

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

DECRETO n. del

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

IL COMMISSARIO AD ACTA

VISTA la legge costituzionale 18 ottobre 2001, n.3 concernente "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione";

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

DATO ATTO che, con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, il Presidente Nicola Zingaretti è stato nominato Commissario *ad acta* per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti nel Piano di Rientro dai disavanzi regionali per la spesa sanitaria;

DATO ATTO, altresì, che il Consiglio dei Ministri, con deliberazione del 17 dicembre 2013, ha deliberato la nomina del Dott. Renato Botti, con decorrenza 7 gennaio 2014, quale Sub commissario nell'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, richiamati in particolare le azioni e gli interventi in via prioritaria indicati nella delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati, intervenendo anche per garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, sicurezza e qualità, attraverso un utilizzo efficiente delle risorse;

VISTA la legge 27 dicembre 1978, n. 833 e successive modificazioni, concernente l'istituzione del Servizio Sanitario Nazionale;

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*" ed, in particolare, l'articolo 3, comma 1 bis, secondo cui le aziende sanitarie devono disciplinare la propria organizzazione ed il proprio funzionamento con atto aziendale di diritto privato nel rispetto dei principi e dei criteri previsti da disposizioni regionali;

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*";

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*

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

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 modificazioni e integrazioni;

VISTE le deliberazioni della Giunta Regionale:

- n. 66 del 12 febbraio 2007 concernente: *“Approvazione del "Piano di Rientro" per la sottoscrizione dell'Accordo tra Stato e Regione Lazio ai sensi dell'art.1, comma 180, della Legge 311/2004”;*
- n.149 del 6 marzo 2007 avente ad oggetto: *“Preso d’atto dell’Accordo Stato Regione Lazio ai sensi dell’art. 1, comma 180, della legge n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007. Approvazione del “Piano di Rientro”;*

VISTO l’articolo 2, commi da 67 a 105, della legge 23 dicembre 2009, n. 191 ed, in particolare, il comma 88, che prevede il mantenimento della gestione commissariale per la prosecuzione del Piano di rientro, secondo programmi operativi, coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario *ad acta*;

VISTO il decreto legge c.d. *“Spending Review”* 6 luglio 2012, n. 95 recante *“Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini”*, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;

VISTO il decreto legge c.d. *“Balduzzi”* 13 settembre 2012, n. 158 recante *“Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 ed, in particolare, l’articolo 1 sul riordino dell’assistenza territoriale e la mobilità del personale delle aziende sanitarie e l’articolo 4 sulla dirigenza sanitaria ed il governo clinico;*

VISTO il decreto legge n. 90 del 24 giugno 2014 recante *“Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e l’efficienza degli uffici giudiziari”;*

VISTA l’Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014 – 2016;

CONSIDERATO:

- che la esplicitazione delle principali misure di riorganizzazione e razionalizzazione del SSR per gli anni 2013/2015 è contenuta nei Programmi Operativi approvati con DCA U00247 del 25 luglio 2014;
- che gli strumenti per l’attuazione di tali Programmi Operativi sono, a livello delle singole Aziende, i Piani Strategici che esse devono adottare per il periodo 2014/2016 al fine di definire i propri obiettivi di breve e medio periodo, secondo quanto previsto dalle Linee Guida approvate con DCA U00251 del 30 luglio 2014;
- che infine gli Ati Aziendali rappresentano gli assetti organizzativi dei quali le

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

Aziende si dotano al fine di perseguire gli obiettivi delineati dai Piani Strategici;

CONSIDERATO pertanto che tra i tre provvedimenti di cui sopra intercorre un rapporto di interdipendenza e connessione logica;

VISTO il DCA n. U00247 del 25 luglio 2014 con il quale si è proceduto all'adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013/2015;

VISTO il DCA n. U00251 del 30 luglio 2014 con il quale si è proceduto all'adozione delle Linee Guida per il Piano Strategico Aziendale;

VISTO, altresì, il Decreto del Commissario *ad acta* n.U00139 del 22 aprile 2014, con cui si è disposto, tra l'altro:

1. di revocare il DCA n. U00206/13 recante “Nuovo atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio a seguito del recepimento degli “standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del S.S.N. ex art. 12, comma 1, lett. B, Patto per la Salute 2010-2012” elaborati dal Comitato L.E.A.” ed i relativi allegati, pubblicato sul BUR n.45 del 4 giugno 2013;
2. di costituire un Gruppo di Lavoro con il compito di elaborare la proposta di nuovo Atto di Indirizzo per la redazione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie in conformità ed in coerenza, peraltro, con gli obiettivi fissati nei nuovi Programmi Operativi 2013-2015;
3. di stabilire che il Gruppo di Lavoro si potesse avvalere della collaborazione di un Direttore Generale di Azienda Ospedaliera e di un Direttore Generale di Azienda Territoriale;

DATO ATTO che nel DCA n. U00139/2014 si prevede di approvare il nuovo Atto di Indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio successivamente alla validazione da parte dei Ministeri affiancanti della nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015;

DATO ATTO altresì che il Tavolo Tecnico per la verifica degli adempimenti regionali con il Comitato Permanente per la verifica dei livelli essenziali di assistenza nelle sedute del 15 aprile e 8 luglio 2014 ha validato la proposta di nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015, che, pertanto, è stata approvata dal Commissario *ad acta*, tenendo conto dei rilievi e delle indicazioni espresse dai Ministeri nel corso di dette sedute, con il citato DCA U00247/2014;

TENUTO CONTO, altresì, che con detti Programmi Operativi:

- a) si è ridefinita la rete ospedaliera pubblica e privata per acuti e post acuti per consentire il raggiungimento dello standard di 3,7 per 1.000 abitanti (di cui 0,7 per riabilitazione e lungodegenza post acuzie) stabilito dal decreto legge 6 luglio 2012, n. 95;
- b) si è rimodulato l'assetto della rete dell'emergenza, delle patologie “tempo dipendenti” e materno-infantile-pediatria, e si è stabilito che detti interventi dovranno essere realizzati contemporaneamente al potenziamento dell'attività

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

territoriale;

CONSIDERATO che le Linee Guida per la redazione degli atti aziendali devono essere coerenti con i principi, gli obiettivi e gli interventi previsti nei Programmi Operativi 2013-2015 e nei provvedimenti agli stessi collegati, con particolare riguardo alla riorganizzazione dell'offerta assistenziale secondo il modello delle reti cliniche integrate "hub & spoke", al potenziamento delle cure primarie per la garanzia della continuità assistenziale, nonché allo sviluppo della rete territoriale verso modelli di pratica professionale con le caratteristiche della sanità di iniziativa;

CONSIDERATO che l'Intesa del 3 dicembre 2009 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome concernente il Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, ha sancito, all'articolo 12, comma 1, lett. b), l'impegno delle Regioni alla riduzione delle spese di personale degli enti del Servizio sanitario nazionale anche attraverso *"la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento rispettivamente delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio sanitario nazionale, nel rispetto comunque della disponibilità dei fondi della contrattazione integrativa"*;

CONSIDERATO, pertanto, che le nuove Linee Guida devono tenere conto, altresì, degli standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN elaborati dal Comitato Lea nella seduta del 26 marzo 2012, e trasmessi alle Regioni con la nota del Ministero della Salute n. 17867 del 16 luglio 2012, secondo i seguenti criteri:

- a) per le strutture complesse ospedaliere: una ogni 17,5 posti letto pubblici;
- b) per le strutture complesse non ospedaliere: una ogni 13.515 residenti per Regioni con popolazione superiore a 2,5 milioni di abitanti;
- c) per le strutture semplici, sia ospedaliere che non ospedaliere: 1,31 struttura semplice ogni unità complessa;

CONSIDERATO altresì che nella citata nota del Ministero della Salute si afferma espressamente che *"l'adeguamento ai parametri standard, come noto, riguarda tutte le strutture semplici e complesse. Al riguardo può essere utile evidenziare che lo standard è da intendersi riferito al livello regionale. Ogni Regione, nell'ambito della propria autonomia gestionale e organizzativa, potrà emanare direttive, fermo restando l'obiettivo del raggiungimento di tali standard su scala regionale, articolandoli anche in funzione delle riconosciute e documentate specificità tecnico – assistenziali ovvero tecniche – scientifiche delle rispettive Aziende o Enti del SSN..."*;

VALUTATA L'OPPORTUNITA', da parte della Struttura Commissariale, di riservare, dal totale delle unità operative complesse ospedaliere e non ospedaliere calcolate sulla base dell'applicazione dei parametri fissati dal Comitato LEA, una quota di unità operative complesse pari al 5%, al fine di riequilibrare situazioni di effettiva disparità di complessità strutturale, nonché di garantire comunque l'assolvimento delle funzioni di rilevanza regionale svolte dall'ARES 118, dal Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitario Regionale istituito presso la ASL Roma E, dal Centro Regionale Trapianti e dal Centro Regionale Sangue istituiti presso l'A.O. San Camillo Forlanini, nonché eventuali ulteriori funzioni sempre di rilevanza regionale o

IL COMMISSARIO AD ACTA
(deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

sovra aziendale;

PREMESSO, altresì, che l'Assemblea di Roma Capitale, con le deliberazioni n. 8 ed 11, rispettivamente del 7 e dell'11 marzo 2013, ha approvato il nuovo Statuto di Roma Capitale e ha previsto di articolare il territorio di Roma Capitale in quindici (15) Municipi;

CONSIDERATO che, al fine di adeguare il territorio delle Aziende Sanitarie alla nuova articolazione dei Municipi di Roma Capitale, si rende necessario rivedere gli ambiti territoriali delle Aziende e dei distretti socio-sanitari che insistono sul territorio di Roma Capitale;

RITENUTO che, nelle more della definizione del procedimento volto alla modifica degli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie insistenti sul territorio di Roma Capitale, occorre comunque impartire precise direttive alle Aziende anche in ordine all'individuazione ed attivazione dei distretti;

VISTA la proposta di nuovo Atto di Indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio, elaborata in conformità ed in coerenza con gli obiettivi fissati nella nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015;

TENUTO CONTO che la proposta di atto aziendale e/o modifica dello stesso è adottata dal Direttore Generale con atto deliberativo, previo parere del Collegio di Direzione e previa consultazione delle organizzazioni sindacali e della Conferenza dei Sindaci, sentito il Consiglio dei Sanitari;

TENUTO CONTO, altresì, che la proposta di atto aziendale e/o modifica dello stesso nelle Aziende Ospedaliero - Universitarie è adottata dal Direttore Generale d'intesa con il Rettore dell'Università limitatamente ai dipartimenti ad attività integrata ed alle strutture complesse che li compongono, con indicazione di quelle a direzione universitaria;

RITENUTO OPPORTUNO, pertanto:

1. approvare il nuovo Atto di Indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente decreto;
2. stabilire che:
 - a) i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie destinatarie del presente Atto di Indirizzo, in fase di prima attuazione, adottino le proposte di atto aziendale, corredate di funzionigramma e di organigramma, con atto deliberativo, previo parere del Collegio di Direzione e della Conferenza dei Sindaci, sentito il Consiglio dei Sanitari, e previa consultazione delle Organizzazioni Sindacali;
 - b) i Direttori Generali delle Aziende Ospedaliero-Universitarie adottino le proposte di atto aziendale d'intesa con il Rettore dell'Università limitatamente ai dipartimenti ad attività integrata ed alle strutture complesse che li compongono, con indicazione di quelle a direzione universitaria;

IL COMMISSARIO AD ACTA
(*deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013*)

- c) i Direttori Generali trasmettano le proposte di atto aziendale alla Regione, per la relativa approvazione, entro il termine del 15 ottobre 2014;
- d) la Regione proceda alla verifica ed approvazione degli Atti Aziendali entro la data del 15 dicembre 2014, fermo restando che in caso di mancata approvazione verranno ridefiniti, Azienda per Azienda, i tempi per le necessarie modifiche ed integrazioni;
- e) la commissione di esperti che procederà alla verifica verrà individuata e disciplinata con successivo DCA;
- f) venga costituito presso la Regione un Tavolo di coordinamento attraverso il quale la Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria, previo confronto con le Aziende Sanitarie Pubbliche del SSR, fornisca alle Aziende medesime gli indirizzi programmatori inerenti la ricollocazione di attività e funzioni interaziendali e sovraziendali, prevedendo sin d'ora la possibilità che in tale sede vengano approvate modifiche anche al numero dei posti letto ospedalieri riportati nell'Allegato 1 delle Linee Guida;
- g) l'atto aziendale, una volta approvato, sarà pubblicato sul BURL e sul sito internet dell'Azienda;
- h) una volta approvato l'atto aziendale, non potranno essere disposte ulteriori modifiche nello stesso anno di approvazione del medesimo né negli ultimi sei mesi del mandato del Direttore Generale;
- i) le eventuali proposte di modifica degli atti aziendali pubblicati, da adottarsi secondo la procedura anzi indicata, che non rivestano carattere meramente formale e per le quali occorra l'approvazione da parte della Regione, potranno essere presentate alla Regione per il relativo esame una volta l'anno, nel periodo temporale intercorrente tra il 15 settembre e il 15 novembre di ogni anno;

DECRETA

per i motivi di cui in premessa che formano parte integrante e sostanziale del presente provvedimento:

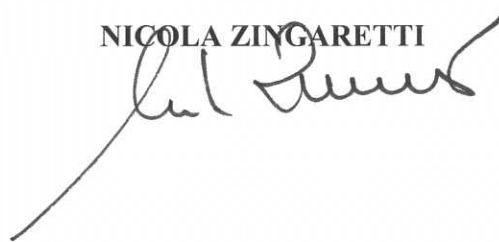
1. di approvare il nuovo Atto di Indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio, che costituisce parte integrante e sostanziale del presente decreto;
2. di stabilire che:
 - a) i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie destinatarie del presente Atto di Indirizzo, in fase di prima attuazione, adottino le proposte di atto aziendale, corredate di funzionigramma e di organigramma, con atto deliberativo, previo parere del Collegio di Direzione e della Conferenza dei Sindaci, sentito il Consiglio dei Sanitari, e previa consultazione delle Organizzazioni Sindacali;
 - b) i Direttori Generali delle Aziende Ospedaliero-Universitarie adottino le proposte di atto aziendale d'intesa con il Rettore dell'Università limitatamente ai dipartimenti ad attività integrata ed alle strutture complesse che li compongono, con indicazione di quelle a direzione universitaria;
 - c) i Direttori Generali trasmettano le proposte di atto aziendale alla Regione, per la relativa approvazione, entro il termine del 15 ottobre 2014;
 - d) la Regione proceda alla verifica ed approvazione degli Atti Aziendali entro la data del 15 dicembre 2014, fermo restando che in caso di mancata approvazione

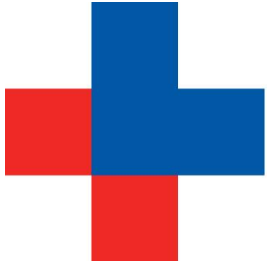
IL COMMISSARIO AD ACTA
(*deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013*)

- verranno ridefiniti, Azienda per Azienda, i tempi per le necessarie modifiche ed integrazioni;
- e) la commissione di esperti che procederà alla verifica verrà individuata e disciplinata con successivo DCA;
 - f) venga costituito presso la Regione un Tavolo di coordinamento attraverso il quale la Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria, previo confronto con le Aziende Sanitarie Pubbliche del SSR, fornisca alle Aziende medesime gli indirizzi programmatori inerenti la ricollocazione di attività e funzioni interaziendali e sovraziendali, prevedendo sin d'ora la possibilità che in tale sede vengano approvate modifiche anche al numero dei posti letto ospedalieri riportati nell'Allegato 1 delle Linee Guida per la redazione degli Atti Aziendali;
 - g) l'atto aziendale, una volta approvato, sarà pubblicato sul BURL e sul sito internet dell'Azienda;
 - h) una volta approvato l'atto aziendale, non potranno essere disposte ulteriori modifiche nello stesso anno di approvazione del medesimo né negli ultimi sei mesi del mandato del Direttore Generale;
 - i) le eventuali proposte di modifica degli atti aziendali pubblicati, da adottarsi secondo la procedura anzi indicata, che non rivestano carattere meramente formale e per le quali occorre l'approvazione da parte della Regione, potranno essere presentate alla Regione per il relativo esame una volta l'anno, nel periodo temporale intercorrente tra il 15 settembre e il 15 novembre di ogni anno.

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale dinanzi al tribunale amministrativo Regionale del Lazio nel termine di sessanta giorni dalla pubblicazione, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi. Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.L. e comunicato alle Aziende ed agli Enti interessati.

