

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

DECRETO n. del

OGGETTO: Approvazione dell'Atto Aziendale della ASL Viterbo.

IL COMMISSARIO AD ACTA

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

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

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

DATO ATTO, altresì, che il Consiglio dei Ministri, con deliberazione del 1° dicembre 2014, ha deliberato la nomina dell'Arch. Giovanni Bissoni, con decorrenza 2 dicembre 2014, quale Sub commissario nell'attuazione del Piano di rientro dai disavanzi del SSR della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale, ai sensi della deliberazione del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013, richiamando in particolare le azioni e gli interventi in via prioritaria indicati nella delibera del Consiglio dei Ministri del 20 gennaio 2012, intendendosi aggiornati i termini ivi indicati, intervenendo anche per garantire, in maniera uniforme sul territorio regionale, l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza, sicurezza e qualità, attraverso un utilizzo efficiente delle risorse;

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

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni concernente: “*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*” ed, in particolare, l'articolo 3, comma 1 bis, secondo cui le aziende sanitarie devono disciplinare la propria organizzazione ed il proprio funzionamento con atto aziendale di diritto privato nel rispetto dei principi e dei criteri previsti da disposizioni regionali;

VISTA la legge regionale 16 giugno 1994, n.18, e successive modificazioni recante: “*Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali*”;

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

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

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;

VISTE le deliberazioni della Giunta Regionale:

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

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

VISTI altresì:

- il decreto legge c.d. *"Spending Review"* 6 luglio 2012, n. 95 recante *"Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini"*, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;
- il decreto legge c.d. *"Balduzzi"* 13 settembre 2012, n. 158 recante *"Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute"*, convertito con modificazioni dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 ed, in particolare, l'articolo 1 sul riordino dell'assistenza territoriale e la mobilità del personale delle aziende sanitarie e l'articolo 4 sulla dirigenza sanitaria ed il governo clinico;
- il decreto legge n. 90 del 24 giugno 2014 recante *"Misure urgenti per la semplificazione e la trasparenza amministrativa e l'efficienza degli uffici giudiziari"*;
- l'Intesa tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano del 10 luglio 2014 concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014 – 2016;

VISTO il DCA n. U00247 del 25 luglio 2014 con il quale si è proceduto all'adozione della nuova edizione dei Programmi Operativi per il periodo 2013 – 2015 a salvaguardia degli obiettivi strategici di rientro dai disavanzi sanitari della Regione;

VISTO il DCA n. U00251 del 30 luglio 2014 con cui sono state adottate le Linee Guida per il Piano Strategico Aziendale;

VISTO il DCA n. U00259 del 6 agosto 2014 che ha approvato il nuovo Atto di Indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio;

DATO ATTO, in particolare, che al punto 2, lettere c) e d), del dispositivo dei DCA n.

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

U00251/14 e n. U00259/14 veniva previsto che i Direttori Generali trasmettessero le proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale entro il termine del 15 ottobre 2014 e che la Regione procedesse alla verifica ed approvazione di dette proposte entro il termine del 15 dicembre 2014;

DATO ATTO, altresì, che con il DCA n.U00331 del 15 ottobre 2014 si è disposto di differire i termini anzidetti per la presentazione alla Regione delle proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale, stabilendo in particolare:

1. che i Direttori Generali delle Aziende territoriali ed ospedaliere, entro il 15 novembre 2014, presentassero le proposte in Regione per l'esame e l'approvazione, da effettuarsi entro il successivo 15 gennaio 2015;
2. che i Direttori Generali delle Aziende ospedaliere universitarie osservassero, invece, il seguente duplice termine:
 - a) entro il 30 novembre 2014 presentazione delle proposte al Rettore dell'Università per l'espressione del parere ed il raggiungimento dell'Intesa;
 - b) entro il 31 dicembre 2014 adozione delle proposte con atto formale e conseguente trasmissione in Regione per l'esame e l'approvazione, da effettuarsi entro il 31 gennaio 2015;

VISTO il DCA n. U00426 del 16 dicembre 2014 con cui, dando esecuzione a quanto disposto al punto 2, lettera e), dei DCA n.U00251/14 e n.U00259/14, si è proceduto alla costituzione della Commissione di Esperti preposta alla verifica congiunta delle proposte di Piano Strategico e di Atto Aziendale presentate alla Regione secondo i nuovi termini sopra riportati, composta da tre membri interni all'Amministrazione Regionale e da tre membri esterni scelti in ragione delle professionalità maturate in materia di organizzazione aziendale e di pianificazione strategica;

VISTO, altresì, il DCA n.U00048 del 2 febbraio 2015 con cui si è così disposto:

1. di prendere atto dell'impossibilità di rispettare i termini fissati per l'esame e l'approvazione delle proposte di atto aziendale e di piano strategico fissati con il DCA n.U00331/14;
2. di fissare il nuovo termine per l'esame e l'approvazione degli atti aziendali e per la condivisione dei Piani Strategici al 15 marzo 2015;
3. di prevedere che detto termine sia da considerarsi quale termine finale del procedimento, entro il quale si possa, comunque, procedere di volta in volta all'approvazione, con decreto commissariale, dei singoli piani strategici ed atti aziendali valutati positivamente dalla Commissione di Esperti a ciò deputata;
4. di rinviare a successivo provvedimento la determinazione del termine finale di approvazione dei Piani Strategici e degli Atti Aziendali delle Aziende Ospedaliere Universitarie, attesa la necessità di addivenire prioritariamente alla stipula definitiva dei Protocolli d'intesa Regione-Università;

TENUTO CONTO che la ASL Viterbo, in conformità alle indicazioni ed alla procedura formale di cui al DCA n.U00251/14 ed al DCA n.U00259/14, ha approvato le proposte di Atto Aziendale e di Piano Strategico, rispettivamente, con le deliberazioni del Commissario Straordinario n. CS 1039 e n. CS 1040 del 17 novembre 2014, delle quali è stata debitamente inviata copia alla Regione per l'avvio del procedimento di verifica ed

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

approvazione;

PRESO ATTO che la Commissione istituita con il DCA n.U00426/14 si è insediata il giorno 19 gennaio 2015, data della prima convocazione;

PRESO ATTO che la Commissione ha esaminato gli atti della ASL Viterbo nel corso della seconda seduta fissata per il giorno 29 gennaio 2015;

RILEVATO che, sulla base delle criticità espresse dalla Commissione, l'Amministrazione Regionale ha formulato delle osservazioni alla ASL Viterbo con nota prot n. 58489 GR/11/26 del 03/02/2015, invitando l'Azienda a rivedere l'Atto Aziendale ed a fornire i chiarimenti così da consentire alla Commissione di riesaminare l'Atto in modo più approfondito;

DATO ATTO che il Commissario Straordinario della ASL Viterbo, con le note prot. n. 7735 del 10/02/2015 e prot. n. 8015 dell'11/02/2015, in riscontro alla citata nota regionale, ha fornito le delucidazioni richieste;

DATO ATTO che la Commissione, nella seduta del 16 febbraio 2015, ha preso visione delle note della ASL Viterbo prot. n. 7735 del 10/02/2015 e prot. n. 8015 dell'11/02/2015 anzi citate, esprimendo un pieno apprezzamento per il Piano Strategico e ritenendo opportuno fornire, con riferimento all'Atto Aziendale le cui scelte organizzative sono state comunque valutate sostanzialmente condivisibili, ulteriori chiarimenti ed integrazioni;

VISTA la nota prot. n. 89094 GR/11/26 del 18/02/15 con cui la Regione ha conseguentemente comunicato quanto sopra al Commissario Straordinario invitandolo ad adottare nuovamente l'Atto Aziendale al fine di verificarne la coerenza con le osservazioni espresse dalla Commissione;

DATTO ATTO, pertanto, che:

- il Commissario Straordinario della ASL Viterbo, con nota prot. n. 9229 del 19/02/2015, ha fornito i chiarimenti e le integrazioni richiesti;
- la Commissione, nella seduta del 23/02/2015, ha preso atto dei chiarimenti e delle proposte di modifica di cui alla nota predetta prot. n. 9229 del 19/02/2015, ritenendo quindi il Piano Strategico condivisibile (fermo restando che la sua concreta attuazione resta comunque subordinata all'ottenimento di tutte le necessarie autorizzazioni regionali) e l'Atto Aziendale approvabile;
- la Regione, con nota prot. n. 100457 del 24/02/2015, ha conseguentemente comunicato quanto sopra al Commissario Straordinario invitandolo ad adottare nuovamente l'Atto Aziendale;

VISTA la deliberazione del Commissario Straordinario della ASL Viterbo n. 221 del 26/02/2015 concernente "Adozione dell'Atto Aziendale della ASL Viterbo" e la nota prot. n. 10956 del 26/02/15 con cui detta deliberazione e il nuovo Atto Aziendale sono stati trasmessi in Regione;

RITENUTO OPPORTUNO, pertanto, approvare l'Atto Aziendale della ASL Viterbo adottato con la deliberazione del Commissario Straordinario n. 221 del 26/02/2015, la cui

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

copia, custodita presso gli Uffici della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria, sarà pubblicata sul BURL unitamente al presente provvedimento;

DECRETA

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

1. di approvare l'Atto Aziendale della ASL Viterbo adottato con la deliberazione del Commissario Straordinario n. 221 del 26/02/2015, la cui copia, custodita presso gli Uffici della Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria, sarà pubblicata sul BURL unitamente al presente provvedimento.

Avverso il presente decreto è ammesso ricorso giurisdizionale dinanzi al tribunale amministrativo Regionale del Lazio nel termine di sessanta giorni dalla pubblicazione, ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni centoventi.

Il presente provvedimento sarà pubblicato sul B.U.R.L. e comunicato alle Aziende ed agli Enti interessati.

NICOLA ZINGARETTI



SISTEMA SANITARIO REGIONALE



REGIONE LAZIO

DELIBERAZIONE DEL COMMISSARIO STRAORDINARIO

N°: 221

DELIB. 26 FEB. 2015

DIREZIONE GENERALE

OGGETTO: Adozione dell'Atto di Autonomia Aziendale della ASL di Viterbo

Donatella Donetti
L'Estensore

RESPONSABILE ANTICORRUZIONE
Delibera CS 222/2014
Dott. Paolo Pezzato

Parere del Direttore Amministrativo:

Dr.ssa Daniela Donetti

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE
(con motivazioni allegate al presente atto)

Firma *[Signature]*

Data 26 FEB. 2015

Parere del Direttore Sanitario:

Dr. Antonio Bray

FAVOREVOLE

NON FAVOREVOLE
(con motivazioni allegate al presente atto)

Firma *Antonio Bray*

Data 26 FEB. 2015

Il funzionario addetto al controllo di budget con la sottoscrizione del presente atto, attesta che lo stesso non comporta scostamenti sfavorevoli rispetto al budget economico.

Voce del conto economico su cui si imposta la spesa:

AUSL VITERBO
IL DIRETTORE F.F.
ECONOMIA & FINANZE

Visto del Funzionario addetto al controllo di budget:

Firma *[Signature]*
Data (Dott.ssa Annunziata Minopoli)

Il Dirigente e il Responsabile del procedimento attestano a seguito dell'istruttoria effettuata che il presente atto è pienamente conforme sia nella forma che nella sostanza a tutte le leggi e norme di ogni ordine e grado vigenti in materia per cui se ne attesta la legittimità assumendone di conseguenza - ex art 4 c. 2 L. 165/01 - la relativa responsabilità.

Responsabile del procedimento:

Data _____ Firma _____

Il Dirigente:

Data 26.02.15

IL DIRETTORE
Firma U. O. C. Affari Generali
(Dr.ssa Francesca Gubiotti)

Atto Soggetto al controllo della Corte dei Conti []

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

THE UNIVERSITY OF CHICAGO
LIBRARY

Oggetto: Adozione dell'Atto di Autonomia Aziendale della ASL di Viterbo

II COMMISSARIO STRAORDINARIO

RICHIAMATA la Delibera n°1039 del 17/11/2014 con cui la ASL di Viterbo adottava l'Atto di Autonomia Aziendale;

PRESO ATTO della nota della Regione Lazio - Direzione Regionale Salute e Integrazione Sociosanitaria prot. N°100457 del 24/2/2015 che ritiene approvabile l'Atto di Autonomia Aziendale presentato dalla ASL di Viterbo;

VERIFICATO che l'applicazione degli indicatori regionali dispone per la ASL di Viterbo n. 64 U.O.C. e n. 85 U.O.S di cui n. 34 dipartimentali;

PRESO ATTO che la ASL di Viterbo, nel rispetto della procedura di cui al decreto n. U00259 del 06/08/2014, illustrando l'Atto Aziendale:

- in data 11 novembre 2014 ha acquisito il parere favorevole del Collegio di Direzione di cui all'allegato verbale;
- in data 12 novembre 2014 ha sentito il Consiglio dei Sanitari;
- in data 12 novembre 2014 ha consultato le Organizzazioni Sindacali;
- in data 14 e 17 novembre 2014 ha consultato il Comitato di Rappresentanza e la Conferenza Locale per la Sanità;

VISTI:

- D.L.vo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i.;
- Decreto del Presidente della Regione Lazio, in qualità di commissario ad acta del 06 agosto 2014 n. U00259;
- Decreto de Presidente della Regione Lazio, in qualità di commissario ad acta del 15 ottobre 2014 n. U00331;
- Il DCA n. U00247 del 25 luglio 2014;
- Il DCA n. U00251 del 30 luglio 2014;

RITENUTO di approvare l'Atto di Autonomia Aziendale di diritto privato dell'Azienda Sanitaria Locale di Viterbo nel testo definitivo come da allegato che forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;

Con il parere favorevole del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario riportato in frontespizio;



DELIBERA

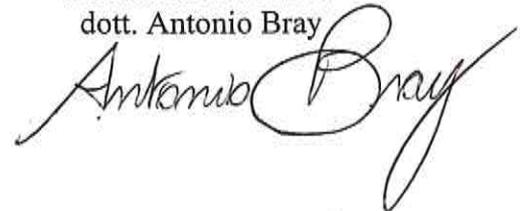
- di adottare l'Atto di Autonomia Aziendale di diritto privato dell'Azienda Sanitaria Locale di Viterbo nel testo definitivo come da allegato che forma parte integrante e sostanziale della presente deliberazione;
- di trasmettere alla Regione Lazio la presente deliberazione, corredata con i relativi allegati, per la prescritta approvazione da parte della Giunta Regionale con la procedura disciplinata da Decreto de Presidente della Regione Lazio, in qualità di commissario ad acta del 06 agosto 2014 n. U00259 titolo 11;
- di dare atto che il presente provvedimento diverrà esecutivo previa autorizzazione della Regione Lazio;

La presente Deliberazione sarà pubblicata all'Albo dell'Azienda nei modi previsti dall'art. 31 della L.R. Lazio n. 45/96

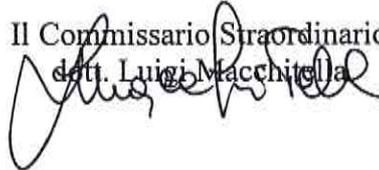
Il Direttore Amministrativo
dr.ssa Daniela Donetti



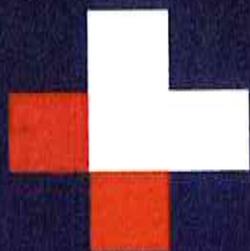
Il Direttore Sanitario
dott. Antonio Bray



Il Commissario Straordinario
dott. Luigi Macchitella



SISTEMA SANITARIO REGIONALE



ASL
VITERBO

Atto Aziendale

INDICE

Titolo 1 – L’Azienda	5
Art. 1 – Denominazione, sede legale, logo aziendale e territorio di riferimento	5
Art. 2 – La Missione	12
Art. 3 – La Visione Aziendale	13
Art. 4 – Prìncipi guida dell’azione aziendale.....	13
Art. 5 – Il patrimonio aziendale.....	15
Titolo 2 – Gli organi	15
Art. 6 – Il Direttore Generale	15
Art. 7 – Il Collegio Sindacale	18
Art. 8 – Il Collegio di Direzione	18
Titolo 3 – Il sistema e gli strumenti per le relazioni	19
Art. 9 – L’Azienda e il Cittadino	19
Art. 10 – L’Azienda, la Società Civile e il Terzo Settore.....	20
Art. 11 – Le Relazioni con le altre Aziende ed Amministrazioni Pubbliche	20
Art. 12 – Le Relazioni con gli Erogatori Privati di Prestazioni Sanitarie e Sociosanitarie e con i Fornitori di Beni e Servizi	21
Art. 13 – Le Relazioni con le Organizzazioni Sindacali	22
Art. 14 – L’ufficio per le Relazioni con il Pubblico	22
art. 15 – Il Processo di Audit Clinico	23
art. 16 – La Carta dei Servizi Pubblici Sanitari	23
art. 17 – La Conferenza dei Servizi	24
Titolo 4 – Il governo dell’Azienda	24
Art. 18 – Prìncipi e logiche generali di governo dell’Azienda	24
Art. 19 – Il governo della Complessità Aziendale	25
- Il Governo Clinico.....	25
- La Continuità Assistenziale, l’Integrazione e i Processi Assistenziali.....	27
- L’Integrazione Socio-Sanitaria.....	27
- IL Sistema delle Reti e i Percorsi Assistenziali.....	29
- Il Governo Economico nella Valutazione della Performance.....	30
Art. 20 – Criteri Generali di Organizzazione	31
Art. 21 – Prìncipi delle Politiche e della Gestione delle Risorse Umane	32
Titolo 5 – La Direzione Strategica, gli Organismi Collegiali e le Funzioni di staff	33
Art. 22 – La Direzione Strategica	33
Art. 23 – Il Direttore Amministrativo	33
Art. 24 – Il Direttore Sanitario.....	35

Art. 25 - Il Consiglio dei Sanitari	36
Art. 26 - L'Organismo Indipendente di Valutazione	37
Art. 27 - L'Organismo di Internal Auditing	38
Art. 28 - Le Consulte	39
Art. 29 - Altri Organismi	40
Art. 30 - Il Responsabile dell'Anticorruzione ed il Responsabile della Trasparenza	40
Art. 31 - Protocollo Generale e Archivio, Delibere e Albo Pretorio.....	42
Art. 32 - Ufficio Stampa, Comunicazioni Istituzionali e Aziendali	42
Art. 33 - Servizio di Prevenzione e Protezione.....	42
Art. 34 - Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni.....	42
Art. 35 - Coordinamento Aziendale del Piano della Prevenzione	43
Art. 36 - Ufficio legale	43
Titolo 6 - La struttura aziendale	43
Art. 37 - L'Articolazione Aziendale in Strutture Operative	43
Art. 38 - L'Ospedale	43
Art. 39 - Il Dipartimento	46
Art. 40 - Il Territorio	49
Art. 41 - Il Distretto	49
Art. 42 - Il Dipartimento di Salute Mentale	54
Art. 43 - Il Dipartimento di Prevenzione	55
Art. 44 - Area Funzionale Integrata Materno Infantile.....	57
Art. 45 - Area Funzionale Integrata Oncologica	57
Art. 46 - Area Funzionale Rete Radiologica Aziendale	57
Art. 47 - Area Funzionale Coordinamento Interaziendale medicina Penitenziaria.....	58
Art. 48 - Area della Programmazione Controllo Aziendale e della Rendicontazione Sociale	57
Art. 49 - Il Dirigente Preposto alla Redazione dei Documenti Contabili.....	64
Art. 50 - Area dello Sviluppo Organizzativo e Gestione dei Contratti.....	64
Titolo 7 - Sistemi e strumenti per il governo, il controllo e la gestione	70
Art. 51 - Criteri generali.....	70
Art. 52 - Gli Strumenti a Supporto delle Decisioni Strategiche.....	71
Art. 53 - Il Piano Triennale della Performance.....	72
Art. 54 - La Programmazione Annuale e il Processo di Budgeting	73
Art. 55 - Il Programma Triennale della Trasparenza e dell'Integrità	74
Art. 56 - Il Bilancio di Missione.....	75
Art. 57 - Il Bilancio Sociale	75
Art. 58 - Soluzioni Organizzative Flessibili per l'Attuazione di Piani, Programmi e Progetti	76

Art. 59 – Il Sistema dei Controlli.....	76
Art. 60 – I Processi di Acquisto.....	79
Art. 61 – Le Sperimentazioni Gestionali	79
Art. 62 – La Libera Professione.....	79
Titolo 8 – Sviluppo continuo delle professionalità	80
Art. 63 – Il Patrimonio Professionale dell’Azienda	80
Art. 64 – Il Sistema di Valutazione.....	81
Art. 65 – Lo Sviluppo delle Competenze e la Formazione.....	81
Art. 66 – Tipologia degli Incarichi Dirigenziali	82
Art. 67 – Graduazione, Attribuzione e Revoca degli Incarichi.....	84
Art. 68 – Deleghe, Avocazione, Autotutela e Recesso.....	84
Titolo 9 – Norme finali e transitorie e rinvio ad atti ed allegati	85
Art. 69 – Norme Finali e Transitorie	85
Art. 70 – Atti Allegati	85
Art. 71 – Rinvio a Regolamenti.....	85

TITOLO 1 – L’AZIENDA

ART. 1 – DENOMINAZIONE, SEDE LEGALE, LOGO AZIENDALE E TERRITORIO DI RIFERIMENTO

L’Azienda ASL di Viterbo è stata costituita il 1 luglio 1994 dalla fusione delle cinque Unità Sanitarie Locali della Provincia. L’Azienda è dotata di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale come previsto dalla normativa vigente.

L’**ambito territoriale** di riferimento corrisponde ai 60 Comuni della Provincia distribuiti in 3612 km² di superficie. L’ASL di Viterbo è articolata territorialmente nei seguenti tre Distretti:

DISTRETTO A COMPRENDE I SEGUENTI 28 COMUNI:

Montefiascone, Acquapendente, Tarquinia, Bagnoregio, Bolsena, Capodimonte, Castiglione in Teverina, Civitella d’Agliano, Farnese, Gradoli, Graffignano, Grotte di Castro, Ischia di Castro, Latera, Lubriano, Marta, Onano, Proceno, San Lorenzo Nuovo, Valentano, Arlena di Castro, Canino, Cellere, Montalto di Castro, Monte Romano, Piansano, Tescennano, Tuscania.

Distretto B comprende i seguenti 8 comuni:

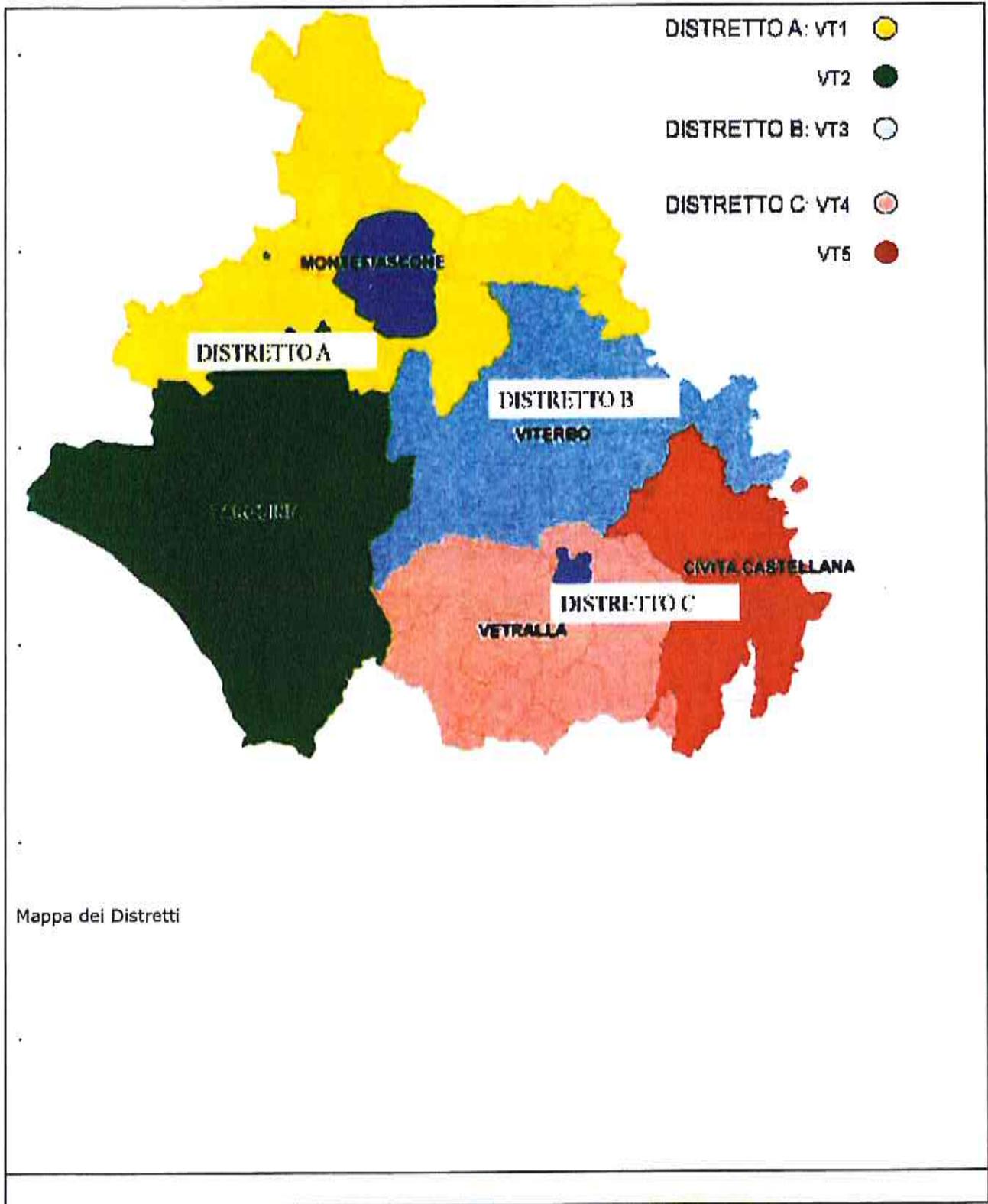
VITERBO, BASSANO IN TEVERINA, BOMARZO, CANEPINA, CELLENO, ORTE, SORIANO NEL CIMINO, VITORCHIANO.

DISTRETTO C COMPRENDE I SEGUENTI 24 COMUNI:

VETRALLA, RONCIGLIONE, CIVITA, BARBARANO ROMANO, BASSANO ROMANO, BLERA, CAPRANICA, CAPRAROLA, CARBOGNANO, MONTEROSI, ORIOLO ROMANO, VILLA SAN GIOVANNI IN TUSCIA, SUTRI, VEJANO, CALCATA, CASTEL SANT’ELIA, CORCHIANO, FABRICA DI ROMA, FALERIA, GALLESE, NEPI, VALLERANO, VASANELLO, VIGNANELLO.

Il **logo aziendale** è quello di seguito rappresentato:





La popolazione residente della ASL Viterbo al 01.01.2012 (Fonte ISTAT) è composta da 312.195 abitanti, così ripartiti

Popolazione in carico ai nuovi distretti					
Distretti	abitanti	%	territori	n° abitanti	%
A	100990	31,3	vt1	55134	17,1
			vt2	45856	14,2
B	96939	30,1	vt3	96939	30,1
C	124266	38,6	vt4	65245	20,3
			vt5	59021	18,3
Totale	322195	100	Totale	322195	100

La sede legale è situata in via Enrico Fermi, 15 - 01100 Viterbo, codice fiscale e partita IVA 01455570562. L'indirizzo di posta elettronica Certificata (PEC) è il seguente: prot.gen.asl.vt.it@legalmail.it;

Con il presente atto aziendale di diritto privato, l'Azienda esprime la propria "missione", i principi ed il sistema di valori che devono orientare l'operato dell'organizzazione e i comportamenti dei singoli, il sistema di relazioni e le logiche generali di governo dell'azienda, la struttura organizzativa, i sistemi operativi e gli strumenti a supporto della gestione e dello sviluppo professionale degli operatori.

Il sito internet dell'azienda è www.asl.vt.it. Sul sito sono presenti e costantemente aggiornati:

- a) la mappa geografica dell'ambito territoriale dell'Azienda, con la dislocazione e la individuazione dei distretti, dei servizi territoriali, l'elenco delle strutture pubbliche, accreditate e autorizzate con il relativo numero di posti letto, presenti sul territorio;
- b) la Carta dei Servizi dell'azienda (Guida ai Servizi);
- c) i dati della popolazione, con informazioni in merito allo stato di salute;
- d) l'elenco delle strutture sanitarie autorizzate e accreditate sul territorio aziendale con i posti letto insistenti;
- e) il numero del personale dipendente (distinto per ruoli di appartenenza).

Di seguito si riporta una tabella riepilogativa del personale dipendente, comprensivo di ogni tipo di contratto (voucher, a tempo determinato, contratto individuale, comando), distinto per ruolo e area di appartenenza:

Tab. 1

PERSONALE DIPENDENTE AL 30/6/2013 (anche a tempo determinato)				
	ruolo amministrativo	ruolo tecnico	ruolo sanitario	ruolo professionale
area amministrativa e tecnica	167	53	16	4
area non ospedaliera	41	22	254	3
area ospedaliera	69	268	1710	2
area territoriale	89	58	303	0
	366	401	2283	9

PI acuti per struttura da DCA 368/2014 rispetto al sistema NSIS		
	DCA 368/2014	NSIS
Struttura	Totale	Totale
Belcolle	471	439
Civita Castellana	86	100
Tarquinia	90	121
Acquapendente	40	8
Totale	687	668

PI acuti accreditati da DCA 368/2014			
Struttura	Ordinari	Day Hospital	Totale
Nuova Santa Teresa del Bambin Gesù	24	0	24
Salus	20	0	20
IDI - IRCCS - Villa Paola	0	13	13
Villa Immacolata	134	0	134
Totale	178	13	191

AGGREGAZIONE POSTI LETTO PER AREE OMOGENEE

Tabella PL da decreto del Commissario ad Acta 368 del 31 ottobre 2014

		Belcolle		Civita Castellana		Tarquinia		Acquapendente		Totale
		Ord	DH	Ord	DH	Ord	DH	Ord	DH	
AC	Terapia intensiva	12								12
	UTIC	6								6
	BO/MU	12								12
	UTN	6								6
<i>sub Totale</i>		36	0							36
M	Cardiologia	22								22
	Area Medica	142		40		40		20		222
	Day Hospital									
02	Multispec.		30		4		4			38
<i>sub Totale</i>		164	30	40	4	40	4	20		302
C	Area Chirurgica	94		34		36		10		164
	Chirurgia Vascolare	9								9
	Neurochirurgia	6								6
	Day Surgery									
98	multispec.		22		8		10		10	40
<i>sub Totale</i>		109	22	34	8	36	10	10	10	239
MIP	Ostetricia	26								26
	Pediatria	9	1							10
	Neonatologia	8								8
	TIN	4								4
<i>sub Totale</i>		47	1							48
D	Detenuti	10								10
<i>sub Totale</i>		10								10
MI	Malattie Infettive	18								18
<i>sub Totale</i>		18								18
P	Psichiatria	16	2							18
<i>sub Totale</i>		16	2							18
PA	Riabilitazione/recup.	16								16
<i>sub Totale</i>		16								16
Totale generale		416	55	74	12	76	14	30	10	687

Tabella riassuntiva pi delle strutture territoriali accreditate Asl VT

		ESL		Doppia esenzia (ex art 30)				Ragione			Amb	Pubb	Lodg	Altre	E.C. #1	mista
		Ment.	Ment.			Semi	Non		Resid.	Domicil.						
		#	#	Totale	Resid.	Esenz.	Resid.	Totale	Resid.	Domicil.	Totale					
1	Villa Roma	40	40	80					10	40	50		60			190
2/3	S. Rita (Nep) / MV Uff	40	40	80					31	124	155					235
4	Villa Immacolata *	60	20	80	24	30	170	224					31	103	134	452
5-6	Padre Luigi Monti/Margherita	0	120	120	120	53	180	353								453
7	Villa Serena	40	40	80												80
8	Villa Benedetto	35	0	35												35
9	Residenza Cimino	53	16	69												69
10	Giovanni XXIII	40	20	60												60
11	Mystosis	20	20	40												40
12	L'Avvenire	20	40	60												60
13	Villa Anna (Paleria)	20	0	20												20
14	AIRM				0	0	275	275								275
15	Villa Buon Respiro				03	15	0	110								110
16	Bates								5	20	25	20				45
17	Nuova Santa Terza											24				24
	Totale	367	366	723	243	78	025	046	46	184	230	44	60	31	103	10

DATI DEMOGRAFICI POPOLAZIONE AL 01/01/2012

(fonte dati ISTAT)

	0	1-4	5-14	15-44	45-64	65-74	>75	totale
M	1322	5441	13401	58247	43732	16139	13488	151770
F	1226	5196	12878	57811	44800	17878	21115	160904
	2548	10637	26279	116058	88532	34017	34603	312674

POPOLAZIONE PESATA REDISTRIBUITA AL 01/01/2012

DISTRETTO	0	1-4	5-14	15-44	45-64	65-74	>75	totale
1	182	782	1474	7267	17733	14583	17895	59916
2	203	768	1280	6369	14144	11647	10999	45410
3	428	1668	2982	13454	28527	22168	22593	91820
4	287	1150	1983	9140	19915	14471	14508	61454
5	244	1070	1913	8568	17925	12054	12300	54074
TOTALE	1344	5438	9632	44798	98244	74923	78295	312674

L'elenco delle strutture aziendali (Distretti, Aree, Dipartimenti e Staff di direzione) e la loro articolazione in unità operative complesse e dipartimentali, con i relativi organigramma e funzionigramma sono riportati negli allegati 1 e 2, parti integranti dell'atto aziendale.

Calcolo secondo CRITERI DCA 368/2014								
		Indicatore	parametri	UOC	n° UOC x Regione	UOC disp	UOS/ UOSD	Dipartimenti
H	pl	PI/17,5	687	39,3	-2,0	37,2943	51,0	6,5
N-H	abitanti	13515 *UOC	322195	23,8	-1,2	22,6	31,0	6,0
	UOS	1,3*UOC						
	Dipart. H	n° UOC/6	6,54285714					
	Dipart. N-T	n°UOC/4+2UOSD	6,0					
Azienda	TOTALE			63	-3	60	82	
	-5 %UOC per Regione	-0,05	3.15484752					

ART. 2 -LA MISSIONE

La Costituzione della Repubblica, all'articolo 32, definisce la salute "Diritto dell'individuo e interesse della collettività".

L'Azienda, nel quadro delle risorse ad essa destinate, ha come scopo la promozione e la tutela della salute, sia individuale che collettiva, della popolazione residente e comunque presente a qualsiasi titolo nel proprio ambito territoriale, per consentire la migliore qualità di vita possibile, garantendo ai cittadini i livelli essenziali di assistenza, definiti dal Servizio Sanitario Nazionale e Regionale, attraverso prestazioni preventive, di cura e riabilitative, prodotte ed erogate nel rispetto dei principi di appropriatezza e sulla base delle più moderne conoscenze tecnico-scientifiche assicurando, al contempo, i parametri qualitativi migliori come definiti dalle normative nazionali e internazionali e dagli indirizzi dell'Unione Europea.

L'Azienda concorre, inoltre, alla realizzazione della più vasta missione del Servizio Sanitario della Regione Lazio, anche integrando i servizi sociali e socio-assistenziali dei Comuni della Provincia di Viterbo, per quanto espressamente previsto o delegato.

ART. 3 - LA VISIONE AZIENDALE

L'Atto di Autonomia Aziendale, rappresenta il contratto che il Direttore Generale stipula con i Cittadini, gli Enti Locali, gli Organismi Pubblici e Privati deputati a contribuire ad assicurare i livelli essenziali di assistenza.

L'azienda individua il riferimento costante della propria azione nella Persona, unica e irripetibile e ritiene che la sostenibilità economica è raggiungibile solo attraverso l'aderenza dell'organizzazione alla risposta dei bisogni di salute, attraverso l'erogazione di prestazioni appropriate ed azioni di presa in carico che consentano la personalizzazione delle cure, nel rispetto dei bisogni globali, di ogni cittadino.

L'azienda ritiene che, per l'attuazione di un modello così articolato, è indispensabile interpretare i bisogni dei cittadini, della società civile e delle Istituzioni. E' inoltre inevitabile una evoluzione nell'organizzazione che deve essere condivisa tra tutti i livelli professionali in quanto nella produzione, nella forma più avanzata, efficace ed efficiente della "salute individuale e collettiva" è necessario adeguare le competenze e ruoli secondo le esigenze comuni di cambiamento non perché frutto di una direttiva, ma come partecipazione integrata di tutte le competenze che garantiscono l'applicazione corretta dei modelli organizzativi.

La visione dell'azienda nell'organizzazione delle relazioni umane e professionali si basa sui seguenti principi:

- contribuire alla specificità del bisogno assistenziale di cui è portatrice la persona a cui sono diretti servizi, l'appropriatezza, l'efficacia, l'efficienza allocativa ed operativa delle risorse mobilitate e il loro rendimento;
- garantire una relazione personale e di fiducia ed empatia fra paziente ed operatore sanitario;
- garantire la libertà clinica e l'autonomia professionale che si estrinsecano nella predisposizione di percorsi clinico-assistenziali integrati, efficaci, efficienti, appropriati, in una logica stringente di governo clinico;
- curare il proprio capitale professionale per fornire opportunità di crescita e di carriera alle competenze presenti che sappiano distinguersi per autorevolezza e impegno;
- ritenere l'etica come componente professionale ineludibile;
- sostenere la collaborazione fra i soggetti interni ed esterni al fine di contribuire agli obiettivi di miglioramento della salute e del benessere della popolazione.

La visione dell'azienda nell'innovazione tecnologica ed organizzativa presuppone:

- la costruzione di modelli organizzativi che garantiscano sostenibilità economica attraverso una risposta appropriata ai bisogni di salute dei cittadini;
- trasparenza nella separazione delle responsabilità di governo e di committenza da quelle di produzione delle prestazioni;
- coerenza della gestione dell'Azienda ai criteri di programmazione e di controllo e nella rendicontazione a tutti i portatori d'interesse dei risultati raggiunti;
- integrazione nella programmazione, gestione e controllo delle aree tecniche amministrative e sanitarie al fine di garantire efficienza ed economicità delle scelte aziendali ed in questa ottica, adozione di una prospettiva di Hta a supporto delle decisioni manageriali per le nuove sfide ed opportunità non solo come strumento di gestione ma anche come supporto alla realizzazione della clinical governance.

Le linee di tendenza in atto concorrono a delineare uno scenario nel quale l'organizzazione territoriale e quella

ospedaliera, dotate di paradigmi diversi, finalmente possono integrarsi. La ricchezza di strutture presenti sul territorio della provincia di Viterbo, la presenza di numerose municipalità, la presenza di competenze professionali diffuse consentono di elaborare uno scenario in cui i pazienti si "muoveranno" di meno dalle proprie residenze, e si muoveranno di più le informazioni, le immagini, i campioni biologici.

L'organizzazione dovrà poter far emergere i **sei pilastri** portanti del sistema che sono:

- a) le cure primarie e la presa in carico;
- b) la continuità dell'assistenza e delle cure;
- c) la diagnosi e la cura specialistica;
- d) la condivisione con le municipalità di programmi di intervento socio-sanitari;
- e) la partecipazione attiva del cittadini/pazienti;
- f) efficientamento dei sistemi gestionali.

ART. 4 – PRINCIPI GUIDA DELL'AZIONE AZIENDALE

I principi-guida ai quali l'Azienda ispira la propria azione nel perseguimento della missione sono:

- il **rispetto dell'uomo, l'universalità e l'equità di accesso nei servizi**, l'etica professionale, l'umanizzazione degli interventi;
- la **centralità della persona**, intesa sia come singolo soggetto autonomo, responsabile e capace, sia come soggetto temporaneamente o permanentemente incapace di scelte autonome, ed il costante riferimento alla comunità locale, alla luce dei principi di socialità e sussidiarietà;
- le finalità di **servizio pubblico**, dalla semplice risposta ai bisogni sanitari alla tutela della salute in senso generale, attraverso:
 - l'attività di educazione e prevenzione;
 - la priorità al territorio e all'integrazione del percorso territorio-ospedale;
 - la tutela dei soggetti deboli e fragili con un orientamento continuo alla qualità clinico-assistenziale, all'appropriatezza, al coinvolgimento e alla qualificazione delle risorse umane, da sostenere con programmi permanenti di formazione e aggiornamento, mirati al cambiamento e all'adeguamento del sistema aziendale;
 - il buon uso **delle risorse**, che concorre a garantire la compatibilità tra le risorse disponibili ed il costo dei servizi offerti, nel quadro degli indirizzi della politica gestionale regionale, e secondo principi di perseguimento della efficienza ed efficacia degli interventi e di partecipazione;
 - l'orientamento alla **qualità e all'innovazione**, in una logica di miglioramento continuo dell'organizzazione e di sviluppo delle professionalità;
 - il principio della **sicurezza** finalizzata a ridurre il rischio per i pazienti e gli operatori;
 - il principio della **rendicontazione** alla comunità di riferimento delle scelte, degli impegni e dei risultati raggiunti, attraverso l'impiego di strumenti adeguati;
 - il principio di **sostenibilità**: verifica della compatibilità economica rispetto alle risorse disponibili delle azioni pianificate e perseguibili.

ART. 5 – IL PATRIMONIO AZIENDALE

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutte le risorse, tangibili e intangibili, che concorrono a svolgere le attività aziendali e al perseguimento delle sue finalità istituzionali. In particolare l'Azienda dispone del patrimonio composto da tutti i beni mobili e immobili iscritti nei suoi libri contabili.

L'Azienda riconosce la **valenza strategica** delle dotazioni tecnologiche e infrastrutturali per lo sviluppo dei servizi sanitari. In tale prospettiva, presta particolare attenzione alle politiche attive di sviluppo e valorizzazione del patrimonio anche in collaborazione con altre amministrazioni pubbliche ed altre aziende sanitarie.

L'Azienda riconosce la crescente rilevanza del **patrimonio intangibile** connesso alle professionalità, ai saperi ed alle conoscenze accumulate, che si impegna a rafforzare e consolidare attraverso sistemi di gestione della conoscenza (*knowledge management*) e di valorizzazione delle competenze.

TITOLO 2 – GLI ORGANI

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

- il Direttore Generale;
- il Collegio Sindacale;
- il Collegio di Direzione.

ART. 6 – IL DIRETTORE GENERALE

Il Direttore Generale è titolare della rappresentanza legale e di tutti i poteri di gestione dell'Azienda ed assicura l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa dell'Azienda stessa. Risponde alla Regione in relazione agli obiettivi assegnati all'atto di nomina nell'ambito degli atti strategici e di programmazione regionale.

Ai sensi dell'art. 55 del Nuovo Statuto della Regione Lazio, il Direttore Generale è nominato dal Presidente della Regione, acquisito il parere della commissione consiliare permanente competente per materia.

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

- alla Regione che ne indirizza l'attività ed esercita il controllo sul suo operato;
- alla conferenza locale per la sanità, che partecipa alla programmazione aziendale nell'ambito di quella regionale ed esercita compiti di vigilanza generale sull'Azienda e sull'operato del Direttore Generale;
- al collegio sindacale cui sono affidati compiti di vigilanza sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti e di verifica sull'attività contabile dell'Azienda.

Il Direttore Generale, in particolare, provvede:

- alla nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;
- alla nomina del Collegio Sindacale e alla sua prima convocazione nei termini di legge;
- alla costituzione del Collegio di Direzione e del Consiglio dei Sanitari;
- alla nomina dei componenti dell'Organismo Indipendente di Valutazione delle Performance, dei colleghi tecnici, del Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni e degli altri organismi previsti dall'atto aziendale o la cui nomina è ad esso demandata dalla vigente legislazione;
- alla nomina del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- alla nomina dei componenti dell'Organismo di Internal Auditing;
- all'adozione dell'atto aziendale e delle sue modificazioni ed integrazioni;
- all'adozione degli atti di organizzazione interna dei presidi ospedalieri, dei distretti e dei dipartimenti e all'organizzazione dello staff alla Direzione Strategica;
- alla nomina e revoca dei responsabili delle macro-strutture dell'Azienda (Dipartimenti, Distretti, Aree), nonché, dei responsabili delle Unità operative complesse e semplici e al conferimento degli incarichi professionali;
- ad assumere i provvedimenti conseguenti la valutazione dei dirigenti;
- all'adozione del documento per la valutazione dei rischi e alla 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;
- 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;
- all'adozione dei regolamenti Interni aziendali ivi compresi quelli per il funzionamento degli organismi collegiali, individuati dal presente atto di indirizzo;
- all'adozione della dotazione organica aziendale;
- all'adozione del Piano della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza;
- all'adozione del Piano della Performance;
- all'adozione del bilancio economico di previsione annuale e pluriennale nonché del bilancio di esercizio;
- all'adozione del Bilancio Sociale e del Bilancio di Missione;
- all'adozione del Piano Attuativo Locale, del programma delle attività territoriali, nonché degli altri atti programmatici con i quali sono definiti gli obiettivi e le priorità per la gestione dell'Azienda e sono assegnate le risorse umane, strumentali e finanziarie;
- alla verifica, attraverso il servizio di controllo interno, mediante valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa;
- alla verifica qualitativa-quantitativa dei servizi erogati anche attraverso strutture a ciò preposte;
- all'adozione degli altri atti indicati dalla legislazione vigente.

Il Direttore Generale, ai sensi dell'articolo 15bis, comma 1 del d.lgs. 502/1992, attribuisce al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario nonché ai direttori di presidio, di Distretto, di Dipartimento ed ai dirigenti responsabili di struttura complessa le funzioni loro spettanti, con particolare riguardo alle decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno.

