

139 - 6 MAR. 2007

llly

OGGETTO: Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio.

LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta dell'Assessore alla Sanità;

VISTA la legge statutaria 11 novembre 2004, n. 1, che approva lo Statuto della Regione Lazio;

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6, e successive modificazioni recante la "Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale";

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale, e successive integrazioni e modificazioni;

VISTA la legge regionale 28 aprile 2006, n. 4 "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2006" ed in particolare l'articolo 129 "Misure per il risanamento del deficit delle aziende sanitarie" e l'articolo 139 "Norme in materia di personale precario del servizio sanitario regionale";

VISTA la legge regionale 18 settembre 2006, n. 10 "Assestamento del Bilancio di previsione della Regione Lazio per l'anno finanziario 2006" ed in particolare l'articolo 1, comma 12 concernente le misure di contenimento della spesa sanitaria;

Vista la LR n. 27 del 28 dicembre 2006, concernente "Legge finanziaria regionale per l'esercizio 2007" ed in particolare gli articoli:

- art. 8 (attuazione del patto nazionale della salute) comma 2, lett. i;
- art. 9 (Istituzione del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili delle aziende sanitarie, dei policlinici universitari pubblici e degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico);
- art. 10 (nuovo patto di solidarietà per la salute);
- art. 14 (promozione dell'acquisto di beni e servizi non sanitari ecosostenibili);
- art. 18 (pubblicità degli atti del servizio sanitario regionale);
- art. 19 (Attrezzature e strumentazioni sanitarie ed informatiche e attività di ricerca);
- art. 20 (verifica dei livelli di qualità ed idoneità delle prestazioni);
- art. 21 (disposizioni in materia di personale del servizio regionale);



M

- art. 29 (norme per la partecipazione dei cittadini);

VISTO il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni";

VISTO in particolare l'articolo 3, comma 1bis 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 legge regionale 16 giugno 1994, n.18 e successive modificazioni recante: Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali;

VISTO in particolare l'articolo 20, comma 1, della succitata legge regionale 18/1994 che prevede, tra l'altro, che *La Giunta regionale è delegata a disciplinare, con proprio atto (omissis) l'organizzazione ed il funzionamento delle aziende unità sanitarie locali;*

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

VISTA la propria deliberazione 21 dicembre 2001, n. 2034, con la quale sono state approvate le linee guida per l'adozione degli atti di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio e modificata con successive deliberazioni, n. 1220/2002 e n. 302/2005, in base alla quale le Aziende territoriali e ospedaliere della Regione Lazio hanno adottato i rispettivi atti aziendali;

VISTO il "Piano regionale Sangue e Plasma per il triennio 2006 - 2008" approvato con deliberazione 20 giugno 2006, n. 343, nel quale, in particolare, sono stati individuati 7 Dipartimenti trasfusionali territoriali interaziendali la cui organizzazione è disciplinata con successivi e specifici provvedimenti regionali;

CONSIDERATO che tra gli adempimenti primari previsti dal piano di rientro per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio, "approvato dalla Giunta regionale in data 28 giugno 2006, in attuazione dell'articolo 129 della legge regionale 28 aprile 2006, n. 4 relativo alle misure per il risanamento del deficit delle aziende sanitarie" (l.r. 10/2006 art. 1, comma 12) e presentato al Governo centrale, è individuata l'adozione di nuove direttive volte alla modifica degli atti aziendali per



139 - 6 MAR. 2007 *lll*

consentire una gestione aziendale in linea con le scelte strategiche regionali;

RILEVATO che a seguito di un articolato monitoraggio degli attuali sistemi organizzativi aziendali sia in relazione agli atti aziendali attualmente vigenti sia in relazione alla concreta attuazione degli stessi sono emerse situazioni che evidenziano profonde e differenti sperequazioni in ambito organizzativo;

CONSIDERATO che un tavolo tecnico composto da diverse professionalità ha proceduto ad approfondire alcune tra le scelte strategiche dell'atto di indirizzo;

RILEVATO che l'Intesa sancita ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano concernente un nuovo Patto per la Salute (pubblicata nel S.O. alla Gazzetta Ufficiale n. 256 del 3 novembre 2006) punta, tra l'altro, a rafforzare la capacità programmatoria e organizzativa delle Regioni promuovendo azioni incisive di miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie;

CONSIDERATO, inoltre, che una corretta e dinamica organizzazione delle aziende sanitarie rappresenta uno dei punti cardine per il raggiungimento congiunto di obiettivi di efficacia assistenziale, di appropriatezza tecnica ed organizzativa e di efficienza nell'allocazione e nell'utilizzo delle risorse;

TENUTO CONTO, altresì, che l'atto di autonomia aziendale costituisce lo strumento per la concreta definizione dell'organizzazione aziendale in una prospettiva di piena autonomia delle scelte del Direttore generale e della correlata responsabilità per il raggiungimento degli obiettivi economici fissati dalla Regione;

PRESO ATTO, altresì, delle proprie deliberazioni:

- n. 143 del 22 marzo 2006: "ripartizione nei livelli di assistenza del fondo sanitario regionale 2006. Finanziamento del livello assistenziale ospedaliero e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni ospedaliere dei soggetti erogatori pubblici e privati per l'anno 2006. Finanziamento e definizione del sistema di remunerazione delle prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e delle attività di assistenza riabilitativa e territoriale";
- n. 313 del 23 maggio 2006 che, ai fini del conseguimento dell'obiettivo di risanamento del deficit delle Aziende sanitarie, ha costituito la così detta "Cabina di regia" composta dal Presidente della Regione, dall'Assessore al Bilancio e dall'Assessore alla Sanità, istituita con la legge finanziaria regionale n. 4/2006 sopra citata;
- n. 424 del 14 luglio 2006: "Legge regionale 3 marzo 2003, n. 4 - requisiti minimi per il rilascio delle autorizzazioni ed



139 - 6 MAR. 2007 *ll*

all'esercizio di attività sanitarie per strutture sanitarie e socio sanitarie";

- n. 575 del 5 settembre 2006, "Attuazione Patto per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della Sanità del Lazio - programma di riduzione/riconversione dei posti letto per acuti e rimodulazione diaria giornaliera R.S.A."

RITENUTO opportuno pertanto di approvare il nuovo "Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio" (allegato A) che sostituisce le precedenti deliberazioni n. 2034/2001, n. 1220/2002 e n. 302/2005 e che costituisce, insieme ai propri allegati (A1 e A2), parte integrante del presente provvedimento;

VISTA la propria deliberazione 4 agosto 2005, n. 734 che tra gli obiettivi dei direttori generali delle Aziende sanitarie per gli anni 2005 e 2006, ha individuato quello della *"riorganizzazione e potenziamento dei servizi territoriali e di prevenzione, in particolare, nell'area materno infantile e dell'età evolutiva, e revisione degli atti aziendali orientata al potenziamento dei servizi territoriali attraverso la riconversione delle strutture già esistenti e la riduzione delle strutture aziendali (Unità Operative Complesse, Unità Operative Semplici e Unità Operative Semplici Dipartimentali)"*;

PRESO ATTO, altresì, del "Piano di Rientro, accordo ai sensi dell'art. 1 comma 180 della legge n. 311/2004, approvato dalla Giunta Regionale in data 12 febbraio 2007."

RITENUTO opportuno stabilire che, agli obiettivi dei direttori generali individuati con la succitata DGR 734/2005, si aggiungano i seguenti adempimenti:

- entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente provvedimento i direttori generali delle Aziende USL e delle tre Aziende Ospedaliere di cui all'articolo 5 della l.r. 18/1994, dovranno adottare dei nuovi atti aziendali conformi all'atto di indirizzo di cui al punto precedente e al documento per la riorganizzazione della rete ospedaliera;
- i regolamenti (di cui al punto 8.3 del citato atto di indirizzo) che disciplinano le specifiche modalità di funzionamento dell'azienda, dovranno essere adottati contestualmente all'atto aziendale e comunque entro tre mesi dalla stesura dello stesso;
- i nuovi atti aziendali adottati dovranno, comunque, prevedere una riduzione fino al 20% e comunque non inferiore al 10%, delle unità operative complesse come individuate nei precedenti atti aziendali approvati dalla Regione ed un'adeguata e certificata riduzione delle consulenze; una congrua riduzione deve essere applicata anche alle UOSD ed alle UOS. Le eventuali istituzioni di dipartimenti, di UOC, UOSD e UOS intervenute dalle nomine dei nuovi direttori



M

139 - 6 MAR. 2007

lee

generali ad oggi, dovranno essere adeguate alle disposizioni del presente provvedimento;

- il conseguimento degli obiettivi previsti dal "Piano di Rientro", approvato dalla Giunta Regionale nella seduta del 12 febbraio 2007;
- all'interno degli atti aziendali, dovrà essere individuata la figura del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili;

CONSIDERATO che il provvedimento dei direttori generali di adozione dell'atto aziendale dovrà attestare la compatibilità economica delle scelte strategiche e/o organizzative ivi previste e riportare il visto del responsabile della unità organizzativa aziendale a ciò preposto;

RITENUTO opportuno stabilire che gli Atti aziendali adottati dai direttori generali e approvati dalla Giunta regionale con la procedura disciplinata al punto 8.2 dell'atto di indirizzo, saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio;

ESPERITA la procedura di concertazione con le OO.SS.;

VISTO il parere della competente Commissione consiliare permanente espresso nella seduta del 20/01/07 ai sensi dell'articolo 132, comma 1, lettera b) della legge regionale 28 aprile 2006, n. 4;

lee

all'unanimità;

DELIBERA

Per le motivazioni esposte in premessa che integralmente si richiamano:

1. di approvare l'"Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio" (allegato A) che, con i propri allegati (A1 e A2), costituisce parte integrante della presente deliberazione e che sostituisce le precedenti deliberazioni n. 2034/2001, n. 1220/2002 e n. 302/2005;
2. di stabilire che agli obiettivi dei direttori generali individuati con la succitata DGR 734/2005, si aggiungano i seguenti adempimenti:
 - entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente provvedimento i direttori generali delle Aziende USL e delle tre Aziende Ospedaliere di cui all'articolo 5 della l.r. 18/1994, dovranno adottare dei nuovi atti aziendali conformi all'atto di indirizzo di cui al punto 1 e al documento per la riorganizzazione della rete ospedaliera;
 - i regolamenti (di cui al punto 8.3 del citato atto di indirizzo) che disciplinano le specifiche modalità di funzionamento



M

139 - 6 MAR. 2007 *ll*

dell'azienda, dovranno essere adottati contestualmente all'atto aziendale e comunque entro tre mesi dalla stesura dello stesso;

- i nuovi atti aziendali adottati dovranno, comunque, prevedere una riduzione fino al 20% e comunque non inferiore al 10%, delle unità operative complesse come individuate nei precedenti atti aziendali approvati dalla Regione ed un'adeguata e certificata riduzione delle consulenze; una congrua riduzione deve essere applicata anche alle UOSD ed alle UOS. Le eventuali istituzioni di dipartimenti, di UOC, UOSD e UOS intervenute dalle nomine dei nuovi direttori generali ad oggi, dovranno essere adeguate alle disposizioni del presente provvedimento;
- il conseguimento degli obiettivi previsti dal "Piano di Rientro", approvato dalla Giunta Regionale nella seduta del 12 febbraio 2007;
- all'interno degli atti aziendali, dovrà essere individuata la figura del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili;

Il provvedimento dei direttori generali di adozione dell'atto aziendale dovrà attestare la compatibilità economica delle scelte strategiche e/o organizzative ivi previste e riportare il visto del responsabile della unità organizzativa aziendale a ciò preposto.

Gli Atti aziendali adottati dai direttori generali e approvati dalla Giunta regionale con la procedura disciplinata al punto 8.2 dell'atto di indirizzo, saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

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



"atto di indirizzo
6.3.07.doc"

IL PRESIDENTE: F.to Pietro MARRAZZO
IL SEGRETARIO: F.to Domenico Antonio CUZZUPI

20 MAR. 2007



M



Il presente allegato è composto
da 41 pagine
All. A1 (1 pagina)
All. A2 (4 pagine)

ALLEG. alla DELIB. N. 139
DEL 6 MAR. 2007

Allegato

ATTO DI INDIRIZZO PER L'ADOZIONE DELL'ATTO DI AUTONOMIA AZIENDALE DELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE LAZIO

INDICE

PRIMA SEZIONE	3
1. CONTESTO DI RIFERIMENTO	3
2. AMBITO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI	5
3. PRINCIPI ISPIRATORI DEL SSR	6
3.1 La responsabilità pubblica della tutela della salute	6
3.2 I diritti di cittadinanza e la centralità della persona	6
3.3 L'universalità ed equità di accesso nei servizi sanitari per tutte le persone presenti sul territorio regionale	7
3.4 La globalità di copertura	7
3.5 Il finanziamento pubblico del Servizio sanitario regionale	7
3.6 La portabilità dei diritti su tutto il territorio nazionale	7
4. PRINCIPI GESTIONALI	8
4.1 La trasparenza della gestione	8
4.2 Il processo di aziendalizzazione	8
4.3 L'Ospedale, il Distretto, il Dipartimento	8
5. POLITICHE SANITARIE	8
5.1 Il governo clinico	8
5.2 Personale e professionalità	9
5.3 Formazione Continua: strumento per la qualità ed il governo clinico	10
5.4 La gestione della cronicità	10
5.5 La presa in carico	10
5.6 I percorsi assistenziali	11
5.7 La continuità assistenziale	11
6. PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI	11
6.1 Ufficio relazioni con il pubblico	11
6.2 Audit civico	12
6.3 Conferenza dei servizi	12
6.4 Carta dei servizi pubblici sanitari	12
6.5 Consulta sanitaria	12
7. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE E CONTROLLO	13
7.1 Controllo delle regolarità amministrativa e contabile	13
7.2 Controllo di gestione	14
7.3 Valutazione del personale con qualifica dirigenziale	15
7.4 Controllo strategico	15
8. STRUTTURA DELL'ATTO AZIENDALE	15
8.1 Contenuti dell'atto aziendale	15
8.2 Procedure per l'adozione dell'atto aziendale	16
8.3 Regolamenti	17
8.4 Organizzazione interna dei presidi ospedalieri, dei distretti e dei dipartimenti e organizzazione delle strutture in staff alla Direzione strategica	17
SECONDA SEZIONE	18
9. ASSETTO ISTITUZIONALE DELLE AZIENDE SANITARIE:	18
ORGANI E ORGANISMI	
9.1 Organi	18
9.1.1 Direttore generale	18
9.1.2 Collegio sindacale: composizione e funzioni	20
10. GOVERNO STRATEGICO AZIENDALE	20
10.1 La direzione strategica	20
10.2 Il direttore sanitario e il direttore amministrativo	21
10.2.1 Direttore sanitario	22
10.2.2 Direttore amministrativo	23
10.3 Organismi dell'Azienda	23
10.3.1 Collegio di direzione: composizione e funzioni	23
10.3.2 Consiglio dei sanitari: composizione e funzionamento	24
10.3.3 Comitati e commissioni aziendali	26
10.4 Strutture in staff alla direzione strategica	26



AMS

10.4.1 Nucleo di valutazione	26
10.4.2 Comitato per le pari opportunità.....	27
10.4.3 Ufficio del risk manager per la gestione del rischio clinico.....	27
10.4.4 Ufficio Relazioni con il Pubblico	27
11. ATTIVITÀ CONTRATTUALE IN MATERIA DI FORNITURE DI BENI E SERVIZI.....	27
12. ATTRIBUZIONE E REVOCA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI E RELATIVE MODALITA' DI VALUTAZIONE.....	28
TERZA SEZIONE	30
13. ORGANIZZAZIONE SANITARIA	30
13.1 Strutture operative delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e relative articolazioni interne.....	30
14. LE STRUTTURE OPERATIVE DELL'AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE E DELL'AZIENDA OSPEDALIERA.....	30
14.1 Il distretto.....	30
14.1.1 Forme organizzative del Distretto.....	31
14.1.2 Direttore del Distretto	33
14.1.3 Ambiti territoriali del distretto e i Centri per la salute	33
14.2 Il dipartimento.....	34
14.2.1 Direttore di dipartimento.....	36
14.2.2 Comitato di dipartimento.....	36
14.3 Il dipartimento di prevenzione.....	37
14.4 Il dipartimento di salute mentale	38
14.5 Coordinamento delle professioni infermieristiche e delle altre professioni tecnico-sanitarie.....	38
14.6 L'ospedale e il polo ospedaliero	38
14.6.1 L'ospedale	38
14.6.2 - Il polo ospedaliero.....	39
15. ARTICOLAZIONI INTERNE DELLE STRUTTURE OPERATIVE	39
15.1. Unità Operative Complesse	39
15.2 Unità Operative Semplici Dipartimentali	40
15.3 Unità Operative Semplici	40
16 MODELLI OPERATIVI.....	40
16.1 Reti professionali.....	40
16.2 Gruppi Operativi Interdisciplinari	40
16.3 L'assetto degli incarichi professionali	41

Allegato-A1

Allegato-A2

AME

—

ATTO DI INDIRIZZO PER L'ADOZIONE DELL'ATTO AZIENDALE DELLE AZIENDE SANITARIE DELLA REGIONE LAZIO

PRIMA SEZIONE

1. CONTESTO DI RIFERIMENTO

Una corretta e dinamica organizzazione delle aziende sanitarie rappresenta uno dei punti cardine per il raggiungimento congiunto di obiettivi di efficacia assistenziale, di appropriatezza tecnica ed organizzativa e di efficienza nell'allocazione e nell'utilizzo delle risorse.

Il decreto legislativo n. 229/1999 "Norme per la razionalizzazione del servizio sanitario nazionale" ha perfezionato l'aziendalizzazione del sistema sanitario già avviata con il decreto legislativo 502/1992 e ha confermato il processo di regionalizzazione già introdotto dal decreto legislativo 112/1998 (in attuazione della c.d. "riforma Bassanini"). Detto processo di regionalizzazione ha assunto rilevanza costituzionale con le modifiche al Titolo V apportate dalla legge costituzionale 18 ottobre 2001, n. 3, e dalla legge 5 giugno 2003, n. 131.

Ai sensi del novellato art. 117 della Costituzione, infatti, la Regione ha assunto potestà concorrente nella materia più ampia della tutela della salute, rimanendo allo Stato la determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni.

Le aziende sanitarie sono enti pubblici dipendenti e strumentali della Regione, (il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 le annovera formalmente 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 deve tendere all'equilibrio economico.

