

PARTE I

ATTI DEL PRESIDENTE DELLA REGIONE LAZIO

DECRETO DEL PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO *AD ACTA* 10 giugno 2011, n. 40.

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

LA PRESIDENTE IN QUALITÀ DI COMMISSARIO *AD ACTA*

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

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

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

VISTA la legge 13 dicembre 2010, n. 220, recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge di stabilità 2011)";

VISTA la legge finanziaria regionale 24 dicembre 2010, n. 7;

VISTA la deliberazione di Giunta regionale 6 marzo 2007, n. 149, di recepimento dell'accordo sul Piano di Rientro dai disavanzi del settore sanitario della Regione Lazio, firmato dal Ministro della Salute, dal Ministro dell'Economia e delle Finanze e dal Presidente *pro tempore* della Regione Lazio in data 28 febbraio 2007;

VISTA la deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010, con cui il Presidente della Regione Lazio Renata Polverini è stata nominata Commissario *ad Acta* per la realizzazione degli obiettivi di risanamento finanziario previsti dal Piano di Rientro dai disavanzi regionali del settore sanitario;

DATO ATTO, altresì, che con delibera del Consiglio dei Ministri dell'8 marzo 2011 (prot. n. ACG/23/SANIT/3103) il Dott. Giuseppe Antonino Spata è stato nominato *Sub Commissario* per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario Regionale della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad Acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010;

VISTO il nuovo Patto per la Salute sancito in Conferenza Stato – Regioni in data 3 dicembre 2009, con cui, all'art. 13, comma 14, è stato stabilito che per le regioni già sottoposte ai piani di rientro e già commissariate all'entrata in vigore delle norme

attuative del medesimo Patto restano fermi l'assetto commissariale previgente per la prosecuzione del Piano di Rientro, secondo programmi operativi coerenti con gli obiettivi finanziari programmati, predisposti dal Commissario ad Acta, nonché le relative azioni di supporto contabile e gestionale;

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 1bis, 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 23 dicembre 1996, n. 662, recante "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica";

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n. 3140/1995 recante direttive per l'organizzazione ed il funzionamento delle aziende locali e delle aziende ospedaliere;

VISTA la deliberazione di Giunta Regionale n. 2034/2001 (modificata con successive deliberazioni n. 1220/2002 e n. 302/2005), con cui sono state approvate le linee guida per l'adozione degli atti di autonomia aziendale delle aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere della Regione Lazio, in base alla quale le aziende hanno adottato i rispettivi atti aziendali;

TENUTO CONTO che il citato Piano di Rientro, sottoscritto il 28 febbraio 2007, ha previsto al punto 2.1.1, tra gli interventi da realizzarsi entro il 31 marzo 2007, la "Emanazione di linee guida per la formazione degli atti aziendali dirette a definire l'organizzazione distrettuale";

VISTA la deliberazione 6 marzo 2007, n. 139, con cui la Giunta Regionale, in attuazione del predetto intervento previsto dal Piano di Rientro, ha approvato l'"Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio", in base al quale le aziende sanitarie territoriali ed ospedaliere della Regione Lazio hanno adottato i rispettivi atti aziendali;

CONSIDERATO che, al fine di evitare iniziative non compatibili con il processo di razionalizzazione e di risanamento avviato con il Piano di Rientro, la legge regionale 11 agosto 2008, n. 14, concernente "Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2008-2010 della Regione Lazio" ha disposto, all'articolo 1, comma 66, la sospensione di tutti gli atti aziendali come sopra approvati in attesa dell'adozione del Piano di riassetto della rete ospedaliera;

RILEVATO che il Commissario *Ad Acta*, con successive note indirizzate a tutti i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliere, Ospedaliero-Universitarie, IRCCS ed ARES 118, ha ribadito che tutti i provvedimenti aziendali

relativi alla modifica degli atti aziendali già approvati dalla Giunta nonché all'attribuzione di nuovi incarichi sono da considerarsi sospesi, nelle more della definitiva validazione, da parte del Governo, del Piano Sanitario Regionale e del documento di Riorganizzazione della rete ospedaliera;

VISTO il decreto del Commissario Ad Acta 31 dicembre 2010 n. 113, con cui è stato approvato il documento contenente i Programmi Operativi per il biennio 2011-2012 in proseguo di quelli riguardanti l'anno 2010, tutti contemplati nella legge 23 dicembre 2009, n. 191, art. 2, comma 88;

TENUTO CONTO, in particolare, che tra detti Programmi si annoverano, tra gli altri, la ridefinizione, da parte delle Aziende Sanitarie, dei propri Atti Aziendali sulla base delle linee d'indirizzo stabilite dalla Regione;

RILEVATA la necessità di fornire alle aziende sanitarie specifici indirizzi per l'adozione dei propri atti aziendali, al fine di garantire che le stesse adottino un modello di organizzazione che realizzi concretamente i principi fondanti del nuovo Piano sanitario 2010-2012, nel rispetto degli obiettivi economici previsti dal Piano di Rientro;

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

RITENUTO opportuno, pertanto, approvare il nuovo "Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio" (allegato A), che sostituisce le precedenti deliberazioni n. 2034/2001, n. 1220/2002, n. 302/2005 e n. 139/2007 e che costituisce, insieme ai propri allegati (A1 e A2), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO opportuno stabilire che costituiscono obiettivi dei direttori generali anche i seguenti adempimenti:

- entro trenta (30) giorni dalla data di pubblicazione del presente provvedimento i direttori generali ovvero i commissari straordinari preposti ai vertici delle strutture indicate al punto 4 del citato Atto di indirizzo dovranno adottare i nuovi atti aziendali conformemente all'Atto di indirizzo medesimo, al Piano Sanitario Regionale 2010-2012 e successivi Programmi Operativi;
- i regolamenti che disciplinano le specifiche modalità di funzionamento delle predette strutture dovranno essere adottati entro tre mesi dall'adozione degli atti aziendali;
- i nuovi atti aziendali adottati dovranno, comunque, prevedere una riduzione di tutte le unità operative in coerenza con le previsioni del Piano Sanitario Regionale 2010-2012 e dei successivi Programmi Operativi;
- all'interno degli atti aziendali dovrà essere individuata la figura del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili ai sensi dell'articolo 4bis della legge regionale 3 agosto 2001, n. 16 recante "*Misure urgenti di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria*", introdotto dall'articolo 9 della legge finanziaria regionale 28 dicembre 2006, n. 27 ;

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

RITENUTO opportuno stabilire che gli Atti aziendali adottati dai direttori generali ed approvati dal Commissario *Ad Acta* con la procedura prevista nell'Atto di indirizzo, che si approva con il presente provvedimento, saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio;

DATO ATTO che del contenuto dell'Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio, che si approva con il presente decreto, è stata data informazione alle Organizzazioni Sindacali, le cui osservazioni sono state in parte accolte;

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" (allegato A), che sostituisce le precedenti deliberazioni n. 2034/2001, n. 1220/2002, n. 302/2005 e n. 139/2007 e che costituisce, insieme ai propri allegati (A1 e A2), parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
2. di stabilire che costituiscono obiettivi dei direttori generali anche i seguenti adempimenti:
 - entro trenta (30) giorni dalla data di pubblicazione del presente provvedimento i direttori generali ovvero i commissari straordinari preposti ai vertici delle strutture indicate al punto 4 del citato Atto di indirizzo dovranno adottare i nuovi atti aziendali conformemente all'Atto di indirizzo medesimo, al Piano Sanitario Regionale 2010-2012 e successivi Programmi Operativi;
 - i regolamenti che disciplinano le specifiche modalità di funzionamento delle predette strutture dovranno essere adottati entro tre mesi dall'adozione degli atti aziendali;
 - i nuovi atti aziendali adottati dovranno, comunque, prevedere una riduzione di tutte le unità operative in coerenza con le previsioni del Piano Sanitario Regionale 2010-2012 e dei successivi Programmi Operativi;
 - all'interno degli atti aziendali dovrà essere individuata la figura del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili ai sensi dell'articolo 4bis della legge regionale 3 agosto 2001, n. 16 recante "*Misure urgenti di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria*", introdotto dall'articolo 9 della legge finanziaria regionale 28 dicembre 2006, n. 27.

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

Gli atti aziendali adottati dai direttori generali ovvero dai commissari straordinari ed approvati dal Commissario *Ad Acta* con la procedura prevista nel nuovo Atto di indirizzo, che si approva con il presente provvedimento, saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.L.

La presidente
RENATA POLVERINI

Allegato A

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

PRIMA SEZIONE

- 1. PREMESSA**
- 2. CONTESTO DI RIFERIMENTO**
- 3. FINALITA' DELLE PRESENTI LINEE GUIDA**
- 4. AMBITO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI**
- 5. POLITICHE SANITARIE**
 - 5.1 La gestione della cronicità
 - 5.2 La presa in carico
 - 5.3 I percorsi assistenziali
 - 5.4 La continuità assistenziale
 - 5.5 La prevenzione
- 6. POLITICHE DELLE RISORSE UMANE**
 - 6.1 Personale e professionalità
 - 6.2 Formazione continua: strumento per la qualità ed il governo clinico
 - 6.3 Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro
- 7. PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI**
 - 7.1 Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)
 - 7.2 Audit Civico
 - 7.3 Conferenza dei servizi
 - 7.4 Carta dei servizi pubblici sanitari
 - 7.5 Consulta sanitaria
- 8. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE E CONTROLLO**
 - 8.1 Controllo di gestione
- 9. STRUTTURA DELL'ATTO AZIENDALE**
 - 9.1 Contenuti dell'atto aziendale
 - 9.2 Procedure per l'adozione dell'atto aziendale
 - 9.3 Regolamenti
 - 9.4 Organizzazione interna dei presidi, dei distretti e dei dipartimenti e organizzazione delle strutture in staff alla direzione strategica

SECONDA SEZIONE

- 10. ASSETTO ISTITUZIONALE DELLE AZIENDE SANITARIE: ORGANI E ORGANISMI**
 - 10.1 Organi
 - 10.1.1 Direttore generale
 - 10.1.2 Collegio sindacale: composizione e funzioni
 - 10.2 Organismi dell'Azienda
 - 10.2.1 Collegio di direzione: composizione e funzioni
 - 10.2.2 Consiglio dei sanitari: composizione e funzioni
 - 10.2.3 Comitati e commissioni aziendali
- 11. GOVERNO STRATEGICO AZIENDALE**
 - 11.1 Direzione strategica
 - 11.2 Direttore sanitario e direttore amministrativo
 - 11.2.1 Direttore sanitario
 - 11.2.2 Direttore amministrativo
 - 11.3 Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili
 - 11.4 Strutture in staff alla direzione strategica
 - 11.4.1 Organismo Indipendente di Valutazione della performance (O.I.V.)
 - 11.4.2 Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni
 - 11.4.3 Ufficio del risk manager per la gestione del rischio clinico
 - 11.4.4 Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)
 - 11.4.5 Servizio di Prevenzione e Protezione
 - 11.4.6 Modello organizzativo per l'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione (P.R.P.)
- 12. ATTIVITA' CONTRATTUALE IN MATERIA DI FORNITURE DI BENI E SERVIZI**
- 13. INCARICHI DIRIGENZIALI, POSIZIONI ORGANIZZATIVE E DI COORDINAMENTO**

TERZA SEZIONE

- 14. ORGANIZZAZIONE SANITARIA**
 - 14.1 Strutture operative delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere e relative articolazioni interne
- 15. LE STRUTTURE OPERATIVE DELL'AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE E DELL'AZIENDA OSPEDALIERA**
 - 15.1 Distretto

- 15.1.1 Forme organizzative del distretto
- 15.1.2 Funzioni di direzione e coordinamento del distretto
- 15.2 Dipartimento
 - 15.2.1 Direttore del dipartimento
 - 15.2.2 Comitato di dipartimento
- 15.3 Dipartimento di Prevenzione
- 15.4 Dipartimento di Salute Mentale
- 15.5 Area delle dipendenze
- 15.6 Area della sanità penitenziaria
- 15.7 Servizio infermieristico tecnico e riabilitativo aziendale
- 15.8 Ospedale e polo ospedaliero
 - 15.8.1 Ospedale
 - 15.8.2 Polo ospedaliero
- 16. ARTICOLAZIONI INTERNE DELLE STRUTTURE OPERATIVE**
 - 16.1 Unità Operative Complesse
 - 16.2 Unità Operative Semplici Dipartimentali
 - 16.3 Unità Operative Semplici
- 17. CRITERI E PARAMETRI PER LA COSTITUZIONE, IL MANTENIMENTO E LA RICONVERSIONE DELLE UNITA' OPERATIVE (UOC, UOD, UOS) IN AMBITO OSPEDALIERO**
 - 17.1 UOC in ambito ospedaliero
- 17.2 UOD in ambito ospedaliero**
 - 17.3 UOS in ambito ospedaliero
- 18. CRITERI E PARAMETRI PER LA COSTITUZIONE, IL MANTENIMENTO E LA ROCONVERSIONE DELLE UNITA' OPERATIVE (UOC, UOD, UOS) IN AMBITO TERRITORIALE**
 - 18.1 UOC in ambito territoriale
- 18.2 UOD in ambito territoriale**
 - 18.3 UOS in ambito territoriale
- 19. AMBITO DELLE FUNZIONI CENTRALI DELLA DIRIGENZA SANITARIA, PEOFESSIONANLE, TECNICA ED AMMNISTRATIVA**
- 20. MODELLI OPERATIVI**
 - 20.1 Reti professionali
 - 20.2 Gruppi operativi interdisciplinari
 - 20.3 Assetto degli incarichi professionali

Allegato-A1

Allegato-A2

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

PRIMA SEZIONE

1. PREMESSA

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.

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 (ex articolo 2, comma 2-sexies, del D.Lgs n. 502/1992 come modificato dall'art. 1 del D.Lgs n. 168/2000).