NICOLA ZINGARETTI





SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE

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

INDICE

1	I PRINCIPI ISPIRATORI ED IL CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO	Pag. 4
1.1	I principi ispiratori	Pag. 4
1.2	La principale normativa di riferimento	Pag. 4
1.3	Il Piano di Rientro	Pag. 5
1.4	I Parametri elaborati dal Comitato LEA	Pag. 5
1.5	I Programmi Operativi 2013-2015	Pag. 6
1.6	La Rete Ospedaliera	Pag. 6
1.7	La nuova configurazione dei Municipi di Roma Capitale	Pag. 7
2	AMBITO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI	Pag. 9
3	I PRINCIPI CARDIE DEI PROGRAMMI OPERATIVI 2013-2015	Pag. 10
4	RAZIONALIZZAZIONE DEL NUMERO DELLE STRUTTURE	Pag. 13
4.1	I parametri elaborati dal Comitato LEA	Pag. 13
4.2	Le Strutture Complesse e Semplici	Pag. 13
4.3	Il numero dei posti letto pubblici e la popolazione residente	Pag. 13
5	ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLE AZIENDE SANITARIE	Pag. 15
5.1	I criteri generali dell'organizzazione aziendale	Pag. 15
5.2	I Dipartimenti	Pag. 15
5.2.1	Il Comitato di Dipartimento	Pag. 16
5.3	Organizzazione dipartimentale dell'area ospedaliera	Pag. 17
5.4	Il Dipartimento di Salute Mentale	Pag. 17
5.5	Il Dipartimento di Prevenzione	Pag. 17
5.6	Assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione	Pag. 18
5.7	Le funzioni di staff alla Direzione Aziendale	Pag. 19
5.8	Le funzioni amministrative e tecniche	Pag. 20
5.9	Il processo di razionalizzazione delle funzioni aziendali	Pag. 21
5.9.1	Le funzioni di supporto amministrative e tecniche interaziendali	Pag. 21
5.9.2	Le funzioni clinico-assistenziali interaziendali	Pag. 21
5.9.3	Il rapporto Dipartimento/UOC	Pag. 21
5.10	Il Distretto	Pag. 21
5.10.1	Il distretto: mandato, funzioni e attività	Pag. 21
5.10.2	L'articolazione territoriale dei distretti	Pag. 22
5.10.3	L'accorpamento di distretti	Pag. 22
5.10.4	Il Direttore di Distretto	Pag. 23
5.10.5	L'organizzazione distrettuale	Pag. 23
5.10.6	L'assistenza sanitaria alla popolazione detenuta	Pag. 24
5.10.7	Patologie delle Dipendenze	Pag. 24
6	STRUTTURA DELL'ATTO AZIENDALE	Pag. 25
6.1	I contenuti dell'atto aziendale	Pag. 25
6.2	I documenti allegati all'atto aziendale	Pag. 26
7	ASSETTO ISTITUZIONALE DELLE AZIENDE SANITARIE: GLI ORGANI, IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO ED IL DIRETTORE SANITARIO, LA DIREZIONE AZIENDALE	Pag. 27
7.1	Gli organi	Pag. 27
7.1.1	Il Direttore Generale	Pag. 27
7.1.2	Il Collegio di Direzione	Pag. 27
7.1.2.1	I criteri di funzionamento del Collegio di Direzione	Pag. 28
7.1.3	Il Collegio Sindacale: composizione e funzioni	Pag. 28
7.2	Il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario	Pag. 28
7.3	La Direzione Aziendale	Pag. 29
8	ORGANISMI DELL'AZIENDA	Pag. 30
8.1	Il Consiglio dei Sanitari: composizione e funzioni	Pag. 30
8.1.1	Composizione del Consiglio dei Sanitari delle Aziende Ospedaliere	Pag. 30
8.1.2	Composizione del Consiglio dei Sanitari delle Aziende ASL	Pag. 30
8.2	l'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance	Pag. 31
8.3	Comitati e Commissioni Aziendali	Pag. 32
9	I RAPPORTI CON GLI ENTI LOCALI	Pag. 34

	9.1.	La Conferenza Locale per la Sanità	Pag. 34
	9.2	La Conferenza sanitaria cittadina	Pag. 34
10		GLI INCARICHI DIRIGENZIALI, LE POSIZIONI ORGANIZZATIVE E DI COORDINAMENTO	Pag. 35
11		LA PROCEDURA PER L'ADOZIONE, L'APPROVAZIONE E LA MODIFICA DEGLI ATTI AZIENDALI	Pag. 36
12		DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI	Pag. 37
		ALLEGATO 1	Pag. 38

1. I PRINCIPI ISPIRATORI ED IL CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Con il presente atto di indirizzo, la Regione Lazio delinea i principi ed i criteri in base ai quali gli atti aziendali, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 3, comma 1-bis, del D.Lgs n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, dovranno adeguarsi.

1.1 I Principi ispiratori

Tali principi di riferimento comprendono la piena assunzione della responsabilità pubblica nella tutela della salute dei cittadini, la universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari per tutte le persone presenti sul territorio regionale, la globalità di copertura in base alla necessità assistenziale di ciascuno, secondo quanto previsto dai livelli essenziali di assistenza, il finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale, la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale.

Da questi principi generali discendono la centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute, che si esprime sia a livello individuale sia a livello collettivo, il principio della libera scelta del luogo di cura ed equità di accesso, ed include tutte le persone presenti nel territorio regionale, ampliando la tutela della salute alle persone migranti, la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori del SSR, che comprende la loro partecipazione consapevole ai processi decisionali, direttamente ed attraverso le organizzazioni di rappresentanza collettiva, lo sviluppo delle attività di ricerca e di formazione per l'innovazione tecnologica ed organizzativa dei servizi ed il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

L'atto aziendale costituisce lo strumento giuridico mediante il quale l'azienda determina la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia imprenditoriale ed organizzativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione.

1.2 La principale normativa di riferimento

La disciplina relativa all'assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie trova il suo principale riferimento, oltre che nelle leggi nazionali e regionali di settore e nei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro, nella seguente normativa:

- a) il **D.Lgs. n. 502/92** concernente *"Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421"* e successive modificazioni ed integrazioni;
- b) il **Decreto Legge c.d. "Spending Review" 6 luglio 2012, n. 95** recante *"Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario"*, convertito con modificazioni con Legge 7 agosto 2012 n.135, ove, in particolare, all'articolo 15, comma 13, lettera c), si prevede che *"sulla base e nel rispetto degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera fissati, entro il 31 ottobre 2012, con regolamento approvato ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311, previa intesa della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, nonché tenendo conto della mobilità interregionale, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano adottano, nel rispetto della riorganizzazione di servizi distrettuali e delle cure primarie finalizzate all'assistenza 24 ore su 24 sul territorio adeguandoli agli standard europei, entro il 31 dicembre 2012, provvedimenti di riduzione dello standard dei posti letto ospedalieri accreditati ed effettivamente a carico del servizio sanitario regionale, ad un livello non superiore a 3,7 posti letto per mille abitanti, comprensivi di 0,7 posti letto per mille abitanti per la riabilitazione e la lungodegenza post-acuzie, adeguando coerentemente le dotazioni organiche dei presidi ospedalieri pubblici ed assumendo come riferimento un tasso di ospedalizzazione pari a 160 per mille abitanti di cui il 25 per cento riferito a ricoveri diurni. La riduzione dei posti letto è a carico dei presidi ospedalieri pubblici per una quota non inferiore al 50 per cento del totale dei posti letto da ridurre ed è conseguita esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse. Nelle singole regioni e province autonome, fino ad avvenuta realizzazione del processo di riduzione dei posti letto e delle corrispondenti unità operative complesse, è sospeso il conferimento o il rinnovo di incarichi ai sensi dell'articolo 15-septies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni. Nell'ambito del processo di riduzione, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano operano una verifica, sotto il profilo assistenziale e gestionale, della funzionalità delle piccole strutture ospedaliere pubbliche, anche se funzionalmente e amministrativamente facenti parte di presidi ospedalieri articolati in più sedi, e promuovono l'ulteriore passaggio dal ricovero ordinario al ricovero diurno e dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale, favorendo l'assistenza residenziale e domiciliare"*;
- c) Il **Decreto legge c.d. "Balduzzi" 13 settembre 2012, n. 158** recante *"Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute"*;
- d) la **Legge Regionale 16 giugno 1994, n. 18** recante *"Disposizioni per il riordino del servizio sanitario"*

regionale ai sensi del D.Lgs 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere” e successive modificazioni ed integrazioni;

- e) la legge regionale 14 luglio 2014, n. 7 recante “Misure finalizzate al miglioramento della funzionalità della Regione: Disposizioni di razionalizzazione e di semplificazione dell’ordinamento regionale nonché interventi per lo sviluppo e la competitività dei territori e a sostegno delle famiglie”;
- f) l’Intesa ai sensi dell’art. 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 il nuovo “**Patto per la Salute per gli anni 2014-2016**”;

Per completezza, si rammenta che la Giunta Regionale con la Deliberazione n. 133 del 20 marzo 2014, ha approvato la proposta di legge n. 147 del 24 marzo 2014 recante “Misure finalizzate al miglioramento della funzionalità della Regione Lazio: disposizioni di razionalizzazione e di semplificazione dell’ordinamento regionale nonché interventi per lo sviluppo e la competitività dei territori e a sostegno delle famiglie”, i cui articoli 2 e 9 recano disposizioni relative al Servizio Sanitario Regionale, andando ad incidere sulla specifica normativa regionale di settore. Attualmente la proposta di legge è all’esame del Consiglio Regionale e si dovrà tenere nel debito conto l’iter di approvazione e le conseguenti modifiche normative che dovessero sopraggiungere successivamente alla adozione delle presenti Linee di indirizzo.

1.3 Il Piano di Rientro

Il Piano di Rientro di cui all’articolo 1, comma 180, della legge finanziaria statale n. 311/2004, sottoscritto il 28 febbraio 2007 ed approvato dalla Giunta regionale con deliberazione n. 149 del 6 marzo 2007, ha previsto, al punto 2.1.1, tra gli interventi da realizzarsi entro il 31 marzo 2007, l’ “Emanazione di linee guida per la formazione degli atti aziendali dirette a definire l’organizzazione distrettuale”.

La Giunta regionale, in attuazione del citato intervento previsto dal Piano di Rientro, ha approvato con la deliberazione 6 marzo 2007, n. 139 l’ “Atto di indirizzo per l’adozione dell’atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio”, sulla base del quale sono stati successivamente adottati i previgenti Atti Aziendali poi pubblicati sul BURL.

Sulla base dei mutamenti normativi e di contesto successivamente intervenuti, la Regione già nel corso dell’anno 2013 aveva provveduto ad adottare delle Linee Guida per l’adozione dei nuovi Atti Aziendali, successivamente dapprima sospese e poi da ultimo annullate anche al fine di recepire le indicazioni fornite dai Ministeri vigilanti.

Le presenti Linee Guida vanno dunque a sostituire quelle già adottate con DCA 206 del 28 maggio 2013 e tengono conto elementi di contesto di seguito brevemente descritti.

1.4 I Parametri elaborati dal Comitato LEA

Il Comitato LEA ha adottato i seguenti standard nazionali per l’individuazione delle strutture complesse e semplici, sanitarie e non, delle Aziende del SSR:

TIPO STRUTTURA		INDICATORE	STANDARD
STRUTTURE COMPLESSE PREVISTE	OSPEDALIERE	Posti Letto Pubblici Regione/ SC Ospedaliere Regione	17,5
	NON OSPEDALIERE	Pop. Residente Regione/ SC Non Ospedaliere Regione	1 ogni 13.515 residenti (per Regioni con Pop.>2,5 mln)
STRUTTURE SEMPLICI TOTALI PREVISTE (comprese le dipartimentali)		Strutture Semplici Totali/ Strutture Complesse Totali	1,31 ogni struttura complessa

Per effetto di tale documento, le Regioni che hanno sottoscritto un Piano di Rientro dai disavanzi sanitari devono emanare apposite direttive al fine di dare alle Aziende Sanitarie specifiche indicazioni per contenere il numero delle strutture semplici e complesse entro i limiti previsti dai predetti standard, fermi restando comunque i vincoli finanziari ed organizzativi previsti per il personale dai rispettivi Piani di rientro e/o Programmi Operativi ovvero, qualora non ancora approvati dai Ministeri affiancanti, dalla legislazione vigente in materia di personale.

Il Ministero della Salute, con nota del 16 luglio 2012 prot. n. 17867, ha precisato che lo standard è da intendersi riferito a livello regionale. Ogni Regione, nell'ambito della propria autonomia gestionale e organizzativa, potrà emanare direttive, fermo restando l'obiettivo del raggiungimento di tale standard su scala regionale.

1.5 I Programmi Operativi 2013-2015

Il Commissario ad Acta per la realizzazione del Piano di Rientro, nelle more dell'approvazione del nuovo Patto per la Salute 2013-2015, attualmente all'esame della Conferenza Stato-Regioni, ha adottato con decreto del 6 dicembre 2013 n. U00480 i nuovi Programmi Operativi per gli anni 2013-2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi del settore sanitario, dando attuazione a quanto già previsto dall'articolo 13, comma 14, del Patto per la Salute 2010-2012 approvato dall'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009.

Tenuto conto che detti Programmi Operativi sono stati adottati dalla Struttura Commissariale in data antecedente alla nomina del nuovo Sub Commissario, si è proceduto alla formulazione di una nuova proposta degli stessi, in sostituzione di quelli adottati con il citato DCA n. U00480/13, che è stata validata dai Ministeri affiancanti, ed approvata con DCA n. 247 del 25 luglio 2014.

Anche nella nuova edizione dei Programmi Operativi 2013-2015 si recepiscono gli standard elaborati dal Comitato LEA per la riduzione delle Unità Operative Complesse e Semplici sanitarie e non.

Nei Programmi Operativi 2013-2015 viene previsto tra l'altro, nell'ambito delle principali operazioni sulla rete di offerta, di dar corso ai seguenti interventi di riorganizzazione:

- a) l'accorpamento dell'IRCCS "Lazzaro Spallanzani" con l'IRCCS "IRE-ISG" e conseguente istituzione di una unica Direzione Generale, Sanitaria ed Amministrativa, mantenendo separate le direzioni scientifiche ai fini del mantenimento della specificità degli stessi;
- b) la trasformazione del San Filippo Neri da Azienda Ospedaliera a Presidio Ospedaliero a gestione diretta della ASL Roma E, mediante fusione per incorporazione del S. Filippo Neri nella ASL Roma E.
- c) l'integrazione tra la ASL Roma A e la ASL Roma E;
- d) la totale dismissione del Presidio Ospedaliero Forlanini con trasferimento dell'attività sanitaria al Presidio San Camillo;
- e) l'impegno della Regione ad approvare, previo interessamento della parte privata, un programma finalizzato alla definitiva riconduzione del sistema di convenzionamento tra le aziende sanitarie locali e le strutture private non accreditate (ex Pii Istituti) nell'alveo della gestione tipizzata di cui all'articolo 8 del D.Lgs n. 502/92 e ss.mm.ii.

1.6 La Rete Ospedaliera

La rete ospedaliera è determinata in conformità alla programmazione sanitaria regionale. La Regione, con i Programmi operativi 2013-2015, ha inteso ridefinire la rete ospedaliera pubblica e privata per acuti e post acuti al fine di consentire il raggiungimento dello standard di 3,7 per 1.000 abitanti (di cui 0,7 per riabilitazione e lungodegenza post acuzie) stabilito dalla L.135/2012. Attualmente il numero di posti letto è pari a 3,8 per 1.000 abitanti, di cui il 3,1 per acuti e lo 0,7 per post acuti.

In tale contesto è stato, inoltre, rimodulato l'assetto della rete dell'emergenza, delle patologie "tempo dipendenti" e materno-infantile-pediatria. Tali interventi dovranno essere condotti parallelamente e sinergicamente al potenziamento dell'attività territoriale, anche mediante l'attivazione delle Case della Salute.

La stesura degli atti aziendali dovrà essere coerente con quanto previsto nei PO 2013-2015 e provvedimenti collegati. In particolare, dovrà tenere conto delle seguenti indicazioni:

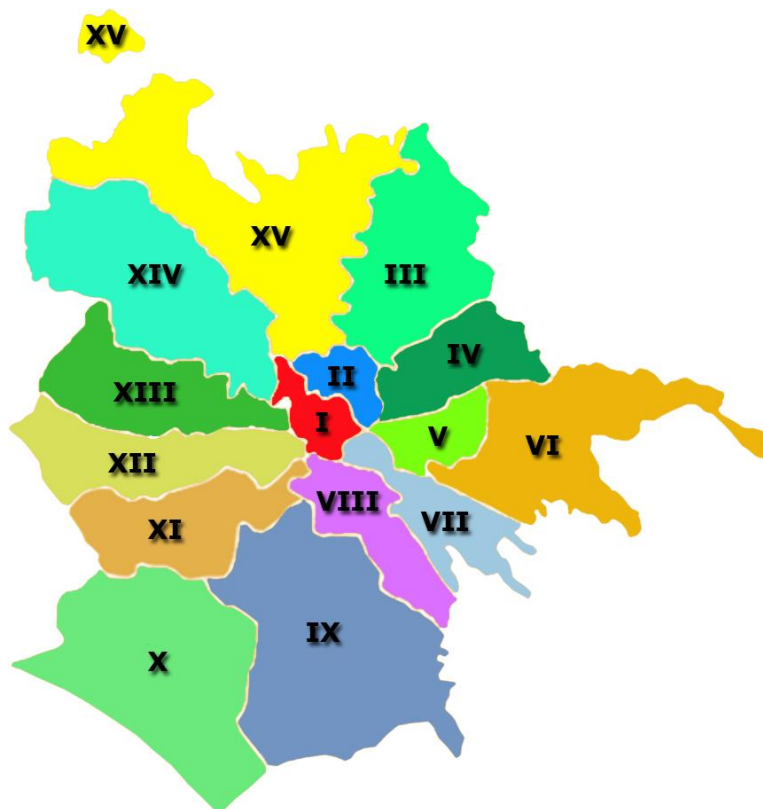
- a) Adeguamento del numero di posti letto a quanto programmato, al fine di consentire il raggiungimento dello standard fissato dalla L.135/2012.
- b) Organizzazione, secondo il modello dipartimentale, in strutture complesse, semplici e semplici dipartimentali, con adeguamento del numero di unità operative in rapporto a quanto definito dai parametri standard.
- c) Le UO vanno calcolate applicando i parametri standard del Comitato LEA alla dotazione di PL programmata.
- d) nel numero totale delle UOC ospedaliere devono essere conteggiate anche le UOC senza posti letto (es. Direzione sanitaria, Farmacia, Servizi diagnostici).
- e) Razionalizzazione del numero complessivo dei Dipartimenti, da attuare contestualmente alla riorganizzazione della rete di offerta secondo modalità organizzative innovative delle UOC e delle UOS. I Dipartimenti vanno realizzati evitando la frammentazione o la duplicazione di funzioni, tenendo conto delle specificità organizzative e territoriali delle singole Aziende Sanitarie. Il Dipartimento aggrega strutture organizzative affini o complementari che perseguono finalità comuni, pur conservando ciascuna la propria autonomia e responsabilità professionale.
- f) L'atto aziendale istituisce Dipartimenti che aggregano almeno 6 Strutture operative (complesse e

semplici dipartimentali), di cui almeno 4 complesse. Eccezioni al numero minimo di strutture sono ammesse solo se e quando previste da specifici atti e provvedimenti regionali. Le strutture complesse e semplici dipartimentali fanno capo strutturalmente ad un solo dipartimento, pur potendo partecipare funzionalmente anche ad altri Dipartimenti.