In tale prospettiva, l'atto aziendale di diritto privato rappresenta lo strumento per 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 (ex articolo 2, comma sexies, del decreto legislativo n. 502/1992 come modificato dall'art. 1 del decreto legislativo n. 168/2000). Il decreto legislativo 502/1992 all'art. 3, comma 1 bis, prevede che l'organizzazione e il funzionamento delle aziende sanitarie siano disciplinate con atto aziendale di diritto privato.

La Regione Lazio, in attuazione di quanto sopra, con deliberazione di Giunta Regionale 21 dicembre 2001, n. 2034, ha approvato le prime linee guida per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale. Tutte le aziende sanitarie del Lazio hanno poi proceduto negli anni 2003/2004 ad adottare gli atti aziendali successivamente pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

L'approvazione di un nuovo atto volto alla modifica dell'attuale sistema organizzativo disciplinato negli atti aziendali rappresenta una delle priorità strategiche della Regione Lazio al fine di valorizzare e realizzare un rinnovato modo di gestire la sanità, tant'è che rientra tra uno dei primi adempimenti previsti dal documento denominato "Patto per il risanamento, lo sviluppo, il riequilibrio e la modernizzazione della sanità del Lazio", "approvato dalla Giunta regionale in data 28 giugno 2006, in attuazione dell'articolo 129 della legge regionale 28 aprile 2006, n. 4 relativo alle misure per il risanamento del deficit delle aziende sanitarie..." (l.r. 10/2006 art. 1, comma 12).

Il presente atto di indirizzo, che si cala nell'assetto istituzionale della Regione Lazio, particolarmente complesso e articolato anche in relazione alle diverse tipologie degli enti sanitari di diritto pubblico insistenti sul territorio, tiene conto: da una parte della necessità di introdurre criteri uniformi nell'organizzazione e funzionamento delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, dall'altra, della necessità di salvaguardare l'autonomia ad esse conferita dalla legge e di individuare forme organizzative flessibili, dinamiche ed

improntate a criteri di efficienza, che tengano conto delle diverse realtà territoriali e siano in grado assicurare e modulare nel tempo il più adeguato sistema di offerta delle prestazioni, in termini di appropriatezza, di qualità e di efficacia.

Lo sforzo principale è, pertanto, quello di prevedere un modello di organizzazione che inserendosi in situazioni diverse, sia per territorio che per caratteristiche socio assistenziali, consenta a ciascuna direzione aziendale l'esercizio delle proprie scelte strategiche, in linea con gli indirizzi regionali ed in coerenza con il fabbisogno espresso dalle autonomie locali, nonché, idoneo a valorizzare le peculiarità territoriali e le eccellenze presenti all'interno di ciascuna struttura sanitaria.

Non si può, inoltre, prescindere dalla considerazione che il sistema sanitario della nostra Regione, pur evidenziando, nei suoi aspetti sia qualitativi che quantitativi, degli elevati punti di forza e di eccellenza costituisce, attualmente, per il governo regionale, uno dei capitoli più impegnativi con particolare riferimento agli aspetti economici.

E' ormai consolidato che, per tutte le regioni, la sanità in generale rappresenta una delle competenze fondamentali, tanto che assorbe una quota prevalente dei bilanci delle stesse. La Regione Lazio, in particolare, si trova ad affrontare la gestione di un disavanzo sanitario accumulato e ormai consolidato capace di compromettere ogni possibilità di evoluzione e di prospettiva programmatica.

Come noto le ultime leggi finanziarie nazionali ad oggi ancora vigenti, hanno cambiato le regole economiche per la gestione della sanità fissando, per le Regioni, come obiettivo specifico e prioritario, il raggiungimento dell'equilibrio economico, vietando qualsiasi forma di indebitamento e prevedendo, in caso di mancato conseguimento dell'equilibrio, la cosiddetta procedura di "affiancamento" alle attività di gestione e di programmazione del servizio sanitario regionale da parte di rappresentanti del Ministero della Salute, del Ministero dell'economia e di rappresentanti regionali designati dalla Conferenza Stato - Regioni.

I direttori generali sono direttamente responsabili della corretta gestione delle risorse. Infatti nell'intesa sottoscritta dalle regioni il 23 marzo 2005 è richiamato l'impegno delle singole regioni ad attuare la previsione, ex art. 52, comma 4, lett. d) della legge 289/2002, della decadenza automatica e della conseguente risoluzione "o*pe legis del contratto del direttore generale al quale sia stato comunicato l'esito negativo della verifica sul raggiungimento degli obiettivi economici assegnati in sede di concordamento dei budget annuali ...*" (DGR 275/2005).

La legge finanziaria regionale del 28 aprile 2006, n. 4, ha quindi concretamente impostato una severa politica di contenimento, di selezione e di controllo della spesa. In particolare agli articoli 129 e 130 ha fissato misure specifiche per il risanamento del deficit delle aziende sanitarie prevedendo la riduzione del costo della produzione delle aziende sanitarie ed individuando, nel dettaglio, le misure per la copertura del disavanzo. Ai sensi dell'art. 131 della medesima legge, con provvedimento di Giunta n.313/2006 è stata istituita una cabina di regia per il monitoraggio del risanamento del deficit delle stesse. Detta normativa prevede altresì la realizzazione di un sistema informativo integrato per il controllo unificato delle aziende sanitarie del Lazio.

Inoltre, sia la legge 27 dicembre 2006, n. 296, legge finanziaria nazionale 2007, sia la L.R. n. 27 del 28 dicembre 2006, legge finanziaria regionale per il 2007, hanno fissato ulteriori disposizioni volte al contenimento della spesa del servizio sanitario regionale ed alla introduzione di nuovi istituti ed adempimento organizzativi e gestionali di cui le aziende sanitarie devono tener conto nell'elaborazione degli atti aziendali e che vengono puntualmente disciplinati nell'ambito dei successivi punti del presente provvedimento.

La sanità laziale è caratterizzata, da un'offerta molto complessa e diversificata, contraddistinta dalla presenza, oltre che delle aziende sanitarie territoriali e ospedaliere (dodici aziende USL, tre aziende ospedaliere), anche di quattro policlinici universitari di cui due gestiti da Università libere non statali, di un'azienda ospedaliera integrata con l'Università, di un'azienda per l'emergenza sanitaria (ARES 118), da otto Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico tra pubblici e privati, (di cui una struttura extraterritoriale - Ospedale Bambino Gesù). E' presente, inoltre, un'importante numero di erogatori privati provvisoriamente accreditati per le attività di ricovero ospedaliero e per le attività di

ME

assistenza specialistica ambulatoriale, ivi compresi sette ospedali classificati. L'offerta di ricovero risulta essere concentrata nell'area cittadina di Roma, nella quale insiste la maggioranza dei centri di eccellenza, di IRCCS, e di Università. La suddetta eterogenea articolazione di offerta sanitaria non è paragonabile con altre Regioni italiane, tenuto anche conto del ruolo politico strategico ricoperto dalla Città di Roma in ambito regionale e nazionale e dei maxi eventi, anche legati alla Città del Vaticano, che periodicamente coinvolgono la capitale.

La preponderanza dell'offerta ospedaliera, che supera lo standard nazionale di posti letto per abitanti, ha inevitabilmente comportato la persistenza di una cultura che da una parte ha posto l'ospedale al centro del sistema dall'altra non ha favorito lo sviluppo dell'assistenza distrettuale e territoriale.

In tale contesto il presente atto di indirizzo persegue l'obiettivo di fornire alle aziende indirizzi mirati prevalentemente alla realizzazione di un modello organizzativo diverso, e orientato alla valorizzazione dell'assistenza territoriale ed alla appropriatezza delle prestazioni erogate al livello ospedaliero.

Per quanto riguarda i rapporti con le autonomie locali, nonché agli strumenti per la programmazione aziendale (Piani Attuativi Locali e Piani Attuativi Territoriali), stante la riserva assoluta di legge prescritta dal decreto legislativo 502/1992 come successivamente modificato, i rapporti saranno disciplinati dalla legge anche in base a quanto previsto dal protocollo di intesa tra la Regione e l'ANCI Lazio del 2006.

Con la partecipazione delle autonomie locali, le aziende sanitarie possono elaborare, all'interno del quadro di riferimento strategico definito dalla Regione Lazio e nel rispetto dei relativi vincoli di sostenibilità e di compatibilità economica, propri piani e programmi di interventi che consentano di migliorare la qualità delle risposte assistenziali e il grado di soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione;

2. AMBITO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

I destinatari principali delle presenti direttive sono:

le dodici aziende territoriali istituite dall'articolo 5 della legge regionale 18/1994 (denominate specificatamente Aziende Unità Sanitarie Locali):

1. Azienda unità sanitaria locale Roma "A";
2. Azienda unità sanitaria locale Roma "B";
3. Azienda unità sanitaria locale Roma "C";
4. Azienda unità sanitaria locale Roma "D";
5. Azienda unità sanitaria locale Roma "E";
6. Azienda unità sanitaria locale Roma "F";
7. Azienda unità sanitaria locale Roma "G";
8. Azienda unità sanitaria locale Roma "H";
9. Azienda unità sanitaria locale Latina;
10. Azienda unità sanitaria locale Frosinone;
11. Azienda unità sanitaria locale Viterbo;
12. Azienda unità sanitaria locale Rieti;

e le 3 Aziende Ospedaliere di rilievo nazionale istituite dall'articolo 6 della stessa legge:

1. Azienda S. Camillo, Forlanini;
2. Azienda S. Giovanni, Addolorata;
3. Azienda S. Filippo Neri;

Il presente atto di indirizzo si applica, inoltre, direttamente o per analogia e compatibilmente con le specifiche discipline dettate dalle fonti di riferimento, agli altri enti di diritto pubblico insistenti sul nostro territorio.

Detti enti, in particolare, sono:

- a) - l'Azienda Ospedaliera Sant'Andrea, ove insiste la II^o Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Roma "La Sapienza", il cui modello organizzativo corrisponde a quello previsto dall'articolo 2, comma 2 lett. b) del d.lgs 517/99, in quanto si configura quale azienda ospedaliera integrata con l'università;

- il Policlinico Umberto I°, sede della I° Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli studi di Roma "La Sapienza";
- l'Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico Tor Vergata.

Il modello organizzativo di queste ultime due corrisponde a quello di cui all'articolo 2, comma 2 lett. a), del d.lgs 517/99, configurandosi quali aziende ospedaliere universitarie integrate con il Servizio sanitario nazionale.

L'atto aziendale delle tre strutture sanitarie universitarie sarà orientato al presente atto di indirizzo compatibilmente a quanto previsto dai rispettivi protocolli d'intesa Università/Regione.

- b) l'A.R.E.S. 118, istituita con la L.R. 9/2004 quale azienda regionale dotata di personalità giuridica di diritto pubblico, con il compito di espletare le attività di gestione e coordinamento della fase di allarme e di riposta extraospedaliera alle emergenze sanitarie, compresa l'emergenza neonatale, il trasporto del sangue e degli organi, nonché, i trasporti secondari legati al primo intervento. Anche in questo caso, tenuto conto della peculiarità e della specialità delle norme di riferimento, il presente atto di indirizzo si estende all'ARES 118 laddove compatibile con la legge di riferimento ed in particolare con l'art. 12 della legge istitutiva della suddetta Azienda.
- c) gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Lazzaro Spallanzani, IFO e INRCA per la sede insistente sul nostro territorio), che sono stati configurati dalla legge regionale 2/2006 quali enti pubblici dipendenti dalla Regione al pari delle aziende sanitarie e che, nell'ambito del sistema sanitario nazionale e regionale di cui costituiscono parte integrante, svolgono, secondo indicatori di eccellenza, funzioni di alta specialità relative alla ricerca biomedica ed alle prestazioni assistenziali, indirizzando e programmando la propria attività di ricerca verso obiettivi utili alla prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle malattie nella specializzazione disciplinare di riferimento.
- Si precisa che, in materia di organizzazione degli I.R.C.C.S., la normativa di riferimento è rappresentata dall'Atto di intesa sottoscritto dalle Regioni in data 1° luglio 2004 recante "Organizzazione, gestione e funzionamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazioni", a cui è allegato uno schema tipo di regolamento. All'articolo 1 di detto Accordo, in particolare, si dispone che le regioni possono disciplinare gli aspetti organizzativi non previsti da altre fonti specifiche; in detto ambito potrà trovare spazio il presente atto di indirizzo.

3. PRINCIPI ISPIRATORI DEL SSR

3.1 La responsabilità pubblica della tutela della salute

La Costituzione della Repubblica all'articolo 32 definisce la salute "Diritto dell'individuo e interesse della collettività", pertanto, il servizio sanitario regionale ha l'obbligo e la responsabilità di garantire ai cittadini le prestazioni preventive, di cura e riabilitative nell'ambito dei principi di appropriatezza basati sulle più moderne conoscenze medico-scientifiche assicurando al contempo i parametri qualitativi migliori come definiti dalle normative nazionali e internazionali e dagli indirizzi dell'Unione Europea.

3.2 I diritti di cittadinanza e la centralità della persona

Il Servizio sanitario nazionale istituito con la legge n.833/1978 e modificato con successive normative definisce la centralità del cittadino come punto di vista prioritario nella programmazione, gestione ed erogazione dei servizi sanitari, individuando nella prevenzione, cura e riabilitazione i percorsi fondamentali finalizzati a garantire la salute dei cittadini. Le successive normative nazionali hanno sempre ribadito tale centralità non solo valorizzando la partecipazione alla vita del servizio sanitario, ma ricomponendo nelle attività delle sue articolazioni l'unitarietà della persona, il diritto all'assistenza nelle varie fasi della vita, la gratuità delle cure, l'integrazione tra assistenza sanitaria e sociale, non perdendo mai di vista i principi etici che sono il presupposto di un servizio sanitario pubblico.

La centralità della persona, nei confronti della quale svolgere tutte le pratiche diagnostico-terapeutico-riabilitative finalizzate al suo benessere biopsicofisico nella consapevolezza che



ognuno è un singolo con una sua specificità biologica, psicologica e sociale per il quale esistono risposte che hanno bisogno di una valutazione personalizzata delle condizioni di salute, presuppone:

- il rispetto della dignità umana;
- l'equità degli accessi ai servizi;
- la qualità clinico-assistenziale, l'appropriatezza delle prestazioni;
- l'educazione alla salute intesa come la promozione di stili di vita e comportamenti ispirati alla prevenzione delle malattie e alla lotta al consumismo farmacologico e sanitario;
- la promozione di una domanda sanitaria appropriata in relazione agli effettivi bisogni di salute cui correlare e modulare l'offerta di prestazioni;
- la prevenzione collettiva negli ambienti di vita e di lavoro e per la prevenzione come strategia di popolazione o per gruppi a rischio.

Le aziende sanitarie adotteranno idonee iniziative per promuovere l'assunzione da parte dei cittadini della consapevolezza e della responsabilità di tenere comportamenti e stili di vita finalizzati al mantenimento del loro stato di salute e di ricorrere in modo corretto ed appropriato ai servizi ed alle prestazioni offerte dal sistema sanitario.

3.3 L'universalità ed equità di accesso nei servizi sanitari per tutte le persone presenti sul territorio regionale

Il principio dell'universalità del diritto alla salute per i cittadini è del tutto teorico se le strutture sanitarie, in particolare le aziende unità sanitarie locali, ospedaliere, universitarie, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico e in genere il privato accreditato, non garantiscono condizioni eque di accesso ai cittadini presenti sul territorio regionale. Come infatti più volte ribadito in sede tecnico-scientifica, a parità di offerta sanitaria si registra una condizione che talvolta tende a penalizzare i settori sociali e le persone più deboli da un punto di vista economico e culturale. Seppure il servizio sanitario regionale non può colmare con la propria attività le disparità dei propri assistiti che trovano origine nei complessi meccanismi che regolano l'ordinamento sociale, è necessario, tuttavia, che indirizzi la propria attività in modo da colmare le disuguaglianze nell'accesso e le disparità nell'offerta dei servizi, compensando in tal modo tali differenze, raggiungendo la complessità della domanda di salute lì dove origina e garantendo la continuità assistenziale e la presa in carico.

3.4 La globalità di copertura

Per attuare i principi di universalità ed equità nell'assistenza, la copertura nell'erogazione dei servizi va garantita in modo globale ed uniforme sul territorio regionale nonostante le diversità geografiche e socio economiche del territorio, anche portando i servizi alle persone in un processo che garantisca la continuità dell'assistenza e la presa in carico delle persone assistite.

3.5 Il finanziamento pubblico del Servizio sanitario regionale

La fiscalità generale fondata sulla tassazione progressiva in base al reddito è la principale fonte di finanziamento del servizio sanitario regionale composto attraverso gli strumenti economici garantiti dallo stato centrale e dalle regioni, considerando la compartecipazione alla spesa per i cittadini non esenti come un contributo non essenziale alle politiche di finanziamento e, marginalmente, uno strumento per calmierare la domanda inappropriata. Solo la sostenibilità economica dei servizi sanitari in base ai principi di equità e appropriatezza può garantirne nel tempo la universalità, assicurando assistenza di qualità all'interno del servizio stesso in base ai livelli essenziali di assistenza ed evitando che quote crescenti di domanda di salute o di servizi sanitari tendano ad essere garantiti attraverso altri strumenti.

3.6 La portabilità dei diritti su tutto il territorio nazionale

La regionalizzazione dei servizi sanitari previsti dalla vigente normativa nazionale deve sempre garantire che le prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza, siano assicurate a tutti i cittadini su tutto il territorio nazionale, pur nella diversità organizzativa che rientra nell'autonomia regionale, tanto più in una fase in cui i paesi dell'Unione Europea tendono ad assicurare, attraverso l'uniformità normativa dei paesi membri, la fruibilità dei diritti su tutto il territorio dell'Unione.



4. PRINCIPI GESTIONALI

4.1 La trasparenza della gestione

La domanda di rinnovamento della pubblica amministrazione passa attraverso processi sempre più estesi di trasparenza nella gestione e nell'informazione ai cittadini e ai professionisti. Uno stile di lavoro partecipato, la circolazione delle informazioni anche attraverso le opportunità offerte dall'informatica, la semplificazione dei procedimenti amministrativi, sono gli strumenti attraverso cui la trasparenza vive ogni giorno come una nuova cultura del servizio sanitario regionale.

4.2 Il processo di aziendalizzazione

Con il d.lgs 502/1992, le aziende sanitarie hanno assunto personalità giuridica pubblica e autonomia, con l'obbligo di rispettare il vincolo di bilancio e la possibilità di agire con atti di diritto privato.

Non sempre il processo di aziendalizzazione si è compiutamente realizzato, anche a causa di pregressi errori gestionali, o, nel timore che tale processo potesse mettere in discussione il principio di equità nella tutela della salute.

Al riguardo si sono stati registrati, in alcune realtà territoriali, ritardi nell'introduzione di strumenti preordinati ad una gestione aziendale e modelli organizzativi inadeguati.