2. CONTESTO DI RIFERIMENTO

Normativa nazionale e regionale

La disciplina relativa all'assetto organizzativo delle Aziende Sanitarie trova il suo principale riferimento nella seguente normativa:

- normativa nazionale - il D.Lgs. n. 502/92 ("Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421") e successive modificazioni ed integrazioni, con particolare riferimento all'articolo 2, comma 1, all'articolo 2, comma 2-sexies, agli articoli 3 e seguenti;
- normativa regionale - la legge 16 giugno 1994, n. 18, che istituisce le Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere e recepisce i contenuti del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, ivi compresi quelli riferiti agli atti di organizzazione.

Di seguito sono, inoltre, indicati i principali atti regionali inerenti gli atti di organizzazione delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale.

Prime linee guida

La Regione Lazio ha approvato le prime linee guida per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale con la deliberazione di Giunta regionale 21 dicembre 2001, n. 2034. Tutte le Aziende Sanitarie del Lazio hanno, quindi, proceduto negli anni 2003-2004 ad adottare gli atti aziendali, che sono stati poi pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.

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*".

D.G.R. n. 139/2007

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*".

Sono stati, quindi approvati con successive deliberazioni di Giunta regionale i singoli atti aziendali delle Aziende Sanitarie regionali conformi a detto Atto di indirizzo.

Sospensione atti aziendali

La legge regionale 11 agosto 2008, n. 14 ("*Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2008-2010 della Regione Lazio*"), al fine di evitare iniziative non compatibili con il processo di razionalizzazione e risanamento avviato con il Piano di Rientro, ha disposto, all'articolo 1, comma 66, la sospensione di tutti gli atti aziendali come sopra approvati in attesa dell'adozione del Piano di riassetto della rete ospedaliera.

Piano Sanitario Regionale 2010-2012

Il Commissario Ad Acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario, con decreto 18 dicembre 2009, n. 87, da ultimo modificato ed integrato con decreto del Commissario ad acta 31 dicembre 2010 n. 111, ha approvato il Piano Sanitario Regionale (P.S.R.) 2010-2012.

Nell'Allegato 2 di detto Piano, sono state definite le "Linee di indirizzo per la riproposizione ed approvazione dei nuovi atti aziendali a seguito della sospensione dei precedenti ai sensi dell'articolo 1, comma 66, lett. a) della legge regionale n. 14/2008 ed, in particolare, sono stati indicati i criteri ed i parametri da rispettare per la costituzione, il mantenimento e la riconversione delle unità operative (UOC, UOD, UOS) sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale.

Piano Regionale della Prevenzione 2010-2012 (P.R.P.)

La Giunta Regionale, con la deliberazione 17 dicembre 2010, n. 577, ha approvato il Quadro Strategico del Piano Regionale della Prevenzione P.R.P. 2010-2012 ed, in particolare, il modello organizzativo ed il sistema informatico di monitoraggio e di valutazione delle azioni svolte, secondo un processo di *governance* applicata.

Successivamente, con la deliberazione di Giunta regionale 29 dicembre 2010, n. 613, è stato approvato il Piano Regionale della Prevenzione (P.R.P.) 2010-2012, in cui sono stati definiti i piani operativi e le priorità d'intervento.

Patto per la Salute 2010-2012 – Programmi Operativi

Con decreto del Commissario ad acta 31 dicembre 2010, n. 113 è stato approvato, quale adempimento previsto dall'articolo 13, comma 14, del Patto per la Salute 2010-2012, il documento contenente i Programmi Operativi per il biennio 2011-2012, in proseguo di quelli riguardanti l'anno 2010, tutti contemplati nella legge 23 dicembre 2009, n. 191, art. 2, comma 88.

Tra detti Programmi si annoverano, tra gli altri, il Piano di riordino della rete ospedaliera, con relativo avvio del processo di attuazione della nuova rete ospedaliera e territoriale, nonché la ridefinizione, da parte delle Aziende Sanitarie, dei propri atti aziendali sulla base delle linee d'indirizzo stabilite dalla Regione.

3. FINALITA' DELLE PRESENTI LINEE DI INDIRIZZO

Con le presenti linee guida si intende fornire alle Aziende Sanitarie, in coerenza con quanto precedentemente descritto, specifici indirizzi nell'adozione dei propri atti aziendali, al fine di favorire sia la realizzazione di una concreta autonomia imprenditoriale, che garantisca un'organizzazione aziendale coerente e funzionale al perseguimento degli obiettivi di programmazione regionale e la concreta applicazione dei principi fondanti del nuovo Piano Sanitario 2010-2012, sia l'uniformità di comportamenti dei destinatari, onde garantire parità di trattamento al personale dipendente ed omogeneità di azioni in relazione agli obiettivi propri del Piano di Rientro.

4. 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 tre Aziende Ospedaliere di rilievo nazionale** istituite dall'articolo 6 della stessa legge:

1. Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
2. Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata
3. Azienda Ospedaliera San Filippo Neri

Il presente atto di indirizzo si applica, inoltre, direttamente o per analogia e compatibilmente con le specifiche discipline dettate dalle fonti di riferimento, agli altri enti sanitari di diritto pubblico presenti sul territorio della Regione Lazio, che sono in particolare:

❖ **le seguenti tre strutture sanitarie universitarie:**

1. Il 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. La Fondazione "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. l'Azienda Ospedaliera 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).

Si precisa che l'atto aziendale delle citate tre strutture sanitarie universitarie sarà orientato al presente atto di indirizzo compatibilmente con quanto previsto dai rispettivi protocolli d'intesa Università-Regione.

- ❖ **l'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria A.R.E.S. 118**, istituita con la L.R. n. 9/2004 quale azienda regionale dotata di personalità giuridica di diritto pubblico. Anche in questo caso, tenuto conto della peculiarità e della specificità delle norme di riferimento, il presente atto di indirizzo si estende all'ARES 118 compatibilmente con la legge di riferimento ed, in particolare, con l'art. 12 della legge istitutiva della suddetta Azienda che disciplina l'atto aziendale.

- ❖ **gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico** non trasformati in fondazioni (Lazzaro Spallanzani, IFO e INRCA per la sede insistente sul territorio della Regione Lazio), che sono stati configurati dalla legge regionale n. 2/2006 quali enti pubblici dipendenti della Regione a rilevanza nazionale, al pari delle aziende sanitarie. Si precisa che, in materia di organizzazione degli IRCCS, la normativa di riferimento è rappresentata dal D.Lgs. n. 288/2003, dalla legge regionale n. 2/2006, nonché dall'Atto di intesa sottoscritto in sede di Conferenza Stato-Regioni il 1° luglio 2004 recante "Organizzazione, gestione e funzionamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazioni", a cui è allegato uno schema tipo di regolamento. All'articolo 1 di detto Atto di intesa, in particolare, si dispone che le regioni possono disciplinare gli aspetti organizzativi non previsti da altre fonti specifiche. In detto ambito potrà trovare spazio il presente atto di indirizzo.

5. POLITICHE SANITARIE

5.1 La gestione della cronicità

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

5.2 La "presa in carico"

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

La complessità dell'offerta di servizi assistenziali e sanitari rivolti alla persona come prevenzione, cura e riabilitazione non deve confondere né disorientare il cittadino da solo di fronte a tale complessità, ma è necessario orientarlo e tutelarne nei vari passaggi, sostenendone la libertà e l'autonomia della scelta attraverso processi di "rafforzamento del potere dei cittadini" (*empowerment*). Vanno perseguiti la collaborazione ed il confronto continuo con le reti degli operatori e dei servizi che attuano la presa in carico attraverso la continuità dell'assistenza in ogni momento della vita, con particolare riguardo alle fasi più delicate e critiche dell'esistenza, che sono: la nascita, la diagnosi di patologie cronicodegenerative, la

dimissione successiva a ricoveri ospedalieri e la gestione della disabilità fuori dall'ospedale, con particolare riguardo ai soggetti più deboli, ossia i bambini, le donne, gli anziani, i disabili ed i migranti.

5.3 I percorsi assistenziali

La presa in carico costituisce la premessa indispensabile per avviare le persone assistite nei percorsi assistenziali appropriati in relazione alle loro specifiche condizioni di salute.

I percorsi assistenziali devono essere basati sui principi di equità e di appropriatezza, nonché modulati ed integrati in relazione ai diversi livelli di erogazione delle prestazioni (assistenza preventiva, ambulatoriale, domiciliare, di ricovero, ordinario o in day hospital, residenziale ecc.), e differenziati in funzione delle diverse patologie.

5.4 La continuità assistenziale

Finalità principale della presa in carico e dei percorsi assistenziali è la garanzia della continuità dell'assistenza nelle varie fasi della prevenzione, cura e riabilitazione delle persone assistite, monitorando attentamente i processi ed i risultati di tali percorsi attraverso un sistema complesso di indicatori di processo e di esito, quale unico valido strumento valutativo della rispondenza degli stessi agli scopi da cui traggono origine. In questo contesto assumono particolare importanza i Pacchetti Ambulatoriali complessi (PAC) e gli Accorpamenti di Prestazioni Ambulatoriali (APA) di cui ai Decreti del Commissario ad acta n. 1/2010 e n. 61/2010.

5.5 La prevenzione

La prevenzione costituisce l'anello forte della politica sanitaria regionale, nell'ambito della quale operano tutti i settori e le aree operative sanitarie coinvolte, nonché settori esterni al sistema sanitario. L'azione preventiva è vista secondo un'ottica multidisciplinare ed intersettoriale che pone al centro della programmazione la persona e la famiglia.

6. POLITICHE DELLE RISORSE UMANE

6.1 Personale e professionalità

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

La risorsa umana costituisce il fattore determinante che caratterizza la qualità e l'eccellenza delle prestazioni erogate dalle strutture sanitarie ed è, quindi, prioritario sviluppare politiche informative e formative orientate al raggiungimento di obiettivi di salute, di efficacia clinica e di appropriatezza. A tutti gli operatori del settore è richiesta una nuova dimensione di professionalità fondata, oltre che sulle conoscenze tecnico scientifiche specifiche dell'attività di assistenza, anche su conoscenze, competenze ed abilità di tipo programmatico, organizzativo e gestionale. Queste ultime sono mutate dalla gestione imprenditoriale ed adattate alle specifiche esigenze del contesto sanitario e consentono di combinare, nel migliore dei modi, le risorse disponibili. In tale contesto, i rapporti con le organizzazioni sindacali dovranno essere costanti anche attraverso prassi, procedure e consultazioni standardizzate e trasparenti.

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

La formazione e l'aggiornamento continuo del personale costituiscono elementi strategici dell'azienda, onde evitare che le capacità professionali possano diventare obsolete rispetto ai processi accelerati di evoluzione tecnologica.

In tal senso rappresenta un momento strategico dell'azione manageriale l'elaborazione, da parte delle singole aziende regionali, del piano formativo aziendale annuale che sarà costituito da:

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

6.3 Tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro

Gli obblighi e gli adempimenti previsti dal D.Lgs. n. 81/08 e s.m.i., in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro hanno la finalità di individuare e mettere in atto le misure idonee a garantire la salute e la sicurezza degli operatori, dei lavoratori di imprese terze, dei visitatori, degli studenti che apprendono le professioni sanitarie, dei volontari che donano il loro tempo alla struttura sanitaria e non ultimo dei pazienti stessi.

Obiettivo strategico della Regione Lazio e delle Aziende Sanitarie regionali deve essere la promozione di tutte quelle azioni organizzative e gestionali che, nel breve e medio periodo, possano garantire il raggiungimento di un Servizio Sanitario sicuro, efficiente ed in equilibrio con le risorse investite ed i risultati complessivi di salute raggiunti

In tal senso si dovrà assicurare:

- che i Servizi di Prevenzione e Protezione (S.P.P.) aziendali e le attività di Medicina del Lavoro abbiano sia l'organizzazione che le risorse quali-quantitativamente adeguate per il raggiungimento degli scopi di istituto;
- che siano presenti competenze multidisciplinari per realizzare la complessiva gestione della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro ed il conseguente adempimento degli obblighi normativi.

7. PARTECIPAZIONE E TUTELA DEI DIRITTI DEI CITTADINI

7.1 Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)

L'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) assicura la funzione relativa alla comunicazione con gli utenti, sviluppando in modo esauriente l'informazione sulle prestazioni sanitarie e sulle relative modalità di accesso. L'Ufficio verifica la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando, per tale finalità, idonei ed adeguati strumenti. In particolare, l'U.R.P. acquisisce le osservazioni ed i reclami presentati dai cittadini, li segnala ai dirigenti competenti e provvede a darne tempestivo riscontro agli utenti. Lo stesso è deputato alla raccolta, alla classificazione ed alla archiviazione delle segnalazioni e degli esposti in un'apposita banca dati, nonché alla predisposizione, con cadenza trimestrale, di una relazione al direttore generale sulle segnalazioni ed i reclami pervenuti e sull'esito degli stessi. Detta relazione è accompagnata da proposte per il miglioramento degli aspetti organizzativi, logistici, relazionali e di accesso alle prestazioni, nonché, per il superamento dei fattori di criticità emersi. L'Azienda garantisce che l'U.R.P. 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 appartenenti a diverse etnie.

L'U.R.P. cura i rapporti con le Associazioni di Volontariato e le Associazioni di Tutela dei Cittadini e deve periodicamente trasmettere alla Regione i dati relativi al monitoraggio del grado di partecipazione e di soddisfazione dell'utenza.

7.2 Audit Civico

L'Audit Civico rappresenta uno degli strumenti primari per la partecipazione, da parte dei cittadini, alle politiche sanitarie aziendali. E', infatti, una metodologia che ha la finalità di promuovere la valutazione, da parte dei cittadini, della qualità delle prestazioni delle Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere.

Il processo di Audit civico si basa sull'analisi critica e sistematica delle azioni svolte dalle Aziende, attraverso l'utilizzo di uno strumento metodologico che comporta la definizione di indicatori tramite la co-progettazione tra cittadini e referenti aziendali delle modalità di raccolta dati. I dati forniti dalla rilevazione degli indicatori verranno confrontati con le informazioni tratte da altri sistemi di monitoraggio delle strutture e dei servizi, quali, ad esempio, l'accreditamento, le segnalazioni dei cittadini, la documentazione riguardante delibere e provvedimenti aziendali, le liste di attesa, le interviste alle direzioni generale e sanitaria e la consultazione delle organizzazioni civiche.