- g) Nelle Aziende Ospedaliere e nei Policlinici Universitari sede di DEA dove è presente una attività ostetrica, neonatologica e pediatrica di elevata complessità, i tre ambiti assistenziali non possono essere separati in diversi Dipartimenti.
- h) Adozione di misure organizzative volte al tendenziale superamento del concetto di posto letto assegnato alla singola Unità Operativa ed evoluzione verso un'organizzazione per area assistenziale ad intensità di cure per acuti (medica, chirurgica, critica, materno-infantile-pediatrica) e la creazione di moduli polispecialistici di Day Hospital medico e chirurgico (con l'eccezione dei DH relativi alle discipline di Pediatria e Psichiatria).
- i) Organizzazione, secondo quanto previsto nei PO 2013-2015 e provvedimenti collegati, delle UO di chirurgia in moduli funzionanti 5 giorni a settimana - week hospital (DCA 921/2006 "Approvazione linee guida preliminari per la introduzione dell'ospedale su cinque giorni nella rete di offerta ospedaliera del Lazio") finalizzata alla promozione dell'appropriatezza organizzativa e dell'ottimizzazione delle risorse di personale.
- j) Riconversione delle strutture ospedaliere nei presidi territoriali programmati.
- k) Adeguamento delle strutture allo specifico ruolo previsto all'interno delle reti dell'emergenza, delle patologie "tempo dipendenti" e di quelle specialistiche.
- l) Eliminazione di eventuali duplicazioni di funzioni assistenziali e relative strutture organizzative, sia semplici che complesse.

1.7 La nuova configurazione dei Municipi di Roma Capitale

Con le deliberazioni n. 8 del 7 marzo 2013 e n. 11 dell'11 marzo 2013, l'Assemblea Capitolina ha approvato lo Statuto di Roma Capitale ed ha previsto, all'articolo 26, che il territorio di Roma Capitale, al fine di adeguare l'azione amministrativa dell'Ente alle esigenze del decentramento, fosse articolato appunto in 15 Municipi, e ne ha altresì approvato la relativa delimitazione territoriale. Tale nuova articolazione territoriale risulta dalla seguente figura:



Al fine di adeguare il territorio delle Aziende alla nuova articolazione dei Municipi di Roma Capitale, si rende necessario rivedere gli ambiti territoriali delle Aziende che insistono sul territorio del Comune di Roma. Il relativo procedimento si svolgerà secondo la normativa vigente. Nelle more della conclusione di tale procedimento, le Aziende sono invitate ad individuare negli Atti Aziendali adeguati meccanismi interaziendali di coordinamento,

secondo quanto meglio precisato nella parte dedicata specificamente ai Distretti.
In questi casi, nell'iter di adozione dell'Atto Aziendale, dovranno essere previsti momenti di confronto e concerto tra le Aziende interessate dalle modifiche (ASL ROMA A, ASL ROMA B, ASL ROMA C, ASL ROMA E).

2. AMBITO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

I destinatari principali delle presenti direttive sono:

- ✓ **le seguenti dodici aziende territoriali** istituite dall'articolo 5 della legge regionale n. 18/1994, denominate specificatamente Aziende Sanitarie Locali:
 1. Azienda Sanitaria Locale Roma A
 2. Azienda Sanitaria Locale Roma B
 3. Azienda Sanitaria Locale Roma C
 4. Azienda Sanitaria Locale Roma D
 5. Azienda Sanitaria Locale Roma E
 6. Azienda Sanitaria Locale Roma F
 7. Azienda Sanitaria Locale Roma G
 8. Azienda Sanitaria Locale Roma H
 9. Azienda Sanitaria Locale Latina
 10. Azienda Sanitaria Locale Frosinone
 11. Azienda Sanitaria Locale Viterbo
 12. Azienda Sanitaria Locale Rieti

- ✓ **le seguenti due Aziende Ospedaliere di rilievo nazionale** istituite dall'articolo 6 della stessa legge:
 1. Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
 2. Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata

- ✓ **L'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria A.R.E.S. 118, istituita con la L.R. n. 9/2004**

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 sanitari di diritto pubblico presenti sul territorio della Regione Lazio, che sono in particolare:

- ✓ **le seguenti tre strutture sanitarie universitarie:**
 1. Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I°, sede della I° Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" (azienda ospedaliera universitaria integrata con il Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lett. a), del D.Lgs. n. 517/99).
 2. Policlinico Tor Vergata, sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" (azienda ospedaliera universitaria integrata con il Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lett. a), del D.Lgs. n. 517/99).
 3. Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea, sede della II° Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" (azienda ospedaliera universitaria integrata con l'Università ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lett. b) del D. Lgs. n. 517/99).

- ✓ **gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico** non trasformati in fondazioni insistenti sul territorio regionale.

Si rammenta:

- a) che andranno rivisti i confini territoriali delle Aziende ROMA A, ROMA B, ROMA C, ROMA E, sia per l'adeguamento alla nuova articolazione di Roma Capitale, sia per la fusione disposta dai Programmi Operativi tra ASL ROMA A e ASL ROMA E: a tal fine andranno previsti negli Atti Aziendali adeguati meccanismi di integrazione e coordinamento tra Aziende;
- b) che l'Azienda Ospedaliera San Filippo Neri non è annoverata tra i destinatari delle presenti Linee Guida in quanto destinata – sulla base dei medesimi Programmi Operativi – a trasformarsi in Presidio della ASL ROMA E a partire dal 1° gennaio 2015;
- c) che gli IRCCS IRE – ISG e SPALLANZANI andranno a fondersi in unico Istituto mantenendo la separazione delle Direzioni Scientifiche, e che pertanto dovrà essere predisposto un unico Atto Aziendale.

3. I PRINCIPI CARDINE DEI PROGRAMMI OPERATIVI 2013-2015

Nella predisposizione degli Atti Aziendali occorre tenere nella debita considerazione i principi che hanno ispirato i Programmi Operativi 2013/2015, con particolare riferimento alla riorganizzazione dell'offerta assistenziale, al potenziamento delle cure primarie ad allo sviluppo della rete territoriale.

Gli interventi e le azioni previsti nei Programmi Operativi 2013-2015 della Regione Lazio identificano nei seguenti valori/obiettivi, le coordinate su cui le Aziende Sanitarie Regionali dovranno delineare le scelte organizzative nell'Atto aziendale:

- ✓ Presa in carico "globale" della persona con i suoi bisogni di salute
- ✓ Presa in carico "attiva" della fragilità e della cronicità
- ✓ Prossimità e accessibilità dei servizi
- ✓ Misurabilità e valutazione delle prestazioni, della performance delle singole strutture organizzative e degli esiti
- ✓ Sicurezza delle cure
- ✓ Integrazione ospedale e territorio
- ✓ Multidisciplinarietà e integrazione professionale
- ✓ Efficientamento della gestione
- ✓ Integrazione di funzioni interaziendali;
- ✓ Revisione del sistema delle regole di accesso (autorizzazione, accreditamento e accordi contrattuali) degli erogatori pubblici e privati al Servizio Sanitario Regionale, nonché del sistema delle regole di remunerazione delle attività, del sistema di controllo e della trasparenza;
- ✓ Governo della rete degli erogatori;
- ✓ Sviluppo di politiche di valorizzazione delle risorse umane e professionali;
- ✓ Razionalizzazione del numero delle strutture attivabili, in modo da evitare duplicazioni di discipline nei medesimi ambiti assistenziali, sovrapposizione di funzioni e/o frammentazione dell'offerta;

Gli atti aziendali adottati dalle Aziende verranno valutati dalla Regione in fase di approvazione anche alla luce dei principi sopra elencati.

La riorganizzazione della rete ospedaliera è finalizzata alla promozione dell'appropriatezza organizzativa e clinica delle cure, nonché alla razionalizzazione ed all'efficientamento di tutta l'offerta assistenziale. Sul versante dell'offerta ospedaliera per acuti, si è assistito nel tempo ad incremento e duplicazione di discipline nei medesimi ambiti assistenziali con parcellizzazione dell'offerta e della produzione e volumi di attività in alcuni casi molto bassi, creando condizioni di inappropriatezza e ridotta qualità assistenziale. Permangono a tutt'oggi nella rete ospedaliera regionale, elevate differenze e variabilità non sempre giustificate: nella qualità delle prestazioni, nei risultati di outcome, nei conti economici.

E' quindi necessario ridefinire un sistema articolato in reti, il cui principio guida è il raggiungimento di percorsi assistenziali appropriati. Queste reti devono basarsi su modelli organizzativi flessibili che integrino fra loro le diverse articolazioni della stessa struttura ospedaliera e assicurino l'integrazione fra diversi ospedali, in una logica bidirezionale Hub e Spoke, e l'integrazione dell'ospedale con i servizi territoriali.

In questo contesto deve trovare spazio adeguato il processo di trasformazione del complesso ospedaliero organizzato per discipline specialistiche in complesso ospedaliero organizzato per aree omogenee per intensità di cura.

In tale percorso trovano la collocazione appropriata anche i privati accreditati.

Il sistema "a rete" deve essere il modello di riferimento su cui si riorganizza l'offerta assistenziale: infatti le reti sono costruite secondo il modello "hub & spoke", sulla base del quale sono attribuite le condizioni cliniche caratterizzate dalla maggiore o minore complessità clinico-organizzativa.

Il modello Hub e spoke prevede la concentrazione dell'assistenza di maggiore complessità in centri di eccellenza (hub), e l'invio a questi ultimi da parte delle sedi spoke, che riassumono in carico i pazienti terminata la fase di gestione da parte del centro hub (back transport), I differenti nodi della rete quindi si configurano in rapporto alla capacità strutturale, alla complessità tecnologica ed alla presenza di specifiche competenze professionali, evidenziando come la funzione di hub sia correlata e definita da:

- ✓ presenza e livello delle specifiche competenze professionali,
- ✓ dimensioni della struttura,
- ✓ dotazioni tecnologiche
- ✓ presenza di percorsi assistenziali
- ✓ volumi di attività

- ✓ qualità degli esiti

L'articolazione a rete è differenziata, in relazione alla presenza di discipline di base, diffuse in tutti i nodi della rete di ricovero, ovvero di discipline specialistiche che vedono concentrate le attività di diagnosi, cura, riabilitazione, in un numero più limitato di strutture. Il rispetto di volumi di attività definiti nei Decreti relativi alle Reti di Specialità ed altri che verranno stabiliti dalla Regione sulla base delle evidenze scientifiche comporteranno l'eliminazione di duplicazioni e della frammentazione dell'offerta, che comporta rischi per i pazienti e diseconomie.

Oltre a prevedere la riorganizzazione delle attività ospedaliere secondo un modello per intensità assistenziale, è necessario considerare che il progressivo spostamento delle attività e delle risorse verso il setting assistenziale territoriale, ivi comprese l'assistenza residenziale e semiresidenziale, modificherà il modello organizzativo complessivo.

Pertanto, alla luce di quanto sopra, le Aziende si daranno, con i propri Atti Aziendali, una organizzazione coerente con le indicazioni contenute nei Programmi Operativi rispetto a:

- ✓ ruolo previsto dalla programmazione regionale per ogni struttura all'interno delle reti dell'emergenza, delle reti "tempo dipendenti" e di quelle specialistiche.
- ✓ organizzazione per intensità assistenziale prevedendo l'applicazione di tale modello in tutte le articolazioni organizzative - salvo quelle interessate da vincoli strutturali non risolvibili in breve tempo - mediante la realizzazione di aree di ricovero gestite in modo funzionale per diversi livelli di intensità; tale modello può essere realizzato anche attraverso l'accorpamento di più stabilimenti in un unico Presidio.
- ✓ assistenza basata su percorsi, anche prevedendo reti professionali plurispecialistiche;
- ✓ valorizzazione del ruolo di tutte le professionalità secondo i principi dell'integrazione professionale e della medicina basata sulle prove di efficacia.

In particolare, l'offerta di posti letto ospedalieri collocati in strutture pubbliche previsto dal PO 2013-2015 è pari a 11.063 posti letto.

Le mutate esigenze epidemiologiche ed assistenziali della popolazione e la necessità di una riqualificazione e riorganizzazione della rete ospedaliera, richiede la riorganizzazione dei sistemi di cura territoriali che devono assicurare la realizzazione di un sistema delle cure in grado di fornire livelli assistenziali di qualità, sicurezza, appropriatezza e sostenibilità, secondo una logica di prossimità. La rete territoriale e il sistema delle cure primarie sono fondamentali per modificare gli attuali assetti verso modalità organizzative che privilegino la continuità, l'equità, l'accesso alle cure, la prossimità dei servizi, l'integrazione tra attività sanitaria e sociale. E' pertanto necessario superare la frammentazione e disomogeneità dell'attuale offerta sanitaria sul territorio, per garantire ai cittadini una presa in carico reale e continuativa, in tutte le fasi e momenti del proprio percorso diagnostico-assistenziale-terapeutico, in ambito sia assistenziale che socio-sanitario.

All'interno della rete delle cure primarie particolare attenzione dovrà essere data alla Continuità Assistenziale, che deve, da un lato, garantire la continuità della presa in carico dell'assistenza primaria e dall'altro assicurare una prima risposta ai percorsi clinici dell'emergenza – urgenza. Questa funzione di "ponte" tra due ambiti assistenziali che operano con logiche organizzative sostanzialmente differenti, rende nevralgica l'esplicitazione delle peculiari attività, ed è quindi necessario che nell'Atto Aziendale delle Asl sia adeguatamente descritto il modello organizzativo in grado di contemperare il raccordo delle cure primarie (Equipe Territoriali/Case della Salute) con il sistema territoriale di emergenza – urgenza.

Nella definizione e nell'articolazione dei percorsi e dei processi di presa in carico e continuità dell'assistenza, la dimensione dell'integrazione socio-sanitaria è condizione necessaria per il garantire il pieno diritto alla cura. Gli elementi fondamentali del modello di integrazione socio-sanitaria sono:

- ✓ La valutazione multidimensionale del bisogno, individuando i diversi gradi di complessità della condizione del paziente, dal punto di vista assistenziale, sanitario, socio-relazionale ed ambientale.
- ✓ L'unitarietà dell'intervento e del percorso assistenziale, con il contributo di tutti i professionisti impegnati nel percorso di cura.
- ✓ Il progetto/piano assistenziale personalizzato, che tenga conto degli obiettivi di salute da raggiungere, del responsabile del caso (case manager) e della verifica delle azioni compiute sotto il profilo della qualità e degli esiti.

Il modello organizzativo attraverso cui attuare la presa in carico nel percorso di cura nell'ambito delle diverse articolazioni della rete territoriale, dovrà necessariamente prevedere un' equipe multidisciplinare in grado di garantire qualitativamente ed efficacemente la risposta più appropriata al bisogno di salute della persona.

Lo sviluppo della “rete territoriale” deve inoltre garantire lo sviluppo di un processo verso modelli di pratica professionale con le caratteristiche della “sanità di iniziativa”, secondo i principi, le strategie e gli strumenti propri dei modelli innovativi ed efficaci di gestione della cronicità (*Chronic care model*).

L'organizzazione prefigurata deve garantire un modello di integrazione e condivisione delle competenze dei professionisti, che possono operare indifferentemente nei diversi punti della rete con un luogo di attività che può prescindere dall'azienda di appartenenza; tale criterio di passaggio del professionista nella rete, dev'essere garantito dall'ospedale al territorio nella stessa azienda o interaziendale tra azienda ospedaliera e azienda territoriale (rete aziendale ed interaziendale dei professionisti).

4. RAZIONALIZZAZIONE DEL NUMERO DELLE STRUTTURE

4.1. I parametri elaborati dal Comitato LEA

La metodologia seguita per l'individuazione degli standard è quella adottata dal Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, già indicata nel precedente punto 1.4

La Regione tuttavia deve tener conto, nel contingente complessivo di strutture derivanti dall'applicazione degli standard suddetti, anche delle funzioni regionali, ed in particolare di quelle svolte:

- ✓ dall'ARES 118;
- ✓ dal Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitari Regionale, istituito presso l'Azienda ASL Roma E;
- ✓ del Centro Regionale Trapianti, istituito presso l'A.O. San Camillo Forlanini;
- ✓ del Centro Regionale Sangue, istituito presso l'A.O. San Camillo Forlanini

nonché da tutte quelle altre articolazioni organizzative che svolgano funzioni di rilevanza regionale o comunque sovra aziendale. A tal fine – nonché allo scopo di riequilibrare situazioni di effettiva disparità di complessità strutturale, non riconducibile unicamente alle variabili posto letto e popolazione residente – la Regione si riserva una quota di Unità Operative corrispondente al 5% del contingente complessivo delle UOC Ospedaliere e di quelle non ospedaliere (31+21).

Pertanto, nel calcolare il numero delle UOC Ospedaliere e non Ospedaliere in ragione dei parametri sopra descritti, si dovrà tenere conto della percentuale del 5% riservata alla Regione.

Si precisa che i Dipartimenti eventualmente previsti non concorrono a formare il numero complessivo delle strutture complesse e che in tale numero complessivo devono essere ricomprese anche le funzioni di staff se organizzate in Unità Operative.