4.3 L'Ospedale, il Distretto, il Dipartimento

Nonostante l'impegno profuso ai diversi livelli istituzionali nel dare maggior rilievo all'assistenza territoriale, l'Ospedale rappresenta ancora la struttura centrale del sistema, assorbendo la maggior parte delle risorse in termini di personale e attrezzature. I tentativi di dipartimentalizzazione non hanno ancora modificato l'organizzazione sanitaria e ciò anche perché, in diverse realtà aziendali, i dipartimenti hanno costituito un impianto solo formale. Talvolta il Dipartimento, sia in ospedale che sul territorio, non ha rappresentato un momento di integrazione volto a favorire la qualità dell'assistenza.

Le aziende devono pertanto assumere le seguenti prioritarie strategie:

a) potenziare il ruolo dei Distretti, mettendo in atto tutte le misure organizzative in grado di assegnare al Distretto nuovi strumenti di programmazione di governo clinico in ordine alla valutazione e flessibilizzazione della domanda di salute;

b) integrare, all'interno dei propri sistemi operativi dipartimentali (budget, sistema premiante, valutazioni dei dirigenti, controllo di gestione...), il governo clinico finalizzato, oltre al perseguimento dell'appropriatezza delle risorse assistenziali, al miglioramento della qualità ed al perseguimento dell'efficacia degli interventi, anche alla razionalizzazione dell'impiego delle risorse gestite dai medici e dai professionisti sanitari, con gli strumenti sinora adottati nella generalità delle aziende sanitarie e volti al risparmio delle risorse attraverso il miglioramento dell'efficienza e il contenimento dei costi. I dipartimenti strutturali o a funzione debbono rappresentare i livelli di responsabilità per la diffusione e la concreta applicazione delle conoscenze riguardanti gli strumenti del governo clinico che hanno la comune finalità del contenimento della variabilità e dell'incertezza tecnica in medicina e nell'assistenza;

c) riqualificare l'offerta, in una logica di rete ospedaliera regionale secondo un'organizzazione tra centri e satelliti (c.d. hub e spoke) e per intensità di cure, all'interno di una visione unica regionale che dia la garanzia di un'interazione tra le aziende sanitarie territoriali appartenenti a medesimi bacini territoriali, intesi come aree sovraaziendali di programmazione anche in base all'orografia e alle caratteristiche del territorio, tenuto conto delle zone di confine tra bacini contigui e con altre regioni; l'atto aziendale si conforma agli indirizzi programmatori regionali anche ai sensi della L.R. 4/2003 e dei conseguenti atti attuativi.

5. POLITICHE SANITARIE

5.1 Il governo clinico

Tra i principi fondanti il Servizio Sanitario Nazionale vi è quello secondo cui:

"sono esclusi dai livelli assistenziali erogati dal SSN le tipologie di assistenza, i servizi e le prestazioni sanitarie che:

- *Non soddisfano il principio dell'efficienza e dell'appropriatezza, ovvero la cui efficacia non è dimostrabile in base alle evidenze scientifiche disponibili o sono utilizzati per soggetti le cui condizioni cliniche non corrispondono alle indicazioni raccomandate.*
- *In presenza di altre forme di assistenza volte a soddisfare le medesime esigenze non soddisfano il principio dell'economicità nell'impiego delle risorse, ovvero non garantiscono un uso efficiente delle risorse quanto a modalità di organizzazione e di erogazione dell'assistenza". (art. 1, comma 7bis decreto legislativo 502/1992 così come modificato dal decreto legislativo 229/1999).*

Sulla base di queste premesse e partendo dal presupposto che per migliorare l'assistenza e le prestazioni erogate è decisivo il coinvolgimento attivo e responsabilizzato dei medici e di tutti gli operatori sanitari, le aziende devono adottare la strategia del governo clinico inteso come una continua e attiva ricerca della massima appropriatezza dei comportamenti professionali e delle prestazioni erogate anche sulla base delle risorse disponibili.

La strategia del governo clinico basato sull'appropriatezza permette di orientare i comportamenti professionali agli effettivi bisogni dell'utenza, focalizzando l'attenzione sulla produzione, ovvero, sulle prestazioni erogate così da dare concretezza all'azione per il miglioramento continuo della qualità.

Tra gli strumenti del governo clinico si possono citare l'EBM, "medicina basata sull'evidenza", (Evidence Based Medicine), la VRQ (Valutazione e Revisione della Qualità), il miglioramento continuo della Qualità, le linee guida, i percorsi diagnostico terapeutici, l'accreditamento, la "valutazione del rischio e la sua gestione" (risk management), valutazione delle tecnologie (technology assessment), l'aggiornamento, la revisione tra pari, le "conferenze di consenso" (consensus conference). Detti strumenti hanno in comune il contenimento dell'incertezza tecnica e della variabilità in medicina e nell'assistenza con la finalità di orientare i comportamenti professionali all'appropriatezza, orientando i professionisti sanitari e le aziende sanitarie alla ricerca e neutralizzazione degli sprechi e degli errori.

Il governo clinico presuppone contesti che favoriscano l'assunzione di comportamenti professionali individuali e di équipe condivisi.

Le aziende conseguentemente devono privilegiare la strategia di integrare all'interno dei propri sistemi gestionali (budget, sistema premiante, valutazioni dei dirigenti, controllo di gestione,...) obiettivi di appropriatezza e di governo clinico e sistemi di valutazione basati su indicatori.

5.2 Personale e professionalità

La valorizzazione dei medici, dei professionisti e degli operatori della sanità rappresenta uno degli obiettivi prioritari di una concreta politica sanitaria.

La risorsa "umana" costituisce un fattore determinante che caratterizza la qualità e l'eccellenza delle prestazioni erogate dalle strutture della sanità pubblica laziale. Infatti, il più importante input di un sistema sanitario sono gli operatori dello stesso; dalla loro performance, conoscenza e attività professionale, discende la qualità dei servizi assistenziali. La rilevanza è dovuta anche dalla circostanza che complessivamente i 2/3 delle spese correnti in sanità sono rappresentate dal costo del lavoro. In sanità tutti devono operare delle scelte orientate prevalentemente al raggiungimento di obiettivi di salute, di efficacia clinica e di appropriatezza. Tali scelte non possono più prescindere dalla consapevolezza che le stesse comportano il consumo di risorse che incidono sulla determinazione della spesa sanitaria. A tutti gli operatori del settore è infatti richiesta una nuova dimensione di professionalità fondata, oltre che sulle conoscenze tecnico scientifiche specifiche dell'attività di assistenza, anche su conoscenze, competenze ed abilità di tipo programmatico, organizzativo e gestionale. Queste ultime sono mutuare dalla gestione imprenditoriale ed adattate alle specifiche esigenze del contesto sanitario e consentono di combinare, nel migliore dei modi, le risorse disponibili.

È evidente che, in tale contesto, i rapporti con le organizzazioni sindacali dovranno essere costanti e particolarmente valorizzati anche attraverso prassi, procedure e consultazioni standardizzate e trasparenti.



5.3 Formazione Continua: strumento per la qualità ed il governo clinico

La formazione e l'aggiornamento professionale in sanità, più che in altri settori, non solo perseguono l'obiettivo di aumentare le conoscenze e le abilità, ma risultano necessarie al fine di evitare che le capacità professionali possano diventare obsolete rispetto ai processi accelerati di evoluzione tecnologica.

Poiché è evidente che lo sviluppo del governo clinico e della qualità appaiono strettamente interconnessi tra loro e con l'acquisizione di sempre nuove conoscenze e competenze da parte dei medici, dei professionisti e degli operatori delle aziende sanitarie, le funzioni di sviluppo del governo clinico, della qualità e di coordinamento e sviluppo delle attività formative, devono integrarsi organizzativamente tra di loro.

La funzione organizzativa preposta allo sviluppo della formazione troverà la sua espressione più alta nella capacità di promuovere a livello decentrato, a partire da quello dipartimentale, la ideazione, proposizione e realizzazione di attività formative da parte delle diverse articolazioni aziendali, di gruppi professionali e interprofessionali, di singoli professionisti così da costituire un'"offerta formativa" dinamicamente e continuamente arricchita nel corso dell'anno dalle iniziative proposte a livello decentrato.

La funzione formativa deve essere, altresì, promossa, come previsto dalla Regione per l'attuazione della legge 251/2000, nell'area delle professioni infermieristiche e delle altre professioni sanitarie tecniche, della prevenzione e della riabilitazione.

Il piano formativo aziendale annuale sarà costituito:

- dalle attività formative annualmente pianificabili sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali e aziendali e della rilevazione di fabbisogni formativi trasversali e strategici;
- da iniziative formative promosse a livello centrale sulla base della rilevazione di fabbisogni formativi ulteriori;
- dall'offerta formativa dinamicamente costituita nel corso dell'anno, fermo restando che è funzione delle strutture aziendali deputate alla formazione quella di selezionare le attività formative da realizzare in funzione della loro coerenza con gli obiettivi formativi nazionali, regionali e aziendali.

Lo sviluppo della formazione in funzione del governo clinico e della qualità avverrà attraverso una strategia tesa a favorire:

- il decentramento dell'ideazione e della proposizione delle attività formative;
- lo sviluppo di iniziative formative basate sull'autoapprendimento organizzativo;
- l'accreditamento in ECM delle ordinarie attività di reparto (riunioni e meeting di reparto, revisione della casistica, elaborazione e verifica di progetti, percorsi assistenziali, linee guida, piani assistenziali, etc.)
- il coordinamento con altre aziende per l'adozione di iniziative rivolte alle così dette "professionalità rare" scarsamente rappresentate nelle singole aziende;
- la diffusione tempestiva e capillare delle informazioni sulle iniziative formative in programma.

5.4 La gestione della cronicità

Tali indirizzi generali non possono non tener conto della progressiva evoluzione del quadro clinico epidemiologico che coinvolge ormai milioni di cittadini, processo evolutivo in atto da tempo ma che trova in questi anni la sua massima espansione come combinato disposto dei cambiamenti demografici, le problematiche ambientali dello sviluppo e l'evoluzione dell'assistenza sanitaria nel mondo industrializzato. Un nuovo paradigma attraversa infatti oggi le strutture sanitarie, sia quelle più antiche come gli ospedali sia quelle di più recente istituzione risalenti al secolo scorso quali i servizi sul territorio: il paradigma della cronicità. Tale paradigma rappresenta una sfida per il servizio sanitario, gli operatori e il sistema pubblico nel suo complesso. Gli sforzi della medicina finalizzati a garantire il prolungamento dell'età media in strati sempre più ampi di popolazione sarebbero vani se al contempo le strutture sanitarie non sapranno farsi carico delle difficoltà che tale prolungamento comporta, non solo da un punto di vista economico ed organizzativo, ma da un punto di vista etico, culturale e sociale.

5.5 La "presa in carico"

La gestione della cronicità si basa principalmente sull'approccio della "presa in carico".

La complessità dell'offerta di servizi assistenziali e sanitari rivolti alla persona come prevenzione, cura e riabilitazione non deve lasciare il cittadino da solo di fronte a tale



complessità ma orientarlo e tutelarlo nei vari passaggi sostenendone la libertà e autonomia della scelta attraverso processi di "rafforzamento del potere dei cittadini" (empowerment) e la collaborazione e il confronto continuo con le reti degli operatori e dei servizi che attuano la presa in carico attraverso la continuità dell'assistenza in ogni momento della vita, con particolare riguardo alle fasi più delicate e critiche dell'esistenza: la nascita, la diagnosi di patologie cronico-degenerative, la dimissione successiva a ricoveri ospedalieri, la gestione della disabilità fuori dall'ospedale, con particolare riguardo ai soggetti più deboli: bambini, donne, anziani, disabili, migranti.

5.6 I percorsi assistenziali

La presa in carico costituisce la premessa indispensabile per avviare le persone assistite nei "percorsi assistenziali" appropriati in relazione alle loro specifiche condizioni di salute. I percorsi assistenziali devono essere basati sui principi di equità ed appropriatezza e modulati e integrati in relazione ai diversi livelli di erogazione delle prestazioni (assistenza preventiva, ambulatoriale, domiciliare, di ricovero, ordinario o in day hospital, residenziale ecc.), e differenziati in funzione delle diverse patologie.

Tali percorsi sono ben lontani dal costituire una pratica consueta nei servizi sanitari sia per i limiti che l'approccio essenzialmente normativo può rappresentare a riguardo, sia per la continua evoluzione tecnico-scientifica che la comunità degli operatori e la rete dei professionisti è chiamata ad elaborare ed aggiornare. La presa in carico basata su percorsi assistenziali è il grande cambiamento culturale cui è chiamato il servizio sanitario regionale per assicurare il raggiungimento degli obiettivi di salute. In questa prospettiva, al fine di garantire la completezza e l'appropriatezza del percorso assistenziale, risulta essere propedeutica la definizione di nuovi profili tariffari che garantiscano la continuità assistenziale già avviata dalla deliberazione di Giunta regionale del 22 marzo 2006, n. 143.

5.7 La continuità assistenziale

Finalità principale della presa in carico dei percorsi assistenziali è garantire la continuità dell'assistenza nelle varie fasi della prevenzione, cura e riabilitazione delle persone assistite monitorando attentamente i processi e i risultati di tali percorsi attraverso un sistema complesso di indicatori di processo e di esito quale unico valido strumento valutativo della rispondenza degli stessi agli scopi da cui traggono origine, superando i limiti di autoreferenzialità che spesso caratterizza i servizi pubblici. In questo contesto assumono particolare importanza i Pacchetti Ambulatoriali complessi (PAC) di cui alla DGR 143/2006.

6. PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI

Tra gli obiettivi assegnati ai direttori generali all'atto di nomina con la deliberazione di Giunta regionale n. 734/2005 sopra citata, vi è quello dell'effettiva applicazione degli istituti di partecipazione civica che favoriscano l'autonoma iniziativa dei cittadini per il corretto funzionamento del servizio sanitario regionale ed il miglioramento del confort delle strutture sanitarie.

Si evidenziano di seguito alcuni strumenti individuati che favoriscono la partecipazione dell'utente:

6.1 Ufficio relazioni con il pubblico

L'Ufficio per le relazioni con il pubblico assicura la funzione relativa alla comunicazione con gli utenti, sviluppando in modo esauriente l'informazione sulle prestazioni sanitarie e le relative modalità di accesso. Verifica la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando, per tale finalità, idonei ed adeguati strumenti. In particolare l'U.R.P. acquisisce le osservazioni e i reclami presentati dai cittadini, li segnala ai Dirigenti competenti e provvede a darne tempestivo riscontro agli utenti. Raccoglie, classifica e archivia le segnalazioni e gli esposti in un'apposita banca dati e predispone, con cadenza trimestrale, una relazione al direttore generale sulle segnalazioni e sui reclami pervenuti e sull'esito degli stessi. Detta relazione è accompagnata da proposte per il miglioramento degli aspetti organizzativi, logistici, relazionali e di accesso alle prestazioni, nonché, per il superamento dei fattori di criticità emersi. L'azienda garantisce che l'Ufficio Relazioni con il Pubblico sia organizzato avvalendosi di personale appositamente formato, prevedendo anche la possibilità, in relazione al tipo di utenza presente sul territorio, di mediatori culturali per gli assistiti di diverse etnie.



L'U.R.P. cura i rapporti con le Associazioni di Volontariato, le Associazioni di tutela dei cittadini.

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

6.2 Audit civico

Le aziende potranno promuovere appositi progetti di Audit civico, coordinandoli con le iniziative assunte a livello regionale ai sensi dell'art. 141 della legge regionale 4/2006.

L'Audit civico rappresenta uno degli strumenti primari per la partecipazione da parte dei cittadini alle politiche sanitarie aziendali. E' infatti una metodologia per promuovere la valutazione della qualità delle prestazioni delle aziende sanitarie locali e ospedaliere dei cittadini. Il processo di Audit civico si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte dalle aziende, attraverso l'utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori tramite la co-progettazione tra cittadini e referenti aziendali delle modalità di raccolta di tali dati. I dati forniti dalla rilevazione degli indicatori verranno confrontati con le informazioni tratte da altri sistemi di monitoraggio delle strutture e dei servizi, (per esempio accreditamento, le segnalazioni dei cittadini, anche attraverso la documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali, le liste di attesa, interviste alla direzione generale e sanitaria, consultazione delle organizzazioni civiche).

6.3 Conferenza dei servizi

L'art. 14, comma 4 del d.lgs. 229/1999 ha previsto che il direttore generale indice, almeno una volta l'anno, sentita la Conferenza locale per la Sanità, una Conferenza 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.

6.4 Carta dei servizi pubblici sanitari

La Carta dei servizi è il patto con cui chi eroga un determinato servizio o prestazione si impegna nei confronti del cittadino/utente. I destinatari della Carta dei Servizi sono pertanto tutti coloro che intendono utilizzare quei servizi o godere di quelle prestazioni che l'ente pubblico o privato si candida a fornire. In particolare, la Carta dei servizi delle aziende sanitarie deve essere scritta in modo comprensibile a tutti e contenere le informazioni che permettano all'utente di conoscere quali prestazioni e servizi l'azienda si impegna ad erogare, ma, anche in che quantità, in che modo e con quali impegni di qualità. La Carta dei servizi deve anche indicare il responsabile del servizio a cui potersi rivolgere per ottenere il rispetto degli impegni dichiarati e devono anche essere indicate le modalità per potere presentare ricorso, per ricevere risposta e cosa può fare il cittadino/utente se il suo reclamo dovesse essere respinto.

Il direttore generale si impegna ad aggiornare la carta dei servizi annualmente dandone ampia diffusione.

La Carta dei servizi sarà pubblicata sul sito dell'azienda e su quello della Regione Lazio.

6.5 Consulta sanitaria

Presso le Aziende Unità Sanitarie Locali è istituita la Consulta Sanitaria (ai sensi dell'articolo 12 d.lgs. 229/1999 ed in conformità della l.r. 27/2006) come organismo di consultazione di organismi di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini per fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi erogati.

In particolare la Consulta Sanitaria:

- fornisce contributi per la programmazione sanitaria e socio sanitaria;
- elabora proposte finalizzate al miglioramento della qualità e della umanizzazione dei servizi;
- favorisce la partecipazione consapevole degli utenti e delle forze sociali attraverso dibattiti ed altri mezzi adeguati;
- promuove programmi di educazione sanitaria e collabora alla pubblicizzazione ed alla conoscenza per la corretta utilizzazione, da parte dell'utenza, dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- promuove iniziative volte alla attivazione di sistemi di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso;

- promuove progetti di indagine di gradimento, nonché, programmi di ricerca sugli eventi avversi ed sulle criticità nell'erogazione dei servizi;
- partecipa alla conferenza dei servizi di cui all'articolo 14, comma 4, del d.lgs. 502/92

Detto organismo si riunisce almeno ogni quattro mesi su convocazione del direttore sanitario che la presiede.

