n.56/2000, al fine di mantenere distinte le funzioni rientranti negli atti di alta amministrazione da quelle di carattere gestionale, le funzioni attribuite al Direttore Generale devono essere distinte in:

- funzioni ad esso esclusivamente riservate
- funzioni delegabili, in tutto o in parte, ai direttori sanitario e amministrativo e agli altri dirigenti dell'azienda.

Rimangono, infatti, di esclusiva competenza del direttore generale le funzioni di alta amministrazione e cioè quelle più propriamente "di governo", mentre sono delegabili ai vari livelli della dirigenza le funzioni di carattere gestionale, attraverso le quali si esplica l'autonomia funzionale delle articolazioni organizzative dell'azienda tra cui:

- l'attuazione dei contratti collettivi di lavoro del personale e l'adozione degli atti di gestione del personale stesso;
- l'esercizio dei poteri di spesa nei limiti degli stanziamenti di bilancio e di acquisizione delle entrate, entro i limiti di valore prefissati;
- l'approvazione degli atti di gara per lavori e forniture;
- la stipula dei contratti.

Si precisa, tuttavia, che le predette funzioni gestionali, esercitate dai dirigenti delle aziende ai diversi livelli, non costituiscono funzioni proprie, bensì funzioni delegate dal direttore generale con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della delega.

In particolare il delegato, non esercitando una funzione originaria ma derivata, può agire esclusivamente nei limiti che il delegante ha individuato espressamente nell'atto di conferimento della delega. Al titolare rimangono comunque riservati i poteri di coordinamento e di vigilanza (esempio: annullamento e riforma degli atti adottati dal delegato). L'atto di delega deve fissare, inoltre, i limiti temporali della stessa.

Il Direttore Generale attribuisce al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario nonché ai direttori di presidio, di distretto, di Dipartimento ed ai dirigenti responsabili di struttura complessa le funzioni loro spettanti, con particolare riguardo alle decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno.

Tenuto conto che i dirigenti a cui viene attribuita rilevanza esterna pongono in essere atti amministrativi che giuridicamente sono imputabili direttamente all'azienda, è necessario che nell'atto aziendale vengano specificati, dettagliatamente, gli ambiti oggettivi e soggettivi di predette attribuzioni.

Tale adempimento corrisponde non solo ad esigenze organizzative interne ma anche e soprattutto soddisfa i principi della trasparenza e della certezza del diritto.

Al fine di omogeneizzare la forma degli atti amministrativi delle aziende, si ritiene opportuno precisare che gli atti di alta Amministrazione siano



adottati con deliberazione del Direttore Generale e gli atti di gestione con determinazione dirigenziale.



L'autonomo e pieno esercizio da parte del direttore generale delle funzioni gestionali dell'azienda trova, però, alcune precise limitazioni in relazione ai poteri attribuiti:

- a) alla Regione che ne indirizza l'attività ed esercita il controllo sul suo operato;
- b) alla conferenza territoriale sanitaria e socio-sanitaria, che partecipa alla programmazione aziendale nell'ambito di quella regionale ed esercita compiti di vigilanza generale sull'azienda e sull'operato del direttore generale;
- c) al collegio sindacale cui sono affidati compiti di vigilanza sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti e la verifica sull'attività contabile dell'azienda.

5.2 COLLEGIO SINDACALE



Il collegio sindacale delle aziende sanitarie è nominato dal direttore generale ed è composto da cinque membri in possesso dei requisiti di cui all'articolo 3 ter del Decreto Legislativo 502 del 1992 e successive modificazioni, designati:

- a) due dalla Giunta regionale;
- b) uno dal Ministro del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica;
- c) uno dal Ministro della Salute;
- d) uno dalla Conferenza Regionale, per le aziende ospedaliere, o dalla Conferenza territoriale, per le aziende USL.

Il collegio sindacale, nel corso della prima seduta, elegge nel proprio seno il presidente.

Ai membri del collegio sindacale spetta un'indennità annua lorda pari al dieci per cento degli emolumenti del direttore generale. Al presidente del collegio spetta una maggiorazione pari ai venti per cento di quella fissata per gli altri componenti.

Il collegio sindacale vigila sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti, controlla l'amministrazione dell'azienda sanitaria sotto il profilo economico, accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio di esercizio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, effettua periodicamente verifiche di cassa, fornisce al direttore generale indicazioni utili alla corretta gestione aziendale e provvede ad ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente e dall'atto aziendale.

Il collegio sindacale riferisce almeno trimestralmente alla Giunta regionale sui risultati della propria attività e denuncia immediatamente alla stessa gravi irregolarità nella gestione o situazioni di disavanzo.





Trasmette, altresì, una relazione semestrale sull'andamento dell'attività dell'azienda sanitaria alla conferenza regionale, se trattasi di azienda ospedaliera o alla conferenza territoriale, se trattasi di azienda USL.

I componenti del collegio sindacale possono procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e controllo i cui risultati devono essere comunque sottoposti all'organo collegiale per l'assunzione delle conseguenti determinazioni.

Il collegio sindacale dura in carica tre anni e può essere rinnovato.

I singoli componenti del collegio sindacale cessano dall'incarico per decorrenza dei termini, per dimissioni e per decadenza, dichiarata dal Direttore Generale, a causa del sopravvenire di alcuna delle condizioni ostative o delle situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente, ovvero della mancata partecipazione, senza giustificato motivo, ad almeno tre sedute del collegio o dell'assenza, ancorché giustificata, protratta per oltre sei mesi.

Nei casi di cui sopra, il direttore generale procede alla sostituzione del componente del collegio sindacale cessato dall'incarico, previa acquisizione della designazione da parte dell'organo competente. Qualora si verifichi la mancanza di due o più componenti, il Direttore Generale procede alla ricostituzione dell'intero collegio.



5.3 LA DIREZIONE AZIENDALE

La direzione aziendale rappresenta la sede ove si svolgono le interrelazioni permanenti che consentono il perseguimento della "missione direzionale" intendendo per tali:

- i rapporti istituzionali con gli organi e gli organismi (tra cui la Conferenza Sanitaria e il collegio sindacale);
- i rapporti con i dirigenti che coadiuvano, in forma collegiale, la direzione aziendale nelle attività di governo (collegio di direzione, consiglio dei sanitari).

Nell'ambito della direzione verranno assunte le scelte strategiche aziendali, verranno esercitati i compiti spettanti al direttore generale, al direttore sanitario, al direttore amministrativo e si svolgeranno le interrelazioni con gli organismi collegiali sopra indicati.

In sede di adozione dell'atto aziendale occorre tenere conto del fatto che la responsabilità del governo complessivo aziendale in capo ai direttori generali non è in contraddizione con il principio della condivisione di tale responsabilità da parte del direttore sanitario ed amministrativo aziendale e con quello della responsabilizzazione di tutti i dirigenti.

Pertanto in sede di adozione dell'atto aziendale devono trovare adeguato sviluppo due principi:



- la partecipazione dei dirigenti al governo complessivo dell'azienda, attraverso gli organismi collegiali previsti ai vari livelli dell'organizzazione;
- la responsabilità dei dirigenti rispetto al perseguimento della missione aziendale, in base agli incarichi ed eventualmente al budget assegnato.



In seno alla direzione generale, sarà costituito, ai fini dello svolgimento delle funzioni del controllo di gestione un organismo in staff.

➤ IL DIRETTORE SANITARIO E IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Il direttore sanitario ed il direttore amministrativo, nominati in rapporto fiduciario dal direttore generale, con contratto di diritto privato, coadiuvano lo stesso nell'esercizio delle funzioni ad esso spettante.