Le Aziende potranno promuovere appositi progetti di Audit Civico, coordinandoli con le iniziative assunte a livello regionale.

A livello regionale sono stati finanziati tre progetti di Audit Civico (nel 2009 sono state coinvolte venti aziende sanitarie) presentati da Cittadinanzattiva Lazio Onlus, che ha messo a punto una metodologia dell'Audit Civico riconosciuta dal Ministero della Salute e che è diffusa su tutto il territorio nazionale.

L'ultimo progetto regionale di Audit Civico relativo al periodo 2010-2011 prevede, sulla scorta dei risultati dei progetti realizzati negli anni precedenti e nell'ottica di dare continuità alle attività già avviate nel corso degli anni 2007-2009, di rendere strutturale in tutte le Aziende Sanitarie (ASL, IRCCS, Policlinici Universitari ed Aziende Ospedaliere) la partecipazione attiva dei cittadini alla tutela dei propri diritti e di sviluppare, quindi, a livello aziendale strumenti e canali permanenti per il consolidamento e l'ampliamento dell'applicazione di politiche centrate sulla partecipazione civica.

Lo strumento dell'Audit rappresenta, inoltre, un elemento utile alla Giunta regionale ai fini della periodica valutazione dei direttori generali.

7.3 Conferenza dei servizi

L'art. 14, comma 4, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. dispone che il direttore generale indice, almeno una volta l'anno, sentita la Conferenza locale per la Sanità, apposita Conferenza dei servizi, rendendo noti i dati relativi all'andamento dei servizi, allo stato di attuazione degli obiettivi, al grado di raggiungimento degli standard, con particolare riferimento allo svolgimento delle attività di tutela degli utenti.

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

7.4 Carta dei servizi pubblici sanitari

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

Il direttore generale si impegna ad aggiornare la Carta dei servizi annualmente, dandone ampia diffusione. La Carta dei servizi sarà pubblicata sul sito dell'Azienda e su quello della Regione Lazio.

7.5 Consulta sanitaria

Presso le Aziende ASL è istituita, quale organismo di partecipazione previsto dall'art. 14, comma 2, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., la Consulta sanitaria.

la Consulta sanitaria, in particolare:

- fornisce contributi per la programmazione sanitaria e socio sanitaria;
- elabora proposte finalizzate al miglioramento della qualità e dell'umanizzazione dei servizi;
- favorisce la partecipazione consapevole degli utenti e delle forze sociali attraverso dibattiti ed altri mezzi adeguati;
- promuove programmi di educazione sanitaria e collabora per favorire la corretta utilizzazione, da parte dell'utenza, dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- promuove iniziative volte all'attivazione di sistemi di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe e sulle modalità di accesso;
- promuove progetti di indagine di gradimento, nonché programmi di ricerca sugli eventi avversi e sulle criticità nell'erogazione dei servizi;
- partecipa alla conferenza dei servizi di cui all'articolo 14, comma 4, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.

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

La Consulta sanitaria è costituita da:

- il direttore sanitario o suo delegato;
- i direttori di distretto (per le sole Aziende ASL);
- un rappresentante per ciascun municipio (in caso di Aziende ASL insistenti sul territorio del Comune di Roma) o da quattro rappresentanti delle Conferenze locali della sanità (in caso di Aziende ASL insistenti sui territori provinciali) designati dalle rispettive Conferenze locali per la sanità, ovvero da un rappresentante del Comune di Roma in caso di aziende ospedaliere;
- un funzionario regionale competente in materia sanitaria e socio sanitaria (designato dall'Assessore alla Salute);
- due rappresentanti di organismi di volontariato maggiormente rappresentativi nell'azienda e nelle altre aziende regionali;
- due rappresentanti di organismi di tutela dei diritti dei cittadini maggiormente rappresentativi nell'azienda e nelle altre aziende regionali;
- il responsabile dell'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico.

La Consulta sanitaria è costituita con provvedimento del direttore generale e dura in carica due anni. Il suo funzionamento è disciplinato da apposito regolamento aziendale. Per particolari esigenze, anche legate alle specificità del territorio aziendale, il direttore generale può, nel provvedimento di costituzione della Consulta, prevedere la partecipazione di altri soggetti istituzionali.

8. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE E CONTROLLO

Il D.Lgs 30 luglio 1999, n. 286 e s.m.i., ha introdotto norme per il riordino ed il potenziamento dei meccanismi e degli strumenti di monitoraggio e valutazione dei costi, dei rendimenti e dei risultati dell'attività svolta dalle amministrazioni pubbliche, a norma dell'articolo 11 della legge 15 marzo 1997, n. 59, prevedendo un articolato sistema di controllo interno.

Ai sensi dell'articolo 4 della legge regionale 3 agosto 2001 n. 16 *"le aziende si dotano di un'adeguata organizzazione amministrativa e contabile nonché di adeguate procedure di controllo interno in grado di garantire l'affidabilità e la funzionalità dei sistemi di controllo, secondo i principi generali fissati dal decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286"*.

Il sistema di controllo interno rappresenta un fondamentale strumento di governo aziendale volto al raggiungimento di obiettivi gestionali di attendibilità delle informazioni, quale che sia la loro natura, ed obiettivi di rispetto delle leggi e delle norme in genere.

In conformità a quanto disposto dal D.Lgs 27 ottobre 2009, n. 150, concernente *"Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni. (09G0164)"* ed in conformità alla L.R. 16 marzo 2011 n. 1, che recepisce i contenuti di detto decreto legislativo, le Aziende Sanitarie dovranno prevedere apposita disciplina per normare il sistema di misurazione e valutazione della prestazione. In particolare, la funzione di misurazione e valutazione sarà svolta, oltre che a livello dirigenziale, dagli organismi indipendenti di valutazione della prestazione, che sostituiranno i servizi di controllo interno effettuati dai Nuclei di Valutazione e che eserciteranno, altresì, le attività di controllo strategico.

8.1 Controllo di gestione

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

Il Controllo di gestione provvede alla verifica dell'efficacia (obiettivi/risultati) e dell'efficienza (risorse/risultati) e dell'economicità dell'azione amministrativa, al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati.

A tal fine l'Azienda Sanitaria, ai sensi dell'articolo 4 del D.Lgs n. 286/1999, definisce:

- a) l'unità o le unità responsabili della progettazione e della conduzione del controllo di gestione;
- b) le unità organizzative a livello delle quali si intende misurare l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'azione amministrativa;
- c) le procedure di determinazione degli obiettivi gestionali e dei soggetti responsabili;
- d) l'insieme dei prodotti e delle finalità dell'azione amministrativa, con riferimento all'intera amministrazione o a singole unità organizzative;
- e) le modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le unità organizzative e di individuazione degli obiettivi per cui i costi sono sostenuti;
- f) gli indicatori specifici per misurare efficacia, efficienza ed economicità;
- g) la frequenza di rilevazione delle informazioni.

Il Controllo di gestione viene assicurato secondo parametri, procedure ed indicatori annualmente determinati, utili a valutare la capacità aziendale ad acquisire fattori operativi per la produzione delle prestazioni o dei servizi da erogare, l'efficienza nell'impiego delle risorse umane e strumentali, nonché la produttività dei predetti fattori garantendo l'obiettività, l'imparzialità e la trasparenza delle valutazioni.

Ai fini di cui sopra è assicurata la tenuta della contabilità analitica e la metodica budgetaria, nel rispetto delle indicazioni regionali.

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

9. STRUTTURA DELL'ATTO AZIENDALE

9.1 Contenuti dell'atto aziendale

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

L'atto aziendale, in particolare, determina:

- a) la sede legale ed il logo aziendale;
- b) gli elementi identificativi dell'Azienda Sanitaria. Affinché l'atto aziendale possa costituire uno strumento completo e rappresentativo della complessità aziendale con tutte le caratteristiche strutturali, è opportuno includere una mappa geografica e/o topografica che ricomprenda l'ambito territoriale dell'Azienda, con la dislocazione e l'individuazione dei distretti (specificandone la sede), i presidi ospedalieri, con i relativi posti letto distinti per specialità, direttamente gestiti e autorizzati dalla Regione, il numero complessivo dei dipartimenti, delle Unità operative complesse e semplici, anche dipartimentali o di staff, nonché i dati della

popolazione, quelli demografici e le strutture sanitarie autorizzate e accreditate sul territorio aziendale con i posti letto insistenti, con la precisazione che le possibili variazioni del numero di posti letto, scaturenti da atti di programmazione regionale, dovranno essere aggiornate nel sistema NSIS;

- c) il numero del personale dipendente anche a tempo determinato (distinto per ruoli di appartenenza e tipologia di contratto);
- d) gli organi e gli organismi aziendali disciplinandone composizione e funzioni;
- e) le funzioni attribuite al direttore amministrativo e al direttore sanitario, le attribuzioni dei dirigenti nonché le modalità per il conferimento di eventuali deleghe e gli ambiti delle stesse;
- f) l'individuazione, tramite uno specifico allegato all'atto aziendale, dei presidi e dei distretti, dei dipartimenti e delle unità operative complesse e semplici e di staff della direzione strategica, attraverso uno specifico organigramma (allegato n. 1 – schema tipo);
- g) le funzioni attribuite ai dirigenti titolari di responsabilità gestionali;
- h) il sistema di controllo interno;
- i) le modalità di rapporto e di collaborazione dell'Azienda con le altre Aziende Sanitarie nonché con eventuali enti ed organismi, di cui all'articolo 4, comma 3, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;
- 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;
- l) le modalità con cui dare attuazione alle disposizioni di cui al D.Lgs. n. 28/10, che detta la nuova disciplina sulla mediazione finalizzata alla conciliazione nelle controversie civili e commerciali.

9.2 Procedure per l'adozione dell'atto aziendale

L'atto aziendale è adottato dal direttore generale con proprio provvedimento, previo parere del Collegio di Direzione e previa consultazione delle organizzazioni sindacali e della Conferenza dei Sindaci, sentito il Consiglio dei Sanitari. In fase di prima attuazione, gli atti aziendali devono essere adottati entro trenta (30) giorni dalla data di pubblicazione del presente atto di indirizzo.

Il Commissario ad Acta per il Piano di Rientro effettua, entro il termine di quarantacinque (45) giorni dalla data di ricevimento dell'atto aziendale, la verifica dell'atto medesimo per il tramite della Direzione regionale dell'Assessorato alla Sanità competente in materia e di Laziosanità Agenzia di Sanità Pubblica, 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.

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

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

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

9.2.1 Norme transitorie in relazione alle modalità di modifica dell'atto aziendale

In merito alle procedure di modifica dell'atto aziendale, si fa presente che, per tutto il periodo di vigenza dello stato di commissariamento della Regione Lazio, qualsiasi modifica non meramente formale di tale atto, dovrà essere sottoposto alle medesime procedure previste al punto 9.2.

9.3. Regolamenti

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

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

- h) modalità di funzionamento del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, ex art. 57 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e s.m.i.

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

Il regolamento riguardante le modalità di svolgimento dell'attività libero professionale "intra-moenia" dovrà essere trasmesso alla Regione Lazio per l'approvazione, prima di poter essere applicato;

I regolamenti aziendali dovranno essere pubblicati sui siti internet aziendali e sul sito istituzionale della Regione Lazio, sezione Sanità.

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

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

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

Nel descrivere la composizione delle strutture e delle unità organizzative, sia ospedaliere che territoriali, le Aziende affiancheranno alle descrizioni anche i codici identificativi adottati nel sistema NSIS nelle sue possibili modifiche e/o evoluzioni (Mattone Rete di Assistenza), laddove ciò sia applicabile.

A titolo di esempio non esaustivo, per ciò che attiene l'ambito ospedaliero, si deve far riferimento ai codici delle strutture presenti in HSP11, HSP12 e HSP13, mentre, per quanto concerne l'ambito territoriale (Poliambulatori, RSA, Hospice, Consultori, ecc.), i codici identificativi di riferimento sono quelli presenti nel modello STS11.

In ogni deliberazione o altro provvedimento aziendale successivo, 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.

SECONDA SEZIONE

10. ASSETTO ISTITUZIONALE DELLE AZIENDE SANITARIE: ORGANI E ORGANISMI

10.1 Organi

Ai sensi dell'articolo 3 del D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. sono organi dell'Azienda:

1. il direttore generale
2. il collegio sindacale

10.1.1 Direttore generale

Il direttore generale dell'Azienda Sanitaria, ai sensi di quanto previsto dall'art. 8 della Legge Regionale n. 18/94, come modificato dalla L.R. n. 4/2006, è nominato dal Presidente della Regione, acquisito il parere della commissione consiliare competente in materia di sanità.

Il direttore generale è titolare della rappresentanza legale dell'Azienda e di tutti i poteri di gestione della stessa, è responsabile dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa e risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnati all'atto della nomina, nell'ambito degli atti strategici e di programmazione regionale.

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

- a) alla Regione, che ne indirizza l'attività ed esercita il controllo sul suo operato;
- b) al Sindaco od alla Conferenza locale della sanità e socio-sanitaria, che partecipano alla programmazione aziendale nell'ambito di quella regionale ed esercitano compiti di vigilanza generale sull'Azienda e sull'operato del direttore generale;
- c) al collegio sindacale, cui sono affidati i compiti di vigilanza sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti, nonché i compiti di verifica dell'attività contabile dell'Azienda.