La Consulta Sanitaria è costituita da:

- Il direttore sanitario o suo delegato;
- I direttori di distretto (per e sole Aziende USL);
- Un rappresentante per ciascun municipio (per le Aziende insistenti sul territorio del comune di Roma), o da 4 rappresentanti delle Conferenze locali della sanità (per le Aziende insistenti sui territori provinciali) designati dalle rispettive Conferenze locali per la sanità; per le Aziende USL; un rappresentante del Comune di Roma per le Aziende Ospedaliere;
- Un funzionario regionale competente in materia sanitaria e socio sanitaria (designato dall'Assessore alla Sanità)
- 2 rappresentanti di organismi di volontariato maggiormente rappresentativi nell'Azienda;
- 2 rappresentanti di organismi di tutela dei diritti dei cittadini maggiormente rappresentativi nell'Azienda;
- Il responsabile dell'Ufficio relazioni con il pubblico.

La Consulta Sanitaria è costituita con provvedimento del direttore generale e dura in carica due anni. Il suo funzionamento è disciplinato da apposito regolamento aziendale.

Per particolari esigenze, anche legate alle specificità del territorio aziendale, il direttore generale può, nel provvedimento di costituzione della Consulta, prevedere la partecipazione di altri soggetti istituzionali.

7. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE E CONTROLLO

Il decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286, come modificato dalla legge 4 agosto 2006, n. 248 (c.d. decreto Bersani) 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, prevedendo un articolato sistema di controllo interno. Ai sensi dell'articolo 4 della legge regionale 3 agosto 2001 n. 16 "le aziende si dotano di un'ideale 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 30 luglio 1999, n. 286". Il sistema di controllo interno rappresenta un fondamentale strumento di governo aziendale volto al raggiungimento di obiettivi gestionali, obiettivi di attendibilità delle informazioni, quale che sia la loro natura, ed obiettivi di rispetto delle leggi e delle norme in genere.

Il sistema di controllo interno è esercitato da soggetti esterni e da soggetti interni all'azienda. All'interno dell'azienda il controllo interno è esercitato sia a livello di direzione strategica che di responsabili delle singole strutture in relazione agli obiettivi loro assegnati ma deve prevedere anche il coinvolgimento a livello operativo delle diverse strutture, al fine di assicurare una accurata alimentazione ed elaborazione delle informazioni utilizzate.

7.1 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. 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.



7.2 Controllo di gestione

La rilevanza del controllo di gestione è direttamente correlata alla configurazione aziendalistica delle strutture sanitarie e al conseguente impianto di una contabilità analitica per centri di costo conformi all'organizzazione aziendale.

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 in coerenza con gli obiettivi aziendali;*
- e) *gli indicatori specifici per misurare efficacia efficienza ed economicità;*
- f) *la frequenza di rilevazione delle informazioni."*

Un'apposita funzione in staff alla direzione strategica 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 garantendo l'obiettività, l'imparzialità e la trasparenza delle valutazioni.

Il controllo interno di gestione è correlato, pertanto, alla gestione dei singoli budget assegnati ai titolari dei diversi livelli di responsabilità individuati dalle aziende. La 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 dirigenti dei centri di responsabilità. In tale cornice lo stesso responsabile è immediatamente interessato ad un controllo interno del budget attribuitogli anche al fine di conoscere periodicamente, o comunque quando ne ravvisi l'esigenza, lo stato di utilizzazione del budget stesso per tenere sotto controllo ed individuare le cause di eventuali scostamenti, intervenuti o prevedibili, sia in termini di risultati che in termini economici, anche per il monitoraggio trimestrale previsto dall'intesa Stato-regioni del 23 marzo 2005.

Le aziende assumono la strategia di integrare all'interno dei propri sistemi operativi (budget, sistema premiante, valutazioni dei dirigenti, controllo di gestione,...) sistemi di indicatori e/o obiettivi di appropriatezza e di governo clinico.

Il budget, in particolare, costituisce lo strumento con il quale l'azienda attua e formalizza la propria attività di programmazione nel medio periodo. "Fare budget" significa:

- costruire un documento, di natura operativa, con il quale si determinano in modo sistematico gli obiettivi da perseguire e le azioni che dovranno essere realizzate per il loro raggiungimento;
- programmare, ovvero, definire i livelli di responsabilità assegnando specifiche responsabilità sulla gestione;
- negoziare e condividere gli obiettivi, sia sanitari che economici;
- negoziare e condividere l'assegnazione delle risorse (umane, tecnologiche, strutturali, ecc.);
- monitorare i risultati attraverso uno specifico sistema informativo fondato su indicatori condivisi e una reportistica costante.

Il budget aziendale è la risultante di una "sommatoria" di budget specifici, i quali includono ciascuno degli specifici fattori oggetto del processo di negoziazione.

La formazione del processo di budget segue un percorso di tipo "gerarchico": dalla Direzione strategica ai direttori delle strutture operative fino ai responsabili di unità operativa.

Le aziende assumono la strategia di integrare all'interno dei propri sistemi operativi (budget, sistema premiante, valutazioni dei dirigenti, controllo di gestione,...) sistemi di indicatori e/o obiettivi di appropriatezza e di governo clinico.

Ai sensi dell'articolo 131 della citata legge regionale 4/2006, per il conseguimento dell'obiettivo di risanamento del deficit delle aziende sanitarie è istituita la cosiddetta "cabina di regia" composta dal Presidente della Regione, dall'Assessore al Bilancio e dall'Assessore alla Sanità (DGR 313/2006). A detta cabina di regia è attribuito il compito di "monitorare i costi di produzione del sistema sanitario regionale" e di "curare il coordinamento generale delle attività volte alla realizzazione del sistema informativo integrato per il controllo di gestione unificato delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere". Le aziende sanitarie sono tenute al rispetto delle direttive adottate dalla cabina di regia nell'ambito della propria attività di indirizzo politico ed amministrativo.

7.3 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 dai contratti collettivi di lavoro, ai quali si fa diretto riferimento per la specifica disciplina.

7.4 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 modificato con legge 248/2006). 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 attenzione all'efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi sanitari.

Decorsi diciotto mesi dalla nomina la Regione verifica i risultati aziendali conseguiti ed il raggiungimento degli obiettivi assegnati all'atto di nomina, aggiornati e monitorati periodicamente.

La Giunta regionale esercita l'attività di controllo strategico verificando complessivamente la rispondenza dell'attività aziendale agli obiettivi assegnati al direttore generale e, più in generale alle scelte ed agli indirizzi del piano sanitario regionale.

All'interno dell'azienda detta attività deve essere assicurata dalla direzione strategica. Le direzioni strategiche delle aziende sanitarie, pertanto, in funzione dell'esercizio dei propri poteri di indirizzo, svolgeranno, nell'ambito del sistema di controllo interno, una propria attività di valutazione e controllo strategico, per l'analisi preventiva e successiva della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le missioni affidate dalle norme, gli obiettivi fissati dalla Regione, gli obiettivi operativi prescelti, le scelte operative e le risorse umane, finanziarie e materiali assegnate, nonché per l'identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità, per la mancata o parziale attuazione e dei possibili rimedi.

8. STRUTTURA DELL'ATTO AZIENDALE

8.1 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 propria autonomia normativa.

L'atto aziendale, in particolare, determina:

- a) la sede legale e il logo aziendale;



- b) il patrimonio aziendale e gli elementi identificativi dell'azienda sanitaria. Affinché l'Atto Aziendale possa costituire uno strumento completo e rappresentativo della complessità aziendale con tutte le caratteristiche strutturali, è opportuno includere una mappa geografica e/o topografica che ricomprenda l'ambito territoriale dell'Azienda, con la distocazione e la individuazione dei distretti (specificandone la sede), i presidi ospedalieri, con i relativi posti letto distinti per specialità, direttamente gestiti e autorizzati dalla Regione, il numero complessivo dei dipartimenti, delle Unità operative complesse e semplici, nonché, i dati della popolazione, quelli demografici e le strutture sanitarie autorizzate e accreditate sul territorio aziendale con i posti letto insistenti;
- c) il numero del personale dipendente (distinto per ruoli di appartenenza);
- d) le funzioni del direttore generale e del collegio sindacale;
- e) le funzioni attribuite al direttore amministrativo e al direttore sanitario, le attribuzioni dei dirigenti nonché le modalità per il conferimento di eventuali deleghe e gli ambiti delle stesse;
- f) l'individuazione, tramite uno specifico allegato all'atto aziendale come descritto successivamente al punto 8.4, dei presidi e dei distretti, dei dipartimenti e delle unità operative complesse e semplici, e di staff della direzione strategica, attraverso uno specifico organigramma (allegato n. 1 – schema tipo);
- g) le strutture accreditate e non insistenti sul territorio;
- h) l'affidamento ai dirigenti di strutture complesse delle decisioni che impegnano l'azienda sanitaria verso l'esterno e i relativi limiti attraverso uno specifico "funzionigramma", nell'ambito dei programmi adottati dal direttore generale e del budget assegnato (allegato n. 2);
- i) il collegio di direzione, il consiglio dei sanitari e gli altri organismi individuati all'interno dell'Azienda, e la relativa composizione;
- j) il sistema di controllo interno;
- k) le modalità di rapporto e di collaborazione dell'azienda con le altre aziende sanitarie nonché con eventuali enti ed organismi, di cui all'articolo 4, comma 3 del decreto legislativo 502/1992;
- l) le modalità di informazione sui servizi sanitari e di tutela dei diritti degli utenti, anche ai fini della corretta fruizione del sistema;
- m) i rapporti con gli enti locali.

8.2 Procedure per l'adozione dell'atto aziendale

L'atto aziendale è adottato dal direttore generale con proprio provvedimento, previo parere del Collegio di Direzione e previo confronto con le organizzazioni sindacali di cui agli artt. 3 e seguenti del CCNL 3.11.06, con la Conferenza dei Sindaci e sentito il Consiglio dei sanitari. In fase di prima attuazione gli atti aziendali devono essere adottati entro 60 giorni dalla data di pubblicazione del presente atto di indirizzo.

La Giunta regionale effettua, entro il termine di quarantacinque giorni dalla data di ricevimento, la verifica dell'atto aziendale per il tramite della Direzione regionale dell'Assessorato alla Sanità, competente in materia di organizzazione delle aziende sanitarie, che ha la facoltà di acquisire direttamente atti, documenti, informazioni esplicative etc., interrompendo, dalla data della richiesta, i termini di cui sopra.

Qualora il direttore generale, in questa fase, ritenga di apportare modifiche, (che non rivestano carattere meramente formale), l'atto aziendale deve essere adottato con la procedura sopradescritta.

La Giunta regionale, qualora rilevi la mancanza di conformità al presente atto di indirizzo e alle linee di programmazione regionale, rinvia l'atto aziendale al direttore generale per i necessari adeguamenti. Decorso il termine ovvero, in caso di rinvio, a seguito della trasmissione alla Regione dell'atto aziendale completo degli adeguamenti richiesti, lo stesso sarà pubblicato sul BURL e sul sito internet dell'azienda.

Il direttore generale convocherà una specifica Conferenza di servizi nella quale verrà illustrato l'atto aziendale.

L'atto aziendale può essere successivamente modificato dal direttore generale con le modalità sopra indicate. Dovranno essere allegati al provvedimento di modifica del suddetto documento, quale parte integrante, le pagine interessate con la specificazione esatta delle modifiche apportate e le relative motivazioni. E' evidente che non sono soggette



a tali procedure le modifiche concernenti gli elementi meramente identificativi o alcuni contenuti formali soggetti a mutamenti naturali o che comunque non influiscono sull'assetto organizzativo (per es. n. del personale, popolazione residente ecc.).

Ai sensi dell'articolo 132 della legge regionale 29 aprile 2006, n. 12, L'assessorato alla Sanità comunica alla commissione consiliare competente in materia di sanità l'approvazione degli atti aziendali (trasmettendo gli stessi) e delle relative modifiche.

8.3. Regolamenti

Ai fini di una corretta e completa applicazione del presente atto di indirizzo, i direttori generali delle singole Aziende sanitarie procedono all'adozione di regolamenti interni, che dovranno essere adottati entro tre mesi dall'adozione dello stesso, nelle seguenti materie:

- a) modalità di affidamento, cambiamento e revoca della direzione delle strutture e degli incarichi ai dirigenti e le modalità di valutazione degli stessi;
- b) relazioni sindacali;
- c) modalità con cui l'azienda sanitaria appalta o contrae direttamente la fornitura di beni e servizi nel rispetto del Codice degli appalti emanato con decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163;
- d) modalità di svolgimento dell'attività libero professionale "intra moenia";
- e) modalità di gestione per obiettivi e di negoziazione del budget, nonché, il collegamento con il sistema premiante;
- f) modalità di funzionamento dei dipartimenti e dei distretti;
- g) modalità di funzionamento degli organismi individuati nell'atto aziendale,;
- h) procedure di controllo interno.

Potranno altresì essere adottati altri regolamenti interni per l'organizzazione di altri settori di attività nonché in attuazione della normativa nazionale e regionale in materia di prevenzione e sicurezza del lavoro, di protezione e sicurezza dei dati personali, di semplificazione amministrativa.

I regolamenti aziendali dovranno essere pubblicati sui siti internet aziendali e sul portale regionale della sanità.

8.4. Organizzazione interna dei presidi ospedalieri, dei distretti e dei dipartimenti e organizzazione delle strutture in staff alla Direzione strategica.

L'atto aziendale prevede altresì l'organizzazione interna dei presidi ospedalieri, dei distretti, dei dipartimenti, nonché l'organizzazione delle unità operative in staff alla direzione strategica, articolate, a seconda della natura delle attività e delle esigenze di funzionalità dell'azienda, in strutture operative, unità operative semplici e complesse (qualunque modifica è soggetta alle procedure sopra individuate).

Al fine di semplificare ed uniformare sia la redazione degli atti aziendali (anche nella terminologia) che la verifica da parte della Regione, è stato predisposto uno schema tipo di organigramma (allegato n. 1) che le aziende sanitarie adotteranno in relazione alla organizzazione individuata.

In ogni deliberazione o altro provvedimento aziendale successivo che riguardi anche indirettamente l'assetto organizzativo dell'azienda (es. affidamento incarichi), si dovrà attestare che la statuizione è conforme alle previsioni dell'atto aziendale, citandone il punto e/o la pagina di pubblicazione sul BURL.

SECONDA SEZIONE

9. ASSETTO ISTITUZIONALE DELLE AZIENDE SANITARIE: ORGANI E ORGANISMI

9.1 Organi

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.

9.1.1 Direttore generale

Il direttore generale dell'azienda sanitaria, ai sensi dell'art. 55 del Nuovo Statuto della Regione Lazio, è nominato dal Presidente della Regione, acquisito il parere della commissione consiliare permanente competente per materia.

Il direttore generale delle aziende sanitarie 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. Risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnati all'atto di nomina nell'ambito degli atti strategici e di programmazione regionale.

L'autonomo e pieno esercizio da parte del direttore generale delle funzioni gestionali dell'azienda è svolto nel rispetto dei poteri spettanti:

- a) alla Regione che ne indirizza l'attività ed esercita il controllo sul suo operato;
- b) al Sindaco o alla conferenza locale della sanità 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.

Il direttore generale, in particolare, provvede:

- a) alla nomina del direttore sanitario e del direttore amministrativo;
- b) alla nomina del collegio sindacale e alla sua prima convocazione nei termini di legge;
- c) alla costituzione del collegio di direzione e del consiglio dei sanitari;
- d) alla nomina dei componenti del Nucleo di Valutazione, del Collegio tecnico e del Comitato per le pari opportunità e di qualunque altro organismo.
- e) all'adozione dell'atto aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;
- f) all'adozione degli atti regolamentari di cui al punto 8.3;
- g) all'adozione degli atti di organizzazione interna dei presidi ospedalieri, dei distretti e dei dipartimenti e all'organizzazione dello staff alla Direzione strategica (punto 8.4);
- h) alla nomina e revoca dei responsabili delle strutture operative dell'azienda, nonché, dei responsabili dei dipartimenti, delle Unità operative complesse e semplici e al conferimento degli incarichi professionali;
- i) ai provvedimenti conseguenti la valutazione dei dirigenti;
- j) all'adozione del documento per la valutazione dei rischi e nomina del responsabile del servizio di prevenzione e protezione (SPP). Tale responsabile deve essere individuato in figura diversa dal responsabile di area tecnica preposto alla manutenzione;
- k) all'adozione dei regolamenti interni per il funzionamento degli organismi collegiali individuati dal presente atto di indirizzo;
- l) all'adozione dei regolamenti interni aziendali ivi compresi quelli per il funzionamento degli organismi collegiali individuati dal presente atto di indirizzo (Collegio di Direzione, Consiglio dei Sanitari e Comitato di Dipartimento);
- m) all'adozione della dotazione organica aziendale;
- n) all'adozione del bilancio economico di previsione annuale e pluriennale nonché del bilancio di esercizio;
- o) 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;

- p) 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;
- q) alla verifica quali-quantitativa dei servizi erogati anche attraverso strutture a ciò preposte;
- r) all'adozione degli altri atti indicati dalla legislazione vigente.

Il direttore generale, ai sensi dell'articolo 15bis, comma 1 del d.lgs. 502/1992, 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 (vedi funzionigramma, allegato n.2).

Si precisa che le funzioni gestionali, esercitate dai dirigenti delle aziende ai diversi livelli possono essere:

- funzioni delegate dal direttore generale con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della delega;
- funzioni proprie, agli stessi attribuiti nel momento della sottoscrizione del contratto di lavoro o con specifico atto del direttore generale.

In relazione alle funzioni di cui sopra, al fine di mantenere distinte quelle rientranti negli atti di alta amministrazione da quelle di carattere gestionale, anche ai sensi dell'articolo 8, legge regionale n. 6/2002, comma 1, così come modificato dalla l.r. 4/2006, 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.

Il direttore generale può, pertanto, con proprio provvedimento, delegare ai dirigenti dell'azienda sanitaria l'emanazione di atti di gestione di propria competenza.

L'atto di conferimento della delega deve contenere l'esatta specificazione delle attribuzioni delegate e le eventuali direttive, stabilisce i limiti e la durata della delega stessa e viene pubblicato sull'albo dell'azienda e sul sito internet dell'azienda.

Il delegante non può esercitare in costanza di delega le attribuzioni delegate.

Il delegato non può sub-delegare le attribuzioni oggetto della delega ed è responsabile degli atti adottati e dei compiti assolti in attuazione della delega e dei loro effetti.