Il direttore sanitario ed il direttore amministrativo dirigono, ai fini organizzativi, i servizi ad essi afferenti (rispettivamente igienico - sanitari ed amministrativi) ed esprimono il parere sugli atti di propria competenza.



Essi, inoltre,:

- esprimono parere su ogni questione che venga loro sottoposta;
- svolgono le funzioni e adottano gli atti ad essi delegati e attribuiti dal direttore generale;
- formulano, per le parti di competenza, proposte al direttore generale, ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei progetti di attività;
- curano, per quanto di competenza, l'attuazione dei programmi e dei piani dell'azienda attraverso i servizi alle proprie dipendenze;
- esercitano i poteri di spesa nell'ambito delle deleghe ricevute dal direttore generale e degli importi determinati dallo stesso;
- determinano, informandone le organizzazioni sindacali, i criteri generali di organizzazione dei servizi di rispettiva competenza nell'ambito delle direttive ricevute dal direttore generale;
- verificano e controllano l'attività dei dirigenti dei servizi e adottano i conseguenti provvedimenti, anche di carattere sostitutivo, riferendone al direttore generale, anche ai fini del controllo interno;
- svolgono ogni altra funzione attribuita loro dalle leggi e dai regolamenti.

Il direttore sanitario fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza e presiede il consiglio dei sanitari.





5.4 COLLEGIO DI DIREZIONE

Il Direttore Generale costituisce, con proprio provvedimento, il Collegio di Direzione, prevedendo uno specifico regolamento per le modalità di funzionamento, che tenga conto oltre che delle indicazioni contenute nelle presenti linee guida, anche delle peculiarità attribuite al Collegio di Direzione dalla normativa vigente.

Il Collegio di Direzione è un organismo che supporta il Direttore Generale e concorre con la Direzione aziendale alla individuazione delle strategie, suggerendo e proponendo piani per un corretto utilizzo e gestione delle risorse (umane, tecnologiche e finanziarie), allo scopo di ottimizzare il perseguimento degli obiettivi, nell'ottica di coniugare le istanze dell'area che si può definire della "committenza" (direzione generale e area centrale) con quelle deputate alla produzione dei livelli assistenziali.

Il Collegio di Direzione collabora per :

- a) l'elaborazione dei programmi di attività dell'Azienda (P.A.T. e P.A.L.);
- b) l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale e per l'utilizzo delle risorse umane.

Il Collegio di Direzione dura in carica tre anni e può essere prorogato dal Direttore Generale.

➤ **COMPOSIZIONE**

Il Collegio di Direzione è presieduto dal Direttore Generale ed è composto da:

- Il Direttore Sanitario
- Il Direttore Amministrativo
- I Direttori di Dipartimento;
- I Direttori dei Distretti Sanitari (per le Aziende Sanitarie);
- I Direttori Sanitari di Presidio Ospedaliero;
- Il Responsabile Aziendale delle attività socio – sanitarie ad elevata integrazione sanitaria (per le Aziende Sanitarie e ove previsto);
- Il Responsabile del Servizio Infermieristico,
- Il Dirigente dell'area dipartimentale di sanità pubblica veterinaria.

Le Aziende USL ed Ospedaliero che alla data di entrata in vigore del presente provvedimento hanno già nominato il collegio di Direzione, dovranno integrare la composizione con le figure professionali mancanti.





➤ FUNZIONI

Al Collegio di Direzione competono specifiche attribuzioni in ordine alle seguenti materie:

- A) Programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie
Tale compito prevede:
- L'individuazione dei bisogni di salute e l'analisi della domanda per la formulazione degli obiettivi aziendali specifici, individuazione e successivamente valutazione di tutte quelle attività che nell'ambito aziendale possono rivestire valenza strategica, al fine di rispondere ai bisogni di salute della popolazione.
- La programmazione deve contenere:
- l'individuazione e stesura di un programma di interventi che armonizzino quelli specifici predisposti dai singoli Dipartimenti;
- B) Il governo delle attività cliniche e la valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici aziendali (es. appropriatezza, efficacia ed efficienza dei trattamenti clinici e delle prestazioni, misurazione dell'efficacia e dell'efficienza delle prestazioni nell'area della degenza, anche attraverso il processo di "benchmarking" e di accreditamento professionale tra pari, ecc.);
- C) Programmazione e valutazione di attività ad alta integrazione sanitaria
Al riguardo si intende:
- L'individuazione di quelle attività che richiedono la partecipazione all'integrazione di aree di diversa appartenenza allo scopo di garantire servizi integrati rientranti nelle scelte strategiche dell'Azienda;
- D) Formulazione di programmi di formazione
A tal fine il Collegio provvede a:
- Proporre programmi di formazione sia per la dirigenza che per il comparto diretti:
 - all'acquisizione di nuove tecniche assistenziali e/o cliniche;
 - al continuo aggiornamento allo scopo di assicurare prestazioni sempre più orientate alla qualità totale;
 - all'acquisizione di principi e criteri manageriali, come la capacità relazionale, di gestione e di valutazione;
- E) Formulazione di ipotesi organizzative per l'esercizio dell'attività libero - professionale
A tal fine il Collegio di Direzione:
- redige una proposta di regolamento per l'espletamento dell'attività libero - professionale, suggerendo le relative tariffe da applicare, nell'ambito e nel rispetto di quelle previste dagli Ordini professionali;
 - valuta la congruità dei volumi di prestazioni fissati in relazione alle attività istituzionali;





- suggerisce e propone convenzioni, accordi, protocolli con strutture pubbliche o private per l'espletamento di dette attività, nonché convenzioni anche con studi professionali;
- individua, suggerendo alla Direzione, gli spazi e/o i locali per l'espletamento dell'attività libero professionale allo scopo di assicurare il regolare ed ottimale svolgimento della stessa, anche in relazione alla normativa nazionale e regionale in materia.

Tale documento deve essere rispondente a quanto previsto dalla norma contrattuale vigente, con particolare riferimento alla parte III (art. 54 e seguenti) del C.C.N.L.

5.5 CONSIGLIO DEI SANITARI

Il Consiglio dei Sanitari, costituito con provvedimento del Direttore Generale, è un organismo elettivo dell'Unità Sanitaria Locale e dell'Azienda Ospedaliera con funzioni di consulenza tecnico - sanitaria. Esso fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico - sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad essa attinenti; si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria.

Di norma il Consiglio dei Sanitari si riunisce ogni 15 giorni.

Il parere si intende espresso favorevolmente se il Consiglio dei Sanitari non si pronuncia entro il 15° giorno dalla data di ricevimento della richiesta di parere.

➤ COMPOSIZIONE

Il Consiglio dei Sanitari è presieduto dal Direttore Sanitario dell'Azienda e la composizione varia a seconda che trattasi di Azienda Ospedaliera o Azienda Sanitaria Locale.

Composizione del Consiglio dei Sanitari delle Aziende Ospedaliere:

La rappresentanza è composta da:

- n. 10 Dirigenti medici ospedalieri di cui 4 dirigenti di struttura complessa e n. 6 dirigenti con cinque anni di anzianità in ruolo. Nelle Aziende Ospedaliere con più presidi viene assicurata la presenza di almeno un rappresentante medico per presidio qualora sia superiore a 150 posti letto;
- n. 5 dirigenti sanitari laureati non medici del ruolo sanitario in rappresentanza di ciascuna figura professionale operante nelle Aziende Ospedaliere;
- n.1 operatore dell'area infermieristica;
- n.2 operatori dell'area tecnico - sanitaria e della riabilitazione.