Il direttore generale, in particolare, provvede:

- a) alla nomina del direttore sanitario e del direttore amministrativo;
- b) alla nomina del collegio sindacale ed alla sua prima convocazione nei termini di legge;
- c) alla costituzione del collegio di direzione e del consiglio dei sanitari;
- d) alla nomina dell'Organismo indipendente di valutazione della performance di cui all'art. 14 del D.Lgs. n. 150/2009, del Collegio tecnico, del Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni di cui all'art. 57 del D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i. e di qualunque altro organismo previsto dalla normativa vigente e dall'atto aziendale;
- e) all'adozione dell'atto aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;
- f) all'adozione degli atti regolamentari di cui al punto 9.3;
- g) all'adozione degli atti di organizzazione interna dei presidi ospedalieri, dei distretti e dei dipartimenti e l'organizzazione dello staff della Direzione strategica, nonché alla nomina ed alla revoca dei responsabili delle strutture operative dell'Azienda, nonché dei responsabili dei dipartimenti, delle unità operative complesse e semplici e il conferimento degli incarichi professionali;
- h) all'adozione dei provvedimenti conseguenti alla valutazione dei dirigenti;
- i) all'adozione del documento per la valutazione dei rischi e la nomina del responsabile del servizio di prevenzione e protezione (SPP). Tale responsabile deve essere individuato in figura diversa dal responsabile di area tecnica preposto alla manutenzione;
- j) all'adozione del Piano Aziendale di Prevenzione (Piani Operativi del P.R.P.), del Modello Organizzativo Aziendale, alla nomina del Coordinatore Aziendale e dei Referenti dei Piani Operativi;
- k) all'adozione dei regolamenti interni per il funzionamento degli organismi collegiali individuati dal presente atto di indirizzo;
- l) all'adozione dei regolamenti interni aziendali, ivi compresi quelli per il funzionamento degli organismi collegiali individuati dal presente atto di indirizzo (collegio di direzione, consiglio dei sanitari e comitato di dipartimento);
- m) alla determinazione della dotazione organica aziendale;
- n) all'adozione del bilancio economico di previsione annuale e pluriennale, nonché del bilancio di esercizio;

- o) all'adozione del piano attuativo locale, del programma delle attività territoriali, nonché degli altri atti programmatici con cui sono definiti gli obiettivi e le priorità per la gestione dell'azienda sanitaria e sono assegnate le risorse umane, strumentali e finanziarie;
- p) alla verifica della corretta ed economica gestione delle risorse attraverso il servizio di controllo interno, mediante valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati, nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa;
- q) alla verifica qualitativa e quantitativa dei servizi erogati anche attraverso strutture a ciò preposte;
- r) all'adozione degli altri atti indicati dalla legislazione vigente.

In relazione alle funzioni di cui sopra, 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:

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

Il direttore generale, ai sensi dell'articolo 15-bis, comma 1, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., 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.

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

- funzioni delegate dal direttore generale con tutti i limiti, le implicazioni e le conseguenze derivanti dall'istituto della delega;
- funzioni proprie, agli stessi attribuite nel momento della sottoscrizione del contratto di lavoro 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"), mentre sono delegabili ai vari livelli della dirigenza le funzioni di carattere gestionale, attraverso le quali si esplica l'autonomia funzionale delle articolazioni organizzative dell'Azienda tra cui:

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

Con apposito atto da pubblicare sull'albo dell'Azienda e sul sito internet aziendale, vengono specificati, dettagliatamente, gli ambiti oggettivi e soggettivi delle attribuzioni dirigenziali e delle deleghe conferite ai singoli dirigenti. Al fine di agevolare le Aziende in tale adempimento, è stato elaborato uno schema di funzionigramma (allegato 2) che le Aziende potranno adattare al loro specifico contesto.

10.1.2 Collegio sindacale: composizione e funzioni

Il collegio sindacale delle Aziende Sanitarie, ai sensi dell'articolo 10 della legge regionale n. 18/94 modificato dalla legge regionale 31 ottobre 1996, n. 45, da ultimo modificato dall'articolo 133 della legge regionale del 28 aprile 2006, n. 4, è nominato dal direttore generale ed è composto da cinque membri effettivi e due supplenti.

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

Detto organo:

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

Locale o dell'Azienda Ospedaliera rispettivamente alla Conferenza dei sindaci o al Sindaco del comune capoluogo della provincia dove è situata l'Azienda stessa.

La composizione del Collegio sindacale potrà essere modificata dalla Regione in applicazione dell'art. 6, comma 5, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122.

10.2 Organismi dell'Azienda

10.2.1 Collegio di direzione: composizione e funzioni

Il direttore generale costituisce, con proprio provvedimento, il Collegio di direzione, prevedendo uno specifico regolamento per le modalità di funzionamento che tenga conto, oltre che delle indicazioni contenute nel presente atto di indirizzo, anche delle funzioni del Collegio di direzione previste dalla normativa vigente.

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

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

- il direttore sanitario;
- il direttore amministrativo;
- i direttori di dipartimento;
- i direttori delle aree di coordinamento amministrative (ove previste);
- i direttori dei distretti sanitari (per le Aziende ASL);
- i direttori sanitari di presidio ospedaliero o polo ospedaliero;
- il coordinatore aziendale delle attività socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria (per le Aziende ASL ove previsto);
- il dirigente dell'area dipartimentale omogenea di sanità pubblica veterinaria (per le Aziende ASL);
- il dirigente di ciascuna delle Professioni Sanitarie, ove presente.

Ferme restando specifiche modalità organizzative che ciascuna Azienda potrà adottare, partecipano, altresì, al Collegio di direzione il dirigente responsabile dell'assistenza infermieristica ed il dirigente responsabile dell'assistenza farmaceutica.

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

10.2.2 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, ogni quindici giorni.

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.

a- Composizione

Il Consiglio dei sanitari è presieduto dal direttore sanitario dell'Azienda e la composizione varia a seconda che trattasi di Azienda Ospedaliera o di Azienda ASL.

Composizione del Consiglio dei sanitari delle Aziende Ospedaliere

La rappresentanza è composta da:

- n. 10 dirigenti medici ospedalieri, di cui 4 dirigenti di struttura complessa e n. 6 dirigenti con cinque anni di anzianità in ruolo. Nelle Aziende Ospedaliere con più presidi viene assicurata la

presenza di almeno un rappresentante medico per presidio qualora il numero dei posti letto sia superiore a 150;

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

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

Composizione del Consiglio dei sanitari delle Aziende 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 pediatri di libera scelta operanti nel territorio aziendale di appartenenza.

b- Personale avente diritto alla nomina di componente del Consiglio dei sanitari

Possono essere eletti quali componenti del Consiglio dei sanitari:

- a) i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale con almeno 3 anni di anzianità;
- b) il personale universitario assegnato, da almeno 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:

1. le modalità per lo svolgimento delle elezioni;
2. la commissione elettorale ed il seggio elettorale;
3. l'elezione dei componenti;
4. 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.

10.2.3 Comitati e commissioni aziendali

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

- il comitato etico;
- la commissione per il prontuario terapeutico;
- il comitato per il buon uso del sangue;

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

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

11. GOVERNO STRATEGICO AZIENDALE

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

Conferenze locali

Strettamente correlate al Governo strategico aziendale sono le Conferenze locali per la sanità (Conferenza dei Sindaci e Conferenza dei Presidenti dei Municipi). Esse 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.

Le Aziende sono articolate in direzione strategica e strutture operative.

11.1 Direzione strategica

La direzione strategica definisce, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale, le strategie ed i programmi aziendali di cui controlla l'attuazione.

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

- i rapporti istituzionali con gli organi e gli organismi;
- i rapporti con i dirigenti che coadiuvano, in forma collegiale, la direzione aziendale nelle attività di governo (collegio di direzione).

In particolare, spetta alla direzione strategica:

- l'individuazione degli obiettivi e dei programmi 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;
- la pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- le relazioni interne ed esterne;
- la garanzia della sicurezza e la prevenzione;
- il controllo di gestione.

In seno alla direzione strategica, le Aziende Sanitarie Locali devono coordinare l'attività di vigilanza e di controllo esterno sull'assistenza erogata dalle strutture sanitarie ubicate nel territorio di competenza.

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

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

11.2 Direttore sanitario e direttore amministrativo

Il direttore sanitario ed il direttore amministrativo sono nominati, in rapporto fiduciario, dal direttore generale che risponde della verifica del possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente, acquisendo le necessarie certificazioni dei titoli e dei servizi svolti.

Il direttore generale sottoscrive con gli stessi un contratto di prestazione d'opera intellettuale, in conformità allo schema tipo approvato dalla Giunta regionale, che trasmetterà alla Regione entro dieci giorni dalla sottoscrizione.

Il direttore sanitario ed il direttore amministrativo fanno parte della direzione strategica e concorrono al governo dell'Azienda ed al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa e coadiuvano il direttore generale nell'esercizio delle funzioni ad esso spettanti.

Essi esprimono parere sugli atti del direttore generale per quanto di propria competenza ed inoltre:

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

Il direttore sanitario ed il direttore amministrativo, di loro iniziativa o su indicazione del direttore generale, possono, in qualsiasi fase del procedimento, avocare la trattazione diretta di affari che rivestono particolare rilevanza nell'ambito delle rispettive competenze e delle rispettive funzioni, adottando correlativamente tutti gli atti necessari.

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

11.2.1 Direttore sanitario

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

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

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

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

- analisi preordinate alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'impatto sulla salute dei determinanti sanitari e non sanitari;
- sistemi informativi sanitari;
- sviluppo del governo clinico e della garanzia della qualità dei servizi;
- formazione;
- prevenzione del rischio clinico;
- protezione dalle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti;
- valutazione delle tecnologie (*technology assessment*);
- accreditamento;
- coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei distretti;
- coordinamento ed organizzazione delle attività di ricovero;
- assistenza farmaceutica;
- medicina legale;
- valorizzazione di tutte le professioni sanitarie;
- programmazione e verifica delle liste e dei tempi di attesa;
- verifica dell'attuazione dei Piani Operativi Aziendali e degli *screenings*;
- coordinamento locale dei trapianti.

Il direttore sanitario delle Aziende ASL assicura il coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei distretti.

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

Egli presiede il consiglio dei sanitari.

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

11.2.2 Direttore amministrativo

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

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

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

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

L'organizzazione funzionale di più unità organizzative tra loro collegate può dare origine ad "Aree di coordinamento", di norma in numero non superiore a uno.

Nell'ambito dell'area tecnico-amministrativa, l'atto aziendale può prevedere, nel preventivo e prioritario rispetto dei criteri e parametri previsti al successivo punto 19 e tenendo conto del numero di dipendenti dell'Azienda e della conseguente complessità della relativa organizzazione, la costituzione di UOC in numero, in ogni caso, non superiore a sei relativamente alle seguenti direzioni:

- 1) Direzione Personale,
- 2) Direzione Affari Generali e Legali
- 3) Direzione Risorse Economiche e Finanziarie
- 4) Direzione Tecnica
- 5) Direzione Patrimonio, Beni e Servizi.
- 6) Direzione e coordinamento attività dei Distretti.

Tali direzioni, fermo restando il numero massimo, possono essere accorpate ovvero, per funzioni omogenee ed in relazione alle risorse disponibili, diversamente organizzate e denominate.

La struttura Affari Legali, ove separata dalla Direzione Affari Generali, può essere prevista come struttura di staff.

In merito ai servizi di Ingegneria Clinica, Controllo di Gestione e Servizi Informativi, dovranno afferire come servizi in Staff al Direttore Generale.

11.3 Dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili.

La figura del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili delle Aziende Sanitarie, dei Policlinici universitari pubblici e degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici è prevista dall'articolo 4-bis della legge regionale 3 agosto 2001, n. 16, recante "Misure urgenti di contenimento e

razionalizzazione della spesa sanitaria", introdotto dall'articolo 9 della legge finanziaria regionale 28 dicembre 2006, n. 27.

Il direttore generale, nell'ambito dell'atto aziendale, prevede la nomina di un dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili delle Aziende Sanitarie, dei Policlinici universitari pubblici e degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici, da individuarsi all'interno della struttura aziendale ovvero da reperire tra i dirigenti della Regione.

Gli atti e le comunicazioni contabili delle Aziende Sanitarie e degli enti anzi citati sono, pertanto, accompagnate da apposita dichiarazione scritta del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili, al fine di attestarne la veridicità.

Il dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili predispone adeguate procedure attuative delle disposizioni regionali amministrative e contabili per la redazione del bilancio di esercizio e, ove previsto, del bilancio consolidato nonché di ogni altra comunicazione di carattere contabile e finanziario.

Al dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili sono conferiti dal direttore generale adeguati poteri e mezzi per l'esercizio dei propri compiti.

Il direttore generale ed il dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili attestano con propria relazione, allegata al bilancio di esercizio e, ove previsto, al bilancio consolidato, l'adeguatezza e l'effettiva applicazione delle citate procedure attuative, nel corso dell'esercizio cui si riferisce il bilancio, nonché la corrispondenza del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili.

La responsabilità del direttore generale connessa agli adempimenti contabili, economici e finanziari si estende anche ai dirigenti preposti alla redazione dei documenti contabili in relazione ai compiti loro spettanti, salvo azioni esercitabili in base al rapporto di lavoro con la propria amministrazione.

11.4 Strutture in staff alla direzione strategica

11.4.1 Organismo indipendente di valutazione della performance

Ai sensi e con le modalità previste dell'art. 14 del D.Lgs n. 150/2009, le Aziende Sanitarie istituiscono l'Organismo indipendente di valutazione della performance, che opera in staff alla direzione strategica in posizione di autonomia.

L'Organismo indipendente di valutazione è costituito da un organo monocratico ovvero collegiale, composto da tre componenti dotati dei requisiti previsti dalle norme vigenti e di elevata professionalità ed esperienza, maturata nel campo del management, della valutazione della performance e della valutazione del personale delle amministrazioni pubbliche. I componenti non possono essere nominati tra soggetti 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.

L'Organismo dura in carica tre anni e l'incarico dei componenti può essere rinnovato una sola volta.

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 avvalsi 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.Lgs 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.

11.4.2 Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni

Le Aziende Sanitarie, ai sensi e con le modalità previste dall'art. 57 del D.Lgs 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:

- 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.Lgs. 165/2001 e s.m.i.;
- 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;
- 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;
- 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.

11.4.3 Ufficio del risk manager per la gestione del rischio clinico

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

Anche al fine di dare piena attuazione all'art. 1, comma 6, del D.lgs. n. 299/99 in materia di appropriatezza ed economicità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali, i direttori generali prevedono la figura del "risk manager", al fine di garantire la sicurezza della pratica medica.