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

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

In relazione alle funzioni di cui sopra, al fine di mantenere distinte quelle rientranti negli atti di alta amministrazione da quelle di carattere gestionale, anche ai sensi dell'articolo 8, legge regionale n. 6/2002, comma 1, così come modificato dalla L.R. 4/2006, le funzioni attribuite al Direttore Generale devono essere distinte in:

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

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

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

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

L'atto di conferimento della delega deve contenere l'esatta specificazione delle attribuzioni delegate e le eventuali direttive e stabilire i limiti e la durata della delega stessa; viene pubblicato nell'albo dell'azienda e sul sito internet aziendale. Inoltre:

- il delegante non può esercitare in costanza di delega le attribuzioni delegate;
- il delegato non può sub-delegare le attribuzioni oggetto della delega ed è responsabile degli atti adottati e dei compiti assolti in attuazione della delega e dei loro effetti;
- gli atti emanati dal delegato non sono impugnabili con ricorso al delegante e sono soggetti allo stesso regime dei controlli previsto per gli atti emanati dal titolare;
- il delegante può, in qualsiasi momento, revocare la delega con le stesse modalità di forma previste per l'atto di conferimento della delega stessa. Il rapporto di delega cessa, inoltre, quando muta il delegante o il delegato.

Al titolare rimangono comunque riservati i poteri di autotutela coordinamento e di vigilanza.

Al fine di omogeneizzare la forma degli atti amministrativi, gli atti di alta Amministrazione dovranno essere adottati con deliberazione del Direttore Generale e gli atti di gestione con determinazione dirigenziale.

ART. 7 – IL COLLEGIO SINDACALE

Il Collegio Sindacale è l'organo dell'Azienda con compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile. Il Collegio Sindacale, ai sensi dell'articolo 10 della L.R. 18/1994 modificato dalla L.R. 31 ottobre 1996, n. 45 da ultimo modificato dalla Legge Regionale, n. 4, del 14 luglio 2014 è nominato dal Direttore Generale ed è composto da tre membri effettivi ed un supplente, scelti tra gli iscritti nel Registro dei Revisori Legali, istituito presso il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ovvero tra i funzionari del Ministero dell'Economia e Finanze che abbiano esercitato per almeno tre anni le funzioni di Revisore dei Conti di componente del Collegio Sindacale, di cui uno designato dal Ministro dell'Economia e delle Finanze, due dal Consiglio Regionale. Nella prima seduta, convocata dal Direttore Generale entro cinque giorni dal provvedimento di nomina, il Collegio Sindacale elegge il Presidente, secondo le modalità definite dalla normativa in vigore.

Il Collegio Sindacale esercita le seguenti funzioni:

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

ART. 8 – IL COLLEGIO DI DIREZIONE

Il Collegio di Direzione supporta il Direttore Generale con proposte per il governo delle attività cliniche, per la programmazione e la valutazione delle attività tecnico-sanitarie e delle attività ad alta integrazione sanitaria, per l'elaborazione dei piani di attività aziendali, per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche con riferimento al modello dipartimentale, e per l'utilizzo delle risorse umane.

Concorre alla formulazione dei programmi di formazione verificandone la congruenza con gli obiettivi aziendali, delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero - professionale a rapporto esclusivo ed alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici; ed è consultato dal

Direttore Generale sulle questioni che attengono al governo delle attività cliniche.

Il Direttore Generale costituisce, con proprio provvedimento, il Collegio di Direzione che si dota di uno specifico regolamento per le modalità di funzionamento che tenga conto di quanto previsto dal DCA U00259 del 22 luglio 2014, oltre che delle indicazioni contenute nel presente atto di indirizzo, anche delle funzioni del Collegio di Direzione previste dalla normativa vigente.

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

- Il Direttore Sanitario Aziendale;
- il Direttore Amministrativo Aziendale;
- I Direttori di Dipartimenti;
- i Direttori dei Distretti;
- il Direttore Sanitario del Polo Ospedaliero;
- Il Direttore del Governo delle Professioni Sanitarie;
- il Responsabile dell'Area Programmazione Controllo Aziendale e della Rendicontazione Sociale;
- il Responsabile dell'Area dello Sviluppo Organizzativo e Gestione dei Contratti;
- il Dirigente del Servizio Sociale.

TITOLO 3 – IL SISTEMA E GLI STRUMENTI PER LE RELAZIONI

ART. 9 – L'AZIENDA E IL CITTADINO

L'Azienda riconosce la **centralità del cittadino**, in quanto titolare del diritto alla salute, e ne incentiva la partecipazione alla definizione delle politiche di offerta e alla organizzazione dei servizi, anche in applicazione dell'art. 5 della Legge Regionale 23.12.2004, n. 29.

La centralità delle persone e dei loro bisogni costituisce il riferimento per articolare le funzioni gestionali in stretta relazione ai processi assistenziali e per sviluppare la multidisciplinarietà dell'assistenza, tutelando in pari misura la ricerca della qualità percepita, della qualità tecnica e della qualità organizzativa, minimizzando i rischi clinici individuali e collettivi.

L'Azienda si impegna ad adottare strumenti che favoriscono la **partecipazione** dei cittadini secondo il principio dell'art.118 ultimo comma della Costituzione Italiana adottando sia strumenti previsti dalla normativa, quali la Carta dei Servizi pubblici sanitari e l'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico, sia altre forme partecipate di valutazione della qualità dei servizi e di **rendicontazione** quali l'**Audit Civico** e il **Bilancio Sociale e Bilancio di Missione**.

In una prospettiva di tutela del cittadino l'Azienda promuove l'adozione di tali forme di valutazione e rendicontazione partecipata anche in riferimento all'attività resa da altri erogatori pubblici e privati, accreditati e non, presenti nel proprio ambito territoriale di competenza.

Nell'ambito del sistema di gestione dei reclami l'Azienda istituisce e si avvale della **Commissione Mista**

Conciliativa, che assolve alla funzione di mediazione per eventuali controversie tra l'Azienda e il cittadino riguardo le modalità di erogazione delle prestazioni e la tutela dei diritti che non siano state già risolte in prima istanza dall'Ufficio per le Relazioni con il Pubblico. L'istituzione e il regolamento della Commissione Mista Conciliativa sono oggetto di apposito atto deliberativo.

L'Azienda annualmente indice la Conferenza dei Servizi al fine di rendere 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.

ART. 10 – L'AZIENDA, LA SOCIETÀ CIVILE E IL TERZO SETTORE

L'Azienda iscrive il perseguimento della propria specifica missione istituzionale in un più ampio contesto di **responsabilità** nei confronti della società e del suo funzionamento complessivo, improntando coerentemente le proprie politiche e condotte gestionali. In tal senso, essa s'impegna a ridurre l'impatto ambientale delle proprie attività, a favorire e tutelare l'ambiente sociale del proprio territorio, a promuovere nella produzione e nella distribuzione dei servizi sanitari e sociosanitari condizioni di lavoro rispettose della dignità e delle aspirazioni delle persone.

L'Azienda favorisce rapporti con le organizzazioni senza scopo di lucro, attivando forme di **partenariato attivo** con imprese sociali, cooperative sociali ed associazioni, anche attraverso il ricorso a formule gestionali quali la creazione di associazioni, di fondazioni di partecipazione e di società della salute .

L'Azienda collabora attivamente allo sviluppo del **capitale sociale** sul territorio e alla programmazione partecipata, coinvolgendo le organizzazioni di rappresentanza e tutela, il volontariato sociale, gli enti morali e a vocazione sociale, i gruppi di interesse locali, le organizzazioni sindacali, le società professionali e scientifiche, le organizzazioni di categoria.

ART. 11 – LE RELAZIONI CON LE ALTRE AZIENDE ED AMMINISTRAZIONI PUBBLICHE

L'Azienda, promuove l'interazione con il Comune capoluogo e gli altri comuni della Provincia in merito ai processi di programmazione sanitaria e socio-sanitaria.

Strettamente correlata al governo strategico aziendale è la **Conferenza Locale per la Sanità**, quale Conferenza dei Sindaci dei 60 comuni della Provincia, chiamata a partecipare alla definizione delle linee di indirizzo dell'Azienda al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie e socio-sanitarie della popolazione di riferimento.

La Conferenza Locale per la Sanità esprime il proprio parere alla Regione nei procedimenti di valutazione dell'operato del Direttore Generale ivi compresa la verifica, trascorsi diciotto mesi dalla nomina, dei risultati aziendali conseguiti e il raggiungimento degli obiettivi assegnati.

L'Azienda opera in continuo rapporto con la **Regione**, e in collaborazione con le aziende e le agenzie regionali, operanti in particolare nell'area della programmazione sanitaria e della prevenzione e tutela dell'ambiente.

L'Azienda favorisce rapporti di collaborazione con le **altre Aziende Sanitarie ed Ospedaliere** e con le aziende universitarie e i Policlinici Universitari della Regione Lazio, l'ARES 118 e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, finalizzati al miglioramento della qualità dell'offerta dei servizi sanitari ed alla razionalizzazione della gestione dei servizi di supporto tecnico, amministrativo, logistico ed alberghiero.

Al fine di avviare progetti innovativi di intervento in ambito socio-assistenziale, del disagio sociale, dell'emarginazione e della nuova povertà, della tutela dell'ambiente, delle pari opportunità, dell'educazione e della ricerca, l'Azienda sviluppa logiche di cooperazione con enti e amministrazioni che svolgono funzioni di governo e di elaborazione di politiche a livello nazionale.

In particolare l'Azienda intende rafforzare i rapporti istituzionali e i progetti in essere con i **Ministeri** della Giustizia, della Solidarietà sociale e della Famiglia, della Pubblica Istruzione, dell'Università e della Ricerca Scientifica, delle Politiche Giovanili, dell'Ambiente, della Cultura, degli Interni, degli Esteri, delle Pari opportunità, del Dipartimento della Funzione Pubblica e del Dipartimento della Protezione Civile.

L'Azienda persegue modalità di collaborazione reciproca con l'**Università**, gli **Istituti di Ricerca e formazione**, riconoscendone la funzione fondamentale nella formazione, nella specializzazione degli operatori sanitari e nella attività di ricerca. In questi ambiti l'Azienda valorizza il ruolo delle proprie strutture e dei propri professionisti.

ART. 12 – LE RELAZIONI CON GLI EROGATORI PRIVATI DI PRESTAZIONI SANITARIE E SOCIO-SANITARIE E CON I FORNITORI DI BENI E SERVIZI

L'Azienda in conformità con le indicazioni programmatiche della Regione, le politiche sanitarie e le proprie scelte strategiche, intende ridefinire in senso innovativo le relazioni pubblico-privato per l'acquisto di servizi sanitari in ambito ospedaliero ed extraospedaliero, comprensivi dei livelli di post-acuzie e riabilitazione.

Elemento fondante di questa ridefinizione è la gestione, da parte dell'Azienda, di un ruolo attivo di committenza, nell'ambito del quale l'Azienda ricercherà forme di collaborazione e cooperazione con strutture sanitarie private accreditate, e non, erogatrici di servizi.

Per garantire il buon funzionamento e la qualità dei servizi sanitari e socio-sanitari e l'efficienza dei processi produttivi l'azienda favorisce rapporti di scambio e negoziali con i fornitori di beni e servizi improntati ai principi di imparzialità, riservatezza, lealtà, uso riservato delle informazioni ricevute e reciproco rispetto degli obblighi derivanti dal rapporto contrattuale.

Al fini della razionalizzazione organizzativa, l'Azienda può attivare contratti di esternalizzazione per l'affidamento a terzi della gestione di attività, a seguito di un processo di valutazione strategica ed economica in termini di impatto sulla qualità dei servizi, sull'organizzazione e sui costi aziendali.

L'Azienda promuove lo sviluppo di competenze interne come elemento che ne qualifica l'esistenza e ne garantisce l'autonomia nel perseguimento delle finalità, anche al fine di realizzare una adeguata riduzione delle consulenze esterne ed a questo fine ha una struttura organizzativa di coordinamento Programmazione e Gestione dell'offerta Accreditati e della rete per l'integrazione tra Ospedale Territorio ed Accreditati (R.I.T.H.A).

ART. 13 – LE RELAZIONI CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

La tutela della salute e il soddisfacimento dei bisogni del cittadino utente attraverso una politica volta a garantire servizi sanitari efficienti e di alta qualità professionale si realizza anche mediante il confronto con le organizzazioni sindacali.

In osservanza dei principi, procedure e materie fissate dalla normativa e dalle disposizioni di natura pattizia che disciplinano il rapporto di lavoro del personale del Servizio sanitario nazionale, l'Azienda pone in essere un sistema di relazioni sindacali teso ad assicurare un innalzamento nei livelli di efficacia ed efficienza dei servizi attraverso la crescita professionale e il miglioramento delle condizioni di lavoro.

Il sistema delle relazioni sindacali, che si basa sui principi di correttezza e trasparenza dei comportamenti, è improntato agli istituti contrattuali come la contrattazione collettiva integrativa, l'informazione, la consultazione, la concertazione e le commissioni paritetiche.

Secondo il principio della partecipazione, i vari livelli di cui si compone il sistema di relazioni sindacali tendono ad applicare il concetto della responsabilità e a valorizzare le potenzialità propositive attraverso il metodo del confronto.

ART. 14 – L'UFFICIO PER LE RELAZIONI CON IL PUBBLICO

L'URP è un servizio orientato al miglioramento del rapporto fra il cittadino e l'azienda sanitaria, tramite le funzioni di accoglienza, informazione, partecipazione e tutela ed in particolare:

- **accoglienza** intesa come ascolto del cittadino e orientamento all'utilizzo dei percorsi e dei servizi dell'azienda, fornendo una risposta personalizzata ai bisogni espressi e assicurando la presa in carico dell'utente che ha incontrato difficoltà nell'uso dei servizi, indirizzandolo alla risoluzione del problema, accogliendo i suggerimenti e le proposte avanzate dall'utente e collaborando alla cura delle procedure di accoglienza all'interno dell'azienda;
- **informazioni** di carattere generale necessarie all'accesso ai servizi e alle prestazioni; partecipazione alla stesura di materiale informativo e divulgativo finalizzato al cittadino su tematiche attinenti alla salute, sulla base dei bisogni rilevati ed espressi dalla comunità e all'uso dei servizi sanitari e sociali del territorio dell'azienda e degli accreditati;
- **partecipazione** attraverso un canale di comunicazione e collaborazione con le associazioni di volontariato e tutela che hanno sottoscritto il protocollo d'intesa con l'azienda, finalizzando le azioni al miglioramento delle attività sanitarie, tecniche e amministrative; partecipando alla rilevazione delle indagini di soddisfazione degli utenti sulla qualità dei servizi sanitari con altri soggetti dell'azienda e con le associazioni di volontariato e tutela; collaborando all'organizzazione annuale della conferenza dei servizi;
- **tutela** attraverso il contributo alla stesura della carta dei servizi pubblici sanitari, quale strumento volto alla tutela dei diritti degli utenti e curandone la divulgazione; raccogliendo reclami e segnalazioni

da parte del cittadino su disservizi ed inefficienze, accogliendo anche ringraziamenti e suggerimenti che il cittadino vuole esprimere nei confronti dei servizi offerti; classificando i reclami per tipologia secondo l'osservatorio regionale carta dei servizi; proponendo azioni di miglioramento in relazione alle criticità emerse ed integrando le informazioni sulle criticità emerse con quelle in possesso del **Comitato per la Valutazione dei Rischi**.

ART. 15 - IL PROCESSO DI AUDIT CLINICO

L'Azienda ritiene l'Audit Clinico uno degli strumenti principali per il miglioramento della qualità professionale; è un processo ciclico di miglioramento nella dimensione tecnico-professionale della qualità delle cure in quanto è il sistema attraverso il quale l'organizzazione aziendale si rende responsabile del miglioramento continuo della qualità dei servizi e garantisce elevati standard assistenziali creando le condizioni ottimali nelle quali viene favorita l'eccellenza clinica.

L'Audit Clinico è infatti uno degli strumenti fondamentale per la clinical governance in quanto mette in atto attività sistematiche di valutazione e di miglioramento della qualità professionale.

Le attività principali sono relative a:

- partecipazione di tutti i professionisti ad audit clinici (valutazione e miglioramento di qualità), locali e multicentrici;
- diffusione di pratiche basate sulle evidenze scientifiche e l'utilizzo di linee guida;
- miglioramento della completezza e dell'accuratezza nella rilevazione delle informazioni per monitorare l'assistenza clinica e valutare gli esiti (outcome);
- attuazione di un sistema di segnalazione, di indagini e di prevenzione degli eventi avversi;
- facilitazione nel comunicare i reclami da parte dei pazienti e dei loro familiari;
- coinvolgimento dei pazienti e dei loro familiari;
- costante promozione della formazione e del training;
- ricerca e sviluppo;
- collaborazione multidisciplinare;
- valutazione del personale;
- comunicazione e gestione della documentazione.

ART. 16 - LA CARTA DEI SERVIZI PUBBLICI SANITARI

La Carta dei Servizi, asserisce la norma: "è volta alla tutela dei diritti degli utenti: non si tratta di una tutela intesa come mero riconoscimento formale di garanzie al cittadino, ma di attribuzione allo stesso di un potere di controllo diretto sulla qualità dei servizi erogati".

Per consentire che ciò avvenga, la stessa norma pone in carico all'azienda sanitaria alcuni obblighi:

- adotta gli standard di quantità e di qualità del servizio di cui assicura il rispetto;
- pubblicizza gli standard adottati e ne informa il cittadino, verifica il rispetto degli standard e il grado di soddisfazione degli utenti;
- garantisce il rispetto dello standard adottato, assicurando al cittadino la specifica tutela".

La Carta dei Servizi si pone, in ultima analisi, l'obiettivo di fornire ai cittadini servizi di buona qualità.

ART. 17 - LA CONFERENZA DEI SERVIZI

La Conferenza dei servizi, presieduta dal Direttore Generale, è la sede privilegiata di comunicazione e discussione circa gli obiettivi che l'azienda si impegna a perseguire e di verifica del loro raggiungimento. Le funzioni della Conferenza dei Servizi sono relative:

- all'analisi dell'andamento dei servizi ai sensi dell'art. 14 del D. Lgs. 502/92 e successive modificazioni;
- alle presentazioni di osservazioni, suggerimenti e/o proposte espressi dai rappresentanti della comunità locale, dalle organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti, invitati alla Conferenza, e volte al miglioramento dei servizi erogati;
- ad un momento di formazione e condivisione degli obiettivi aziendali, regionali e nazionali.

TITOLO 4 - IL GOVERNO DELL'AZIENDA

ART. 18 - PRINCIPI E LOGICHE GENERALI DI GOVERNO DELL'AZIENDA

La Direzione Aziendale è responsabile dei risultati prodotti dall'organizzazione e del loro grado di coerenza con le finalità generali dell'Azienda e con il sistema di obiettivi, strategici e operativi, definiti in coerenza con la pianificazione regionale.

Il governo aziendale si sviluppa nel rispetto dei principi generali di:

- **efficienza:** definita dal rapporto tra l'ammontare delle risorse, destinate o effettivamente impiegate, di una determinata area d'intervento aziendale (progetti, percorsi assistenziali, articolazioni organizzative strutturali o l'Azienda nel suo complesso) e il risultato intermedio (prestazioni e servizi) previsto o conseguito;
- **efficacia:** misurata come capacità di perseguire gli obiettivi alla luce dei risultati finali (soddisfamento dei bisogni) e/o intermedi (prestazioni e servizi) conseguiti. La valutazione dell'efficacia focalizza l'attenzione prevalente sugli aspetti qualitativi con riferimento alle dimensioni della qualità professionale, percepita e gestionale;
- **economicità:** allo scopo di formulare giudizi, di carattere preventivo o a consuntivo, in merito al rapporto esistente tra le risorse, assegnate o effettivamente utilizzate, e i risultati finali (soddisfamento dei bisogni) attesi o effettivi.

A tale scopo l'azione di governo e l'organizzazione aziendale sono articolati in modo da presidiare:

- l'analisi delle condizioni di salute e di bisogno/domanda di servizi, anche sulla base delle analisi epidemiologiche condotte a livello regionale e locale, e del grado di perseguimento dei LEA;

- la definizione del ruolo dell'Azienda, nel soddisfacimento dei bisogni e della domanda espressa, in coerenza con il ruolo svolto da altre strutture del Sistema Sanitario Regionale, anche attraverso la promozione di, o la partecipazione a, forme di collaborazione strutturate con queste ultime;
- la formulazione delle priorità d'intervento e di allocazione delle risorse strutturali (personale, tecnologia e spazi fisici) secondo principi e valutazioni di economicità;
- l'efficienza dell'Azienda e delle sue articolazioni organizzative anche mediante analisi comparative di tipo temporale (analisi di trend storico) e interaziendale (*benchmarking*);
- l'efficacia dell'azione aziendale, intesa sia come capacità di perseguire gli obiettivi operativi definiti dalla programmazione, sia come creazione delle condizioni fondamentali necessarie per assicurare il soddisfacimento dei bisogni e della domanda sotto il profilo clinico-assistenziale;
- la continua e attiva ricerca, a tutti i livelli dell'Azienda, da parte dei professionisti sanitari della massima appropriatezza dei comportamenti professionali e delle prestazioni erogate, sulla base delle risorse disponibili.

In questo senso, la Direzione Aziendale assicura, anche attraverso le scelte organizzative, l'integrazione tra governo clinico ed economico-finanziario, garantendo che tali dimensioni gestionali siano strettamente integrate nei processi di programmazione, controllo e valutazione.

Per dare piena attuazione al governo strategico aziendale, la Direzione Aziendale promuove la **responsabilizzazione diffusa** di tutta la funzione dirigenziale. Allo scopo di favorire l'efficace rispondenza tra attività svolta e i bisogni dei pazienti, l'Azienda attua un programma permanente di **sviluppo continuo delle professionalità**, anche attraverso gli strumenti individuati nel Titolo 8, e promuove soluzioni organizzative orientate ai processi assistenziali, quindi al paziente quale fruitore ultimo dell'attività aziendale, allo scopo di migliorare la propria azione rispetto a tutte le dimensioni della qualità.

L'Azienda assicura la misurazione e la valutazione dei risultati attraverso la progettazione e la realizzazione di un **sistema informativo unitario**, finalizzato alla produzione periodica di prospetti informativi di supporto alla Direzione Aziendale e a tutte le articolazioni organizzative, nonché per assolvere il debito informativo istituzionale esterno e assicurare la massima trasparenza della gestione attraverso l'informazione verso i cittadini e i diversi interlocutori interni ed esterni dell'azienda.

ART. 19 – IL GOVERNO DELLA COMPLESSITÀ AZIENDALE

L'evoluzione tecnologica, lo sviluppo delle specialità mediche, la crescita delle professioni sanitarie, la transizione epidemiologica in atto con una mutazione dei bisogni dei cittadini accompagnata ad una limitazione delle risorse, determinano la necessità per le aziende sanitarie di governare la sanità attraverso numerosi e diversificati strumenti anch'essi altrettanto complessi.

- IL GOVERNO CLINICO

Per migliorare l'assistenza e le prestazioni erogate è decisivo il coinvolgimento attivo e responsabilizzato dei medici e di tutti gli operatori sanitari. A tal fine l'Azienda adotta la strategia del governo clinico inteso come una continua e attiva ricerca della massima appropriatezza dei comportamenti professionali e delle prestazioni erogate anche sulla base delle risorse disponibili.

La strategia del governo clinico basato sull'appropriatezza permette di orientare i comportamenti professionali agli effettivi bisogni dell'utenza, focalizzando l'attenzione sulla produzione, ovvero, sulle prestazioni e servizi erogati così da dare concretezza all'azione per il miglioramento continuo della qualità. Il governo clinico presuppone contesti che favoriscano l'assunzione di comportamenti professionali individuali e di équipe condivisi. L'Azienda conseguentemente privilegia la strategia di integrare con i propri sistemi gestionali (sistema di programmazione, sistema premiante, valutazioni dei dirigenti, controllo di gestione, ...) gli obiettivi di appropriatezza e di governo clinico e sistemi di valutazione basati su indicatori.

Il governo clinico quindi rappresenta, per l'Azienda, un fondamentale sistema della gestione dell'organizzazione, le cui componenti principali sono:

- la definizione di precise linee di responsabilità individuali e collettive: a tale scopo l'Azienda promuove forme di responsabilità specifica rispetto alle strutture organizzative nelle quali si articola e, all'interno delle stesse, rispetto ai processi assistenziali gestiti. Allo scopo di assicurare l'efficace ed efficiente gestione dei processi più rilevanti, inoltre, l'Azienda promuove soluzioni organizzative orientate a responsabilizzare i professionisti coinvolti in una logica multidisciplinare e interprofessionale;
- la trasparenza dei **risultati clinici** ottenuti e degli esiti presentati anche in forma comparativa: a tale scopo l'Azienda promuove la gestione per processi quale strumento fondamentale di programmazione-controllo e valutazione dell'operato dei soggetti organizzativi titolari di responsabilità di struttura o di processo;
- i programmi di miglioramento della qualità: l'Azienda si impegna ad aderire o, se del caso, promuovere autonomamente, programmi orientati al miglioramento continuo della qualità sulla base di principi, criteri e piani riconosciuti a livello internazionale e con il supporto della Regione;
- l'audit e la medicina basata sulle prove d'efficacia: l'Azienda promuove l'audit, inteso come momento di revisione e verifica tra pari dei processi gestiti, e la medicina basata sulle prove d'efficacia, attraverso il sistematico monitoraggio dei processi assistenziali gestiti, la comparazione degli standard clinico-assistenziali adottati per la gestione dei processi con quelli definiti in altre aziende sanitarie e a livello regionale e favorendo la comparazione degli stessi con standard riconosciuti a livello internazionale;
- la pratica della gestione e della comunicazione del **rischio**: l'Azienda attua e coordina tutte le azioni necessarie e possibili per la gestione del rischio includendo, pertanto, la valutazione, il trattamento, l'accettazione e la comunicazione del rischio;
- lo sviluppo delle attività di accreditamento professionale e di sviluppo continuo delle professionalità: l'Azienda, anche attraverso i sistemi di valutazione interna, sviluppa sistemi di accreditamento professionale attraverso la rilevazione e il monitoraggio delle esperienze compiute e della formazione effettuata dai professionisti, utili per la promozione di specifici piani di sviluppo professionale individuali.

- LA CONTINUITÀ ASSISTENZIALE, L'INTEGRAZIONE E I PROCESSI ASSISTENZIALI

L'Azienda assume come valore strategico, quindi come obiettivo da perseguire, la continuità assistenziale. Questa è da intendersi come l'avvio delle azioni idonee ad assicurare la massima integrazione, gestionale organizzativa e relazionale dell'insieme di processi assistenziali che permettono la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del processo assistenziale al fine di:

- migliorare l'accessibilità ai servizi;
- garantire, anche attraverso l'individuazione di specifiche posizioni di responsabilità, lo sviluppo del processo assistenziale senza soluzione di continuità, armonico nei rapporti con i soggetti erogatori e sempre guidato verso l'adozione delle soluzioni più adeguate ai problemi di salute presentati;
- favorire, anche in una logica interistituzionale con il coinvolgimento diretto dei soggetti organizzativi con i quali l'Azienda ha rapporti strutturati di committenza, la creazione delle migliori condizioni per integrare le necessarie competenze multidisciplinari ed i diversi profili professionali;
- configurare la struttura organizzativa e funzionale più adeguata per permettere l'utilizzo ottimale e flessibile dei beni strumentali e delle risorse finanziarie disponibili.

E' noto come l'integrazione delle cure faccia riferimento alla continuità delle cure che presuppone:

- il coordinamento fra tutti i servizi volti alla risoluzione del problema di salute del paziente;
- l'integrazione professionale tra gli attori che intervengono nel percorso di cura.

Interessa pertanto tutti gli ambiti dell'attività clinica e assistenziale.

La continuità assistenziale si realizza attraverso la definizione, nel rispetto degli standard clinico-assistenziali individuabili secondo le logiche e gli strumenti della medicina basata sulle evidenze, di specifici processi in modo che gli stessi identifichino i diversi momenti di integrazione tra: i servizi di guardia medica territoriale, la medicina generale, l'assistenza domiciliare, la specialistica ambulatoriale, l'assistenza ospedaliera e, infine, l'assistenza sociale territoriale.

In questo senso, la continuità assistenziale dovrà essere assicurata attraverso la definizione e, successivamente, il sistematico monitoraggio e la valutazione, rispetto a standard predefiniti, dei processi assistenziali aziendali allo scopo di valutare i livelli di servizio e di assistenza erogati dall'Azienda sotto il profilo:

- dei criteri di arruolamento dei pazienti all'interno di specifici processi assistenziali definiti rispetto ai diversi problemi di salute trattati dall'Azienda;
- dei criteri di gestione dei principali snodi decisionali relativi al trattamento del paziente durante l'intero processo assistenziale e, in particolare, di quelli relativi al passaggio tra prestazioni che coinvolgono soggetti organizzativi, interni o esterni all'Azienda, differenti;
- dei livelli di assistenza assicurati;
- degli elementi che assicurano lo sviluppo del processo nel rispetto dei principi di sicurezza del paziente e degli operatori coinvolti;
- dei criteri di uscita del paziente dal processo assistenziale.

L'Azienda, a tale scopo, promuove lo sviluppo di strumenti operativi in grado di assicurare la continuità assistenziale sul territorio, rappresentati, innanzitutto, dalle diverse **forme di associazionismo** tra i

medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta. Queste rappresentano il "mattoncino" con cui definire team multiprofessionali finalizzati a garantire percorsi assistenziali autonomi e completi, contribuendo a realizzare la continuità tra i momenti ordinari di assistenza ambulatoriale e domiciliare e quelli straordinari della guardia medica territoriale.

Ulteriori **strumenti operativi** che consentono l'attuazione della continuità assistenziale sono l'assistenza domiciliare integrata, i punti di accoglienza e i day service dell'assistenza specialistica ambulatoriale, i percorsi integrati di accesso all'ospedale e di dimissione protetta, i servizi di assistenza degli anziani e dei disabili dei Distretti. Luogo privilegiato di costruzione di relazioni interprofessionali finalizzate alla continuità dell'assistenza e alla presa in carico sono le "Case della salute" che l'Azienda intende promuovere e realizzare. Strumento operativo principe è rappresentato dall'adozione di un sistema informativo integrato ai sistemi già esistenti a supporto del governo del territorio.

Per quanto attiene all'assistenza ospedaliera, la continuità assistenziale si realizza attraverso la partecipazione ai nodi della rete "specificata" secondo il modello "hub and spoke", e promuovendo l'organizzazione della rete interna secondo criteri di complessità assistenziale e *intensità di cura* individuando **processi/percorsi assistenziali integrati** all'interno e tra i Dipartimenti Ospedalieri e le strutture erogative, che superino le impostazioni verticali monodisciplinari per assumere quella dei processi trasversali funzionali, privilegiando sempre la mobilità nella rete delle risorse rispetto a quella dei pazienti.

- L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA

L'evoluzione dei bisogni, determinato dall'invecchiamento della popolazione, dai fenomeni dell'immigrazione, dalla modificazione dei valori economico-sociali e del tessuto delle relazioni familiari e di comunità impone alle organizzazioni sanitarie la ricerca di soluzioni idonee ad affrontare problematiche di salute che, sempre più spesso, non possono essere affrontate con un approccio esclusivamente sanitario.

Si tratta di un fenomeno che interessa i soggetti portatori di patologie croniche e/o invalidanti, o soggetti riconducibili all'area della fragilità (pazienti che affrontano il delicato momento della fase successiva ad un ricovero ospedaliero e, più in generale, i soggetti deboli quali i bambini, gli anziani, i disabili e i migranti). La medicina di iniziativa e l'adozione del "**Chronic Care Model**" rappresentano il nuovo paradigma per affrontare l'area della fragilità e della cronicità. Nella complessità dei servizi assistenziali e sanitari offerti alla persona l'Azienda orienta il cittadino nei vari passaggi sostenendone la libertà e autonomia della scelta attraverso processi di empowerment dello stesso e la collaborazione e il confronto continuo con le reti degli operatori e dei servizi.

L'insieme di questi fattori rende ancor più strategica per l'Azienda la ricerca di forme di collaborazione strutturate, con il Comune capoluogo e gli altri comuni della Provincia con particolare riferimento alle aree distrettuali e subdistrettuali, allo scopo di realizzare l'integrazione socio-sanitaria e, in tal modo, assicurare l'armonico sviluppo di percorsi a valenza socio-sanitaria secondo principi di appropriatezza ed efficienza.

- IL SISTEMA DELLE RETI, DEI CENTRI E DEI PERCORSI ASSISTENZIALI

L'Azienda individua nella rete lo strumento organizzativo per far fronte al cambiamento della domanda di salute e all'esigenza di fornire un'offerta assistenziale adeguata alle trasformazioni in atto.

Le reti naturali spontanee sono sempre esistite nel mondo clinico, basate su relazioni interpersonali piuttosto che su sistemi di governo istituzionali delle relazioni tra i nodi della rete. Le Reti si ispirano ad un modello di organizzazione per processi e non per strutture che si fonda sull'interazione e sulla complementarità funzionale fra le singole strutture (NODI) che compongono la Rete, indipendentemente dalla loro collocazione fisica e amministrativa. La logica dell'organizzazione della Rete sposta l'attenzione dalla singola prestazione all'intero percorso assistenziale, con l'obiettivo che questo possa svolgersi in modo unitario, anche se le singole prestazioni sono assicurate da strutture e professionisti diversi.

L'evoluzione tecnologica dell'offerta, le opportunità fornite dalla telemedicina e la microbotica permettono di portare al letto del paziente, anche domiciliare, macchinari sofisticati, imponendo una modifica dell'organizzazione dell'assistenza sanitaria che implica una riduzione dell'attività di degenza ed una maggiore preponderanza delle attività erogate dalle strutture territoriali in un'ottica di reti sinergiche; si sviluppa un nuovo concetto di bacino di utenza, non più riferito ad un singolo ospedale ma ad un insieme di ospedali e di servizi tra loro in rete, complementari l'uno all'altro.

Il sistema delle reti consente di rispondere ad alcune esigenze ineludibili del sistema sanitario, quale quella di rispondere alla complessità dei processi assistenziali con la condivisione delle competenze, garantire l'equità dell'accesso alle cure, migliorare la qualità dell'assistenza grazie a percorsi diagnostici e terapeutici ben definiti, utilizzando razionalmente le risorse disponibili. E' una opportunità per coniugare qualità ed efficienza.

Le principali finalità che l'Azienda intende perseguire con detto modello sono:

- garantire la continuità assistenziale, e quindi favorire l'integrazione Ospedale-Territorio, con un approccio multidisciplinare e multiprofessionale sia nelle patologie acute ed ancor più in quelle croniche e la necessaria continuità-complementarità tra attività clinico-assistenziali ed attività socio-assistenziali;
- evitare duplicazioni di servizi che risulterebbero inappropriati sia sotto l'aspetto economico sia sul piano della qualità e promuoverne la corretta utilizzazione contrastando ogni forma di "consumismo sanitario";
- favorire la comunicazione sia tra le diverse figure professionali (Medici, Infermieri e altri operatori) che tra questi e i pazienti, sviluppando i relativi sistemi;
- garantire l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni mediante la generale implementazione nei sistemi di rete delle metodologie del governo clinico;
- stimolare l'aggiornamento e migliorare (attraverso il confronto interdisciplinare ed interprofessionale) il livello culturale degli operatori valorizzando ruolo e autonomia professionale in particolare del personale non medico;
- promuovere ad ogni livello la prevenzione e la diagnosi precoce.

Il modello a rete costituisce una opportunità per una migliore composizione tra le ragioni della qualità e quelle dell'efficienza.

I Percorsi Diagnostico-Terapeutici Assistenziali (PDTA) costituiscono lo strumento operativo della Rete, appropriato a contestualizzare le Linee Guida nella specifica realtà organizzativa di una Azienda Sanitaria.

L'ambito di estensione del percorso distingue un PDTA in:

PDTA ospedaliero;

PDTA territoriale;

PDTA sia ospedaliero che territoriale = Percorso Integrato di Cura (PIC)

Quest'ultimo costituisce il modello più esaustivo in termini di risultati ottenibili rispetto ai bisogni di salute poiché orientato alla continuità, all'integrazione e alla completezza della presa in carico (in sintesi dalla prevenzione primaria al miglior reinserimento familiare e sociale possibile del soggetto colpito dall'evento patologico). Con delibera numero 1015 del 2013 l'Azienda ha istituito il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale Breast Unit.

I Centri

Nella stessa logica delle reti, ma finalizzate all'orientamento del paziente ed alla concentrazione della casistica sono stati progettati livelli organizzativi gestionali e funzionali definiti centri.

Nell'all. 3 sono riportati l'elenco e la sintetica descrizione dei Centri, Percorsi e Reti individuati nella ASL di Viterbo.

- IL GOVERNO ECONOMICO NELLA VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

L'Azienda si impegna ad assicurare i livelli di assistenza concordati e programmati con la Regione in modo efficiente e nel rispetto del principio di equilibrio economico-finanziario di bilancio.

A tale scopo l'Azienda nel **Piano della Performance Triennale** definisce anche gli obiettivi operativi di attività e qualità in coerenza con le risorse effettivamente disponibili integrando, in tal modo, la programmazione economico-finanziaria con il governo clinico aziendale.

Il governo economico aziendale si basa sull'adozione di documenti informativi e di bilancio quali:

- Il Bilancio Economico di Previsione nella struttura definita dalla L.118/2011 che definisce come parte integrante del documento il Piano degli Investimenti, il Budget operativo articolato per Centri di Responsabilità dell'Azienda;
- il Bilancio Annuale così come previsto dal D.Lgs 118/2011;
- Il Bilancio di Missione;
- Il Bilancio Sociale.

In particolare il Bilancio di Missione ed il Bilancio Sociale sono i due strumenti che insieme al Piano Triennale delle Performance rendono conto a tutti i portatori d'interesse delle scelte strategiche adottate dall'azienda e dei risultati, in termini quali quantitativi, delle attività aziendali.

Allo scopo di assicurare il controllo degli obiettivi economici e finanziari, l'Azienda è dotata dei seguenti strumenti:

- contabilità generale economico-finanziaria patrimoniale;
- contabilità analitica per centri di costo;
- sistema di indicatori di performance per il controllo di gestione.

Rientra nel governo economico aziendale la definizione degli obiettivi di equilibrio economico-finanziario dell'azienda coerentemente con gli indirizzi, gli obiettivi e le azioni definite nel Piano Strategico aziendale e nei documenti di programmazione annuale, l'emanazione di regolamenti contabili e direttive volte alla piena applicazione dei sistemi contabili adottati, l'individuazione di criteri uniformi per la rilevazione dei dati elementari a valenza contabile e la loro elaborazione allo scopo di garantire la predisposizione dei documenti di bilancio secondo principi di trasparenza, completezza, omogeneità e confrontabilità.

Le strategie di governo economico dell'Azienda sono rese coerenti con gli obiettivi e i vincoli definiti nell'ambito della programmazione regionale e in particolare con il Piano di Rientro regionale.

La responsabilità del governo economico è in capo a tutti i soggetti organizzativi dotati di uno specifico budget economico. Le posizioni che ricoprono una responsabilità di tipo funzionale, a livello aziendale, relativa all'acquisizione delle condizioni produttive (personale, beni, servizi, ecc.) hanno una responsabilità trasversale di governo economico per i fattori produttivi di competenza. A loro compete la partecipazione al processo di programmazione economico-finanziaria, la gestione e il monitoraggio del budget di risorse assegnato, con la valutazione sistematica degli scostamenti e l'individuazione delle azioni necessarie per garantire il rispetto dei tetti di spesa.

La Direzione Amministrativa assume il ruolo di direzione e coordinamento generale del governo economico aziendale, fermo restando che ogni singolo centro di responsabilità aziendale assume, attraverso le proprie scelte gestionali, il ruolo di primo responsabile del corretto governo economico.

ART. 20 – CRITERI GENERALI DI ORGANIZZAZIONE

L'organizzazione aziendale è disegnata al fine di supportare il perseguimento delle strategie e per assicurare il corretto sviluppo, sotto il profilo qualitativo, professionale ed economico, dei processi operativi.

I principi fondamentali ai quali si ispira la definizione dell'organizzazione aziendale sono:

- l'**unitarietà**: forte condivisione della missione, degli obiettivi e del ruolo dell'azienda all'interno del SSR, rafforzamento del senso di appartenenza;
- la **semplicità**: leggibilità dell'organizzazione, riduzione dei livelli di responsabilità verticali e maggiore aggregazione delle UOC;
- il **sistema a matrice**: raccordo funzionale strutturato tra le diverse articolazioni aziendali per lo sviluppo di processi di assistenza e di gestione;
- la **flessibilità**: prospettive di sviluppo del modello e individuazione di gruppi di progetto o unità temporanee per la realizzazione di piani e programmi specifici;

- l'**economicità**: soluzioni in grado di ottimizzare le risorse e di garantire prospettive di sviluppo sostenibile per l'azienda;
- il **decentramento** di responsabilità e decisioni ai diversi livelli organizzativi;
- l'**innovazione**, come orientamento continuo al miglioramento dei processi e al cambiamento organizzativo.

ART. 21 – PRINCIPI DELLE POLITICHE E DELLA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE

Le **persone** che lavorano in Azienda rappresentano l'elemento fondamentale e distintivo del suo patrimonio. L'Azienda vuole offrire un contesto organizzativo capace di riconoscere, utilizzare, ricompensare e valorizzare adeguatamente le competenze e le potenzialità dei propri collaboratori. Al contempo chiede loro un contributo leale, pieno e responsabile nel perseguimento della missione aziendale, una reale assunzione delle responsabilità connesse al proprio ruolo, un impegno costante per migliorare i propri livelli di professionalità e la qualità dei contributi offerti all'Azienda.

La "cura della persona" sul piano delle tecniche sanitarie, del rispetto pieno dei suoi diritti, dell'ascolto delle sue emozioni e della soddisfazione delle sue aspettative è veicolata per intero dai professionisti e dagli operatori, in particolare dal loro stile di relazione con gli utenti.

L'Azienda mira, quindi, ad acquisire la **collaborazione** di professionisti e operatori fortemente qualificati e a sviluppare le capacità delle risorse umane della struttura, in particolare nell'area dell'assistenza alla persona, per mettere a disposizione del cittadino un sistema di competenze in grado di tutelare al meglio i diritti e bisogni di benessere della persona. Oltre alle conoscenze tecnico scientifiche specifiche dell'attività svolta, agli operatori è richiesta una nuova dimensione di professionalità fondata, anche su conoscenze, **competenze ed abilità di tipo programmatico, organizzativo, gestionale e di accountability**.

L'Azienda adotta metodi di reclutamento che utilizzano criteri e strumenti di selezione meritocratici, in grado di identificare, oltre alle conoscenze teoriche, le capacità e le attitudini dei candidati al ruolo e all'area professionale di destinazione. L'Azienda è fortemente orientata allo **sviluppo professionale** del personale, inteso come incremento delle conoscenze, delle capacità, della consapevolezza e della disponibilità ad assumere responsabilità. L'obiettivo è di creare un sistema condiviso di valori **etico-professionali**, di logiche e di metodiche operative, che siano terreno comune delle differenti culture tecnico-specialistiche e ne favoriscano l'integrazione di approcci e di conoscenze lungo i processi di assistenza, diretti al raggiungimento degli obiettivi comuni.

Particolare attenzione viene posta all'addestramento, all'aggiornamento e alla formazione del personale, non solo perseguendo l'obiettivo di aumentare le conoscenze e le abilità, ma al fine di evitare che le capacità professionali possano diventare obsolete rispetto ai processi accelerati di evoluzione tecnologica e scientifica. Scopo dell'Azienda è di costruire un percorso continuo di sviluppo delle risorse umane, realizzando programmi formativi sistematici e diffusi, che abbiano come riferimento gli obiettivi produttivi, i processi gestionali e clinico-assistenziali e le relative esigenze di crescita professionale del personale ed il sistema complesso di relazioni richiesto e necessario per raggiungere i risultati annessi agli obiettivi.

In tale contesto, i rapporti con le Organizzazioni Sindacali sono costanti e particolarmente valorizzati anche attraverso prassi, procedure e consultazioni standardizzate e trasparenti.

TITOLO 5 – LA DIREZIONE STRATEGICA, GLI ORGANISMI COLLEGIALI E LE FUNZIONI DI STAFF

ART. 22 – LA DIREZIONE STRATEGICA

La Direzione Strategica è costituita da:

- Il Direttore Generale;
- Il Direttore Amministrativo;
- Il Direttore Sanitario.

Sulla base delle indicazioni della programmazione regionale la Direzione Aziendale definisce **le strategie e le politiche aziendali** ed ha la piena responsabilità del loro perseguimento.

La direzione strategica governa i rapporti complessivi dell'azienda con i soggetti istituzionali che rappresentano le attese dei diversi portatori di interesse. Rappresenta la sede ove si svolgono:

- I rapporti istituzionali con gli organi e gli organismi (tra cui la Conferenza Locale per la Sanità e il Collegio Sindacale);
- I rapporti con i dirigenti che coadiuvano, in forma collegiale, la direzione aziendale nelle attività di governo (Collegio di direzione e Consiglio dei Sanitari).

In particolare, spetta alla Direzione Aziendale:

- L'individuazione degli obiettivi di tutela della salute e delle strategie di intervento in grado di conseguirli;
- La definizione degli assetti organizzativi e dei meccanismi operativi dell'azienda;
- L'attribuzione delle risorse umane e strumentali alle macrostrutture sanitarie, nell'ambito del budget operativo;
- La pianificazione delle risorse e degli investimenti;
- Le relazioni interne ed esterne;
- La garanzia della sicurezza e prevenzione;
- Il controllo strategico.