4.2 Le Strutture Complesse e Semplici

Le strutture organizzative, laddove non previste da specifiche norme, devono essere costituite solo in presenza di elementi oggettivi che le giustificano (bacino di utenza, volumi di produzione, complessità della casistica trattata, risorse economiche gestite, rilevanza e complessità delle tecnologie utilizzate, contingente di personale assegnato, organizzazione autonoma, etc.), evitando la duplicazione di strutture aventi ad oggetto discipline nei medesimi ambiti assistenziali.

Le strutture complesse costituiscono articolazioni organizzative alle quali è attribuita la responsabilità professionale e clinica, nonché di gestione di risorse umane direttamente assegnate.

La denominazione e le funzioni di pertinenza delle strutture cliniche e territoriali devono corrispondere alle discipline di cui al DPR 484/97. Per quelle territoriali la riconduzione alla disciplina di riferimento è esplicitata nella declaratoria delle relative funzioni.

Le strutture semplici a valenza dipartimentale sono articolazioni organizzative con specifiche responsabilità professionale e clinica costituite limitatamente all'esercizio di funzioni sanitarie strettamente riconducibili alle discipline ministeriali di cui al DM 30.01.1998 e s.m.i., la cui complessità organizzativa non giustifica l'attivazione di strutture complesse.

Le strutture semplici costituiscono, di norma, articolazioni organizzative interne delle strutture complesse; devono svolgere un'attività specifica ben identificabile e pertinente a quella della struttura complessa di cui costituiscono articolazione, ma non complessivamente coincidente con le attività di questa.

Per evitare la proliferazione di strutture organizzative, le aziende sanitarie devono favorire la valorizzazione delle competenze e professionalità ricorrendo al conferimento di incarichi dirigenziali di natura professionale anche di alta specializzazione

Ai fini della razionalizzazione del sistema di offerta e della riduzione della spesa, comunque senza oneri aggiuntivi, possono essere perseguite forme di collaborazione per la gestione coordinata di servizi erogati in più aziende sotto la direzione di un'unica struttura complessa incardinata in una di esse

Le aziende sanitarie interessate regolano, tramite convenzioni, l'organizzazione e i rapporti giuridici ed economici che ne permettono l'operatività.

Entro i limiti numerici previsti dagli standard elaborati dal Comitato LEA per le strutture semplici e complesse, le aziende sanitarie devono prevedere un'organizzazione aziendale per la gestione dell'attività propria delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della prevenzione, della riabilitazione e ostetrica, eventualmente anche ricorrendo alla istituzione di un Dipartimento delle professioni sanitarie.

4.3. Il numero dei posti letto pubblici e la popolazione residente

Nella Regione Lazio il numero dei posti letto pubblici è pari a 11.063, suddivisi tra Aziende secondo quanto riportato analiticamente nell'allegato 1.

Il numero degli abitanti nella Regione Lazio – quale risultante dal bilancio demografico al 31 dicembre 2013 pubblicato sul sito dell'ISTAT - è riportato nell'Allegato 1, così come la suddivisione per Distretti.

Dall'applicazione degli standard discende altresì il principio della necessità di adeguamento degli atti aziendali alle variazioni anagrafiche ed alle modificazioni della programmazione regionale della configurazione dell'offerta sanitaria dei presidi ospedalieri, anche in conseguenza di provvedimenti normativi nazionali e regionali: tale principio deve essere recepito e codificato negli atti aziendali di tutte le aziende del SSR, in quanto espressione del principio di efficienza dell'azione amministrativa.

Coerentemente con tale premessa, le presenti Linee Guida intendono regolare l'assetto dell'area ospedaliera e dell'area non ospedaliera.

La definizione del contingente numerico di strutture aziendali deve essere quindi conforme agli standard minimi suddetti e deve altresì tener conto del contingente del 5% che la Regione si riserva per tutelare alcune specificità anche interaziendali e regionali.

In sede di verifica regionale degli Atti Aziendali il rispetto dei suddetti parametri sarà valutato complessivamente ai fini dell'approvazione.

Il rispetto dei parametri standard impone che siano computate nel numero complessivo anche le strutture amministrative e di supporto.

Per le strutture ospedaliere l'applicazione dei parametri deve essere effettuata con riferimento ai posti letto programmati secondo quanto contenuto nei Programmi Operativi 2013/2015.

Le Aziende possono, per far fronte a specifiche esigenze aziendali, nel rispetto del plafond di unità derivante dall'applicazione degli standard, e nei limiti del 10% dello stesso, derogare alla regola della ripartizione delle unità in ospedaliere e non ospedaliere, potendo eventualmente distribuire diversamente le unità operative tra quelle ospedaliere e quelle non ospedaliere.

5. ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLE AZIENDE SANITARIE

5.1 I criteri generali dell'organizzazione aziendale

L'organizzazione aziendale dev'essere articolata in riferimento a criteri di generale orientamento alla flessibilità e responsabilizzazione diffusa. Le presenti linee guida sono finalizzate a consentire alle aziende di adottare soluzioni organizzative adeguate alle proprie specifiche esigenze gestionali, migliorando la qualità e l'efficienza dell'assistenza erogata. L'autonomia delle aziende in tema di organizzazione si accompagna alla loro responsabilizzazione sia in termini di risultati assistenziali, che di risultati gestionali ed economici sulla base delle risorse assegnate.

Per rispondere all'obiettivo posto – autonomia aziendale nella scelta dell'organizzazione interna – le presenti linee guida non definiscono puntualmente un modello organizzativo nè il numero di strutture per singole macro-articolazioni, ma criteri generali che le Aziende Sanitarie devono considerare nella definizione della propria struttura organizzativa:

- a. caratteristiche della rete delle strutture a gestione diretta presenti sul territorio, attuale e in prospettiva, tenendo conto della presenza di altri soggetti erogatori, pubblici e privati accreditati;
- b. valutazione dell'impatto della soluzione scelta in termini di miglioramento quali-quantitativo dei livelli assistenziali: maggiore appropriatezza del sistema di risposta ai bisogni assistenziali, continuità assistenziale, riduzione dei tempi di attesa;
- c. dimensionamento delle strutture tale da garantire il raggiungimento della soglia minima quali-quantitativa di attività che garantisca l'efficienza gestionale, la sicurezza delle cure e la qualità assistenziale;
- d. aggregazione delle attività complementari o simili in dipartimenti o altre forme di aggregazione;
- e. efficienza gestionale, in termini di rapporto tra costi di produzione e valorizzazione della produzione, tariffaria e per funzioni;
- f. orientamento all'innovazione dei processi assistenziali e gestionali

Le Aziende sono articolate in Direzione Aziendale e Strutture Operative: Dipartimenti, Distretti, Aree funzionali, Staff alla Direzione Aziendale e Servizi Amministrativi e Tecnici.

L'organizzazione dei Dipartimenti, dei Distretti, dello Staff e dei Servizi Amministrativi e Tecnici è strutturata in articolazioni che aggregano risorse multi professionali, tecnologiche ed economiche ed assicurano, attraverso la direzione e l'organizzazione delle attività, il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

La valenza strategica, la complessità organizzativa, il contenuto tecnico professionale ed il livello di autonomia sono gli elementi che caratterizzano l'articolazione e ne specificano le diverse responsabilità.

5.2. I Dipartimenti

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali e va inteso come centro di responsabilità.

Il dipartimento costituisce tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati, nell'ottica di condivisione delle risorse.

Il dipartimento aggrega strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuna la propria autonomia clinica e professionale, sono tra loro interdipendenti nel raggiungimento degli obiettivi e nell'utilizzo delle risorse.

L'atto aziendale definisce i dipartimenti aziendali ed interaziendali e le strutture organizzative aziendali afferenti. L'individuazione dei dipartimenti deve essere effettuata evitando la frammentazione o la duplicazione di funzioni, tenendo conto delle peculiarità organizzative e territoriali delle singole aziende sanitarie e delle esigenze di coordinamento ed integrazione. Alcune strutture, in ragione delle relative peculiarità, possono non essere aggregate in un dipartimento.

Le strutture complesse fanno capo strutturalmente ad un solo dipartimento.

Per ogni dipartimento sono individuate le risorse da assegnare in termini di personale, spazi, attrezzature, risorse economiche

Il direttore di dipartimento è nominato dal Direttore Generale con un incarico di durata da due a tre **anni**.

I **dipartimenti**, hanno la responsabilità gestionale delle risorse loro assegnate e sono caratterizzati dalla omogeneità, affinità o complementarietà sotto il profilo delle attività delle risorse umane o tecnologiche impiegate o delle procedure operative adottate.

Costituiscono particolari tipologie di dipartimento:

- ✓ **dipartimenti ad attività integrata (D.A.I.)**, costituiti da strutture a direzione ospedaliera e da strutture a direzione universitaria, al fine di assicurare l'esercizio integrato ed inscindibile delle attività assistenziali,

didattiche e di ricerca. Essi costituiscono il modello dipartimentale ordinariamente adottato dalle aziende ospedaliere universitarie; il Direttore del DAI è nominato dal Direttore Generale previa intesa con il Rettore dell'Università.

- ✓ I **dipartimenti interaziendali**, che possono essere previsti per specifiche funzioni di valenza regionale o sovra aziendale e che aggregano strutture appartenenti ad aziende sanitarie diverse, che perseguono finalità ed obiettivi comuni di gestione integrata di attività. La costituzione dei dipartimenti interaziendali richiede:

1. esplicitazione di finalità e obiettivi del dipartimento;
2. individuazione, per ciascuna azienda partecipante, delle strutture complesse e semplici dipartimentali che costituiscono il dipartimento, con chiara definizione delle relazioni gerarchiche e funzionali;
3. accordo tra le parti, con contestuale approvazione del regolamento, per disciplinare i rapporti (personale, strutture, apparecchiature, posti letto, obiettivi, incentivi, responsabilità etc...), nonché gli aspetti economici. Il regolamento definisce nel dettaglio gli aspetti organizzativi;
4. nomina del direttore di dipartimento da parte del direttore generale dell'azienda dalla quale è giuridicamente dipendente il dirigente della struttura complessa cui si intende affidare l'incarico, previa intesa tra le Aziende interessate.

Possono inoltre essere istituite delle Aree Funzionali, intra o inter-dipartimentali nei casi in cui occorre rafforzare l'integrazione tra strutture che condividono obiettivi e processi assistenziali o gestionali comuni, senza che vi siano le condizioni per l'istituzione di un Dipartimento. In tal caso l'incarico di direzione dell'Area può dar luogo ad una differente graduazione della funzione dirigenziale ma non al diritto a percepire l'indennità aggiuntiva di direzione di Dipartimento di cui all'art. 39 vigente CCNL.

5.2.1 Il Comitato di Dipartimento

Il Comitato di dipartimento, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 17-bis del D.Lgs n. 502/1992 e ss.mm.ii., è un organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e verifica.

Componenti del Comitato di dipartimento sono:

- a) il direttore del dipartimento che lo presiede;
- b) i direttori delle unità operative complesse;
- c) i dirigenti delle unità operative semplici dipartimentali;
- d) i responsabili dipartimentali, in un numero massimo di due, dell'area infermieristica, ostetrica, tecnico-sanitaria, della riabilitazione, di vigilanza ed ispezione e dell'assistenza sociale, ove previsti nel dipartimento;
- e) i dirigenti medici e sanitari, in numero non superiore al 30% dei componenti di diritto, eletti da tutti i dirigenti del dipartimento.

La durata e le modalità di funzionamento del Comitato di dipartimento sono stabiliti dall'Azienda con apposito regolamento, fermo restando che di norma il Comitato di Dipartimento si riunisce per l'esame congiunto delle attività almeno una volta al mese.

Il Comitato di dipartimento definisce le linee di indirizzo clinico ed organizzativo del dipartimento. Esso elabora, inoltre, la proposta di obiettivi gestionali ed assistenziali del dipartimento.

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:

- a) gli obiettivi del dipartimento che verranno negoziati dal direttore dello stesso con la direzione aziendale;
- b) l'acquisizione ed allocazione delle risorse umane e materiali delle singole unità operative e dei rispettivi budget;
- c) le richieste alla Direzione Aziendale in materia di investimenti, con particolare riguardo alle tecnologie;
- d) la verifica della corrispondenza dei risultati di attività ed economici raggiunti rispetto agli obiettivi concordati;
- e) le modalità organizzative del dipartimento nell'ambito clinico, i percorsi assistenziali, la presa in carico, l'appropriatezza ecc.

Il Dipartimento e le Aree Funzionali, rappresentano strumenti per l'innovazione organizzativa e gestionale, attraverso il coordinamento e la gestione integrata di funzioni complesse. In tali articolazioni organizzative si realizzano convergenze di competenze e di esperienze scientifiche, tecniche ed assistenziali allo scopo di

ottimizzare risorse ed attività perseguendo obiettivi e finalità comuni in una logica d'integrazione e sviluppo della rete ospedaliera e territoriale.

5.3 Organizzazione dipartimentale dell'area ospedaliera

L'aggregazione dipartimentale dell'area ospedaliera può essere effettuata sulla base di diversi criteri, quali:

- ✓ intensità e gradualità delle cure;
- ✓ aree funzionali omogenee;
- ✓ organo/apparato;
- ✓ altro.

A prescindere dalla tipologia, l'individuazione delle strutture dipartimentali deve essere orientata al modello di organizzazione per intensità e gradualità delle cure, per favorire il progressivo superamento dell'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica, e realizzare la reale integrazione dell'attività dei professionisti nella rete di assistenza, la collaborazione multidisciplinare e lo sviluppo dei percorsi di cura a livello inter-ospedaliero, nonché il dialogo tra gli specialisti ed i medici di medicina generale.

5.4 Il Dipartimento di Salute Mentale

Il Dipartimento di Salute Mentale, istituito in tutte le Aziende ASL, rappresenta il riferimento ed il garante clinico per la tutela della salute mentale, e si estrinseca nell'organizzazione unitaria e coerente delle varie articolazioni strutturali e funzionali in cui si esprime la presa in carico dei bisogni di salute mentale della popolazione regionale di riferimento, anche detenuta. Pertanto opera per la prevenzione, la cura e la riabilitazione di ogni forma di disagio mentale, privilegiando interventi personalizzati ed intervenendo prioritariamente sul territorio secondo una logica di psichiatria e di psicologia di comunità. Il DSM coordina sotto un'unica direzione le attività territoriali e ospedaliere, pubbliche e private accreditate dell'assistenza per la salute mentale.

E' un dipartimento strutturale transmurale (territoriale e ospedaliero), dotato di autonomia tecnico-organizzativa. Collabora, nella forma ritenuta più idonea dalla Direzione Generale, con i servizi per le Patologie delle Dipendenze e con i Servizi per la Tutela della Salute Mentale e della Riabilitazione in Età Evolutiva

Il DSM comprende più unità operative complesse finalizzate al completo sviluppo e all'integrazione degli interventi preventivi e terapeutico-riabilitativi.

Il Direttore del Dipartimento coordina la rete complessiva dei servizi territoriali e ospedalieri, pubblici e privati accreditati dell'assistenza per la salute mentale che insistono sul territorio aziendale e gestisce la quota del budget aziendale destinato alla tutela della salute mentale nel perseguimento degli obiettivi assegnati.

Il Dipartimento di Salute Mentale, attraverso le proprie strutture, garantisce tutte le funzioni previste dalla normativa vigente (D.P.R. 10.11.1999), ivi comprese: il controllo dei ricoveri degli utenti, di competenza territoriale, attraverso la Unità Valutativa Multidimensionale; la diagnosi ed il trattamento dei pazienti con disagio e patologie psichiche in ambito detentivo; i percorsi di reinserimento sociale e lavorativo per i pazienti provenienti dagli OPG; la promozione e la gestione di alloggi comunitari.

Presso il DSM è costituita la Consulta della Salute Mentale, che coadiuva il Direttore del Dipartimento, a cui partecipano i rappresentanti di Associazioni di familiari, di utenti e di volontari che operano in partnership con i servizi.

5.5 Il Dipartimento di Prevenzione

Il Dipartimento di Prevenzione è la principale articolazione di riferimento per il macrolivello dei LEA "Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro" ed è, quindi, la struttura operativa aziendale che deve garantire detta assistenza, perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità, attraverso azioni coordinate con le altre strutture territoriali ed ospedaliere, volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale.

Nell'ambito del Dipartimento, la prevenzione e la promozione della salute devono essere vissuti come un investimento fondamentale per affrontare al meglio le malattie croniche e dare maggiore qualità alla vita delle persone, non ancorando più il Dipartimento ad un ruolo meramente ispettivo e certificativo. In tal senso, i Dipartimenti di Prevenzione devono divenire propulsori e coordinatori di interventi di promozione della salute e di prevenzione sul territorio.

Nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione devono essere quindi garantite le funzioni di screening attraverso l'attivazione di specifici programmi, che costituiscono Livelli Essenziali di Assistenza, da rivolgere a tutta la popolazione bersaglio. Detti programmi, con i quali si sviluppano azioni coordinate di promozione, sensibilizzazione ed informazione alla popolazione, sono monitorati e valutati dalla Regione attraverso un sistema di indicatori di processo e di esito.

I Dipartimenti di Prevenzione devono produrre il massimo sforzo di integrazione con le altre istituzioni e con gli altri settori del Servizio Sanitario, al fine di programmare interventi coordinati e complementari. In particolare, è necessario sviluppare ed integrare le attività di promozione della salute con quelle di prevenzione, sviluppando

la sorveglianza epidemiologica, l'informazione all'utenza, l'assistenza alle imprese, la formazione degli operatori, l'educazione sanitaria, l'informazione e la comunicazione del rischio per la salute garantendo l'attività di prevenzione basata sull'evidenza, e che assicuri l'equità sociale degli interventi.

Nell'Atto Aziendale devono essere previsti adeguati meccanismi idonei ad assicurare l'integrazione funzionale per le prestazioni che coinvolgono, in maniera trasversale, altre articolazioni organizzative dell'Azienda.

L'assetto organizzativo del dipartimento di prevenzione è delineato dal D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e dal D.P.C.M. 29.11.2001.