Il "risk manager" opera in staff alla direzione strategica ed assume la responsabilità diretta delle iniziative aziendali sull'argomento; risponde inoltre del rispetto dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute.

Il Ministero della Salute, con decreto dell'11 dicembre 2009, ha istituito nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES), con l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella (eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario), ed alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale, consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi.

Il controllo del rischio clinico, sia con riferimento agli eventi sentinella che alle infezioni ospedaliere che ad ogni altro fattore comunque connesso, costituisce, unitamente al contenzioso conseguente, elemento di valutazione delle performances del direttore generale e, ove incidente sulla funzione esercitata, deve essere considerato elemento di valutazione dei dirigenti aziendali.

11.4.4 Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)

In merito all'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) si rinvia a quando indicato nel paragrafo 7.1 del presente atto di indirizzo.

11.4.5 Servizio di Prevenzione e Protezione

Il Servizio di Prevenzione e Protezione è utilizzato dal datore di lavoro con i compiti attribuiti dall'art.33 del D.Lgs. n. 81/08 e s.m.i. e svolge la funzione di "consulente" tecnico del medesimo e, più in generale, dell'Azienda in merito alla corretta applicazione delle normative in vigore in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro.

Per la piena ed efficace attuazione del dettato normativo, i direttori generali provvedono all'organizzazione del Servizio di Prevenzione e Protezione (art. 31 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.) ed alla

designazione del Responsabile (art. 17 del D. Lgs. 81/08 e s.m.i.). Il Servizio di Prevenzione e Protezione opera in staff alla direzione generale per il necessario collegamento operativo con la direzione aziendale.

11.4.6 Modello organizzativo per l'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione

In applicazione della citata D.G.R. n. 613/2010 i direttori generali, nell'ambito dell'atto aziendale, dovranno adottare il modello organizzativo per l'attuazione dei piani operativi; detto modello dovrà articolarsi su tre livelli: la direzione strategica, il coordinatore aziendale del Piano di prevenzione ed il referente aziendale di progetto.

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

Le Aziende Sanitarie in materia di acquisizione di beni e servizi sono ovviamente tenute ad osservare le vigenti disposizioni nazionali e regionali. Esse, in particolare, sono tenute al rispetto delle disposizioni dei decreti del Commissario ad acta e della Centrale Acquisti della Regione Lazio.

Le Aziende, in osservanza delle disposizioni nazionali e regionali, effettuano, ove possibile, i propri acquisti tramite il MEPA, la CONSIP e la Centrale Acquisti della Regione Lazio. Esse disciplinano con proprio regolamento gli acquisti di beni e servizi in economia ed individuano, con riguardo alle proprie specifiche esigenze, l'ambito oggettivo degli acquisti in economia ed i limiti di importo delle singole voci di spesa. Il citato regolamento deve essere predisposto nel rispetto delle previsioni di cui:

1. al D.Lgs. 12 aprile 2006, n. 163 ("Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle Direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE"), con particolare riferimento all'art. 256 che ha abrogato l'art. 3, comma 1-ter, del D.lgs. n. 502/92 e s.m.i. che prevedeva la possibilità per le Aziende Sanitarie di agire "*iure privatorum*" per gli acquisti di beni e servizi di importo inferiore alla soglia comunitaria;
2. all'art. 23 della legge 18 aprile 2005, n. 62 (legge comunitaria per il 2004), che ha soppresso l'ultimo periodo dell'art. 6, comma 2, della legge n. 537/93, così come modificato dall'art. 44 della legge n. 724/94, in materia di rinnovo dei contratti pubblici, nonché con riferimento alle limitazioni ivi introdotte circa la possibilità di ricorrere all'istituto della proroga contrattuale.

13. INCARICHI DIRIGENZIALI, POSIZIONI ORGANIZZATIVE E DI COORDINAMENTO.

I Direttori Generali, come previsto nel decreto del Commissario Ad Acta n. 113/2010 concernente "Programmi Operativi 2011-2012", dovranno, effettuare un'attenta verifica degli incarichi dirigenziali, delle posizioni organizzative e di coordinamento compatibilmente alle risorse disponibili nei fondi contrattuali come rideterminati dalla verifica regionale.

Non potranno essere previsti incarichi dirigenziali, incarichi di posizioni organizzative e di coordinamento finanziati con risorse a carico del bilancio aziendale e non a carico dei fondi contrattuali. Nel caso in cui si rilevasse che gli incarichi affidati non trovino copertura nelle risorse dedicate dei fondi contrattuali come rideterminati, dovrà essere rimodulata la graduazione degli incarichi affinché si trovi adeguata copertura, fatta salva, in alternativa, la riduzione degli incarichi.

Per il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali, le Aziende provvedono tenendo conto delle procedure previste dalla normativa vigente e avuto riguardo alle disposizioni del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e dei contratti collettivi nazionali di lavoro.

Le Aziende devono, entro tre mesi dall'adozione dell'atto aziendale, adottare, previa consultazione delle organizzazioni sindacali, un regolamento con il quale vengano fissati i criteri per l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali.

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

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

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

Nel regolamento per l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali, deve essere esplicitato il modello di valutazione assunto e le relative procedure, individuando strumenti condivisi e partecipati di valutazione dei comportamenti e dei risultati dei dirigenti; si deve, altresì, dare particolare peso alle verifiche dei collegi tecnici ai fini della conferma degli incarichi o per il conferimento di altro incarico, professionale o gestionale, anche di maggior rilievo.

La revoca o il mutamento dell'incarico è prevista solo se è stata effettuata la valutazione del dirigente in rapporto agli obiettivi assegnati, con le modalità previste dai CC.NN.LL. In caso di scadenza dei termini

contrattuali al dirigente non potrà essere affidato nessun altro incarico se non sia stato sottoposto a valutazione.

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.

Per quanto concerne l'individuazione delle posizioni organizzative e di coordinamento, i Direttori Generali dovranno attenersi ai nuovi criteri che sono stati fissati con decreto del Commissario Ad Acta n. 34/2010

TERZA SEZIONE

14. ORGANIZZAZIONE SANITARIA

14.1. Strutture operative delle Aziende Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere e relative articolazioni interne

Le aziende si articolano in strutture operative.

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

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

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

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

Le strutture operative aziendali delle Aziende ASL sono:

- **il distretto**
- **i dipartimenti**
- **l'ospedale**

Le strutture operative aziendali delle Aziende Ospedaliere sono:

- **i dipartimenti**
- **l'ospedale**

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

Nei dipartimenti, caratterizzati da una specifica complessità organizzativo-gestionale, nonché dal possesso di ampie deleghe sulle principali funzioni amministrativo-contabili, è possibile prevedere la funzione di coordinamento amministrativo, di norma configurata come unità operativa semplice, cui compete l'attività di gestione finanziaria e amministrativa.

Le citate direzioni amministrative di dipartimento, organizzativamente e gerarchicamente inserite nell'ambito dei singoli dipartimenti, funzionalmente rispondono, per quanto riferito alle modalità di svolgimento delle funzioni loro affidate, alla direzione amministrativa aziendale e, conseguentemente, si adeguano alle direttive, regolamentazioni, indirizzi ed indicazioni provenienti dalle unità operative amministrative "centrali".

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

15.1 Distretto

A livello operativo l'Azienda ASL è articolata in distretti.

Al distretto competono, in primo luogo, le attività di rilevazione e valutazione dei bisogni di salute e le azioni di promozione di stili di vita sani tra la popolazione, per il cui sviluppo deve adottare i metodi della programmazione, della ricerca e del coinvolgimento della comunità.

Il distretto è chiamato a concorrere alla riduzione delle disuguaglianze di salute, monitorando i fattori di rischio e migliorando l'accessibilità e l'accreditamento dei propri servizi. Esso è regolatore delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ivi compresa la tutela della salute psicologica della persona, la prevenzione psicologica primaria e la prevenzione secondaria del disagio psicologico individuale e sociale nell'ambito della cosiddetta "assistenza sanitaria di base", da intendersi come complesso di azioni e di interventi previsti dai livelli uniformi di assistenza "territoriali" del Piano Sanitario Nazionale, finalizzati, secondo le indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) a:

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

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

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

I distretti svolgono le seguenti attività:

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

Nei distretto/ambito sociale di riferimento si colloca territorialmente il Punto Unico di Accesso integrato sociosanitario (PUA), inteso quale funzione del distretto in grado di fornire informazioni e orientamento al cittadino, risolvere problemi semplici e rinviare i casi a maggiore complessità verso le sedi adeguate (funzione filtro – triage) (Rif. PSR 2010/2012 pag. 91). Esso si rivolge principalmente a quelle fasce di popolazione che presentano condizioni sanitarie e/o sociali che possono determinare uno stato di fragilità e/o complessità assistenziale, facilitandone l'accesso unificato alle prestazioni sanitarie, sociosanitarie e sociali, non comprese nell'emergenza.

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

15.1.1 Forme organizzative del distretto

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

- **salute della donna e dell'età evolutiva**, che garantisce la tutela della salute della donna e dell'infanzia-adolescenza, ponendo in stretta continuità e contiguità l'attività svolta dai pediatri di libera scelta e dai consultori familiari;
- **tutela della salute mentale e riabilitazione dell'età evolutiva**, che esercita funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva (0-18 anni) che presentano disabilità, disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, psicologico e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale;
- **assistenza primaria**, che garantisca l'integrale attività assistenziale a favore della comunità di riferimento e innanzitutto la continuità assistenziale;
- **medicina specialistica territoriale** ed, in particolare, le unità operative distrettuali o interdistrettuali per la presa in carico del paziente cronico;
- **riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile adulto** (sopra i 18 anni), ivi compresa l'assistenza protesica che, attraverso equipe multidisciplinari, garantisce gli interventi di cura e riabilitazione, programma l'attivazione e l'integrazione della rete dei servizi sociali e sanitari;

- **assistenza domiciliare integrata**, indirizzata prevalentemente a persone affette da malattie croniche, sindromi cliniche e funzionali, deficit multipli che determinano disabilità e non autosufficienza attraverso procedure che tengano conto di tale complessità;
- **dipendenze**;
- **medicina legale**;
- **assistenza farmaceutica**.

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

L'atto aziendale dovrà evidenziare le modalità di integrazione tra il distretto e le altre strutture operative dell'Azienda ASL, che sono l'ospedale, il dipartimento di prevenzione ed il dipartimento di salute mentale. Relativamente al rapporto distretto - dipartimenti ospedalieri, l'area dell'integrazione è rappresentata prioritariamente dalla definizione dei percorsi assistenziali ai fini della continuità assistenziale e della presa in carico. In questo ambito vanno definiti, tra l'altro, i protocolli di accesso alle strutture ambulatoriali e diagnostiche ospedaliere e le modalità di valutazione multidimensionale in sede di pre e post dimissione. Dovranno essere promosse iniziative d'integrazione attraverso la partecipazione di medici ospedalieri ad attività distrettuali e viceversa, mediante un sistema di reti professionali e gruppi operativi interdisciplinari.

E' istituita presso il distretto la Commissione sull'appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche individuata dai contratti collettivi e dagli accordi regionali dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta e degli specialisti ambulatoriali.

Per quanto attiene al rapporto tra il distretto ed il dipartimento di prevenzione, l'area d'integrazione riguarda i programmi e le iniziative di prevenzione primaria e di promozione di stili di vita salutari. A questo livello occorre definire le modalità di coordinamento tra il dipartimento, che detiene la responsabilità tecnica delle stesse, ed il distretto che, con la sua organizzazione ed i suoi operatori, in particolare i medici di medicina generale, le deve realizzare. Inoltre, vanno programmate e formalizzate congiuntamente le presenze degli operatori del dipartimento nelle sedi del distretto con particolare riferimento ai servizi alla persona. Altro momento d'integrazione è poi rappresentato dal tavolo tecnico di elaborazione del programma delle attività territoriali.

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

15.1.2 Funzioni di direzione e coordinamento di distretto

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

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

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

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

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

Per quanto riguarda l'ufficio di coordinamento del distretto (rappresentativo delle professionalità presenti nel distretto), del quale fanno parte, in base ai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali, i medici di medicina generale e le altre categorie di personale sanitario convenzionato, è necessario evidenziare il suo ruolo di supporto al direttore di distretto nel definire le modalità di attuazione delle politiche distrettuali, laddove gli

apporti professionali devono favorire la condivisione degli obiettivi e dei processi produttivi. Peraltro, tale organismo va integrato con i rappresentanti dei dipartimenti aziendali con riferimento all'elaborazione ed all'attuazione dei Programmi delle Attività Territoriali (PAT).

15.2 Dipartimento

Le Aziende adotteranno la logica dipartimentale in quanto strumento utile a realizzare la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale basate sull'adozione di linee guida e di percorsi assistenziali improntati sulla massima appropriatezza, umanizzazione e personalizzazione dell'azione clinica ed assistenziale, nonché funzionali a favorire l'adozione di modelli operativi tendenti, anche mediante l'uso condiviso delle risorse, al continuo miglioramento delle performance aziendali in termini di efficacia, efficienza ed economicità.

Le Aziende potranno individuare e costituire dipartimenti ospedalieri, territoriali e, per particolari funzioni (es.: salute mentale, materno infantile, diagnostica strumentale, attività farmaceutiche, ecc.), dipartimenti misti ospedale-territorio.

Il dipartimento costituisce un'articolazione organizzativa, di indirizzo e di coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse, costituendo un'infrastruttura composta da numerose unità operative i cui responsabili, pur essendo interdipendenti, mantengono la loro autonomia operativa.

Il dipartimento, nel rispetto degli ambiti di autonomia delle singole unità operative, ha una propria autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile funzionale a permettere il perseguimento degli obiettivi allo stesso direttamente riferiti.

L'assetto organizzativo minimo del dipartimento presuppone:

- a) l'aggregazione di un numero congruo di unità operative complesse, di norma afferenti a più discipline di cui all'art. 4 del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484 e successive modificazioni;
- b) una rilevante consistenza, in termini di complessità gestionale e di quantità di risorse umane, tecniche e finanziarie utilizzate e di unità operative afferenti.