Nelle Aziende Ospedaliere ove insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della facoltà di medicina, deve essere assicurata la rappresentanza universitaria del personale dirigente sanitario con funzioni apicali, del personale dirigente sanitario non apicale e del personale tecnico laureato.

Composizione del consiglio dei sanitari delle ASL

La rappresentanza è assicurata dalle seguenti figure professionali:

- n. 6 dirigenti medici dipendenti dell'Azienda di cui uno del Dipartimento di Prevenzione;
- n. 1 dirigente medico veterinario;
- n. 1 medico specialista ambulatoriale;
- n. 1 medico di medicina generale;
- n. 1 medico pediatra di libera scelta;
- n. 5 dirigenti sanitari laureati non medici del ruolo sanitario in rappresentanza di ciascuna figura professionale operante nelle Aziende unità sanitaria locale
- n.1 operatore dell'area infermieristica;
- n.2 operatori dell'area tecnico – sanitaria e della riabilitazione.

I medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta sono designati dall'ordine professionale.

➤ **PERSONALE AVENTE DIRITTO ALLA NOMINA DI COMPONENTE DEL CONSIGLIO DEI SANITARI**

Possono essere eletti quali componenti del Consiglio dei Sanitari :

- a) i dipendenti del servizio sanitario nazionale con almeno 3 anni di anzianità;
- b) il personale universitario, assegnato, da almeno 3 anni, ad attività assistenziali (per le aziende in cui insiste il triennio clinico della facoltà di medicina e per le aziende in cui è presente anche la componente universitaria).

Partecipano, quindi, alla elezione del Consiglio dei sanitari, i dipendenti, ciascuno per la categoria di appartenenza, del ruolo: medici ospedalieri, medici territoriali, medici universitari, personale laureato sanitario, personale laureato sanitario universitario, medici veterinari, personale infermieristico e personale tecnico – sanitario.

Tutti i componenti del Consiglio dei Sanitari sono eletti sulla base di liste distinte, formate in ordine alfabetico, per ciascuna delle categorie da nominare, nelle quali possono candidarsi gli operatori della azienda in possesso dei requisiti sopra descritti.



➤ MODALITA' PER LO SVOLGIMENTO DELLE ELEZIONI



Il Direttore Generale indice le elezioni, previo avviso da pubblicare, almeno 30 giorni prima della data fissata, garantendone la massima diffusione, anche attraverso l'affissione dell'avviso sugli appositi spazi riservati all'interno dell'azienda e la notifica alle parti sociali. L'avviso deve contenere tutte le informazioni necessarie in merito alle elezioni: *data, ora e sede.*

Le operazioni di voto si svolgono nell'arco di una sola giornata e sono a scrutinio segreto.

L'Azienda mette a disposizione idonei locali, affinché dette operazioni avvengano in modo regolare, rispettando il principio della segretezza.

➤ COMMISSIONE ELETTORALE E SEGGIO ELETTORALE

Il Direttore Generale costituisce una Commissione elettorale composta dal Direttore Amministrativo, o suo delegato, con funzioni di presidente, e da quattro dipendenti dell'azienda estratti a sorte tra il personale appartenente ai ruoli non interessati alle elezioni, di cui uno con funzioni di segretario. Alla Commissione compete la predisposizione dell'elenco dei dipendenti aventi il diritto di voto, suddivisi per categoria, nonché la verifica dei requisiti di eleggibilità. Gli elenchi sono affissi all'albo dell'Azienda almeno 10 giorni prima della data delle elezioni.



La Commissione elettorale costituisce, nelle sedi dove avvengono le elezioni, i seggi elettorali composti da 3 scrutatori, di cui uno anche con funzioni di presidente ed uno di segretario, sorteggiati tra il personale che non risulti candidato.

Compete al seggio elettorale l'espletamento di tutti gli adempimenti ed operazioni connesse al voto, nonché le operazioni di spoglio che devono essere eseguite pubblicamente.

➤ ELEZIONE DEI COMPONENTI

Ogni elettore partecipa con voto limitato al proprio profilo professionale, indicando un numero di nominativi non superiore a quello dei rappresentanti alla cui elezione è chiamato a concorrere, esprimendo la preferenza indicando il nominativo del candidato.

Sulla base delle risultanze dello spoglio il Direttore Generale procede alla nomina degli eletti; risultano eletti coloro che hanno ottenuto il maggior numero dei voti validamente espressi.

In caso di parità di voti risulta eletto quello con più anzianità di servizio.



In caso di dimissioni o di cessazione dalla carica si provvede alla sostituzione secondo l'ordine che è risultato dalla votazione.



Qualora a causa dell'esaurimento della lista non sia più possibile procedere alla sostituzione di un eletto cessato, il Direttore Generale indice nuove elezioni esclusivamente per il profilo professionale carente.

> DURATA

Il Consiglio dei Sanitari dura in carica 5 anni. Il Consiglio dei Sanitari decaduto conserva le proprie funzioni sino al rinnovo e comunque non oltre i 120 giorni dalla scadenza naturale.

Il Direttore Generale provvede allo scioglimento del Consiglio dei sanitari qualora lo stesso per tre volte consecutive non abbia raggiunto il numero legale (metà + 1).

I componenti del Consiglio dei Sanitari possono essere eletti per un massimo di due volte consecutivamente.

I componenti che non partecipano al Consiglio, per tre volte, senza aver comunicato il motivo dell'assenza, vengono dichiarati decaduti.

Le aziende USL ed Ospedaliere che alla data di approvazione del presente atto hanno già eletto il nuovo Consiglio dei Sanitari, dovranno eleggere le sole figure professionali mancanti e previste nel presente atto. Le aziende USL ed Ospedaliere che, invece, stanno predisponendo le elezioni, dovranno procedere secondo quanto disciplinato nel presente atto, in modo da assicurare l'equilibrio fra tutte le figure professionali.





6. DISTRETTO

Al fine di raggiungere un reale decentramento delle attività sanitarie sul territorio il distretto rappresenta la chiave dell'organizzazione sanitaria.

Il distretto è l'articolazione territoriale, organizzativa e funzionale dell'azienda USL, preposto all'analisi dei bisogni di salute, socio sanitari e della domanda di assistenza, al governo dell'offerta di servizi e prestazioni, al coordinamento ed alla gestione delle risorse e alla verifica dei risultati di salute. Il distretto rappresenta un sistema dove la

domanda di salute è affrontata in modo unitario e globale. Esso è, pertanto, inteso quale centro di coordinamento tra domanda e offerta, centro di attività di prevenzione e strumento in grado di indirizzare l'utente al servizio più appropriato. Il distretto assicura tutti i percorsi di accesso dell'utente ai servizi e alle prestazioni, garantendo l'appropriatezza e la continuità assistenziale, nonché l'integrazione con i servizi socio-assistenziali.

Il distretto è assunto, quindi, quale livello ottimale per realizzare l'integrazione. Al suo interno devono essere individuate idonee strategie e modalità di integrazione tra servizi territoriali e ospedale, tra cure primarie e specialistiche, tra cure domiciliari e residenziali. Trattasi di un processo di ordine culturale, istituzionale, organizzativo e gestionale che richiede da parte di tutti i soggetti coinvolti un approccio che superi separatezze e rigidità, per promuovere azioni comuni che abbiano quale elemento centrale il benessere della persona e che garantiscano la continuità assistenziale.