Ai sensi degli artt. 7 ss. del D.lgs 502/92 s.m.i. il Dipartimento di Prevenzione aggrega le funzioni specificamente dedicate a:

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

Le funzioni svolte dal Dipartimento di Prevenzione sono organizzate in rapporto all'omogeneità della disciplina di riferimento, alle funzioni attribuite, nonché alle caratteristiche e alle dimensioni del bacino di utenza (numero dei residenti, numero e complessità delle strutture da sottoporre a controllo, numero delle aziende zootecniche e dei capi di bestiame, etc.), devono sviluppare reciproche forme di integrazione operativa nell'ambito dei rispettivi programmi di attività che prevedono l'esercizio di funzioni affini.

Il modello organizzativo deve inoltre assicurare:

- a) la coerenza ed omogeneità strutturale dell'organizzazione in ogni Azienda ASL;
- b) che le funzioni inerenti la Sanità Pubblica Veterinaria e la Sicurezza Alimentare siano organizzate tenendo dell'Accordo stato regioni n. 46/CSR del 7 febbraio 2013 recepito con DCA U503 del 23/12/2013;

Nelle more del provvedimento normativo che disciplini la nuova delimitazione territoriale delle Aziende che tenga conto della nuova articolazione dei Municipi di Roma Capitale nel numero fissato dal nuovo Statuto, attesa la peculiarità dei provvedimenti, anche sanzionatori, e delle funzioni di controllo istituzionalmente svolte dal Dipartimento di Prevenzione, resta immutata la competenza territoriale dei Dipartimenti di Prevenzione delle Asl ROMA A, B, C, D e E.

Al fine di garantire una migliore fruibilità dei servizi e delle prestazioni da parte delle imprese e dei cittadini, per ridurre i costi di erogazione delle prestazioni, e per sviluppare mappe di rischio integrate che tengano conto dei diversi profili della prevenzione, la Regione promuove l'implementazione di un Sistema informativo unico della prevenzione al quale le Aziende Sanitarie locali dovranno aderire.

5.6 Assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

L'organizzazione aziendale, nelle sue articolazioni, deve prevedere la separazione della linea clinica, il cui governo è affidato ai Dipartimenti a Direzione Clinica, da quella assistenziale, il cui governo è proprio delle UU.OO. delle Professioni Sanitarie, che, a tal fine, possono essere aggregate nel Dipartimento delle Professioni Sanitarie. Tale organizzazione potrà avvalersi di un'articolazione che andrà dalla struttura semplice o complessa fino alla possibilità di istituire, sulla base della complessità aziendale, il Dipartimento dell'assistenza infermieristica, ostetrica e delle Professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione, della prevenzione.

Il Dipartimento, ove previsto, è una struttura dotata di autonomia gestionale, titolare di indirizzo, direzione organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico e riabilitativo, tecnico sanitario e tecnico della prevenzione, nonché degli operatori di supporto assistenziale che operano nell'Azienda.

Tale dipartimento può essere previsto anche in deroga al rapporto indicato nel successivo punto 5.9.3.

Il Dirigente Sanitario responsabile del dipartimento è un operatore appartenente alle professioni di cui alla legge 251/00 in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente ed è scelto tra i Dirigenti delle strutture complesse individuate all'interno del dipartimento stesso e nominato dal Direttore Generale, con il conferimento di un incarico di durata da due a tre anni, così come previsto dal precedente punto 5.2.

Il Dirigente delle strutture semplici o complesse delle professioni infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecniche sanitarie e tecniche della prevenzione, è nominato, attraverso idonea procedura concorsuale ai sensi dell'art. 7 della Legge 251/2000, di cui al DPCM del 25 gennaio 2008 che rende esecutivo l'Accordo, raggiunto in Conferenza Stato Regioni il 15 novembre 2007, concernente la disciplina per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della

professione ostetrica, pubblicato in Gazzetta Ufficiale 26 febbraio 2008, n. 48.

Per le Aziende Sanitarie Locali il Dipartimento può comprendere nella sua articolazione anche le strutture di governo delle professioni sociali.

5.7 Le funzioni di staff alla Direzione Aziendale

Le funzioni di staff devono essere individuate sulla base dei seguenti criteri:

- ✓ supporto al processo di programmazione e di gestione del ciclo della performance;
- ✓ trasversalità delle funzioni svolte;
- ✓ funzioni strategiche essenziali.

Sulla base dei criteri anzi menzionati, si possono comprendere, a titolo esemplificativo, tra le funzioni di staff le seguenti:

- ✓ **Pianificazione strategica, budget, controllo di gestione e sistema di valutazione**, supporta la Direzione Aziendale nella definizione del Piano Strategico Aziendale e del processo di programmazione e di budgeting annuale. Questa funzione garantisce anche il supporto tecnico all'Organismo Indipendente di Valutazione nello svolgimento delle funzioni ad esso assegnate.
- ✓ **Relazioni sindacali**.
- ✓ **Governo della rete degli erogatori, inteso sia come verifica** del possesso e del mantenimento dei requisiti di accreditamento, sia di programmazione e valutazione della rete dell'offerta sia di verifica e controllo della qualità e appropriatezza delle prestazioni sanitarie erogate nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza, e di rispetto dei tetti di prestazioni e budget economici. Svolge una funzione trasversale nell'ambito dei processi di programmazione e governo dell'offerta dei servizi sanitari mediante forme stabili di collaborazione con i Distretti, anche al fine dell'abbattimento delle liste d'attesa.
- ✓ **Ufficio relazioni con il pubblico e comunicazione istituzionale**, assicura la gestione della comunicazione con gli utenti, cura la comunicazione esterna rivolta ai cittadini, alla collettività e ad altri enti, elabora la Carta dei Servizi, coordina il Tavolo Permanente del Volontariato. Verifica la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando, per tale finalità, idonei ed adeguati strumenti. 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.
- ✓ **Qualità**, cura la gestione di processi di valutazione della qualità dei servizi attraverso forme di audit, indagini di valutazione sulla qualità percepita e iniziative di valutazione civica (es. Audit civico), che favoriscono la partecipazione attiva dei cittadini.
- ✓ **Servizio di prevenzione e protezione**, cura la corretta applicazione delle normative in vigore in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al D.Lgs. n. 81/08 e s.m.i.
- ✓ **Medico competente**, cura la corretta applicazione delle normative in vigore riguardanti la sorveglianza sanitaria dei lavoratori nonché degli altri obblighi previsti dalla normativa in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.
- ✓ **Risk management**, affidata ad un profilo medico, attiva tutte le iniziative volte a migliorare la sicurezza delle cure. Il numero di risorse umane assegnate a questa funzione deve essere parametrato alla complessità della struttura ed alle attività svolte in essa. Il numero delle risorse assegnate va definito con riferimento ai criteri già utilizzati dalla Regione per la ripartizione dei fondi di cui al DCA U00151/2014.
- ✓ **Ufficio Legale**, garantisce il pieno supporto e collaborazione agli indirizzi, strategici ed operativi, definiti dal DCA 225 dell'8 luglio 2014 istitutivo della Task Force Regionale per la riduzione del contenzioso con il privato accreditato, inclusa l'armonizzazione delle strategie difensive con l'Avvocatura Regionale e con l'Avvocatura Generale dello Stato; si occupa del patrocinio diretto delle controversie che coinvolgono l'Azienda avanti ogni ordine e grado di giudizio, nonché dell'assistenza stragiudiziale e della consulenza legale agli altri servizi aziendali. Si raccorda con l'Avvocatura Regionale nelle cause comuni, tenendo conto anche di quanto previsto dall'art. 14, comma 3, della legge regionale n. 4/2013;
- ✓ **Formazione**, che insieme all'aggiornamento professionale rappresenta per l'Azienda uno strumento

strategico per la crescita professionale, lo sviluppo di nuove competenze, il rafforzamento di quelle esistenti e per il miglioramento dell'efficacia e efficienza, in un'ottica di appropriatezza delle prestazioni ed organizzativa, nel perseguimento degli obiettivi aziendali e degli indirizzi regionali. Rappresenta uno dei principali strumenti per la diffusione e la condivisione di una cultura organizzativa orientata al miglioramento continuo della qualità. L'Azienda favorisce l'accesso alla formazione di tutto il personale e rivolge la propria offerta formativa sia alle professioni previste dal sistema di Educazione Continua in Medicina ("ECM") che alle altre professionalità presenti in Azienda.

- ✓ **Sviluppo organizzativo**, supporta la Direzione Aziendale e le strutture operative nell'analisi e revisione dei processi organizzativi, nell'analisi e definizione di procedure operative e nella definizione di piani e programmi di cambiamento organizzativo;
- ✓ **Sistemi informativi aziendali**, per la gestione dei flussi informativi connessi ad adempimenti di legge (flusso dati SIO – SIAS – SIES).
- ✓ **Trasparenza e anticorruzione**, come funzioni preposte alla definizione e gestione del Piano della Trasparenza e del Piano per l'Anticorruzione, con il coinvolgimento di tutte le strutture aziendali e una periodica rendicontazione dell'attività svolta e dei risultati raggiunti;
- ✓ **Rendicontazione sociale**, funzione preposta alla sperimentazione e utilizzo di nuove forme di rendicontazione ai cittadini delle proprie scelte di programmazione, delle modalità di attuazione delle stesse, nonché degli impatti delle politiche di intervento non solo in termini di risorse economico-finanziarie ma soprattutto in termini di efficacia. Questa esigenza di *accountability* può essere soddisfatta attraverso lo sviluppo di forme innovative di comunicazione agli utenti quale il bilancio sociale, integrate con il ciclo di gestione della performance e il Piano della trasparenza, secondo le linee di indirizzo regionali e nel rispetto della Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica sulla rendicontazione sociale nelle amministrazioni pubbliche del 17 febbraio 2006.

Le funzioni di Staff, per loro natura, devono essere organizzate in modo flessibile, anche per poter assorbire ulteriori necessità emergenti.

L'articolazione delle funzioni di staff sotto il profilo organizzativo dipende dalla complessità dell'Azienda.

Possono essere articolate, anche se non necessariamente, in unità complesse o semplici, che possono includere diverse funzioni di staff.

Inoltre, alcune funzioni possono essere garantite attraverso incarichi dirigenziali (es. responsabile trasparenza e anticorruzione) o anche attraverso gruppi di lavoro e task force

L'articolazione delle funzioni di staff in strutture complesse o semplici può anche prevedere la loro aggregazione in un'unica Area funzionale.

5.8 Le funzioni amministrative e tecniche

Per il corretto funzionamento dei processi aziendali di gestione delle risorse e di erogazione di servizi ai cittadini, sono essenziali funzioni di supporto amministrativo e tecnico.

Tali funzioni devono essere individuate sulla base dei seguenti criteri:

- ✓ svolgimento di processi di governo delle risorse umane, economiche, tecnologiche e strumentali
- ✓ svolgimento di processi di supporto logistico e organizzativo all'erogazione dei servizi ai cittadini
- ✓ gestione dei contratti di fornitura di beni e servizi
- ✓ gestione degli investimenti e valorizzazione del patrimonio aziendale, anche al fine dell'autorizzazione e dell'accreditamento istituzionale e della sicurezza sui luoghi di lavoro.

Le scelte operative connesse all'istituzione di unità di supporto amministrativo e tecnico riguardano l'individuazione dei contenuti dell'attività delle funzioni da svolgere; per ogni funzione devono essere definiti in modo preciso ambiti di competenza, attività e procedure operative.

L'articolazione delle funzioni amministrative e tecniche e la loro declinazione nell'ambito di apposite strutture operative (unità operative complesse o semplici) devono essere correlate al grado di complessità della funzione stessa, all'entità delle risorse gestite, alle dimensioni territoriali e di popolazione dell'Azienda, alla complessità dei processi assistenziali e del livello tecnologico.

Nell'ambito della stessa struttura possono essere accorpate più funzioni e non tutte le funzioni devono necessariamente essere articolate in unità operative, ma possono essere garantite anche attraverso incarichi dirigenziali.

L'articolazione delle funzioni di supporto amministrativo e tecnico può anche prevedere la loro aggregazione in

Aree funzionali.

5.9 Il processo di razionalizzazione delle funzioni aziendali

5.9.1 Le funzioni di supporto amministrative e tecniche interaziendali

In linea con le previste azioni di contenimento dei costi degli apparati amministrativi ed accentramento delle funzioni di supporto, anche in attuazione delle disposizioni di cui alla Legge 30 luglio 2010, n.122, per quanto concerne i servizi dell'area amministrativa, la Regione intende valutare la possibilità di realizzare delle economie di scala attraverso la centralizzazione di uno o più servizi, presso gli uffici regionali, ovvero presso una o più aziende sanitarie capofila, ovvero tramite la istituzione di dipartimenti interaziendali. Il percorso di centralizzazione delle funzioni amministrative è stato già avviato limitatamente alla funzione di approvvigionamento di beni e servizi, e pagamenti, con la Centrale Acquisti Regionale.

Di seguito in maggior dettaglio le funzioni interaziendali che in via esemplificativa possono essere attivate, anche a prescindere dal livello di organizzazione dipartimentale interaziendale:

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

Negli Atti aziendali potranno quindi essere previste forme di collaborazione tra Aziende ispirate ai principi di cui sopra. In tal caso i relativi Atti Aziendali delle Aziende proponenti dovranno contenere la esplicitazione condivisa dei meccanismi di collaborazione e di organizzazione, e dovranno essere tra loro coerenti.

5.9.2 Le funzioni clinico-assistenziali interaziendali

Per garantire l'integrazione di particolari funzioni di tipo clinico – diagnostico a valenza sovra aziendale, potranno essere previste integrazioni funzionali e/o strutturali interaziendali.

Negli Atti aziendali potranno quindi essere previste forme di collaborazione tra Aziende ispirate ai principi di cui sopra. In tal caso i relativi Atti Aziendali delle Aziende proponenti dovranno contenere la esplicitazione condivisa dei meccanismi di collaborazione e di organizzazione, e dovranno essere tra loro coerenti.

Inoltre, negli Atti Aziendali devono essere esplicitate le modalità attraverso le quali le Aziende Ospedaliere e le Aziende territorialmente competenti attivano sinergie operative in tema di politiche del farmaco, anche attraverso l'istituzione di un Dipartimento interaziendale del Farmaco e della Farmacovigilanza.

5.9.3 Il rapporto Dipartimento/U.O.C.

In sede di predisposizione dei nuovi atti aziendali, è obbligatorio rispettare i rapporti dipartimenti/U.O.C. secondo il criterio della possibilità di istituire un Dipartimento ogni almeno 6 strutture operative (Unità Operative Complesse e Unità Operative Semplici Dipartimentali), di cui almeno 4 complesse, fatta salva l'istituzione dei dipartimenti obbligatori per legge.

Per il pagamento dell'indennità di Dipartimento le Aziende si conformeranno a quanto previsto dall'art. 39 del CCNL 8 giugno 2000 con oneri a carico dei rispettivi bilanci aziendali, fermo restando il rispetto di quanto stabilito dall'art. 2, comma 71, della legge 191/2009 che stabilisce il vincolo fondamentale in tema di spesa di personale per gli anni 2010/2012 e confermato sino al 2015, consistente nella spesa del 2004 diminuita dell'1,4%.

5.10 Il Distretto

5.10.1 Il distretto: mandato, funzioni ed attività.

Il distretto rappresenta l'articolazione territoriale dell'Azienda ASL in cui si realizza l'integrazione complessa delle attività sociali e sanitarie, il coordinamento delle attività dei dipartimenti territoriali ed il raccordo con le attività dei dipartimenti ospedalieri.

Il distretto esercita la **funzione di tutela della salute dei propri assistiti**, che si esprime attraverso il ruolo di garante dell'accesso ottimale alle prestazioni, dell'appropriatezza delle risposte ai bisogni espressi dai cittadini, della qualità dei servizi e dell'unitarietà dei percorsi assistenziali. Il distretto rappresenta il luogo in cui le sinergie a livello di rilevazione dei bisogni, programmazione, erogazione e valutazione dei servizi trovano il loro ambiente di azione, così da fornire una risposta completa ai bisogni di assistenza territoriale, sia in forma ambulatoriale, che domiciliare e residenziale, nonché di integrazione tra servizi sanitari, e tra attività sociali e sanitarie, assicurando, mediante l'erogazione di prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione, una risposta concreta ai bisogni sanitari e sociosanitari della popolazione di riferimento.

Il ruolo del distretto quale garante dell'integrazione, dell'appropriatezza e della continuità dei percorsi assistenziali trova espressione nell'esercizio della **funzione di committenza** nei confronti dei sistemi di produzione interni ed esterni, pubblici e privati. Il distretto, infatti, svolge sia la funzione di organizzazione e gestione delle risorse assegnate per la funzione di produzione diretta delle prestazioni, sia la funzione di committenza verso produttori terzi, intesa come acquisito e controllo delle strutture di erogazione, al fine di sviluppare al massimo le condizioni di autosufficienza dell'Azienda rispetto alle necessità di integrazione, cooperazione e risposta al bisogno. Partendo dalla valutazione dei bisogni di salute della popolazione e dei consumi delle prestazioni, la committenza agisce per limitare l'autoreferenzialità e la forza dei produttori e per orientare l'offerta dei produttori medesimi e la domanda degli assistiti verso servizi e prestazioni efficaci.

Dal punto di vista istituzionale, il distretto costituisce la sede delle relazioni tra attività aziendali ed enti locali per il pieno esercizio della **funzione di programmazione** volta ad individuare le principali aree di bisogno ed a delimitare le priorità di intervento. Il distretto rappresenta, pertanto, l'interlocutore privilegiato per i rapporti con gli Enti locali e costituisce la struttura di riferimento per la cittadinanza, per quanto attiene il proprio territorio.

Dal punto di vista strutturale, il distretto si configura quale articolazione territoriale, organizzativa e funzionale delle aziende unità sanitarie locali, dotato di autonomia economico-finanziaria, contabile e gestionale a cui viene attribuito uno specifico budget.