ART. 23 – IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Il Direttore Amministrativo è nominato dal Direttore Generale e risponde dell'efficienza dei processi amministrativi e di supporto e della loro funzionalità in relazione alle finalità perseguite dall'azienda e alle attività poste in essere. Assicura, inoltre, 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 al sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale e promuove programmi specifici per la formazione del personale amministrativo.

Il Direttore Amministrativo partecipa al processo di pianificazione strategica e concorre, con la formulazione di proposte e pareri, al governo aziendale.

In particolare, il Direttore Amministrativo:

- Coadiuvare il Direttore Generale nella gestione dell'Azienda fornendogli pareri di legge sugli atti;
- Svolgere attività di direzione e coordinamento nei confronti dei Direttori di Area e delle strutture amministrative complesse;
- Perseguire, per gli aspetti giuridico - amministrativi ed economico-finanziari, il buon andamento e l'imparzialità dell'azione amministrativa;
- Proporre al Direttore Generale la nomina dei direttori di Area e dei direttori delle strutture organizzative complesse, professionali e funzionali dei servizi amministrativi;
- Esercitare, nei confronti dei dirigenti dell'area amministrativa il potere di impartire direttive sugli atti di loro competenza, compresi quelli da attuare nell'ambito dell'esercizio del potere delegato;
- Coordinare l'attività dei dirigenti e controllare che le loro azioni, comprese quelle attuate nell'ambito dell'esercizio del potere delegato, siano coerenti con le disposizioni e gli indirizzi impartiti dalla Direzione Generale;
- Esercitare, per tutte le strutture ed i Centri di Responsabilità dell'area tecnico-amministrativa dell'Azienda, le funzioni di verifica e controllo dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi assegnati;
- Fornisce le informazioni e realizza le attività necessarie per il controllo di gestione dell'Azienda e della qualità dei servizi amministrativi. E tecnici.

Il Direttore Amministrativo, per lo svolgimento delle sue funzioni, in **collaborazione integrata con l'Area della Programmazione Controllo Aziendale e della Rendicontazione Sociale e con l'Area dello Sviluppo Organizzativo e Gestione dei Contratti**, governa l'attività Tecnico-Amministrativa nella quale sono presenti i professionisti deputati alla:

- 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 delle risorse umane;
- Gestione e sviluppo dell'ICT;
- Gestione economico finanziaria, programmazione e controllo di gestione e sistemi informativi aziendali;
- Accreditiamenti;
- Gestione degli AAGG, delle consulenze legali e dei rapporti con il pubblico.

Il Direttore Amministrativo svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna,

attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto e dai regolamenti aziendali, ovvero su delega del Direttore Generale.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Amministrativo, le funzioni sono svolte in via temporanea da un dirigente della funzione amministrativa, nominato dal Direttore Generale, su proposta dello stesso.

ART. 24 - IL DIRETTORE SANITARIO

Il Direttore Sanitario è nominato dal Direttore Generale e risponde della gestione delle risorse e del raggiungimento degli obiettivi assegnati. Partecipa al processo di pianificazione strategica, esercita le funzioni attribuite alla sua competenza e concorre, con la formulazione di proposte e pareri, al governo aziendale. Il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari. È responsabile del governo clinico dell'Azienda.

In particolare, il Direttore Sanitario:

- Coadiuvare il Direttore Generale nella gestione dell'Azienda, fornendogli pareri obbligatori sugli atti relativi alle materie di competenza;
- Elaborare i programmi per l'erogazione delle attività da parte di soggetti erogatori pubblici e privati presenti sul territorio aziendale, sulla scorta degli indirizzi regionali;
- Coordinare e dirigere le strutture sanitarie dell'Azienda per gli aspetti organizzativi, igienico-sanitari e i programmi di intervento di area specifica a tutela della salute;
- Fornisce le informazioni e realizza le attività necessarie per il controllo di gestione dell'Azienda e il controllo di qualità dei servizi e delle prestazioni erogate;
- Esercita per tutte le strutture e i Centri di Responsabilità sanitari dell'Azienda le funzioni di verifica e controllo dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi assegnati;
- Garantisce l'integrazione tra le attività ambulatoriali ospedaliere e distrettuali;
- Coordina le strutture sanitarie dell'Azienda garantendone l'integrazione anche attraverso la predisposizione di appositi protocolli;
- Presiede il Consiglio dei Sanitari;
- Esercita poteri di direttive per gli aspetti igienico-sanitari ed organizzativo per la tutela della salute;
- Formula proposte per la nomina dei referenti dei programmi di intervento a tutela della salute nelle aree materno-infantile, anziani, tossicodipendenze e alcolismo, salute mentale ed handicap.

Al Direttore Sanitario, nell'esercizio del governo clinico aziendale, compete:

- Individuare le priorità per attuare percorsi clinico-assistenziali per l'intervento mirato su specifici problemi di salute e gruppi omogenei di pazienti, sulla base di evidenze tecniche e organizzative, in una logica di integrazione tra strutture territoriali ed ospedaliere;
- Definire gli ambiti operativi all'interno dei Dipartimenti per quanto attiene agli aspetti legati all'organizzazione, alla gestione e all'erogazione delle prestazioni;
- Promuovere iniziative per lo sviluppo continuo del patrimonio professionale.

Il governo clinico si realizza nell'esercizio della responsabilità del miglioramento continuo dei servizi erogati, nella salvaguardia di alti standard assistenziali da parte dei professionisti e dell'organizzazione ed è volto ad assicurare l'adozione di sistemi di garanzia e qualità, compatibilmente con le risorse disponibili.

Il Direttore Sanitario, per lo svolgimento delle sue funzioni viene supportato **dall'Area della Programmazione Controllo Aziendale e della Rendicontazione Sociale dall'Area dello Sviluppo Organizzativo e Gestione dei Contratti**. Svolge le seguenti attività:

- Analisi preordinate alla valutazione dello stato di salute della popolazione e dell'impatto sulla salute dei determinanti sanitari e non sanitari;
- Sviluppo del governo clinico e della garanzia della qualità dei servizi;
- Formazione;
- Prevenzione rischio clinico;
- Protezione dalle radiazioni ionizzanti e non ionizzanti;
- Valutazione delle tecnologie;
- Coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei distretti;
- Coordinamento delle attività di ricovero;
- assistenza farmaceutica;
- medicina legale;
- Valorizzazione di tutte le professioni sanitarie e sociali;
- Programmazione e verifica dei tempi di attesa;
- Piani di prevenzione attiva e degli screening;
- Coordinamento locale trapianti.

Il Direttore Sanitario, al fine dello sviluppo del governo clinico e della promozione della conoscenza e utilizzazione degli strumenti che gli sono propri, promuove e si avvale dei comitati, delle commissioni, dei gruppi di lavoro previsti dalle normative vigenti o ritenuti opportuni dall'Azienda.

Il Direttore Sanitario svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente Atto e dai regolamenti aziendali, ovvero su delega del Direttore Generale.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Sanitario le funzioni sono svolte in via temporanea da un dirigente della funzione sanitaria, nominato dal Direttore Generale, su proposta dello stesso.

ART. 25 – IL CONSIGLIO DEI SANITARI

Il Consiglio dei Sanitari è costituito con provvedimento del Direttore Generale ed è l'organismo di rappresentanza elettiva della componente sanitaria aziendale con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria. 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, secondo quanto previsto dal DCA UO00259 del 6 agosto 2014.

Composizione

Il Consiglio dei Sanitari è presieduto dal Direttore Sanitario dell'Azienda. La rappresentanza è assicurata dalle seguenti figure professionali:

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

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

Possono essere eletti quali componenti del Consiglio dei Sanitari i dipendenti del SSN con lamento 3 anni di anzianità.

Partecipano all'elezione del Consiglio dei sanitari i dipendenti, ciascuno per la categoria di appartenenza, del ruolo di: medici ospedalieri, medici territoriali, personale laureato sanitario, 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:
- Le modalità per lo svolgimento delle elezioni;
- La commissione elettorale ed il seggio elettorale;
- L'elezione dei componenti;
- La durata.

ART. 26 – L'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

Ai sensi e con le modalità previste dell'art.14 del D.L.vo n°150/2009 e della Legge Regionale 1 del 16 marzo del 2011, le Aziende sanitarie istituiscono l'Organismo Indipendente di valutazione delle performance, che opera in staff alla Direzione strategica in posizione di autonomia.

L'Organismo indipendente di valutazione è costituito da un organo 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 avvalersi del supporto di strutture interne delle Aziende sanitarie che forniscono i necessari strumenti di analisi e reporting. Le modalità di funzionamento ed i compensi sono disciplinati in apposito regolamento.

L'Organismo indipendente di valutazione delle performance cura tutti gli adempimenti allo stesso attribuiti dalla normativa vigente, con particolare riferimento all'art.14 del D.L.vo n°150/2009.

L'Organismo indipendente di valutazione delle performance:

- Monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e dell'integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- Garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo della premialità, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- Propone all'organo di indirizzo politico-amministrativo, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice;
- Promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità;
- Verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità;
- Valida la Relazione annuale delle Performance.

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

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

ART. 27 - L'ORGANISMO DI INTERNAL AUDITING

Il sistema di Audit Aziendale ha lo scopo di garantire l'unitarietà degli intenti e dei metodi nonché una visione d'insieme delle esigenze di miglioramento dei processi aziendali. Il sistema di Audit Interno si esplicita come attività indipendente, di garanzia e consulenza finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'organizzazione. Opera secondo regole, metodologie, organizzazione e piani di lavoro che favoriscono, tra l'altro, il rispetto a tutti i livelli delle varie norme di legge ed in particolare D.Lgs 231/01, Legge 190/2012 e D.Lgs 33/2013.

Tale funzione può essere assolta anche attraverso un incarico di alta professionalità conferito ad un professionista esterno all'Azienda.

Le principali linee di attività sono relative a:

- definizione e aggiornamento di metodologie, standard e procedure di competenza;

- presidio del Sistema dei Controlli Interni per mandato del Direttore Generale;
- supporto alla definizione del modello aziendale e valutazione dei relativi processi;
- supporto e valutazione delle procedure di rilevazione, analisi, comunicazione e controllo dei rischi;
- gestione del registro delle segnalazioni;
- gestione del sistema dei controlli a distanza (indicatori);
- gestione del processo CRSA di autovalutazione;
- Interventi di Audit e verifica azioni correttive anche in relazione al Codice Etico-Comportamentale di cui l'Azienda si è dotata.

Promozione dell'Indipendenza, dell'autonomia d'azione e della legittimazione organizzativa delle attività di Audit Interno;

- Elaborazione del manuale di Audit Interno;
- Coordinamento di priorità, modi e fasi temporali delle attività di Audit Interno;
- Definizione i criteri di accesso e di aggiornamento continuo degli operatori più direttamente coinvolti nella funzione di Audit Interno, in linea con gli standard consolidati, nazionali e internazionali, in materia.

L'Internal Auditing è una specifica funzione di revisione interna, separata dalla struttura operativa, sotto l'egida della Direzione, con il compito di assistere il Vertice dell'Azienda nella valutazione e adeguamento periodico dell'insieme dei controlli, in un'ottica di efficacia e di efficienza.

Le funzioni sono relative alla vigilanza, controllo e adattamento ed aggiornamento del modello di gestione dei rischi, attività integrate con le altre funzioni di controllo aziendali ed il particolare con il Responsabile della trasparenza ed anticorruzione.

ART. 28- LE CONSULTE

Al sensi dell'art. 12 del D.Lgs. 229/99 e in conformità della L.R. 27/2006 è istituita la **Consulta Sanitaria** come organismo di consultazione di organismi di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini per fornire e raccogliere informazioni sull'organizzazione dei servizi erogati.

In particolare la Consulta Sanitaria:

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

tariffe e sulle modalità di accesso;

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

Detto organismo si riunisce almeno ogni quattro mesi su convocazione del Direttore Sanitario che lo presiede.

La Consulta Sanitaria è costituita da:

- Il Direttore Sanitario o suo delegato;
- I direttori di Distretto;
- Quattro rappresentanti della Conferenza Locale per la Sanità designati dalla rispettiva Conferenza Locale;
- Un funzionario regionale competente in materia sanitaria e socio sanitario (designato dall'Assessore alla Sanità);
- I Presidenti delle Consulte istituite dall'Azienda;
- 2 rappresentanti di organismi di volontariato maggiormente rappresentativi nell'Azienda;
- 2 rappresentanti di organismi di tutela dei diritti dei cittadini maggiormente rappresentativi nell'Azienda;
- Il responsabile dell'Ufficio relazioni con il pubblico.

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

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

Nell'ambito dell'Azienda sono istituite, a garanzia della partecipazione dei cittadini e delle loro associazioni e per la valutazione della qualità dal punto di vista dell'utente, la **Consulta per la Salute Mentale** e la **Consulta per la Disabilità**.

L'azienda può istituire inoltre **ulteriori Consulte**, con riferimento a specifici ambiti di bisogno assistenziale.

Le Consulte sono istituite con atto deliberativo e le funzioni e le modalità organizzative sono stabilite da apposito regolamento.

ART. 29 – ALTRI ORGANISMI

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

- Commissione per il **prontuario terapeutico**;
- Comitato per il **buon uso del sangue**;

- Comitato per la **lotta alle infezioni ospedaliere;**
- Comitato per l'**ospedale senza dolore;**
- Commissione distrettuale per l'**appropriatezza prescrittiva dei dispositivi medici, dei farmaci e della diagnostica;**
- Comitato unico di **garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni;**
- Comitato per la **Valutazione e Gestione dei Sinistri;**
- Commissione per il **Controllo dei requisiti di autorizzazione e accreditamento delle strutture private accreditate.**

Sono previsti altri organismi disciplinati dall'azienda e in particolare:

- Gruppo di coordinamento per la **gestione del rischio;**
- Gruppo di Coordinamento della **HTA.**

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

La composizione e il funzionamento di detti organismi sono definiti, nel rispetto della normativa nazionale e regionale in materia, da appositi regolamenti aziendali.

L'Azienda istituisce il servizio Ispettivo ai sensi dell'art. 1 comma 62 della legge n. 662/1996 per le verifiche sul personale dipendente finalizzate all'accertamento del rispetto delle disposizioni in materia di incompatibilità. L'Azienda può, ove non in contrasto con la normativa, istituire nuovi organismi, qualora essi siano funzionali al perseguimento delle proprie finalità e coerenti con il proprio sviluppo organizzativo.

ART. 30 - IL RESPONSABILE DELL'ANTICORRUZIONE E IL RESPONSABILE DELLA TRASPARENZA

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e il Responsabile della Trasparenza operano in stretto rapporto tra loro e con l'Organismo di Internal Auditing. Per gli aspetti metodologici ed operativi sono supportati dall'Organismo di Vigilanza, che ha un ruolo specifico caratterizzato da competenze e terzietà.

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione adempie a quanto previsto dalla L. 190 del 2012; il Responsabile della Trasparenza adempie a quanto previsto dalla L. 33 del 2013.

Il piano della performance deve tener conto delle esigenze previste dal piano della prevenzione della corruzione e della trasparenza.

ART. 31 - PROTOCOLLO GENERALE E ARCHIVIO, DELIBERE E ALBO PRETORIO

L'Ufficio è preposto alla tenuta del Protocollo informatico, della gestione dei flussi documentali e degli archivi. Garantisce il buon funzionamento degli strumenti e dell'organizzazione connessi a tale attività (ai sensi del D.P.R. 445/2000 e successive modifiche e integrazioni). Al fine di garantire la razionalizzazione l'uniformità della gestione documentale, è integrato funzionalmente con la U.O.C. Affari Generali e Relazioni Esterne per la gestione dell'iter amministrativo per le determinazioni, le delibere e per l'accesso agli atti. Cura le attività di pubblicazione all'Albo Pretorio di tutti gli atti e provvedimenti previsti dalle normative vigenti.

ART. 32 - UFFICIO STAMPA, COMUNICAZIONI ISTITUZIONALI E AZIENDALI

Istituito dalla Legge 150 del 7 giugno 2000, l'ufficio stampa cura i collegamenti con gli organi di informazione, assicurando il massimo grado di trasparenza, chiarezza e tempestività delle comunicazioni da fornire nelle materie di interesse dell'Azienda. Il responsabile dell'Ufficio stampa cura le campagne di comunicazione di utilità sociale e di pubblico interesse; coordina le linee editoriali del portale aziendale e del web magazine aziendale; cura iniziative editoriali e di organizzazione di eventi; coordina le attività del Tavolo permanente del volontariato.

L'ufficio svolge altresì le funzioni di comunicazione aziendale al fine di facilitare e ottimizzare il flusso di informazioni tra la Direzione generale e le UU.OO. sanitarie e amministrative, in un'ottica di efficientamento dei processi, informazione dei processi aziendali attraverso lo sviluppo di strumenti di comunicazione interna.

L'ufficio collabora con l'Urp nell'attività di comunicazione ai cittadini.

ART. 33 - SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

Il Servizio di Prevenzione e Protezione è utilizzato dal datore di lavoro con compiti attribuiti dall'art. 33 del D.lgs 81/08 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 D.lgs 81/08 e s.m.i. e alla designazione del responsabile art. 17 D.lgs 81/08 s.m.i.) Il Servizio di Protezione e prevenzione opera in Staff alla Direzione Generale per il necessario collegamento operativo con la Direzione Aziendale.

ART. 34 - COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ, LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI

L'Azienda, ai sensi delle modalità previste dall'art. 57 del D.lgs 165/2001 e s.m.i. costituisce al proprio interno il Comitato Unico di Garanzia è l'organismo istituito per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, con funzioni propositive, consultive e di verifica nelle materie di sua competenza.

ART. 35 - COORDINAMENTO AZIENDALE DEL PIANO DELLA PREVENZIONE

In linea con quanto previsto dalla norma l'azienda identifica il coordinatore delle attività di prevenzione indicate nella Dgr 613/2010 e la nomina dei responsabili dei singoli progetti.

ART. 36 - UFFICIO LEGALE

All'Ufficio Legale compete la difesa nelle varie "sedi giudiziarie" dell'Azienda per la tutela dei diritti e degli interessi di quest'ultima. Svolge attività di consulenza giuridica agli organi dell'Azienda ed ai responsabili delle articolazioni. Cura e gestisce il contenzioso in sede giudiziaria. Cura la predisposizione di accordi transattivi o conciliazioni dinanzi all'autorità giudiziaria, nonché la conciliazione dei provvedimenti adottati dalla relativa Autorità, agli Uffici competenti per il seguito. È integrato funzionalmente con la UOC Affari Generali e Relazioni Esterne per il supporto amministrativo.

TITOLO 6- LA STRUTTURA AZIENDALE

ART. 37 - L'ARTICOLAZIONE AZIENDALE IN STRUTTURE OPERATIVE

L'organizzazione aziendale è improntata alla chiara determinazione delle competenze e responsabilità della Direzione Aziendale, di quelle della dirigenza e dei vari livelli operativi dell'Azienda, nella logica della responsabilizzazione e della massima valorizzazione di tutte le risorse professionali.

Viene identificata un'unica Direzione Aziendale sottolineando in tal modo l'unitarietà di indirizzo complessivo del sistema. La Direzione aziendale si avvale delle **Area della Programmazione Controllo Aziendale e della Rendicontazione Sociale e dell'Area dello Sviluppo Organizzativo e Gestione dei Contratti** con il supporto di **professionisti in staff** alla Direzione Generale

L'organizzazione aziendale si articola in tre macro-aggregazioni: Ospedale, Territorio, Servizi Centrali, che a loro volta si articolano in Dipartimenti, Aree e Distretti.

Dipartimenti (art. 39) Aree e Distretti (art. 41) sono articolati, al loro interno, in:

- **Unità Operative Complesse (UOC)**, sistemi organizzativi complessi per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte e per la attribuzione di un budget quali-quantitativo. Le UU.OO.CC. hanno la presenza obbligatoria di un solo responsabile apicale, corrispondono ad uno o più centri di costo e sono dotate di responsabilità ed autonomia professionale, organizzativa e gestionale. Hanno l'assegnazione di rilevanti dotazioni tecnico strumentali con livelli ottimali di operatività delle risorse disponibili. Le attività di produzione e prestazioni di servizi sanitari richiedono un significativo volume di risorse che equivale, per le attività sanitarie, alle prestazioni caratterizzanti dell'ambito disciplinare;
- **Unità Semplici a valenza dipartimentale (UOSD)** sono dotate anch'esse di responsabilità ed autonomia gestionale finalizzate a massimizzare la peculiarità 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;

- **Unità Operative Semplice (UOS)** sono l'articolazione di una struttura complessa definite in base alle caratteristiche delle attività svolte e alle prestazioni erogate. Alla struttura è assegnata la disponibilità di risorse umane, tecniche e/o finanziarie e attribuite e monitorate attraverso appositi centri di costo. Contribuiscono al raggiungimento degli obiettivi della UOC e, laddove previsto, assicurano la continuità dell'assistenza al pari degli altri componenti della UOC nel rispetto degli artt. 14,16 e 17 del CCNL del 3/11/2005; la responsabilità è affidata ad un dirigente secondo le normative contrattuali previste.

Ogni UOC o UOS presente all'interno del Territorio e dei Servizi centrali afferisce ad una macrostruttura di riferimento.

Tale articolazione mira a ridurre la frammentazione e limitare la dispersione e la distribuzione su troppi livelli; si pone inoltre l'obiettivo di dare maggiore evidenza e chiarezza di ruolo a tutte le componenti siano esse macro-aggregazioni (Dipartimenti, Distretti), Unità Operative complesse o semplici o singoli attori del sistema.

Il nuovo assetto organizzativo esplicita come l'obiettivo sia riequilibrare il rapporto tra cure primarie e secondarie creando una continuità tra Ospedale e Territorio alla ricerca di un governo unitario di tutta la rete allargata di offerta in una visione integrata che viene sostenuta in termini di processo anche attraverso l'individuazione di incarichi specifici di **programmi trasversali** ed integrativi. Con questa logica potranno essere attivati modelli operativi e soluzioni organizzative flessibili quali "Gruppi Operativi Interdisciplinari", "Cantieri aziendali", *task-force*, ecc.

Tra i modelli operativi l'Azienda individua Reti Professionali Cliniche, Percorsi Diagnostico Terapeutici (PDTA) e Centri.

Tutta l'organizzazione aziendale, nelle sue articolazioni, deve prevedere la separazione della linea clinica da quella assistenziale come enunciato nel DCA259/2014.

Al fine di assicurare una maggiore integrazione funzionale sono previste **tre Aree Funzionali** di cui due interdipartimentali.

ART. 38 – L'OSPEDALE

La ASL di Viterbo ai sensi del DCA 368/2014 è dotata di 3 presidi ospedalieri: Belcolle, Tarquinia e Civita Castellana. I presidi di Ronciglione e Montefiascone che erano classificati quali CecAD sono riconvertiti in "Casa della Salute" in linea col suddetto decreto e attualmente supportano il presidio di Belcolle, definito Polo Ospedaliero, per le attività a bassa intensità clinico assistenziale in attesa del completamento della palazzina A3. Il presidio di Acquapendente è considerato ospedale in zona disagiata ai sensi del Decreto Ministeriale e ratificato con delibera del Commissario Straordinario 898 del 2014. La scelta è di riorganizzare l'area Ospedaliera in Dipartimenti clinici trasversali articolati su più presidi che attraversano, per le componenti cliniche, anche le Case della Salute.

La Casa della salute rappresenta una struttura intermedia tra ospedale e territorio e quindi anello di integrazione tra i due ambiti di assistenza.

La scelta di un'unica area ospedaliera integrata dovrà consentire lo sviluppo di alcune logiche di riorganizzazione quali:

1. Organizzazione orientata per livelli di complessità tecnologica ed assistenziale e di intensità di cura (ambulatoriali, day surgery, day hospital, intensiva, degenze ordinarie, week hospital);
2. organizzazione centrata sulla "sconnessione" tra attività clinica e piattaforme produttive anche attraverso un maggior ruolo della professione infermieristica e tecnica nel governo dei processi assistenziali. Il DCA 259 agosto 2014 indica con chiarezza la separazione del governo della linea clinica affidata ai Direttori clinici di dipartimento da quella assistenziale affidata alle UUOO delle professioni sanitarie;
3. razionalizzazione e centralizzazione dei servizi là dove possibile anche attraverso strumenti di telemedicina e e-Health;
4. sviluppo del governo clinico e della qualità dei percorsi, con forte attenzione alla continuità assistenziale e all'integrazione interdipartimentale e con i servizi territoriali;
5. ulteriore sviluppo di percorsi di umanizzazione (logistica, comfort, facilità di accesso, sicurezza);
6. omogeneità e rafforzamento del modello dipartimentale anche attraverso l'attivazione di un Comitato dei Direttori di Dipartimento e di Gruppi Operativi Interdipartimentali;
7. valorizzazione dei centri di eccellenza interni anche di rilevanza regionale con sviluppo di partnership con altre aziende ospedaliere e sanitarie.

La funzione di Direzione sanitaria di presidio che assicura l'attività di supporto, integrazione, e coordinamento, raccordo e continuità operativa con i direttori delle strutture complesse dei dipartimenti e la Direzione Aziendale anche attraverso i Direttori di Dipartimento è assicurata per il presidio di Belcolle da un dirigente di disciplina di direzione medica di presidio identificato come Direttore del Polo Ospedaliero. Le direzioni mediche di presidio degli ospedali sede di PS (Civita Castellana, Tarquinia) che debbono garantire una maggiore integrazione con il territorio di appartenenza sono affidate al Direttore del Governo delle Offerte incardinato nei rispettivi Distretti e partecipano al Comitato dei Direttori di Dipartimento così come quella del presidio di Acquapendente. Il presidio di Acquapendente sarà dotato di un coordinatore clinico afferente al Dipartimento clinico e un responsabile dei processi organizzativi che farà riferimento alla UOC Governo dell'Offerta competente territorialmente. Il Direttore Sanitario di presidio e il Direttore dell'Offerta rappresentano un livello di responsabilità condivisa dei livelli qualitativi e di appropriatezza delle prestazioni erogate dai rispettivi presidi che dirigono a fini igienico-organizzativi e sono complessivamente responsabili 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.

Le funzioni di direzione dei presidi di Ronciglione e Montefiascone nella fase di transizione, fino al completamento della terza palazzina dell'Ospedale di Belcolle, afferiranno alla Direzione di Belcolle fermo restando le competenze organizzative cliniche per la parte territoriale delle attività, in capo al Direttore del Governo dell'Offerta dei rispettivi Distretti, fatta eccezione per l'attività di radiologia.

L'organizzazione e le modalità di funzionamento del Polo Ospedaliero e delle strutture in esso previste viene disciplinata dallo specifico regolamento così come quello delle "Case della salute".

ART. 39 – IL DIPARTIMENTO

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali ed è inteso come centro di responsabilità; costituisce una tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati, nell'ottica della condivisione delle risorse. Aggrega strutture organizzative omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità, pur conservando autonomia clinica e professionale e sono tra loro interdipendenti nel raggiungimento degli obiettivi e nell'utilizzo delle risorse. Hanno responsabilità gestionale. L'Azienda ha previsto un modello di Dipartimento ospedaliero e un modello di Dipartimento territoriale (articolo 41).

IL MODELLO DI DIPARTIMENTO OSPEDALIERO

L'Azienda adotta la logica dipartimentale in ambito Ospedaliero in quanto lo stesso rappresenta uno 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.

Vengono individuati cinque dipartimenti ospedalieri a struttura:

- a) il Dipartimento di Emergenza Accettazione e Percorso Nascita**
- b) il Dipartimento di Chirurgia**
- c) il Dipartimento di Scienze Mediche e riabilitative**
- d) il Dipartimento di Onco-Ematologico e Servizi**
- e) il Dipartimento delle Professioni Sanitarie**

I dipartimenti, di natura gestionale, dovranno garantire:

- le condizioni più favorevoli allo sviluppo del governo clinico e della qualità delle prestazioni erogate attraverso il coinvolgimento responsabilizzato dei professionisti sanitari;
- la soluzione di problemi ovvero il raggiungimento di obiettivi riconducibili alla massima espressione della professionalità degli operatori sanitari;
- la massima flessibilità ovvero la capacità di adattarsi continuamente alle richieste provenienti dall'ambiente esterno e di saper cogliere le occasioni offerte dal continuo processo di innovazione in atto nel settore della sanità;
- la massima integrazione tra diverse UU.OO. anche tra presidi diversi al fine dell'implementazione e manutenzione di percorsi assistenziali e di profili di cura;
- negoziare gli obiettivi di budget operativo con la direzione strategica e i Distretti 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;

- la diffusione mirata delle conoscenze riguardanti gli strumenti del governo clinico la concreta applicazione alle pratiche assistenziali;
- gestire ed utilizzare, in modo coordinato ed integrato, le risorse attribuite (umane, finanziarie e tecnologiche) per conseguire interventi appropriati ovvero che corrispondano ai criteri dell'efficienza e dell'efficacia;
- elaborare sistemi di indicatori utili alla valutazione e verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e del livello di efficienza delle diverse UU.OO., delle diverse équipe professionali in esse rappresentate e dei singoli professionisti.

Il modello dipartimentale presuppone che le diverse articolazioni organizzative che vi partecipano mettano in comune più fattori che intervengono nella produzione di servizi (spazi fisici per l'assistenza, professionisti, tecnologie, beni e servizi, ecc.) al fine di realizzare la presa in carico del paziente e per la continuità assistenziale. La scelta effettuata è l'organizzazione per piattaforme produttive (sala operatoria, degenze ecc.) che il Dipartimento deve utilizzare in modo appropriato ed efficiente.

La scelta del modello di dipartimento a struttura non esaurisce la necessità di prevedere forti integrazioni funzionali e operative tra dipartimentali e tra UUOCC afferenti a dipartimenti diversi che possono determinare sul piano organizzativo percorsi assistenziali integrati, al fine di valorizzare al meglio le professionalità e garantire le necessarie interdipendenze (es. percorsi di riabilitazione, per le cure intensive, per l'emergenza cardiologia, per patologia mammaria, etc.) e sinergie tra i servizi (es. percorso per la sala operatoria, per la diagnostica, per la pre-ospedalizzazione, etc.).

A livello del Dipartimento vanno costantemente promosse:

- il governo clinico, ovvero la ricerca dell'appropriatezza e qualità dei comportamenti professionali e delle prestazioni erogate;
- le integrazioni e le sinergie necessarie alla presa in carico del paziente, alla continuità assistenziale alla umanizzazione e personalizzazione dei percorsi assistenziali; le integrazioni organizzative relativamente a specifiche discipline (es. traumatologia, radiodiagnostica, etc.).

Il Direttore di Dipartimento

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

La durata dell'incarico di direttore di Dipartimento può variare da due a tre 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, sentito il Comitato di Dipartimento;
- coordina le attività e le risorse affinché il Dipartimento assolva in modo pieno ai propri compiti ed al fine di assicurare che ogni struttura del Dipartimento operi attraverso programmi di lavoro,

protocolli e procedure omogenee;

- verifica la rispondenza degli obiettivi del Dipartimento con quelli della Azienda;
- partecipa alla negoziazione del budget operativo ed economico, ove assegnati, secondo le modalità organizzative aziendali;
- informa il Comitato di Dipartimento delle risultanze della negoziazione, ove prevista;
- gestisce il budget di risorse del Dipartimento secondo quanto previsto nel regolamento;
- 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.

Il Comitato di Dipartimento

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

Componenti del Comitato di Dipartimento sono:

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

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

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

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

- gli obiettivi del Dipartimento che verranno negoziati dal direttore dello stesso con la Direzione strategica;
- l'acquisizione ed allocazione delle risorse umane e materiali delle singole UU.OO. e dei rispettivi budget operativo ed economico (ove previsti);
- sulla verifica della corrispondenza dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi concordati;
- le modalità organizzative del Dipartimento nell'ambito clinico, percorsi assistenziali, presa in carico, appropriatezza, ecc..

Ogni Dipartimento disciplinerà il suo funzionamento attraverso apposito regolamento.

Nell'allegato 1 è descritto l'organigramma di ciascun dipartimento.

ART. 40 – IL TERRITORIO

Il Territorio è genericamente l'insieme articolato e frammentato dei servizi di sanità pubblica, cure primarie e intermedie che operano rispettivamente per programmi di comunità, in regime ambulatoriale e di presa in carico. Rappresentano tre grandi comparti tra loro messi in rete con logiche di "transitional care" o di continuità dell'assistenza.

Il Territorio costituisce uno dei tre macro-aggregati dell'Azienda e si articola in tre Distretti A, B, C, nel Dipartimento di Prevenzione e nel Dipartimento di Salute Mentale e nel Dipartimento per il Governo dell'Offerta e le Cure Primarie. Rappresentano tutte le macrostrutture dell'Azienda. I Distretti risultano da una riaggregazione di unità distrettuali che ai fini della articolazione dei servizi alla persona permangono, ottenendo però un'ottimizzazione delle risorse a minor diffusione e contribuendo ad un complessivo riequilibrio tra distretti in termini di risorse attualmente fortemente disomogenei.

Nel confronto del territorio le politiche dell'Azienda sono tese a:

- promuovere lo sviluppo delle funzioni di governo a livello distrettuale sviluppando l'unità dell'offerta territoriale;
- spostare il "focus" dell'organizzazione dalle strutture di erogazione ai processi legati al paziente nell'ottica di favorire il raggiungimento degli obiettivi di salute per i singoli e per la comunità;
- sviluppare forme di integrazione tra gli attori del sistema socio-sanitario locale nell'ottica della continuità assistenziale e dell'equità d'accesso ai servizi;
- sviluppare un assetto organizzativo che si configuri come stabile e ben strutturato;
- sviluppare un metodo di lavoro interdisciplinare, attraverso l'integrazione delle competenze e il rafforzamento delle linee trasversali organizzative.

ART. 41 – IL DISTRETTO

Il Distretto è struttura operativa dell'Azienda dotata di autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico budget economico e con contabilità separata all'interno del bilancio dell'Azienda.

Il Distretto rappresenta il luogo della formulazione dei piani di committenza che esprimono il fabbisogno di assistenza specialistica e territoriale, in forma residenziale, ambulatoriale e domiciliare.

Sul piano istituzionale costituiscono il punto privilegiato delle relazioni fra attività assistenziali ed Enti locali, con particolare attenzione nel settore delle cure primarie e della integrazione fra servizi sociali e sanitari.

Le Linee Guida (DCA 259/2014) attribuiscono al Distretto da una parte il ruolo di tutela della salute nel proprio territorio e, dall'altra il ruolo di diretto erogatore di servizi e prestazioni direttamente assegnate e acquisite da parte dei dipartimenti territoriali, ospedalieri e misti ospedale-territorio.

Il Distretto costituisce pertanto la sede naturale dell'incontro tra la domanda e l'offerta, il momento di riconoscimento delle funzioni di governo a livello locale (committenza e valutazione), il punto di sintesi fra i programmi e l'azione dell'intero sistema locale di assistenza e fra questo e il sistema dei servizi dei Comuni, l'elemento di coordinamento per il sistema delle cure primarie e l'elemento di coordinamento tra tutti i sistemi di offerta (specialistica, consultori, dipendenze, riabilitazione, salute mentale, offerta sanità

pubblica e offerta ospedaliera pubblica e privata).

Al Distretto competono inoltre le azioni di promozione di stili di vita sani tra la popolazione per il cui sviluppo deve adottare i metodi della programmazione, della ricerca e del coinvolgimento della comunità.

Il Distretto è chiamato a concorrere alla riduzione delle disuguaglianze di salute, monitorando i fattori di rischio e migliorando l'accessibilità e l'accreditamento dei propri servizi; è regolatore delle prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, ivi compresa la tutela della salute psicologica della persona. 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, il Distretto garantisce, secondo le indicazioni della Organizzazione Mondiale della Sanità, le seguenti funzioni:

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

Si aggiunge ai sensi del DPCM 1704/2008 la salute nella popolazione carceraria rappresentando una popolazione insistente su uno specifico territorio.

Il Distretto costituisce la struttura di riferimento per la cittadinanza per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda e, nello stesso tempo, il polo unificante di tutti i servizi sanitari, socio-sanitari socio-assistenziali territoriali. Il Distretto, attraverso il ruolo di decodificatore del bisogno ed interprete della domanda assegnato al medico di medicina generale, traduce il bisogno in domanda di servizi. Il Distretto svolge le funzioni previste dall'articolo tre - quinquies del D. Lgs. 502 del 1992 e successive modifiche e integrazioni, come sopra descritto.

- Il modello distrettuale

L'evoluzione dei modelli assistenziali, grazie anche allo sviluppo delle nuove tecnologie e dell'e Health, sta delineando confini organizzativi più sfumati tra territorio ed ospedale per effetto dello sviluppo di una nuova medicina per il territorio da un lato e dall'altro per la capacità di rendere più veloce il processo di diagnosi e cura ospedaliero e il rientro del paziente al suo domicilio. L'ospedale generalista è sempre meno "scorporabile" dal territorio e si sono sviluppate esigenze di strutture intermedie per la presa in carico del paziente con bisogni più complessi ma non acuti. Esperienze consolidate in Italia (Emilia Romagna, Toscana) e all'estero (modello Kaiser Permanente, USA) confermano che lo sviluppo del Territorio con conseguente minor utilizzo improprio dell'Ospedale avviene se i nuclei di cure primarie costituite dalle aggregazioni di MMG, MCA, Ostetriche, Infermieri, OSS, assistenti sociali, sono collocati all'interno di una rete di servizi diagnostici e specialistici qualificati e di interfaccia con i dipartimenti. Il territorio della provincia di Viterbo presenta una ricchezza di strutture territoriali e ospedaliere che consente di operare un riequilibrio tra componente ospedaliera e territoriale delineando un modello distrettuale che tenga

conto di questa esigenza.

Ad ognuno dei 3 Distretti fa capo in maniera diretta una UOC:

- **UOC Governo della Domanda e Distribuzione delle Risorse** attribuisce la funzione di Committenza e di Valutazione del Bisogno e Pianificazione Sociosanitaria, e programmazione dell'attività territoriale; esprime la sintesi tra la componente produttiva e la funzione di Tutela della Salute. Cura i rapporti con gli enti Locali ed è responsabile della predisposizione dei Piani Attuativi Locali e supporta la elaborazione dei percorsi. Esprime la valutazione del bisogno espresso e non espresso e dei profili di cura da assicurare attraverso la valutazione epidemiologica della propria popolazione e il profilo dei consumi. E' responsabile della progettazione dei programmi di integrazione con gli altri dipartimenti o servizi. Assegna le risorse di budget al Dipartimento del Governo dell'Offerta e le Cure Primarie.

La Direzione del Distretto ha inoltre competenze nel monitoraggio quali - quantitativo del budget assegnati al fine di garantire il raggiungimento degli obiettivi aziendali.

- **Il Dipartimento per il governo dell'offerta e le cure primarie.** L'evoluzione dei modelli assistenziali, grazie anche allo sviluppo delle nuove tecnologie e dell'e Health, sta delineando confini organizzativi più sfumati tra territorio ed ospedale per effetto dello sviluppo di una nuova medicina per il territorio da un lato e dall'altro per la capacità di rendere più veloce il processo di diagnosi e cura ospedaliero e il rientro del paziente al suo domicilio. L'ospedale generalista è sempre meno "scorporabile" dal territorio e si sono sviluppate esigenze di strutture intermedie per la presa in carico del paziente con bisogni più complessi ma non acuti. Esperienze consolidate in Italia (Emilia Romagna, Toscana) e all'estero (modello Kaiser Permanente, USA) confermano che lo sviluppo del Territorio con conseguente minor utilizzo improprio dell'Ospedale avviene se i nuclei di cure primarie costituite dalle aggregazioni di MMG, MCA, Ostetriche, Infermieri, OSS, assistenti sociali, sono collocati all'interno di una rete di servizi diagnostici e specialistici qualificati e di interfaccia con i dipartimenti. Il territorio della provincia di Viterbo presenta una ricchezza di strutture territoriali e ospedaliere che consente di operare un riequilibrio tra componente ospedaliera e territoriale delineando un modello distrettuale che tenga conto di questa esigenza.

Al fine di coordinare la complessità assistenziale con i progetti di innovazione e presa in carico del paziente è stato istituito *Il Dipartimento per il Governo dell'Offerta e delle Cure Primarie* con la funzione di governo delle piattaforme produttive. La *UOC Governo dell'Offerta-Presa in Carico e Cure Primarie* ha la funzione di garantire efficienza e qualità dei servizi ambulatoriali di I e secondo II livello distrettuali e gestiti direttamente o in una relazione a "matrice" con le altre UU.OO.CC. del Dipartimento o con i Dipartimenti Ospedalieri. rientra la costruzione di reti e relazioni per la presa in carico e per la gestione di processi e percorsi per la continuità assistenziale. In particolare questa UOC deve sviluppare la rete dei professionisti del territorio (MMG, MCA, PLS), la cultura della presa in carico globale, lo sviluppo della domiciliarità, la facilitazione di percorsi assistenziali di patologia e l'integrazione socio-sanitaria. L'organizzazione del PUA e delle attività connesse nonché l'UVMD e l'ADI

con l'elaborazione del PAI sono responsabilità proprie della UOC.

Afferisce a questa UOC la funzione di direzione sanitaria di presidio ospedaliero ed è garante del sistema di registrazione, della completezza ed accuratezza dei dati di produzione ambulatoriale e di quelli relativi alle Case della Salute territorialmente competente per la componente di produzione. Tale responsabilità non esime il Direttore di UOC clinico o il dirigente specialista ad una corretta documentazione della produzione clinica effettuata essendo in primis il produttore del dato. Il direttore della UOC Governo dell'Offerta partecipa al Comitato dei Direttori di dipartimento;

In ambito del *Dipartimento per il Governo dell'Offerta e le Cure Primarie* sono anche attive la UOC Dipendenze, la UOC Medicina Generale Coordinamento Clinico Acquapendente, la UOSD Medicina Legale, la UOC Psicologia, la UOSD Disabile adulto e la UOSD Servizio Sociale; il Centro Diabetologico UOSD Adulti e UOSD Pediatrica; la UOSD Coordinamento assistenza pazienti affetti da SLA; la UOSD Centro per il Trattamento delle BPCO. Ciascuna UOC e UOSD sono distribuite in modo omogeneo sull'intero territorio provinciale.

Le funzioni altresì presenti possono essere sintetizzate in:

- salute della donna e dell'età evolutiva a tutela della salute dell'infanzia-adolescenza e della donna, che porrà in stretta continuità e contiguità l'attività svolta dai pediatri di libera scelta, quella di educazione e di prevenzione in età evolutiva, i Consulenti familiari, promuovendo attività di informazione sulla pratica contraccettiva nei confronti delle donne che richiedono l'intervento di interruzione volontaria di gravidanza (IVG), con particolare riferimento alle categorie più deboli (minori, migranti, extracomunitarie, rifugiate), anche per una procreazione responsabile;
- tutela della salute mentale e riabilitazione dell'età evolutiva, esercitando funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva che presentano disabilità, disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, psicologico e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale. In tale ambito viene assicurata una presa in carico globale integrata, attraverso équipe multidisciplinari, del soggetto in età evolutiva in situazione di handicap e di disagio e della sua famiglia; viene, altresì, assicurata l'integrazione con i servizi sociali, educativi e scolastici, il raccordo con l'autorità giudiziaria, nonché il coordinamento con i Centri di Riabilitazione;
- riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile adulto (sopra i 18 anni) ivi compresa l'assistenza protesica, attraverso il lavoro di équipe multidisciplinari che garantiscono gli interventi di cura e riabilitazione, programmano l'attivazione e l'integrazione della rete dei servizi sociali e sanitari;
- presa in carico della popolazione fragile ovvero di pazienti multibisogno e pluridiagnosi affetti da condizioni croniche semplici e/o complesse;
- tutela della salute della popolazione carceraria;
- dipendenze;
- medicina legale;
- attività vaccinale.

Il Dipartimento e le UOC/UOSD afferenti compete la negoziazione delle risorse con la UOC Governo della Domanda e Distribuzione delle Risorse che ha la gestione del relativo budget aziendale per quella linea di attività.

Nell'ambito dei regolamenti di Distretto sono previsti momenti di integrazione tra quest'ultimo e:

- I Dipartimenti Ospedalieri al fine della definizione di percorsi assistenziali;
- Il DSM per programmi e iniziative di prevenzione, definizione di percorsi assistenziali ai fini della continuità assistenziale e presa in carico attraverso la valutazione multidimensionale e l'elaborazione del PAI;
- il Dipartimento di prevenzione per i programmi e le iniziative di prevenzione primarie e di promozione di stili di vita salutari;
- i Comuni per l'elaborazione dei Programmi di Attività Territoriali/ Piani di Zona.

Organizzazione del Distretto

L'incarico di Direttore di Distretto, a tempo determinato, è attribuito dal Direttore Generale dell'Azienda USL, come previsto dalla normativa vigente, e si configura come responsabile di macrostruttura.

Al Direttore di Distretto è assegnato il compito di governo del proprio territorio curando in particolare le relazioni con il Comitato di Distretto ed assicurando il rispetto del budget assegnato nonché il raggiungimento dei livelli di autosufficienza territoriale previsti dalla programmazione aziendale. E' responsabile del funzionamento di tutti i servizi sul territorio. E' responsabile, in particolare, delle attività di 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 esprime la funzione di committenza territoriale e supporta la Direzione Aziendale nei rapporti con i Comuni.