Per quanto riguarda l'erogazione delle prestazioni di natura sanitaria integrate con quelle di natura sociale si rinvia alle direttive emanate ai Direttori Generali con delibera di Giunta Regionale del 17 luglio 2001 n.°1042.

Il distretto è dotato, nell'ambito delle risorse assegnate, di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda USL.

In questo contesto il Budget diviene uno strumento importantissimo per attivare l'autonomia dei Distretti in quanto, con esso, si mette in moto un sistema di assegnazione delle risorse umane, finanziarie e strumentali, unitamente agli obiettivi e alla responsabilità. Il sistema stesso garantisce il controllo della gestione.

Il budget ha la finalità anche di rendere più efficiente la gestione aziendale e di raggiungere più facilmente i risultati attesi tramite un meccanismo diffuso delle responsabilità che prevede l'assunzione piena delle stesse da parte dei dirigenti, compresa la valutazione annuale.



COMPITI DEL DISTRETTO



- 6.1 Il distretto assicura, in particolare:
- l'assistenza sanitaria di base, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento multidisciplinare, in ambulatorio e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e presidi specialistici ambulatoriali;
 - il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture operative a gestione diretta nonché con i servizi specialistici ambulatoriali e le strutture ospedaliere ed extraospedaliere accreditate;
 - il raccordo e coordinamento tra i servizi del territorio ed i servizi ospedalieri;
 - l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché l'erogazione delle attività socio-assistenziali eventualmente gestite dall'azienda USL su delega degli enti locali, garantendone l'integrazione con le attività di assistenza sanitaria;
 - l'assistenza specialistica ambulatoriale;
 - l'attività o i servizi per la prevenzione e la cura delle tossicodipendenze;
 - l'attività o i servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, nonché l'attività ed i servizi di salute mentale nell'età evolutiva;
 - l'attività o i servizi rivolti a disabili e anziani;
 - l'attività o i servizi di assistenza domiciliare integrata;
 - l'attività o i servizi per le patologie da HIV e per le patologie in fase terminale;
 - l'attività medico legale.

6.2 Sono collocate funzionalmente nel distretto le strutture organizzative del Dipartimento di salute mentale e del Dipartimento di prevenzione, con particolare riguardo ai servizi alla persona (come ad esempio la medicina sportiva e la profilassi delle malattie infettive e parassitarie), nonché le strutture di altri eventuali dipartimenti che l'azienda intendesse istituire.

AMBITI TERRITORIALI DEL DISTRETTO

- 6.2 I processi di decentramento e di devoluzione in corso determinano la necessità di una definizione e classificazione dei territori per rispondere sia ad esigenze di economia di scala che di utilità e vantaggio della popolazione. A tal fine si possono delineare tre tipologie di Distretto:
1. Distretto urbano;
 2. Distretto extraurbano;
 3. Distretto delle aree di montagna e/o di dispersione della popolazione.





➤ Distretto urbano

La delimitazione del Distretto nelle aree urbane deve tener conto delle situazioni socio-territoriali già esistenti che corrispondono ai territori circoscrizionali o a gruppi di quartieri che, per loro storia o le loro tradizioni sociali e culturali, hanno costituito nel tempo forme di aggregazione e di appartenenza riconosciute. Tale tipologia di Distretto deve quindi coincidere con una o più circoscrizioni. In particolare per la città di Roma deve prevedere una popolazione minima di riferimento di 100.000 abitanti e deve coincidere, di norma, con un municipio.

➤ Distretto extraurbano

Nelle aree extraurbane il Distretto deve insistere su un territorio che comprende più Comuni, in zone nelle quali sono già state sperimentate, in passato, forme di collaborazione e di aggregazione di tipo sanitario e sociale. Tale tipologia deve prevedere una popolazione minima di 60.000 abitanti.

➤ Distretto delle aree montane

Le aree di montagna sono caratterizzate da una dispersione di popolazione dove esiste una oggettiva difficoltà di accesso ai servizi. Queste aree devono prevedere progetti d'intervento sanitario in base agli specifici profili epidemiologici. Nella definizione del territorio di riferimento, si dovrà tener conto dei rischi potenziali per la salute e dell'offerta di servizi di cui necessita l'area. Tale tipologia di distretto potrà prevedere anche una popolazione inferiore ai 60.000 abitanti tenendo presenti sia gli aspetti sanitari citati, che le economie di scala.

6.3 DIRETTORE DEL DISTRETTO

Al distretto è preposto un direttore. L'incarico, a tempo determinato, è attribuito dal direttore generale dell'azienda USL, previo apposito avviso, ad un dirigente della stessa azienda che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali ed un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure un medico di medicina generale o pediatra di libera scelta convenzionato da almeno dieci anni con il servizio sanitario, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

Il direttore di distretto è responsabile dell'attività complessiva del distretto e della gestione delle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnate per il perseguimento degli specifici obiettivi programmatici individuati dal direttore generale e lo supporta nei rapporti con i sindaci



di distretto. Provvede, altresì, a formulare la proposta del programma delle attività territoriali e a costituire il consiglio di distretto.



6.4 CONSIGLIO DI DISTRETTO

Presso ogni distretto è istituito il consiglio di distretto quale ufficio consultivo del Direttore di Distretto e di coordinamento delle attività distrettuali, costituito con provvedimento del direttore di distretto e composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali, tra i quali deve essere presente almeno un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta e uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.



7. DIPARTIMENTI



Si intende per Dipartimento una articolazione organizzativa di coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse. Il Dipartimento non svolge, di norma, un ruolo di direzione gerarchica sulle unità operative periferiche ma assume compiti di orientamento, consulenza e supervisione per lo svolgimento della funzione alla quale è preposto. Costituisce, quindi, una macro struttura composta da unità operative complesse con esigenze organizzativamente omogenee che richiedono un coordinamento univoco, allo scopo di perseguire comuni obiettivi e finalità, non necessariamente riferiti ad organi o/ad apparati.

Le strutture che afferiscono al Dipartimento sono, pertanto, "unità operative complesse"; i relativi responsabili, pur essendo interdipendenti, mantengono la loro autonomia operativa.

Le unità operative si definiscono complesse se in possesso delle seguenti proprietà:

- erogazione di attività tecnico-professionali il cui ambito qualitativo equivalga di norma, per le attività sanitarie, alle prestazioni caratterizzanti l'ambito disciplinare;
- afferenza di rilevanti risorse professionali in termini di dotazione organica, la cui entità indichi la necessità di conferire la relativa autonomia gestionale;
- assegnazione di rilevanti dotazioni tecnico-strumentali;
- gestione di risorse finanziarie la cui consistenza sia significativa per il bilancio aziendale;
- assegnazione di obiettivi rilevanti per la programmazione aziendale.



Il Dipartimento è quindi una struttura complessa costituita dall'aggregazione di unità operative complesse e semplici, affini o complementari, in cui si realizza la convergenza di competenze e di esperienze scientifiche, tecniche ed assistenziali, allo scopo di ottimizzare risorse ed attività.

L'assetto organizzativo minimo del dipartimento presuppone:

- l'aggregazione di un numero congruo di unità operative complesse, afferenti a più discipline di cui all'articolo 4 del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484 e successive modificazioni;
- una consistenza, in termini di complessità gestionale e di quantità di risorse umane, tecniche e finanziarie utilizzate e di unità operative afferenti, di norma non inferiore, in ciascuna azienda, a quanto previsto per il Dipartimento di Prevenzione, dagli articoli da 7 bis a 7 quater del Decreto Legislativo 502/1992 e, per il dipartimento di salute mentale, dalle vigenti disposizioni.