I distretti svolgono le funzioni previste dall'art.3-quinquies del D. Lgs. 502/92 e ss. mm. e ii. le seguenti attività:

- a) valutazione della domanda/bisogno dei cittadini, anche attraverso forme di partecipazione delle associazioni dei cittadini, degli utenti e delle loro famiglie;
- b) 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, con particolare riferimento ai percorsi assistenziali per le patologie croniche e le persone fragili;
- c) programmazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie;
- d) 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 e s.m.i., alla definizione delle più ampie politiche di welfare attraverso il piano di zona e gli accordi di programma, attraverso il servizio sociale di distretto, nonché attraverso una adeguata politica di integrazione socio – sanitaria;
- e) garanzia della presa in carico e della continuità assistenziale, sia mediante la produzione diretta dei servizi e delle prestazioni, sia attraverso l'acquisizione degli stessi da altri soggetti aziendali ed extra aziendali, pubblici e privati accreditati.

Il testo novellato dell'art.8, comma 1, lett. b-bis) del d. lgs. 502/1992 stabilisce altresì che gli accordi che regolano il rapporto tra il Servizio Sanitario, da un lato, e i medici di medicina generali e i pediatri di libera scelta, dall'altro, debbano, nell'ambito dell'organizzazione distrettuale del servizio, garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e per tutti i giorni della settimana, nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, della guardia medica, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative monoprofessionali, denominate aggregazioni funzionali territoriali, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme organizzative multiprofessionali, denominate unità complesse di cure primarie, che erogano prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei professionisti delle cure primarie e del sociale a rilevanza sanitaria tenuto conto della peculiarità delle aree territoriali quali aree metropolitane, aree a popolazione sparsa e isole minori.

5.10.2 L'articolazione territoriale dei distretti.

L'art.3-quater del D. Lgs. n.502/92 e ss. mm. e ii. prevede che i distretti siano istituiti "*garantendo una popolazione minima di almeno sessantamila abitanti, salvo che la regione, in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente, disponga diversamente*".

La Legge Regionale 16 giugno 1994, n. 18 e ss. mm. e ii., recante "*Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere*" stabilisce (art.19, commi 3 e ss.) l'individuazione della dimensione territoriale dei distretti in cui si articola ciascuna azienda unità sanitaria locale. In allegato 1 si riporta la popolazione suddivisa negli attuali distretti attivi .

5.10.3 L'accorpamento di distretti.

A. Distretti che insistono sul territorio di Roma Capitale

In conformità a quanto previsto dal nuovo Statuto di Roma Capitale (cfr paragrafo 6, Capitolo I), gli ambiti territoriali dei distretti delle ASL RM/A, RM/B, RM/C, RM/E, verranno adeguati in ragione degli accorpamenti dei Municipi di Roma Capitale, ed il loro numero, conseguentemente, sarà ridotto dagli attuali 19 a 15.

Nelle more dell'emanazione di specifici provvedimenti relativi alla ridefinizione degli ambiti territoriali dei distretti in coerenza con il nuovo assetto dei Municipi di Roma Capitale, le Aziende dovranno individuare adeguati meccanismi di integrazione e coordinamento interdistrettuale con specifico riferimento alle aree interessate dalla ridefinizione dei confini aziendali in conseguenza dello Statuto di Roma Capitale.

Pertanto, in una prima fase, sarà possibile anche la costituzione di Distretti interaziendali, fermo restando che essi dovranno avere un unico Direttore di Distretto e che ciò non potrà di per sé dar luogo alla duplicazione di strutture e servizi, ma al contrario dovrà generare la razionalizzazione dell'esistente.

In quest'ottica sarà eventualmente possibile anche procedere alla stipula di intese tra Aziende confinanti che prevedano meccanismi di compensazione e di imputazione della produzione, ferma restando la titolarità dei rapporti giuridici attivi e passivi in capo all'Azienda che produce per conto dell'altra e la garanzia assistenziale alla popolazione residente

La scelta tra le varie possibili soluzioni rientra nell'autonomia dei Direttori proponenti, fermo restando che la Regione eserciterà il proprio controllo in sede di approvazione degli Atti Aziendali.

B. Distretti che non insistono sul territorio di Roma Capitale

Le Aziende devono ridurre il numero dei Distretti in essere in funzione del limite minimo indicativo di 40.000 unità stabilito dalla vigente normativa statale e regionale, ferma restando la garanzia della risposta assistenziale alla popolazione residente.

5.10.4 Il Direttore di Distretto

Il Direttore di Distretto, dirigente in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 3-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il cui incarico è attribuito ai sensi della normativa vigente, garantisce la funzione direzionale delle attività distrettuali avvalendosi dei responsabili delle UU.OO.CC. È responsabile, in particolare, delle attività del distretto, tenendo conto di quanto disposto dal DPCM 29 novembre 2001 "*Definizione dei livelli essenziali di assistenza*", e del relativo budget in termini di gestione delle risorse umane, strumentali ed economiche assegnate per il perseguimento degli specifici obiettivi. È responsabile altresì 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 aziendale nei rapporti con i sindaci del distretto nonché con gli altri soggetti già richiamati con riferimento all'art.1 della legge n. 328/2000 s.m.i.

Il Direttore del Distretto assicura il coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione per le iniziative di cui all'art.7-bis, Il comma del D. Lgs. n.502/92 e ss. mm. e ii.

Il coordinamento delle attività sociali dei distretti con i comuni e/o i municipi avviene tramite la figura del coordinatore sociosanitario di distretto (il cui incarico non comporta necessariamente la responsabilità di struttura organizzativa), che si rapporta per tale funzione al direttore di distretto ed è componente dell'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali. Le funzioni di coordinamento possono essere svolte anche a livello interdistrettuale da un unico coordinatore socio – sanitario.

Il coordinatore sociosanitario concorre all'attuazione del Programma delle attività territoriali (basato sul principio della intersectorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative) ai sensi dell'art.3-quater, comma 3 del D. Lgs. n.502/92 e ss. mm. e ii. e con riferimento anche alle attività previste dal DPCM 14 febbraio 2001 "*Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie*".

Il coordinatore sociosanitario di distretto ha una funzione consultiva e propositiva rispetto al direttore di distretto, che resta unico responsabile dello svolgimento delle attività distrettuali.

5.10.5 L'organizzazione distrettuale.

Le funzioni di produzione distrettuali sono:

- a. salute della donna e dell'età evolutiva;
- b. tutela della salute mentale e riabilitazione dell'età evolutiva (TSMREE);
- c. servizio socio-sanitario per le tossicodipendenze e alcol-dipendenze (Ser.T);
- d. medicina generale, specialistica territoriale e continuità assistenziale;
- e. medicina legale
- f. assistenza protesica;
- g. riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile adulto;
- h. assistenza domiciliare integrata, assistenza semiresidenziale e residenziale;
- i. l'assistenza alla popolazione detenuta nei Distretti sul cui territorio insiste l'Istituto Penitenziario;

Sono da considerare funzioni strategiche per le attività distrettuali: l'integrazione sociosanitaria, il Punto unico di accesso, la valutazione multidimensionale distrettuale e l'integrazione ospedale – territorio. Le strutture ed i servizi distrettuali, devono operare con modalità integrate, garantendo il raccordo funzionale delle diverse linee di attività. La Casa della Salute, la cui funzione strategica è rappresentata soprattutto da un'efficace presa in carico del paziente cronico attraverso percorsi diagnostico terapeutici assistenziali condivisi, rappresenta un nodo della rete dei servizi territoriali ed è inserita nel distretto, di cui rappresenta un'articolazione organizzativa. Le specifiche modalità operative sono definite nel Programma Attuativo della Casa della Salute e nel relativo Regolamento.

Il direttore del distretto (o dirigente medico di distretto suo delegato) è responsabile della struttura e del suo complessivo funzionamento.

Negli Atti Aziendali potranno essere evidenziate eventuali funzioni interdistrettuali.

Il Direttore di Distretto assegnerà il budget alle varie articolazioni territoriali direttamente dipendenti dal Distretto. Nel caso in cui le articolazioni territoriali siano inserite in un Dipartimento Territoriale o transmurale, il Direttore di Distretto negozia il volume prestazionale con il Direttore di Dipartimento

5.10.6 L'Assistenza sanitaria alla popolazione detenuta.

La popolazione detenuta presenta mediamente un'incidenza superiore di patologia di quella espressa dalla popolazione generale. In sintonia con quanto previsto dal DPCM del 1 aprile 2008, che ha determinato il transito delle funzioni sanitarie dal Ministero di Giustizia al Sistema Sanitario Regionale, ogni ASL, sul cui territorio insiste uno o più Istituti Penitenziari, deve garantire una organizzazione dedicata, per assicurare la completa presa in carico del paziente detenuto.

Le strutture organizzative individuate per l'assistenza sanitaria penitenziaria devono gestire tutte le prestazioni e le funzioni relative all'assistenza sanitaria di base, alla continuità assistenziale, all'assistenza medica specialistica, ed all'assistenza infermieristica. L'assetto organizzativo deve essere dimensionato in funzione della numerosità dei detenuti (si ritiene rilevante l'indice maggiore/inferiore a 700 unità per ASL), e della numerosità degli Istituti Penitenziari (uno o più Istituti per ASL).

Nell'ambito del Distretto deve essere garantita la piena collaborazione tra le strutture che assicurano le cure primarie e quelle che erogano assistenza sanitaria alla popolazione detenuta.

Esse collaborano con le strutture organizzative afferenti all'area delle dipendenze, della salute mentale e dei reparti ospedalieri detenuti (Viterbo e Pertini), che svolgono autonomamente le proprie funzioni assistenziali e che dipendono dai rispettivi Dipartimenti/Servizi.

5.10.7 Patologie delle Dipendenze

I servizi per le patologie delle dipendenze (normati dal DPR 309/90 e s.m., dagli Atti di Intesa Stato Regioni del 21.01.1999 e del 05.08.1999), devono garantire la massima integrazione delle conoscenze e delle pratiche cliniche, nonché concorrere a sviluppare azioni a forte integrazione socio-sanitaria e collaborare alla programmazione sanitaria su scala aziendale. Deve essere, altresì, garantito l'intervento preventivo e assistenziale mirato alla popolazione giovanile, anche in raccordo con i servizi per l'adolescenza. I servizi devono sviluppare azioni di rete e di integrazione tra tutte le agenzie, pubbliche e del privato sociale che operano nel settore.

I servizi per le Patologie delle Dipendenze trovano la loro naturale allocazione in ambito distrettuale, ma nell'Atto Aziendale devono essere esplicitate le modalità organizzative atte a favorire un'adeguata integrazione ed il coordinamento su scala aziendale. Devono assicurare funzioni di prevenzione mirata in ambienti di vita e di lavoro; trattamenti diagnostici; screening infettivologici; individuazione obiettivi e Piano di trattamento; trattamenti specialistici ambulatoriali; individuazione, predisposizione e verifica di trattamenti residenziali e semiresidenziali; valutazione degli esiti del trattamento; assistenza a detenuti con patologia della dipendenza, anche in misura alternativa alla detenzione, possibilmente con struttura autonoma in presenza di più di 800 detenuti su scala aziendale.

Le sedi operative devono essere accessibili alla popolazione, con dislocazione distrettuale. Più sedi operative possono contribuire a garantire l'intera gamma dell'offerta assistenziale. Si considera ottimale, considerati i dati epidemiologici e le analisi sulla diffusione del fenomeno, un bacino di utenza non superiore ai 250.000 abitanti in area metropolitana, e ai 230.000 abitanti in area extra-metropolitana.

6. STRUTTURA DELL'ATTO AZIENDALE

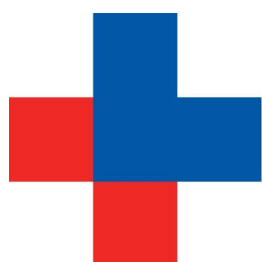
6.1. I contenuti dell'atto aziendale

I contenuti dell'atto aziendale sono delineati direttamente dalle norme del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., nonché dalle norme che la Regione Lazio emana nell'ambito della propria autonomia.

L'atto aziendale, in particolare, indica:

la denominazione dell'Azienda;

1. la denominazione e la sede legale dell'Azienda;
2. il logo dell'Azienda, come di seguito rappresentato:



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE

- che è unico per tutte le Aziende del Sistema Sanitario Regionale del Lazio secondo le previsioni del nuovo Manuale di Identità Visiva delle ASL e delle Aziende Ospedaliere, di cui al seguente link www.regione.lazio.it/salutelazio, dal quale le Aziende possono prelevare le varie versioni dei loghi;
3. il sito internet aziendale sul quale, ai sensi dell'art.32 della Legge 18 giugno 2009, n.69, devono assolversi gli obblighi di pubblicazione degli atti e dei provvedimenti amministrativi, e tutti gli obblighi relativi alla trasparenza nella sezione "Amministrazione trasparente";
 4. gli elementi identificativi aziendali, corredati da:
 - a) una mappa geografica e/o topografica che ricomprenda l'ambito territoriale dell'Azienda, con la dislocazione e l'individuazione dei distretti (specificandone la sede e la popolazione di riferimento),
 - b) l'indicazione dei presidi ospedalieri, con i relativi posti letto, direttamente gestiti, il numero complessivo dei dipartimenti, delle Unità operative complesse e semplici, anche dipartimentali;
 - c) i dati della popolazione di riferimento;
 - d) l'elenco delle strutture sanitarie accreditate sul territorio aziendale con i posti letto insistenti;
 - e) il numero del personale dipendente anche a tempo determinato (distinto per ruoli di appartenenza e tipologia di contratto) aggiornato al 31 dicembre dell'anno precedente l'approvazione dell'Atto Aziendale;
 - f) le modalità di partecipazione e di tutela dei diritti dei cittadini, assicurata anche mediante la previsione e la regolamentazione, in seno alle proposte di atti aziendali, dei seguenti servizi e istituti :
 - ✓ Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.);
 - ✓ Processo di Audit Civico;
 - ✓ Conferenza dei Servizi di cui all'art.14, comma 5, del D. Lgs. n.502/92 e ss. mm. e ii.;
 - ✓ Carta dei Servizi Pubblici Sanitari;
 - ✓ Organismo di partecipazione di cui all'art.14, comma 2 del D. Lgs. n.502/92 e ss. mm. e ii.
 - g) la *mission* aziendale di tutela della salute ai sensi dell'art. 32 della Costituzione;
 - h) l'assetto istituzionale delle Aziende Sanitarie: gli organi, il direttore amministrativo ed il direttore sanitario;
 - i) gli organismi aziendali;
 - j) le modalità di informazione sui servizi sanitari e di tutela dei diritti degli utenti, anche ai fini della corretta fruizione del sistema;
 - k) i rapporti con gli enti locali, con particolare riferimento alla Conferenza Locale per la Sanità di cui all'articolo 3, comma 14, del D.Lgs n. 502/92 e ss.mm.ii ed agli articoli 12 e 13 della legge regionale n.18/94 a ss.mm.ii;
 - l) l'organizzazione interna dei presidi ospedalieri, dei distretti e dei dipartimenti nonché l'organizzazione delle strutture in staff alla direzione aziendale, e delle funzioni

- amministrative e tecniche, articolate a seconda della natura delle attività e delle esigenze di funzionalità dell'azienda;
- m) l'indicazione dei meccanismi di integrazione e coordinamento individuati per le Aziende di Roma Capitale interessate dalla ridefinizione dei confini;
 - n) l'indicazione dei meccanismi di integrazione e coordinamento legati alla eventuale previsione di funzioni sovra aziendali, ovvero all'accentramento di funzioni;

L'Azienda, entro 60 giorni dalla pubblicazione dell'Atto Aziendale deve dotarsi almeno dei seguenti Regolamenti, ovvero, se già esistenti, procedere alla loro revisione, anche in termini di verifica di compatibilità con il nuovo assetto organizzativo.

- a) Regolamento di Dipartimento;
- b) Regolamento di Distretto;
- c) Regolamento per il funzionamento del Collegio di Direzione;
- d) Regolamento per il funzionamento del Consiglio dei Sanitari;
- e) Regolamento per l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali;
- f) Regolamento per l'affidamento e la revoca delle posizioni organizzative e di coordinamento;
- g) Regolamento per la esecuzione di acquisti in economia;

In ogni deliberazione o altro provvedimento aziendale successivo all'approvazione dell'atto aziendale, che riguardi anche indirettamente l'assetto organizzativo dell'Azienda (ad es. l'affidamento di 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.

6.2 I documenti allegati all'atto aziendale

La proposta di atto aziendale deve essere trasmessa alla Regione per la relativa approvazione corredata di due allegati:

- I. Funzionigramma dal quale risulti anche l'individuazione delle seguenti funzioni;
 - a) la figura del Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili, prevista dall'articolo 4-bis della legge regionale n. 16/2001;
 - b) la figura del Responsabile della prevenzione della corruzione, prevista dall'articolo 1, comma 7 della legge n.190/2012: quest'ultimo provvede con cadenza annuale, ovvero in caso di rilevanti modifiche di carattere organizzativo, all'aggiornamento del Piano Anticorruzione, curandone altresì la pubblicazione e la trasmissione alla Regione, Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria;
 - c) la figura del Responsabile della trasparenza, che di norma, secondo quanto previsto dall'articolo 43 del D.Lgs n. 33/2013, coincide con la persona del responsabile della prevenzione della corruzione.
 - d) la figura del Responsabile della privacy, prevista dall'articolo 29 del D.Lgs n. 196/2003;
 - e) la figura del Coordinatore Locale aziendale o interaziendale prevista dall'articolo 12 della Legge n. 91/1999 recante "*Disposizioni in materia di prelievi e di trapianti di organi e di tessuti*", disciplinata dall'"*Atto di indirizzo regionale per lo svolgimento delle attività di coordinamento in ordine al reperimento di organi e di tessuti in ambito regionale*" approvato con la DGR n. 1733/2002.
- II. Organigramma.