Gli atti emanati dal delegato non sono impugnabili con ricorso al delegante e sono soggetti allo stesso regime dei controlli previsto per gli atti emanati dal titolare.

Il delegante può, in qualsiasi momento, revocare la delega con le stesse modalità di forma previste per l'atto di conferimento della delega stessa. Il rapporto di delega cessa, inoltre, quando muta il delegante o il delegato.

Al titolare rimangono comunque riservati i poteri di autotutela coordinamento e di vigilanza (esempio: annullamento e modifica degli atti adottati dal delegato).

Anche tenuto conto che ai dirigenti può essere attribuita la potestà di adottare atti a rilevanza esterna imputabili direttamente all'azienda, è necessario che in apposito atto da pubblicare all'albo dell'azienda e sul sito internet aziendale, vengano specificati, dettagliatamente, gli ambiti oggettivi e soggettivi delle attribuzioni dirigenziali. Al fine di agevolare le aziende in tale adempimento è stato elaborato uno schema di funzionigramma (allegato 2) che le aziende potranno adattare al loro specifico contesto.

Tale adempimento di cui al disposto normativo dell'art. 15bis comma 1 del d.lgs. 502/1992 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 dovranno essere adottati con deliberazione del direttore generale e gli atti di gestione con determinazione dirigenziale.

9.1.2 Collegio sindacale: composizione e funzioni

Il collegio sindacale delle aziende sanitarie, ai sensi dell'articolo 10 della l.r. 18/1994 modificato dalla l.r. 31 ottobre 1996, n. 45 da ultimo modificato dall'articolo 133 della legge regionale del 28 aprile 2006, n. 4, è nominato dal direttore generale ed è composto da cinque membri effettivi e due supplenti.

Il collegio sindacale, nella prima seduta convocata dal direttore generale entro cinque giorni dal provvedimento di nomina, elegge il Presidente tra i membri effettivi designati dalla Regione secondo modalità previste dalle norme.

Detto organo:

- a) verifica l'amministrazione dell'azienda sotto il profilo economico;
- b) vigila sull'osservanza della legge;
- c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- d) fornisce al direttore generale indicazioni utili alla corretta gestione aziendale e provvede ad ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente e dall'atto aziendale;
- e) riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità; trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'unità sanitaria locale o dell'azienda ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'azienda stessa.

10. GOVERNO STRATEGICO AZIENDALE

Il governo strategico aziendale è esercitato dalla Direzione strategica composta dal direttore generale, dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo avvalendosi del collegio di direzione.

Conferenze locali

Strettamente correlate al Governo strategico aziendale sono le **Conferenze locali per la sanità**, (Conferenza dei Sindaci e conferenza dei Presidenti dei Municipi). Esse sono, infatti, chiamate dal legislatore a partecipare alla definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività nelle unità sanitarie locali al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie e socio-sanitarie della popolazione.

Il decreto legislativo 229/1999 ha rafforzato il ruolo di dette Conferenze sancendo che, in sede di valutazione dei risultati delle aziende sanitarie, siano previste specifiche forme e modalità di partecipazione delle stesse

Le succitate Conferenze dovranno esprimere il proprio parere alla Regione nei procedimenti di valutazione dell'operato del direttore generale ivi compresa la verifica, trascorsi diciotto mesi dalla nomina, dei risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Le Aziende sono articolate in direzione strategica e strutture operative.

10.1 La direzione strategica

La direzione strategica definisce, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale, le strategie e i programmi aziendali di cui controlla la realizzazione.

La direzione strategica rappresenta pertanto 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 Locale per la Sanità e il collegio sindacale);
- i rapporti con i dirigenti che coadiuvano, in forma collegiale, la direzione aziendale nelle attività di governo (collegio di direzione).



In particolare spetta alla direzione strategica:

- l'individuazione degli obiettivi e dei programmi pluriennali finalizzati all'esercizio della funzione di tutela della salute, di cui è titolare l'Azienda USL, relativamente al proprio ambito territoriale, in concorso con la Regione, sulla base di analisi preordinate alla valutazione dello stato di salute della popolazione di riferimento e dell'impatto sulla salute dei determinanti sanitari e non sanitari;
- l'organizzazione aziendale e programmazione della produttività e delle qualità delle prestazioni;
- la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- le relazioni interne ed esterne;
- la garanzia della sicurezza e prevenzione;
- il controllo di gestione.

In seno alla direzione strategica, le Aziende Unità Sanitarie Locali devono coordinare l'attività di vigilanza e di controllo esterno sull'assistenza erogata dalle strutture sanitarie ubicate nel territorio di competenza. Per svolgere correttamente tale funzione occorre che l'attività di controllo e verifica delle Aziende si sviluppi attraverso la sinergia di tutti i Servizi coinvolti, in modo che ogni iniziativa si realizzi con l'indispensabile collaborazione e scambio di informazioni.

Si ritiene, infatti, che la costante azione di verifica dei requisiti per l'esercizio della attività sanitaria relativi alla capacità produttiva ed al volume delle prestazioni erogate dai singoli soggetti erogatori privati accreditati, costituiscono gli elementi di base anche per la valutazione della qualità delle prestazioni e per il corretto uso delle risorse.

Le Aziende devono anche vigilare affinché le risultanze economiche, della attività di controllo circa l'appropriatezza dell'assistenza e della verifica della capacità produttiva, trovino riscontro contabile.

In tal senso gli ultimi provvedimenti regionali in materia, riportando nella piena responsabilità delle Aziende USL la gestione ed il controllo di tutte le prestazioni sanitarie acquistate per conto del SSR dai soggetti erogatori privati provvisoriamente accreditati, stabiliscono, per alcune attività (assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale), procedure di controllo della fatturazione semplificate, chiare e certe, connesse ai sistemi informativi specifici esistenti. Per le altre, (RSA, comunità terapeutiche riabilitative e socio-riabilitative, Hospice, Centri Alzheimer, case di cura neuropsichiatriche etc.) in attesa dell'avvio delle indispensabili rilevazioni informatiche, le Aziende USL sono chiamate ad individuare i procedimenti relativi al controllo delle prestazioni ed alla liquidazione delle fatture, uniformandoli ai medesimi principi e criteri.



10.2 Il direttore sanitario e il direttore amministrativo

Il direttore sanitario ed il direttore amministrativo sono nominati, in rapporto fiduciario, dal direttore generale che risponde della verifica del possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, acquisendo le necessarie certificazioni dei titoli e dei servizi svolti. Il direttore generale sottoscrive con gli stessi un contratto di prestazione d'opera intellettuale, in conformità allo schema tipo approvato dalla Giunta regionale, che trasmetterà alla Regione entro 10 giorni.

Il direttore sanitario ed il direttore amministrativo fanno parte della direzione strategica e concorrono al governo dell'Azienda e al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa e coadiuvano il direttore generale nell'esercizio delle funzioni ad esso spettanti. Essi esprimono parere sugli atti del direttore generale per quanto di propria competenza ed 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 e attraverso i servizi alle proprie dipendenze;
- esercitano i poteri di spesa nell'ambito delle deleghe ricevute dal direttore generale 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 ed il direttore amministrativo, di loro iniziativa o su indicazione del direttore generale, possono, in qualsiasi fase del procedimento, avocare la trattazione diretta di affari che rivestono particolare rilevanza nell'ambito delle rispettive competenze e delle rispettive funzioni, adottando correlativamente tutti gli atti necessari.

In caso di assenza o impedimento del direttore sanitario e/o del direttore amministrativo le funzioni sono svolte rispettivamente, ed in via temporanea, da un dirigente della funzione sanitaria e da un dirigente della funzione amministrativa, nominati dal direttore generale, su proposta degli stessi.

10.2.1 Direttore sanitario

Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari.

E' responsabile del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico complessivi dell'Azienda intesi come insieme organizzato di attività.

Al fine del buon andamento delle attività e delle prestazioni sanitarie, della realizzazione dei programmi e del raggiungimento degli obiettivi individuati dalla direzione strategica, il direttore sanitario assicura la continuità operativa con le strutture e con i professionisti, attraverso il loro coordinamento unitario e lo sviluppo di metodologie organizzative (organizzazioni a rete, reti professionali, di lavoro interdisciplinari, etc.) finalizzate a realizzare la presa in carico degli utenti-pazienti e la continuità assistenziale.

Il direttore sanitario per l'esercizio delle proprie funzioni si avvale delle strutture o dei professionisti deputati alla trattazione delle seguenti linee di attività:

- analisi preordinate alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'impatto sulla salute dei determinanti sanitari e non sanitari;
- sistemi informativi sanitari;
- sviluppo del governo clinico e della garanzia della qualità dei servizi;
- formazione;
- prevenzione rischio clinico;
- protezione dalle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti;
- valutazione delle tecnologie (technology assessment);
- accreditamento;
- coordinamento delle diverse linee di attività svolta nei distretti;
- coordinamento delle attività di ricovero;
- assistenza farmaceutica;
- medicina legale e delle assicurazioni (solo per le Aziende Ospedaliere);
- valorizzazione di tutte le professioni sanitarie;
- programmazione e verifica delle liste e dei tempi di attesa;
- piani di prevenzione attiva e degli screenings;
- coordinamento locale trapianti,

Il direttore sanitario delle Aziende USL assicura il coordinamento delle diverse linee di attività svolta nei distretti.

Il direttore sanitario svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, su delega del direttore generale, fermo restando ogni altra competenza attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto e dai regolamenti aziendali.

Egli presiede il consiglio dei sanitari.

Il direttore sanitario, al fine dello sviluppo del governo clinico e della promozione della conoscenza e utilizzazione degli strumenti che gli sono propri promuove e si avvale dei comitati, delle commissioni, dei gruppi di lavoro previsti dalle normative vigenti o ritenuti opportuni nell'ambito dell'azienda, intesi come momento di diffusione della conoscenza in medicina e nell'assistenza, come strumento di sviluppo del miglioramento della qualità e del governo clinico. Presiede e/o coordina gli stessi e/o vi partecipa secondo quanto previsto dalle normative vigenti e dagli atti regolamentari aziendali.

10.2.2 Direttore amministrativo

Dirige i servizi amministrativi dell'azienda in conformità agli indirizzi generali di programmazione e alle disposizioni del direttore generale, assicura la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali, la legittimità degli atti ed il corretto assolvimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo, logistico. Definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico finanziario aziendale e garantisce, dal punto di vista amministrativo, lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presidono al sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale e promuove programmi specifici per la formazione del personale amministrativo.

Il direttore amministrativo, per le funzioni operative di supporto all'attività dell'Azienda, si avvale delle strutture o dei professionisti deputati alla trattazione delle seguenti linee di attività:

- progettazione esecuzione e gestione di interventi strutturali;
- acquisizione manutenzione e dismissione del patrimonio immobiliare;
- acquisizione manutenzione e dismissione dei beni mobili patrimoniali;
- acquisizione, gestione e distribuzione di beni di consumo;
- acquisizione e gestione di servizi;
- gestione giuridico-economica delle risorse umane;
- gestione e sviluppo dell'ICT;
- gestione del bilancio di previsione e consuntivo, delle entrate e delle spese, della contabilità e degli adempimenti tributari;
- gestione degli AAGG, consulenze legali e dei rapporti con il pubblico.

L'atto di organizzazione interna dell'Azienda disciplinerà i collegamenti tra le unità operative centrali dei servizi amministrativi e le funzioni amministrative, contabili e tecniche esercitate a livello di distrettuale, ospedaliero e di dipartimento.

L'organizzazione funzionale di più Unità organizzative tra loro collegate può dare origine ad "Aree di coordinamento", di norma in numero non superiore a due, di cui una potrà essere di tipo tecnico.

10.3 Organismi dell'Azienda

10.3.1 Collegio di direzione: composizione e funzioni

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 nel presente atto di indirizzo, anche delle funzioni del Collegio di direzione previste dalla normativa vigente.

Il direttore generale si avvale di detto organismo per il governo delle attività cliniche, la programmazione e valutazione delle attività tecnico-sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria. Il Collegio di direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione della attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici. Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione per la elaborazione del programma di attività dell'azienda, nonché, per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi in attuazione del modello dipartimentale e per l'utilizzo delle risorse umane.

Il Collegio di Direzione è presieduto dal direttore generale ed è composto da:

- Il direttore sanitario;
- Il direttore amministrativo;
- I direttori di Dipartimenti;
- I direttori delle aree di coordinamento amministrative (ove previste);
- I direttori dei Distretti Sanitari (per le Aziende USL);
- I direttori Sanitari di Presidio Ospedaliero o Polo Ospedaliero;
- Il coordinatore Aziendale delle attività socio - sanitarie ad elevata integrazione sanitaria (per le Aziende USL e ove previsto);
- Il Dirigente dell'area dipartimentale omogenea di sanità pubblica veterinaria (per le Aziende USL).



A prescindere dalle specifiche modalità organizzative che ciascuna azienda potrà adottare, partecipano come componenti del Collegio di direzione il dirigente responsabile dell'assistenza infermieristica ed il dirigente responsabile dell'assistenza farmaceutica.

Le Aziende USL e le aziende ospedaliere dovranno adeguare la composizione del Collegio di direzione alle previsioni del proprio atto aziendale. In rapporto a singoli argomenti trattati potrà essere prevista la partecipazione al Collegio stesso di dirigenti o professionisti cui è affidata la responsabilità di strutture o incarichi di particolare rilevanza strategica.

10.3.2 Consiglio dei sanitari: composizione e funzionamento

Il Consiglio dei sanitari, costituito con provvedimento del direttore generale, è un organismo elettivo dell'Azienda 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. Le modalità di funzionamento del Consiglio dei sanitari sono previste da un apposito regolamento.

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.

a- 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 Unità 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 il numero dei posti letto sia superiore a 150;
- 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, in proporzione, 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 Aziende USL.

La rappresentanza è assicurata dalle seguenti figure professionali:

- n. 6 dirigenti medici ospedalieri e territoriali 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, della riabilitazione e della prevenzione.

I medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta sono eletti per ogni singola Azienda USL dai medici di medicina generale e pediatri di libera scelta operanti nel territorio aziendale di appartenenza.

b- 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.

c- Modalità 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.

d- 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.

e- 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.

f- 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.

10.3.3 Comitati e Commissioni Aziendali

L'Atto aziendale prevede la costituzione degli organismi sanitari disciplinati dalla normativa vigente ed in particolare:

- comitato etico;
- commissione per il prontuario terapeutico;
- comitato per il buon uso del sangue;
- comitato per la lotta alle infezioni ospedaliere;
- comitato per l'ospedale senza dolore;
- commissione per l'uso appropriato del farmaco e della diagnostica.

Tali organismi promuovono la diffusione e l'applicazione delle conoscenze relative alle migliori pratiche cliniche e assistenziali in funzione della risoluzione di problemi da risolvere nella concretezza e nella specificità della realtà organizzativa e professionale di ciascuna azienda utilizzando metodologie di autoapprendimento organizzativo.

10.4. Strutture in staff alla direzione strategica

10.4.1 Nucleo di valutazione

Il Nucleo di Valutazione è un organismo che opera in staff alla direzione strategica, in posizione di autonomia, con il compito di assicurare supporto operativo e tecnico adeguato alle attività di valutazione e controllo dei costi, dei rendimenti e dei risultati delle attività sanitarie. Il Nucleo di valutazione può anche essere di supporto alla Direzione strategica per le attività di programmazione.

a- Composizione

Il Nucleo di Valutazione, in conformità a quanto previsto dall'articolo 31 della legge 4 agosto 2006 n. 248 (c.d. decreto Bersani), è un organo monocratico o composto da tre componenti (in caso di previsione di un organo con tre componenti viene nominato un presidente). Al fine di assicurare la terzietà e l'autonomia del Nucleo stesso i componenti debbono essere prevalentemente esterni all'amministrazione laureati e dirigenti di comprovata esperienza in ambito sanitario, tecnico-organizzativa, economico-finanziaria e giuridico-amministrativo. I componenti sono scelti e nominati dal direttore generale che ne verifica il possesso dei requisiti ed agli stessi non possono essere attribuiti compiti gestionali e rispondono esclusivamente alla Direzione strategica.

I direttori generali possono nominare tra i componenti del nucleo un rappresentante delle associazioni di tutela degli utenti e dei cittadini maggiormente rappresentative in materia sanitaria, in possesso dei requisiti di cui al precedente capoverso.

Entro tre mesi dall'insediamento del nuovo direttore generale il nucleo di valutazione decade salvo conferma. In fase di prima applicazione delle presenti direttive i direttori generali adeguano l'organismo secondo le presenti disposizioni entro tre mesi dall'approvazione delle linee di indirizzo da parte della Giunta.

b- Funzioni

Il Nucleo ha competenza ai sensi dell'art. 26 del contratto collettivo nazionale di lavoro 2002-2005 nei seguenti ambiti:

- per il personale con qualifica dirigenziale, nella verifica annuale dei risultati di gestione dei Direttori di struttura complessa e semplice, cui siano affidate risorse (in particolare, verrà valutata gestione del budget affidato, delle risorse umane e strumentali assegnate, delle funzioni delegate, del modello organizzativo adottato) e per tutti i Dirigenti nella verifica dei risultati raggiunti, con particolare riguardo all'osservanza degli obiettivi prestazionali affidati ed all'impegno ed alla disponibilità correlati all'articolazione dell'orario;

- per il personale non dirigente, nella verifica degli obiettivi annuali e nella valutazione del personale cui sia stato conferito un incarico di posizione organizzativa e/o coordinamento.

Il Nucleo si riunisce almeno una volta al mese e si avvale del supporto di strutture interne all'Azienda che forniscono i necessari strumenti di analisi e reporting (es. le strutture che si occupano dei sistemi informativi aziendali e del controllo di gestione).

Collabora con il Nucleo almeno un coordinatore amministrativo che può svolgere le funzioni di segretario al fine di garantire la regolarità degli atti e delle sedute, dei verbali e della documentazione, la corretta tenuta degli archivi e dello scadenziario degli incontri ed il coordinamento tra le varie strutture deputate alla raccolta ed all'analisi dei dati.

Le modalità di funzionamento del nucleo sono disciplinate in apposito regolamento.

c- Compensi

Ai componenti spetta un compenso pari all'otto per cento del trattamento economico attribuito al direttore generale dell'azienda di riferimento, così come quantificato dalla deliberazione di Giunta regionale che fissa gli emolumenti dei direttori generali al netto di eventuali maggiorazioni.