I Direttori Generali assicurano che i criteri per la composizione qualitativa e quantitativa dei dipartimenti comprendano anche quello di un adeguato e funzionale rapporto tra il numero delle unità operative complesse presenti nell'azienda e il numero dei dipartimenti della stessa azienda.

La Dipartimentalizzazione, ha lo scopo di realizzare un miglioramento delle modalità organizzative, con particolare riferimento a:

- l'assistenza, che dovrà essere garantita attraverso l'individuazione ed il coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie, la gestione e l'utilizzo in comune di spazi, attrezzature, tecnologie e personale, anche al fine di una razionalizzazione dei costi;
- l'erogazione delle prestazioni sanitarie adottando anche criteri che rispecchino l'umanizzazione delle cure;
- l'incremento delle attività di day hospital e di day surgery, favorendo, così la deospedalizzazione;
- l'utilizzazione corretta delle risorse attribuite (umane, finanziarie e tecnologiche) al fine di conseguire interventi appropriati volti ad assicurare efficienza ed efficacia;
- la realizzazione di strategie sinergiche dirette all'ottimale perseguimento degli obiettivi aziendali.

Si conferma l'orientamento regionale già espresso in provvedimenti della Giunta finalizzati a contrastare la proliferazione di dipartimenti non ritenuti funzionali allo sviluppo dell'aziendalizzazione e al potenziamento di una organizzazione del sistema improntata anche all'economicità ed al riequilibrio delle risorse.

A tal fine la Regione ritiene che rivesta carattere di necessità istituzionale l'individuazione presso ciascuna Azienda unità sanitaria locale dei dipartimenti di prevenzione, di salute mentale e di emergenza. La previsione di ulteriori dipartimenti rispetto a quelli sopra individuati può essere giustificata da reali esigenze organizzative e operative, dalla complessità delle attività e dei servizi da raccordare, dalle evidenze in termini assistenziali di particolari e specifici problemi del territorio aziendale. La individuazione di detti ultimi dipartimenti potrà essere assunta sentita la Regione.



7.1 COMPITI DEI DIPARTIMENTI

Il Dipartimento nella sua complessità ha il compito di individuare:

- gli obiettivi da perseguire (sia su base annuale che pluriennale);
- le attività da avviare con particolare riguardo a:
 1. i percorsi clinici diretti ad ottimizzare le prestazioni, anche attraverso l'utilizzo dei dati aggiornati della letteratura medica e della medicina, basata sulle evidenze;
 2. gli indicatori utili alla valutazione e verifica, in ordine dell'appropriatezza ed all'efficacia delle prestazioni e sul livello di personalizzazione degli interventi tesi a garantire la dignità umana;
 3. l'ottimizzazione delle risorse;
 4. i bisogni di formazione del personale.





7.2 TIPOLOGIE DI DIPARTIMENTI

All'interno dell'azienda Unità Sanitaria Locale e dell'azienda Ospedaliera sono ipotizzabili diversi tipi di dipartimenti per l'assistenza sanitaria in relazione alle specifiche funzioni ed attività che caratterizzano la rispettiva area di intervento.

In linea teorica, i dipartimenti possono essere classificati come segue:

a) Dipartimenti "per funzione"

Possono essere definiti dipartimenti "per funzione" quelli preordinati a coinvolgere una pluralità di soggetti in una stessa funzione di cui ciascuno è titolare. Il compito del dipartimento è quello di promuovere ed incentivare determinati comportamenti o azioni da parte delle diverse strutture dell'azienda.

b) Dipartimenti "a struttura"

Possono essere definiti dipartimenti a struttura quelli caratterizzati dalla necessità di realizzare una incisiva ed unitaria conduzione degli interventi e, conseguentemente, di esercitare una forte giurisdizione sulle funzioni e, quindi, sulle unità operative, tenute al rispetto di stretti e precisi protocolli di comportamento, che rappresentano, per le stesse, vincoli inderogabili. Appartengono a questa tipologia i dipartimenti connotati dall'esercizio di autorità sanitaria e/o di poteri diretti di organizzazione delle funzioni e risorse, anche al di là degli ambiti propri delle aree-sistema, quali il dipartimento di prevenzione e il dipartimento di salute mentale.

c) Dipartimenti "d'organo"

Possono essere definiti dipartimenti "d'organo" quelli in cui vengono ad essere aggregate funzioni omologhe ed omogenee. Tali dipartimenti sono caratterizzati dalla prevalente o esclusiva collocazione delle unità operative in ambito ospedaliero e dalla presenza di specifiche professionalità dotate di una propria intrinseca autonomia rispetto agli interventi preventivi, diagnostici e terapeutici di competenza.

d) Dipartimenti "a progetto"

Possono essere definiti dipartimenti "a progetto" quelli preordinati alla realizzazione di un "progetto-obiettivo" individuato dalla programmazione a livello nazionale, regionale o locale. Caratteristica peculiare di questo tipo di dipartimento è quella dell'integrazione funzionale delle attività di competenza con quelle di soggetti esterni all'azienda (altre aziende unità sanitarie locali o ospedaliere, enti locali, associazioni di volontariato, istituzioni scolastiche, etc.).





I dipartimenti per l'assistenza sanitaria, in relazione alla tipologia cui appartengono, saranno connotati da funzioni di governo (programmazione/indirizzo e gestione/controllo) tanto più incisive e "centralizzate" quanto più il dipartimento assumerà una configurazione strutturale. In tal caso, più consistenti potranno essere, soprattutto nella fase iniziale, le competenze centralizzate, che potranno comprendere anche attività di tipo gestionale ed operativo.

Le unità organizzative che costituiscono l'apparato tecnico-valutativo-amministrativo-contabile a servizio dell'azienda nel suo complesso e, quindi, di tutti i suoi livelli ed articolazioni possono essere coordinate e indirizzate in forma dipartimentale.

L'organizzazione amministrativa deve tendere al superamento del tradizionale ordinamento burocratico e gerarchico dei servizi, un vero e proprio ruolo di "servizio" per tutte le strutture dell'azienda.

Le "funzioni strumentali o di supporto" devono però rimanere distinte dalle "funzioni finali", cioè quelle funzioni preordinate ad assicurare i livelli di assistenza.

In questo senso, l'organizzazione delle funzioni amministrative si trasforma in un "insieme" di strutture erogatrici di servizi e prodotti (nei confronti della stessa azienda) e come tali assoggettate, al pari delle strutture deputate allo svolgimento di "funzioni finali", alla verifica dei risultati in termini sia di realizzazione dei programmi e prodotti, sia di corretta utilizzazione delle risorse.

In particolare, le funzioni amministrative possono essere aggregate in aree omogenee da individuare in relazione alle specifiche funzioni; ciascuna area di attività potrebbe articolarsi al suo interno in sub aree specializzate, rispettivamente, nella programmazione ed indirizzo e nella gestione e controllo.

7.3 DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

Il Direttore del Dipartimento è nominato dal Direttore Generale fra i Dirigenti di struttura complessa, nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di Dipartimento.

La durata dell'incarico di Direttore di Dipartimento è di cinque anni, con valutazione annuale. L'incarico può, comunque, essere rinnovato.