L'organizzazione del servizio distrettuale di accesso e presa in carico deve garantire l'attività assistenziale per l'intero arco della giornata e deve tendere ad assicurarla per tutti i giorni della settimana, in relazione alle linee di indirizzo regionale e compatibilmente con le risorse disponibili nonché un'offerta integrata delle prestazioni dei medici di medicina generale, dei pediatri di libera scelta, dei medici della continuità assistenziale, della medicina dei servizi e degli specialisti ambulatoriali, adottando forme organizzative, denominate AGGREGAZIONI FUNZIONALI TERRITORIALI, che condividono, in forma strutturata, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale, linee guida, audit e strumenti analoghi, nonché forme aggregative multi professionali.

Gli ambulatori territoriali (I livello) ed ospedalieri, i presidi di prossimità (PTP), i Centri della Salute e le Case della Salute rappresentano diverse configurazioni di competenze clinico-assistenziali dalla più semplice (ambulatori) alla più complessa (Casa della Salute) che debbono concorrere in modo organico ed integrato ad assicurare la rete operativa dove si svolgono le attività di produzione e di presa in carico dei

pazienti e di realizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici assistenziali (PDTA). I Punti Unici di Accesso (PUA) dovranno realizzare il luogo di integrazione tra azienda ed enti locali, e rappresentano il luogo fisico e virtuale di accesso e di Indirizzo, di orientamento e di presa in carico dei casi più complessi (funzione filtro-triage), costituendo il nodo intorno al quale si sviluppano i servizi territoriali a maggior fabbisogno di integrazione sanitaria e sociosanitaria. Tutti i servizi distrettuali dovranno essere connessi attraverso un sistema informativo adeguato, che sostenga la possibilità di rispondere ai diversi mandati di committenza, erogazione, medicina d'iniziativa, presa in carico integrata, accountability. La rete Informatica sarà connessa, evidentemente, anche con i Medici convenzionati, le loro forme aggregative e con i servizi ospedalieri.

Sono stati identificati i seguenti PUA: Acquapendente, Montefiascone, Tarquinia, Orte, Civita Castellana, Ronciglione, Vetralla, Viterbo.

Verrà con apposito atto successivo dell'Azienda definita e descritta la rete dei servizi territoriali con le specifiche funzioni assegnate.

Nell'ambito della Direzione del Distretto si colloca 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/MCA/PLS e le altre categorie di personale sanitario convenzionato, nonché un rappresentante delle AFT e delle UCCP, che avrà ruolo di supporto al direttore di Distretto nel definire le modalità di attuazione delle politiche distrettuali. La funzionalità del Distretto sarà definita da apposito regolamento.

Il coordinamento delle attività sociali di Distretto, anche per i rapporti tra le unità operative del Distretto e i comuni, avviene tramite la figura del Coordinatore sociosanitario di Distretto che si rapporta per tale funzione al direttore di Distretto e al dirigente del UOSD Servizio Sociale Professionale; è componente dell'ufficio di coordinamento di Distretto.

E' istituita presso il Distretto la commissione sulla appropriatezza delle prescrizioni farmaceutiche e specialistiche individuata dai contratti collettivi e dagli accordi regionali dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali.

L'organizzazione e le modalità di funzionamento dei Distretti sono disciplinate con apposito regolamento.

ART. 42 – IL DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE

Il Dipartimento di Salute Mentale (DSM) è la struttura operativa dell'Azienda preposta alla promozione e tutela della salute mentale della popolazione e svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione del disagio psichico, dei disturbi e delle disabilità psichiatriche in base a quanto previsto dal DPR 10/11/99 e dalla DGR Lazio 8/02/2000 n. 236.

Il DSM è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile.

Il DSM viene strutturato in forma omogenea all'impianto generale dell'Azienda ed in particolare all'area

territoriale, attraverso l'articolazione in tre UOC per la Salute Mentale coincidenti rispettivamente con il territorio dei distretti aziendali:

- **UOC Area Distrettuale A (Distretto 1 e Distretto 2);**
- **UOC Area Distrettuale B (Distretto 3);**
- **UOC Area Distrettuale C (Distretto 4 e Distretto 5);**
- **UOC Servizio Diagnosi e Cura (SPDC).**
- **UOC Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione in Età evolutiva (TSMREE) (interdistrettuale)**

Il modello organizzativo prevede il DSM come struttura autonoma ma profondamente incardinata nel territorio anche attraverso sinergie da strutturare con il Distretto, con il terzo settore, la Neuropsichiatria Infantile, la Geriatria, la Riabilitazione, il Disabile Adulto, ONLUS e privato imprenditoriale.

- Il DSM è un dipartimento a struttura; al Direttore di Dipartimento spetta la gestione delle risorse assegnategli dal Direttore Generale al fine del raggiungimento degli obiettivi programmati. Afferisce al Direttore del DSM la responsabilità organizzativa e gestionale con il relativo budget economico annuale e la supervisione clinico-assistenziale di cui sono direttamente responsabili i direttori di UOC e, conseguentemente, i responsabili di UU.OO.SS. e le équipe curanti. Compete al DSM in stretta collaborazione con i Distretti la tutela della salute mentale e riabilitazione dell'età evolutiva, esercitando funzioni di prevenzione, tutela, diagnosi, cura, riabilitazione, inserimento scolastico e sociale dei soggetti in età evolutiva che presentano disabilità, disturbi e patologie di tipo neurologico, neuropsicologico, psichiatrico, psicologico e dello sviluppo, nonché situazioni di disagio psico-sociale e relazionale. In tale ambito viene assicurata una presa in carico globale integrata, attraverso équipes multidisciplinari, del soggetto in età evolutiva in situazione di handicap e di disagio e della sua famiglia; viene, altresì, assicurata l'integrazione con i servizi sociali, educativi e scolastici, il raccordo con l'autorità giudiziaria, nonché il coordinamento con i Centri di Riabilitazione; Competono al DSM tutte le iniziative necessarie per l'applicazione del DPCM 1/04/2008 e DM salute 1/10/2012, finalizzate al superamento degli Ospedali Psichiatrici (OPG).

L'organizzazione e le modalità di funzionamento del Dipartimento di Salute Mentale sono disciplinate con apposito regolamento, coerentemente con le indicazioni regionali.

ART. 43 – IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Il Dipartimento di Prevenzione (DP) è la struttura operativa dell'Azienda che individua e propone le strategie aziendali per la promozione della salute e della sicurezza e 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.

Al DP è affidata la titolarità della funzione di supporto tecnico per la definizione e l'attuazione del Piano di Prevenzione aziendale.

Il Dipartimento di Prevenzione, tenendo conto di quanto disposto dal d.lgs n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni e dal DPCM 29.11.2001, è articolato nelle Unità Operative Complesse:

- UOC Servizio di Igiene e Sanità Pubblica, comprendente la profilassi delle malattie infettive e parassitarie, la tutela della collettività dai rischi sanitari connessi all'inquinamento ambientale e la tutela della collettività e del singolo dai rischi sanitari degli ambienti di vita;
- UOC Servizio prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro (Spresal), comprendente le attività di promozione della salute, informazione, formazione, assistenza (con particolare riguardo alle piccole e microimprese e in collaborazione con gli Enti bilaterali e le Associazioni di categoria), di controllo e vigilanza negli ambienti lavoro, finalizzate rispettivamente all'applicazione delle buone pratiche e alla verifica del rispetto delle norme in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- UOC Servizio Veterinario B Ispezione Alimenti di Origine Animale, comprendente le funzioni relative alla sicurezza degli alimenti di origine animale; le funzioni relative alla sorveglianza nelle mense per la ristorazione collettiva per quanto di competenza (mense scolastiche, aziendali, in strutture sanitarie e socio-sanitarie...);
- UOC Servizio Veterinario A, Sanità animale, e C, Igiene degli Allevamenti, in tutta la sua catena alimentare e quella degli animali di affezione, comprendente la sorveglianza epidemiologica e la profilassi delle malattie infettive e parassitarie, la farmacovigilanza veterinaria e l'igiene delle produzioni zootecniche;
- UOC Centro di riferimento Regionale Amianto, struttura di riferimento regionale per le problematiche connesse con la presenza di polveri e fibre, con funzioni di supporto alle altre articolazioni del DP nella individuazione, misurazione/campionamento e analisi di inquinanti aerodispersi e altri fattori di rischio negli ambienti di vita e di lavoro.

Le funzioni di controllo e vigilanza proprie del Dipartimento di prevenzione sono svolte, di norma, in modo programmato e con criteri trasparenza, in accordo con gli obiettivi e gli indirizzi regionali e tenendo conto delle priorità individuate per gravità e frequenza dei rischi. Il Dipartimento garantisce che le funzioni di controllo e vigilanza siano svolte in modo coordinato, integrato e multidisciplinare da parte di tutte le figure dei vari profili professionali, secondo principi di imparzialità e trasparenza.

Per particolari tematiche che richiedono approcci multidisciplinari e competenze afferenti alle diverse UO, vengono attivati gruppi di lavoro dipartimentali, finalizzati a garantire efficacia ed efficienza degli interventi, la semplificazione e lo snellimento dei procedimenti.

Nell'ambito del Dipartimento, è individuata l'Area della sanità veterinaria e sicurezza alimentare, che comprende le UO di cui ai punti "C" e "D" così come previsto dalla D.L.vo n° 229 /99, dotata di specifica autonomia tecnico-funzionale e organizzativa e di responsabilità diretta del perseguimento degli obiettivi

nonché delle risorse economiche attribuite.

Nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione sono collocate anche le articolazioni organizzative e/o funzionali che garantiscono le seguenti funzioni:

- coordinamento degli screening oncologici;
- medicina dello sport;
- Sicurezza degli alimenti di origine vegetale, la sorveglianza delle acque destinate al consumo umano, la prevenzione nutrizionale, la promozione di stili di vita salutari rispetto alle abitudini alimentari;
- coordinamento e strategia aziendale sui programmi di vaccinazione, profilassi delle malattie infettive e parassitarie e medicina del viaggiatore;
- coordinamento dei Programmi aziendali di Prevenzione (PRP);
- coordinamento delle attività aziendali di controllo e vigilanza sul mantenimento dei requisiti autorizzativi e di accreditamento delle strutture sanitarie e sociosanitarie;
- centro per la prevenzione e la cura del tabagismo.

Il Dipartimento di Prevenzione programma i propri interventi ricercando l'integrazione con i Distretti per assicurare continuità alle attività di promozione e tutela della salute; collabora con le altre strutture della rete della prevenzione regionale (ARPA, Università, ecc.) con la finalità razionalizzare e utilizzare in modo proficuo le competenze specialistiche presenti.

L'organizzazione e le modalità di funzionamento del Dipartimento di Prevenzione sono disciplinate con apposito regolamento.

Le entrate del Dipartimento di Prevenzione sono contabilizzate e utilizzate in accordo con le disposizioni dell'art. 70 della L.R. 6/99, modificato e integrato dall'art. 134, commi 1, 1bis e 2, della L.R. 4/2006, e con quanto previsto dall'art. 13 del D.Lgs 81/08 e dalla DGR Lazio 328/2014.

ART. 44 - AREA FUNZIONALE INTEGRATA MATERNO INFANTILE

L'Area Funzionale Integrata Materno Infantile è costituita dalle articolazioni organizzative appartenenti al DSM (TSRMEE), DEA (UOC Ginecologia ed Ostetricia) Dipartimento di Medicina (UOC di Pediatria) Distretti (Coordinamento consultori) ed alcune microarticolazioni organizzative afferenti alle diverse UOOCC.

L'area ha lo scopo di superare la frammentazione dei diversi servizi e coordinarli ad un obiettivo comune quello della tutela della salute del bambino dal momento del suo concepimento fino all'età di 18 anni e della donna in tutta la sua fase fertile. L'Azienda, con delibera 935 del 2014, ha approvato il progetto "Percorso nascita e integrazione territorio ospedale".

ART. 45 - AREA FUNZIONALE INTEGRATA ONCOLOGICA

L'area Funzionale Integrata Oncologica è costituita da articolazioni presenti nel Dipartimento di Oncoematologia (UOC Oncologia e Rete Oncologica, UOC Radioterapia, UOC Ematologia, UOSD Anatomia e Istologia Patologica, UOC Medicina nucleare) e del Dipartimento di chirurgia (UOC ORL, UOC Chirurgia generale Oncologica, UOC Chirurgia Senologica e Centro Integrato di Senologia) e alcune microarticolazioni afferenti alle diverse UOOCC che condividono procedure e competenze cliniche al fine di assicurare una maggiore qualità delle cure e migliorare gli esiti.

ART. 46 - AREA FUNZIONALE RETE RADIOLOGICA AZIENDALE

L'Area Funzionale Rete Radiologica Aziendale è stata costituita al fine di erogare un servizio di qualità uniformato a tutti i cittadini residenti, ottimizzare le risorse esistenti e creare una rete di collegamento dati tra tutte le strutture radiologiche della Asl. L'area utilizza gli strumenti tecnologici più avanzati con l'obiettivo di avere in tempo reale una disponibilità e una condivisione delle informazioni del paziente, con conseguente riduzione dei costi per i materiali di consumo.

ART. 47 - AREA FUNZIONALE COORDINAMENTO INTERAZIENDALE MEDICINA PENITENZIARIA

La Asl di Viterbo, nel rispetto della normativa vigente e al fine garantire adeguata assistenza sanitaria alla popolazione detenuta, ha sottoscritto un protocollo di intesa con le aziende sanitarie Roma A, Roma B, Roma F, Roma H, Frosinone e Latina. Tale protocollo interaziendale ha definito un progetto di sviluppo finalizzato a costituire un modello organizzativo a rete delle strutture al fine di innalzare la qualità dell'assistenza e di ottimizzare le risorse economiche disponibili.

ART. 48 - AREA PROGRAMMAZIONE CONTROLLO AZIENDALE E DELLA RENDICONTAZIONE SOCIALE

L'area Programmazione, Controllo Aziendale e Rendicontazione Sociale ha una funzione di coordinamento tra le diverse strutture afferenti al fine di supportare la Direzione Strategica nel guidare e governare il ri-orientamento dei processi per il raggiungimento degli obiettivi strategici aziendali. In una logica di sviluppo organizzativo deve promuovere azioni di efficientamento dei sistemi e supportare la Direzione Strategica nel sollecitare le azioni di flessibilità gestionale al fine di rispondere, nei tempi e nei metodi di corretti, alla risposta degli stimoli al cambiamento prodotti dall'ambiente esterno e dal contesto istituzionale di riferimento. Deve quindi sviluppare dei sistemi informatici/informativi che consentano di suggerire politiche di miglioramento sull'efficienza dei sistemi e politiche di innovazione che garantiscano efficienza ed economicità dell'azione.

L'Area Programmazione Controllo Aziendale e Della Rendicontazione Sociale comprende le seguenti strutture:

- **Pianificazione e programmazione controllo di gestione, bilancio e sistemi informativi;**
- **Programmazione e gestione dell'offerta accreditati;**
- **Ingegneria clinica;**
- **Affari generali e relazioni esterne;**
- **HTA;**
- **Risk Management.**

Ognuna delle strutture si connota per lo svolgimento di funzioni a forte carattere strategico e gestionale, che devono essere orientate a:

- una logica di servizi Interni nei confronti delle altre strutture aziendali e in particolare di quelle deputate all'erogazione di servizi sanitari e sociosanitari;
- Ad una visione aziendale delle problematiche, con una diretta funzione di supporto alle scelte della Direzione Aziendale;
- All'innovazione dei processi e dei servizi forniti con particolare riferimento alla gestione

informatizzata di dati e procedure;

- • Ad una riqualificazione in senso gestionale di funzioni amministrative tradizionali, in un'ottica di governo di risorse e non di mera amministrazione delle stesse;
- Allo sviluppo di nuove competenze e professionalità, in una prospettiva di miglioramento continuo e di responsabilità diffusa;
- Alla semplificazione e al decentramento dei servizi, rafforzando al contempo il presidio centrale della funzione.

Pianificazione e Programmazione Controllo di Gestione, Bilancio e Sistemi Informativi Aziendali

Supporta la Direzione Strategica nelle fasi di programmazione annuale e pluriennale, nel governo economico dell'azienda, nella gestione di processi di natura contabile, economica e finanziaria e nella gestione dei sistemi Informativi aziendali.

La necessità di sviluppare dei modelli gestionali che garantiscano sostenibilità economica attraverso una valutazione continua dell'utilizzo delle risorse da un punto di vista quali/quantitativo impongono di sviluppare modelli di rendicontazione che associno le variabili economiche a indici di performance sanitaria e sviluppino sistemi di monitoraggio adeguati ed, in sintesi, deve garantire:

- o Il supporto alla Direzione Strategica nella costruzione di una metodologia per la misurazione dei risultati delle attività in termini di costi, ricavi e rendimenti;
- o Il supporto alla stesura del Piano Strategico Aziendale e alle strategie di governo economico dell'Azienda attraverso la gestione del processo di redazione degli atti di Bilancio di esercizio, Preventivo economico, Processo di budgeting, del Bilancio Sociale e del Bilancio di Missione;
- o La gestione della cassa e dei rapporti con la Tesoreria e in generale di tutti gli adempimenti contabili, economici e finanziari dell'Azienda;
- o Il monitoraggio e il controllo dei costi e dei ricavi e dei livelli di produttività ed efficienza delle strutture aziendali, attraverso gli strumenti propri del controllo di gestione e della contabilità analitica per centri di costo; funzioni di supporto gestionale e amministrativo alle strutture operative ospedaliere e territoriali;
- o La predisposizione del Piano Triennale della Performance e del piano degli obiettivi annuali e verifica del raggiungimento a sostegno dell'attività dell'OIV;
- o La costruzione dei processi per la definizione, monitoraggio e valutazione del sistema degli obiettivi e la predisposizione delle procedure delle valutazioni dei dirigenti e del personale in generale.

La missione è infatti quella di elaborare ed analizzare le informazioni sulle attività messe in essere dai servizi con il fine di verificarne l'efficacia, l'efficienza e l'economicità per poter avviare, eventualmente, interventi gestionali di correzione che salvaguardino il rapporto tra i costi sostenuti e i risultati ottenuti.

L'integrazione delle funzioni del Controllo di Gestione e dei Sistemi Informativi ha l'obiettivo di:

- Elaborare il sistema di rilevazione dati per l'ottemperanza ai debiti informativi esterni e per la costruzione delle informazioni necessarie all'attività della Direzione Generale e delle strutture aziendali;
- Monitorare i dati ricevuti verificando che corrispondano a livelli qualitativi adeguati;
- Elaborare i dati e analizzare le informazioni per valutare le capacità dell'organizzazione sanitaria aziendale a corrispondere ai bisogni di salute; rilevare il livello di attività delle strutture aziendali per misurarne le capacità e la corrispondenza all'atteso; definire il costo delle strutture e delle attività prodotte in relazione alle risorse attivate;
- Proporre decisioni coerenti all'analisi effettuata.

Programmazione e Gestione dell'Offerta Accreditati

La riorganizzazione della rete assistenziale è finalizzata alla promozione della appropriatezza organizzativa e clinica delle cure, nonché alla razionalizzazione e all'efficientamento di tutta l'offerta assistenziale.

In questo contesto, l'integrazione sociosanitaria è ricercata anche attraverso il coordinamento delle forme di orientamento degli utenti nella fruizione dei servizi e delle forme di governo della domanda, in particolare con l'attivazione di punti unitari di accesso ai servizi e con l'utilizzo di unità di valutazione multidimensionali.

L'area sociosanitaria è infatti caratterizzata dalla presenza di diversi attori istituzionali e da una pluralità di produttori di servizi privati.

La possibilità di garantire continuità nella presa in carico e di costruire un sistema di offerta completo e articolato, dipende in larga misura dalla capacità dei diversi soggetti istituzionali e del mercato, di dialogare e ricercare forme di collaborazione - negoziazione.

In tal senso l'UOC Programmazione e Gestione dell'Offerta Accreditati, facendo propria la stessa logica di integrazione progettata per i servizi territoriali e quelli ospedalieri, assume un ruolo strategico di orientamento nella continuità degli interventi sociosanitari nel rapporto tra la ASL, in tutte le sue dimensioni assistenziali, e le strutture accreditate.

Il governo dell'offerta degli accreditati rappresenta un processo lungo che deve diventare esplicito e dinamico, determinando uno scenario fertile per l'azione di indirizzo pubblico; la gestione della rete degli accreditati acquista pertanto valenza strategica solo se opportunamente inserita in una logica di costruzione di continuità e di coerenza, con il resto dell'offerta sanitaria, e con l'insieme dei servizi sociosanitari e sociali.

Questa funzione si esplica nell'acquisto delle prestazioni sociosanitarie erogate dai diversi accreditati, non solo nella regolazione del *case mix* e dei volumi di consumi finanziariamente riconosciuti dalla ASL, ma anche attraverso la stretta collaborazione con l'Unità Valutativa Centrale, mirata ad un controllo continuo tra bisogno ed offerta.

L'appropriatezza viene quindi controllata su parametri condivisi con tutte le strutture aziendali valutative del territorio e nel rispetto degli standard assistenziali concordati per ogni stadio di bisogno in termini di indicatori di esito, di soddisfazione degli utenti o dei loro familiari.

La struttura dell'UOC è pertanto preposta al governo degli accessi ai servizi, con la finalità di ottimizzare l'utilizzo delle risorse pubbliche verso quegli ambiti di intervento (e dei corrispondenti target di utenza) ritenuti prioritari, soprattutto in relazione alle condizioni concrete di funzionamento del sistema di offerta e delle relazioni con la domanda attraverso:

- Un ruolo attivo di membro della funzione di pianificazione e di controllo strategico;
- La regia della rete interistituzionale socio-sanitaria attraverso il ruolo di facilitatore strategico ed istituzionale;
- Il sollecito ai processi di cambiamento dell'offerta in funzione dei bisogni espressi dall'Azienda e dal territorio;
- L'esercizio della contrattazione e controllo dei produttori socio-sanitari con il supporto integrato delle altre strutture di vigilanza e controllo aziendale;
- La valutazione dell'offerta in relazione alle politiche di qualità del servizio, le politiche del personale, le politiche tariffarie, le politiche della logistica del servizio, le politiche di comunicazione;
- La ricerca dell'omogeneizzazione delle politiche socio-sanitarie dei Distretti, soprattutto laddove questi esercitano un ruolo di pianificazione;
- L'adozione di politiche di servizio rispetto ai meccanismi di accesso;

Nell'attuazione del governo dell'offerta, la struttura lavora in collegamento con il nucleo dell'Unità Valutativa Centrale, soggetto adibito al coordinamento della valutazione clinico-assistenziale dei pazienti per l'appropriatezza dell'accesso ai servizi delle strutture.

Alla luce di questi elementi di sistema, l'Azienda si è dotata sperimentalmente di una rete interistituzionale nei rapporti con le strutture accreditate (R.I.T.H.A - Rete per l'Integrazione tra Territorio (H)ospedale e Accreditati -) nella quale la UOC Programmazione e Gestione dell'Offerta Accreditati trova la sua naturale vocazione alla governance di rete, con la prerogativa essenziale di network management in costante coordinamento con il territorio e le sue espressioni, al fine di garantire per ogni utente, prestazioni socio-sanitarie in misura con lo stato di effettivo bisogno e facilitare altresì le relazioni istituzionali con le strutture accreditate.

L'architettura della struttura, riproducendo al suo interno la duplice dimensione clinico-valutativa e contrattuale, si snoda lungo due linee funzionali principali:

- La funzione di valutazione dei livelli qualitativi e quantitativi della domanda e dell'offerta assistenziale degli Erogatori accreditati (produzione), esercitata dalla UO Gestione e Appropriatezza Ricoveri, cui affluiscono linee di attività relative alla gestione degli accessi al ricovero nelle strutture accreditate, il coordinamento dei contratti e la verifica della produzione degli accreditati, la gestione dei flussi informativi; in questo contesto trova altresì naturale collocazione la valutazione del bisogno di salute.
- La funzione di valutazione qualitativa delle soluzioni assistenziali, espresse dal territorio e dalle strutture assistenziali dell'Azienda, esercitata dalla UO Valutazione Clinico-Assistenziale, cui afferiscono linee di attività riguardanti l'Unità Valutativa Centrale ed il Disease management, i percorsi assistenziali interregionali ed extraregionali e la mobilità internazionale;

Entrambe le linee funzionali concorrono e supportano, per i profili di propria specifica competenza, il Nucleo Aziendale di vigilanza e controllo ex Dellbera ASL VT n.1006 del 29.11.2013, con particolare rilievo per la verifica del mantenimento dei requisiti organizzativi di accreditamento oltre che di appropriatezza secondo principi di programmazione, omogeneità e completezza.

L'UOC Programmazione e Gestione dell'Offerta Accreditati, avvalendosi altresì di un sistema Integrato di flussi informativi per attività di ricovero e di assistenza specialistica ambulatoriale:

- Concorre al monitoraggio delle liste di attesa e all'ottimizzazione della gestione delle agende di prenotazione;
- Integra la componente amministrativo-contabile e clinico-assistenziale, anche come funzione di supporto ai singoli Distretti, garantendo l'omogeneità dell'azione aziendale coordinando il sistema informativo Territorio - Azienda - Regione;
- Verifica la coerenza tra le prestazioni/trattamenti erogati, le attività effettivamente autorizzate ed accreditate e le certificazioni del fatturato;
- Concorre alle funzioni di monitoraggio e analisi della spesa promuovendo azioni di feedback informativo con i Sistemi Informativi Aziendali e il Controllo di gestione.

Ingegneria Clinica

Propone i piani annuali di rinnovo e dismissione di attrezzature biomediche e ne cura la realizzazione, sovrintendendo all'espletamento delle gare e valutando le caratteristiche tecniche dei prodotti offerti. Assicura, con criteri di efficienza ed economicità, la manutenzione del patrimonio tecnologico aziendale garantendo direttamente o tramite fornitori gli interventi manutentivi necessari. Garantisce l'effettuazione dei controlli di sicurezza e funzionalità nonché dei collaudi di accettazione e delle attività necessarie al corretto funzionamento del patrimonio tecnologico.

Affari Generali e Relazioni Esterne

La missione della struttura è quella di fornire supporto giuridico/amministrativo alla direzione aziendale ai fini di garantire la legittimità degli atti e delle attività dell'Asl. All'interno della struttura opera l'Ufficio relazioni con il pubblico, URP, (Art. 14) che svolge le attività di relazione esterna con i cittadini attraverso le funzioni di accoglienza, informazione, partecipazione e di tutela.

Le principali funzioni della struttura Affari Generali sono:

- Ufficio assicurativo;
- Ufficio dellbere;
- Segreterie OO.CC.;
- Convenzioni e consulenze.
- Supporta amministrativamente l'**ufficio legale**.

Supporta amministrativamente il **Comitato per la Valutazione della Gestione dei Sinistri** per la gestione delle attività inerenti alle attività assicurative e di valutazione del rischio di risarcimento danni.

Ai fini di una corretta programmazione, si integra funzionalmente con l'Health Technology Assessment e con il Risk Management.

L'HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT (HTA)

La ASL di Viterbo, in linea con tutte le più recenti innovazioni Istituzionali nazionali e regionali, si dota di una funzione denominata HTA, per esercitare una costante valutazione nell'acquisizione, gestione e impatto delle tecnologie nei processi sanitari.

L'Health Technology Assessment è finalizzato ad un approccio multidisciplinare e multidimensionale di valutazione d'impatto delle tecnologie a supporto delle decisioni nei sistemi sanitari.

Lo scopo è di acquisire tecnologie di provata efficacia ed in linea con lo sviluppo strategico e la missione dell'Azienda, in quanto le tecnologie rappresentano contestualmente una necessità per lo sviluppo e l'innovazione dei processi sanitari ma anche un potente condizionamento allo sviluppo sostenibile del delicato sistema aziendale.

Risk Management

L'Azienda si impegna in un'attività di riduzione dei rischi a tutela dei pazienti e degli operatori creando un sistema di "gestione dell'errore" che consente di individuare meglio eventuali responsabilità riconducibili a fattore umano, qualità tecnica della prestazione, organizzazione dei sistemi aziendali, percorsi di diagnosi, cura o assistenza.

La struttura del Risk management è una struttura funzionale in staff diretto dell'alta Direzione strategica. Condivide con la Direzione Strategica le strategie su base annuale e pluriennale tese al governo ed alla gestione di tutti i rischi aziendali.

Opera in piena autonomia gestionale e con Budget riservato. Risponde unicamente alla Direzione strategica.

La struttura funzionale del Risk management articola le attività in:

- Governo e gestione del Rischio Clinico Aziendale
- Governo dell'Accreditamento istituzionale
- Governo e supervisione dei Privati accreditati in materia di risk management
- Governo dell'Health Technology Assessment
- Si avvale delle articolazioni aziendali (uu.oo.) in materia di sicurezza aziendale
- Si avvale del PARM (piano annuale di risk management) e del tavolo permanente del Risk management per la sicurezza aziendale.

La necessità da parte della ASL di ridurre il rischio sanitario attraverso l'individuazione e la valutazione dello stesso richiede l'individuazione di specifiche articolazioni aziendali dedicate al Risk Management, con il compito di:

- Individuare strategie, a livello aziendale, di gestione del rischio;
- Attuare il coordinamento delle stesse;
- Istruire sistemi di identificazione, valutazione e gestione degli eventi;
- Programmare modalità operative e azioni di monitoraggio per ridurre gli eventi avversi e ottenere il miglioramento della qualità delle cure, nella prospettiva di rispondere alle necessità del singolo (paziente), piuttosto che trattarlo come una potenziale controparte.

Tutti questi aspetti devono essere affrontati all'interno di un programma aziendale di Risk Management, in maniera globale, Integrata, snella, pur nel rispetto delle specifiche e molteplici competenze e a questo fine il Risk Manager è un componente del **Comitato per la Valutazione della Gestione dei Sinistri**.

Per il raggiungimento degli obiettivi appena esposti occorre la piena condivisione del progetto da parte di tutti gli operatori aziendali e quindi la necessità di stimolare e promuovere un cambiamento culturale in campo sanitario, che consideri l'errore commesso come strumento di miglioramento individuale ed organizzativo.

ART 49 - IL DIRIGENTE PREPOSTO ALLA REDAZIONE DEI DOCUMENTI CONTABILI

Il Dirigente della programmazione controllo - economia e finanze è nominato dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili dell'azienda, in conformità all'art. 9 della l.r. 27/2006.

ART 50 - AREA DELLO SVILUPPO ORGANIZZATIVO E GESTIONE DEI CONTRATTI

L'Area dello Sviluppo Organizzativo e Gestione dei Contratti ha la funzione di coordinare le strutture ad essa afferiscono nella attuazione dei progetti aziendali, programmando i tempi, i metodi e le risorse umane e strumentali necessarie per il loro raggiungimento. Attua sistemi Integrati di monitoraggio della gestione dei progetti, dell'utilizzo delle risorse e della verifica dei contratti. Promuove azioni trasversali di ottimizzazione della gestione, supportando e proponendo alla Direzione Strategica attività negoziali/gestionali che migliorino l'efficienza e l'economicità della gestione economico patrimoniale dell'Azienda. L'area identifica, per ogni processo e per ogni attività, funzioni e responsabilità che devono essere espresse fin dalla definizione della progettazione.

L'Area dello Sviluppo Organizzativo e gestione dei Contratti comprende le seguenti strutture:

- **Politiche e Gestione delle Risorse Umane;**
- **Governo delle Professioni sanitarie;**
- **Direzione Sanitaria Polo Ospedaliero;**
- **Farmacia Aziendale;**

- **Politiche e Gestione del Patrimonio Immobiliare, Impiantistico e sviluppo dei sistemi informatici e della sicurezza;**
- **E Procurement.**

Politiche e Gestione delle Risorse Umane

L'UOC presidia le funzioni deputate al governo e alla gestione del personale dipendente attraverso una stretta correlazione tra programmazione delle attività clinico, assistenziali, riabilitative e la pianificazione delle risorse umane.

La gestione delle Risorse Umane è infatti un modo di lavorare e pensare che investe tutta la struttura organizzativa e costituisce per l'Azienda lo strumento di sintesi e di coordinamento di tutte le politiche specifiche di gestione del personale e di raccordo di queste con le più generali politiche dell'Azienda.

La sua funzione è quella di assicurare la disponibilità qualitativa e quantitativa di personale dipendente, necessario alla realizzazione dei compiti Istituzionali e degli obiettivi specificatamente definiti, garantendo contemporaneamente l'adeguamento alla dinamica legislativa, contrattuale, economica e sociale, avvalendosi del contributo delle Organizzazioni Sindacali con le quali instaura rapporti costanti mediante prassi, procedure e consultazioni standardizzate e trasparenti.

Le principali attività sono legate alle funzioni di:

- **Analisi dei cambiamenti professionali;**
 - Valutazione e monitoraggio della dotazione organica;
 - Analisi e valutazione delle varie forme di acquisizione delle risorse;
 - Sviluppo professionale e della carriera e gestione delle attività relative al diritto di studio;
- **Gestione del sistema delle relazioni sindacali;**
- **Attività di reclutamento, gestione e rendicontazione della Medicina specialistica convenzionale compresi i fondi relativi al personale convenzionato;**
 - Medicina generale;
 - Pediatra di libera scelta;
 - Specialisti ambulatoriali interni;
 - Medicina dei servizi;
 - Continuità assistenziale.
- **Gestione dei processi di valutazione delle posizioni, dei profili, del potenziale e delle prestazioni e dei correlati sistemi retributivi;**
- **Definizione del complesso dei processi di valutazione e verifica inerenti il personale in collaborazione con il Controllo di Gestione ed in supporto dell'OIV;**
- **Gestione dei processi relativi all'elaborazione, applicazione e vigilanza dei codici di comportamento e del codice etico aziendale;**
- **Gestione dei processi per la rilevazione e il miglioramento del benessere organizzativo;**

- Gestione amministrativa-contabile del budget complessivo delle Risorse Umane negoziato;
- Gestione dell'attività libero professionale Intra Moenla.

L'azienda ritiene che una politica corretta della gestione delle risorse umane debba investire nella formazione e riqualificazione del personale e, a questo fine, la struttura Politiche e Gestione delle Risorse Umane si occupa anche della programmazione e gestione dei processi formativi quali:

- Definizione dei criteri per la pianificazione formativa, progettazione, organizzazione ed erogazione dei corsi di formazione approvati dalla Direzione Strategica in linea con il fabbisogno formativo rilevato e la programmazione strategica aziendale;
- Costruzione della definizione dei bisogni formativi per personale in collaborazione con i Dipartimenti, i Distretti sanitari e le Direzioni dei Presidi ospedalieri;
- Promozione, definizione e gestione dei processi formativi e di aggiornamento;
- Gestione amministrativa-contabile del budget complessivo per la formazione professionale aziendale.

Governo delle Professioni sanitarie

La UOC è funzionalmente collocata nell'Area dello Sviluppo Organizzativo gestione dei Contratti (strutturalmente inserita nel Dipartimento delle Professioni Sanitarie), in quanto assicura la programmazione, la gestione, l'organizzazione, l'erogazione, la valutazione ed il miglioramento continuo delle prestazioni assistenziali garantite dal personale infermieristico, ostetrico, tecnico-sanitario, della riabilitazione, di ispezione e vigilanza, dagli operatori di supporto sulla base degli obiettivi delineati dalla Direzione Aziendale ed integrandosi con i processi aziendali.

È responsabile del governo dell'assistenza infermieristica, ostetrica e tecnica di natura preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa, promuove modelli organizzativi e professionali innovativi attraverso lo sviluppo e la valorizzazione delle professioni sanitarie e tecnico-sanitarie del comparto.

Assicura attraverso la rete formativa delle professioni sanitarie e di supporto la funzione di programmazione didattica di base e post base, nonché la funzione di gestione della qualità per le prestazioni degli operatori afferenti alle professioni sanitarie.

Opera con attenzione alla persona, favorendo l'integrazione multiprofessionale, migliorando la qualità dell'assistenza erogata e promuovendo il processo di responsabilizzazione professionale in nuclei organizzativi (macro e micro) di Inlea.

A tal proposito vengono istituite le Aree Funzionali Omogenee (AFO) che rappresentano una modalità organizzativa dell'assistenza coerente con l'organizzazione per piattaforme produttive in stretta collaborazione con le Direzioni Sanitarie di Presidio ed il Governo dell'Offerta.

Vengono individuate Aree Professionali, rappresentative di tutte le professioni sanitarie e sociali e tre Aree Gestionali, deputate alla gestione di macrofunzioni trasversali relative ai processi di organizzazione e gestione risorse, formazione e ricerca, innovazione e qualità.

Sono previsti specifici gruppi temporanei, team, progetti che costituiranno la modalità di lavoro intra e interprofessionale.

Nella articolazione organizzativa sono previsti i collegamenti operativi tra la Direzione di Dipartimento e di

Distretto e gli operatori delle professioni sanitarie e sociali presenti nei servizi di linea, nei livelli macro e microrganizzativi.

UOSD Servizio Sociale

I servizi sociali sono assicurati dalla UOSD Servizio Sociale, strutturalmente inserita nel Dipartimento delle Professioni Sanitarie. L'UOSD, a cui afferiscono tutti gli assistenti sociali dell'azienda, assicura la programmazione, la gestione, l'erogazione, la valutazione e il miglioramento continuo delle prestazioni sociali con la finalità di assicurare il coordinamento e l'omogeneità dell'offerta socio - sanitaria sulla base degli obiettivi delineati dalla Direzione aziendale.

Direzione Sanitaria Polo Ospedaliero

La Direzione Sanitaria del Polo Ospedaliero si colloca in posizione autonoma rispetto ai Dipartimenti e fa riferimento alle funzioni di indirizzo del Direttore Sanitario di Azienda. Il Direttore Sanitario del Polo Ospedaliero esercita la funzione di garante della coincidenza della risposta - in termini di produzione di prestazioni sanitarie ospedaliere - alla domanda di salute nell'ambito degli indirizzi strategici stabiliti dalla Direzione Aziendale e dal budget attribuito.

In particolare, assicura la funzione specifica e strategica di coordinamento funzionale e di integrazione dei Dipartimenti Sanitari attraverso:

- Il concorso al raggiungimento degli obiettivi aziendali sulla base degli indirizzi del Direttore Sanitario assicurando la continuità assistenziale con i servizi territoriali;
- La responsabilità sugli aspetti igienico-organizzativi, sulla conservazione della documentazione clinica e sull'organizzazione complessiva dell'attività del Polo Ospedaliero;
- Il supporto tecnico all'attività dei Dipartimenti Sanitari per gli aspetti organizzativi e gestionali, compresi quelli di edilizia sanitaria;
- Il coordinamento del percorso assistenziale ospedaliero rispetto alle esigenze dei pazienti;
- La partecipazione al Collegio di Direzione aziendale per l'espletamento delle funzioni allo stesso attribuite ai sensi dell'art.17 D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni.

La Direzione Sanitaria di Polo Ospedaliero all'interno dell'Area dello Sviluppo Organizzativo e Gestione dei Contratti svolge funzioni di carattere trasversale e di particolare rilievo operativo e gestionale, tra cui:

- Assegnazione del personale sanitario interfacciandosi con le Strutture: Personale, Prevenzione e Protezione e Medico Competente, i Dipartimenti e la UOC Governo delle Professioni Sanitarie;
- Formulazione di pareri sull'acquisto delle attrezzature e dei beni di consumo sanitari interfacciandosi con la S.C. Acquisti;
- Cooperazione con l'ufficio Tecnico nella progettazione edilizia e formulazione di pareri sull'esecuzione dei lavori di manutenzione ordinaria, cooperando alla loro programmazione;
- Verifica della corretta esecuzione dei servizi in appalto, in collaborazione con la E-Procurement, e

collaborazione alla stesura dei relativi capitolati;

- Programmazione e coordinamento delle iniziative di sorveglianza e controllo delle infezioni ospedaliere;
- Gestione e controllo delle attività di smaltimento dei rifiuti ospedalieri;
- Coordinamento dell'attività di gestione del rischio clinico;
- Autorizzazione delle sperimentazioni cliniche.

Farmacia Aziendale

La UOC Farmacia Aziendale costituisce la struttura di supporto direzionale per la promozione di una politica del farmaco coerente con gli obiettivi regionali ed aziendali oltre che costituire il polo per l'Assistenza farmaceutica e l'attività di farmacia clinica presso tutti i presidi.

Attraverso la sua articolazione provvederà a:

- Costituire il supporto tecnico, organizzativo e formativo ai clinici ospedalieri ed ai MMG e PLS per il governo clinico dell'assistenza farmaceutica;
- Determinare rapporti con erogatori accreditati finalizzati alla appropriatezza ed alla distribuzione diretta;
- Sviluppare politiche integrate con le farmacie convenzionate;
- Monitorare il sistema a fini di programmazione, distribuzione, valutazione e rendicontazione economica;
- Razionalizzare il processo di approvvigionamento, stoccaggio, manipolazione, distribuzione, controllo e verifica.

Politiche e Gestione del Patrimonio Immobiliare, Implantistico e Sviluppo dei Sistemi Informatici e della Sicurezza

L'Area supporta la Direzione Aziendale nelle scelte di ristrutturazione e riqualificazione del patrimonio aziendale, a supporto del Piano di sviluppo e distribuzione dei servizi sanitari e socio-sanitari sul territorio di riferimento e presidia tutta l'attività di progettazione e realizzazione dei lavori di ristrutturazione, manutenzione ordinaria e straordinaria, relativi agli edifici aziendali e alla componente impiantistica. L'UOC, inoltre, supporta la Direzione Strategica nelle fasi di sviluppo dei sistemi informatici e della sicurezza.

Attraverso specifiche competenze tecniche e professionali l'Area favorisce e realizza:

- La pianificazione degli interventi, sulla base di un censimento e di una valutazione delle necessità e delle priorità di intervento;
- L'iter di progettazione, approvazione e finanziamento dei lavori;
- Le procedure di indizione e aggiudicazione di gara;
- La fase realizzativa degli interventi e i rapporti con le ditte fornitrici;
- Gli interventi di adeguamento delle strutture alla normativa vigente.
- Gestione e conservazione del patrimonio immobiliare in disponibilità dell'Azienda a vario titolo;
- Iniziative di natura contrattuale per acquisto-vendita del patrimonio stesso;

- Esecuzione delle pratiche amministrative e la gestione dell'archivio inerente la riconversione del patrimonio immobiliare;
- Stipula/disdetta dei contratti di locazione passiva ed attiva;
- Inventario dei beni disponibili ed indisponibili e fuori uso;
- Gestione registro consegnatari dei beni mobili;
- Gestione amministrativa-contabile del budget negoziato.

Lo sviluppo dei sistemi informatici e della sicurezza tende a guidare il processo di informatizzazione nell'Azienda al fine di:

- Favorire lo sviluppo e la diffusione delle applicazioni atte ad assicurare l'uso integrato dei dati ai fini gestionali, decisionali e di governo;
- Contribuire al miglioramento dei servizi resi all'utente;
- Permettere la messa a punto di procedure integrate e la gestione di modelli applicativi informatici;
- Fornire il supporto tecnico alle varie componenti aziendali per l'individuazione delle soluzioni informatiche più congrue e attinenti alle strategie aziendali, nonché svolgere un'azione di controllo relativamente alle congruità di sviluppo del Sistema Informatico;
- Fornire il supporto per la definizione dei "capitolati tecnici" di gara, riguardanti progetti, forniture di attrezzature ed attività informatiche, nonché per le scelte di rinnovo tecnologico e la stipula dei contratti in materia;
- Fornire il supporto per la definizione di programmi, corsi di formazione finalizzati agli aspetti informativi ed alla formazione del personale in relazione alla realizzazione di specifici progetti di informatizzazione;
- Controllare e gestire (utilizzando anche ditte di manutenzione esterne) il patrimonio delle attrezzature e della rete informatica aziendale;
- Provvedere alla elaborazione dei dati informativi per l'analisi, formazione e gestione del processo di sviluppo del "budget", in stretto collegamento e collaborazione con l'Ufficio Controllo di Gestione;
- Predisporre idonee procedure operative e porre in atto gli accorgimenti tecnici per garantire la sicurezza nel trattamento dei dati, anche ai fini della tutela della privacy;
- Gestione amministrativa-contabile del budget negoziato.

E Procurement

Le Aziende Sanitarie effettuano prestazioni in ambito particolarmente critico e specialistico rispetto al resto della P.A. e, più che in altri settori, è di vitale importanza garantire standard di alta qualità per molti beni e servizi acquistati, insieme all'economicità, ai tempi di acquisto, alla trasparenza delle attività e alla par condicio nella competizione tra i fornitori.

La logica di governo della struttura è infatti quella della centralizzazione, razionalizzazione e semplificazione dei processi di acquisto, anche con ricorso a soluzioni innovative e forme consortili

interaziendali, e l'orientamento continuo alla qualità, per quanto attiene i livelli di prestazione dei servizi a gestione diretta o esternalizzati di propria competenza.

La funzione principale dell'E-Procurement è quella di valutare i processi e le relative potenzialità in relazione alle potenzialità strategiche e ai nuovi modelli organizzativi.

L'E-Procurement è un processo end-to-end più ampio della sola fase di acquisto. Infatti, il processo avviene lungo le seguenti fasi:

- 1) Analisi dei bisogni per l'anno di riferimento;
- 2) Il budget previsivo annuale di beni sanitari e non sanitari, di servizi e d'investimenti di beni mobili;
- 3) Il budget degli investimenti viene proposto alla Direzione Strategica e da questa approvato dal Nucleo dell'Health Technology Assessment aziendale secondo una lista di priorità rappresentate da una serie di parametri e indicatori (classe di rischio, DEA, numero prestazioni erogate, tasso di obsolescenza, ecc.);
- 4) Gestione del budget approvato annualmente da parte della Regione Lazio;
- 5) Scelta della tipologia di gara con un approccio segmentato per classe merceologica, trovando soluzioni diverse a seconda del livello tecnologico del bene da acquistare;
- 6) Scelta della soluzione logistica per i beni sanitari e non sanitari segmentato per classe merceologica, trovando soluzioni diverse a seconda del livello tecnologico del bene da gestire;
- 7) Ordini ai fornitori e liquidazione delle fatture.