10.4.2 Comitato per le pari opportunità

In staff alla direzione strategica può essere istituito un "Comitato per le pari opportunità" con la funzione di predisporre piani di azioni positive tendenti ad assicurare, nell'ambito rispettivo, la rimozione degli ostacoli che, di fatto, impediscono la piena realizzazione di pari opportunità di lavoro e nel lavoro tra uomini e donne ai sensi dell'art. 7 comma 5 del decreto legislativo 23 maggio 2000, n. 196, anche in relazione all'affidamento degli incarichi. Nel caso in cui non venga istituita una unità operativa ad hoc deve essere comunque individuato un responsabile che assicuri detta funzione.

10.4.3 Ufficio del risk manager per la gestione del rischio clinico

Nell'ambito dell'atto aziendale deve essere prevista l'adozione di un sistema organico di azioni tese a conoscere, prevenire e ridurre i rischi nella varie attività compresa le attività di radioprotezione in ottemperanza al d.lgs.187/2000 che deve, pertanto, diventare prassi ordinaria della gestione aziendale e del governo clinico.

Anche al fine di dare piena attuazione all'art. 1, comma 6 del d.lgs. 299/99 in materia di appropriatezza ed economicità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali, la Giunta regionale, con proprio provvedimento del 4 agosto 2005, n. 734, ha assegnato ai direttori generali, tra i primi obiettivi, l'"*istituzione della figura del "risk manager" al fine di garantire la sicurezza della pratica medica*".

Al riguardo si richiama l'articolo 21 del nuovo contratto CC.NN.LL. "*Le aziende attivano sistemi e strutture per la gestione dei rischi, anche tramite sistemi di valutazione e certificazione della qualità, volti a fornire strumenti organizzativi e tecnici adeguati per una corretta valutazione delle modalità di lavoro da parte dei professionisti nell'ottica di diminuire le potenzialità di errore e, quindi, di responsabilità professionale nonché di ridurre la complessiva sinistrosità delle strutture sanitarie, consentendo anche un più agevole confronto con il mercato assicurativo*".

Il "risk manager" opera in staff alla Direzione strategica e assume la responsabilità diretta delle iniziative aziendali sull'argomento. La Regione Lazio ha avviato due progetti di cui alle deliberazioni del 23 maggio 2006, n. 297 e n. 298 a cui si rinvia.

10.4.4 Ufficio Relazioni con il Pubblico

In merito all'Ufficio Relazioni con il Pubblico si rinvia a quando indicato nel paragrafo 6.1 del presente atto di indirizzo.

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

A seguito dell'entrata in vigore del decreto legislativo 12 aprile 2006, n.163 "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle Direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE" ed in particolare dell'art. 256, è stata abrogata l'art. 3, comma 1-ter, del d.lgs. n.502/92, e successive modificazioni ed integrazioni, che prevedeva la possibilità per le



Aziende sanitarie di agire "iure privatorum" per gli acquisti di beni e servizi di importo inferiore alla soglia comunitaria.

Di conseguenza non sono più in vigore anche le disposizioni di principio introdotte nei singoli Atti aziendali e nei relativi Regolamenti aziendali disciplinanti le modalità ed i criteri per gli acquisti in argomento.

Alle Aziende sanitarie, rientranti nell'ambito soggettivo di applicazione del suddetto Codice ai sensi dell'art. 4 il quale prevede che le disposizioni del Codice si applicano alle Regioni nelle quali non sia ancora intervenuta la normativa di attuazione, si applicano per i contratti di fornitura di beni e servizi sotto soglia comunitaria le disposizioni contenute agli artt. 124 e 125 dello stesso.

Al riguardo le aziende sanitarie qualora dovessero far ricorso alle procedure previste all'art. 125 in materia di servizi e forniture in economia dovranno emanare preventivamente un apposito Regolamento per gli acquisti di beni e servizi in economia nel quale individuare, con riguardo alle proprie specifiche esigenze, l'ambito oggettivo degli acquisti in economia ed i limiti di importo delle singole voci di spesa (comma 10).

Il suddetto regolamento dovrà necessariamente prevedere un articolo relativo all'obbligo di una programmazione degli acquisti in economia per far sì che i singoli centri di acquisto dell'Azienda sanitaria, in relazione ad ogni acquisto, siano a conoscenza delle somme spese dagli altri centri di acquisto della medesima Azienda per analoghi beni e servizi al fine di evitare il superamento della soglia comunitaria con conseguente violazione del divieto di artificioso frazionamento finalizzato all'elusione della normativa comunitaria (comma 13).

Sempre nell'ambito del rispetto della normativa comunitaria si ritiene necessario che l'Azienda sanitaria richiami espressamente nel proprio regolamento le disposizioni introdotte dall'art. 23 della legge 18 aprile 2005, n.62 (legge comunitaria per il 2004) che ha soppresso l'ultimo periodo dell'art. 6, comma II, della legge n.537/93, così come modificato dall'art. 44 della legge n.724/94, in materia di rinnovo dei contratti pubblici, nonché le limitazioni ivi introdotte circa la possibilità di ricorrere all'istituto della proroga contrattuale.

12. ATTRIBUZIONE E REVOCA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI E RELATIVE MODALITA' DI VALUTAZIONE

Per il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali, le Aziende provvedono tenendo conto delle procedure previste dalla normativa vigente e avuto riguardo alle disposizioni del d.lgs. n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni e dei Contratti collettivi nazionali di lavoro.

Le Aziende devono, nell'atto aziendale, prevedere un regolamento, adottato previa consultazione delle organizzazioni sindacali, con il quale vengano fissati i criteri per l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali. Gli incarichi di direzione di struttura decadono con la soppressione delle stesse (per la procedura di soppressione si rinvia a quanto disciplinato nell'ultimo periodo del paragrafo 8.2).

Ai fini dell'affidamento degli incarichi dirigenziali, le Aziende applicano i criteri e le procedure previsti nei Contratti collettivi nazionali di lavoro.

Nel formulare i criteri per l'affidamento degli incarichi dirigenziali, le Aziende valorizzeranno quegli aspetti che consentono di connotare ciascun incarico da conferire. Per gli incarichi di struttura saranno valutate, in particolare, le componenti che caratterizzano la capacità gestionale. Per l'affidamento, invece, degli incarichi professionali, saranno valutate le componenti che caratterizzano la competenza specialistica.

Gli incarichi dirigenziali sono conferiti con apposito atto formale che definisce, tra l'altro, la tipologia dell'incarico, la durata, il mandato assegnato, gli ambiti di responsabilità ed i limiti alla stessa, gli obiettivi e le risorse assegnati, i risultati attesi, le modalità di valutazione e di revoca dell'incarico, nonché le attribuzioni del dirigente.

Nel regolamento per l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali, deve essere esplicitato il modello di valutazione assunto e le relative procedure, individuando strumenti condivisi e partecipati di valutazione dei comportamenti e dei risultati dei dirigenti; deve,

altresì, dare particolare peso alle verifiche dei collegi tecnici ai fini della conferma degli incarichi o per il conferimento di altro incarico, professionale o gestionale, anche di maggior rilievo.



La revoca o il mutamento dell'incarico è prevista solo se è stata effettuata la valutazione del dirigente in rapporto agli obiettivi assegnati, con le modalità previste dai CCNLL. In caso di scadenza dei termini contrattuali al dirigente non potrà essere affidato nessun altro incarico se non sia stato sottoposto a valutazione.



TERZA SEZIONE

13. ORGANIZZAZIONE SANITARIA

13.1. Strutture operative delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere e relative articolazioni interne

Le aziende si articolano in Strutture operative.

Le strutture operative aziendali, introdotte per la prima volta nel Lazio, sono aggregazioni organizzative che riuniscono più strutture complesse e che gestiscono, in funzione dei programmi aziendali e degli obiettivi assegnati, le attività sanitarie e/o amministrative assicurando la massima efficacia ed efficienza delle risorse umane, tecniche e finanziarie attribuite.

Le strutture operative aziendali sono di norma definite ed articolate sulla base dell'organizzazione dipartimentale che resta confermata quale modello di riferimento delle aziende sanitarie.

Alle strutture operative aziendali è assegnato, a seguito di negoziazione con la direzione aziendale, un budget, ovvero, risorse predefinite per il perseguimento di obiettivi predeterminati che esse perseguono con autonomia gestionale in conformità a procedure e processi monitorati attraverso il sistema di controllo interno.

Ogni struttura operativa aziendale si caratterizza, in quanto sistema organizzativo complesso, per la presenza obbligatoria di un solo responsabile, per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte e per l'attribuzione di un budget (obiettivi e risorse). Nella struttura operativa, individuata come centro di responsabilità, possono essere individuati uno o più centri di costo.

Le **strutture operative** dell'Azienda Unità Sanitaria Locale sono:

- Il Distretto
- I Dipartimenti
- l'Ospedale

Le **strutture operative** dell'azienda ospedaliera sono:

- I Dipartimenti
- l'Ospedale

Sono **articolazioni interne** delle strutture operative le **unità operative complesse**, le **unità operative semplici** e le **unità operative semplici dipartimentali**.

Nei dipartimenti a struttura è prevista la funzione di direzione amministrativa, di norma configurata come unità operativa, cui compete l'attività di gestione finanziaria e amministrativa.

14. LE STRUTTURE OPERATIVE DELL'AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE E DELL'AZIENDA OSPEDALIERA.

14.1 Il distretto

A livello operativo, l'Azienda Unità Sanitaria Locale è articolata in distretti. Al distretto competono, in primo luogo, le attività di attivazione del bisogno di salute, le azioni di promozione di stili di vita sani tra la popolazione, per il cui sviluppo deve adottare i metodi della programmazione, della ricerca e del coinvolgimento della comunità.

Il distretto è chiamato a concorrere alla riduzione delle disuguaglianze di salute, monitorando i fattori di rischio e migliorando l'accessibilità e l'accreditamento dei propri servizi; è regolatore delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ivi compresa la tutela della salute psicologica della persona, la prevenzione psicologica primaria e la prevenzione secondaria del disagio psicologico individuale e sociale nell'ambito della cosiddetta "assistenza sanitaria di base", da intendersi come complesso di

azioni e di interventi previsti dai livelli uniformi di assistenza "territoriali" del Piano sanitario nazionale, finalizzati, secondo le indicazioni della Organizzazione Mondiale della sanità - OMS, alla:

- 1) Salute sessuale, riproduttiva e materno-infantile;
- 2) Salute pediatrica, vaccinazioni e alimentazione;
- 3) Salute adolescenziale e dei giovani adulti;
- 4) Cure primarie: assistenza medica, specialistica e infermieristica di base, compreso il pronto intervento e la guardia medica; medicina legale;
- 5) Sanità pubblica e del lavoro, tutela degli ambienti di vita e di lavoro;
- 6) Salute mentale e riabilitazione, compresa l'assistenza domiciliare integrata, con particolare riferimento all'handicap fisico e mentale e alla popolazione anziana.

Il Distretto è struttura operativa dell'Azienda dotata di autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda, ed assume da una parte il ruolo di tutela della salute nel proprio territorio e, dall'altra il ruolo di diretto erogatore di servizi e prestazioni direttamente assegnate e acquisite da parte dei dipartimenti territoriali, ospedalieri e misti ospedale-territorio.

Il Distretto rappresenta, pertanto, l'interlocutore degli Enti locali e costituisce la struttura di riferimento per la cittadinanza per quanto attiene il proprio territorio e sviluppa più ampie competenze, anche nell'ambito della programmazione, nonché maggiore autonomia e responsabilizzazione nel fornire una risposta integrata ai bisogni dei propri cittadini.

I distretti svolgono le attività di:

- valutazione della domanda/bisogno dei cittadini, anche attraverso forme di partecipazione delle associazioni dei cittadini, degli utenti e delle loro famiglie;
- valutazione e conduzione dell'assetto erogativo di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, anche ai fini della qualità e dell'appropriatezza della domanda e delle risposte assistenziali
- programmazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie;
- compartecipazione, con gli Enti locali, le Aziende per i servizi alla persona e gli altri soggetti di cui all'art. 1 della legge n.328/2000, alla definizione delle più ampie politiche di welfare attraverso il Piano di zona e gli accordi di programma, attraverso un segretariato sociale di distretto;
- garante della presa in carico e della continuità assistenziale, sia mediante la produzione diretta dei servizi e delle prestazioni, sia attraverso l'acquisto degli stessi da altri soggetti aziendali ed extra aziendali, pubblici e privati.

Nell'Atto aziendale le Aziende prevedono un assetto organizzativo del Distretto che garantisca l'attribuzione delle responsabilità e la definizione delle unità operative.

14.1.1 Forme organizzative del Distretto

Per quanto concerne le funzioni di produzione del Distretto, queste, ad oggi, possono essere organizzate almeno nelle seguenti attività:

- salute della donna e dell'età evolutiva, che garantisce la tutela della salute dell'infanzia-adolescenza e della donna, ponendo in stretta continuità e contiguità l'attività svolta dai pediatri di libera scelta, quella di educazione e di prevenzione in età evolutiva, i Consultori familiari, e, in particolare, promuovendo attività di informazione sulla pratica contraccettiva nei confronti delle donne che richiedono l'intervento di interruzione volontaria di gravidanza (IVG), con particolare riferimento alle categorie più deboli (minori, migranti, extracomunitarie, rifugiate), anche per una procreazione responsabile; in tale contesto trova sostanziale superamento l'attività tradizionalmente intesa di medicina scolastica che non ha più caratteristiche di appropriatezza, se considerata come attività ambulatoriale nei plessi scolastici, e recupera la sua moderna funzione se intesa quale approccio preventivo o di presa in carico per fasce di età;
- tutela della salute mentale e riabilitazione dell'età evolutiva che esercita funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei

soggetti in età evolutiva (0-18 anni) che presentano disabilità, disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, psicologico e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale. In tale ambito viene assicurata una presa in carico globale integrata, attraverso équipes multidisciplinari, del soggetto in età evolutiva in situazione di handicap e di disagio e della sua famiglia e viene, altresì, assicurata l'integrazione con i servizi sociali, educativi e scolastici, il raccordo con l'autorità giudiziaria, nonché, il coordinamento con i Centri di Riabilitazione;

- cure primarie, che garantiscono l'assistenza primaria e innanzitutto la continuità assistenziale attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, a domicilio e in ambulatorio tra i medici di medicina generale, i servizi di guardia medica notturna e festiva e, al fine di assicurare all'utenza reale copertura medica sulle 24 ore;
- medicina specialistica territoriale ed in particolare unità operative distrettuali o interdistrettuali di cardiologia, diabetologia, pneumologia, ed oncologia, per la presa in carico del paziente cronico, sia in regime ambulatoriale che domiciliare, consentendo anche la sperimentazione di nuovi modelli organizzativi per l'ospedalizzazione domiciliare (telemedicina). Tali unità dovranno operare in stretto rapporto con i medici di base e gli ospedali insistenti sul territorio aziendale;
- riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile adulto (sopra i 18 anni) ivi compresa l'assistenza protesica che attraverso équipe multidisciplinari garantisce gli interventi di cura e riabilitazione, programma l'attivazione e l'integrazione della rete dei servizi sociali e sanitari; in ragione della diversità e specificità dei bisogni assistenziali degli utenti che presentano disabilità complesse esito di patologie congenite e acquisite nel periodo evolutivo, con prevalente compromissione neuropsichica e di quelli con disabilità esito di patologie acquisite in età adulta con prevalente compromissione neuromotoria è opportuno prevedere organizzativamente due principali settori di intervento idonei a rispondere ai bisogni delle due fasce di popolazione in stretto collegamento operativo;
- assistenza domiciliare integrata indirizzata prevalentemente a persone affette da malattie croniche, sindromi cliniche e funzionali, deficit multipli che determinano disabilità e non autosufficienza attraverso procedure che tengano conto di tale complessità per:
 - per la valutazione dei problemi viene usata una metodologia standardizzata che tiene conto delle varie aree che concorrono a determinare il disagio: mediche, cognitive, sociali, funzionali che in base alla valutazione multidimensionale, definisce un Piano di Intervento Individuale in cui vengono stabiliti i risultati da ottenere, le modalità per raggiungerli e le modalità di rivalutazione del caso a distanza di tempo;
 - per i casi più gravi, dopo una valutazione multidimensionale, viene autorizzato l'accesso in strutture di tipo residenziale: RSA, lungodegenza, hospice e come previsto dalla normativa vigente in fase di attuazione anche per i Centri diurni e le case di riposo, in integrazione con i servizi sociali dei Comuni;
- dipendenze;
- medicina legale;
- assistenza farmaceutica.

In relazione alle dimensioni e alla complessità dei Distretti aziendali, in sede di Atto aziendale, possono essere individuate unità operative di coordinamento funzionale interdistrettuale per funzioni assistenziali comuni a più distretti. Tali unità operative sono altresì finalizzate a realizzare profili di cura e/o percorsi assistenziali integrati.

L'Atto aziendale dovrà evidenziare le modalità di integrazione tra Distretto e le altre Strutture operative dell'Azienda USL: Ospedale, Dipartimento di prevenzione e Dipartimento di Salute Mentale.

Relativamente al rapporto Distretto/Dipartimenti ospedalieri l'area dell'integrazione è rappresentata prioritariamente dalla definizione dei percorsi assistenziali ai fini della continuità assistenziale e della presa in carico; in questo ambito vanno definiti tra l'altro, i protocolli di accesso alle strutture ambulatoriali e diagnostiche ospedaliere e le modalità di valutazione multidimensionale in sede di pre e post dimissione. Dovranno essere promosse iniziative di integrazione attraverso la partecipazione di medici ospedalieri ad attività distrettuali e viceversa, mediante un sistema di reti professionali e gruppi operativi interdisciplinari.



E' istituita presso il distretto la **commissione sulla appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche** individuata dai contratti collettivi e dagli accordi regionali dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali. Per quanto attiene al rapporto Distretto/Dipartimento di prevenzione, l'area di integrazione riguarda i programmi e le iniziative di prevenzione primaria e di promozione di stili di vita salutari; a questo livello occorre definire le modalità di coordinamento tra il Dipartimento - che detiene la responsabilità tecnica delle stesse - ed il Distretto che, con la sua organizzazione ed i suoi operatori - in particolare i medici di medicina generale - le deve realizzare. Inoltre vanno programmate e formalizzate congiuntamente le presenze degli operatori del Dipartimento nelle sedi del Distretto con particolare riferimento ai servizi alla persona. Altro momento di integrazione è poi rappresentato dal tavolo tecnico di elaborazione del Programma delle attività territoriali.

Relativamente al rapporto Distretto/Dipartimento di salute mentale, vanno in particolare definite le modalità di integrazione professionale per quanto attiene la valutazione e la progettazione congiunta degli interventi per i pazienti con i problemi psichiatrici di particolare rilievo. Altro momento di integrazione tra distretto e dipartimenti è poi rappresentato dal tavolo tecnico di elaborazione del Programma delle attività territoriali.