Al Direttore del Dipartimento compete di :

- individuare gli obiettivi di salute e gestionali e pianificare le attività, previo parere obbligatorio del Comitato di Dipartimento;
- coordinare le attività e le risorse affinché il Dipartimento assolva in modo pieno i propri compiti ed al fine di assicurare che ogni struttura del





Dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee;

- verificare la rispondenza degli obiettivi del Dipartimento con quelli della Azienda;
- negoziare i budgets funzionali, dopo aver illustrato gli obiettivi ed aver acquisito il parere obbligatorio del Comitato di Dipartimento;
- informare il Comitato di Dipartimento delle risultanze della negoziazione;
- gestire l'eventuale budget del Dipartimento (distinto da quelli delle singole UU.OO.)
- individuare gli strumenti specifici di controllo di gestione e di verifica della qualità delle attività, in coerenza con quelli generali definiti dalla direzione aziendale;
- garantire l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative.

Nell'espletamento dei compiti assegnati il Direttore di Dipartimento è coadiuvato dal responsabile amministrativo che cura le procedure e gli atti di propria competenza.

7.4 COMITATO DI DIPARTIMENTO

Ai sensi dell'articolo 17 bis del Decreto Legislativo 502 del 1992, il Comitato di Dipartimento è un organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e verifica.

Membri del Comitato di Dipartimento sono:

- Il Direttore del Dipartimento che lo presiede;
- Il Responsabile Amministrativo del Dipartimento;
- I Dirigenti Sanitari responsabili delle strutture complesse;
- I Dirigenti di strutture semplici dipartimentali;
- Il Responsabile dell'area infermieristica, tecnico-sanitaria, della riabilitazione, di vigilanza e ispezione e dell'assistenza sociale, a seconda della tipologia del Dipartimento;
- I Dirigenti Medici e Sanitari, in numero non superiore al 20% dei componenti di diritto, eletti da tutti i dirigenti del Dipartimento che durano in carica cinque anni.

Il Comitato si riunisce, previa convocazione formale del Direttore di Dipartimento (nelle forme previste) e di ogni seduta verrà redatto apposito verbale, conservato in ordine cronologico, presso la Direzione del Dipartimento.

Il comitato si riunisce, almeno una volta ogni trimestre per la verifica periodica degli obiettivi e per individuare, se del caso, correttivi ed interventi, idonei ad ottimizzare sia l'utilizzo delle risorse che il perseguimento degli obiettivi. Si riunisce altresì ogni qualvolta debba esprimere il proprio parere obbligatorio su:



ES
110
1210
101

- gli obiettivi del Dipartimento che verranno negoziati dal Direttore dello stesso con la Direzione Generale;
- l'acquisizione ed allocazione delle risorse umane e materiali delle singole U.O. e dei rispettivi budget;
- sulla verifica della corrispondenza dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi concordati;
- l'istituzione di nuove U.O. semplici e /o loro eventuale soppressione;
- i modelli organizzativi del Dipartimento.

Il Comitato di Dipartimento, con cadenza annuale, deve produrre una relazione contenente una indicazione sintetica in ordine alle attività svolte ed ai risultati conseguiti.

ASSE
REG
LAZI
SANTA
10

ASSE
REG
LAZI
SANTA
10



8. DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura dell'azienda USL che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita, attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientali, umane e animali.

Il Dipartimento di Prevenzione promuove iniziative coordinate con i Distretti, con gli altri Dipartimenti dell'azienda USL e con i Dipartimenti delle aziende ospedaliere.

Il Dipartimento di Prevenzione garantisce le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica:

- a) la profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- b) la tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari degli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- c) la tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- d) la sanità pubblica veterinaria, che comprende la sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e la profilassi delle malattie infettive e parassitarie, la farmacovigilanza animale, l'igiene delle produzioni zootecniche, la tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;
- e) la tutela igienico sanitaria degli alimenti;
- f) la sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- g) le attività di prevenzione rivolte alla persona, quali vaccinazioni obbligatorie e raccomandate nonché programmi di diagnosi precoce;
- h) la tutela della salute nelle attività sportive.

Il Dipartimento di prevenzione contribuisce inoltre alle attività di promozione della salute e delle malattie cronic-degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali. Può altresì garantire le attività di medicina legale e necroscopica.

8.1. ORGANIZZAZIONE

Il Dipartimento di prevenzione, opera nell'ambito del Piano attuativo locale, è dotato di autonomia tecnico gestionale, ha autonomia organizzativa e contabile, ed è organizzato in centri di responsabilità e in centri di costo. L'aggregazione delle aree dipartimentali che lo costituiscono e l'integrazione delle rispettive attività sono essenzialmente strumentali al funzionamento di un modello organizzativo polifunzionale unitariamente finalizzato alla realizzazione delle strategie e degli obiettivi della prevenzione.





Questa modalità operativa favorisce e promuove l'integrazione organizzativa multidisciplinare e multiprofessionale nei campi di intervento che vedono il concorso di più strutture per il raggiungimento degli obiettivi di salute (Distretti Sanitari, ARPA, Istituto Zooprofilattico ed Enti Locali).

La caratteristica dei programmi del Dipartimento è la flessibilità ed adattabilità alle esigenze territoriali.

Il direttore del Dipartimento è scelto dal direttore generale tra i dirigenti di struttura complessa con almeno cinque anni di anzianità di funzione e risponde alla direzione aziendale del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione, in relazione alle risorse assegnate.

Nell'atto aziendale deve essere disciplinata l'articolazione delle aree dipartimentali di sanità pubblica, della tutela della salute negli ambienti di lavoro e della sanità pubblica veterinaria, prevedendo strutture organizzative specificamente dedicate a:

- a) igiene e sanità pubblica
- b) igiene degli alimenti e della nutrizione
- c) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro
- d) sanità animale
- e) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- f) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.



Le strutture organizzative si distinguono in servizi o in unità operative, in rapporto all'omogeneità della disciplina di riferimento e alle funzioni attribuite, nonché alle caratteristiche e alle dimensioni del bacino di utenza.

Per ciò che concerne la sanità pubblica veterinaria, le aziende USL si accorderanno anche con l'Istituto Zooprofilattico sperimentale per la realizzazione di obiettivi congruenti con la programmazione nazionale e regionale e con le esigenze territoriali di riferimento.

A tal fine le strutture dell'area veterinaria interagiranno anche con l'Istituto per perseguire i seguenti obiettivi generali:

- 1) lotta alle malattie infettive del bestiame, attraverso piani di prevenzione e di eradicazione, ordinari e di emergenza, nonché programmi di sorveglianza epidemiologica permanente;
- 2) lotta alle zoonosi anche attraverso l'approfondimento di studi e ricerche specifici e la collaborazione medico-veterinaria;
- 3) controllo della popolazione canina, con aggiornamento continuo dell'anagrafe nonché controllo delle specie sinantropiche a tutela della salute umana ed animale;
- 4) piena attuazione delle prescrizioni comunitarie di adeguamento strutturale e igienico degli impianti di produzione e trasformazione degli alimenti di origine animale;





- 5) potenziamento dei programmi di controllo degli alimenti di origine animale in tutte le sue fasi, dalla produzione al consumo;
- 6) miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie degli allevamenti e promozione della qualità delle produzioni zootecniche;
- 7) vigilanza e controllo sull'alimentazione animale, con particolare riferimento ai mangimi integrati e medicati;
- 8) tutela del benessere animale negli allevamenti, durante i trasporti e nei macelli, nonché vigilanza sulla corretta utilizzazione degli animali da esperimento e sulle condizioni di detenzione degli animali di affezione;
- 9) educazione sanitaria alla popolazione, informazione ai consumatori, formazione agli allevatori ed operatori del comparto agro-alimentare.

I servizi veterinari operano quale centro di responsabilità, dotati di autonomia tecnico-funzionale ed organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale e rispondono al direttore del Dipartimento del perseguimento degli obiettivi del servizio nonché della gestione delle risorse economiche attribuite attraverso un coordinatore dei tre servizi afferenti l'area della sanità pubblica veterinaria.