Gli obiettivi della struttura sono quelli di ottenere benefici rilevanti e durevoli attraverso un approccio integrato lungo l'intero processo.

TITOLO 7 – SISTEMI E STRUMENTI PER IL GOVERNO, IL CONTROLLO E LA GESTIONE

ART. 51 – CRITERI GENERALI

L'Azienda si avvale di sistemi e strumenti per il governo strategico e per la gestione, coerentemente con la propria natura di azienda pubblica, nel rispetto dei principi di trasparenza, equità orientamento alla qualità e responsabilità sul buon uso delle risorse.

Coerentemente con gli indirizzi descritti al titolo 4, la Direzione Aziendale, con il supporto del Collegio di Direzione, sulla base degli indirizzi della Conferenza Sanitaria locale e nel rispetto degli indirizzi regionali, elabora e definisce le linee strategiche per il governo locale dei servizi sanitari e sociosanitari, in una logica di sistema e di condivisione degli obiettivi con tutti i soggetti interni ed esterni all'Azienda.

Il **processo di pianificazione strategica** è attuato dall'Azienda attraverso gli strumenti previsti dalla normativa nazionale e regionale e in stretta connessione con gli altri strumenti di pianificazione locale.

Il **processo di pianificazione strategica** consente di esplicitare in modo condiviso gli indirizzi, gli obiettivi e le azioni di medio periodo; esso ricomprende ed integra i piani e i programmi regionali, i piani delle attività territoriali, i programmi e i progetti a valenza interaziendale e interistituzionale valutando:

- le politiche macro sanitarie nazionali e regionali, gli indirizzi generali provenienti dalla regione e dalle comunità locali, i bisogni specifici della popolazione, esplicitando così la propria funzione di "committenza";
- le proposte tecnico-operative e le potenzialità espresse dalle strutture aziendali e da quelle presenti all'interno della rete allargata di offerta, che identificano la funzione di produzione, nonché dai vincoli e dalle capacità delle prospettive di valorizzazione e sviluppo delle risorse aziendali e del patrimonio tangibile intangibile dell'azienda;
- i percorsi di risanamento e la sostenibilità degli investimenti e della gestione sul piano economico-finanziario.

L'Azienda, nell'attuazione della programmazione, si dota di sistemi e strumenti finalizzati:

- ad una visione unitaria dell'azienda e del suo rapporto con il contesto di riferimento, attraverso il coinvolgimento attivo dei diversi portatori di interesse esterni e interni;
- alla definizione puntuale degli obiettivi, dei fabbisogni di risorse e degli indicatori di risultato, all'interno degli indirizzi e delle politiche aziendali, con il coinvolgimento attivo di tutte le strutture;
- al decentramento della gestione e alla responsabilizzazione diffusa, valorizzando in primo luogo la funzione manageriale delle posizioni dirigenziali e di coordinamento, utilizzando le leve della delega e della valutazione, favorendo lo sviluppo di capacità di *problem solving* a livello operativo, perfezionando i processi di monitoraggio e controllo dei risultati;

alla forte integrazione verticale e orizzontale, attraverso sistemi informativi e di comunicazione interna di supporto alle decisioni e all'efficacia dei processi aziendali.

ART 52 - GLI STRUMENTI A SUPPORTO DELLE DECISIONI STRATEGICHE

L'attività di pianificazione strategica dell'Azienda è realizzata dalla Direzione Aziendale con il supporto del Collegio di Direzione ed ha il fine di rendere possibile e facilitare la gestione del cambiamento.

Le linee di intervento strategico sono una diretta derivazione della *mission* aziendale, nel rispetto degli indirizzi emanati dalla Regione, contenuti nel Piano Sanitario Nazionale e Regionale, nonché dalle indicazioni della Conferenza dei Sindaci. Esse sono codificate nel Piano delle Performance. Tale Piano è di norma triennale ed è soggetto a revisione ogni qual volta ne ricorrano le esigenze in relazione ai mutamenti Istituzionali, alle minacce e alle opportunità espresse dal contesto di riferimento. Il Piano è la

rappresentazione della programmazione strategica aziendale e fornisce una lettura trasparente, anche attraverso il ricorso a dati ed Indicatori delle dinamiche ambientali e dei punti di forza e debolezza dell'Azienda. Individua i progetti, di ri-orientamento strategico per il periodo di riferimento e le relative condizioni di fattibilità in termini di risorse e soluzioni organizzative.

Gli strumenti contabili/gestionali che devono essere redatti nel processo di pianificazione strategica sono:

- Il Piano degli Investimenti;
- il Piano delle assunzioni;
- il Piano della formazione;
- il Piano delle compatibilità economiche;
- il budget operativo e funzionale.

Gli strumenti operativi a supporto del processo di pianificazione strategica sono invece relativi allo sviluppo integrato dei sistemi Informativi in tutte le dimensioni aziendali al fine di garantire strumenti dinamici di valutazione delle performance aziendali oltre l'utilizzo della Contabilità Analitica e del sistema di reporting.

ART 53 - IL PIANO TRIENNALE DELLA PERFORMANCE

L'Azienda si dota di un sistema di misurazione e di valutazione della performance " Piano della Performance" volto al miglioramento della qualità dei servizi offerti nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati perseguiti dai singoli e dalle unità organizzative.

Il Piano è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance ed è il documento programmatico triennale in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target, definisce gli elementi fondamentali su cui si basa la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance.

L'azienda redige il Piano della Performance con lo scopo di assicurare la qualità, comprensibilità ed attendibilità dei documenti di rappresentazione delle azioni di governo, programmazione e controllo gestionale.

L'azienda esplicita, in esso, il processo e la modalità con cui si è arrivati a formulare gli obiettivi dell'amministrazione, nonché l'articolazione complessiva della stessa al fine di consentire la verifica interna ed esterna della "qualità" del sistema degli obiettivi che devono essere:

- rilevanti e pertinenti rispetto ai bisogni della collettività, alla missione istituzionale, alle priorità politiche ed alle strategie dell'amministrazione;
- specifici e misurabili in termini concreti e chiari;
- orientati alla modernizzazione e al miglioramento qualitativo dell'organizzazione e delle competenze professionali e la capacità di attuazione di piani e programmi;
- tali da determinare un significativo miglioramento della quantità e qualità dei servizi erogati e degli interventi;

- l'efficienza nell'impiego delle risorse, con particolare riferimento al contenimento ed alla riduzione dei costi, nonché all'ottimizzazione dei tempi dei procedimenti amministrativi;
- riferibili ad un arco temporale determinato, di norma corrispondente ad un anno;
- commisurati ai valori di riferimento derivanti da standard definiti a livello nazionale e internazionale, nonché da comparazioni con amministrazioni omologhe;
- confrontabili con le tendenze della produttività dell'amministrazione con riferimento, ove possibile, almeno al triennio precedente;
- correlati alla quantità e alla qualità delle risorse disponibili e deve essere elaborato in coerenza con i contenuti ed il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio.

Il piano è declinato per singola struttura organizzativa individuando sistemi di misurazione e valutazione della performance sia in termini qualitativi che quantitativi.

Il Piano della Performance viene redatto dalla Programmazione Controllo di Gestione Economia e Finanze e in collaborazione con il Responsabile della Trasparenza ed Anticorruzione e l'OIV.

ART. 54 – LA PROGRAMMAZIONE ANNUALE E IL PROCESSO DI BUDGETING

La programmazione annuale si sviluppa sulla base delle linee di indirizzo (Piano della Performance ed Invito al Budget) elaborate dalla Direzione Aziendale. Il rispetto di tali linee garantisce la coerenza e l'integrazione tra pianificazione strategica e budgeting.

Il Budget è un importante strumento per la responsabilizzazione dell'organizzazione rispetto all'effettiva attuazione degli obiettivi definiti in sede di programmazione. Infatti, attraverso l'articolazione in programmi, obiettivi e parametri quantitativi secondo la struttura delle responsabilità, il Budget consente di motivare - anche mediante un'adeguata integrazione con il Sistema Premiante l'organizzazione ed i suoi componenti verso comportamenti coerenti alla realizzazione delle strategie e degli obiettivi definiti.

Il Budget ricopre anche il fondamentale ruolo di allocare e distribuire i fattori produttivi secondo criteri di efficienza, efficacia ed economicità dell'azione amministrativa e dei risultati che si intende raggiungere. L'assegnazione di budget specifici ai Centri di Negoziazione (CdN), annualmente individuati sulla base della struttura delle responsabilità aziendali, costituisce lo strumento indispensabile sul quale basare il monitoraggio e l'analisi degli scostamenti tra budget e dati consuntivi. Gli obiettivi assegnati devono essere misurabili, devono avere una natura gestionale e contenere anche indicatori di performance e di valutazione della qualità/esito delle prestazioni sanitarie.

Sovrintende alla pubblicazione dei risultati di gestione raggiunti e alla Relazione annuale sullo stato di attuazione della programmazione aziendale (Relazione sulla performance) nonché provvede alla elaborazione del 'Piano delle prestazioni e dei risultati' e fornisce supporto alla Direzione Aziendale nella negoziazione del budget con i CdN. Fornisce supporto tecnico-metodologico ai responsabili dei CdN in tutte le fasi del processo di programmazione annuale e di elaborazione del budget e a tale scopo definisce il format delle schede di budget per tutti i CdN ammessi alla negoziazione; fornisce altresì supporto, tecnico-

metodologico per il coordinamento dei singoli programmi di budget prodotti dal CdN. Propone miglioramenti nelle procedure amministrative ed, in particolare in quelle che favoriscono l'implementazione della contabilità analitica e lo svolgimento del controllo di gestione.

Il processo di budget annuale rappresenta, per tutti i livelli di responsabilità coinvolti, il punto di riferimento per la definizione delle risorse necessarie a realizzare gli obiettivi e le azioni previste.

Gli strumenti specifici della programmazione annuale sono:

- Il bilancio di previsione, mediante il quale l'Azienda definisce, nell'ambito degli indirizzi e dei vincoli definiti a livello regionale, il valore e i costi della produzione, articolati secondo il piano dei conti, e i budget economici da assegnare ai singoli centri aziendali ordinatori di spesa;
- il budget operativo annuale, elaborato da tutte le unità e le funzioni aziendali e negoziato con i livelli organizzativi superiori, che specifica e traduce operativamente gli obiettivi della programmazione aziendale, ne definisce le modalità di realizzazione e identifica specifiche proposte di miglioramento dei livelli di qualità e di efficienza della struttura.

Attraverso tali strumenti l'Azienda persegue la qualificazione dei processi di acquisizione di beni e servizi, l'equilibrio economico tra costi e ricavi e concorre alla verifica di fattibilità e percorribilità delle azioni regionali finalizzate al risanamento economico-finanziario del Sistema Sanitario Regionale.

ART.55 - IL PROGRAMMA TRIENNALE DELLA TRASPARENZA E L'INTEGRITÀ

L'azienda approva e aggiorna annualmente il "Programma triennale per la trasparenza e l'integrità". In esso sono indicate le iniziative da assumere per garantire un adeguato livello di trasparenza, la legalità e lo sviluppo della cultura dell'integrità.

Il Programma contiene le misure, i modi e le iniziative per garantire la regolarità e la tempestività dei flussi di informazione previsti dal legislatore come obbligatori.

Le misure previste devono essere coordinate con quelle contenute nel Piano anticorruzione, di cui questo documento costituisce una sezione, ed i suoi obiettivi devono essere coordinati con quelli previsti dal piano delle performance: in questa direzione il perseguimento delle finalità di trasparenza costituisce "un'area strategica" a cui collegare obiettivi organizzativi ed individuali.

Il piano anticorruzione risponde alle esigenze di:

- individuare le attività, tra le quali quelle di cui art 1 comma 9 della legge 190/2012, nell'ambito delle quali è più elevato il rischio di corruzione, anche raccogliendo le proposte dei dirigenti;
- prevedere, per le attività individuate ai sensi della lettera a), meccanismi di formazione, attuazione e controllo delle decisioni idonee a prevenire il rischio di corruzione;
- prevedere con particolare riguardo alle attività individuate ai sensi della lettera a), obblighi di informazione nei confronti del responsabile, individuato ai sensi del comma 7, chiamato a vigilare sul funzionamento e sull'osservanza del piano;
- monitorare il rispetto dei termini, previsti dalla legge o dai regolamenti, per la conclusione dei procedimenti;

- monitorare i rapporti tra l'amministrazione e i soggetti che con la stessa stipulano contratti o che sono interessati a procedimenti di autorizzazione, concessione o erogazione di vantaggi economici di qualunque genere, anche verificando eventuali relazioni di parentela o affinità sussistenti tra i titolari, gli amministratori, i soci, i dipendenti degli stessi soggetti e i dirigenti e i dipendenti dell'amministrazione. L'azienda garantisce il massimo di trasparenza in ognuna delle fasi dei cicli di gestione della performance e inoltre prevede le modalità di verifica della sua attuazione.

ART. 56 - IL BILANCIO DI MISSIONE

Il bilancio di Missione è uno strumento per illustrare l'azione istituzionale delle Aziende Sanitarie e per sviluppare le relazioni fra di loro, con la Regione, e con le Conferenze territoriali sociali e sanitarie. Il documento rende conto dei risultati raggiunti dall'Azienda in rapporto agli obiettivi assegnati dalla regione e dalla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria; ha periodicità annuale, logicamente e funzionalmente coordinato con il bilancio di esercizio.

Con il Bilancio di Missione l'azienda si intende dotarsi di un processo di riforma della governance del sistema sanitario territoriale ed è connotato anche alla promozione della trasparenza delle azioni istituzionali del sistema e, quindi, anche di quello dell'azienda; perciò, accanto al bilancio di esercizio generato dalla contabilità economico-patrimoniale (che conserva il compito di illustrare come l'Azienda ha saputo rapportarsi col rispetto dei vincoli economico-finanziari) ci sarà un bilancio di missione che illustra come l'Azienda sanitaria risponde ai bisogni dei cittadini.

I principali soggetti di riferimento sono la Regione e le Conferenze Territoriali Sociali e Sanitarie senza per questo trascurare le relazioni istituzionali con altri portatori di interesse di particolare rilevanza (quali i professionisti, le formazioni sociali, le associazioni di volontariato, i comitati misti, ecc.) in considerazione del loro ruolo a tutela dell'interesse generale.

Il bilancio di missione si configura come lo strumento attraverso il quale è periodicamente possibile per gli interlocutori istituzionali verificare la graduale realizzazione degli obiettivi stabiliti nella pianificazione e programmazione locale.

ART. 57 - IL BILANCIO SOCIALE

Per responsabilità sociale si intende l'integrazione di preoccupazioni di natura etica all'interno della visione strategica dell'azienda; è una manifestazione della volontà di gestire efficacemente le problematiche d'impatto sociale, etico e di sostenibilità ambientale al loro interno e nelle zone di attività in ambito pubblico e di interconnessione con l'ambito privato attraverso una integrazione volontaria delle preoccupazioni **sociali e ecologiche** dell'azienda nelle scelte gestionali con un modello di governance allargata ai diversi portatori d'interesse.

Tra gli strumenti di responsabilità sociale il Bilancio Sociale rappresenta l'esito di un processo con cui l'amministrazione rende conto delle scelte, delle attività, dei risultati e dell'impiego di risorse dal punto di vista della sostenibilità sociale, ambientale ed etica delle scelte in modo da consentire ai cittadini e ai diversi interlocutori di conoscere e formulare un proprio giudizio su come l'amministrazione interpreta e realizza la sua missione istituzionale in questi ambiti.

ART. 58 – SOLUZIONI ORGANIZZATIVE FLESSIBILI PER L'ATTUAZIONE DI PIANI, PROGRAMMI E PROGETTI

Al fine di assicurare flessibilità, integrazione ed efficacia dell'organizzazione, l'Azienda promuove specifiche soluzioni organizzative orientate all'avvio e alla realizzazione di specifici piani, programmi e progetti.

Tali soluzioni flessibili, sotto forma di "gruppi operativi interdisciplinari", "programmi", *task forces*, "cantieri aziendali", sono finalizzate ad assicurare una unitaria programmazione, organizzazione e valutazione di processi organizzativi o di percorsi assistenziali, con riferimento ad aree problematiche di particolare interesse che richiedono competenze specifiche appartenenti a unità operative diverse, anche a livello interdipartimentale.

Con specifico riferimento all'integrazione dei percorsi assistenziali, il programma si configura come un'articolazione organizzativa trasversale che crea sinergie e relazioni funzionali tra unità organizzative in ragione della tipologia di prestazione/servizio erogata con integrazione e condivisione operativa per l'ottimizzazione delle risorse. Il Direttore Generale potrà istituire specifici programmi su percorsi assistenziali o per particolari target di popolazione con prioritario riferimento allo sviluppo dell'integrazione ospedale-territorio.

Con specifico riferimento al Piano di Rientro di cui alla DGR n. 124 del 27.02.2007, l'azienda istituisce un organismo straordinario dedicato all'attuazione e al monitoraggio del Piano.

Le *task forces* e i cantieri aziendali hanno carattere temporaneo; i Gruppi Operativi Interdisciplinari e i programmi, potranno assumere valenza temporanea o permanente in ragione delle finalità che ne hanno determinato la costituzione.

Attraverso il provvedimento di istituzione dello specifico programma, gruppo operativo interdisciplinare, cantiere, *task force*, è identificata la collocazione organizzativa dello stesso e la posizione organizzativa corrispondente nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti, in merito, dai Contratti Collettivi.

ART. 59 – IL SISTEMA DEI CONTROLLI

L'esplicitazione chiara e concreta a tutti i livelli di responsabilità dei risultati attesi e delle azioni e delle risorse necessarie a produrli mette a disposizione dei diretti responsabili e della struttura cui fanno riferimento significativi e validi indicatori di efficacia e di efficienza gestionale, in una prospettiva di autocontrollo e autoregolazione.

L'Azienda articola il proprio sistema di controlli interni in quattro funzioni, ed in particolare:

Il controllo strategico

Il controllo strategico mira a valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in termini di congruenza tra

risultati conseguiti ed obiettivi strategici aziendali, così come indicati dalla Regione Lazio e predefiniti nel Piano delle Performance, in una prospettiva multidimensionale (indicatori di qualità, di efficienza, di efficacia, di sviluppo organizzativo).

Tale tipologia di controllo, per la sua natura intrinseca, fa capo alla Direzione Aziendale, in un rapporto di confronto interno con il Collegio di Direzione, di partecipazione con la Conferenza Sanitaria Locale e di rendicontazione istituzionale alla Regione Lazio.

Così come delineato dalla normativa, spetta alla Regione determinare preventivamente in via generale i criteri di valutazione dell'attività dei direttori generali, con riguardo al raggiungimento degli obiettivi definiti dalla programmazione regionale e con particolare riferimento alla efficienza, efficacia e funzionalità dei servizi; all'atto della nomina, la Regione definisce ed assegna al Direttore Generale gli obiettivi di salute e di funzionamento da perseguire, aggiornandoli periodicamente.

Spetta al Direttore Generale predeterminare i criteri di valutazione dell'attività del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario, con riferimento al raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione e degli obiettivi definiti nel Piano Strategico Aziendale.

All'attività di valutazione e controllo strategico fornisce supporto all'OIV, struttura autonoma che opera in staff alla Direzione, alla quale riferisce gli esiti delle analisi effettuate.

Il controllo di gestione

Il controllo di gestione verifica il grado di raggiungimento degli obiettivi operativi, in termini di qualità, efficacia, efficienza ed economicità, al fine di ottimizzare il rapporto fra risorse e risultati, e tra risultati e obiettivi, dell'agire aziendale.

Il controllo di gestione è specificatamente correlato alla gestione dei singoli budget economici ed operativi negoziati con i titolari dei diversi Centri di Responsabilità. Il controllo di gestione si serve di alcuni strumenti quali la contabilità analitica, il monitoraggio del budget economico, il sistema di reporting, l'analisi degli scostamenti. Questi strumenti di analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati rilevando l'utilizzazione delle risorse nei processi produttivi dell'Azienda, consentono il controllo dei costi e delle attività - in termini quali/quantitativi - di funzionamento dei singoli centri operativi e la verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Nelle attività di monitoraggio e nella realizzazione del sistema informativo per il controllo di gestione, l'Azienda si attiene al rispetto delle direttive adottate dalla Regione Lazio così come citate nei DCA 56/2013.

Il controllo di regolarità amministrativa e contabile

Al controlli interni di verifica della legittimità, della regolarità e della correttezza dell'azione amministrativa provvede il Collegio Sindacale. Il controllo di regolarità amministrativa e contabile di norma non comprende verifiche da effettuarsi in via preventiva.

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

contemporaneamente costi, modi e tempi dell'azione amministrativa.

In conformità all'art. 9 della Legge Regionale n. 27 del 28 dicembre 2006, il Direttore Generale nomina un dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili dell'Azienda, da individuarsi all'interno della struttura aziendale ovvero da reperire tra i dirigenti della Regione.

Gli atti e le comunicazioni contabili dell'Azienda sono accompagnati da apposita dichiarazione scritta del dirigente preposto 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 nonché di ogni altra comunicazione di carattere contabile e finanziario. Al dirigente preposto sono conferiti dal Direttore Generale adeguati poteri e mezzi per l'esercizio dei compiti attribuiti. Il Direttore Generale e il dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili attestano con propria relazione, allegata al bilancio di esercizio l'adeguatezza e l'effettiva applicazione delle procedure, 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.

Il Controllo sulla Integrità ed i Valori Etici

Il Controllo sulla Integrità ed i Valori Etici ovvero la verifica che il comportamento e la condotta degli operatori siano conformi al sistema etico valoriale dell'Azienda, a quanto prescrivono norme e regolamenti e a quanto contenuto nel Codice Etico-Comportamentale.

Il Controllo di qualità

Il Controllo di qualità ovvero la valutazione e il miglioramento della qualità dei servizi sotto il profilo tecnico professionale relazionale organizzativo, ambientale ed economico.

Il Controllo delle prestazioni

Il Controllo delle prestazioni da intendersi come la verifica di quanto stabilito dai contratti di lavoro, le prestazioni del personale con qualifica dirigenziale nonché i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane ed organizzative ad esse assegnate.

La valutazione del personale

Il sistema di valutazione del personale rappresenta uno dei principali meccanismi attraverso i quali l'Azienda promuove la valorizzazione, la crescita e l'effettivo sviluppo di ogni persona all'interno dell'azienda nell'ambito del ruolo e degli obiettivi assegnati. Il processo di valutazione, sia della dirigenza che del personale del comparto, si basa su un modello definito e formalizzato con specifico Regolamento, a seguito di accordo con le rappresentanze dei lavoratori e in modo coerente con quanto definito dai contratti collettivi nazionali.

ART. 60 – I PROCESSI DI ACQUISTO

Nelle procedure di acquisizione l'Azienda garantisce il rispetto del principio costituzionale dell'imparzialità della Pubblica Amministrazione, con particolare riferimento alla garanzia di parità di condizioni tra le imprese candidate alle forniture. Garantisce inoltre che i criteri di valutazione delle offerte siano essenziali, correlati all'oggetto dell'acquisto, proporzionati all'entità della fornitura e tali da consentire l'accesso delle nuove imprese, in una logica d'imprenditorialità e innovazione tecnologica.

In conformità al principio giuridico di trasparenza dell'azione amministrativa, anche nell'ambito degli acquisti di beni e servizi in regime di diritto privato, l'Azienda riconosce ai fornitori che vi abbiano interesse il diritto di accesso agli atti alle condizioni e secondo le modalità previste dalla normativa.

Con proprio regolamento l'azienda disciplina il sistema delle procedure di effettuazione delle spese per l'acquisizione in economia di beni e servizi, in conformità alle disposizioni di cui all'art. 125 del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163.

La negoziazione deve essere caratterizzata da riservatezza, lealtà, equidistanza tra le parti e uso riservato delle informazioni ricevute dai concorrenti.

L'Azienda applica in via ordinaria, nei rapporti finalizzati all'acquisizione di beni e servizi, la procedura negoziata che garantisce la concorrenzialità tra i potenziali fornitori, ai sensi del decreto legislativo 12 aprile 2006, n. 163 "Codice dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture in attuazione delle Direttive 2004/17/CE e 2004/18/CE".

L'Azienda promuove inoltre forme di collaborazione con altre aziende sanitarie della Regione, in linea con quanto previsto dalla disciplina regionale in materia e con riferimento all'implementazione della Centrale Unica di Acquisto.

ART. 61 – LE SPERIMENTAZIONI GESTIONALI

Al fine di incentivare forme di collaborazione con soggetti pubblici (esempio Università), l'Azienda favorisce, nel rispetto delle normative vigenti in materia, la promozione di:

- sperimentazioni gestionali e organizzative al fine di ricercare più efficienti modelli di governo;
- nuove forme gestionali che consentano una maggiore flessibilità operativa e gestionale, funzionale sia al processo di aziendalizzazione, sia alla corrispondenza tra i bisogni espressi dai cittadini ed il loro soddisfacimento.

ART. 62 – LA LIBERA PROFESSIONE

L'Azienda favorisce, programma e controlla, secondo la normativa vigente, l'esercizio della libera professione quale strumento di potenziamento della capacità di risposta alla domanda sanitaria nella misura in cui:

- consente una più adeguata utilizzazione delle strutture e delle attrezzature, ottimizzando l'incidenza dei costi di struttura;

- concorre alla riduzione progressiva delle liste di attesa, costituendo attività aggiuntiva e non alternativa a quella istituzionale;
- costituisce una potenziale fonte di autofinanziamento per l'Azienda, essendo necessario il pieno reintegro dei costi sostenuti.

L'esercizio dell'attività libero-professionale, strettamente correlato alla struttura che ne consente l'operatività, costituisce:

- a) un Incentivo professionale ed economico per i professionisti;
- b) un'occasione di valorizzazione del ruolo aziendale;
- c) uno strumento alternativo offerto all'assistito per la scelta delle strutture e dei professionisti eroganti le prestazioni, nell'ambito di un meccanismo di libero mercato idoneo a favorire competizione tra le strutture pubbliche e le strutture private.

Con specifico Regolamento, in conformità con la normativa vigente e le indicazioni dei contratti collettivi nazionali di lavoro, in applicazione dell'atto di indirizzo e coordinamento di cui al D.P.C.M. 27 marzo 2000 e ispirandosi alle linee guida regionali, l'Azienda definisce le modalità organizzative per l'esercizio dell'attività libero professionale.

TITOLO 8 – SVILUPPO CONTINUO DELLE PROFESSIONALITÀ

ART. 63 – IL PATRIMONIO PROFESSIONALE DELL'AZIENDA

Ogni operatore, all'interno dell'Azienda, svolge un **ruolo specifico**, implicitamente o esplicitamente definito, nei rapporti con altri operatori o soggetti interni e/o esterni all'Azienda stessa che si concretizza nel:

- assumere un comportamento coerente con la propria professionalità ed il ruolo assegnato nel rispetto delle direttive definite dal responsabile diretto;
- gestire processi, quale combinazione di attività e operazioni elementari, dei quali si assumono le responsabilità dei risultati specifici;
- svolgere compiti e funzioni relative alla gestione o alla partecipazione ad iniziative di carattere progettuale;
- sviluppare competenze e capacità professionali.

L'insieme delle competenze organizzative e professionali di tutto il personale dell'Azienda costituisce un patrimonio intangibile fondamentale per il perseguimento della missione e delle finalità istituzionali.

Per valutare, valorizzare e sviluppare il capitale immateriale e il patrimonio professionale, l'Azienda si dota di sistemi e strumenti di:

- valutazione;
- attribuzione di incarichi e di responsabilità;
- gestione per obiettivi;
- formazione permanente;
- sviluppo delle competenze professionali ed organizzative nel rispetto della normativa contrattuale e

avvalendosi del contributo delle Organizzazioni Sindacali.

Nell'ambito della struttura organizzativa dell'Azienda, a ciascun dipendente è assegnato un ruolo preciso e una posizione individuale all'interno della struttura di assegnazione, secondo i criteri di conferimento e assegnazione degli incarichi previsti dallo specifico regolamento aziendale.

ART. 64 – IL SISTEMA DI VALUTAZIONE

Attraverso la valutazione l'Azienda si prefigge alcuni risultati legati alla valorizzazione e alla gestione delle Risorse Umane:

- creare consapevolezza;
- coinvolgere i professionisti;
- affidare a ciascuno un ruolo preciso;
- disporre di dati e fatti nel rapporto con il singolo professionista;
- definire il piano personale di sviluppo.

La valutazione dei risultati conseguiti è volta alla verifica della rispondenza degli stessi con gli obiettivi concordati, a comprendere le cause degli eventuali scostamenti e ad individuare i punti di forza e di debolezza allo scopo di supportare i processi di programmazione futuri. La valutazione dei risultati, in questo caso, è anche utilizzata allo scopo di supportare il **sistema premiante** aziendale nelle modalità e sulla base dei principi generali e i criteri definiti dalla normativa vigente, dai CCNL e degli accordi aziendali.

Il sistema si pone come obiettivo la piena realizzazione delle Risorse Umane, al fine di sopperire ai fabbisogni futuri dell'Azienda e di assicurarne la disponibilità, al suo interno, di personale in grado di assumere le diverse responsabilità, inoltre, di assicurare ai dipendenti chiarezza ed equità delle opportunità e dei percorsi.

L'attività di valutazione, per gli effetti da questa prodotta rispetto a quanto previsto a livello contrattuale, è oggetto di specifica regolamentazione a livello aziendale.

ART. 65 – LO SVILUPPO DELLE COMPETENZE E LA FORMAZIONE

L'Azienda promuove lo sviluppo di specifici strumenti quali:

- la definizione dei ruoli individuali: per la dirigenza nell'ambito dell'attribuzione degli incarichi e, per il personale del comparto, in ruoli definiti per categorie omogenee di operatori;
- la definizione del piano individuale di sviluppo, che individua per ogni ruolo il tipo di competenze necessarie (curriculum formativo ed esperienza maturata sul campo) e, quindi, il percorso professionale che ciascun operatore deve compiere per poterle occupare partendo dalle competenze e capacità effettivamente maturate;
- *Il lifelong learning*: l'attività di aggiornamento e formazione non si esaurisce in una sequenza, anche organizzata, di momenti puntuali di acquisizione di conoscenze o competenze ma, piuttosto, come programma sistematico e continuativo di sviluppo delle professionalità che coinvolge tutti gli operatori interessati durante l'intera durata della loro carriera lavorativa. In tale ambito particolare rilevanza

- dovrà avere l'attività di audit, da gestire in modo sistematico, anche alla luce delle evidenze derivanti dal monitoraggio dei processi;
- il ciclo di miglioramento continuo: allo scopo di sviluppare le professionalità aziendali, è definito un sistema di indicatori rispetto ai quali abbinare standard utili per la valutazione sistematica dell'operato svolto e per favorirne il miglioramento continuo. Allo scopo di rendere gli standard compatibili alle caratteristiche specifiche dell'Azienda, gli stessi sono oggetto di definizione, nel rispetto dei principi della medicina basata sulle prove di efficacia, con il diretto coinvolgimento dei professionisti interessati;
- l'autovalutazione: il completamento del complessivo sistema di miglioramento delle professionalità deve basarsi sullo sviluppo di capacità di autovalutazione critica rispetto all'operato svolto dal singolo.

Nell'ottica dello sviluppo continuo delle competenze e delle professionalità, l'Azienda si dota di uno specifico **Piano Formativo Aziendale**; esso è costituito:

- dalle attività formative annualmente pianificabili sulla base di obiettivi formativi nazionali, regionali e aziendali e della rilevazione di fabbisogni formativi trasversali e strategici;
- da iniziative promosse dall'Azienda sulla base della rilevazione di fabbisogni formativi ulteriori;
- dall'offerta formativa dinamicamente costituita nel corso dell'anno, selezionata in coerenza con gli obiettivi formativi nazionali, regionali ed aziendali.

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

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

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

ART. 66 – TIPOLOGIA DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI

L'Azienda adotta una prassi di affidamento degli incarichi ai dirigenti che prevede, preliminarmente, l'elaborazione del profilo professionale richiesto dalla posizione da ricoprire, per indirizzare la selezione del candidato verso la scelta più appropriata. In linea di massima tale profilo è definito dalle capacità di:

- programmare e gestire le risorse umane, percependone e analizzandone esigenze, potenzialità, vocazioni e quelle economico-finanziarie, organizzative, tecnologiche per la realizzazione degli obiettivi della struttura assegnata;
- integrare la propria posizione e il servizio presidiato con il sistema aziendale, per garantire

l'efficace funzionamento dell'Azienda nel suo complesso, oltre che dell'ambito organizzativo di "competenza";

- instaurare un sistema organizzativo e un sistema di relazioni con gli utenti in grado di garantire il rispetto dei diritti, dei bisogni, delle aspettative dei cittadini, basato su flussi trasparenti e sistematici di informazioni utili all'orientamento nei consumi, alla partecipazione collaborativa ed al consenso;
- affrontare e risolvere in modo positivo i problemi riscontrati (*problem solving*), anche proponendo soluzioni innovative;
- operare in modo massimamente efficace nell'area specifica di affidamento dell'incarico (competenze tecnico-specialistiche).

L'affidamento degli incarichi dirigenziali ha luogo dopo aver effettuato la graduazione delle strutture e delle funzioni dirigenziali, tenendo separate le due possibilità di "carriera" professionale e gestionale, fatti salvi i possibili passaggi fra di esse nel rispetto ed in applicazione della normativa vigente.

Gli **incarichi gestionali** si distinguono per il riferimento a strutture semplici e strutture complesse mentre quelli professionali si distinguono in professionali ad alta specializzazione, professionali e professionali di base.

Per incarichi di **direzione di struttura complessa**, in base all'art. 27, comma 1, lettera a) CCNL 2000, si intendono quelli relativi a strutture di livello aziendale ed a Unità Operative complesse sempre caratterizzate da autonomia di budget e responsabilizzazione sui risultati di gestione conseguiti, in via diretta, nei confronti del Direttore Generale, ovvero tramite i Direttori delle strutture di livello superiore.

Per incarichi di **direzione di struttura semplice** con autonomia organizzativa (art.27 comma 1 lettera b) CCNL 2000), si intendono le articolazioni interne alle strutture complesse o al dipartimento/distretto, e naturalmente dotate di responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie (art.27 comma 3 CCNL 2000). All'interno della fascia di responsabilità riferita alle strutture semplici vengono individuati due diversi gradi o livelli di complessità:

- **Unità Operative semplici dipartimentali (UOSD)/distrettuali** (art. 27 comma 7 CCNL 2000): UU.OO. Semplici dotate di responsabilità diretta di gestione di risorse umane, tecniche o finanziarie le cui attività sono direttamente riferibili al dipartimento o al distretto;
- **Unità Operative semplici interne ad Unità Operative complesse** (art. 27 comma 7 CCNL 2000): Articolazioni interne ad UU.OO. Complesse, a condizione che siano anch'esse dotate di autonomia di responsabilità di gestione di risorse umane condivise, tecniche o finanziarie.

Gli incarichi dirigenziali di **natura professionale** sono articolati in:

- incarichi professionali ad alta specializzazione;
- incarichi professionali;
- incarichi professionali di base.

L'Azienda disciplina con apposito **Regolamento** da sottoporre alla concertazione con le Organizzazioni Sindacali le modalità di affidamento, cambiamento e revoca degli incarichi delle strutture e degli incarichi professionali.

ART. 67 – GRADUAZIONE, ATTRIBUZIONE E REVOCA DEGLI INCARICHI

L'Azienda, con proprio **Regolamento** da sottoporre alla concertazione con le Organizzazioni Sindacali, esplicita i criteri per la graduazione delle funzioni e per la pesatura degli incarichi di struttura e professionali.

Per il conferimento e la revoca degli incarichi, l'Azienda tiene conto delle procedure previste dalla normativa vigente, delle disposizioni del d.lgs. n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni e dei Contratti collettivi nazionali di lavoro e quanto previsto dal DCA U00259 agosto 2014.

L'Azienda, previa consultazione delle Organizzazioni Sindacali, con le quali vengano fissati i criteri, adotta uno specifico Regolamento che disciplina l'affidamento e la revoca degli incarichi.

Nel formulare i criteri per l'affidamento degli incarichi, l'Azienda valorizza quegli aspetti che consentono di connotare ciascun incarico da conferire. 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.

ART. 68 – DELEGHE, AVOCAZIONE, AUTOTUTELA E RECESSO

Alcuni degli incarichi dirigenziali, conferiti secondo le procedure di cui sopra, sono caratterizzati anche dall'attribuzione di specifiche funzioni e compiti di natura gestionale, di indirizzo e controllo, relativamente ai rispettivi ambiti di responsabilità. Ne conseguirà, altresì, l'attribuzione diretta a tali dirigenti della competenza all'adozione degli atti connessi alle specifiche funzioni.

Il soggetto delegato ha la piena responsabilità, a qualsiasi effetto interno ed esterno all'Azienda, degli atti compiuti. La Direzione Aziendale si riserva comunque la possibilità di intervento diretto in caso di inerzia del delegato e di illegittimità o inopportunità dell'atto.

In caso di ritardo o di mancato esercizio delle funzioni attribuite al dirigente, il Direttore Generale, con atto motivato, potrà avocare a sé gli atti di competenza del medesimo. Il potere di autotutela, in caso di adozione di atti o di comportamenti difforni dagli obiettivi aziendali o in contrasto con la corretta ed economica gestione delle risorse, sarà di competenza del Direttore Amministrativo o del Direttore Sanitario, nell'ambito dei rispettivi poteri di direzione. Per tutte le ipotesi di recesso per parte aziendale, si rinvia alle disposizioni normative ed alla disciplina collettiva vigente al momento del recesso stesso.

TITOLO 9 – NORME FINALI E TRANSITORIE E RINVIO AD ATTI ED ALLEGATI

ART. 69 – NORME FINALI E TRANSITORIE

Il presente Atto Aziendale, fondato secondo i canoni di diritto privato, fornisce l'illustrazione dei principi ispiratori dell'azione dell'Azienda, delle garanzie che s'intendono assicurare all'utenza, nonché dei termini generali nei quali si sostanzia l'assetto organizzativo dell'Azienda.

In ogni deliberazione o altro provvedimento aziendale successivo che riguardi anche indirettamente l'assetto organizzativo dell'azienda (es. affidamento incarichi), si dovrà attestare che la statuizione è conforme alle previsioni dell'Atto Aziendale, citandone il punto e/o la pagina di pubblicazione sul BURL. Ogni variazione alle declinazioni operative derivate dal presente Atto Aziendale (es. regolamenti attuativi) non ne richiede la modifica.

La modifica del presente Atto dovrà avvenire nel rispetto delle normative regionali vigenti.

L'azienda si impegna a modificare l'atto stesso per quanto concerne la rete assistenziale e i correlati assetti organizzativi e modelli funzionali, in stretto riferimento ai provvedimenti che la Regione adotterà e nei tempi e nei modi da essa indicati.

ART. 70 – ATTI ALLEGATI

In documenti allegati al presente atto, e di questo parte integrante e sostanziale, si definiscono i seguenti aspetti di dettaglio:

1. elenco e articolazione delle strutture organizzative complesse e delle strutture organizzative semplici dipartimentali, con l'organigramma delle singole macrostrutture (**allegato 1**)
2. funzionigramma delle macrostrutture aziendali (**allegato 2**)
3. definizione dei Centri, Percorsi e Reti e relative schede di sintesi (**allegato 3**)

ART. 71 – RINVIO A REGOLAMENTI

Al fine di una corretta e completa attuazione dell'Atto Aziendale, l'Azienda procede all'adozione di Regolamenti Interni, che dovranno essere adottati entro tre mesi dall'adozione dello stesso, nelle seguenti materie:

- Regolamento Affidamento, revoca e valutazione incarichi;
- Regolamento Relazioni sindacali;
- Regolamento Budget e sistema premiante;
- Regolamento Collegio di Direzione;
- Regolamento Consiglio dei Sanitari;
- Regolamento Comitato unico di Garanzia;
- Regolamento O.I.V.;
- Regolamento dell'Internal Auditing;
- Regolamento Frequenze volontarie a scopo didattico;

- Regolamento ALPI;
- Regolamento per le modalità di funzionamento dei dipartimenti e dei distretti;
- Regolamento di modalità di funzionamento del CUG e degli organismi individuati nell'atto aziendale;
- Regolamento delle procedure di controllo interno;
- Regolamento di contabilità:
 - ciclo attivo e passivo
 - tesoreria
 - redazione dei bilanci
- Regolamento Mobilità Internazionale e Linee guida per cittadini comunitari e extra comunitari presenti in Italia;
- Regolamento per la liquidazione e contratto strutture accreditate (comprese le ex art.26);
- Regolamento appropriatezza del ricoveri nelle strutture Accreditate (comprese le ex art.26);
- Regolamento della commissione di Valutazione Multidimensionale per l'applicazione delle rete R.I.T.H.A (Reca, UVM e strutture Accreditate);
- Regolamento Commissioni di gara (lavori ed approvvigionamenti);
- Regolamento per l'accertamento della infungibilità del prodotto;
- Regolamento delle procedure d'acquisto;
- Regolamento di funzionamento dei Dipartimenti;
- Regolamento di funzionamento dei Distretti;
- Regolamento di funzionamento del PUA (condivisione tra Enti locali e ASL);
- Regolamento per il funzionamento/coordinamento dell'integrazione Socio Sanitaria;
- Regolamento per la commissione del Prontuario terapeutico aziendale.

L'Azienda potrà adottare altri regolamenti interni per l'organizzazione di specifici settori di attività in attuazione della normativa nazionale e regionale in materia di prevenzione e sicurezza del lavoro, di protezione e sicurezza dei dati personali, di semplificazione amministrativa.

I regolamenti aziendali sono pubblicati sul sito internet aziendale e sul portale regionale della sanità.