7. ASSETTO ISTITUZIONALE DELLE AZIENDE SANITARIE: GLI ORGANI, IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO ED IL DIRETTORE SANITARIO, LA DIREZIONE AZIENDALE

7.1. Gli organi

Sono organi dell'Azienda:

1. il direttore generale;
2. Il collegio di direzione;
3. il collegio sindacale.

7.1.1 Il Direttore Generale

Le funzioni del Direttore Generale sono quelle previste dall'articolo 3 del D.Lgs n. 502/92 e ss.mm.ii e dall'articolo 9 della legge regionale n. 18/94 e ss.mm.ii

Al fine di mantenere distinte le funzioni rientranti negli atti di alta amministrazione dalle funzioni di carattere gestionale, anche ai sensi dell'articolo 8, comma 1, della legge regionale n. 6/2002, così come modificato dalla legge regionale n. 4/2006, le funzioni attribuite al direttore generale devono essere distinte in:

- a) funzioni al medesimo esclusivamente riservate;
- b) funzioni delegabili, in tutto o in parte, ai direttori sanitario ed amministrativo ed agli altri dirigenti dell'Azienda.

Il Direttore Generale attribuisce al direttore amministrativo, al direttore sanitario nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento ed ai dirigenti responsabili di struttura complessa le funzioni loro spettanti.

Le funzioni gestionali, esercitate dai dirigenti delle Aziende ai diversi livelli, possono essere:

- a) funzioni delegate dal direttore generale con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della delega;
- b) funzioni proprie, agli stessi attribuite nel momento della sottoscrizione del contratto con il quale viene conferito l'incarico o con specifico atto del direttore generale.

Rimangono di esclusiva competenza del direttore generale le funzioni di alta amministrazione (cioè quelle più propriamente "di governo") e quelle connesse alla funzione di Datore di Lavoro, 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, in via esemplificativa:

- a) l'attuazione dei contratti collettivi di lavoro del personale dipendente e l'adozione degli atti di gestione del personale stesso;
- b) l'esercizio dei poteri di spesa nei limiti del budget assegnato e di acquisizione delle entrate;
- c) l'approvazione degli atti di gara per lavori, forniture e servizi, nonché la stipula dei contratti;

Nel funzionigramma allegato all'atto aziendale vengono specificati, dettagliatamente, gli ambiti oggettivi e soggettivi delle attribuzioni dirigenziali e delle deleghe conferite ai singoli dirigenti.

7.1.2 Il Collegio di Direzione.

Il Direttore Generale si avvale del Collegio di Direzione, quale organo dell'azienda che concorre al governo delle attività cliniche e partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria.

Il Collegio di Direzione è un organo consultivo che si esprime attraverso la formulazione di pareri non vincolanti per il Direttore Generale.

Nelle aziende ospedaliero-universitarie il collegio di direzione partecipa alla pianificazione delle attività di ricerca e didattica nell'ambito di quanto definito dall'università; concorre inoltre allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni.

Partecipa altresì alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche. Il Direttore Generale costituisce, con proprio provvedimento, il Collegio di direzione che si dota di 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 Collegio di direzione è presieduto dal Direttore Generale ed è composto da:

- a) il direttore sanitario;
- b) il direttore amministrativo;
- c) i direttori di dipartimento, inclusi quelli interaziendali;

- d) i direttori dei distretti (per le Aziende);
- e) i direttori sanitari di presidio ospedaliero o polo ospedaliero;
- f) il coordinatore aziendale delle attività socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria (per le Aziende ASL ove previsto);
- g) il Dirigente del Servizio dell'assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

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.

7.1.2.1 I criteri di funzionamento del Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione è convocato dal Direttore Generale che lo presiede. Esso si riunisce, di norma, almeno una volta ogni tre mesi. La convocazione, recante l'ordine del giorno della seduta, deve essere inviata via mail ai componenti con un preavviso di sette giorni (tre giorni in caso di urgenza).

La documentazione riguardante gli argomenti da trattare, di norma, viene messa a disposizione dei membri del Collegio al momento della convocazione (contestualmente alla seduta, nel caso di convocazione di urgenza).

L'ordine del giorno delle riunioni è predisposto dal Direttore Generale, sentiti il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo.

Per la validità delle riunioni del Collegio devono essere presenti la metà più uno dei componenti.

Per le decisioni del Collegio si osservano i seguenti criteri:

- a) maggioranza assoluta (metà più uno dei componenti) per l'espressione del parere in ordine al Piano Strategico triennale, all'Atto Aziendale, al Programma annuale di formazione, ai Progetti di ricerca e innovazione, e più in generale per tutti gli atti a valenza programmatica;
- b) maggioranza semplice (metà più uno dei presenti) negli altri casi.

Delle riunioni del Collegio viene redatto verbale, che verrà inviato via mail ed approvato nella suddetta successiva.

La qualità di componente del Collegio e le relative funzioni rientrano nei compiti istituzionali di ciascun soggetto e, pertanto, per la partecipazione alle sedute e per le attività svolte non è previsto alcun compenso.

L'attività del Collegio richiede ai componenti il rispetto dell'obbligo di riservatezza relativamente alle informazioni ottenute ed ai dati trattati.

7.1.3 Il Collegio sindacale: composizione e funzioni.

L'articolo 22, comma 5, della legge regionale 28 giugno 2013 n. 4, ha disposto la riduzione del numero dei componenti del Collegio Sindacale da cinque a tre, da nominare secondo quanto previsto dall'art. 13 del "Patto per la Salute per gli anni 2014-2016".

7.2 Il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario

I servizi amministrativi ed i servizi sanitari delle aziende unità sanitarie locali e delle aziende ospedaliere sono diretti, rispettivamente, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario.

Il direttore amministrativo ed il direttore sanitario sono nominati con provvedimento motivato del direttore generale, con particolare riferimento alle capacità professionali in relazione alle funzioni da svolgere ed avuto riguardo agli specifici requisiti previsti dall'articolo 3, comma 7, del D.Lgs n. 502/92 e ss.mm.ii. e dall'articolo 15 della legge regionale n. 18/94 e ss.mm.ii.

In particolare, il Direttore Sanitario è un medico che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Egli dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Nelle aziende ospedaliere, nelle aziende ospedaliero-universitarie e negli IRCCS, costituiti da un unico presidio, le funzioni ed i compiti del direttore sanitario e del dirigente medico del presidio ospedaliero, di cui all'articolo 4, comma 9, del D.Lgs n. 502/92, sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge.

Il Direttore Amministrativo è un laureato in discipline giuridiche e economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione. Egli dirige i servizi amministrativi dell'unità sanitaria locale.

Considerata la discrepanza tra la normativa nazionale e quella regionale (meno restrittiva) in materia di requisiti per la nomina, e nelle more dell'approvazione della proposta di legge regionale volta all'allineamento dei requisiti stessi (che già pende dinanzi al Consiglio Regionale), si ritiene opportuno fornire le seguenti indicazioni, allo scopo di assicurare alle Aziende prestazioni professionali di elevata ed indiscutibile qualità.

I Direttori Generali dovranno attenersi, per quanto concerne i requisiti di nomina del direttore amministrativo e del direttore sanitario, a quanto statuito nel D.Lgs 502/92 e s.m.i ed in particolare:

- a) l'esperienza di qualificata attività di direzione deve essere stata svolta per almeno cinque anni;
- b) per quanto concerne il direttore amministrativo l'esperienza di qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa deve essere stata svolta in enti o strutture sanitarie;
- c) per quanto concerne, infine, la durata contrattuale degli incarichi in argomento, tenuto conto che la normativa prevede un minimo ed un massimo, si ritiene che il direttore generale, esercitando al riguardo una scelta discrezionale che, a livello amministrativo, va motivata, debba conferire tali incarichi in stretta relazione alla durata del proprio mandato.

Il direttore sanitario ed il direttore amministrativo svolgono le funzioni previste dall'articolo 3 del D.Lgs n. 502/92 e ss.mm.ii e dall'articolo 16 della legge regionale n. 18/94 e ss.mm.ii

Il direttore sanitario, oltre alle funzioni sopra indicate, presiede altresì il consiglio dei sanitari.

7.3 La Direzione Aziendale

La Direzione Aziendale, composta dal direttore generale, dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario, avvalendosi del collegio di direzione, esercita il governo strategico dell'azienda.

Il direttore amministrativo ed il direttore sanitario partecipano, unitamente al direttore generale che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda; assumono infatti diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale (riferimento normativo art.3, comma 1 quinquies, D.Lgs n. 502/92).

La direzione aziendale definisce, sulla base della programmazione regionale, le strategie ed i programmi aziendali, e ne controlla l'attuazione.

La direzione aziendale rappresenta, pertanto, la sede ove si svolgono le interrelazioni permanenti che consentono il perseguimento della "missione aziendale", intendendo per tali i rapporti istituzionali con gli organi e gli organismi.

In particolare, spetta alla direzione aziendale:

- ✓ l'individuazione degli obiettivi e dei programmi annuali e pluriennali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'Azienda ed in coerenza con le linee di programmazione e di indirizzo regionali;
- ✓ l'organizzazione aziendale e la programmazione della produttività e della qualità delle prestazioni;
- ✓ il governo e la gestione delle risorse umane, comprese le politiche di sviluppo professionale e formative;
- ✓ la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- ✓ il governo delle relazioni interne ed esterne;
- ✓ la garanzia della sicurezza e la prevenzione;

Strettamente correlate al governo strategico aziendale sono le Conferenze locali per la sanità (Conferenza dei Sindaci e Conferenza dei Presidenti dei Municipi). Esse partecipano alla definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività nelle Aziende Sanitarie Locali, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie e socio-sanitarie della popolazione.

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 ed il raggiungimento degli obiettivi assegnati.

8. ORGANISMI DELL'AZIENDA

8.1 Il Consiglio dei Sanitari: composizione e funzioni.

Il Consiglio dei Sanitari, costituito con provvedimento del direttore generale, è un organismo elettivo dell'Azienda ASL 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.

Il Consiglio dei sanitari si riunisce, di norma, almeno una volta al mese, su convocazione del presidente ovvero su richiesta di almeno cinque dei suoi componenti.

Il parere si intende espresso favorevolmente se il Consiglio dei sanitari non si pronuncia entro il quindicesimo giorno dalla data di ricevimento della richiesta di parere. Il Consiglio dei sanitari è presieduto dal direttore sanitario dell'Azienda e la composizione varia a seconda che trattasi di Azienda Ospedaliera o di Azienda ASL.

8.1.1 Composizione del Consiglio dei sanitari delle Aziende Ospedaliere

La rappresentanza è composta da:

- a) 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;
- b) n. 5 dirigenti sanitari laureati non medici del ruolo sanitario in rappresentanza di ciascuna figura professionale operante nelle Aziende Ospedaliere;
- c) n. 1 operatore dell'area infermieristica;
- d) n. 2 operatori dell'area tecnico-sanitaria e della riabilitazione.
- e) 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.

8.1.2 Composizione del Consiglio dei sanitari delle Aziende ASL

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 sanitarie locali;
- ✓ 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 ASL dai medici di medicina generale e dai pediatri di libera scelta operanti nel territorio aziendale di appartenenza.

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 tre 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 all'elezione del Consiglio dei sanitari i dipendenti, ciascuno per la categoria di appartenenza, del ruolo di: 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 dell'azienda in possesso dei requisiti sopra descritti.

Il Direttore Generale con proprio provvedimento disciplina:

- a) le modalità per lo svolgimento delle elezioni;
- b) la commissione elettorale ed il seggio elettorale;
- c) l'elezione dei componenti;
- d) la durata.

Le Aziende ASL 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 ASL 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.

8.2 L'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

La legge regionale 16 marzo 2011, n. 1 recante "*Norme in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle amministrazioni regionali*" ha previsto che tutti gli enti pubblici dipendenti della Regione, compresi gli enti del SSR, istituiscano l'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), il quale riferisce direttamente agli organi di indirizzo politico-amministrativo, dunque, a livello aziendale, alla direzione aziendale.

L'OIV sostituisce il nucleo di valutazione e controllo strategico o altri analoghi organismi di controllo ed assume le funzioni previste dai CCNL vigenti per il nucleo di valutazione.

Inoltre l'OIV:

- monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione della prestazione organizzativa e individuale, a partire dalla definizione e assegnazione degli obiettivi fino alla misurazione e valutazione delle prestazioni, al fine di garantirne la correttezza nonché la conformità agli indirizzi regionali;
- promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza;

L'Organismo indipendente di valutazione è costituito da tre componenti, esterni all'Azienda, di cui uno con funzioni di Presidente, nominati dal Direttore Generale dell'Azienda stessa, ed in possesso dei seguenti requisiti:

- a) laurea specialistica o diploma di laurea secondo il previgente ordinamento;
- b) elevata professionalità ed esperienza pluriennale maturata nel campo del management e della valutazione del personale, delle prestazioni e dei risultati con particolare riferimento al settore della sanità;

I componenti dell'OIV durano in carica tre anni e possono essere rinnovati una sola volta. Lo stesso soggetto non può far parte contemporaneamente di due OIV nell'ambito del SSR.

Al fine di salvaguardare la caratteristica di indipendenza dell'OIV, non possono essere nominati quali componenti:

- a) il Direttore Generale, il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo in carica di un'Azienda o Ente del SSR, nonché i Direttori di Dipartimento di ciascuna Azienda od Ente del SSR;
- b) coloro che esercitano funzioni amministrative e gestionali all'interno dell'amministrazione che ha costituito l'OIV;
- c) coloro che ricoprono ruoli o comunque incarichi presso società o enti controllati dalla Regione;
- d) coloro che rivestono incarichi pubblici elettivi o cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali ovvero che abbiano rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con le predette organizzazioni, ovvero che abbiano rivestito simili incarichi o cariche o che abbiano avuti simili rapporti nei tre anni precedenti la designazione;
- e) coloro che hanno legami di parentela o di affinità entro il quarto grado con i dirigenti delle strutture amministrative.

Il Direttore Generale, in caso di gravi inadempienze da parte dell'OIV, può, motivando, deciderne lo scioglimento anticipato.

Presso l'Organismo è costituita, con deliberazione del direttore generale e senza maggiori oneri per i bilanci delle Aziende Sanitarie, un'apposita struttura tecnica di supporto. L'Organismo, inoltre, può avvalersi del supporto di strutture interne delle Aziende Sanitarie che forniscono i necessari strumenti di analisi e *reporting*. Le modalità di funzionamento ed i compensi per i componenti sono disciplinati in apposito regolamento.

L'Organismo indipendente di valutazione della performance cura tutti gli adempimenti allo stesso attribuiti dalla

normativa vigente, con particolare riferimento all'art. 14 del D.L.gs n. 150/2009.

Ai componenti dell'Organismo non può essere riconosciuto un compenso superiore a quello già previsto per i componenti del Nucleo di valutazione.

8.3 Comitati e Commissioni aziendali.

L'atto aziendale prevede la costituzione dei seguenti organismi collegiali, disciplinati dalla normativa vigente, che sono i seguenti:

- a) Il Comitato unico per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.
- b) Comitato etico;
- c) Commissione per il prontuario terapeutico;
- d) Comitato per il buon uso del sangue;
- e) Comitato per il Controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (CICA);
- f) Comitato per l'ospedale senza dolore;
- g) Commissione distrettuale per l'appropriatezza prescrittiva dei dispositivi medici, dei farmaci e della diagnostica, il cui ruolo va rafforzato con strumenti di monitoraggio più incisivi in grado di fornire al medico prescrittore informazioni in tempo reale, passando dall'appropriatezza basata sui costi all'appropriatezza clinica;
- h) Comitato Valutazione Sinistri;
- i) Commissione per il controllo dei requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture private accreditate.

Tali organismi promuovono la diffusione e l'applicazione delle conoscenze relative alle migliori pratiche cliniche ed 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.

Il Direttore Generale, tenuto conto delle specifiche esigenze dell'Azienda, potrà prevedere nell'atto aziendale l'istituzione di ulteriori comitati o commissioni anche se non disciplinati dalla normativa vigente, al fine di favorire che le problematiche di rilevanza aziendale siano affrontate in maniera coordinata e sinergica, purché non ciò comporti oneri aggiuntivi a carico del bilancio dell'Azienda.

Con particolare riferimento al Comitato unico per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, si ritiene opportuno precisare quanto segue..

Le Aziende Sanitarie, ai sensi e con le modalità previste dall'art. 57 del D.L.gs 165/2001 e s.m.i., costituiscono al proprio interno, senza nuovi o maggiori oneri per i bilanci, il "*Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni*", che sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità ed i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi nazionali o da altre disposizioni.

Il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni ha composizione paritetica ed è formato da un componente designato da ciascuna delle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative a livello di amministrazione e da un pari numero di rappresentanti dell'amministrazione in modo da assicurare, nel complesso, la presenza paritaria di entrambi i generi. Il presidente del Comitato unico di garanzia è designato dall'amministrazione.

Il Comitato unico di garanzia ha compiti propositivi, consultivi e di verifica e opera in collaborazione con la consigliera od il consigliere nazionale di parità. Contribuisce all'ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico, migliorando l'efficienza delle prestazioni collegata alla garanzia di un ambiente di lavoro caratterizzato dal rispetto dei principi di pari opportunità, di benessere organizzativo e dal contrasto di qualsiasi forma di discriminazione e di violenza morale o psichica per i lavoratori.

Le Aziende Sanitarie disciplinano le modalità di funzionamento del Comitato unico di garanzia in ottemperanza alle linee guida emanate ai sensi del comma 4, art. 57, del D.L.vo n. 165/2001 e s.m.i.

La mancata costituzione del Comitato unico di garanzia comporta responsabilità dei dirigenti incaricati della gestione del personale, da valutare anche al fine del raggiungimento degli obiettivi.