9. ATTIVITÀ CONTRATTUALE IN MATERIA DI FORNITURE DI BENI E SERVIZI



L'attività contrattuale delle Aziende sanitarie in materia di forniture di beni e servizi che per valore non risultano essere assoggettate alla normativa comunitaria e che non rappresentino, nell'esercizio, frazionamento, ripetizione o completamento di altre forniture al fine di essere artificialmente suddivise in più contratti tendenti a sottrarre all'applicazione della relativa normativa, è disciplinata con apposito regolamento aziendale, in conformità alla normativa vigente

L'atto aziendale si ispira ai seguenti principi e criteri:

- nella contrattazione si osservano le norme contenute nel Codice Civile;
- la contrattazione deve aver luogo nel rispetto dei principi della trasparenza e della concorrenzialità perseguendo costantemente l'obiettivo della efficacia, efficienza ed economicità per l'Azienda;
- la trasparenza e la concorrenzialità devono essere perseguite assicurando la pubblicizzazione dell'oggetto e delle condizioni contrattuali secondo le forme ritenute più idonee dall'Azienda, facendo ricorso all'utilizzo di strumenti informatici; ed in conformità agli adempimenti previsti dall'articolo 7 della legge regionale 16/2001
- nell'ambito della contrattazione l'Azienda deve informare i concorrenti circa i criteri e le modalità di scelta del contraente ricorrendo a sistemi di valutazione che attribuiscono rilevanza ai soli profili economici o anche agli aspetti qualitativi dell'offerta, indicando, nella relativa delibera, in maniera esaustiva le motivazioni che l'hanno determinata a scegliere quel fornitore;
- le offerte economiche ricevute dalle ditte concorrenti devono essere valutate ai fini dell'accertamento della loro congruità sulla base di indagini di mercato, tenuto conto delle risultanze dell'Osservatorio regionale dei prezzi di cui all'articolo 7 della L.R. 3 agosto 2001, n.16, ove le stesse siano aggiornate in tempo utile;
- l'Azienda può prescindere dal confronto concorrenziale tra più ditte, previa debita motivazione, nei casi di urgenza determinati da eventi imprevedibili e non imputabili all'azienda; qualora si tratti di acquisto o locazione di beni immobili; per i contratti di importo inferiore a £ 50 milioni pari ad Euro 25.549,31. In tali ipotesi l'Azienda potrà individuare direttamente il contraente, consultando l'impresa di propria scelta e negoziando con essa, facendo ricorso all'elenco dei fornitori di cui all'art. 29 della L.R. 31/10/96, n.45 nel quale sono inserite le ditte accreditate sulla base di requisiti di affidabilità e potenzialità tecnico-economica.





10. PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEGLI UTENTI

Premesso che la Regione riconosce la funzione delle formazioni sociali private non aventi scopo di lucro impegnate nella tutela del diritto alla salute come espressione di partecipazione, solidarietà e pluralismo, ne promuove lo sviluppo e ne favorisce l'apporto originale per l'esercizio delle competenze regionali, è affidata alle aziende sanitarie il compito di favorire la concreta operatività dei citati organismi sociali all'interno delle stesse aziende.



In questa ottica, la Giunta Regionale ha istituito l'elenco delle formazioni sociali private di cui all'art.1 comma 18 del decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni. L'iscrizione all'elenco costituisce presupposto per il concorso alla programmazione sanitaria regionale, per l'accreditamento istituzionale e per la stipula dei relativi accordi contrattuali con le aziende USL.

Si individuano quale specifici strumenti di partecipazione e di controllo da parte dei cittadini sulla qualità dei servizi erogati:

- la carta dei servizi;
- la conferenza dei servizi;
- i protocolli d'intesa e gli accordi;
- l'Ufficio di Pubblica Tutela

➤ a) LA CARTA DEI SERVIZI

La legislazione più recente ha informato la disciplina dei servizi pubblici, al principio della fissazione dei diritti dell'utente mediante l'approvazione di apposita "Carta dei Diritti", prevedendo addirittura procedimenti sanzionatori e di contestazione nei confronti delle aziende in caso di inadempimenti di correlativi obblighi. In particolare è stato emanato il D.P.C.M. 19 maggio 1995 "Schema generale di riferimento della Carta dei Servizi pubblici sanitari" (cui si fa rinvio).

Pertanto, i direttori generali al fine di favorire i rapporti con l'utenza, aggiornano annualmente la "Carta dei servizi" che rappresenta lo strumento attraverso il quale le aziende sanitarie orientano e adeguano le proprie attività alla soddisfazione dei bisogni degli utenti. La Carta definisce gli impegni e prevede gli standard, generali e specifici cui i servizi devono adeguarsi. Le aziende sanitarie, inoltre, adottano il regolamento per la tutela degli utenti.

I direttori generali promuovono specifiche attività di informazione e di tutela degli utenti e definiscono un piano di comunicazione aziendale per favorire la conoscenza dei contenuti della "Carta dei servizi" e della relativa attuazione.





In particolare assicurano l'informazione in ordine alle prestazioni erogate, alle tariffe, alle modalità di accesso ai servizi, ai tempi di attesa, anche con riguardo all'attività libero professionale intramuraria, in conformità all'articolo 3 del Decreto Legislativo del 29 aprile 1998 n. 124. Il Direttore Generale è chiamato a dare piena attuazione alle norme previste dalla deliberazione di Giunta Regionale n° 5836/98, vigilare che le liste di attesa siano tenute continuamente aperte, che siano costantemente aggiornate al fine di ottimizzare la disponibilità.

Al fine di garantire la tutela del cittadino avverso gli atti o comportamenti con i quali si nega o si limita la fruibilità delle prestazioni di assistenza sanitaria, sono ammesse osservazioni, opposizioni, denunce o reclami in via amministrativa al direttore generale, redatti in carta semplice, da presentarsi entro quindici giorni dal momento in cui l'interessato, dei suoi parenti o affini, degli organismi di volontariato o di tutela dei diritti accreditati presso la Regione competente.

L'azienda USL è tenuta a dare riscontro tempestivo alle predette istanze ed a prevedere modalità di rimborso ovvero di risarcimento di danni in via stragiudiziale.

La presentazione delle anzidette osservazioni ed opposizioni non impedisce né preclude la proposizione di impugnative in via giurisdizionale.

Le aziende sanitarie dovranno garantire che l'Ufficio di Relazioni con il Pubblico, sia organizzato avvalendosi di personale appositamente formato, prevedendo anche la possibilità, in relazione al tipo di utenza presente sul territorio, della presenza di mediatori culturali per gli assistiti di diverse etnie.

Gli URP dovranno periodicamente trasmettere alla Regione i dati relativi al monitoraggio del grado di partecipazione e di soddisfazione dell'utenza.



> b) LA CONFERENZA DEI SERVIZI

Il direttore generale indice almeno una volta all'anno, sentita la Conferenza Sanitaria, una Conferenza dei servizi, al fine di verificare l'attuazione della "Carta dei servizi", rendendo noti i dati relativi all'andamento dei servizi, allo stato di attuazione degli obiettivi, al grado di raggiungimento degli standard, con particolare riferimento allo svolgimento delle attività di tutela degli utenti.

Alla conferenza dei servizi partecipano anche i rappresentanti delle associazioni che hanno stipulato convenzioni o protocolli d'intesa con l'Azienda. Qualora il direttore generale non provveda, la conferenza viene convocata, previa diffida, dalla Regione.