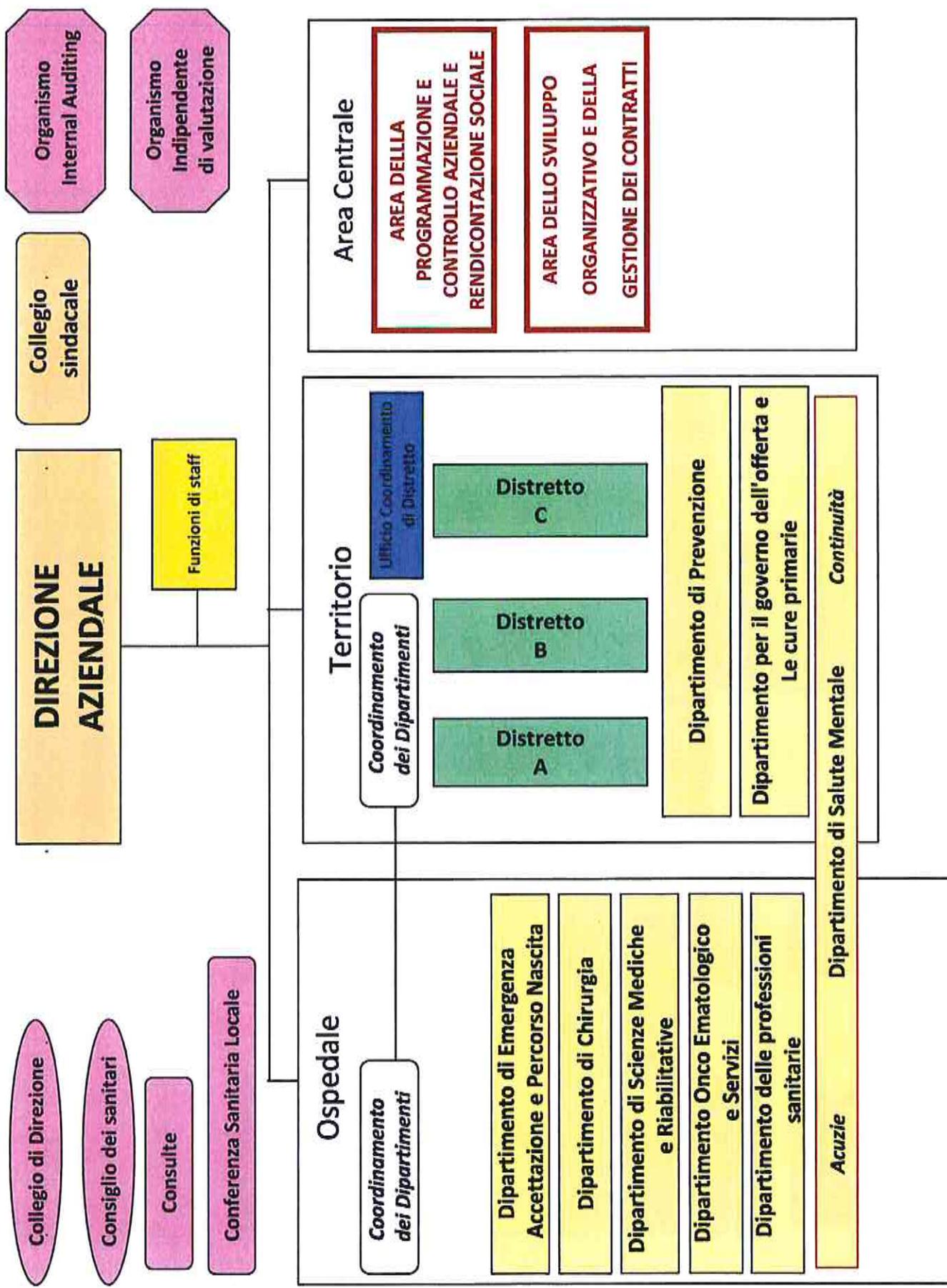
Allegati

Allegato 1

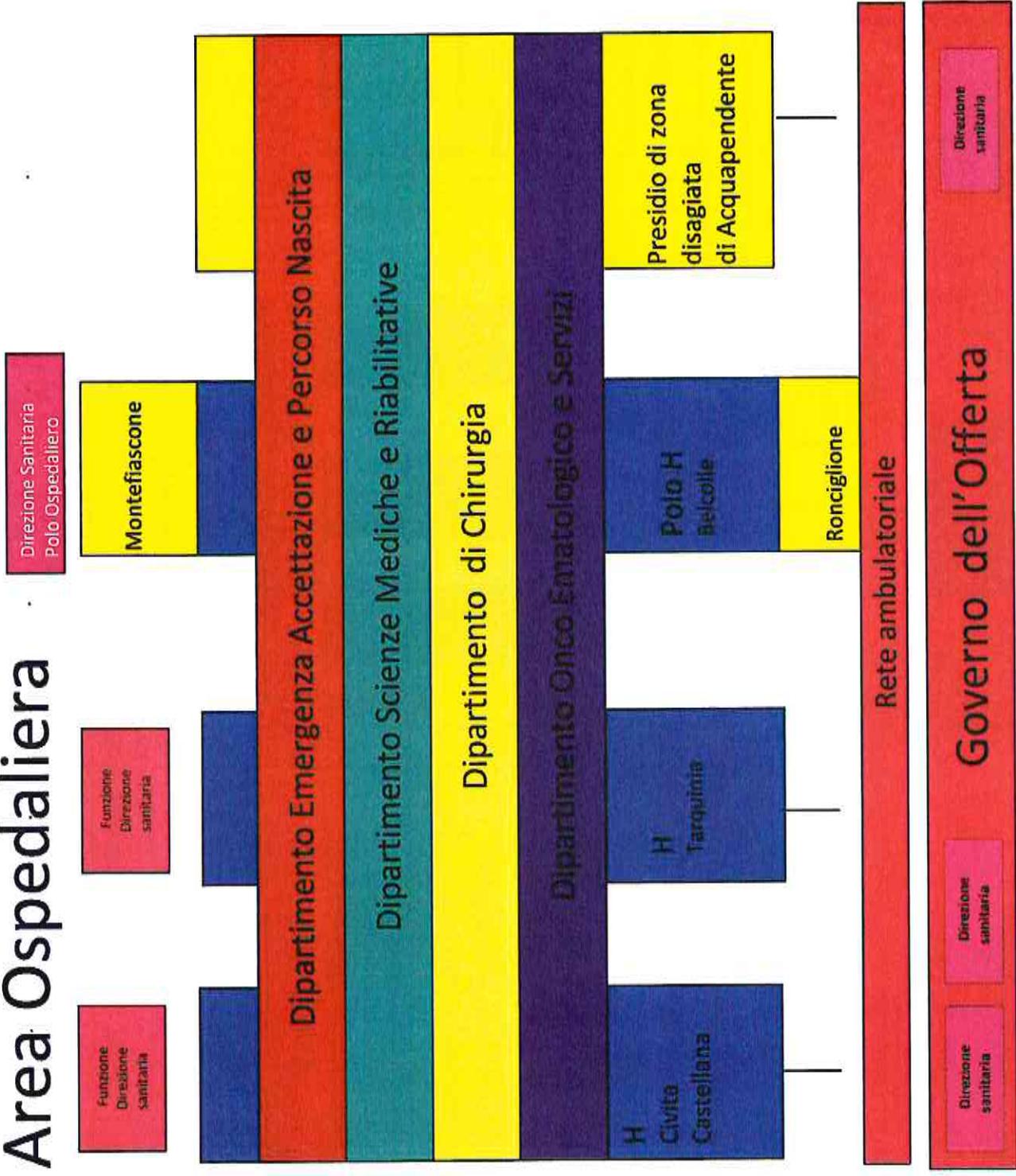
Organigramma

Uoc: 64

Uosd: 34



Area Ospedaliera



Direzione Strategica

Organismo
Indipendente
di valutazione

Organismo
Internal Auditing

Responsabile
Della Anticorruzione

Responsabile
Della Trasparenza

Area della Programmazione Controllo Aziendale e della Rendicontazione Sociale

UOC Programmazione e Gestione Controllo di Gestione Bilancio e Sistemi Informativi

UOC Programmazione e Gestione dell'offerta Accreditati

UOC Ingegneria Clinica

UOC Affari Generali e Relazioni Esterne

HTA

RISK MANAGEMENT *

Area dello Sviluppo Organizzativo e Gestione dei Contratti

UOC Politiche e Gestione delle Risorse Umane

UOC Governo delle professioni sanitarie

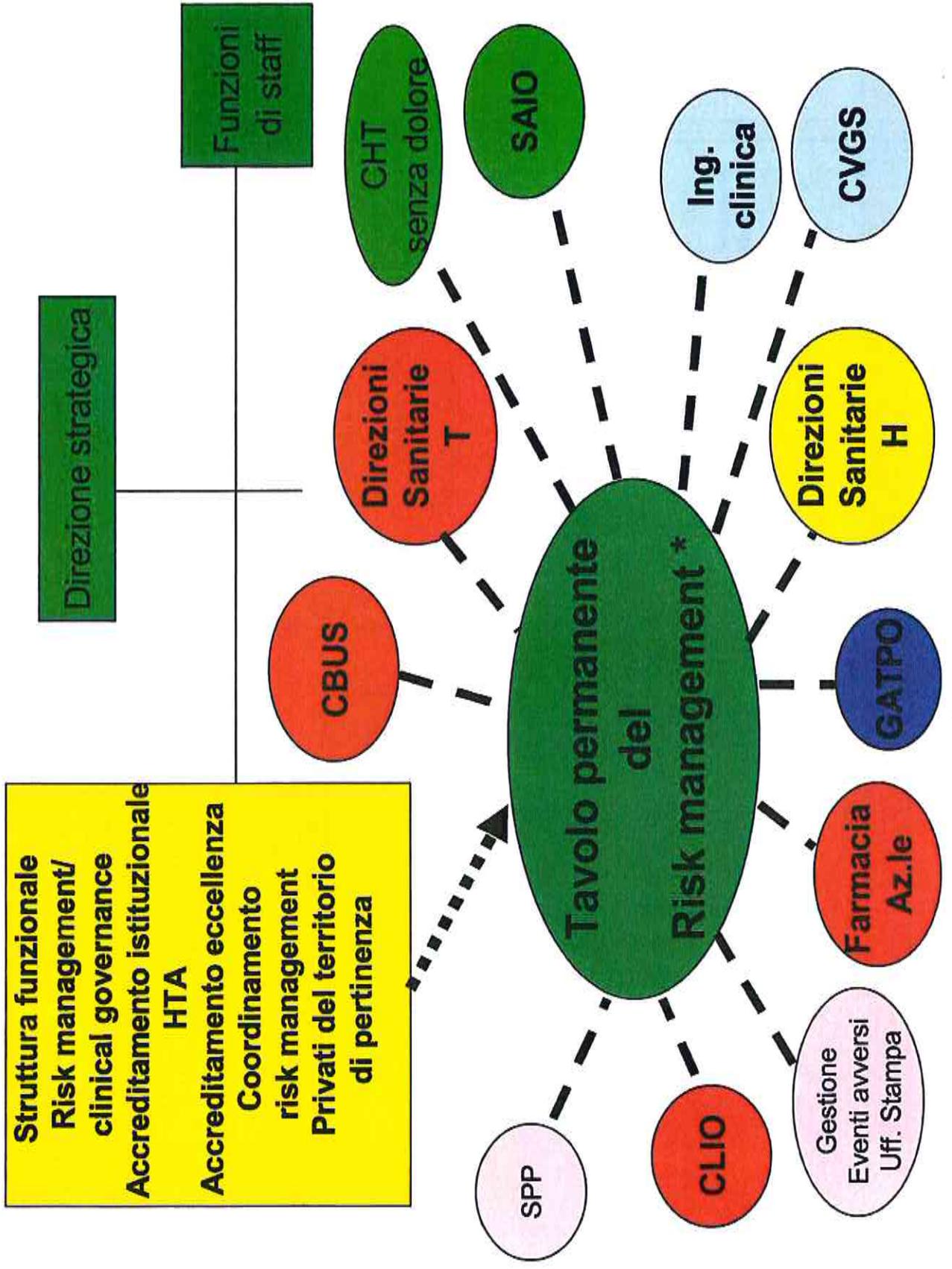
UOC Direzione Sanitaria Polo Ospedaliero

UOC Farmacia Aziendale *

UOC Politiche e Gestione del patrimonio Immobiliare, Implantistico e sviluppo dei Sistemi Informativi e della sicurezza

UOC e-Procurement

* Vedi Snodi organizzativi



Struttura funzionale
 Risk management/
 clinical governance
 Accreditamento istituzionale
 HTA
 Accreditamento eccellenza
 Coordinamento
 risk management
 Privati del territorio
 di pertinenza

Direzione strategica

Funzioni di staff

SPP

CLIO

Gestione
 Eventi avversi
 Uff. Stampa

Farmacia
 Az.le

GATPO

Direzioni
 Sanitarie
 H

Ing.
 clinica

CVGS

SAIO

CHT
 senza dolore

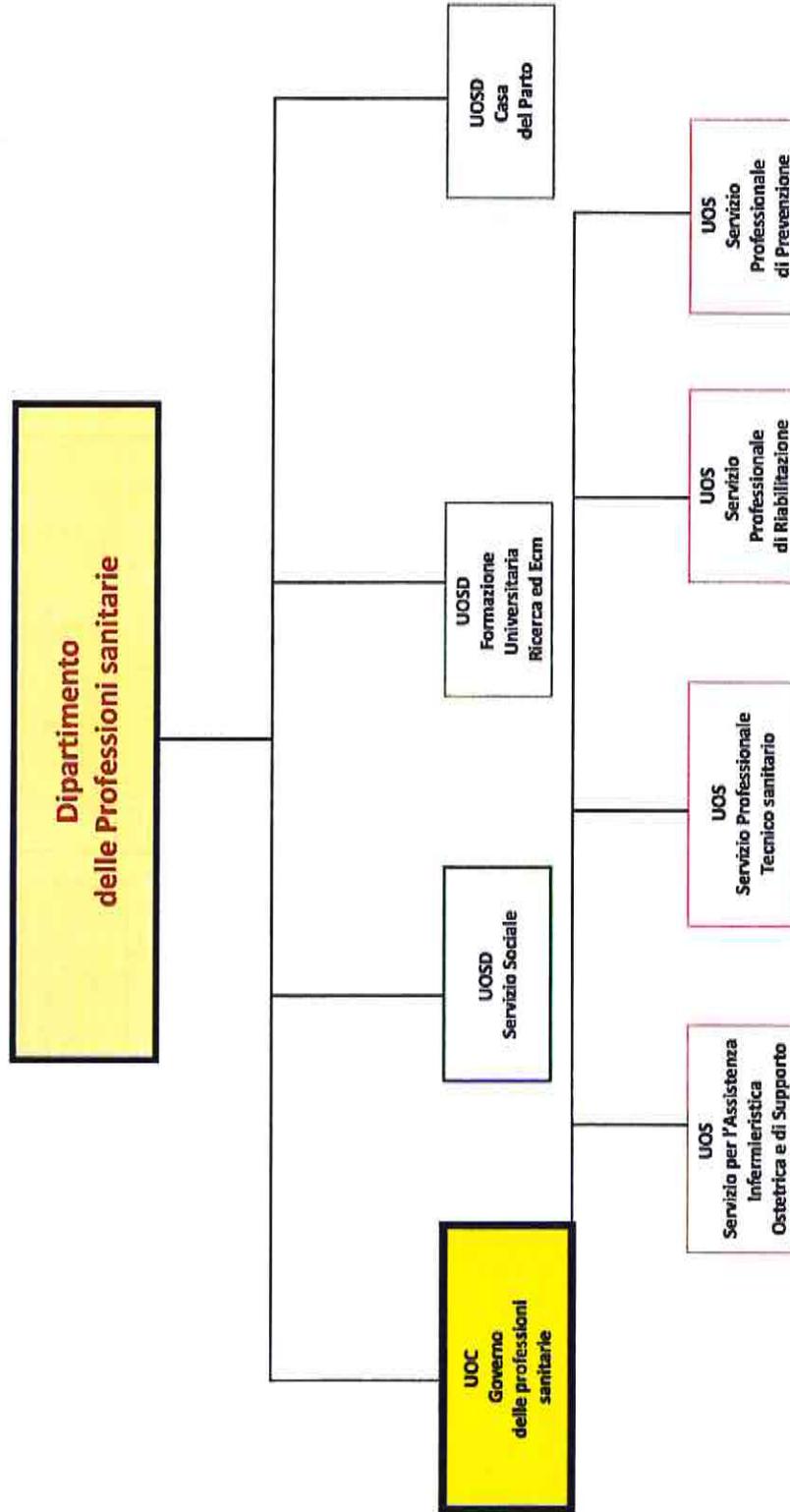
Direzioni
 Sanitarie
 T

CBUS

Tavolo permanente
 del
 Risk management*

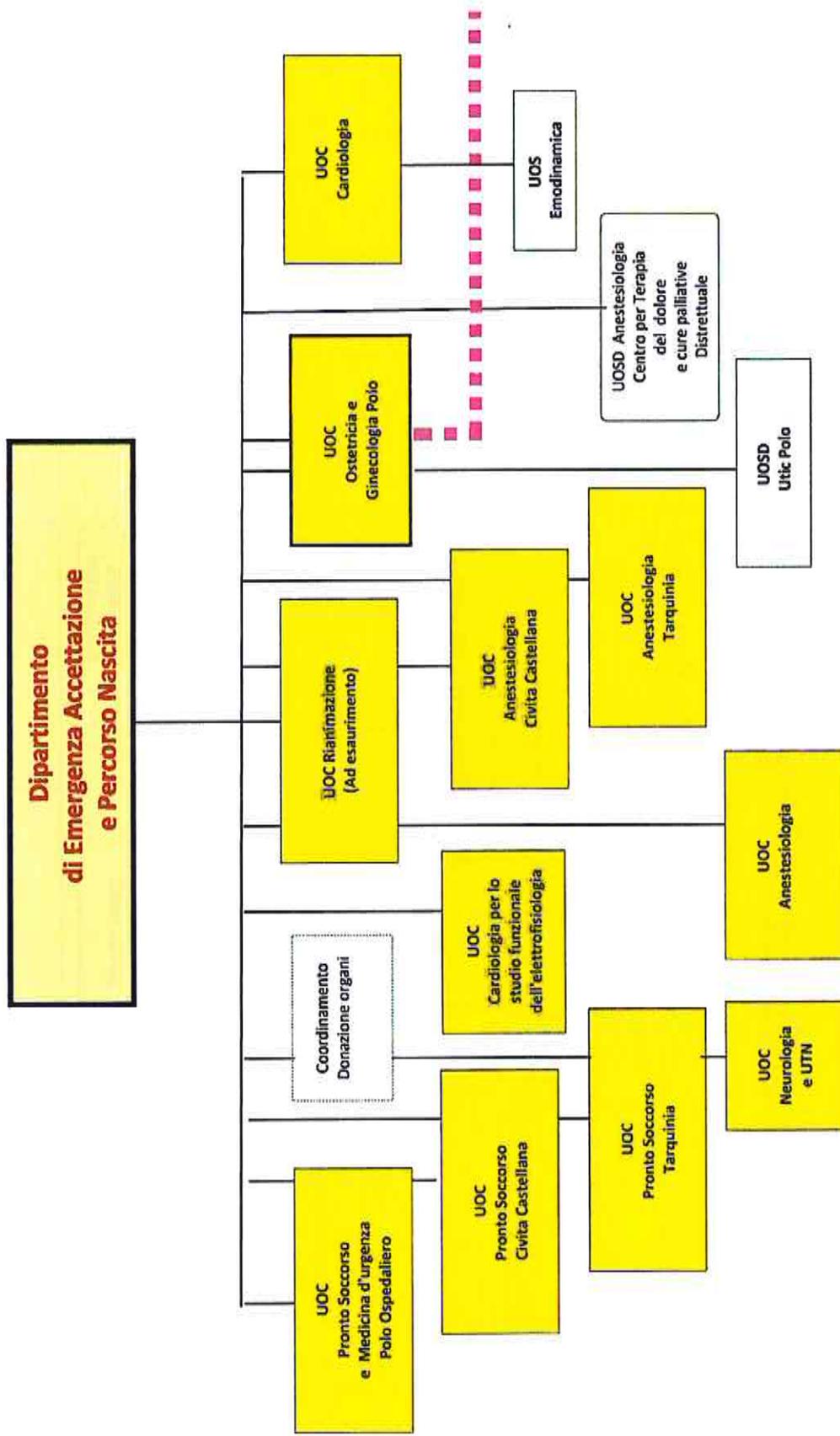
Dipartimento delle Professioni sanitarie

Articolazione delle UOC



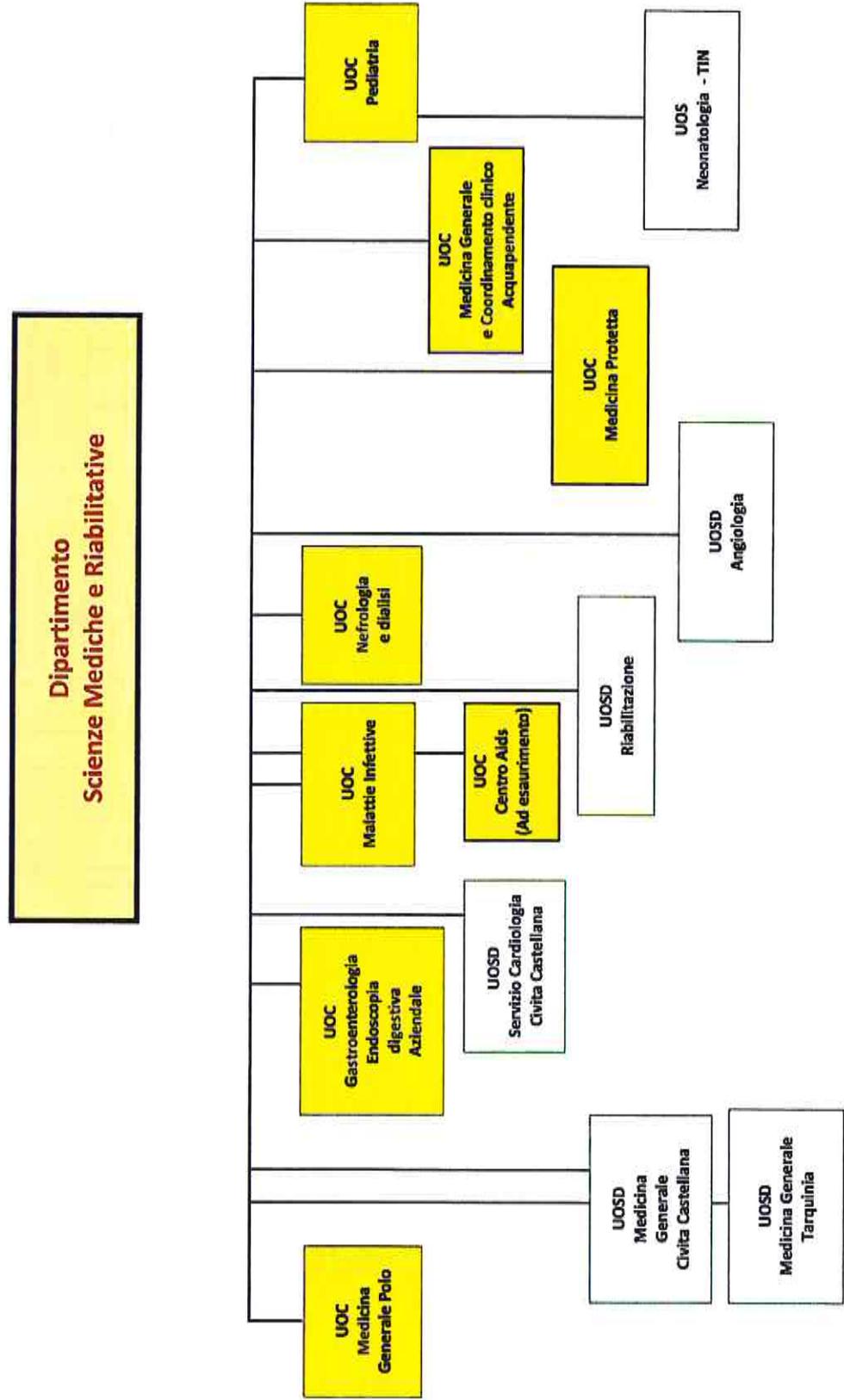
Dipartimento di Emergenza Accettazione e Percorso Nascita

Articolazione delle UOC



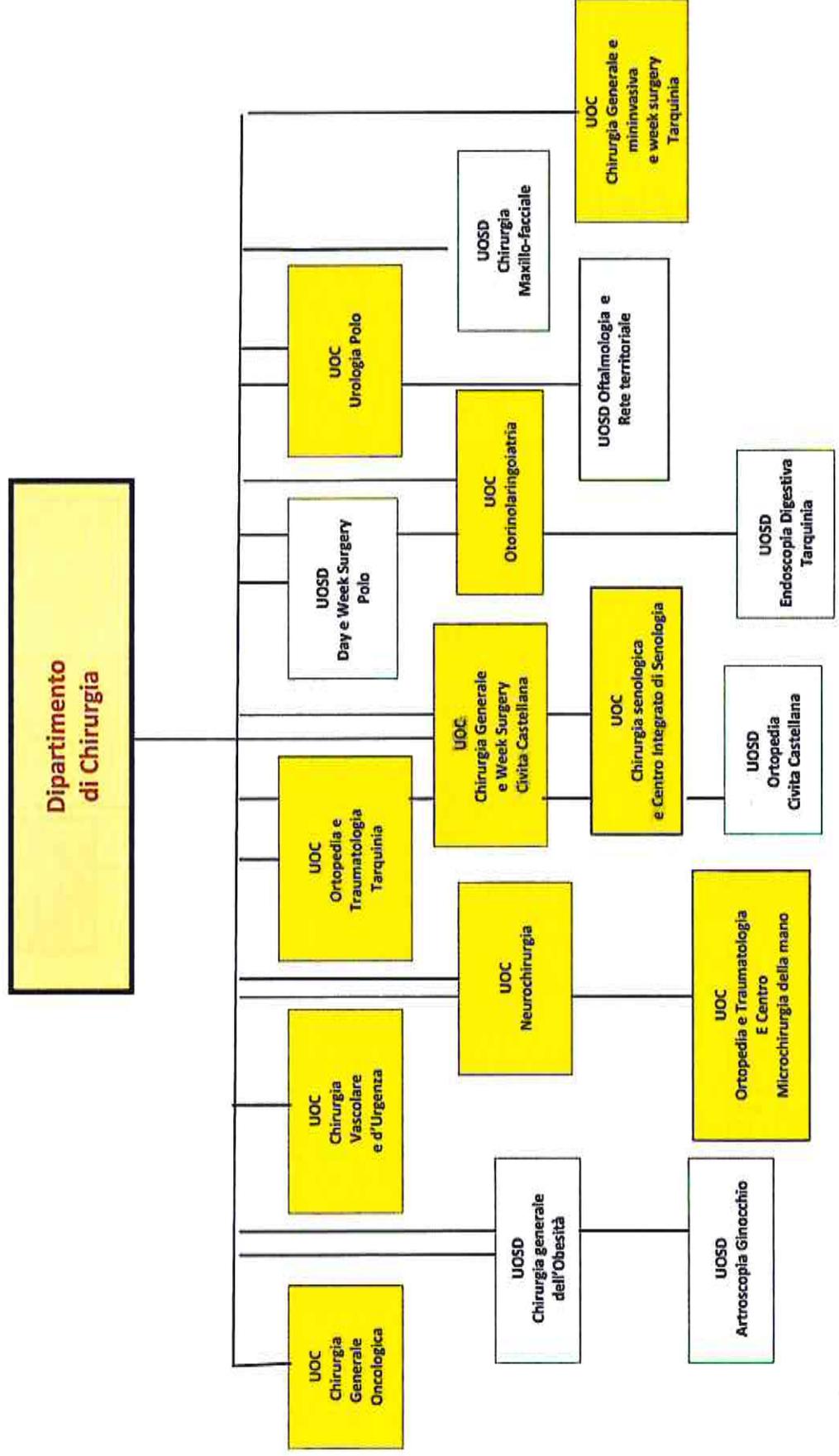
Il Dipartimento Scienze Mediche e Riabilitative

Articolazione delle UOC e delle UOSD



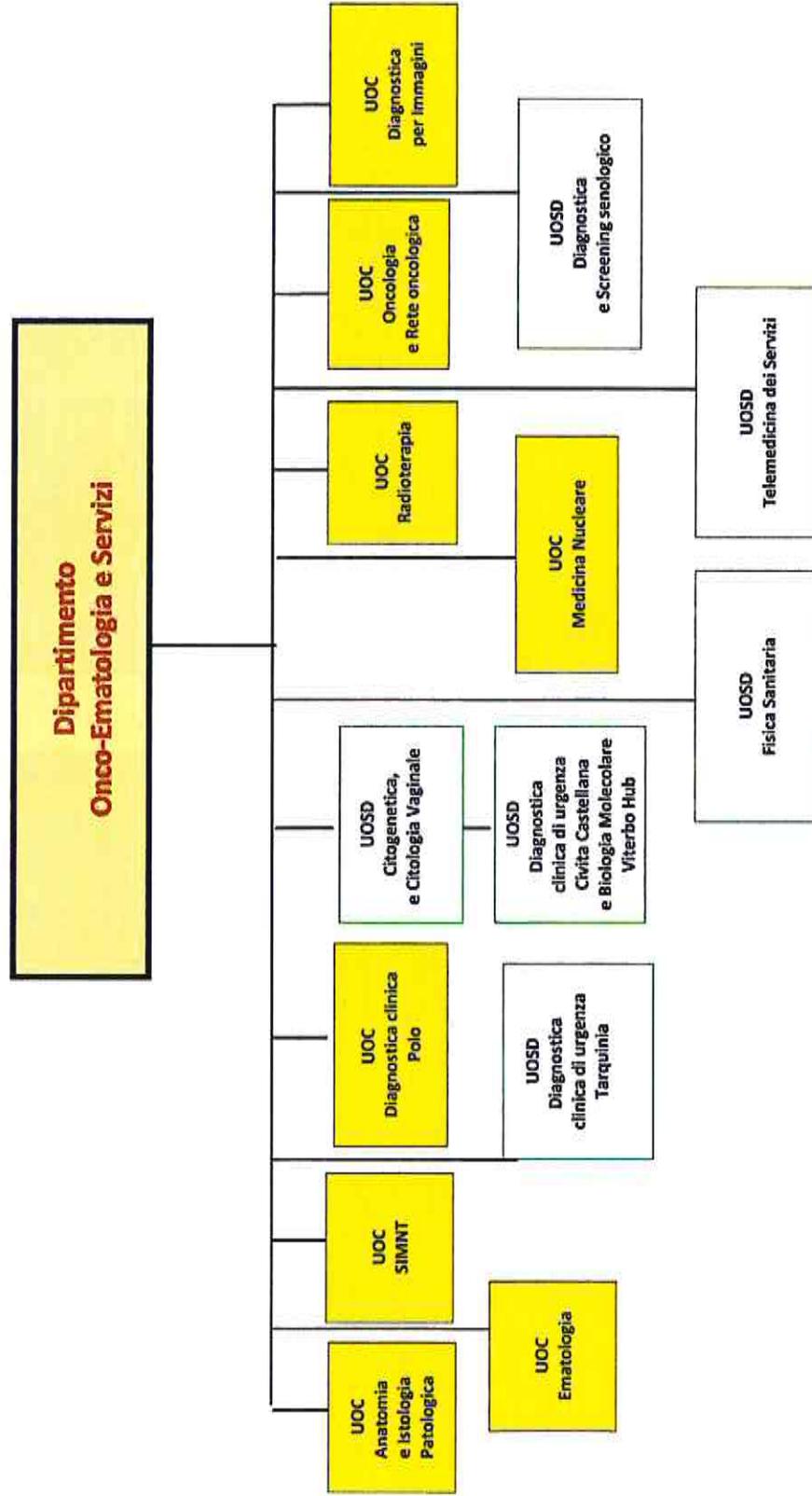
Il Dipartimento di Chirurgia

Articolazione delle UOC e delle UOSD

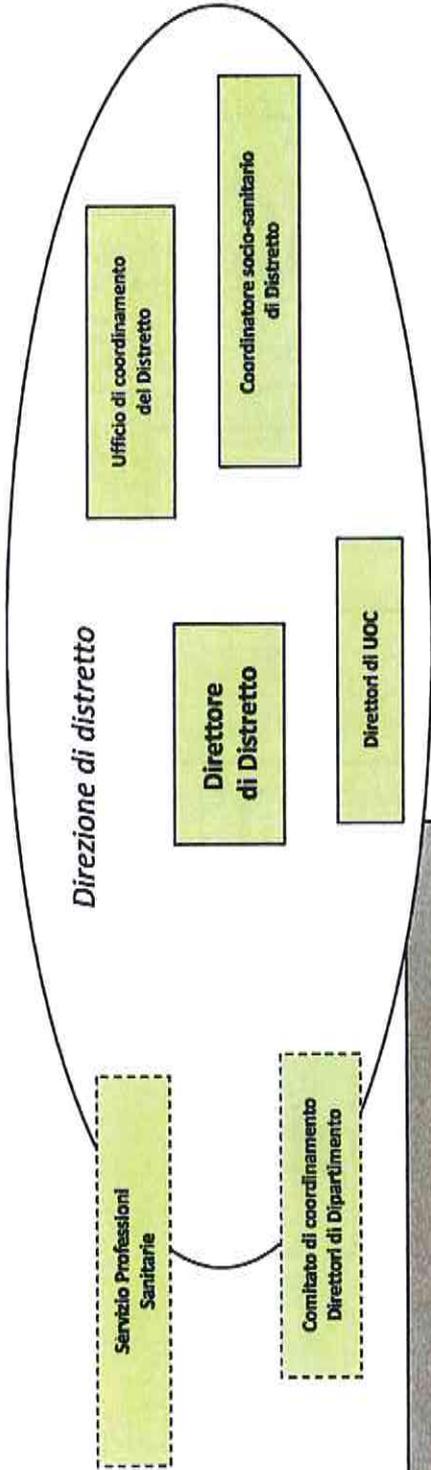


Il Dipartimento Onco-Ematologia e servizi

Articolazione delle UOC e delle UOSD



Il modello di Distretto



UOC
Governare la domanda e Distribuzione delle risorse

Garante di:

- valutazione dei bisogni della popolazione
- programmazione interventi
- stima del fabbisogno
- committenza
- Piani Attuativi Locali
- elaborazione percorsi
- cura i rapporti con Enti Locali
- Gestione del budget e promozione della corretta allocazione delle risorse sui livelli assistenziali
- Costruzione del budget per percorso
- Sviluppo e monitoraggio dell'appropriatezza ed efficacia delle cure(esiti)
- Sviluppo dei sistemi di gestione e rendicontazione ai cittadini
- Sviluppo delle modalità di integrazione sociale e sanitaria

UOC
Governare l'offerta presa in carico e Cure primarie

Garanzia di efficienza e qualità su:

- sportello/CUP/liste d'attesa
- ambulatori di I e II liv. territ
- Case della salute
- Funzionamento della UVM: come regia per la presa in carico
- sviluppo modello ADI per casi complessi
- sviluppo della comunità del MMG
- pal
- consultori familiari
- Immigrazione
- medicina legale
- riabilitazione territoriale
- dipendenze
- Tutela Salute Mentale
- Riabilitazione
- Età Evolutiva e Disabili Adulti
- Centro Vaccinazioni attività vaccinale
- cure palliative

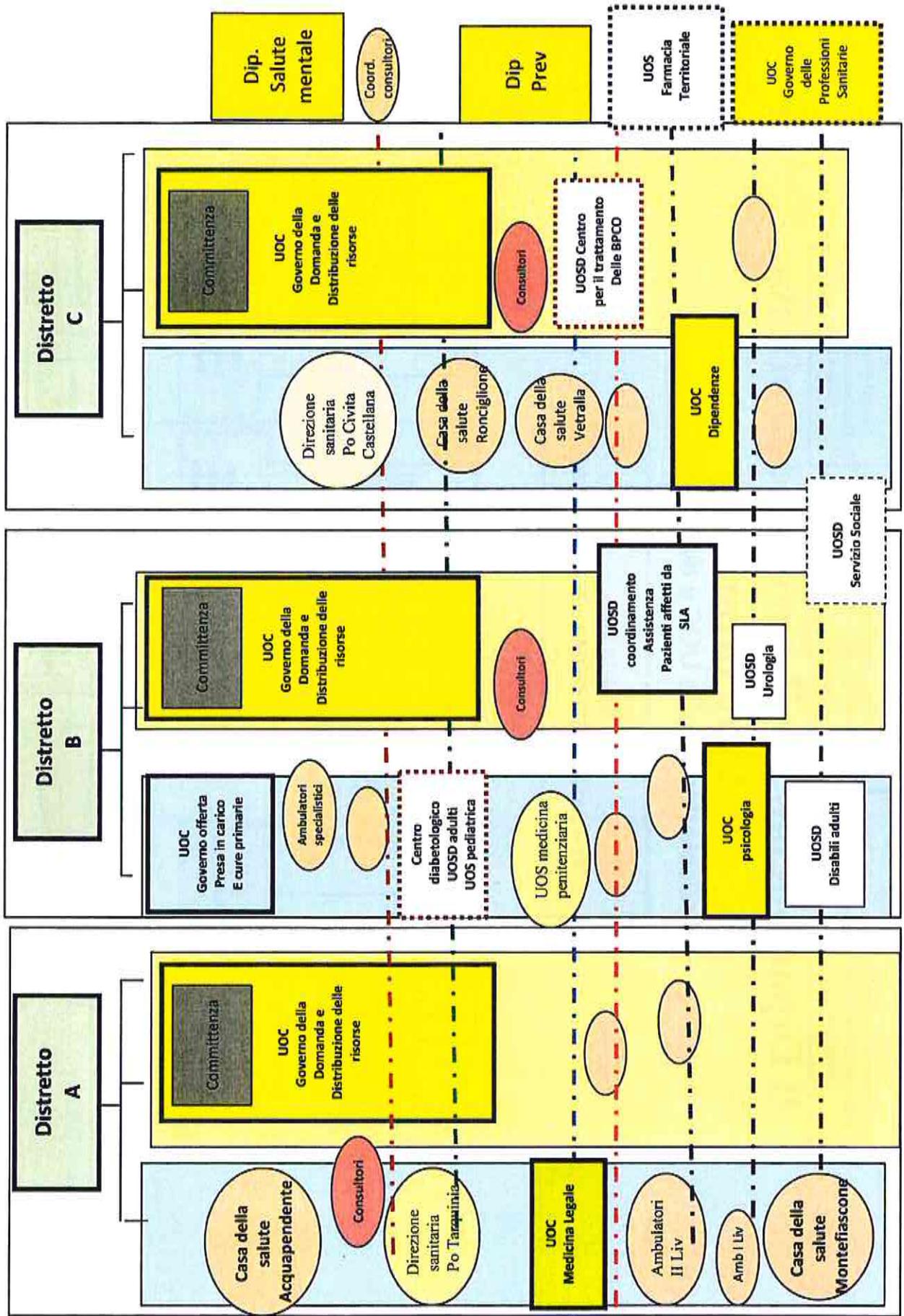
Direzione sanitaria prestidigenitrici

Servizi direttamente gestiti

Servizi "a matrice" con le relative UOC territoriali

Competenze igienico organizzative sanitarie

I Distretti: visione d'insieme e distribuzione territoriale



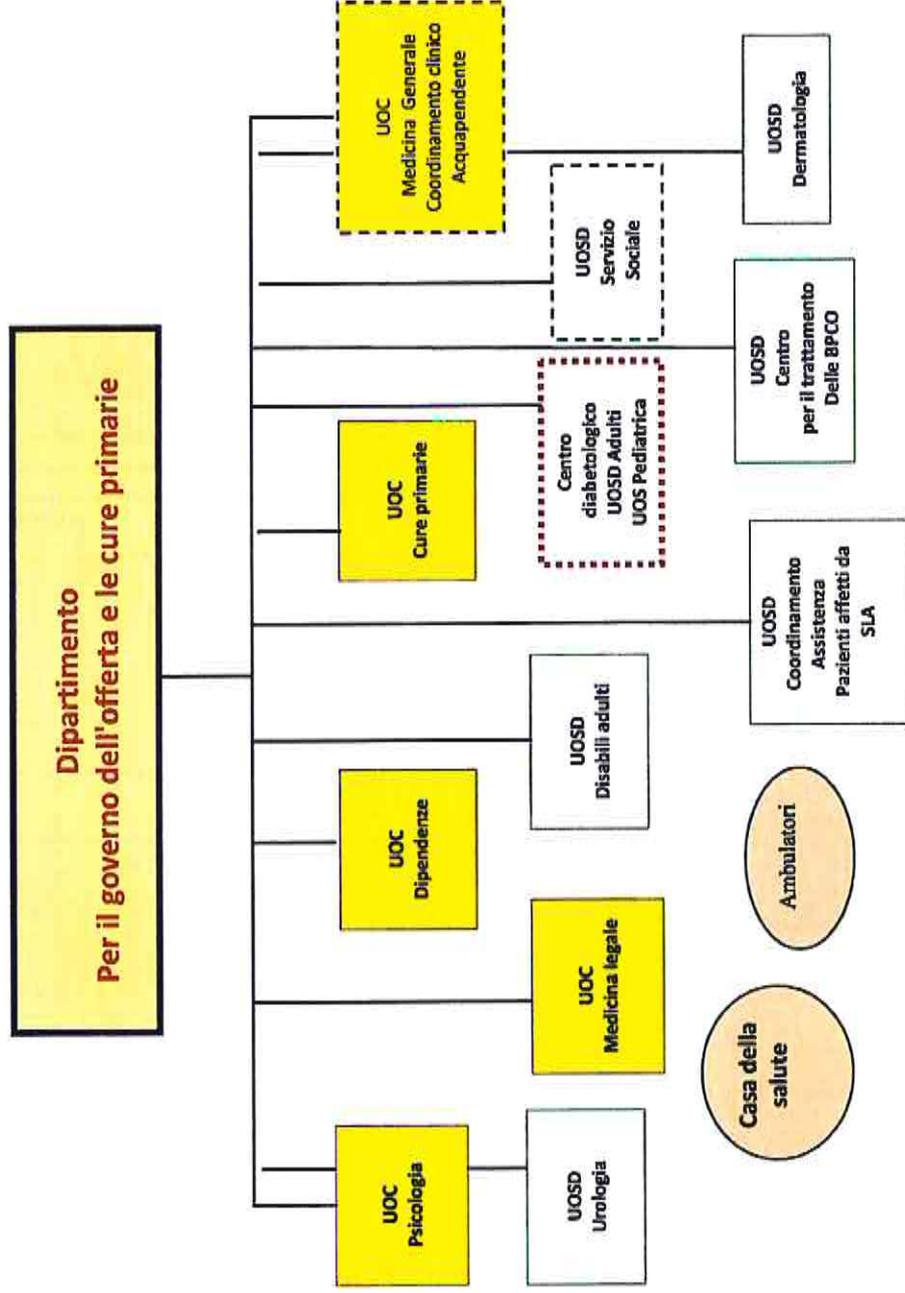
UOC
Governo della Domanda e
Distribuzione Delle risorse
Distretto A

UOC
Governo della Domanda e
Distribuzione Delle risorse
Distretto B

UOC
Governo della Domanda e
Distribuzione Delle risorse
Distretto C

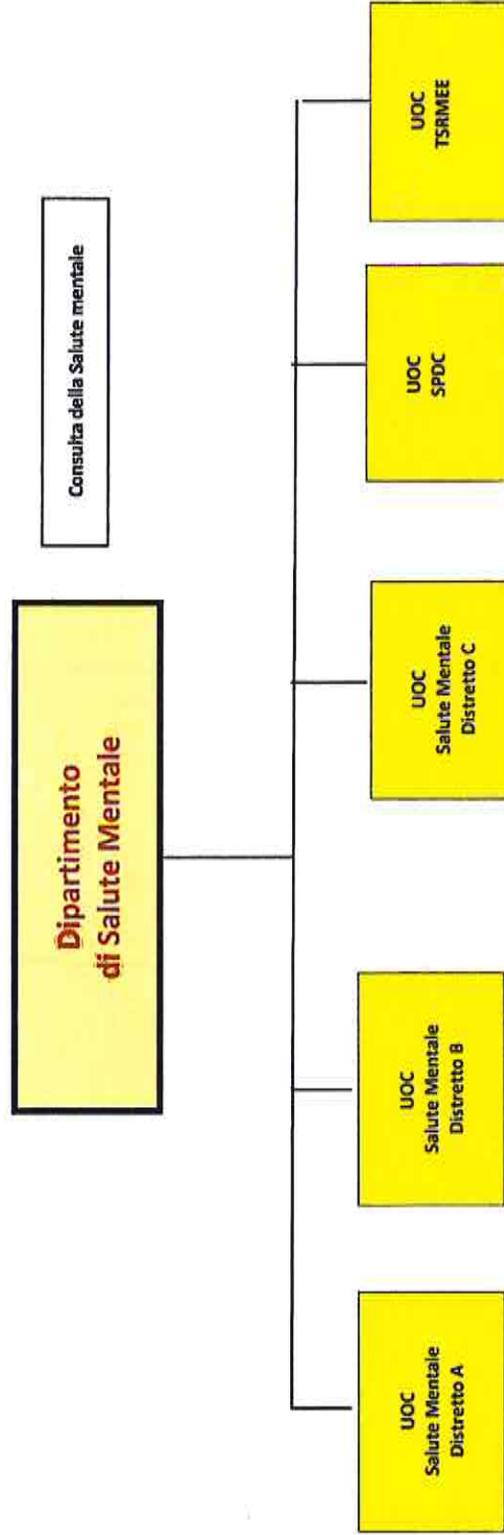
Il Dipartimento per il governo dell'offerta e le Cure primarie