Come disposto dal PSR 2010-2012, i direttori generali, con i propri atti aziendali, dovranno procedere alla riorganizzazione interna con piena applicazione del modello dipartimentale eliminando le duplicazioni e la proliferazione di unità non necessarie, sia complesse che semplici e, tra queste ultime, quelle a valenza dipartimentale.

L'istituzione, il mantenimento, la composizione e la riconversione del dipartimento è stabilita in coerenza con due categorie di criteri:

- a. criteri la cui definizione è direttamente riferibile alla normativa vigente (esempio dipartimento prevenzione);
- b. criteri individuati dal presente atto, che consistono in:
 - provata disponibilità di un volume significativo e gestionale di risorse umane, materiali, economiche (condizione essenziale per negoziare e gestire il budget in modo utile e produttivo);
 - presenza di un numero di unità operative complesse non inferiore a 4 e non superiore a 15 (condizione vincolante per il buon funzionamento degli organi dipartimentali e dimensione ritenuta adeguata per lo sviluppo efficace delle procedure di negoziazione del budget di dipartimento);
 - attribuzione specifica e inequivocabile dei fattori produttivi alle UOC afferenti al dipartimento;
 - presenza di contesti organizzativi tipici (sale operatorie, servizi e apparati diagnostici, ambulatori, servizi territoriali ecc.);
 - dotazione di posti letto, servizi e/o attività congrua e funzionale al dimensionamento efficiente delle strutture.

Al dipartimento competono, pertanto, le funzioni di governo clinico, ovvero di coordinamento, orientamento, consulenza, supervisione finalizzate all'attuazione delle linee strategiche e di programmazione sanitaria ed, in particolare, spettano allo stesso i seguenti compiti:

- coordinare, nell'ambito delle indicazioni e dei riferimenti della direzione strategica, gli obiettivi da perseguire (sia su base annuale che pluriennale);
- gestire ed utilizzare, in modo coordinato ed integrato, le risorse attribuite (umane, finanziarie e tecnologiche) per:
 - perseguire gli obiettivi definiti in sede di contrattazione di budget;
 - tendere costantemente al miglioramento degli indicatori di performance riferiti all'efficienza, all'efficacia ed all'economicità;

- garantire la costante realizzazione di interventi appropriati sia dal punto di vista clinico che gestionale;
- negoziare gli obiettivi di budget con la direzione strategica e provvedere al trasferimento di tali obiettivi alle unità operative del dipartimento, ricercando comunque la massima condivisione di tutti i dirigenti e del personale assegnato;
- ricercare la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi;
- definire percorsi assistenziali o profili di cura basati sul coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie;
- elaborare, condividere ed adottare linee guida e protocolli;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità;
- assicurare l'appropriatezza dei ricoveri utilizzando pienamente le attività di day hospital e di day surgery;
- promuovere azioni concrete per il raggiungimento di migliori livelli di appropriatezza;
- elaborare sistemi di indicatori utili alla valutazione ed alla verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e del livello di efficienza delle diverse unità operative, delle diverse équipe professionali in esse rappresentate e dei singoli professionisti.

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

15.2.1 Direttore del dipartimento

Il direttore del dipartimento è nominato dal direttore generale fra i dirigenti di unità operativa complessa scelti nei settori scientifico-disciplinari afferenti al dipartimento, nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di dipartimento.

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

Il direttore del dipartimento, in particolare:

- propone alla direzione strategica gli obiettivi assistenziali e gestionali e pianifica le attività dipartimentali, sentito il Comitato di dipartimento;
- coordina le attività e le risorse affinché il dipartimento assolva in modo pieno i propri compiti ed al fine di assicurare che ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee;
- verifica la rispondenza degli obiettivi del dipartimento con quelli dell'Azienda;
- partecipa alla negoziazione del budget secondo le modalità organizzative aziendali;
- informa il Comitato di dipartimento delle risultanze della negoziazione;
- gestisce il budget del dipartimento;
- garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico come individuate nelle presenti linee guida;
- risponde dei risultati complessivi del dipartimento in relazione agli obiettivi a lui direttamente assegnati.

15.2.2 Comitato di dipartimento

Il Comitato di dipartimento, ai sensi dell'articolo 17bis del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i., è un organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e verifica.

Componenti del Comitato di dipartimento sono:

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

Il Comitato si riunisce previa convocazione formale del direttore di dipartimento e di ogni seduta verrà redatto apposito verbale, conservato in ordine cronologico presso la direzione del dipartimento.

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

Il Comitato di dipartimento definisce le linee di indirizzo clinico ed organizzativo del dipartimento definendo i processi aziendali. 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:

- gli obiettivi del dipartimento che verranno negoziati dal direttore dello stesso con la direzione strategica;
- l'acquisizione ed allocazione delle risorse umane e materiali delle singole unità operative e dei rispettivi budget;
- la verifica della corrispondenza dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi concordati;
- le modalità organizzative del dipartimento nell'ambito clinico, i percorsi assistenziali, la presa in carico, l'appropriatezza ecc.

15.3 Dipartimento di prevenzione

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

(Dal PSR Decreto 111/2010 pag. 121 e ss) 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, il dipartimento dovrà trovare nel distretto il luogo principale di integrazione e condivisione dei programmi, proprio perché il distretto è l'ambito dell'assistenza primaria ed è titolare delle relazioni con gli enti locali e con la comunità di riferimento. E' necessario sviluppare ed integrare le attività di promozione della salute con quelle di prevenzione, garantendo l'equità sociale degli interventi.

Nell'ambito del dipartimento di prevenzione occorre conferire una multidisciplinarietà d'approccio alle attività relative alla sicurezza alimentare, che riguardano sia gli alimenti di origine animale che quelli di origine vegetale. In tal senso, il servizio igiene degli alimenti e della nutrizione deve coniugare il controllo igienico degli alimenti e delle bevande con il controllo delle qualità nutrizionali degli stessi, al fine di prevenire le patologie di tipo infettivo-tossicologico e le patologie dismetaboliche legate ad una non corretta alimentazione.

Per un corretto approccio alla sicurezza alimentare, nell'ambito del dipartimento di prevenzione le attività di tipo medico devono essere integrate con quelle di tipo veterinario. Alla sanità pubblica veterinaria competono, invero, compiti complessi e articolati che si riconducono alla gestione complessiva della salute animale, del delicato equilibrio uomo-animale-ambiente e della tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale.

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

Le Aziende Sanitarie Locali adeguano il proprio bilancio ed i propri regolamenti di contabilità a quanto previsto dall'art. 134 della legge regionale n. 4/2006 e s.m.i. in ordine al vincolo di utilizzo dei fondi derivanti da prestazioni erogate a favore dei privati e dalle sanzioni in materia di lavoro, di igiene e sanità pubblica, di igiene degli alimenti e di sanità veterinaria.

15.4 Dipartimento di salute mentale

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

Dal PSR Decreto 111/2010 pag. 128 e ss) Compete al direttore del DSM la gestione delle risorse assegnategli dal direttore generale per il raggiungimento degli obiettivi programmati. Il dipartimento opera, articolando e coordinando la propria azione sia a livello territoriale che ospedaliero attraverso una rete di servizi fortemente radicati nella comunità locale di riferimento, che assicurano, nel loro complesso, livelli di assistenza in grado di assicurare una risposta completa e articolata ai bisogni di salute delle persone portatrici di disagio e disturbo mentale. Il dipartimento garantisce la predisposizione di percorsi assistenziali integrati e di procedure operative omogenee, promuovendo la partecipazione degli utenti e dei loro familiari ed assicurando il coordinamento dei servizi di salute mentale ai livelli di distretto, azienda e regione.

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

I servizi psichiatrici di diagnosi e cura delle aziende ospedaliere, previo protocollo d'intesa, partecipano alle attività assistenziali nell'ambito del dipartimento di salute mentale dell'Azienda ASL ove si collocano geograficamente.

15.5 Area delle dipendenze

L'area delle dipendenze patologiche orienta la sua politica di intervento al contrasto del fenomeno del consumo di sostanze psicotrope legali ed illegali ed all'incremento dei comportamenti di dipendenza, anche senza sostanza.

Le politiche e gli interventi sanitari di settore necessitano di forte impulso di lavoro di rete e di integrazione tra tutte le agenzie pubbliche e del privato sociale che operano nel settore. È, inoltre, indispensabile che i servizi deputati al trattamento di questa area problematica affrontino in modo unitario interventi di prevenzione, cura e riabilitazione. Gli interventi di prevenzione e di trattamento precoce riguardano sempre più la popolazione giovanile, per la quale va adottata una specifica strategia di azione. La normativa nazionale ha dato nel tempo specifiche indicazioni relative all'organizzazione dei servizi specialistici a cui, nel preventivo e prioritario rispetto dei criteri e parametri previsti al successivo punto 18, le aziende possono far riferimento. Detta normativa è rappresentata:

- dal D.P.R. n. 309/90 (*"Testo unico delle leggi in materia di disciplina degli stupefacenti e sostanze psicotrope, prevenzione, cura e riabilitazione dei relativi stati di tossicodipendenza"*) e successive modificazioni;
- dalla Legge n. 45 del 1999 *"Disposizioni per il Fondo nazionale di intervento per la lotta alla droga e in materia di personale dei Servizi per le tossicodipendenze"*;
- dall'Accordo Stato Regioni per la *"Riorganizzazione del sistema di assistenza ai tossicodipendenti"* del 21/01/1999;
- dal Piano di Azione Nazionale Antidroga 2010-2012, approvato dal Consiglio dei Ministri il 29/10/10.

15.6 Area della Sanità penitenziaria

L'area della Sanità penitenziaria è particolarmente critica per molteplici motivi, in quanto la popolazione detenuta presenta mediamente un'incidenza superiore di patologia di quella espressa dalla popolazione generale (con particolare rilevanza delle patologie psichiatriche e da dipendenza di sostanze stupefacenti), l'accesso alle cure non è determinato dalla sola volontà del paziente, l'offerta assistenziale risente delle difficoltà derivate dal transito delle competenze sanitarie dal Ministero di Giustizia ai Sistemi Sanitari Regionali. Il DPCM del 01/04/08 ha fissato criteri chiari per il transito dei beni strumentali e delle risorse umane, delegando ovviamente alle competenze regionali l'individuazione dei modelli organizzativi più opportuni.

Dovranno essere prese in considerazione, nel preventivo e prioritario rispetto dei criteri e parametri previsti al successivo punto 18, le indicazioni contenute nella normativa di riferimento rappresentata:

- dal Decreto 21 aprile 2000 del Ministero della Salute concernente *"Approvazione del progetto obiettivo per la tutela della salute in ambito penitenziario (G.U. del 25/5/2000, n.120)"*;
- dal Piano Sanitario Regionale del Lazio;
- dal DPCM 1 aprile 2008 recante *"Modalità e criteri per il trasferimento al Servizio Sanitario Nazionale delle funzioni sanitarie, dei rapporti di lavoro, delle risorse finanziarie e delle attrezzature e beni strumentali in materia di Sanità penitenziaria"*;
- dal D.Lgs n. 230/99 concernente *"Riordino della medicina penitenziaria a norma della legge 30 novembre 1998, n.419"*.

15.7 Servizio infermieristico tecnico e riabilitativo aziendale

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

Il Servizio si propone di assicurare un'assistenza personalizzata e di qualità a tutti gli utenti garantendo l'impiego ottimale delle risorse disponibili, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche.

Il Dirigente sanitario responsabile del servizio è un operatore appartenente alle professioni di cui alla legge 251/00 in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente.

E' nominato dal Direttore Generale, attraverso idonea procedura ai sensi dell'art. 7 della Legge 251/2000, nonché le norme del CCNL 3/11/2005 s.m.i., con il conferimento di un incarico triennale rinnovabile

15.8 Ospedale e polo ospedaliero

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

Fermo restando quanto sopra evidenziato, gli ospedali delle aziende ospedaliere, anche nel caso di ospedali di alta specializzazione, assolvono, oltre alle funzioni specialistiche individuate dalla programmazione regionale, alla funzione di ospedali di riferimento per la popolazione dei comuni e/o circoscrizioni o municipi circostanti e attuano forme di integrazione e collaborazione con le strutture operative delle aziende ASL viciniori.

15.8.1 Ospedale

L'ospedale è struttura operativa dell'Azienda Ospedaliera e dell'Azienda ASL ed è organizzato, secondo il modello dipartimentale, in strutture complesse e semplici e strutture semplici dipartimentali.

Le funzioni specialistiche esercitate da ciascun ospedale sono quelle previste dalla programmazione regionale.

L'ospedale rappresenta il presidio sanitario la cui missione fondamentale è rappresentata dalla diagnosi e cura di patologie tali da richiedere prestazioni diagnostiche, terapeutiche, riabilitative ad alta integrazione e concentrazione nel tempo e nello spazio di risorse umane e tecnologiche.

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

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

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

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

In ciascun ospedale viene istituita una direzione sanitaria.

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

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

15.8.2 Polo ospedaliero

Le Aziende Ospedaliere e le Aziende ASL, in presenza di più ospedali, sulla base di valutazioni che riguarderanno la possibilità di realizzare sinergie ed integrazioni e di contenere i costi di gestione, e avendo considerato complessivamente l'opportunità di assicurare vantaggi all'utenza, il contesto sociale ed economico, la distanza tra gli ospedali stessi e l'orografia del territorio, potranno procedere, previa autorizzazione regionale, alla costituzione di un unico polo ospedaliero multipresidio.