➤ c) **PROTOCOLLI D'INTESA E ACCORDI**

Il protocollo d'intesa e gli accordi rappresentano lo strumento attraverso il quale le aziende sanitarie e le associazioni di volontariato e di tutela (iscritte all'Elenco di cui all'articolo 2 comma 2 septies del decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni) stipulano modalità di confronto permanente sulle tematiche della qualità dei servizi e della partecipazione degli utenti, definendo altresì l'eventuale concessione in uso dei locali e le modalità di esercizio del diritto di accesso e di informazione. Il direttore generale può altresì stipulare accordi specifici per la semplificazione di alcuni procedimenti amministrativi anche su proposta degli organismi di rappresentanza dell'utenza.

➤ d) **UFFICIO DI PUBBLICA TUTELA**

Le aziende sanitarie sono tenute ad istituire un ufficio di pubblica tutela (U.P.T.) retto da persona qualificata, non dipendente dal servizio sanitario regionale. La funzione del responsabile dell' U.P.T. ha, sotto ogni profilo, natura di servizio onorario.

Il direttore generale garantisce le condizioni per l'esercizio indipendente dell'U.P.T. e adotta le misure necessarie per rimuovere i disservizi che incidono sulla qualità dell'assistenza. Adotta, inoltre, un efficace sistema di raccolta e di trattamento delle segnalazioni e degli esposti.



11. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE E CONTROLLO

Il Decreto Legislativo 30 luglio 1999, n. 286, ha introdotto norme per il riordino ed il potenziamento dei meccanismi e strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59. Ai sensi dell'articolo 4 della Legge regionale 3 agosto 2001 n. 16 "le aziende si dotano di un'adeguata organizzazione amministrativa e contabile nonché di adeguate procedure di controllo interno in grado di garantire affidabilità e la funzionalità dei sistemi di controllo, secondo i principi generali fissati dal decreto legislativo 286/1999 di cui sopra

In particolare le disposizioni ivi contenute prevedono la specializzazione dei controlli interni in quattro diverse tipologie di funzioni.

➤ **CONTROLLO DELLE REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA E CONTABILE**

Ai controlli interni di verifica della legittimità, della regolarità e della correttezza dell'azione amministrativa provvede il collegio sindacale. Fino alla data di entrata in vigore della legge regionale attuativa del Decreto Legislativo 229/1999 si applicano le norme di cui al comma 3 e 3 ter del precitato Decreto Legislativo 229/1999. Sono fatte salve le competenze attribuite alle società di revisione incaricate secondo le modalità previste dall'articolo 4 della sopra citata legge regionale 16/2001. Il controllo di regolarità amministrativa e contabile di norma non comprende verifiche da effettuarsi in via preventiva.

Il controllo esterno della gestione contabile, nel rispetto dell'articolo 100 della Costituzione, è affidato alla Corte dei Conti, la quale verifica la legittimità e la regolarità contabile degli atti adottati dalle pubbliche amministrazioni, la rispondenza dei risultati delle attività agli obiettivi prefissati, valutando contemporaneamente costi, modi e tempi dell'azione amministrativa.

➤ **CONTROLLO DI GESTIONE**

Il controllo di gestione ha una ampia portata e tende alla verifica dell'efficacia (obiettivi/risultati) dell'efficienza (risorse/risultati) e dell'economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati. A tal fine l'Azienda sanitaria definisce ai sensi dell'articolo 4 del Decreto Legislativo 286/1999:

a) l'unità o le unità responsabili della progettazione e della gestione del controllo di gestione;

b) le unità organizzative a livello delle quali si intende misurare l'efficacia, l'efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;



- c) le procedure di determinazione degli obiettivi gestionali e dei soggetti responsabili;
- d) l'insieme dei prodotti e delle finalità delle singole strutture
- e) gli indicatori specifici per misurare efficacia efficienza ed economicità;
- f) la frequenza di rilevazione delle informazioni."

Un apposito organismo in staff alla direzione generale provvederà ad esercitare il controllo di gestione sul budget aziendale, secondo parametri, procedure, e indicatori annualmente determinati, utili a valutare la capacità aziendale ad acquisire fattori operativi per la produzione delle prestazioni o dei servizi da erogare, l'efficienza nell'impiego delle risorse umane e strumentali, nonché la produttività dei predetti fattori. Si reputa opportuno che predetto organismo sia costituito prevalentemente da personale esterno all'amministrazione con professionalità nel campo economico, igienico-organizzativo ed esperto nelle tecniche di valutazione e nel controllo di gestione al fine di garantire obiettività ed imparzialità.

La rilevanza del controllo di gestione è immediatamente correlata alla natura aziendalistica delle strutture sanitarie, improntate ad una contabilità analitica per centri di costo. Il controllo interno di gestione discende pertanto dalla gestione dei singoli budget assegnati ai responsabili delle unità operative. Predetta gestione budgetaria è indirizzata, generalmente, ad obiettivi di economicità della spesa, in presenza di una idonea qualità delle prestazioni rese alla luce degli specifici obiettivi predeterminati dalla direzione aziendale e concordati con i rispettivi responsabili dei centri di costo. In tale cornice lo stesso responsabile è immediatamente interessato ad un controllo interno del singolo budget attribuitogli al fine di conoscere periodicamente o comunque quando ne ravvisi l'esigenza lo stato di utilizzazione del budget al fine di tenere sotto controllo ed individuare le cause di eventuali scostamenti, intervenuti o prevedibili non solo in termini economici ma anche in termini di risultati.

➤ VALUTAZIONE DEL PERSONALE CON QUALIFICA DIRIGENZIALE

"Le Pubbliche amministrazioni, sulla base anche dei risultati del controllo di gestione, in coerenza a quanto stabilito al riguardo dai contratti collettivi nazionali di lavoro, valutano le prestazioni dei propri dirigenti, nonché i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane organizzative ad essi assegnate (competenze organizzative)." (ex art. 5 del Decreto Legislativo 286/1999)

I principi di responsabilizzazione e valutazione della dirigenza sono stati recepiti per il Servizio Sanitario Nazionale dal contratto collettivo nazionale stipulato l'8 giugno 2000. Tenuto conto della peculiarità della materia e della specificità richiamata all'interno degli stessi contratti, si fa rinvio alle norme di dettaglio individuate negli articoli 31/34.





➤ CONTROLLO STRATEGICO

"L'attività di valutazione e controllo strategico mira a verificare, in funzione dell'esercizio dei poteri di indirizzo da parte dei competenti organi, l'effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive ed altri atti di indirizzo politico. L'attività stessa consiste nell'analisi, preventiva e successiva, della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le missioni affidate dalle norme, gli obiettivi operativi prescelti, le scelte operative e le risorse umane, finanziarie e materiali assegnate, nonché nella identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione dei possibili rimedi" (ex art. 6 del Decreto Legislativo. 286/1999). Nell'ambito del sistema sanitario regionale la Regione all'atto di nomina di ciascun direttore generale, definisce e assegna, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi. Le Regioni determinano preventivamente, in via generale i criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali, avendo riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riguardo all'efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari.

Entro diciotto mesi dalla nomina, la Regione verifica i risultati aziendali conseguiti ed il raggiungimento degli obiettivi.

Si evince, pertanto, che l'attività di controllo strategico è stata affidata dal Decreto Legislativo 229/1999 direttamente alla Regione che verifica complessivamente la rispondenza dell'attività aziendale agli obiettivi assegnati e più in generale alle scelte ed agli indirizzi del piano sanitario regionale.