Articolazione delle UOC e delle UOSD



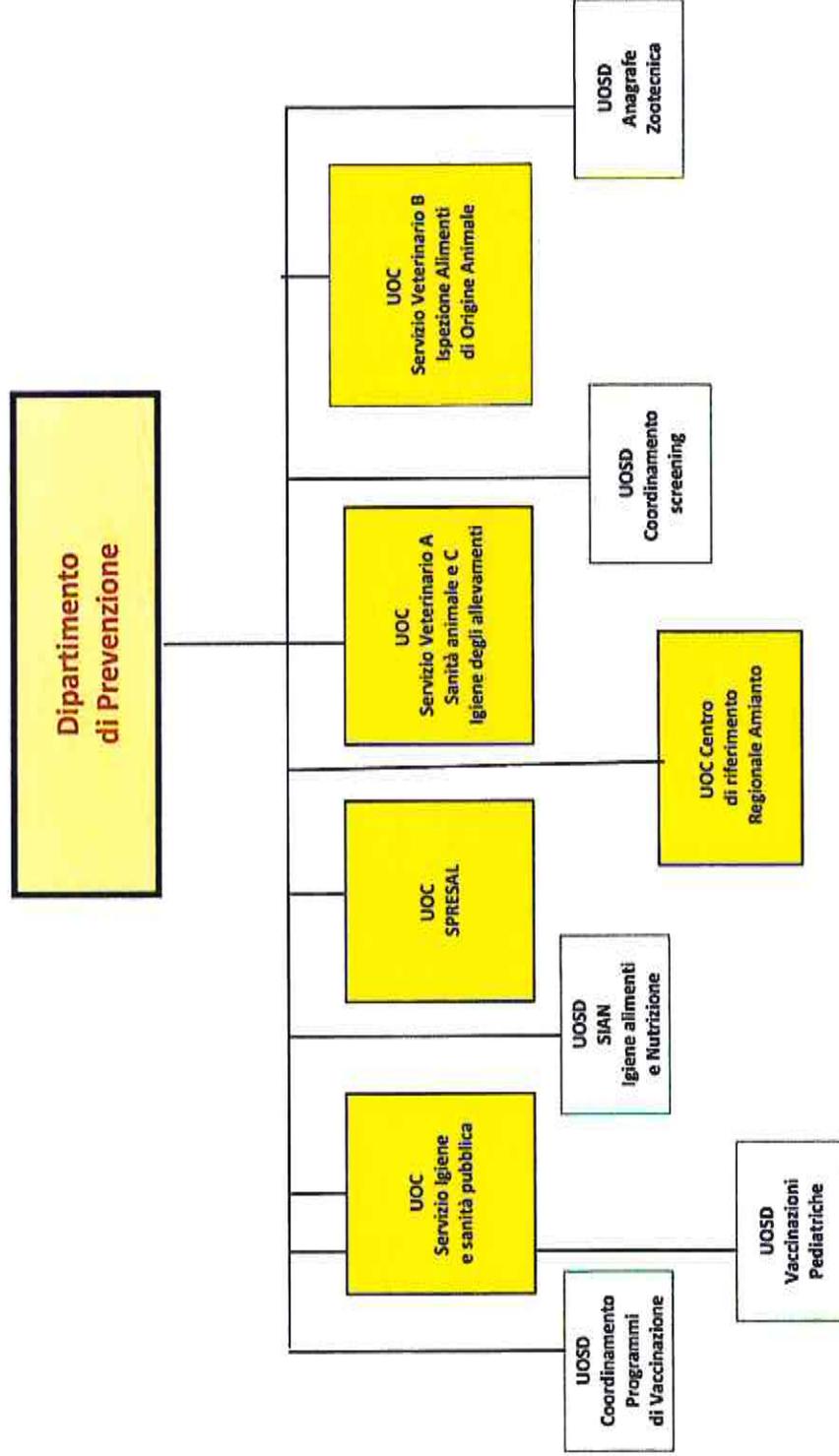
Dipartimento di Salute Mentale

Articolazione delle UOC e delle UOSD

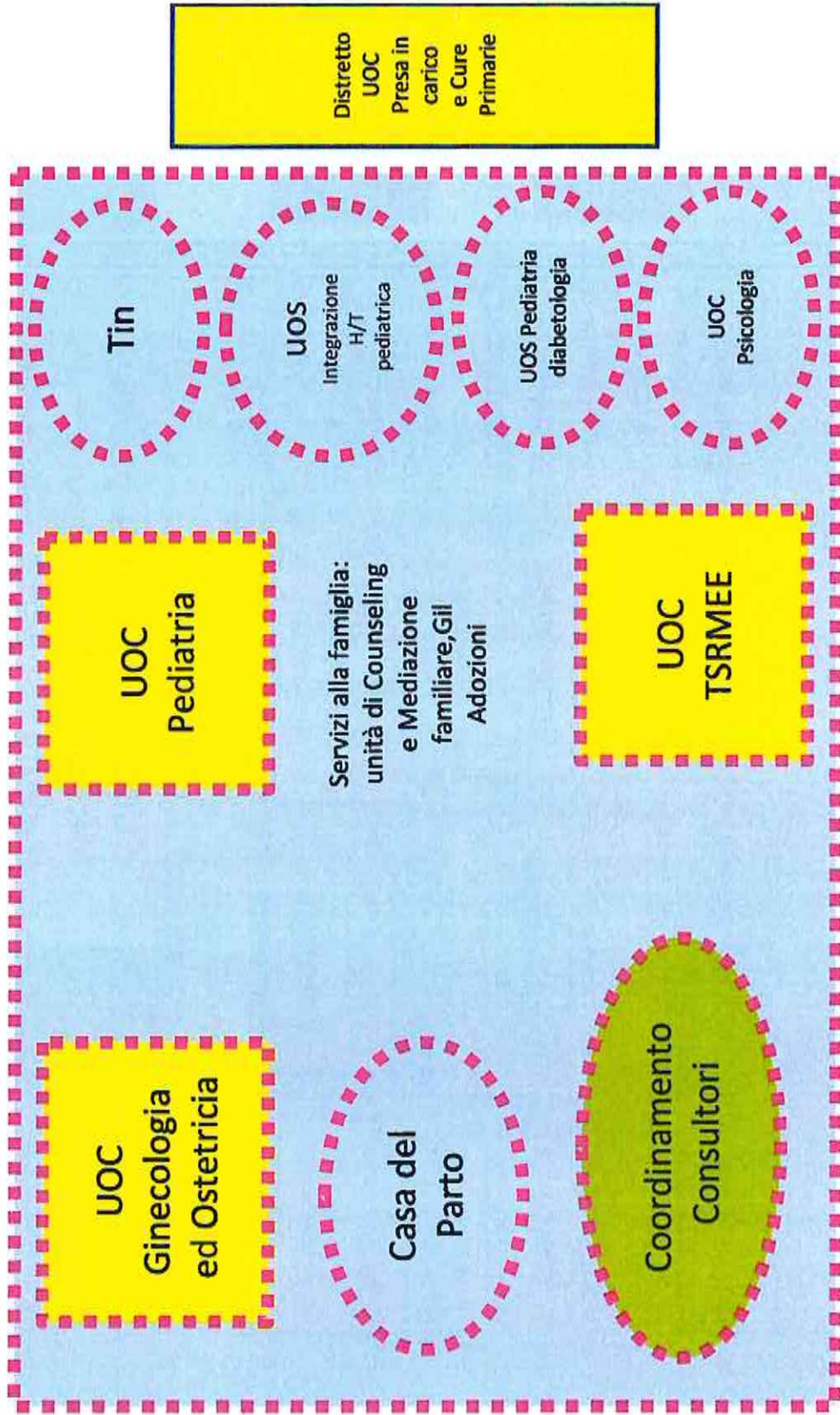


Dipartimento di Prevenzione

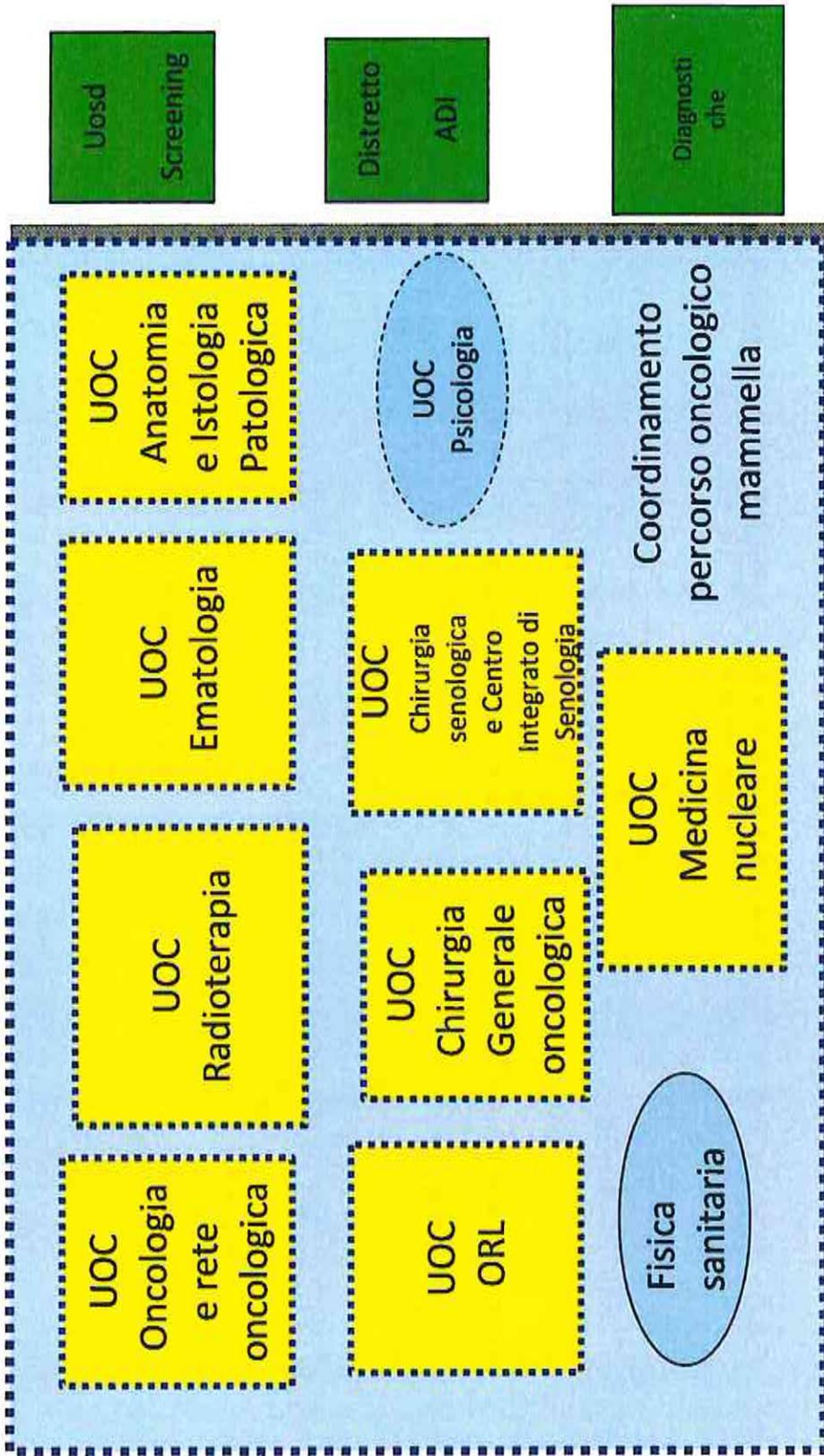
Articolazione delle UOC e delle UOSD



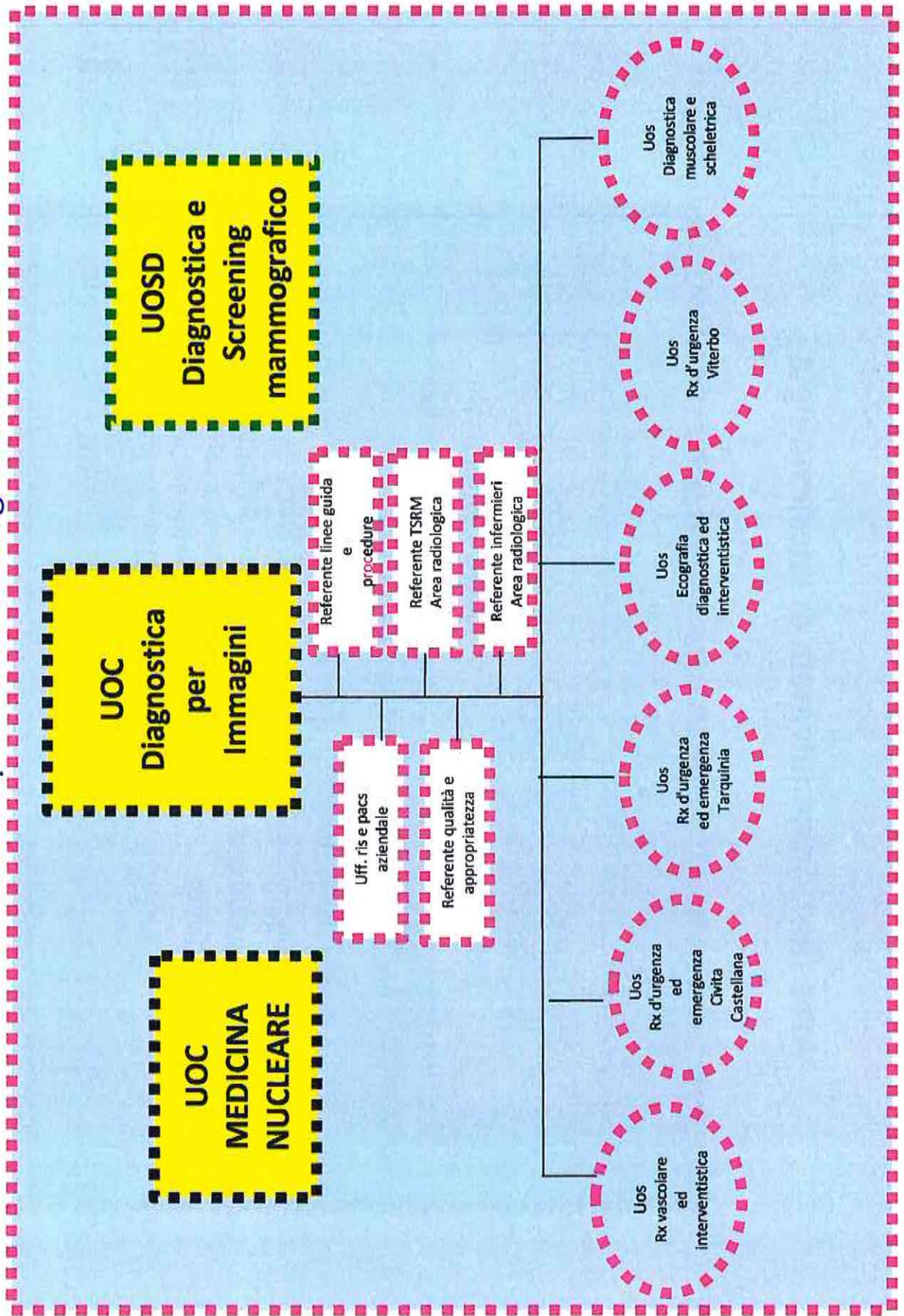
Area funzionale integrata materno-infantile



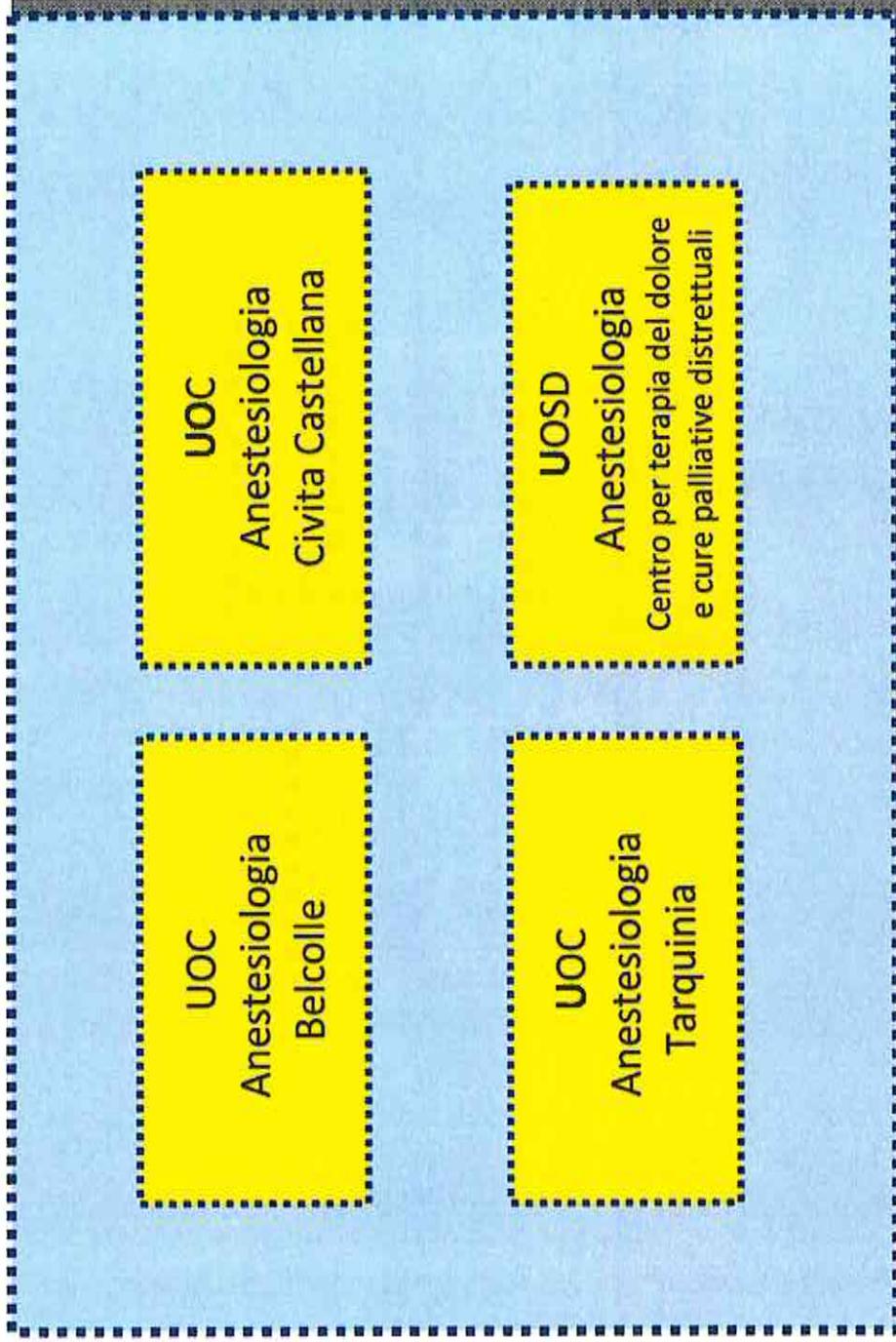
Area funzionale integrata oncologica



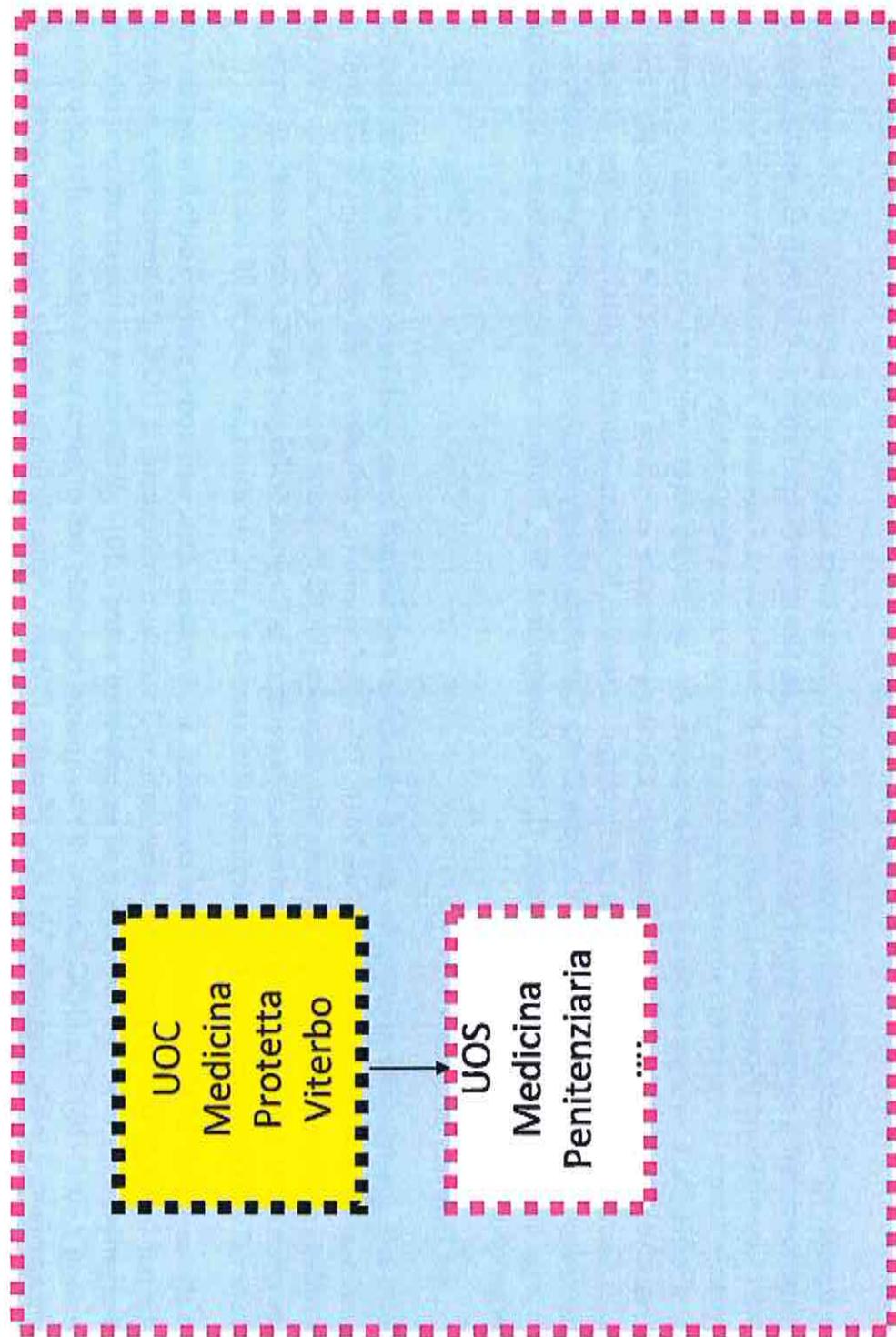
Area funzionale per rete radiologica aziendale



Area funzionale integrata di anesthesiologia



Area funzionale per il coordinamento interaziendale della Medicina Penitenziaria



Snodi organizzativi

Rispetto al precedente Atto Aziendale, approvato nel 2008, sono state soppresse le seguenti UOC: Reumatologia e Immunologia clinica Belcolle, Angiologia Medica Belcolle, Geriatria Montefiascone, Chirurgia Generale degenza breve Montefiascone (Ronciglione), Analisi cliniche Montefiascone, Oculistica Territoriale Montefiascone, Direzione Sanitaria Presidi di Frontiera, Anestesia e Rianimazione Acquapendente, P.S. e Breve Osservazione Acquapendente, Chirurgia Generale Acquapendente, Analisi cliniche Acquapendente, Diagnostica per immagini Acquapendente, Medicina Generale Tarquinia, Chirurgia Generale Tarquinia, Ostetricia e Ginecologia Tarquinia, Analisi Cliniche Tarquinia, Diagnostica per Immagini Tarquinia, Medicina Generale Civita Castellana, Ostetricia e Ginecologia Civita Castellana, Analisi Cliniche Civita Castellana, Diagnostica per Immagini Civita Castellana, Chirurgia della Mano, Servizio Veterinario C, Risk Management, SPP, Monitoraggio tecnologico e gestione fonti energetiche;

Il numero dei Distretti passa da 5 a 3.

I posti letto e le specialistiche presenti nei presidi ospedalieri dell'azienda sono ridefiniti come previsto dal decreto del Commissario ad Acta 368 del 31 ottobre 2014. Tale ridefinizione ha consentito l'individuazione di 63 Unità operative complesse, a cui se ne è aggiunta una ulteriore (UOC Medicina Generale e Coordinamento clinico Acquapendente) a seguito del riconoscimento da parte della Regione dell'ospedale di Acquapendente come presidio di area disagiata e con la conseguente assegnazione a tale struttura sanitaria di 30 posti letto;

Rispetto alla cessione del 5% delle strutture complesse alla Regione Lazio, così come previsto dalle linee guida regionali e che per la Asl di Viterbo prevede una cessione di 3 strutture complesse, la UOC di Rianimazione, presente nell'organigramma dell'Atto aziendale, è ad esaurimento entro il 2017. Il Direttore di tale struttura andrà, infatti, in pensione il 30/11/2017. La UOC Centro di riferimento regionale dell'amianto, per la rilevanza del centro stesso, viene attribuita a livello regionale. La UOC Medicina Protetta viene attribuita a livello regionale, essendo la Asl di Viterbo impegnata alla realizzazione del Dipartimento interaziendale di Medicina Penitenziaria (Capofila Asl RM/B). In aggiunta a queste 3 strutture complesse, la UOC Malattie infettive andrà in esaurimento nel 2018, con il pensionamento del direttore previsto per il 31/12 dello stesso anno e portando a 60 il numero complessivo di UOC;

Snodi organizzativi

La valutazione delle nuove UOC è stata effettuata sulla base del valore dei DRG, dei volumi di attività e della complessità della casistica espressi da ogni UOC.

La UOC Ostetricia e Ginecologia di Tarquinia è soppressa e trasferita alla ASL RM/F Civitavecchia. Il Direttore di tale UOC è a disposizione della Regione Lazio e, presumibilmente, potrà essere trasferito presso la ASL RM/F, dove è vacante il posto di direttore di UOC Ostetricia e Ginecologia;

La rete dei Laboratori analisi è ridefinita sulla base del decreto del Commissario ad Acta 219 del 2 luglio 2014 per effetto del quale vengono sopresse due UOC. I Direttori delle UOC sopresse, i quali sono tutti vincitori di concorso, vengono messi a disposizione della Regione Lazio e, presumibilmente, saranno ricollocati secondo la normativa regionale sulla mobilità in esubero;

Per effetto della realizzazione della rete radiologica aziendale sono sopresse tre UOC. Il nuovo modello della rete radiologica, infatti, prevede l'elaborazione di soluzioni logistiche di telegestione in teleradiologia con l'istituzione di una UOSD dedicata e con particolare riferimento al progetto CURA (Centro Unico di Refertazione Aziendale). Soluzioni che giustificano la riduzione del numero eccessivo di UOC sul territorio. I Direttori delle UOC sopresse, i quali sono tutti vincitori di concorso, vengono messi a disposizione della Regione Lazio e, presumibilmente, saranno ricollocati secondo la normativa regionale sulla mobilità in esubero;

La UOC di Oculistica del Polo, per la bassa qualità delle prestazioni erogate, fondamentalmente di carattere ambulatoriale, è stata soppressa e sostituita con la UOSD Oftalmologia e Rete territoriale.

L'Azienda ha provveduto con proprie delibere a definire i seguenti percorsi:

- Percorso nascita (delibera 965 del 20 ottobre 2014)
- Breast Unit (delibera 1015 del 29 novembre 2013)
- Istituzione Presidio area disagiata e Casa della salute di Acquapendente (delibera 898 del 14 ottobre 2014);

La UOC Farmacia aziendale, presente nell'Area dello Sviluppo Organizzativo e Gestione dei Contratti, prevede le seguenti 4 UOS: Farmacia Ospedaliera, Farmacia Aziendale, Gestione dispositivi medici specialistici, Gestione monitoraggio farmaci e controllo monodose.

ALLEGATO 2 - FUNZIONIGRAMMA DELLE MACROSTRUTTURE AZIENDALI

CLASSIFICAZIONE ATTI: A)Direttore Generale:deliberazioni B)Dirigente: determinazioni C)Dirigente o Funzionario: Atti vari

UU.OO	TIPOLOGIE DI PROCEDURE	CLASSIFICAZIONE ATTI
INGEGNERIA CLINICA	Attività tecniche per l'aggiornamento dell'inventario delle attrezzature e cespitazione secondo le norme del codice civile;	B
	Riparazione, manutenzione preventiva, ordinaria e straordinaria, controlli ed adeguamenti alle norme di sicurezza, controlli di qualità e verifica di conservazione delle prestazioni originali, adeguamenti prestazionali del parco tecnologico	B
	Piano di formazione e aggiornamento degli operatori all'uso corretto e sicuro delle apparecchiature	B
	Redazione del Piano di razionalizzazione dell'utilizzo delle apparecchiature	C
	Certificazione dei collaudi per le successive liquidazioni	B
	Predisposizione del Piano degli investimenti e delle sostituzioni mediante proposte e/o pareri sull'applicabilità di nuove tecnologie disponibili sul mercato	A/B
	Acquisizione di nuove tecnologie mediante stesura di capitolati tecnici e conseguente valutazione	A
	Planificazione per interventi strutturali preliminari all'installazione di sistemi medicali	A
	Manutenzioni preventive, per la piena funzionalità e l'efficienza del parco tecnologico	B
	Controllo sulle attrezzature attraverso la predisposizione e la tenuta di schede per ogni singola apparecchiatura con annotazione degli interventi, relative annotazioni, eventuali sostituzioni dei componenti e atti per la dismissione delle attrezzature obsolete o non conformi	B
	Assoluzione dei debiti informativi verso l'Autorità di vigilanza sui contratti Pubblici e gli altri organi istituzionali	A
	Applicazione delle procedure amministrativo-contabili (ciclo attivo/passivo)	B
	Programmazione dei fabbisogni per la predisposizione del Bilancio preventivo economico	B

UU.OO	TIPOLOGIE DI PROCEDURE	CLASSIFICAZIONE ATTI
POLITICHE E GESTIONE DEL PATRIMONIO IMMOBILIARE, IMPIANTISTICO E SVILUPPO DEI SISTEMI INFORMATICI E DELLA SICUREZZA	Attività tecniche per l'aggiornamento dell'inventario, catalogazione e valutazione del beni patrimonio immobiliare	A/B
	Classificazione e valutazione dei cespiti secondo le norme del codice civile	A
	Redazione dei piani di razionalizzazione dell'utilizzo dei beni immobili	A
	Programmazione delle opere edili ed impiantistiche	A
	Affidamento di incarichi di progettazione, direzione lavori, collaudo ed altre figure professionali necessarie alle applicazioni degli appalti (progettisti, direttori dei lavori, assistenti di cantiere ecc.)	A
	Tenuta dei registri degli inventari di ciascun cespite, provvedendo all'aggiornamento catastale degli stessi	B
	Gestione amministrativa e manutenzione inerente ciascun cespite	B
	Indizione e aggiudicazione di gare per: alienazione dei beni immobili, per l'affidamento di lavori di costruzione e/o manutenzione ordinaria e straordinaria degli immobili e degli impianti allocati	A
	Accettazioni di eredità, per le donazioni di beni immobili e per le permute immobiliari	A
	Gestione dei contratti relativi ai rapporti di locazione attivi e passivi	B
	Progettazione e direzione lavori interna ed esterna per nuove opere e grandi ristrutturazioni	B
	Sottoscrizione dei contratti con le imprese e gestione delle autorizzazioni dei subappalti	A
	Adozione delle deliberazioni ai fini della sottoscrizione ed esecuzione dei contratti	A
	Provvedimenti connessi a gare indette per importi non superiori a quelli previsti dal regolamento aziendale	A
	Approvazione stato finale e certificato di regolare esecuzione dei lavori di competenza	B
	Applicazione delle procedure amministrativo-contabili (ciclo attivo/passivo)	B
	Absoluzione dei debiti informativi verso l'Autorità di vigilanza sui contratti pubblici e gli altri organi istituzionali	A
	Programmazione dei fabbisogni per la predisposizione Bilancio Preventivo Economico	B
	Gestione del Sistema Centrale (Server Farm) ed Hardware periferico	B
	Assistenza,manutenzione/aggiornamento dell'hardware e dei sistemi informatici e delle infrastrutture HW e Rete aziendale	B/C
Gestione utenze	B	
Gestione dei contratti telefonia mobile e fissa	A/B	

CLASSIFICAZIONE ATTI: A)Direttore Generale:dolberazioni B)Dirigente: determinazioni C)Dirigenta o Funzionario: Atti vari

UU.OO	TIPOLOGIE DI PROCEDURE	CLASSIFICAZIONE ATTI
	Applicazione delle procedure amministrativo contabili (ciclo attivo/passivo)	B
	Reportistica periodica	C
	Applicazione del contratti di accreditamento	A
	Applicazione degli ambiti contrattuali con le Case di Cura accreditate e le attività autorizzate (atti di vigilanza, controllo, ecc)	A/B
	Analisi quali - quantitativa del rapporto domanda/offerta relativamente a: Case di Cura Accreditate	B/C
	Gestione lista di attesa	B/C
	Gestione ricoveri	B/C
	Rimborsi agli utenti (Legge 104; Legge 41)	B
	Gestione agende e incassi per il Centro Unificato Prenotazioni	B
	Mobilità Internazionale per: le fatturazione On-Line,Debiti e Recupero crediti a costo fatt. E125/E127/, rimborsi cure alta specializzazione all'estero	B
	Mobilità extraregionale, liquidazione e rendicontazione come di norma	B
	Assoluzione dei debiti informativi verso gli organi istituzionali	A

UU.OO	TIPOLOGIE DI PROCEDURE	CLASSIFICAZIONE ATTI
POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	Applicazione istituti contrattuali o disposizioni di legge a carattere discrezionale concernenti lo stato giuridico/economico delle persone	A
	Applicazione istituti contrattuali o disposizioni di legge a carattere vincolato concernenti lo stato giuridico/economico delle persone	B
	Atti a carattere vincolato in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore Generale	B
	Aspettative e part-time	B
	Relazioni sindacali	A
	Determinazione fondi contrattuali dirigenza e comparto	A
	Ripartizione monte ore permessi sindacali	B
	Certificati di servizio	C
	Cessazioni servizio	A
	Stipula contratti di lavoro personale non dirigente	A
	Stipula contratti di lavoro Dirigenti	A
	Conferimento e revoca incarichi ai Dirigenti	A
	Pensionamenti e cassazioni a qualsiasi titolo	A
	Cause di servizio	B
	Equo indennizzo	B
	Mobilità esterna e comandi	A
	Dotazione organica e relativi atti	A
	Riammissione e mantenimento in servizio	A
	Certificati di servizio	C
	Risoluzione, recesso, sospensione cautelare	A
	Indizione concorsi, avvisi pubblici e interni, selezioni e nomina vincitori	A
	Commissioni esaminatrici avvisi, concorsi ed incarichi	A
	Pensioni (acconti, oneri, liquidazione, revisione ed altri atti)	B
	Autorizzazione a corsi di aggiornamento obbligatorio e facoltativo in esecuzione dei criteri stabiliti dall'azienda con atto regolamentare	B/C
	Frequenza volontaria	B
	Piano annuale formazione	A
	Liquidazioni compensi e competenze	B
	Liquidazioni indennità accessorie	B
	Liquidazioni incentivazioni	A
	Riscatti e ricongiunzioni	B
	Cessioni stipendio	B
	Assegni familiari	B
	Legge 104/92	B
	Trattamenti economici assenze per malattia	B
	Nulla osta 150 ore diritto allo studio	B
	Nomina sostituzione dirigenti	A
	Richieste procedure arbitrali	A
	Ammissione candidati	B
	Nomina commissione, avvisi e incarichi	A
	Programmazione annuale assunzioni	A

POLITICHE E GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	Inquadramenti	B
	Assoluzione dei debiti informativi verso gli organi Istituzionali	A
	Programmazione dei fabbisogni per la predisposizione del preventivo economico	B
	Piano di programmazione e governo delle risorse umane in relazione all'organizzazione aziendale	A
	Programmazione della Medicina convenzionata aziendale	A
	Gestione della medicina convenzionata (Mmg; PLS; Specialisti Interni, Medicina dei Servizi, Continuità Assistenziale)	B
	Accertamenti sanitari e provvedimenti consequenziali	B
	ALPI	
	Autorizzazione attività libero professionale	A
	Planificazione e programmazione delle attività	A
	Liquidazione compensi attività libero professionale	B
	Atti a carattere vincolato in esecuzione di deliberazioni adottate dal Direttore Generale	B
	Programmazione della qualità anche ai fini dell'accreditamento	A
	Verifica e controllo qualità e produzione	B/C
	FORMAZIONE	
	Formazione ed aggiornamento del personale(escluso comparto sanitario)	B
	Liquidazione compensi docenti	B
	Gestione corsi di formazione	B
	Certificazione partecipazione corsi	C
	Predisposizione del piano di formazione aziendale	A
Gestione, valutazione e controllo dell'applicazione del Piano di Programmazione	B	
Dipartimento delle Professioni Sanitarie	Formazione ed aggiornamento del personale comparto sanitario	B
	Liquidazione compensi docenti	B
	Gestione corsi di formazione	B
	Certificazione partecipazione corsi	C
	Tirocini obbligatori	B
	Autorizzazione a corsi di aggiornamento obbligatorio e facoltativo in esecuzione dei criteri stabiliti dall'azienda con atto regolamentare	B/C
	Redazione del Piano di programmazione e governo del personale delle professioni sanitarie in relazione ai modelli organizzativi	A
	Gestione, valutazione e controllo dell'applicazione del Piano di Programmazione	B

CLASSIFICAZIONE ATTI: A)Direttore Generale:deliberazioni B)Dirigente: determinazioni C)Dirigente o Funzionario: Atti vari

UU.OO	TIPOLOGIE DI PROCEDURE	CLASSIFICAZIONE ATTI
PIANIFICAZIONE E PROGRAMMAZIONE CONTROLLO DI GESTIONE BILANCIO E SISTEMI INFORMATIVI	Supporto alla definizione di modelli organizzativi delle diverse articolazioni aziendali	A
	Anticipazioni di cassa	A
	Gestione cassa e verifiche periodiche	B/C
	Redazione del Piano della Performance in relazione alla pianificazione strategica e programmazione operativa aziendale	A
	Tenuta della Contabilità Analitica	B/C
	Tenuta della Contabilità Generale (ciclo attivo e passivo e strutture contabili)	B/C
	Controllo sull'applicazione delle procedure amministrativo contabile del Ciclo attivo e passivo e di raccordo tra COGE e COAN	B
	Redazione dei documenti contabili previsti dall'articolo 4bis della legge Regionale 16 del 2001	
	Gestione cespiti	B
	Rapporti e liquidazioni interessi al tesoriere	B
	Gestione finanziaria fornitori	B
	Tenuta registri obbligatori	B
	Gestione crediti	B
	Ordinativi di pagamento	B
	Flussi trimestrali C.E.	B
	Adempimenti fiscali e tributari	B/C
	Ordinativi di Incasso	B
	Emissione fatture attive	C
	Liquidazioni	B
	Transazioni	A
	Redazione del Bilancio Preventivo Economico	A
	Redazione del Bilancio d'esercizio	A
	Redazione del Bilancio di Missione	A
	Redazione del Bilancio Sociale	A
	Gestione contabile dell'attività libero-professionale Intramoenia	B
	Gestione rapporti con la Regione in ordine al finanziamento dell'Azienda per il trasferimento di quote di fondo sanitario nazionale	A
	Rapporti con gli uffici fiscali, gli istituti di credito e gli istituti assistenziali e previdenziali	B/C
	Redazione del Piano d'informatizzazione aziendale	A
	Redazione del Piano per la gestione della sicurezza e Privacy sistemi informativi	A/B
	Piano di formazione dell'utilizzo dei nuovi software	B
	Gestione delle procedure dei flussi informativi sia interni che esterni all'Azienda (Reg. Lazio Min.Salute ecc.)	B
	Gestione del debito informativo aziendale relativo ai flussi di governo "NSIS"	B
	Gestione del debito informativo aziendale relativo ai flussi regionali "SIO-SIAS-SIES-Farmed-SIAD	B
Attività di controllo sull'applicazione delle procedure amministrative (ciclo attivo/passivo)	C	
Assoluzione dei debiti informativi verso gli organi istituzionali	A	

CLASSIFICAZIONE ATTI: A)Direttore Generale:deliberazioni B)Dirigente: determinazioni C)Dirigente o Funzionario: Atti vari

UU.OO	TIPOLOGIE DI PROCEDURE	CLASSIFICAZIONE ATTI
E-PROCUREMENT	Procedure e gestione delle gare (Indizioni, aggiudicazioni, rettifiche, rinnovi ed estensioni)	A
	Applicazione delle procedure amministrativo contabili (ciclo attivo/passivo)	B
	Attività tecniche per l'aggiornamento dell'inventario dei beni mobili e cespitizzazione	A/B
	Autorizzazioni e riparazioni attrezzature	A
	Gestione e controllo della erogazione dei servizi e consumo dei beni in relazione al budget assegnato	C
	Acquisizione beni e servizi	A/B
	Dichiarazione del "fuori uso" del materiale, delle attrezzature, dei mezzi e alienazione	B
	Stesura capitolati generali speciali di gara	A
	Tenuta e aggiornamento elenco fornitori	B
	Manutenzione ed efficienza dei mezzi dell'autoparco aziendale	B
	Istituzione, costituzione e gestione fondo economale	A/B
	Indizione e aggiudicazione gare di importo superiore ad euro 25.000 iva esclusa	A
	Indizione e aggiudicazione gare di importo fino ad euro 25.000 iva esclusa	B
	Assoluzione dei debiti informativi verso l'Autorità di vigilanza sui contratti Pubblici e gli altri organi istituzionali	A
	programmazione dei fabbisogni per la predisposizione Bilancio Preventivo Economico	B

CLASSIFICAZIONE ATTI: A)Direttore Generale:deliberazioni B)Dirigente: determinazioni C)Dirigente o Funzionario: Atti vari

UU.OO	TIPOLOGIE DI PROCEDURE	CLASSIFICAZIONE ATTI
AFFARI GENERALI E RELAZIONI ESTERNE	Supporto alle attività del Collegio Sindacale	C
	Atti connessi alla nomina del Collegio di Direzione	A
	Supporto alle attività del Collegio di Direzione	C
	Atti connessi alla nomina del Consiglio dei Sanitari	A
	Supporto alle attività del Consiglio dei Sanitari	C
	Supporto alle attività della Conferenza dei Sindaci e del Comitato dei Sindaci	C
	Adempimenti conseguenti all'adozione delle deliberazioni del Direttore generale	C
	Gestione dell'asilo nido aziendale in accordo con il Direttore sanitario di Presidio ospedaliero	B
	Procedure per la definizione degli atti convenzionali e consulenze	A
	Supporto documentale e assistenza informativa in caso di affidamento a professionisti esterni	A
	Liquidazioni di onorari professionali e spese processuali	B
	Gestione dei contratti assicurativi nonché dei sinistri sino alla fase conciliatoria	A
	Recupero crediti	B
	Assoluzione dei debiti informativi verso gli organi istituzionali	A
	Programmazione dei fabbisogni per la redazione del preventivo economico	B
	Gestione e controllo degli atti convenzionali	B
	Gestione Registro Controlli e Procedure	C
	Applicazione delle procedure amministrativo contabili (ciclo attivo/passivo)	B
	Adempimenti connessi al Protocollo Generale e Archivio	B/C
	Adempimenti connessi alle proposte di deliberazioni e/o ordinanze e provvedimenti	C/B
	Trasmissione alle articolazioni aziendali di competenza di deliberazioni, determinazioni ordinanze e/o altri provvedimenti	C
	Pubblicazione all'albo pretorio (cartaceo e online) di delibere atti e bandi di pubblico interesse	C
	Patrocini legali	A
	Consulenza giuridica agli organi dell'azienda e ai responsabili delle articolazioni aziendali	B
	Costituzioni in giudizio e contenzioso in sede giudiziaria	A
	Transazioni	A
	Funzioni del Responsabile della Prevenzione e della Corruzione secondo quanto previsto dall'articolo 1, comma 7, Legge 190 del 2012	B
	Pareri giuridico legali	B
	URP - Relazioni esterne e comunicazione	
	Gestione reclami	B
	Funzione del Responsabile Trasparenza secondo quanto previsto dall'articolo 43 del Decreto Legislativo del 2013	B

AFFARI GENERALI E RELAZIONI ESTERNE	Gestione della trasparenza	A/B	
	Informazione e comunicazione agli utenti	B	
	Promozione dell'innovazione e semplificazione rispetto all'erogazione dei servizi	B	
	Miglioramento continuo della soddisfazione dei clienti e della qualità dei processi organizzativi	B	
	Accordi di convenzione con le Associazioni di Volontariato e tutela dei cittadini	A	
	Produzione e aggiornamento della Carta dei servizi	A	
	Applicazione disposizione di legge a carattere vincolato L.241/90 concernente i rapporti con i cittadini	B	
	Promozione dell'immagine aziendale	A	
	Stesura ed attivazione piano di comunicazione esterna	A	
	Stesura ed attivazione piano di comunicazione interna	A	
	Organizzazione eventi aziendali	A	
	Programmazione dei fabbisogni per la predisposizione Bilancio Preventivo Economico	B	
	Direzione Sanitaria Polo	Funzioni del Responsabile della Privacy, secondo quanto previsto dall'articolo 29 del D. Lgs numero 196 del 2003	B
		Funzioni previste nell'articolo 12 della Legge 91 del 1999	B

UU.OO	TIPOLOGIE DI PROCEDURE	CLASSIFICAZIONE ATTI
SERVIZIO PREVENZIONE E PROTEZIONE	Assoluzione dei debiti informativi verso gli organi istituzionali	A
	Delega in materia di sicurezza e tutela della salute	A
	Predisposizione del Piano per l'individuazione dei fattori di rischio, valutazione dei rischi, delle misure per la sicurezza e la salubrità degli ambienti di lavoro, nel rispetto della normativa vigente	A
	Predisposizione delle procedure di sicurezza e sistemi di controllo in materia di tutela della salute e di sicurezza sul lavoro per le varie attività aziendali	A
	Predisposizione del Piano e programma per l'informazione e formazione dei lavoratori	A
	Pareri relativi all'acquisizione di nuove apparecchiature o strumentazioni	B
	Applicazione delle procedure amministrativo contabili (ciclo attivo/passivo)	B

CLASSIFICAZIONE ATTI: A)Direttore Generale:deliberazioni B)Dirigente: determinazioni C)Dirigente o Funzionario: Atti vari

UU.OO	TIPOLOGIE DI PROCEDURE	CLASSIFICAZIONE ATTI
FARMACIA AZIENDALE	Applicazione delle procedure amministrativo contabili (ciclo attivo/passivo)	B
	Commissioni vigilanza farmacia	B
	Gestione del Budget in relazione alle valutazioni di appropriatezza dell'utilizzo delle risorse	B
	Predisposizione dell'aprogrammazione dei fabbisogni per la predisposizione Bilancio Preventivo Economico	B
	Controllo sulla fornitura e somministrazione medicinali e beni sanitari	B
	Controllo sulla gestione dei magazzini farmaceutici e di beni sanitari direttamente ed indirettamente gestiti	B

CLASSIFICAZIONE ATTI: A)Dirttore Generale:deliberazioni B)Dirigente: determinazioni C)Dirigente o Funzionario: Atti vari

UU.OO	TIPOLOGIE DI PROCEDURE	CLASSIFICAZIONE ATTI
DISTRETTI	Gestione e monitoraggio quali/quantitativo dei budget assegnati	B/C
	Gestione e controllo dei servizi erogati e del consumo dei beni in relazione al budget assegnati	C
	Applicazione delle procedure amministrativo contabili (ciclo attivo/passivo)	C
	Programmazione delle attività in relazione ai bisogni per la redazione del preventivo economico	C

CLASSIFICAZIONE ATTI: A)Direttore Generale:deliberazioni B)Dirigente: determinazioni C)Dirigente o Funzionario: Atti vari

UU.OO	TIPOLOGIE DI PROCEDURE	CLASSIFICAZIONE ATTI
DIPARTIMENTO PREVENZIONE	Predisposizione del Piano della Prevenzione	A
	Valutazione e controllo delle strutture accreditate in base agli atti normativi e regolamentari aziendali	C
	Applicazione delle procedure amministrativo contabili (ciclo attivo/passivo)	C
	Gestione e controllo dei servizi erogati e del consumo dei beni in relazione ai budget assegnati	C
	Programmazione delle attività in relazione ai bisogni per la redazione del preventivo economico	C
	Valutazione, controllo e vigilanza delle attività previste dalle norme e dagli atti regolamentari aziendali	C

CLASSIFICAZIONE ATTI: A)Direttore Generale:deliberazioni B)Dirigente: determinazioni C)Dirigente o Funzionario: Atti vari

UU.OO	TIPOLOGIE DI PROCEDURE	CLASSIFICAZIONE ATTI
DIPARTIMENTO SALUTE MENTALE	Assoluzione dei debiti informativi verso gli organi istituzionali	A
	Gestione e controllo della erogazione dei servizi e consumo dei beni in relazione al budget assegnati	C
	Applicazione delle procedure amministrativo contabili (ciclo attivo/passivo)	C
	Programmazione delle attività in relazione ai bisogni per la redazione del preventivo economico	C

Allegato 3

RETI, PERCORSI E CENTRI

I principi e le logiche generali di cui all'art.18 e l'approccio sistemico al governo della complessità dell'Azienda di cui all'art.19 trovano una loro naturale declinazione in una organizzazione più orizzontale (Reti) da un lato e nel contempo più visibile e identificabile da parte del cittadino (Centri) che possono o non possono essere attraversati da percorsi, intendendo per percorso lo strumento che può garantire la presa in carico e assicurare la continuità assistenziale all'interno della rete. Questo può partire da qualunque livello ed arrivare a qualunque livello dell'organizzazione, ma proprio perché strutturato e codificato costituisce elemento di garanzia per l'utenza sia rispetto alla qualità degli esiti (in quanto basato sulle evidenze scientifiche e sulla concentrazione della casistica) che alla qualità percepita da parte del cittadino/paziente così come documentato dalla letteratura.