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

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

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

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

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

16. ARTICOLAZIONI INTERNE DELLE STRUTTURE OPERATIVE

16.1. Unità Operative Complesse

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

Le unità operative complesse, dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale, sono caratterizzate almeno dai seguenti elementi:

- a) attività di produzione di prestazioni o di servizi sanitari, tecnico professionali che richieda un significativo volume di risorse e che equivalga, per le attività sanitarie, alle prestazioni caratterizzanti per la prevalenza dell'ambito disciplinare;
- b) assegnazione di rilevanti dotazioni tecnico strumentali;
- c) autonomia organizzativa e/o alto grado di responsabilità, posta in capo ad un dirigente di posizione apicale nel rispetto della normativa vigente;
- d) livelli ottimali di operatività delle risorse disponibili;
- e) assegnazione di obiettivi strategici per la programmazione aziendale;
- f) afferenza diretta e/o funzionale di rilevanti risorse e rilevanti professionalità, in termini di dotazione organica, la cui entità indichi la necessità di conferire la relativa autonomia gestionale; per le strutture sanitarie la dotazione di personale è di norma superiore a n. 20 unità.

16.2 Unità Operative Semplici Dipartimentali

Le unità operative semplici dipartimentali sono dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale.

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

16.3 Unità Operative Semplici

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

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

17. CRITERI E PARAMETRI PER LA COSTITUZIONE, IL MANTENIMENTO E LA RICONVERSIONE DELLE UNITÀ OPERATIVE (UOC, UOS, UOD) IN AMBITO OSPEDALIERO.

Il Piano Sanitario Regionale 2010-2012 delinea i criteri ed i parametri da utilizzare per la costituzione, il mantenimento e la riconversione delle unità operative (UOC, UOD, UOS) in ambito ospedaliero.

17.1 UOC in ambito ospedaliero

Con riferimento alle UOC, i criteri ed i parametri sono i seguenti.

I) Criteri di ordine prioritario:

- a. congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative, rispetto alla necessità di contare su una massa critica adatta qualitativamente e quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- b. quantità e qualità adeguate delle performance realizzate sul piano del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo dei pazienti, nonché di quelle garantite da servizi sanitari specialistici specifici che agiscono da supporto alle attività sanitarie in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile.

II) Criteri ulteriori

Ai fini dell'accertamento della congruità delle risorse di cui al punto b. e a garanzia:

- dell'ottimizzazione delle attività (volume e tipologia);
- dell'appropriatezza delle modalità di conduzione delle pratiche cliniche e assistenziali e di organizzazione delle risorse in dotazione;
- del mantenimento di adeguati volumi di attività tramite il contenimento della degenza, il livello di utilizzazione delle sale operatorie, dei servizi ambulatoriali e dei laboratori di diagnostica, e la conseguente realizzazione dei medesimi livelli di outcome/output pur riducendo la quantità di risorse (posti letto, sedute operatorie, spazi ambulatoriali, strumenti diagnostici, ecc.) utilizzata;
- della possibilità di stabilire in primo luogo se le attuali UOC, individuate in precedenza, abbiano le caratteristiche per mantenere la condizione di struttura complessa o meno;

sono definiti i seguenti ulteriori parametri:

a. Parametri generali

- Dotazione di risorse umane

Ogni UOC deve poter contare sulla presenza in organico di un minimo di 3 dirigenti, oltre al Direttore e rispettare le soglie operative in termini di dotazioni di posti letto e attività previsti negli atti di programmazione regionale.

- Rapporto tra spese sostenute per il funzionamento e ricavi conseguiti

Posto che obiettivo irrinunciabile di ogni articolazione organizzativa delle Aziende è l'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche e/o terapeutiche, in regime di ricovero ordinario, di ricovero a ciclo diurno e/o ambulatoriale, realizzate in modo virtuoso (ovvero in coerenza con criteri di efficacia, di appropriatezza, di razionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e aziendale, nonché di essenzialità) e in quantità tale da consentire il miglior grado di saturazione delle risorse consumate, ogni UOC deve realizzare, attraverso i ricavi annui maturati, (dall'Allegato 2 al PSR) una copertura della spesa sostenuta per il suo funzionamento congrua rispetto alla necessità, certificata dal D.G., ed il raggiungimento dell'equilibrio di bilancio o il disavanzo concordato con la Regione.

- Attività diagnostiche e terapeutiche

Di norma, ogni UOC deve essere dotata di un'area a livello della quale sia possibile erogare prestazioni ambulatoriali di natura diagnostica clinica e strumentale e di natura terapeutica o riabilitativa in misura tale da:

- i. contribuire al contenimento dei tempi di attesa entro i limiti stabiliti in sede regionale e/o nazionale;
- ii. mantenere il volume di attività allineato con il criterio che prevede che le prestazioni erogate in regime libero-professionale per ciascuna tipologia non possono superare il 50% di quelle erogate in regime istituzionale;
- iii. contribuire all'appropriatezza prescrittiva e al contenimento della spesa sia di farmaci che di dispositivi medici.

b. Parametri specifici

Ai fini della valutazione dell'attività in termini di complessità della casistica trattata e di efficienza operativa della struttura, si provvederà alla pubblicazione, per ciascuna disciplina e per ciascuna UOC, di indicatori comparativi di performance che tengano conto tanto della complessità dei casi trattati quanto dell'efficienza operativa.

Sulla base della lettura integrata di questi indici - confrontati con lo standard regionale e considerate le serie storiche - si definiranno i gradi di scostamento dei singoli reparti dagli standard di complessità ed efficienza.

c. Parametri specifici validi per le UOC con esclusive funzioni diagnostiche

- Principi generali

Sono riconosciute come UOC le articolazioni organizzative con esclusive funzioni diagnostiche che mostrano dotazioni strumentali di eccellenza, che sono il risultato di un processo di concentrazione delle strutture finalizzato all'eliminazione delle ridondanze e all'ottimizzazione dei livelli di saturazione delle apparecchiature, che sono connotate da caratteristiche operative adeguate e da modalità accettabili di interrelazione con gli utenti. Inoltre è ammessa l'istituzione di UOC solamente nel caso in cui si configuri la capacità di sviluppare volumi di attività per tutto il complesso ospedaliero e/o territoriale, oltre a volumi adeguati di attività per i pazienti ambulatoriali, mentre, in tutti gli altri casi, è consentita unicamente l'istituzione di UOD o UOS.

- Attività dirette a pazienti ricoverati e ambulatoriali

Ogni UOC:

- i. deve erogare prestazioni a pazienti ricoverati e a pazienti ambulatoriali in modo da consentire di contenere i tempi di esecuzione e di risposta entro termini concordati utili per l'ottimale sviluppo delle politiche cliniche e assistenziali, per la conclusione tempestiva delle attività svolte in regime di degenza ordinaria o a ciclo diurno, per la conservazione di margini operativi calibrati sul parametro H12;
- ii. deve garantire, per quanto concerne l'attività destinata ai pazienti ambulatoriali, l'erogazione di tipologie e quantità di prestazioni in modo tale da contribuire al contenimento dei tempi di attesa entro i limiti stabiliti in sede regionale e/o nazionale, e mantenere il volume di attività allineato con criterio che prevede che le prestazioni erogate in regime istituzionale non siano in alcun caso inferiori al 50% della somma delle prestazioni totali erogate in regime istituzionale e libero-professionale.

La decisione di mantenere o sopprimere UOC già istituite è indipendente dalle motivazioni strategiche che ne hanno determinato l'istituzione ed è subordinata al persistere o meno di condizioni di adeguata performance assistenziale, nonché economica e organizzativa.

17.2 UOD in ambito ospedaliero

I criteri e i parametri da utilizzare per la costituzione, il mantenimento e la conversione delle UOD in ambito ospedaliero sono i seguenti:

- **esistenza di una funzione assistenziale:**
 - i. comprendente uno o più centri di costo e conseguentemente assegnataria delle risorse umane, strutturali, strumentali e materiali indispensabili per realizzare gli obiettivi di cui ai successivi punti;
 - ii. in grado di erogare autonomamente, in ambito medico o chirurgico o sanitario, generale o specialistico, servizi in regime di degenza ordinaria o a ciclo diurno, o servizi ambulatoriali, o mix complessi di prestazioni terapeutiche o di diagnostica strumentale incruenta e/o invasiva;
 - iii. strategicamente rilevante per il buon funzionamento del Dipartimento e delle UOC in esso comprese, senza sovrapposizione con le attività delle stesse;
 - iv. caratterizzata da performance, quali-quantitativamente misurabili, realizzate ai fini del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo dei pazienti, in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile:
 - **esistenza di un operatore in possesso di requisiti definiti cui sia possibile attribuire la responsabilità della struttura nel rispetto della normativa;**
 - **dotazione organica di personale medico pari ad almeno 2 unità, oltre al Responsabile;**
 - **capacità di realizzare, attraverso i ricavi annui maturati, una copertura della spesa sostenuta per il suo funzionamento congrua rispetto alla necessità, certificata dal Direttore Generale, di raggiungere l'equilibrio di bilancio o il disavanzo concordato con la Regione, analogamente a quanto previsto per l'UOC, posto che obiettivo irrinunciabile di ogni articolazione organizzativa è l'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche e/o terapeutiche realizzate in coerenza con criteri di efficacia, di appropriatezza, di razionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale e aziendale, nonché di essenzialità e in quantità tale da consentire il miglior grado di saturazione delle risorse consumate.**

L'istituzione ex novo di una UOD può avvenire nel caso in cui la Direzione Generale, sentito il parere del Direttore del Dipartimento, ne ravvisi la valenza strategica in riferimento a necessità di miglioramento della qualità dell'assistenza, a necessità di ottimizzazione dell'organizzazione, a necessità di adeguamento dell'efficienza del sistema.

In particolare, l'istituzione ex novo di una UOD è proposta:

- a. nel caso di strutture a cui sia richiesto di svolgere il ruolo di day division medica o chirurgica e di day service, in funzione del superamento delle situazioni frequentemente osservate di frammentazione operativa e organizzativa che comportano utilizzazione inefficiente di risorse;
- b. nel caso di strutture a cui sia richiesto di svolgere il ruolo di ordinatore dell'afflusso di pazienti ricoverati in condizioni di urgenza e destinati a UOC in cui la mescolanza di pazienti ricoverati in elezione e di pazienti acuti è causa di inefficiente uso delle risorse;
- c. nel caso di strutture a cui sia richiesto di funzionare da elementi di continuità assistenziale per pazienti che necessitano di dimissione protetta e la cui lunga permanenza in UOC di elevata complessità operativa e organizzativa è causa di inefficiente uso delle risorse.

La decisione di mantenere o sopprimere UOD istituite ex novo secondo le modalità testé descritte è indipendente dalle motivazioni strategiche che ne hanno determinato l'istituzione ed è subordinata al persistere o meno di condizioni di adeguata performance assistenziale, nonché economica e organizzativa.

17.3 UOS in ambito ospedaliero

I criteri e i parametri da utilizzare per la costituzione, il mantenimento e la conversione delle UOS in ambito ospedaliero sono i seguenti:

- esistenza di una funzione assistenziale già precisamente e precedentemente configurata:
 - i. comprendente un centro di costo e conseguentemente assegnataria di risorse umane, strutturali, strumentali e materiali indispensabili per realizzare gli obiettivi di cui ai successivi punti;
 - ii. in grado di erogare, in ambito medico o chirurgico o sanitario, generale o specialistico, servizi in regime di degenza ordinaria o a ciclo diurno, o servizi ambulatoriali, o mix complessi di prestazioni terapeutiche o di diagnostica strumentale incruenta e/o invasiva o di natura specialistica specifica, sulla base di una delega ricevuta espressamente da Direttore della UOC di appartenenza;
 - iii. strategicamente rilevante per il buon funzionamento della UOC di appartenenza e, per il tramite di questa, del Dipartimento in cui essa è compresa;
 - iv. caratterizzata da performance quali-quantitativamente misurabili realizzate ai fini del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo dei pazienti, in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile;
- esistenza di un operatore in possesso di requisiti definiti cui sia possibile attribuire la responsabilità della struttura nel rispetto della normativa;
- organico formato da un minimo di 1 medico, oltre al Responsabile;
- (dall'Allegato 2 al PSR) capacità di realizzare, attraverso i ricavi annui maturati, una copertura della spesa sostenuta per il suo funzionamento congrua rispetto alla necessità, certificata dal D.G., di raggiungere l'equilibrio di bilancio o il disavanzo concordato con la Regione, analogamente a quanto previsto per l'UOC, posto che obiettivo irrinunciabile di ogni articolazione organizzativa è l'erogazione di prestazioni sanitarie diagnostiche e/o terapeutiche e di natura specialistica specifica realizzate in coerenza con criteri di efficacia, di appropriatezza, di razionalità rispetto agli indirizzi di programmazione regionale aziendale, nonché di essenzialità e in quantità tale da consentire il miglior grado di saturazione delle risorse consumate.

La decisione di mantenere o sopprimere UOS istituite ex novo secondo le modalità testé descritte non deve essere condizionata dalle motivazioni strategiche che ne hanno suggerito l'istituzione, e deve scaturire da valutazioni oggettive inerenti il persistere o meno di condizioni di adeguata performance assistenziale, nonché economica e organizzativa.

18. CRITERI E PARAMETRI PER LA COSTITUZIONE, IL MANTENIMENTO E LA RICONVERSIONE DELLE UNITÀ OPERATIVE (UOC, UOD, UOS) IN AMBITO TERRITORIALE.

18.1 UOC in ambito territoriale

I criteri e i parametri da utilizzare per la costituzione, il mantenimento e la riconversione delle UOC in ambito territoriale sono i seguenti:

I) Criteri di ordine prioritario:

- a. rapporto UOC territoriali, con esclusione del dipartimento di prevenzione, ogni 100.000 abitanti non superiore a 3,5; per il dipartimento di prevenzione le UOC non potranno superare il numero di 6;
- b. congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative, rispetto alla necessità di contare su una massa critica adatta quali-quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- c. quantità e qualità adeguate delle performance realizzate sul piano della prevenzione, delle prestazioni medico-legali, del controllo della spesa farmaceutica convenzionata, del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo degli utenti, in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile ove previsto.