Le Aziende Sanitarie, al fine di garantire pari opportunità tra uomini e donne per l'accesso al lavoro ed il trattamento sul lavoro:

- a) riservano alle donne, salva motivata impossibilità, almeno un terzo dei posti di componente delle commissioni di concorso, fermo restando il principio di cui all'articolo 35, comma 3, lettera e) del D.L.gs 165/2001 e s.m.i.;
- b) adottano propri atti regolamentari per assicurare pari opportunità fra uomini e donne sul lavoro, conformemente alle direttive impartite dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica;

- c) garantiscono la partecipazione delle proprie dipendenti ai corsi di formazione e di aggiornamento professionale in rapporto proporzionale alla loro presenza nelle strutture interessate ai corsi medesimi, adottando modalità organizzative atte a favorirne la partecipazione, consentendo la conciliazione fra vita professionale e vita familiare;
- d) possono finanziare programmi di azioni positive e l'attività dei Comitati unici di garanzia per le pari opportunità, per la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, nell'ambito delle proprie disponibilità di bilancio.

Le Aziende Sanitarie adottano tutte le misure per attuare le normative vigenti in materia di pari opportunità, contrasto alle discriminazioni ed alla violenza morale o psichica.

Con riferimento alla Commissione di verifica in ordine all'accertamento dei requisiti minimi autorizzativi richiesti per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, si precisa quanto segue.

Presso ogni Azienda, al fine di uniformare su tutto il territorio aziendale i comportamenti delle commissioni di verifica in ordine all'accertamento dei requisiti minimi richiesti per l'autorizzazione all'esercizio di attività sanitarie, deve essere costituita, ove non già presente, un'apposita Commissione di verifica, come previsto dal DCA n. U0013 del 23.03.2011 recante "Procedimento di accreditamento definitivo strutture sanitarie e socio-sanitarie private. Regolamentazione e verifica requisiti".

Detta Commissione opera sotto il coordinamento del Direttore del Dipartimento di Prevenzione, o di suo delegato, ed è composta da:

- a) personale del Dipartimento di Prevenzione;
- b) personale dell'Unità Operativa di Accreditamento e/o vigilanza sulle strutture sanitarie e socio-sanitarie;
- c) esperto nell'attività specialistica oggetto di verifica;
- d) personale qualificato iscritto al "Registro Regionale dei Facilitatori per la Qualità".

I membri della Commissione mantengono la propria posizione funzionale nell'ambito dei servizi e/o delle unità operative ove prestano la propria attività.

9. I RAPPORTI CON GLI ENTI LOCALI

9.1. La Conferenza Locale per la Sanità

Le istituzioni locali, al fine di soddisfare le esigenze dei cittadini, concorrono alla definizione degli indirizzi e della programmazione delle attività sanitarie e socio-sanitarie attraverso le Conferenze Locali per la Sanità.

Gli articoli 12 e 13 della legge regionale n. 18/94 e ss.mm.ii., ai sensi di quanto previsto dall'articolo 3, comma 14, del D.Lgs n. 502/92 e ss.mm.ii., dettano la disciplina della Conferenza Locale per la Sanità, declinando funzioni e modalità di esercizio della stessa.

In particolare, la Conferenza Locale per la Sanità è istituita in ciascuna delle Aziende Sanitarie Locali ed è composta dai sindaci dei comuni compresi nel territorio delle singole Aziende. Per le Aziende il cui territorio è articolato in Municipi, alla Conferenza partecipano il Sindaco ed i Presidenti dei Municipi.

La Conferenza Locale per la Sanità ha sede presso la sede dell'Azienda ASL ed è presieduta dal sindaco del comune o dal presidente del Municipio con maggior numero di abitanti.

Nei comprensori socio-sanitari nei quali siano compresi più comuni, circoscrizioni, ovvero comuni e circoscrizioni in numero superiore a cinque, la Conferenza Locale esercita le proprie funzioni attraverso un comitato di rappresentanza composto da cinque membri eletti nel suo seno, che ha sede presso la sede della Conferenza Locale ed elegge il proprio presidente a maggioranza dei componenti. Per la validità delle sedute, è richiesta la maggioranza dei componenti, che si esprimono a maggioranza.

Il comitato di rappresentanza della Conferenza Locale informa della propria attività la Conferenza stessa ed acquisisce dai sindaci e dai Presidenti dei Municipi le indicazioni dei bisogni sanitari della popolazione. Per detta finalità, il presidente della Conferenza Locale convoca annualmente un'assemblea di tutti i sindaci e presidenti dei Municipi compresi nel territorio dell'azienda unità sanitaria locale.

Nel caso in cui il Sindaco che partecipa alla Conferenza, ovvero il suo delegato, sia anche dipendente dell'Azienda di riferimento, egli si astiene dal partecipare a quelle sedute ed a quelle decisioni che possano coinvolgere interessi propri, ovvero di suoi parenti, affini entro il secondo grado, del coniuge o di conviventi, oppure di persone con le quali abbia rapporti di frequentazione abituale, ovvero, di soggetti od organizzazioni con cui egli o il coniuge abbia causa pendente o grave inimicizia o rapporti di credito o debito significativi, ovvero di soggetti od organizzazioni di cui sia tutore, curatore, procuratore o agente, ovvero di enti, associazioni anche non riconosciute, comitati, società o stabilimenti di cui sia amministratore o gerente o dirigente. Egli si astiene in ogni altro caso in cui esistano gravi ragioni di convenienza.

Per quanto non previsto nel presente Atto di Indirizzo, si rinvia alla disciplina regionale e statale sopra richiamata.

9.2. La Conferenza sanitaria cittadina

Per i comuni articolati in Municipi, compresi nel territorio dell'azienda unità sanitaria locale, è istituita una conferenza sanitaria cittadina composta dal sindaco che la presiede, e da tutti i presidenti dei Municipi, con il compito di esprimere alla Conferenza Locale per la Sanità e al relativo comitato di rappresentanza il bisogno sanitario complessivo della popolazione del comune.

10. GLI INCARICHI DIRIGENZIALI, LE POSIZIONI ORGANIZZATIVE E DI COORDINAMENTO

Le Aziende, entro 60 giorni dall'approvazione dell'Atto Aziendale, dovranno adottare un sistema di governo delle risorse umane che favorisca la valorizzazione delle singole professionalità prevedendo anche percorsi di sviluppo per le nuove risorse e per i professionisti inseriti nelle reti, nonché per la graduazione degli incarichi dirigenziali e delle posizioni organizzative e di coordinamento, nel rispetto delle risorse disponibili nei fondi contrattuali costituiti e gestiti nel rispetto delle norme e dei CCNL vigenti.

Nel medesimo termine le Aziende devono adottare un regolamento con il quale vengano fissati i criteri per l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali, e delle posizioni organizzative e di coordinamento, in base a criteri di trasparenza e pubblicità e nel rispetto della vigente normativa e dei contratti collettivi nazionali di lavoro.

A tal fine si forniscono le seguenti indicazioni di massima.

Non potranno essere previsti incarichi dirigenziali, incarichi di posizioni organizzative e di coordinamento finanziati con risorse a carico del bilancio aziendale.

Gli incarichi dirigenziali di natura gestionale o professionale si perfezionano solo a seguito della stipula del contratto individuale con le modalità previste dai vigenti CCNL, 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.

Ai sensi di quanto disposto dall'articolo 9, comma 32, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, le Aziende Sanitarie che, alla scadenza di un incarico di livello dirigenziale, anche in dipendenza dei processi di riorganizzazione, non intendono, anche in assenza di una valutazione negativa, confermare l'incarico conferito al dirigente, conferiscono al medesimo dirigente un altro incarico, anche di valore economico inferiore.

Il Regolamento dovrà essere adeguatamente coordinato con il Piano Anticorruzione.

Si rammenta al riguardo quanto specificamente disposto in sede di Intesa tra Governo, Regioni ed Enti Locali per l'attuazione dell'art. 1, commi 60 e 61, della legge 6 novembre 2012, n. 190, recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione", che si richiama integralmente. In particolare, con riferimento alla disciplina degli incarichi, l'Intesa sancita dalla Conferenza Unificata il 24 luglio 2013 prevede che *"le Aziende assicurino la rotazione dei dirigenti e dei funzionari addetti alle aree a più elevato rischio di corruzione. A tal fine le Aziende, previa informativa alle OO.SS, adottano criteri oggettivi.*

In ogni caso, fermi restando i casi di revoca dell'incarico già disciplinati e l'ipotesi di applicazione di misure cautelari, la rotazione può avvenire solo al termine dell'incarico, la cui durata deve essere comunque contenuta.

L'attuazione della misura deve avvenire in modo da tener conto della specificità professionali in riferimento alle funzioni e in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa. A tal fine, gli Enti curano la formazione del personale, prediligendo l'affiancamento e l'utilizzo di professionalità interne.

Ove le condizioni organizzative dell'Ente non consentano l'applicazione della misura, l'Ente ne deve dar conto nel P.T.P.C. con adeguata motivazione.

L'attuazione della mobilità, specialmente se temporanea, costituisce un utile strumento per realizzare la rotazione tra le figure professionali specifiche e gli Enti di più ridotte dimensioni. In quest'ottica, la Conferenza delle Regioni, l'A.N.C.I., e l'U.P.I., si impegnano a promuovere iniziative di raccordo ed informativa tra gli Enti rispettivamente interessati finalizzate all'attuazione della mobilità, anche temporanea, tra professionalità equivalenti presenti in diverse amministrazioni..."

11. LA PROCEDURA PER L'ADOZIONE, L'APPROVAZIONE E LA MODIFICA DEGLI ATTI AZIENDALI

L'atto aziendale e le successive modifiche (che non rivestano carattere meramente formale) dello stesso necessitano di specifica approvazione regionale mediante Decreto del Commissario ad acta.

Di norma, le proposte di modifica degli atti aziendali approvati potranno essere presentate alla Regione, per il relativo esame, una volta l'anno nel periodo temporale intercorrente tra il 15 settembre ed il 15 novembre di ogni anno.

La proposta di atto aziendale e/o modifica dello stesso è adottata dal direttore generale con atto deliberativo, previo parere del Collegio di Direzione e previa consultazione delle organizzazioni sindacali e della Conferenza dei Sindaci, sentito il Consiglio dei Sanitari.

Nelle Aziende Ospedaliero-Universitarie, come previsto dall'articolo 3, comma 3, del D.lgs n. 517/99, l'atto aziendale è adottato dal direttore generale, d'intesa con il rettore dell'università limitatamente ai dipartimenti ad attività integrata ed alle strutture complesse che li compongono, indicando quelle a direzione universitaria.

La delibera di adozione viene trasmessa in Regione, Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria, unitamente ad una sintetica relazione nella quale siano:

- a) esplicitate le scelte organizzative sottese alla definizione della proposta e la loro coerenza con il Piano Strategico Aziendale;
- b) descritte le iniziative di coordinamento intraprese al fine di individuare meccanismi di integrazione interaziendale, sia per regolare i rapporti tra i Distretti interessati dalla ridefinizione del territorio di Roma Capitale, sia per il funzionamento di eventuali articolazioni organizzative sovra aziendali o di accentramento di funzioni amministrative e tecniche.

Nel caso di costituzione di dipartimenti interaziendali, la proposta di Atto Aziendale deve essere adottata di concerto tra le aziende interessate. In tal caso, la relazione di accompagnamento di entrambi gli Atti dovrà esplicitamente indicare l'avvenuta concertazione.

In fase di prima attuazione, le proposte di atto aziendale devono essere adottate e trasmesse alla Regione entro il 15 ottobre 2014.

La Regione effettua, entro il 15 dicembre 2014, la verifica della stessa, con facoltà di acquisire direttamente atti, documenti, informazioni esplicative etc., interrompendo, dalla data di richiesta di approvazione dell'atto aziendale, i termini di cui sopra.

L'atto aziendale, una volta approvato dalla Regione, sarà pubblicato sul BURL e sul sito internet dell'Azienda.

Una volta approvato il nuovo atto aziendale, non potranno essere disposte ulteriori modifiche nello stesso anno né negli ultimi sei mesi del mandato del Direttore Generale.

L'adozione ed approvazione dell'Atto Aziendale rappresenta tipicamente quella rilevante modifica organizzativa che impone la revisione del Piano Anticorruzione. Pertanto, entro 60 giorni dall'approvazione del nuovo Atto Aziendale, l'Azienda dovrà trasmettere alla Regione, Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria, il Piano Anticorruzione adeguatamente rivisto, esplicitando le più significative modifiche e/o integrazioni introdotte a seguito del nuovo assetto organizzativo.

Analogha comunicazione dovrà comunque essere inviata in Regione a seguito della revisione annuale del Piano.

12. DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

Una volta approvato l'Atto Aziendale, le Aziende devono adottare un piano di attuazione che preveda tempi e fasi per:

- ✓ approvazione dei regolamenti aziendali;
- ✓ graduazione delle funzioni dirigenziali;
- ✓ attribuzione degli incarichi dirigenziali;
- ✓ costituzione dei Comitati di Dipartimento;
- ✓ nomina dei Direttori di Dipartimento;
- ✓ individuazione ed attribuzione delle posizioni organizzative e dei coordinamenti;

ALLEGATO 1

<i>Denominazione</i>	<i>PL totali</i>
<i>Roma A</i>	<i>4</i>
<i>Roma B</i>	<i>613</i>
<i>Roma C</i>	<i>513</i>
<i>Roma D</i>	<i>428</i>
<i>Roma E (compreso San Filippo Neri)</i>	<i>750</i>
<i>Roma F</i>	<i>222</i>
<i>Roma G</i>	<i>591</i>
<i>Roma H</i>	<i>840</i>
<i>Viterbo</i>	<i>609</i>
<i>Rieti</i>	<i>389</i>
<i>Latina</i>	<i>897</i>
<i>Frosinone</i>	<i>922</i>
<i>A.O. San Giovanni Addolorata</i>	<i>747</i>
<i>A.O. San Camillo Forlanini</i>	<i>1005</i>
<i>Policlinico Umberto I</i>	<i>1227</i>
<i>A.O. Universitaria Policlinico Tor Vergata</i>	<i>455</i>
<i>A.O. Sant'Andrea</i>	<i>447</i>
<i>Istituti Fisioterapici Ospitalieri</i>	<i>232</i>
<i>INMI L. Spallanzani</i>	<i>172</i>
	Totale 11.063

ALLEGATO 1

101 – RMA – Distr. II	168.603	108 – RMH – Distr. H1	95.451
101 – RMA – Distr. III	203.407	108 – RMH – Distr. H2	109.019
102 – RMB – Distr. IV	175.891	108 – RMH – Distr. H3	79.506
102 – RMB – Distr. V	245.233	108 – RMH – Distr. H4	109.492
102 – RMB – Distr. VI	258.326	108 – RMH – Distr. H5	66.368
103 – RMC – VII	306.375	108 – RMH – Distr. H6	101.946
103 – RMC – VIII	131.417	109 – VITERBO – Distr.1	55.134
103 – RMC – IX	177.970	109 – VITERBO – Distr.2	45.856
104 – RMD – Distr. X	227.904	109 – VITERBO – Distr.3	96.939
104 – RMD – Distr. XI	153.097	109 – VITERBO – Distr.4	65.245
104 – RMD – Distr. XII	140.752	109 – VITERBO – Distr.5	59.021
104 – RMD – Distr. Fiumicino	74.855	110 – RIETI – Distr.1	76.797
105 – RME – Distr. I	194.703	110 – RIETI – Distr.2	34.158
105 – RME – Distr. XIII	134.305	110 – RIETI – Distr.3	28.299
105 – RME – Distr. XIV	188.073	110 – RIETI – Distr.4	10.060
105 – RME – Distr. XV	157.266	110 – RIETI – Distr.5	10.356
106 – RMF – Distr F1	80.916	111 – LATINA - Aprilia-Cisterna	120.161
106 – RMF – Distr F2	77.193	111 – LATINA – Latina	174.196
106 – RMF – Distr F3	55.908	111 - LATINA - Monti Lepini	58.201
106 – RMF – Distr F4	109.578	111 - LATINA – Fondi/Terracina	109.061
107 – RMG – Distr. G1	94.307	111 - LATINA – Formia/Gaeta	108.045
107 – RMG – Distr. G2	125.759	112 – FROSINONE – Distr. A	92.269
107 – RMG – Distr. G3	84.810	112 – FROSINONE – Distr. B	184.498
107 – RMG – Distr. G4	33.548	112 – FROSINONE – Distr. C	102.903
107 – RMG – Distr. G5	82.669	112 – FROSINONE – Distr. D	118.008
107 – RMG – Distr. G6	76.597		

TOTALE POPOLAZIONE RESIDENTE: 5.870.451

Per quanto riguarda i Municipi di **Roma Capitale**, il valore complessivo, pari a **2.863.322** unità, è quello relativo al bilancio demografico al 31/12/2013 pubblicato sul sito dell'Istat (<http://demo.istat.it/bil2013/index.html>), che tiene conto della revisione anagrafica effettuata nel corso del 2014 dalla Direzione Anagrafe e Servizi Elettorali di Roma Capitale.

Tale dato complessivo, in attesa di ricevere da Roma Capitale i valori aggiornati della popolazione residente per Municipio è stato ridistribuito per ex-Municipio sulla base della tabella relativa alla popolazione iscritta in anagrafe al 31/12/2012 per Municipio, pubblicata sul sito istituzionale di Roma Capitale.

Il valore relativo alla ASL Roma D è stato poi integrato con quello relativo al bilancio demografico al 31/12/2013 del Comune di **Fiumicino**, pubblicato sul sito dell'Istat (<http://demo.istat.it/bil2013/index.html>)

Per quanto riguarda invece **le altre ASL e gli altri Distretti del Lazio**, il dato sulla popolazione utilizzato è quello relativo al bilancio demografico al 31/12/2013 dei Comuni del Lazio, pubblicato sul sito dell'Istat (<http://demo.istat.it/bil2013/index04.html>).