14.1.2 Direttore del Distretto

Al distretto è preposto un direttore. L'incarico, a tempo determinato, è attribuito dal direttore generale dell'azienda USL, come previsto dalla normativa vigente.

Il direttore di Distretto è responsabile del funzionamento di tutti i servizi sul territorio. E' responsabile, in particolare, delle attività del distretto elencate nel precedente punto 14.1.1, della gestione delle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnate per il perseguimento degli specifici obiettivi, nonché, della programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie, rispondendo al direttore generale della suddetta gestione e dei risultati raggiunti. Il direttore del Distretto supporta la Direzione strategica nei rapporti con i Sindaci del distretto nonché con gli altri soggetti già richiamati con riferimento all'art.1 della legge n. 328/2000.

Il coordinamento delle attività sociali di distretto, anche per i rapporti tra le unità operative del distretto, i comuni e/o i municipi, avviene tramite la figura del **Coordinatore sociosanitario di distretto** che si rapporta per tale funzione al direttore di Distretto ed è componente dell'ufficio di coordinamento di distretto.

Nel caso in cui l'Azienda USL assuma per delega dai comuni la gestione di attività e di servizi socio-assistenziali, il direttore di distretto ha anche la responsabilità organizzativa e gestionale di dette attività e servizi, fermo restando la loro direzione funzionale in capo al Coordinatore sociosanitario di distretto.

Nell'ambito dell'organizzazione delle funzioni del direttore del Distretto si collocano l'Ufficio di coordinamento del distretto e la funzione di direzione amministrativa, di norma configurata come unità operativa, cui compete l'attività di gestione finanziaria-amministrativa.

Per quanto riguarda l'**Ufficio di coordinamento del distretto**, (rappresentativo delle professionalità presenti nel Distretto), del quale fanno parte, in base ai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali, i Medici di medicina generale e le altre categorie di personale sanitario convenzionato, è necessario evidenziare il suo ruolo di supporto al direttore di Distretto nel definire le modalità di attuazione delle politiche distrettuali, laddove gli apporti professionali devono favorire la condivisione degli obiettivi e dei processi produttivi. Peraltro, tale organismo va integrato con i rappresentanti dei dipartimenti aziendali con riferimento all'elaborazione e all'attuazione dei Programmi delle attività territoriali (PAT).

14.1.3 Ambiti territoriali del distretto e i Centri per la salute

I processi di decentramento 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

- 
- a) l'aggregazione di un numero congruo di unità operative complesse, di norma afferenti a più discipline di cui all'art. 4 del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484 e successive modificazioni;
 - b) 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 502/92.

Su tali basi, nell'atto aziendale, le aziende determinano i Dipartimenti da attivare e le Unità Operative che afferiscono in ciascun dipartimento.

Le aziende dovranno comunque considerare che l'istituzione dei Dipartimenti comporta oneri aggiuntivi che dovranno trovare giustificazione nella maggiore economicità conseguita con la messa in comune di risorse, nonché, nella maggiore appropriatezza e qualità delle prestazioni erogate e nello sviluppo delle competenze professionali degli operatori.

Il Dipartimento costituisce un'articolazione organizzativa di coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse costituendo una infrastruttura composta da numerose Unità Operative i cui responsabili, pur essendo interdipendenti, mantengono la loro autonomia operativa.

Il modello dipartimentale presuppone che le diverse articolazioni organizzative che vi partecipano mettano in comune più fattori che intervengono nella produzione di servizi (spazi fisici per l'assistenza, professionisti, tecnologie, beni e servizi, ecc.) al fine di realizzare la presa in carico del paziente e per la continuità assistenziale basate sull'adozione di linee guida e di percorsi assistenziali improntati sull'appropriatezza, umanizzazione e personalizzazione dell'azione clinica ed assistenziale.

Il dipartimento si costituisce, pertanto, come contesto per il governo clinico con particolare riguardo al governo e all'autogoverno dei comportamenti professionali e alla relativa continua autovalutazione.

A livello del dipartimento vanno costantemente promosse:

- il governo clinico, ovvero la ricerca dell'appropriatezza e qualità dei comportamenti professionali e delle prestazioni erogate;
- la diffusione mirata delle conoscenze riguardanti gli strumenti del governo clinico la concreta applicazione alle pratiche assistenziali;
- le integrazioni e le sinergie necessarie alla presa in carico del paziente, alla continuità assistenziale alla umanizzazione e personalizzazione dei percorsi assistenziali.

Al Dipartimento competono, pertanto, le funzioni di governo clinico, ovvero, di coordinamento, orientamento, consulenza, supervisione finalizzate all'attuazione delle linee strategiche e di programmazione sanitaria ed in particolare:

- coordinare, nell'ambito delle indicazioni e dei riferimenti della Direzione Strategica gli obiettivi da perseguire (sia su base annuale che pluriennale);
- gestire ed utilizzare, in modo coordinato ed integrato, le risorse attribuite (umane, finanziarie e tecnologiche) per conseguire interventi appropriati ovvero che corrispondano ai criteri dell'efficienza ed dell'efficacia;
- negoziare gli obiettivi di budget con la direzione strategica e provvedere al trasferimento di tali obiettivi alle unità operative del dipartimento, ricercando comunque la massima condivisione di tutti i dirigenti e del personale assegnato;
- ricercare la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi;
- definire percorsi assistenziali, o profili di cura, basati sul coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie;
- elaborare, condividere e adottare linee guida e protocolli;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità;
- assicurare l'appropriatezza del ricovero utilizzando pienamente le attività di day hospital e di day surgery;
- promuovere azioni concrete per il raggiungimento di migliori livelli di appropriatezza;



- elaborare sistemi di indicatori utili alla valutazione e verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e del livello di efficienza delle diverse UU.OO., delle diverse equipe professionali in esse rappresentate e dei singoli professionisti.

I dipartimenti funzionali interaziendali previsti dal Piano sangue sono organizzati secondo quanto previsto dagli specifici provvedimenti regionali.

14.2.1 direttore di dipartimento

Il direttore del dipartimento è nominato dal direttore generale fra i dirigenti di Unità Operativa Complessa, nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di Dipartimento.

La durata dell'incarico di direttore di Dipartimento può variare da cinque a sette anni con valutazione annuale secondo le modalità precisate nell'atto aziendale e nel regolamento relativo alle valutazioni. L'incarico può essere rinnovato.

Il direttore del Dipartimento, in particolare:

- propone alla direzione strategica gli obiettivi assistenziali e gestionali e pianificare le attività, sentito il Comitato di Dipartimento;
- coordina 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;
- verifica la rispondenza degli obiettivi del Dipartimento con quelli della Azienda;
- partecipa alla negoziazione del budget, ove assegnato, secondo le modalità organizzative aziendali;
- informa il Comitato di Dipartimento delle risultanze della negoziazione, ove prevista;
- gestire il budget del Dipartimento;
- garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico come individuate nelle presenti linee guida;
- risponde dei risultati complessivi del dipartimento in relazione agli obiettivi a lui direttamente assegnati.

14.2.2 Comitato di dipartimento

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

Componenti del Comitato di Dipartimento sono:

- il direttore del Dipartimento che lo presiede;
- i direttori delle Unità Operative Complesse;
- i dirigenti delle Unità Operative Semplici Dipartimentali;
- i responsabili dipartimentali, in un numero massimo di due, dell'area infermieristica, ostetrica, tecnico-sanitaria, della riabilitazione, di vigilanza e ispezione e dell'assistenza sociale, ove previsti nel Dipartimento;
- i dirigenti medici e sanitari, in numero non superiore al 30% dei componenti di diritto, eletti da tutti i dirigenti del Dipartimento che durano in carica tre 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.

La durata e le modalità di funzionamento del Comitato di dipartimento sono stabiliti dall'Azienda con apposito regolamento.

Il comitato di dipartimento si riunisce per la verifica periodica degli obiettivi e per individuare eventuali correttivi ed interventi idonei ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse, nonché ogniqualvolta debba esprimersi su:

- gli obiettivi del Dipartimento che verranno negoziati dal direttore dello stesso con la Direzione strategica;
- l'acquisizione ed allocazione delle risorse umane e materiali delle singole UU.OO. e dei rispettivi budget (ove previsti);
- sulla verifica della corrispondenza dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi concordati;

- le modalità organizzative del Dipartimento nell'ambito clinico, percorsi assistenziali, presa in carico, appropriatezza, ecc..

14.3 Il dipartimento di prevenzione

Il Dipartimento di prevenzione è la Struttura operativa dell'Azienda che garantisce la tutela della salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità, attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale. Esso è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

L'assetto organizzativo del Dipartimento, tenendo conto di quanto disposto dal d.lgs n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni e dal DPCM 29.11.2001, deve prevedere almeno le seguenti funzioni articolate quali Unità operative complesse:

- igiene e sanità pubblica, comprendente la "profilassi delle malattie infettive e parassitarie" e, la tutela della collettività dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale" e la "tutela della collettività e dei singoli dai rischi sanitari degli ambienti di vita";
- igiene degli alimenti e nutrizione secondo quanto previsto dal Decreto Ministeriale 16.10.1998;
- prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro (comprendente l'attività di controlli preventivi e periodici, nonché, la verifica dei rischi connessi alla presenza di agenti chimici, fisici, biologici ed ergonomici, quale sua articolazione).

In rapporto alle esigenze organizzative funzionali relative ad ambiti territoriali allargati possono essere previste funzioni specifiche in campo di igiene edilizia e di salvaguardia delle acque potabili.

Per la sanità pubblica veterinaria sono previste le seguenti Unità operative complesse coordinate dall'Area dipartimentale funzionale e omogenea di sanità pubblica veterinaria con funzioni di gestione di budget e delle risorse nell'ambito dipartimentale, definite annualmente in sede di contrattazione di budget:

- "sanità animale";
- "tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale";
- "igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche".

In rapporto alle dimensioni del patrimonio zootecnico possono essere previste funzioni di "anagrafe zootecnica", e degli insediamenti produttivi anche organizzate quali UU.OO.CC e/o UU.OO.SS, motivate nell'Atto aziendale.

Le funzioni di vigilanza e ispezione proprie del Dipartimento di prevenzione sono svolte in modo coordinato, integrato e multidisciplinare anche con riferimento alla normativa U.E sulla sicurezza alimentare, da parte di tutte le figure professionali dei vari profili che afferiscono alle sopra citate Unità operative secondo principi di imparzialità e trasparenza e in base alle vigenti normative, dalle Unità operative del Dipartimento e dai suoi operatori.

Per quanto riguarda la medicina dello sport, in ragione del volume e della qualità di attività delle risorse assegnate e degli obiettivi aziendali, l'Azienda individuerà la possibilità di istituire una Unità operativa (art. 7ter, lett. fbis, d.lgs.502/1992 come modificato dal d.lgs. 254/2000) o attribuire incarichi di alta professionalità.

Nel più generale ambito delle attività di prevenzione e di diagnosi e cura, anche in ottemperanza alle disposizioni del d.lgs 187/2000 in materia di protezione dalle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti, la aziende sanitarie ed ospedaliere possono prevedere una unità operativa di fisica sanitaria, anche in attuazione dell'art. 159 della legge regionale 28 aprile 2006, n. 4.

Le aziende unità sanitarie locali adeguano il proprio bilancio e i propri regolamenti di contabilità a quanto previsto dall'art. 134 della l.r. n. 4/2006, in ordine al vincolo di utilizzo dei fondi derivanti da sanzioni in materia di lavoro, di cui al decreto legislativo 758/1994.



14.4 Il dipartimento di salute mentale

Il Dipartimento di salute mentale è una delle Strutture operative dell'Azienda Unità Sanitaria Locale, preposta alla promozione e tutela della salute mentale della popolazione e svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle sofferenze mentali e psichiche, delle disabilità psicofisiche in base a quanto previsto dalla DGR Lazio 8/02/2000 n. 236 (Progetto Obiettivo Regionale Salute Mentale). Esso è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.

Al direttore spetta la gestione delle risorse assegnategli dal direttore generale ai fini del raggiungimento degli obiettivi programmati.

Il Comitato di Dipartimento definisce le linee d'indirizzo clinico ed organizzativo del Dipartimento stesso, definendo i processi assistenziali ed assegnando gli obiettivi e le risorse alle articolazioni organizzative, verificandone altresì in prima istanza i risultati conseguiti.

In relazione alle dimensioni, caratteristiche e complessità del bacino di utenza aziendale e distrettuale, andrà attentamente valutato, in sede di Atto aziendale, come configurare tali articolazioni, in unità operative complesse o unità operative semplici, al cui interno possono essere individuati incarichi professionali.

I servizi psichiatrici di diagnosi e cura delle aziende ospedaliere, previo protocollo d'intesa, partecipano alle attività assistenziali nell'ambito del Dipartimento di salute mentale della azienda unità sanitaria locale ove si collocano geograficamente.

14.5 Coordinamento delle professioni infermieristiche e delle altre professioni tecnico-sanitarie

Al fine di dare compimento a quanto previsto dalle indicazioni della legge 251/2000, per valorizzare le professioni con l'intento di ottimizzare la qualità delle prestazioni da rendere all'utenza, le aziende provvedono alla costituzione degli specifici servizi degli operatori delle professioni sanitarie dell'area delle scienze infermieristiche e della professione sanitaria ostetrica, in applicazione delle specifiche indicazioni adottate dall'Assessore alla Sanità, previa intesa con le OO.SS..

Le professioni tecniche e riabilitative e dell'assistenza e di assistente sociale sono altresì valorizzate attraverso la costituzione degli specifici servizi di cui alla legge 251/2000 ed al vigente CCNL dell'area dirigenziale S.P.T.A. e della direttiva regionale conseguente all'accordo sottoscritto tra l'assessore alla sanità e le OO.SS.

Come previsto dalle direttive dell'Assessorato alla Sanità del 9 dicembre 2005, prot. n. 563 s/p, le aziende sanitarie "integrano i predetti servizi nei dipartimenti previsti dagli atti aziendali, avuto riguardo all'omogeneità di competenza e di intervento, e delle aree disciplinari di riferimento e/o ne determinano il collegamento funzionale con tali dipartimenti. Le aziende possono anche prevedere uno specifico dipartimento dell'assistenza composto dai predetti servizi, nel rispetto delle normative contrattuali vigenti" e dei vincoli connessi all'attuazione del Piano di rientro.

14.6 L'ospedale e il polo ospedaliero

La rete ospedaliera è determinata in conformità con la programmazione sanitaria regionale che classifica gli ospedali secondo tipologie diversificate in relazione ai differenti profili di offerta distinguendo, altresì, tra ospedali che svolgono in tutto o in parte funzioni di centro, da quelli con funzioni di satellite, in base anche ai Bacini intesi come ambiti di programmazione sovraziendali, in rapporto all'orografia del territorio.

Fermo restando quanto sopra evidenziato, gli ospedali delle Aziende Ospedaliere, anche nel caso di Ospedali di alta specializzazione, assolvono alla funzione di ospedali di riferimento per la popolazione dei comuni e/o circoscrizioni o municipi circostanti e attuano forme di integrazione e collaborazione con le strutture operative delle Aziende Unità Sanitarie Locali viciniori.

14.6.1 L'ospedale

L'Ospedale è struttura operativa dell'Azienda Ospedaliera e dell'Azienda Unità sanitaria Locale ed è organizzato, secondo il modello dipartimentale, in strutture complesse e semplici.

Le funzioni specialistiche esercitate da ciascuno Ospedale sono quelle previste dalla programmazione regionale.

L'Ospedale rappresenta il presidio sanitario la cui missione fondamentale è rappresentata dalla diagnosi e cura di patologie tali da richiedere prestazioni diagnostiche, terapeutiche,



riabilitative ad alta integrazione e concentrazione nel tempo e nello spazio di risorse umane e tecnologiche.

L'Ospedale è preposto al trattamento di pazienti in urgenza o portatori di patologie acute, che comprendono la riabilitazione e la gestione del paziente post acuto che, per complessità e/o intensità delle cure, non può essere preso in carico dai servizi territoriali.

L'ospedale rappresenta un livello di responsabilità condivisa dei livelli qualitativi e di appropriatezza delle prestazioni erogate, ovvero del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico.

Ai fini della loro organizzazione e gestione degli Ospedali si deve tener conto dei nuovi modelli organizzativi per funzioni o specificità assistenziali ed in particolare negli ospedali di piccole dimensioni occorre superare la divisione in reparti, prevedendo la gestione unitaria delle risorse di degenza.

L'Ospedale, laddove non inserito in un polo ospedaliero, in quanto struttura operativa, è dotato di autonomia gestionale, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda.

In ciascun Ospedale viene istituita una Direzione sanitaria.

Ferme restando le competenze attribuite al dirigente amministrativo preposto all'Ospedale, il direttore generale affida, ad un dirigente medico della disciplina direzione medica di presidio ospedaliero che assume l'incarico di direttore sanitario dell'Ospedale, la direzione e la responsabilità gestionale dell'Ospedale.

Il direttore sanitario dell'Ospedale assicura la funzione di integrazione e coordinamento interni e di raccordo e di continuità operativa con la Direzione strategica.

14.6.2 Il polo ospedaliero

Le Aziende Ospedaliere e le Aziende Unità sanitarie Locali, in presenza di più ospedali, sulla base di valutazioni che riguarderanno la possibilità di realizzare sinergie e integrazioni e di contenere i costi di gestione, l'opportunità di assicurare vantaggi all'utenza, il contesto sociale ed economico, la distanza tra gli ospedali stessi e l'orografia del territorio, possono aggregare in un Polo Ospedaliero più presidi.

Il Polo Ospedaliero è struttura operativa ed è dotato di autonomia gestionale, con l'attribuzione di specifico budget e con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda.

Il Polo Ospedaliero rappresenta un livello di responsabilità condivisa dei livelli qualitativi e di appropriatezza delle prestazioni erogate, ovvero, del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico.

Ferme restando le competenze attribuite al dirigente amministrativo preposto al Polo Ospedaliero, il direttore generale affida il coordinamento del polo ospedaliero ad un dirigente medico della disciplina direzione medica di presidio ospedaliero, che assume l'incarico di direttore sanitario del Polo Ospedaliero.

Il direttore sanitario del Polo Ospedaliero assicura la funzione di supporto, integrazione, e coordinamento, raccordo e continuità operativa con i direttori delle strutture complesse dei dipartimenti e la Direzione strategica.

Il direttore sanitario del Polo Ospedaliero dirige lo stesso ai fini igienico-organizzativi ed è complessivamente responsabile dello sviluppo del governo clinico, della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e dei processi organizzativi riguardanti la continuità assistenziale e la presa in carico dei pazienti.