II) Criteri ulteriori

Ai fini dell'accertamento della congruità delle risorse di cui al punto b. e a garanzia:

- dell'ottimizzazione delle attività (volume e tipologia);
- dell'appropriatezza delle modalità di conduzione delle pratiche preventive, medico-legali, cliniche e assistenziali e di organizzazione delle risorse in dotazione nonché di controllo della spesa farmaceutica convenzionata;
- del mantenimento di adeguati volumi di attività;
- della possibilità di stabilire in primo luogo se le attuali UOC, individuate in precedenza, abbiano le caratteristiche per mantenere la condizione di struttura complessa o meno, sono definiti i seguenti parametri:

a. Parametri generali

- Dotazione di risorse umane

Ogni UOC deve poter contare sulla presenza in organico di un minimo di 3 dirigenti, oltre al Direttore.

- Attività preventive, territoriali, medico-legali, ambulatoriali diagnostiche e terapeutiche e specialistiche specifiche

Di norma, ogni UOC deve essere dotata di un'area a livello della quale sia possibile erogare prestazioni di prevenzione, ambulatoriali di natura diagnostica clinica e strumentale, specialistiche specifiche, medico-legali e di natura terapeutica o riabilitativa in misura tale da:

- i. contribuire al contenimento dei tempi di attesa entro i limiti stabiliti in sede regionale e/o nazionale;
- ii. mantenere il volume di attività allineato con il criterio che prevede che le prestazioni erogate in regime libero-professionale per ciascuna tipologia, non possono superare il 50% di quelle erogate in regime istituzionale;
- iii. contribuire all'appropriatezza prescrittiva e al contenimento della spesa sia di farmaci che dispositivi medici.

b. Parametri specifici per le varie UOC territoriali

- UOC riferite alle attività materno-infantili

Presenza di classi di età 0-14 in numero superiore al 14% sul totale della popolazione residente.

- UOC riferite alle attività per la assistenza agli anziani

Presenza di classi di età > a 65 anni in numero superiore al 20% sul totale della popolazione residente.

L'istituzione ex novo di una UOC può avvenire nel caso in cui la Direzione Generale, sentito il parere del Direttore del Dipartimento, ne ravvisi la valenza strategica in riferimento a necessità di miglioramento della qualità dell'assistenza, a necessità di ottimizzazione dell'organizzazione, a necessità di adeguamento dell'efficienza del sistema.

La decisione di mantenere o sopprimere UOC già istituite è indipendente dalle motivazioni strategiche che ne hanno determinato l'istituzione ed è subordinata al persistere o meno di condizioni di adeguata performance assistenziale, nonché economica e organizzativa.

18.2 UOD in ambito territoriale

I criteri e i parametri da utilizzare per la costituzione, il mantenimento e la riconversione delle UOD in ambito territoriale sono i seguenti:

- esistenza di una funzione:
 - a) comprendente uno o più centri di costo e conseguentemente assegnataria delle risorse umane, strutturali, strumentali e materiali indispensabili per realizzare gli obiettivi di cui ai successivi punti;
 - b) in grado di erogare autonomamente servizi sul territorio;
 - c) strategicamente rilevante per il buon funzionamento del Dipartimento e delle UOC in esso comprese, senza sovrapposizione con le attività delle stesse;
 - d) caratterizzata da performance quali-quantitativamente misurabili realizzate ai fini delle attività di prevenzione, medico-legali, di controllo della spesa farmaceutica convenzionata, del trattamento diagnostico, terapeutico e riabilitativo degli utenti, in funzione del conseguimento di idonei livelli di valorizzazione economica del prodotto reso disponibile, ove previsto;
 - e) esistenza di un operatore in possesso dei requisiti definiti cui sia possibile affidare la responsabilità della struttura nel rispetto della normativa;
 - f) dotazione organica di personale medico pari ad almeno 2 unità, oltre al Responsabile.

L'istituzione ex novo di una UOD può avvenire nel caso in cui la Direzione Generale, sentito il parere del Direttore del Dipartimento, ne ravvisi la valenza strategica in riferimento a necessità di miglioramento nell'erogazione dei LEA, a necessità di ottimizzazione dell'organizzazione, a necessità di adeguamento dell'efficienza del sistema.

La decisione di mantenere o sopprimere UOD istituite ex novo secondo le modalità testé descritte è indipendente dalle motivazioni strategiche che ne hanno determinato l'istituzione ed è subordinata al persistere o meno di condizioni di adeguata performance nell'erogazione dei servizi, nonché economica e organizzativa.

18.3 UOS in ambito territoriale

I criteri e i parametri da utilizzare per la costituzione, il mantenimento e la riconversione delle UOS in ambito territoriale sono i seguenti:

- esistenza di una funzione già precisamente e precedentemente configurata:
 - a. comprendente un centro di costo e conseguentemente assegnataria di risorse umane, strutturali, strumentali e materiali indispensabili per realizzare gli obiettivi di cui ai successivi punti;
 - b. in grado di erogare servizi sulla base di una delega ricevuta espressamente dal Direttore della UOC di appartenenza;
 - c. strategicamente rilevante per il buon funzionamento della UOC di appartenenza e, per il tramite di questa, del Dipartimento in cui essa è compresa;
 - d. caratterizzata da performance quali-quantitativamente misurabili;
 - e. esistenza di un operatore in possesso di requisiti definiti cui sia possibile attribuire la responsabilità della struttura nel rispetto della normativa;
 - f. organico formato da un minimo di 1 medico, oltre al Responsabile.

La decisione di mantenere, sopprimere o istituire ex novo UOS secondo le modalità testé descritte non deve essere condizionata dalle motivazioni strategiche che ne hanno suggerito l'istituzione, e deve scaturire da valutazioni oggettive inerenti il persistere o meno di condizioni di adeguata performance assistenziale, nonché economica e organizzativa.

19. AMBITO DELLE FUNZIONI CENTRALI DELLA DIRIGENZA SANITARIA, PROFESSIONALE, TECNICA E AMMINISTRATIVA.

Il PSR 2010-2012 delinea i criteri e i parametri per la costituzione, il mantenimento e la riconversione delle UOC, che sono i seguenti:

I) Criteri di ordine prioritario:

- a. rapporto UOC/dipendenti non superiore a 1 su 400 ;
- b. congrua dotazione di risorse professionali, operative e organizzative, rispetto alla necessità di contare su una massa critica adatta quali-quantitativamente alla natura e all'entità degli obiettivi attesi;
- c. quantità e qualità adeguate delle performance realizzate sul piano delle prestazioni.

II) Criteri ulteriori

Ai fini dell'accertamento della congruità delle risorse di cui al punto b. e a garanzia:

- dell'ottimizzazione delle attività (volume e tipologia);
- dell'appropriatezza delle modalità di conduzione delle attività e delle risorse in dotazione;
- del mantenimento di adeguati volumi di attività;
- della possibilità di stabilire in primo luogo se le attuali UOC, individuate in precedenza, abbiano le caratteristiche per mantenere la condizione di struttura complessa o meno, è definito il seguente ulteriore parametro:

- Dotazione di risorse umane

Ogni UOC deve poter contare sulla presenza in organico di un minimo di 20 dipendenti, oltre al Direttore.

L'istituzione ex novo di una UOC può avvenire nel caso in cui la Direzione Generale, sentito il parere del Direttore Sanitario o Amministrativo, ne ravvisi la valenza strategica in riferimento a necessità di miglioramento della qualità dell'assistenza e dell'azione amministrativa, a necessità di ottimizzazione dell'organizzazione, a necessità di adeguamento dell'efficienza del sistema.

La decisione di mantenere o sopprimere UOC già istituite è indipendente dalle motivazioni strategiche che ne hanno determinato l'istituzione ed è subordinata al persistere o meno di condizioni di adeguata performance assistenziale, nonché amministrativa, economica e organizzativa.

20 MODELLI OPERATIVI

20.1 Reti professionali

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

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

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

20.2 Gruppi Operativi Interdisciplinari

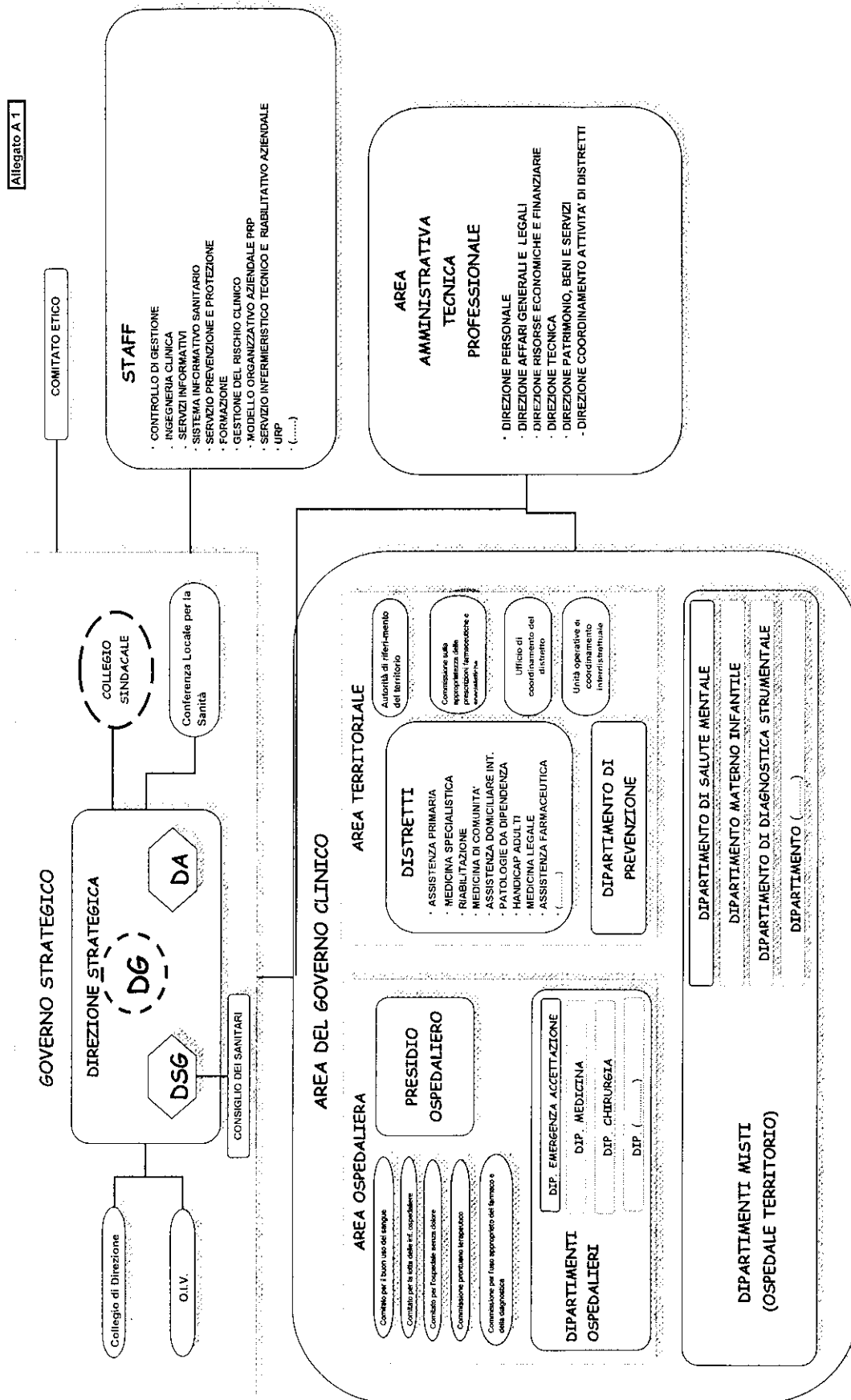
I gruppi operativi interdisciplinari sono momento di diffusione e applicazione delle conoscenze in medicina e nell'assistenza, di sviluppo del miglioramento della qualità, di diffusione delle migliori pratiche cliniche e assistenziali e del governo clinico. Sono costituiti da più professionisti appartenenti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

20.3 Assetto degli incarichi professionali

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

Gli incarichi ad alta specializzazione possono riguardare anche ambiti di prestazioni non sanitarie, tesi a produrre servizi particolarmente complessi oppure a fornire attività di consulenza per materie ad elevato

contenuto tecnico-professionale nonché per la realizzazione di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione, in rapporto alle esigenze didattiche dell'Azienda. In questa fattispecie ciò che prevale è la specifica competenza professionale, diversamente dai precedenti casi delle Strutture complesse e semplici, ove prevalevano le competenze gestionali di risorse umane, tecniche e finanziarie. L'individuazione di tali incarichi non prefigura necessariamente rapporti di sovra o sotto ordinazione con le Unità Operative Semplici, bensì la diretta dipendenza dalla Unità Operativa Complessa o dal direttore del Dipartimento qualora l'incarico professionale abbia valenza dipartimentale.



SCHEMA DI FUNZIONIGRAMMA

Allegato A 2

Classificazione atti

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

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

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

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

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

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

SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	Individuazione e valutazione fattori di rischio	
	Individuazione misure per la sicurezza e salubrità ambienti di lavoro	
	Elaborazione procedure di sicurezza	
	Analisi del fenomeno infortunistico e relativa relazione	
	Collaborazione per l'elaborazione di piani emergenza	
	Collaborazione per l'elaborazione dei Documenti Unici di Valutazione dei rischi di interferenza (DUVR) per le attività affidate a ditte esterne	
	Informazione e formazione per la sicurezza	
	Elaborazione di programmi di informazione e formazione	
	Informazione ai dipendenti dell'Azienda	
	Partecipazione alla programmazione dell'attività di formazione	
	Coordinamento corsi di formazione sulla sicurezza	
	Interventi urgenti nei luoghi di lavoro	
	Raccolta informazioni su episodi infortuni sul lavoro	
	Partecipazione periodica a riunioni su prevenzione e protezione rischi	
	Supporto nei rapporti con Organi di Vigilanza	
	Supporto gestione prescrizioni impartite da Organi di Vigilanza	
	Supporto nei rapporti con i Rappresentanti dei Lavoratori per la Sicurezza (RLS)	
	Consulenza e pareri per la sicurezza ai vari dirigenti responsabili delle singole attività (ad es. Tecnico, Personale, Patrimonio, Acquisti, Informatica, Formazione, Qualità, Infezioni ospedaliere, Rischio clinico)	