15. Articolazioni interne delle strutture operative

15.1. Unità Operative Complesse

Ogni Unità Operativa Complessa, si caratterizza, in quanto sistema organizzativo complesso, per la presenza obbligatoria di un solo responsabile, per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte e per l'attribuzione di un budget (obiettivi e risorse) nonché per la corrispondenza ad uno o più centri di costo.

Le Unità Operative Complesse, dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale, sono caratterizzate almeno dai seguenti elementi:

- a) attività di produzione di prestazioni o di servizi sanitari, tecnico professionali che richiedono un significativo volume di risorse e che equivalga, per le attività sanitarie, alle prestazioni caratterizzanti per la prevalenza dell'ambito disciplinare;

- b) assegnazione di rilevanti dotazioni tecnico strumentali;
- c) gestione di risorse finanziarie la cui consistenza sia significativa per il bilancio aziendale;
- d) autonomia organizzativa e/o alto grado di responsabilità, posta in capo ad un dirigente di posizione apicale nel rispetto della normativa vigente;
- e) assegnazione di obiettivi strategici per la programmazione aziendale;
- f) afferenza di rilevanti risorse e rilevanti professionalità, in termini di dotazione organica, la cui entità indichi la necessità di conferire la relativa autonomia gestionale; per le strutture sanitarie la dotazione di personale è di norma superiore a n. 20 unità.

15.2 Unità Operative Semplici Dipartimentali

Le Unità Operative Semplici Dipartimentali sono dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale.

Sono affidate alla responsabilità di un dirigente secondo le normative contrattuali e finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate che riguardino, in via prioritaria, metodologie e tecniche di intervento complementari e integrative al funzionamento delle altre UU.OO. del Dipartimento e/o, in via secondaria, che riguardino metodologie o integrazioni di tipo organizzativo.

15.3 Unità Operative Semplici

Le Unità Operative Semplici sono l'articolazione di una struttura complessa definita sia in base alle caratteristiche delle attività svolte che alle prestazioni erogate, a cui siano assegnate la gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie.

Sono finalizzate a massimizzare la peculiarità delle professionalità e delle attività cliniche, assistenziali e tecniche in funzione della qualità e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e solo in via secondaria a dare soluzione a problemi organizzativi

16 Modelli operativi

16.1 Reti professionali

Una rete professionale è costituita da un insieme di singoli professionisti, UUOO e/o loro articolazioni, organizzati su base non gerarchica attorno a questioni o interessi comuni per il raggiungimento di obiettivi che sono perseguiti attivamente e in maniera sistematica basandosi sull'impegno, la stima e fiducia reciproca.

In un'organizzazione complessa formale la creazione di reti ha lo scopo di collegare diverse dimensioni professionali e/o linee di attività e/o più professionisti e/o strutture operative, e/o loro articolazioni interne, dell'azienda non direttamente tra loro, ma direttamente collegabili in termini di posizionamento nell'organigramma dall'azienda stessa. Una rete professionale infatti connette quanti partecipano a un'organizzazione reale che può non coincidere con l'organizzazione formale dell'azienda.

Le reti professionali sono finalizzate a coordinare i contributi professionali specialistici al fine di costituire un'offerta di prestazioni polispecialistiche integrate, riconducibili a profili di cura e/o a percorsi assistenziali o ancora a un centro specialistico.

16.2 Gruppi Operativi Interdisciplinari

I gruppi operativi interdisciplinari sono momento di diffusione e applicazione delle conoscenze in medicina e nell'assistenza, di sviluppo del miglioramento della qualità, di diffusione delle migliori pratiche cliniche e assistenziali e del governo clinico. Sono costituiti da più professionisti appartenenti a discipline e/o UUOO differenti in relazione alla necessità di raggiungere specifici obiettivi e finalità assistenziali, organizzative, di studio e di ricerca da perseguire in via transitoria o permanente. I gruppi operativi interdisciplinari vengono costituiti a livello dello Staff della Direzione Strategica o a livello di Dipartimento/Distretto, sono formalmente costituiti. Tra i gruppi operativi interdisciplinari assumono rilevanza quelli dedicati alla concreta applicazione degli strumenti del governo clinico tra i quali: EBM, linee

guida, Clinical Audit, Percorsi Assistenziali, Risk Management, Disease Management, Technology assesment, Sistemi di Indicatori, Accredитamento.

16.3 L'assetto degli incarichi professionali

Al fine di assicurare la rilevanza delle funzioni ad alto contenuto tecnico-professionale, le Aziende individuano attività specialistiche per le quali conferire incarichi di natura professionale, di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca.

Gli incarichi ad alta specializzazione possono riguardare anche ambiti di prestazioni non sanitarie, tesi a produrre servizi particolarmente complessi oppure a fornire attività di consulenza per materie ad elevato contenuto tecnico-professionale nonché per la realizzazione di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione, in rapporto alle esigenze didattiche dell'Azienda. In questa fattispecie ciò che prevale è la specifica competenza professionale, diversamente dai precedenti casi delle Strutture complesse e semplici, ove prevalevano le competenze gestionali di risorse umane, tecniche e finanziarie. L'individuazione di tali incarichi non prefigura necessariamente rapporti di sovra o sotto ordinazione con le Unità Operative Semplici, bensì la diretta dipendenza dalla Unità Operativa Complessa o dal direttore del Dipartimento qualora l'incarico professionale abbia valenza dipartimentale.

ALLEGATI:

Organigramma (Allegato-A1)
Funzionigramma (Allegato-A2)



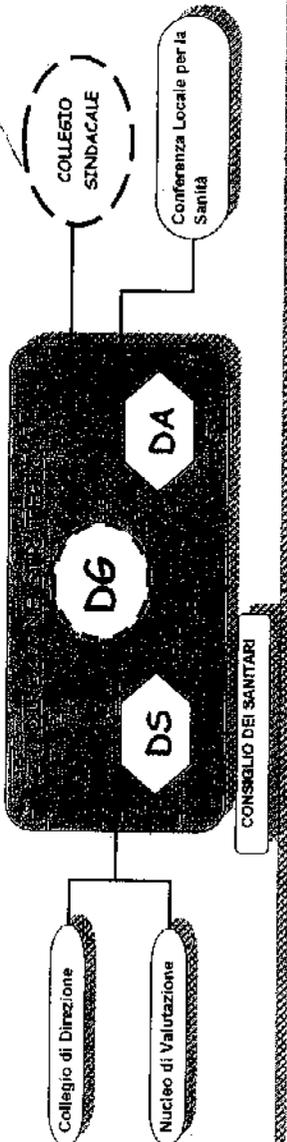
Allegato-A1
organigramma 15.11.



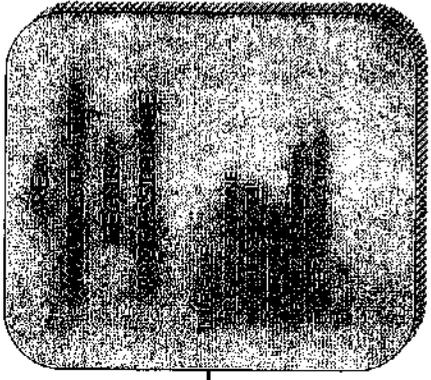
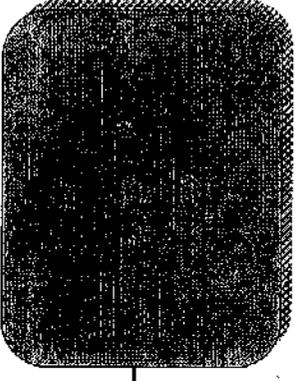
Allegato-A2
funzionigramma.xls

ME

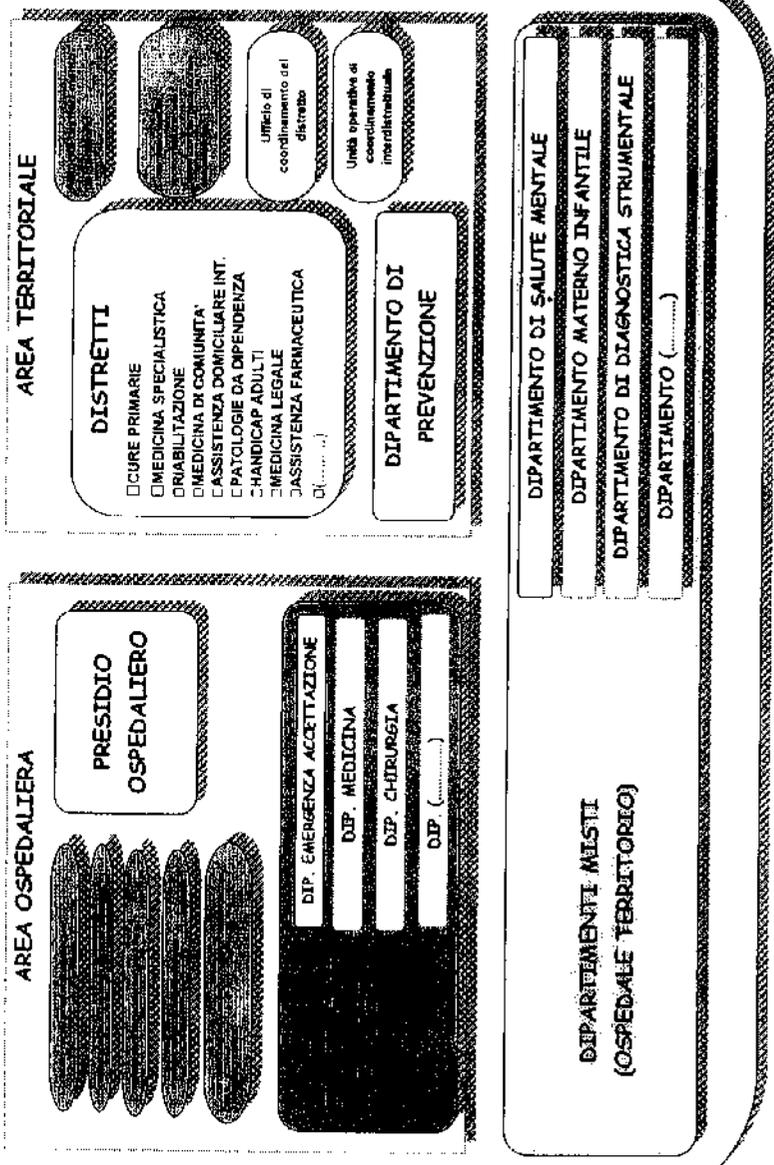
GOVERNO STRATEGICO



COMITATO ETICO



AREA DEL GOVERNO CLINICO



SCHEMA DI FUNZIONIGRAMMA

Allegato 2

A 2 se.

Classificazione atti

- A) **Direttore:** Generale: Deliberazioni
 B) **Dirigente:** Determinazioni
 C) **Dirigente o Funzionario:** Atti vari diversi dalle determinazioni che i singoli funzionigramma dovranno specificare (firma, ordine di servizio, etc..)

A titolo meramente esemplificativo si individuano alcune strutture complesse con rilevanza esterna, le tipologie di procedure e la classificazione degli enti con rilevanza esterna.

UU.OO.	TIPOLOGIA DI PROCEDURE	CLASSIFICAZIONE ATTI
DIREZIONE AMM.VA OSPEDALIERA	Ospedalità	
	Ricoveri stranieri	
	Gestione depositi	
	Ticket restaurant e buoni benzina e incassi intramena	
	Servizi a gestione diretta (portineria, centralino, autisti)	
	Spese in economia	
	Casse economali	
	Seggi elettorali ed elezioni	
	Gestione ordini e magazzino	
Liquidazioni fatture su servizi appalti		
DIREZIONE SANITARIA OSPEDALIERA	Autorizzazione pagamento straordinario personale	
	Organizzazione e gestione personale	
	Organizzazione funzionalità della struttura	
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE	Formalizzazione impegni di spesa	
	Convenzioni aziendali	
	Approvazione progetti specifici con fondi finalizzati	
	Rendiconto spese progetti con fondi finalizzati	
	Indagini epidemiologiche e misure di profilassi	
	Vaccinazioni	
	Parere commissione pubblico spettacolo	
	Atti inerenti le norme sulla prevenzione infortuni	
	Rendiconti spese sostenute	
	Acquisizione di beni e servizi nei limiti di spesa fissati	
Autorizz., attestaz., certificaz., pareri su sanità animale agli utenti		
Autorizz., attestaz., certificaz., pareri su sanità animale agli enti		
DSM	Convenzione cooperative	
	Inserimento in comunità	
	Progetti con fondi finalizzati	
	Interventi economici a disagiati mentali	
	Impegni di spesa	
	Nomina della commissione per l'assegnazione delle provvidenze economiche ai disagiati psichici	
	Progetto annuale soggiorno utenti	
	Provvidenze economiche ai disagiati mentali	
	Liquidazioni di spese impegnate con atti formali	
	Acquisizioni di beni e servizi nei limiti di spesa fissati	
	Rendiconti delle spese sostenute	
Corrispondenza routinaria		
DISTRETTI (o proprie strutture)	Approvazione progetti SERT	
	Formalizzazione impegni di spesa	
	Modifica convenzioni	
	Adeguamento costi attività associative	
	Contributi alla spesa portatori handicap	
	Formalizzazioni spese per convenzioni	
	Liquidazione e rimborso spese assistiti	
	Liquidazione spese cse di cura	
	Liquidazioni varie	
Rimborsi assistiti		

CUP	Prenotazioni	
	Riscossione ticket	
	Liste di attesa	
RAPPORTI CON L'UNIVERSITA'	Protocolli d'Intesa	
	Convenzioni didattiche	
	Conferimento incarichi di docenza D.U.	
	Liquidazione docenti D.U.	
AFFARI GENERALI E LEGALI	Patrocini legali	
	Transazioni	
	protocollo generale	
	Ufficio delibere	
	Convenzioni didattiche	
	Liquidazioni	
PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO DI GESTIONE	Assicurazioni	
	Classificazione e gestione dei costi e dei ricavi	
	Parametrizzazione delle attività	
	Metodologia di ribaltamento dei costi generali di gestione	
	Individuazione dei centri di responsabilità destinatari di buget	
	Pianificazione strategica e programmazione operativa aziendale	
	Implementazioni procedurali e strutturali	
	Corrispondenza routinaria	
RISORSE UMANE	Ammissioni candidati	
	Aspettative	
	Assunzioni a tempo indeterminato	
	Conferimento incarichi a dirigenti	
	Assunzioni a tempo determinato	
	Collegi tecnici	
	Commissioni, concorsi ed incarichi	
	Avvisi interni	
	Avvisi pubblici	
	Dimissioni	
	Equo indennizzo	
	Liquidazione ferie	
	Liquidazione incentivazioni	
	Mobilità interna	
	Mobilità esterna	
	Part-time	
	Riammissione e mantenimento in servizio	
	Acconti pensionistici	
Applicazioni norme contrattuali		
Congedi parentali		
Liquidazioni indennità accessorie		
Riconoscimento servizi		
SVILUPPO ORGANIZZATIVO, SISTEMI INFORMATIVI ED INFORMATICI	Reingegnerizzazione del sistema informatico-informativo aziendale	
	Redazione documento programmatico sicurezza D.P.S.	
	Gestione contratti manutenzione e assistenza hw e sw	
	Atti di formazione contratti manutenzione e assistenza hw e sw	
	Atti di formazione contratti telefonia mobile e fissa	
	Gestione contratti telefonia mobile e fissa	
	Liquidazione fatture	
	Gestione telefonia mobile e fissa	
Gestione debito informativo interno ed esterno		
RESIDENZIALITA', DOMICILIARITA', ACCREDIT. E AUTORIZZ. NE	Accreditamento (atti propositivi)	
	Autorizzazioni	
	Controllo e vigilanza	
	(Liquidazione strutture accreditate)	

RESIDENZIALITA'
DOMICILIARITA'
ACCREDITAZIONE
AUTORIZZAZIONE

FORMAZIONE, COMUNICAZIONE E QUALITA'	Piano formativo aziendale	
	Regolamento disciplina formazione	
	Diritto allo studio	
	Contratti di sponsorizzazione	
	Partecipazione a corsi al di fuori del piano	
	Convenzione scuole di specializzazione ed altri enti	
	Gestione centro ECM	
	Frequenza volontari	
	Liquidazione compensi docenti	
	Tirocini obbligatori	
	Piano di comunicazione aziendale	
	Carta dei servizi	
	Rapporti istituzionali	
	regolamento gestione esposti	
	Regolamento accessi	
	Relazione annuale esposti	
	Programmazione, verifica e gestione della qualità anche ai fini dell'accreditamento	
PROVVEDITORATO	Pianificazione e programmazione acquisizione beni e servizi	
	Approvazione capitolati generali speciali di gara	
	Nomina commissioni di gara	
	Indizione di gara	
	Approvazione atti di gara	
	Estensione di gara nei casi ammessi dalla norma	
	Atti consequenziali alle aggiudicazioni di gara	
	Svincolo cauzioni di partecipazione a gara	
	Stipula contratti a seguito di aggiudicazione di gara	
	Istituzione e costituzione fondi economici	
	Liquidazione varie	
	Cessioni di credito (di concerto con U.O. Amm.ne Finanza)	
	Acquisizione beni e servizi nei limiti di spesa fissati	
	Gestione inventario beni mobili	
Tenuta e aggiornamento elenco fornitori		
Gestione contratti assicurativi		
Corrispondenza routinaria		
UFFICIO RELAZIONI SINDACALI	Accordi con le OO.SS.	
	Convocazioni OO.SS.	
	Verifica monte ore sigli sindacali	
	Tenuta verbali riunioni	
	Relazioni sindacali	
BILANCIO E FINANZA	Programmazione economica, contabilità generale e analitica CO.FOR.	
	Gestione cespiti	
	Approvazione bilanci	
	Transazione	
	Rapporti e liquidazioni interessi al tesoriere	
	Tenuta registri obbligatori	
	Ciclo attivo delle entrate	
	Cessione crediti	
	Gestione budget	
	Ordinativi di pagamento	
	Liquidazioni compensi organi	
	Flussi trimestrale C.E.	
	Gestione liquidatoria ex UU.SS.LL. 21/22/23	
	Adempimenti fiscali e tributari	
	Ordinativi di incasso	
Verifica trimestrale di cassa		
Vincolo destinazione presso tesoriere		

UFFICIO TECNICO PATRIMONIALE E LOGISTICO	Indiz. gare, aggiud., estens., contratti, svinc. dep, lavori in c/capitale	
	Riparazione e manutenzione immobili, impianti ed attrezzature	
	Autoparco	
	Locazioni, nuovi contratti e rescissioni	
	Procedimenti relativi al patrimonio ed inventari	
	Rapporti con Regione Lazio ed invio progetti	
	Relazioni tecniche	
	Gestione utenze	
	Riparazioni e manutenzioni attrezzature	
	Collaudi	