L'Azienda quindi è organizzata oltre che per livelli gerarchici formali (UOC, UOSD, UOS) in reti, Centri e percorsi che la coinvolgono sia per la componente ospedaliera che territoriale. Di seguito se ne fornisce una definizione e alcune nozioni di metodo oltre che un prospetto sintetico di quelli che l'Azienda in questa fase individua con atto formale, demandando per l'organizzazione all'adozione di successivi provvedimenti.

I CENTRI

Il Centro è l'ambito specialistico di riferimento aziendale per alcune patologie di rilevanza sociale. Al centro collaborano equipe di professionisti con caratteristiche di multidisciplinarietà e multi professionalità che contribuiscono alla gestione del paziente sia attraverso la realizzazione di un percorso sia attraverso l'erogazione di prestazioni. I centri identificati sono:

- Centro per il trattamento dell'Obesità
- Centro per la patologia del seno (Brest Unit) (DCA Regione Lazio n. 59/2010)
- Centro per la Terapia del dolore e per le cure palliative (L. 38/2010)
- Centro per il trattamento del Diabete
- Centro regionale di riferimento per l'Amianto
- Centro di riferimento per la sclerosi multipla
- Centro per l'Alzheimer e le demenze (L.R. n. 6 del 12/6/2012)
- Centro Dermatologico Aziendale
- Centro Prelevi Territoriali

I Centri possono prevedere una sede unica o essere articolati in più sedi in relazione alle necessità di essere più accessibili al paziente. L'aspetto rilevante di unificazione è l'univocità di obiettivi, i riferimenti operativi e la condivisione di metodologie e di competenze.

LE RETI

Le reti professionali cliniche

Le reti naturali o spontanee sono sempre esistite, spesso basate su relazioni più interpersonali (empatia) piuttosto che su sistemi di governo istituzionali delle relazioni tra i nodi della rete.

La tendenza che si va affermando è quella della "istituzionalizzazione" delle reti sul piano funzionale, definendo i nodi e le relazioni che tra questi intercorrono. L'affermarsi di questa tendenza ha fatto sì che il modello a rete, nelle sue diverse accezioni e specificazioni, sia entrato a pieno titolo a far parte della cultura tecnico-gestionale e sia stato ampiamente recepito dalle normative sanitarie nazionali, regionali ed a livello aziendale.

C'è attualmente una ampia convergenza nel riconoscere questo modello come il più avanzato in quanto ad efficienza ed efficacia, in particolare nella erogazione dei servizi alla persona rispetto alla molteplicità dei bisogni socio-sanitari; ciò in quanto esso tiene pienamente conto della interrelazione delle risposte necessarie, nelle quali è richiesto l'intervento (in serie e/o in parallelo) di diversi servizi, diverse competenze e diverse figure professionali.

Qui si farà riferimento specifico alla **rete clinica** che può essere definita sinteticamente come il modello organizzativo che, mediante l'apporto di diversi professionisti (assistenza integrata multidisciplinare) permette di dare centralità al paziente nel percorso di cura, migliorando l'efficacia e l'efficienza del sistema attraverso economie di scala.

Le reti cliniche consentono la **riorganizzazione del sistema di cure in un'ottica di integrazione dell'offerta**, promuovendo il coordinamento di tutti gli interventi in relazione

- al bisogno di salute
- alla prossimità geografica
- alla complessità della patologia

I **risultati attesi** sono

- il miglioramento della presa in carico globale e continua
- la rimodulazione dell'offerta dei servizi più rispondente alle priorità della politica sanitaria
- la valorizzazione della interdisciplinarietà dell'azione dei professionisti

Esse inoltre **possono rispondere al meglio ai principi** di

- appropriatezza delle prestazioni
- accessibilità ed equità nella loro fruizione

Inoltre ponendo al centro la persona, il suo bisogno di salute ed i problemi attivi di cui è portatrice consentono di **superare la tendenza alla autoreferenzialità** delle singole strutture e delle singole figure professionali (fonte da sempre di duplicazioni e conflitti di competenza, e generatrice di cattiva utilizzazione delle risorse disponibili).

In sintesi il modello a rete costituisce una opportunità per una migliore composizione tra le ragioni della qualità e quelle dell'efficienza.

Tipologie delle reti cliniche

Da sempre esistono nella organizzazione aziendale "reti cliniche implicite" costituite da servizi che operano (ed in qualche misura sono portate a coordinare la loro azione) rispetto ad un determinato ambito geografico e/o alla specifica fase di presentazione del bisogno di salute degli utenti. Ne sono esempi

- la rete dei servizi territoriali
- la rete ospedaliera
- la rete dell'emergenza

Allo stato attuale **i nodi** che costituiscono queste reti hanno ancora, in molti casi, una consapevolezza parziale della dimensione di rete alla quale appartengono e delle interdipendenze che li legano reciprocamente; si può affermare che per il momento prevale una visione geografica piuttosto che funzionale. In questo senso c'è del lavoro da compiere per costruire relazioni esplicite e coordinate di

- cooperazione,
- sussidiarietà,
- complementarità
- e, laddove necessario, gerarchia funzionale.

Tra le reti cliniche quelle che appaiono più adeguate a fornire risposte dirette e qualificate ai bisogni del cittadino malato, o a rischio di patologia, sono le reti professionali per patologia. Si tratta di reti orientate ad uno specifico problema clinico e che puntano alla presa in carico globale dei pazienti affetti da una determinata patologia di grande impatto epidemiologico (malattie oncologiche; malattie cardio-vascolari; malattie cerebrovascolari; diabete,...ecc). La costruzione di queste reti è centrata sulla persona e sul problema attivo di cui è portatore.

Si tratta di reti **multi-professionali integrate** che si ispirano ad una **visione unitaria del percorso clinico-assistenziale ed alla continuità territorio-ospedale-territorio** e perseguono ed organizzano

- la gestione multidisciplinare e multiprofessionale dell'assistenza
- il miglioramento continuo della qualità assistenziale (audit-governo clinico)
- la formazione continua degli operatori
- l'informazione-educazione di pazienti e familiari.

I nodi della rete sono costituiti da

- a) tutte le UU.OO. e tutte le figure professionali che contribuiscono al percorso clinico-assistenziale, dal territorio, all'ospedale, al territorio;
- b) i gruppi di lavoro interdisciplinari ed interprofessionali (Team dedicati) mediante i quali le diverse competenze cooperano e si integrano;

Le relazioni tra i nodi della rete sono basate sulla cooperazione, sulla complementarità e sulla appropriatezza.

I soggetti di riferimento sono tutti i pazienti colpiti o a rischio per la patologia di riferimento (in particolare nell'orizzonte delle reti miste territoriali e ospedaliere - che gestiscono la patologia attraverso il Percorso Integrato di Cura - rientra anche la prevenzione primaria per determinate patologie).

L'obiettivo primario è il miglioramento dell'outcome di questi pazienti attraverso il perseguimento dei più elevati standard di qualità dell'assistenza ed i migliori livelli di follow-up e prevenzione secondaria

Contemporaneamente misurarsi concretamente con il modello della rete consentirà:

1. lo sviluppo del "know-how" aziendale nella costruzione e nel governo di reti professionali
2. la implementazione operativa dell'approccio clinico-assistenziale multidisciplinare
3. una forte valorizzazione delle competenze e professionalità di cui l'Azienda dispone

In linea di massima il modello della rete per patologia è quello Hub-Spoke che esprime un' idea dinamica (prima che strutturale) dell'assistenza, collegata ai gradi di complessità: quando una determinata soglia di complessità viene superata, si trasferisce la sede dell'assistenza da unità produttive periferiche a unità centrali di riferimento.

Nel modello Hub-Spoke, integrando il livello aziendale con quello regionale possiamo individuare

- a) centri di **primo livello**: funzioni di assistenza per i casi di minore complessità e di selezione e trasferimento per i casi di maggiore complessità (spoke)
- b) centri di riferimento provinciali o interprovinciali (rappresentano il **secondo livello** nella gerarchia funzionale della rete): trattano casi di maggiore complessità assistenziale che non richiedano l'intervento dei centri di alta specializzazione, rispetto ai quali svolgono a loro volta una funzione di selezione ed invio (costituiscono quindi Hub rispetto ai centri periferici di primo livello ma sono Spoke rispetto al centro di alta specializzazione regionale)
- c) centri di eccellenza o di alta specializzazione: sono **gli Hub della rete regionale** ad ognuno dei quali fanno riferimento, secondo le indicazioni della programmazione regionale, alcuni dei centri di secondo livello con i rispettivi afferenti centri periferici o di primo livello.

Questo è il modello adottato per le reti di assistenza regionali individuate dal DGR 267 del 14 aprile 2007, e dedicate sostanzialmente all'emergenza-urgenza:

- RETE DELLA CHIRURGIA DELLA MANO (DCA n. 79 del 29/9/2010);
- RETE DELL'ICTUS (DCA n. 75 del 29/10/2010);
- RETE DELL'EMERGENZA (DCA n. 73/2010);

A queste si aggiungono le reti interne aziendali che di seguito si riportano:

- LA RETE DIABETOLOGICA
- LA RETE DELL'ASSISTENZA NEFROLOGICA NELLA AUSL VITERBO
- LA RETE ONCOLOGICA (DCA n. 59/2010);
- LA RETE DELLA PREVENZIONE DEGLI ALIMENTI DI ORIGINE ANIMALE
- LA RETE DELLO SCOMPENSO CARDIACO
- LA RETE DELLA TERAPIA DEL DOLORE E CURE PALLIATIVE (L. n. 3872010; DCA n. 83/2010);
- LA RETE DELLA FRAGILITA'
- LA RETE DELL'ODONTOIATRIA SOCIALE
- LA RETE DELLE PATOLOGIE CRONICHE
- LA RETE DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE
- LA RETE PER LA SALUTE DEGLI IMMIGRATI
- LA RETE DELLA FRATTURA DI FEMORE IN PAZIENTI ULTRA SESSANTACINQUENNI (DGR 613/2009)
- LA RETE INTEGRATA TERRITORIO (H)OSPEDALI ACCREDITATI (R.I.T.H.A.)

Le reti professionali per patologia nella dimensione aziendale ed il ruolo del PDTA

In estrema sintesi la missione di una rete professionale aziendale dedicata alla gestione di una patologia di grande impatto epidemiologico è quella di mettere in atto tutte le modalità operative e gli strumenti necessari per adeguare gli standard assistenziali aziendali (sia sotto l'aspetto strettamente diagnostico-terapeutico che sotto l'aspetto organizzativo) alle indicazioni di buona pratica clinica fornite dalle linee guida nazionali ed internazionali.

Ossia la rete professionale è chiamata ad "implementare" le linee guida nella concreta pratica assistenziale dell'Azienda. Questo obiettivo non può essere raggiunto con la pura e semplice diffusione dei

protocolli clinici che le linee guida indicano. L'operazione da compiere è assai più complessa; occorrono azioni che ricongiungano il fine (l'adeguamento della nostra pratica assistenziale ai più elevati standards qualitativi indicati dalle linee guida) con i mezzi di cui concretamente disponiamo (le risorse, le competenze professionali, gli assetti organizzativi dati). In altre parole dobbiamo unificare le indicazioni di buona pratica clinica con le azioni organizzative necessarie per renderle attuabili nella specifica situazione operativa della nostra AUSL. Solo attuando questo passaggio potremo effettivamente "implementare" le linee guida professionali nella nostra concreta pratica assistenziale.

Per operare questo passaggio le reti professionali hanno a disposizione uno strumento fondamentale: il **Percorso Diagnostico-Terapeutico ed Assistenziale (PDTA)** che **costituisce lo strumento operativo adeguato per contestualizzare Linee Guida nella specifica realtà organizzativa di una Azienda Sanitaria.**

Questo è l'orientamento chiaramente espresso dalle più avanzate indicazioni del management sanitario e dalla normativa che ad esse si ispira (*Decreto legislativo n. 502/1992 e successive modificazioni ed integrazioni; Legge finanziaria 1996 - art.1, comma 28; Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997 - in particolare sulla valutazione ed il miglioramento della qualità nelle attività sanitarie; Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 «Definizione dei livelli essenziali di assistenza» - prescrive la individuare di percorsi diagnostico-terapeutici sia per il livello di cura ospedaliera, sia per quello ambulatoriale; Varie intese stabilite dalla Conferenza Stato-Regioni*); nonché dalle stesse disposizioni della Regione Lazio (*in particolare i Decreti della Presidente Polverini, nella sua qualità di Commissario ad acta, n° 80/2010, sul riordino della rete ospedaliera, e n°75/2010, sulla rete regionale di assistenza all'ictus*).

Assumere come modello funzionale ed organizzativo delle attività cliniche quello basato sulle reti professionali multidisciplinari e sulla attivazione dei PDTA è una scelta strategica e richiede

- a) la esplicita assunzione di questo modello assistenziale come modello di riferimento aziendale
- b) la individuazione di un gruppo di coordinamento per i PDTA che comprenda esponenti qualificati delle Direzioni Sanitarie Aziendale ed Ospedaliere, delle Direzioni di Distretto, della Valutazione della Qualità, della Programmazione e Controllo, del Risk-Management, della Formazione

Allo Staff di coordinamento si affianca il Gruppo di Lavoro costituito per sviluppare un determinato e specifico PDTA: il gruppo di lavoro dovrà procedere alla definizione in termini clinici ed organizzativi del PDTA, con il supporto dello Staff di coordinamento. Questo supporto consentirà di coordinare le indicazioni di buona pratica clinica con la adozione delle misure organizzative che ne consentano la reale implementazione

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Aziendale

La terminologia del PDTA ne definisce le caratteristiche essenziali.

- 1) il termine "percorso" per definire:
 - l'iter del paziente dal primo contatto con il mondo sanitario alla diagnosi e terapia;

- l'iter organizzativo che si realizza nella realtà aziendale dal momento della presa in carico del paziente;
- 2) i termini "diagnostico", "terapeutico" e "assistenziale" per definire:
 - la presa in carico totale - dalla prevenzione alla riabilitazione - della persona che ha un problema di salute
 - gli interventi multi professionali e multidisciplinari rivolti in diversi ambiti come quello psico-fisico, sociale e delle eventuali disabilità.

La costruzione di un PDTA deve rispondere ad alcune "regole procedurali" in quanto quello che stiamo realizzando deve essere uno strumento metodologicamente standardizzato che migliori l'operatività di tutte le strutture definendo:

- a) gli obiettivi singoli e quelli comuni,
- b) i ruoli di ciascuno
- c) i tempi di intervento
- d) gli ambiti di intervento e i compiti degli operatori

Pertanto la stesura di un PDTA, pur contestualizzato in ogni realtà, deve rispondere a requisiti ben definiti per permettere un confronto oggettivo tra Aziende, tra Presidi, tra UU.OO. che trattano la stessa patologia.

L'ambito di estensione del percorso distingue un PDTA in:

PDTA ospedaliero

PDTA territoriale.

PDTA sia ospedaliero che territoriale = Percorso Integrato di Cura (PIC)

Quest'ultimo costituisce il modello più esaustivo in termini di risultati ottenibili rispetto ai bisogni di salute poiché orientato alla continuità, all'integrazione e alla completezza della presa in carico (in sintesi dalla prevenzione primaria al miglior reinserimento familiare e sociale possibile del soggetto colpito dall'evento patologico).

Altre caratteristiche costitutive del PDTA

- a) è uno strumento tecnico-gestionale il cui standard è sempre in **progressione** e che si propone di garantire:
 1. la riproducibilità delle azioni
 2. l'uniformità delle prestazioni erogate
 3. la riduzione dell'evento straordinario
 4. lo scambio di informazioni e la comprensione dei ruoli
- b) nel contempo consente:
 - un costante adattamento alla realtà specifica
 - una costante verifica degli aggiornamenti e dei miglioramenti

Esso non è mai autoreferenziale in quanto

- rappresenta la **contestualizzazione di Linee Guida**, relative ad una patologia o problematica clinica, nella **specificità realtà organizzativa di un'azienda sanitaria**;
- è un **modello locale** che, sulla base delle linee guida ed in relazione alle risorse disponibili, **consente un'analisi degli scostamenti tra la situazione attesa e quella osservata** in funzione del miglioramento;
- permette all'azienda sanitaria di delineare, rispetto ad una patologia o un problema clinico, il **miglior percorso praticabile all'interno della propria organizzazione.**

La creazione di un PDTA-PIC procede per fasi:

1. scelta del problema di salute
2. ricognizione dell'esistente

3. costruzione del percorso ideale
4. costruzione del percorso di riferimento
5. fase pilota o di sperimentazione
6. attuazione del PDTA all'interno dell'Azienda

La scelta del problema da affrontare è basata sull' *analisi dei bisogni* contestualizzata in ogni realtà organizzativa e definita da *criteri di priorità* quali:

- impatto sulla salute del cittadino (prevalenza, incidenza e mortalità della patologia);
- impatto sulla salute della comunità;
- impatto sulla rete familiare;
- presenza di linee-guida specifiche;
- variabilità e disomogeneità delle prestazioni;
- precisa definizione della patologia in esame;
- complessità clinica/assistenziale;
- impatto economico.

Il "percorso ideale" sarà quello direttamente derivato dalle linee guida e dalla letteratura scientificamente validata, riferito ad una condizione organizzativa. Esso serve da riferimento e confronto per valutare incongruenze e punti critici del percorso effettivo oggetto di modifica.

Il "percorso di riferimento" costituisce il modello concreto ipotizzabile in un contesto dato.

Esso, sulla base delle linee guida e del percorso ideale, è la migliore sequenza temporale e spaziale possibile delle attività da svolgere, nel contesto di una determinata situazione organizzativa e di risorse (quella della realtà aziendale nella quale operiamo)

Gli attori della costruzione del PDTA sono:

- A. **lo staff di coordinamento:** è il gruppo di supporto che si assume, la responsabilità complessiva – sia scientifica sia organizzativa - di tutti i progetti aziendali relativi ai PDTA e PIC, in stretta collaborazione con le Direzioni Sanitarie di Presidio o Direzioni dei Distretti.
Esso fornisce supporto metodologico ed organizzativo al gruppo di lavoro specifico che svilupperà il PDTA/PIC e si incaricherà di sciogliere, affiancando la Direzione Strategica, i nodi organizzativo-gestionali che emergeranno durante il processo di costruzione e verifica del percorso
- B. **il promotore:** corrisponde al soggetto dal quale è derivata la decisione di scrivere il PDTA/PIC. Può corrispondere alla Direzione Generale d'Azienda, alla Direzione di Presidio o Direzione di Distretto, al Direttore di Dipartimento o di Struttura, oppure può identificarsi in un gruppo di professionisti che promuovono un'iniziativa di miglioramento della qualità.
- C. **il committente:** è il soggetto che definisce la modalità con cui intende recepire il PDTA/PIC da attuare. In linea generale coinciderà con la massima funzione gestionale (Direzione Strategica).
- D. **il gruppo di lavoro:** è un gruppo costituito ad hoc per sviluppare il PDTA o PIC identificato.
I membri sono competenti, ciascuno per la propria parte, rispetto al processo di diagnosi, cura e assistenza della patologia prescelta, motivati e in grado di motivare gli altri operatori.
La sua composizione è multidisciplinare e multi professionale e comprende anche un membro dello staff di coordinamento.

Il PDTA viene rappresentato non attraverso un documento di testo descrittivo ma piuttosto attraverso modalità di rappresentazione grafica che permettano di coglierne rapidamente i passaggi, la loro successione temporale, le azioni e le rispettive responsabilità dei soggetti (strutture e figure professionali) coinvolti. Si tratta quindi di uno strumento descrittivo ed insieme di analisi del percorso e delle interrelazioni tra i diversi attori.

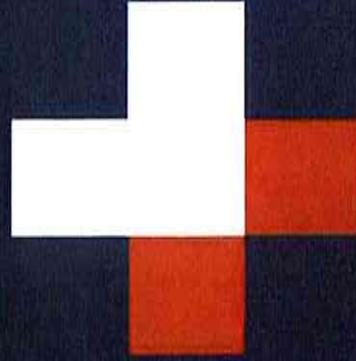
Ulteriore elemento costitutivo del PDTA è la fissazione di criteri, indicatori e standard di valutazione.

Di seguito si riportano i Percorsi Assistenziali individuati nella Azienda Sanitaria Locale di Viterbo:

- PERCORSO DIAGNOSTICO TERAPEUTICO DI PRESA IN CARICO ALZHEIMER E DEMENZE;
- PERCORSO ASSISTENZIALE SCLEROSI MULTIPLA
- PERCORSO BPCO E MALATTIE RESPIRATORIE (DCA n. 106/2011)
- PERCORSO DEI DISTURBI DEL COMPORTAMENTO ALIMENTARE IN ETA' EVOLUTIVA PEDIATRICA
- PERCORSO DIAGNOSTICO – TERAPEUTICO ED ASSISTENZIALE PER L'ICTUS (DCA n. 75/2010);
- PERCORSO ASSISTENZIALE DELLA MAMMELLA (DCA n. 59/2010);
- PERCORSO SALUTE DEGLI ANIMALI D'AFFEZIONE IN STATO DI ABBANDONO
- PERCORSO INTEGRATO DI ASSISTENZA AL DETENUTO TOSSICO-ALCOOLDIPENDENTE
- PERCORSO NASCITA;
- PERCORSO CONTINUITA' ASSISTENZIALE E INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

**Abstract Piano Strategico
2014 – 2016**

SISTEMA SANITARIO REGIONALE



**ASL
VITERBO**

ABSTRACT

Il Piano Strategico 2014-2016 è lo strumento di programmazione aziendale al quale uniformare le azioni, in coerenza con gli indirizzi e la normativa nazionale e regionale di riferimento.

L'analisi del contesto interno ed esterno, l'individuazione dei punti di forza e di debolezza del sistema, il recepimento dei programmi operativi regionali 2013-2015, delle linee guida per la redazione degli Atti di Autonomia Aziendale e degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali alla Regione Lazio e il rispetto dei vincoli di bilancio, conducono all'identificazione di **cinque politiche** sulle quali improntare l'azione strategica di cambiamento. Tra di loro sono tutte ovviamente interconnesse e la schematizzazione aiuta ad identificare meglio le azioni conseguenti e la coerenza con gli interventi e le indicazioni regionali:

1. **Politica A: le politiche di integrazione, innovazione, riqualificazione dell'offerta e promozione della salute** per promuovere la qualità della assistenza attraverso la riorganizzazioni dei servizi finalizzata alla concentrazione della casistica, alla integrazione per assicurare la continuità terapeutica e alla presa in carico del paziente, garantendo il mantenimento dei livelli di produzione attraverso:
 - o la realizzazione e l'implementazione delle Reti, dei Centri e dei Percorsi Aziendali, rispondendo al bisogno di salute del territorio;
 - o l'utilizzo di indicatori di esito standardizzati in funzione dei livelli di severità dei pazienti e correlati alle decisioni cliniche adottate;
 - o la specifica ed idonea formazione degli operatori sanitari sul rischio clinico, indirizzata al miglioramento della qualità dell'assistenza;
 - o la programmazione degli investimenti in relazione ai criteri di priorità individuati e l'omogeneizzazione delle procedure di acquisto per un più efficiente uso delle risorse;
 - o la riorganizzazione dei servizi aziendali realizzando quanto previsto dai decreti commissariali in un ottica di razionalizzazione ed efficienza del sistema;
 - o il miglioramento delle attività finalizzate alla prevenzione di eventi dannosi per i cittadini ed alla promozione dei corretti stili di vita ed a sostegno della sanità animale;
 - o l'implementazione di modelli, tecniche e tecnologie innovative.

2. **Politica B: le politiche per l'accesso ai servizi sanitari** per garantire il maggior grado di appropriatezza delle prestazioni erogate e fornire la migliore risposta clinica rispetto al problema di salute riscontrato, con tempestività e nel giusto ambito assistenziale cercando di ridurre il divario tra "bisogno" e "domanda" di prestazioni.

Il governo delle Liste di Attesa è caratterizzato da differenti ambiti tutti con specifiche criticità e ciascuno rilevante in una possibile strategia d'intervento:

- la valutazione dell'appropriatezza prescrittiva, con l'indicazione del quesito diagnostico e l'appropriata prestazione da eseguire discriminando prime visite o prestazioni strumentali da visite di controllo o prestazioni successive con indicazione della classe di priorità;
- la definizione di appropriati Percorsi Diagnostico-Terapeutici per le casistiche a maggior impatto sulla popolazione;
- il potenziamento della gestione dell'offerta di servizi sanitari pubblici e privati con il sistema delle prenotazioni (CUP);
- l'aumento della capacità di erogazione delle prestazioni anche con l'adeguato ricorso alla libera professione;
- la pubblicizzazione dei canali di accesso al sistema sanitario e della trasparenza delle Liste.

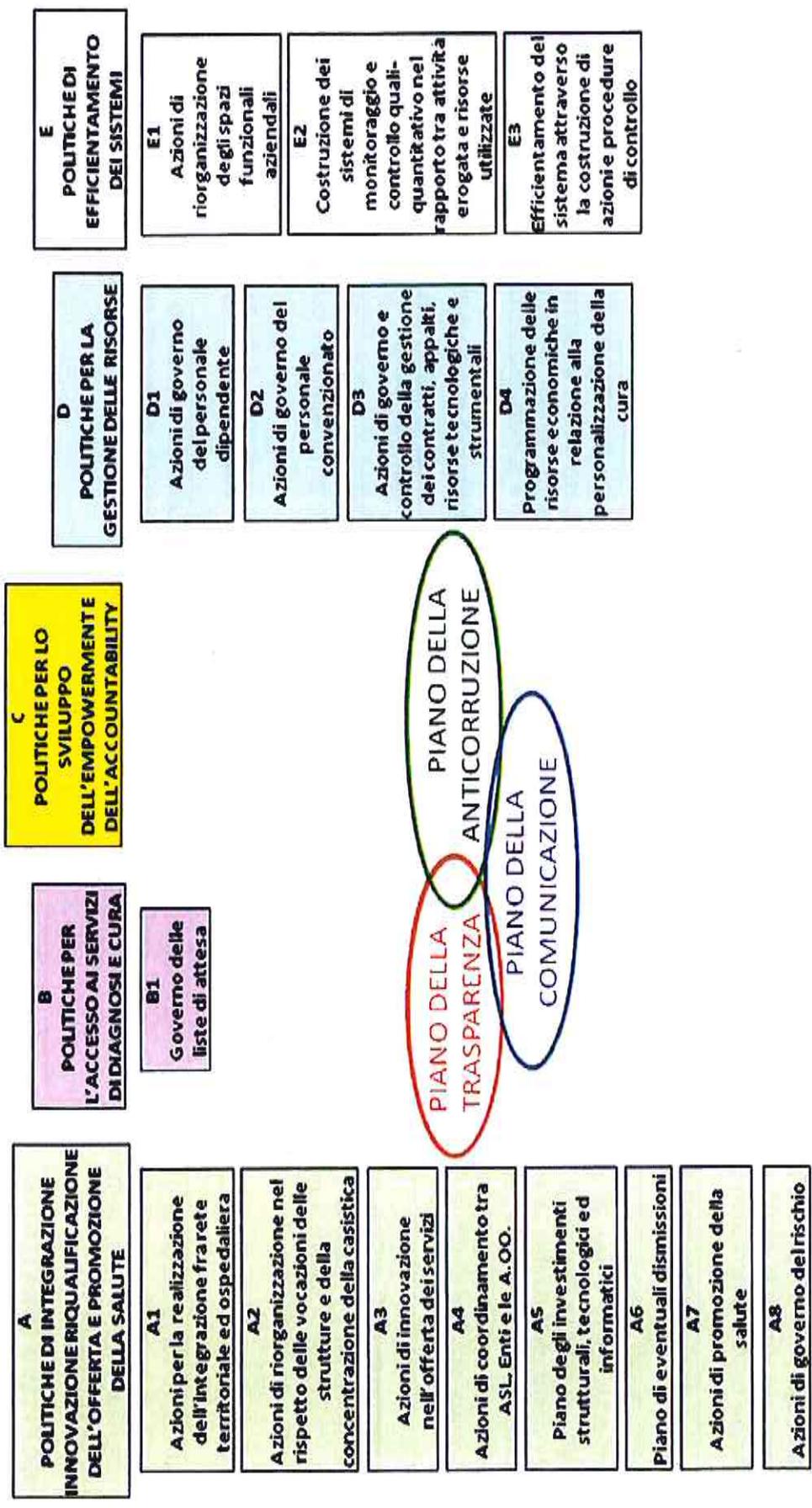
3. Politica C: le politiche per lo sviluppo dell'empowerment ed accountability per misurare e valutare le politiche attivate per il soddisfacimento dei bisogni degli utenti, nonché lo sviluppo qualitativo e quantitativo delle relazioni con i cittadini/utenti, i soggetti interessati, quali destinatari dei servizi.

L'azienda intende rispondere del proprio operato ai Cittadini in quanto contribuenti e protagonisti dei propri percorsi di assistenza; ai Cittadini è quindi necessario fornire informazioni su che cosa si fa, motivarne le scelte e rendere conto delle risorse utilizzate. Significa costruire un percorso informativo sull'accessibilità e qualità dei servizi per rendere la scelta libera e consapevole. Le azioni che l'azienda intende attuare sono:

- la costruzione di informazioni trasparenti e complete sia sui servizi che sulle procedure;
- la costruzione dei bilanci sociali e di missione dai quali si evince la comparazione dei dati di spesa con i dati di performance;
- la regolazione di accesso, costi e modalità dell'assistenza specialistica libero professionale e nel rapporto con l'attività istituzionale

4. Politica D: le politiche per la gestione delle risorse, attraverso la rivisitazione degli aspetti organizzativi, dei modelli gestionali di presa in carico dei pazienti, di efficientamento delle risorse assistenziali e la riorganizzazione delle funzioni tecnico amministrative per il riordino ed il potenziamento dei controlli nella gestione amministrativa

5. Politica E: le politiche di efficientamento dei sistemi per monitorare l'attuazione di piani, programmi e progetti, nel rispetto delle fasi e dei tempi stabiliti, degli standard qualitativi e quantitativi, del livello di assorbimento delle risorse, puntando, attraverso l'opportuna valutazione dei feed-back, al miglioramento dell'Azienda ed infine all'acquisizione di sempre maggiori competenze professionali con specifiche attività formative



Di seguito si riassumono gli obiettivi strategici rappresentati nel Piano delle Performance 2014-2016 che, allegato al Piano Strategico, ne forma parte integrante e sostanziale, descrivendone le finalità:

<p>OBIETTIVO STRATEGICO A1</p>	<p>REALIZZAZIONE DELL'INTEGRAZIONE TRA LA RETE TERRITORIALE E OSPEDALIERA</p>
<p>L'obiettivo ha lo scopo di adeguare i modelli assistenziali secondo i livelli di intensità differenziati sia in ambito ospedaliero che territoriale, tenendo conto delle caratteristiche peculiari del territorio; l'invecchiamento della popolazione e l'incremento delle malattie croniche richiedono un rafforzamento dell'assistenza territoriale, in forte integrazione con quella ospedaliera.</p>	
<p>OBIETTIVO STRATEGICO A2</p>	<p>RIORGANIZZAZIONE NEL RISPETTO DELLA VOCAZIONE DELLE STRUTTURE E DELLA CONCENTRAZIONE DELLA CASISTICA</p>
<p>L'obiettivo ha lo scopo di garantire alla popolazione la maggior uniformità possibile in termini di accessibilità, utilizzando al meglio le risorse disponibili e garantendo la qualità e sicurezza delle prestazioni erogate anche in relazione alla concentrazione della casistica trattata. La scelta del modello organizzativo a rete permette di valorizzare i singoli presidi ospedalieri come luogo di produzione al servizio delle comunità locali e dell'intero territorio provinciale, mentre la riorganizzazione della rete territoriale introduce modelli che garantiscono la corretta gestione delle patologie croniche. Il modello trova rispondenza nell'Atto Aziendale nel quale sono ridefinite le funzioni dell'Area Territoriale e la riorganizzazione dei Dipartimenti e delle Aree.</p>	
<p>OBIETTIVO STRATEGICO A3</p>	<p>INNOVAZIONE NELL'OFFERTA DEI SERVIZI</p>
<p>L'obiettivo ha lo scopo di migliorare la rete socioassistenziale territoriale di cure primarie e di continuità assistenziale attraverso l'introduzione di servizi innovativi come le Case della Salute che dovranno garantire ai cittadini un punto di ascolto per poter essere uno "sportello unico d'accesso" al Sistema Sanitario Regionale.</p>	
<p>OBIETTIVO STRATEGICO A4</p>	<p>COORDINAMENTO TRA LA AUSL, GLI ENTI E LE AZIENDE OSPEDALIERE</p>
<p>L'obiettivo ha lo scopo di garantire la sostenibilità economica e l'innovazione del sistema introducendo nuovi modelli gestionali, attuando accordi convenzionali con aziende sanitarie ed università del settore pubblico al fine di creare sinergie, utilizzare razionalmente risorse, competenze e professionalità, attuare progetti sperimentali per la riduzione della duplicazione dei costi sul territorio.</p>	
<p>OBIETTIVO STRATEGICO A5</p>	<p>IL PIANO DEGLI INVESTIMENTI STRUTTURALI, TECNOLOGICI ED INFORMATICI</p>

L'obiettivo ha lo scopo di migliorare le azioni di programmazione degli interventi di investimento, attraverso l'attività di ricognizione degli spazi e delle tecnologie e l'utilizzo di procedure certe per l'individuazione delle classi di priorità di intervento.

OBIETTIVO STRATEGICO A6

PIANO DI EVENTUALI DIMISSIONI

L'obiettivo ha lo scopo di far emergere le eventuali dimissioni dovute al minor utilizzo di risorse strutturali a seguito dell'introduzione dei nuovi modelli organizzativi e delle nuove tecnologie.

OBIETTIVO STRATEGICO A7

PROMOZIONE DELLA SALUTE

L'obiettivo ha lo scopo di promuovere politiche che, agendo su diversi fronti, siano in grado di raggiungere i gruppi di popolazione più a rischio, di ridurre le disparità di salute e di promuovere modifiche di comportamenti, in un'ottica "globale orientata alla trasformazione delle condizioni sociali, ambientali, culturali, economiche e strutturali e al rinforzo delle capacità e dei livelli di autonomia delle persone nelle scelte che hanno un impatto sulla salute individuale e collettiva". Si tratta di passare dalla valutazione delle prestazioni per singole persone malate alla valutazione degli esiti sulla salute dell'intera popolazione servita, dalla cura della malattia all'assistenza centrata sui bisogni e sull'autonomia della persona, dalla frammentarietà delle specializzazioni alla globalità dell'approccio. Le azioni programmate nel triennio possono essere riassunte in:

- attuazione dei progetti finalizzati di prevenzione e vigilanza sugli infortuni nei diversi settori produttivi;
- programmi di screening;
- campagne informative a tutta la cittadinanza e nelle scuole sugli interventi di prevenzione e promozione della salute;
- attività di indagine epidemiologica per malattie infettive e diffuse.

OBIETTIVO STRATEGICO A8

IL GOVERNO DEL RISCHIO

L'obiettivo ha lo scopo di promuovere la cultura della sicurezza sul paziente, attraverso un processo di formazione che permetta di riconoscere la gestione dell'errore come attività professionale e stimolo a migliorare, affinché la raccolta delle informazioni avvenga direttamente dagli operatori. Ciò produce un incremento della qualità delle prestazioni erogate ai pazienti ed una riduzione del contenzioso verso l'Azienda.

OBIETTIVO STRATEGICO B1	GOVERNO DELLE LISTE D'ATTESA
L'obiettivo ha lo scopo promuovere azioni improntate ai principi dell'appropriatezza e della priorità clinica, attraverso un sistema di gestione dell'offerta sanitaria che privilegi la migliore risposta al problema di salute rilevato, con tempestività e nel giusto ambito assistenziale, cercando di ridurre il divario tra "bisogno" e "domanda" di prestazioni.	
OBIETTIVO STRATEGICO C1	POLITICHE PER LO SVILUPPO DELL'EMPOWERMENT ED ACCOUNTABILITY
L'obiettivo ha lo scopo di implementare i processi di informazione, promuovendo azioni che rendano i cittadini protagonisti dei propri percorsi di assistenza: rendere conto di cosa si fa, perché lo si fa e quali risorse vengono impegnate per farlo; significa costruire un percorso informativo sull'accessibilità e qualità dei servizi per rendere la scelta di ognuno libera e consapevole.	
OBIETTIVO STRATEGICO D1	AZIONI DI GOVERNO DEL PERSONALE DIPENDENTE
L'obiettivo ha lo scopo di ottenere un efficiente e razionale impiego del personale, attraverso la valorizzazione delle competenze e la predisposizione di atti concernenti l'organizzazione aziendale, supportando i servizi nella realizzazione di un adeguato sistema professionale e di gestione delle risorse umane, in un'ottica strategica che accentui i processi di valutazione e di sviluppo della professionalità.	
OBIETTIVO STRATEGICO D2	AZIONI DI GOVERNO DEL PERSONALE CONVENZIONATO
L'obiettivo ha lo scopo di garantire la qualità dell'assistenza sanitaria di base attraverso la valorizzazione dei professionisti convenzionati che rappresentano una risorsa preziosa all'interno delle strategie dell'Azienda.	
OBIETTIVO STRATEGICO D3	AZIONI DI GOVERNO E CONTROLLO DELLA GESTIONE DEI CONTRATTI, APPALTI, RISORSE TECNOLOGICHE E STRUMENTALI
L'obiettivo ha lo scopo di garantire un'efficiente gestione dei contratti, superando gli elementi di criticità dovuti alla frammentazione delle azioni di programmazione della spesa e di attuazione dei programmi.	
OBIETTIVO STRATEGICO D4	PROGRAMMAZIONE DELLE RISORSE ECONOMICHE IN RELAZIONE ALLA PERSONALIZZAZIONE DELLA CURA
L'obiettivo ha lo scopo di sviluppare strumenti che consentano di programmare le risorse in relazione ad ogni percorso di cura; oltre all'attivazione di R.I.T.H.A (Rete Integrata Territorio Ospedale ed Accreditati), i pazienti potranno essere accompagnati e presi in carico individualmente rispetto ad ogni bisogno di assistenza.	

OBIETTIVO STRATEGICO E1	AZIONI DI RIORGANIZZAZIONE DEGLI SPAZI FUNZIONALI AZIENDALI
L'obiettivo ha lo scopo di ottimizzare l'utilizzo degli spazi aziendali per permetterne il miglior utilizzo anche in funzione della riorganizzazione dei servizi e per l'efficientamento del sistema.	
OBIETTIVO STRATEGICO E2	COSTRUZIONE DEI SISTEMI DI MONITORAGGIO E CONTROLLO QUALI QUANTITATIVO NEL RAPPORTO TRA ATTIVITA' EROGATA E RISORSE UTILIZZATE
L'obiettivo ha lo scopo di garantire un corretto rapporto tra i volumi di attività e le risorse impiegate attraverso la costruzione di un sistema di controlli in ogni ambito (tecnico, amministrativo, sanitario) che permetta un monitoraggio costante dell'andamento dell'Azienda.	

OBIETTIVO STRATEGICO E3	EFFICIENTAMENTO DEL SISTEMA ATTRAVERSO LA COSTRUZIONE DI AZIONI E PROCEDURE DI CONTROLLO
L'obiettivo ha lo scopo di uniformare le procedure di controllo dei processi amministrativo contabili anche ai fini della certificabilità di Bilancio, collegato alla contabilità economica patrimoniale, alla contabilità analitica e ad un sistema di indicatori delle performance.	

Decreto del Commissario ad acta
(delibera del Consiglio dei Ministri del 21 marzo 2013)

N. *V00259* del *6 AGO. 2014*

Proposta n. 12776 del 22/07/2014

Oggetto:

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

Estensore

Responsabile del Procedimento

Il Dirigente d'Area

CARACCIOLO ELEONORA

DANIELA FELICI

C. MATRANGA

Il Direttore Regionale

F. DEGRASSI

Si esprime parere favorevole

Il Sub Commissario

R. BOVINI

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

DECRETO n. del

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

IL COMMISSARIO AD ACTA

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

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

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

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

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

VISTO il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni concernente: "*Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421 e successive modificazioni*" ed, in particolare, l'articolo 3, comma 1 bis, secondo cui le aziende sanitarie devono disciplinare la propria organizzazione ed il proprio funzionamento con atto aziendale di diritto privato nel rispetto dei principi e dei criteri previsti da disposizioni regionali;

VISTA la legge regionale 16 giugno 1994, n.18, e successive modificazioni recante: "*Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali*";

VISTA la legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6, e successive modificazioni recante la "*Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni*

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

relative alla dirigenza ed al personale regionale”;

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

VISTE le deliberazioni della Giunta Regionale:

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

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

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

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

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

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

CONSIDERATO:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

TENUTO CONTO, altresì, che con detti Programmi Operativi:

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

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

territoriale;

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

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

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

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

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

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

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

sovra aziendale;

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

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

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

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

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

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

RITENUTO OPPORTUNO, pertanto:

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

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

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

DECRETA

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

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

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

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

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

NIGOLA ZINGARETTI





SALUTE LAZIO

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

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

INDICE

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

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

1. I PRINCIPI ISPIRATORI ED IL CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

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

1.1 I Principi ispiratori

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

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

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

1.2 La principale normativa di riferimento

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

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

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

- e) la legge regionale 14 luglio 2014, n. 7 recante "Misure finalizzate al miglioramento della funzionalità della Regione: Disposizioni di razionalizzazione e di semplificazione dell'ordinamento regionale nonché interventi per lo sviluppo e la competitività dei territori e a sostegno delle famiglie";
- f) l'Intesa ai sensi dell'art. 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003 n. 131 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo "Patto per la Salute per gli anni 2014-2016";

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

1.3 Il Piano di Rientro

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

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

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

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

1.4 I Parametri elaborati dal Comitato LEA

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

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

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

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

1.5 I Programmi Operativi 2013-2015

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

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

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

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

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

1.6 La Rete Ospedaliera

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

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

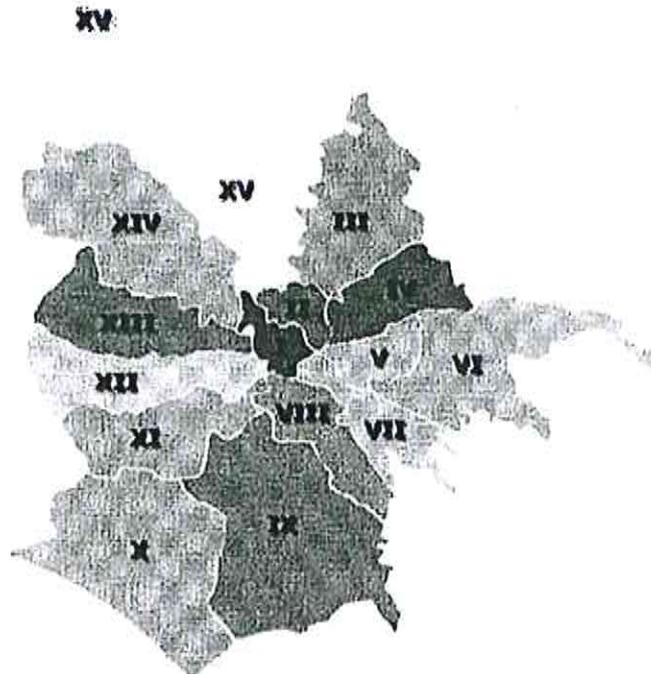
La stesura degli atti aziendali dovrà essere coerente con quanto previsto nel PO 2013-2015 e provvedimenti collegati. In particolare, dovrà tenere conto delle seguenti indicazioni:

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

- semplici dipartimentali), di cui almeno 4 complesse. Eccezioni al numero minimo di strutture sono ammesse solo se e quando previste da specifici atti e provvedimenti regionali. Le strutture complesse e semplici dipartimentali fanno capo strutturalmente ad un solo dipartimento, pur potendo partecipare funzionalmente anche ad altri Dipartimenti.
- g) Nelle Aziende Ospedaliere e nei Policlinici Universitari sede di DEA dove è presente una attività ostetrica, neonatologica e pediatrica di elevata complessità, i tre ambiti assistenziali non possono essere separati in diversi Dipartimenti.
 - h) Adozione di misure organizzative volte al tendenziale superamento del concetto di posto letto assegnato alla singola Unità Operativa ed evoluzione verso un'organizzazione per area assistenziale ad intensità di cure per acuti (medica, chirurgica, critica, materno-infantile-pediatria) e la creazione di moduli polispecialistici di Day Hospital medico e chirurgico (con l'eccezione del DH relativi alle discipline di Pediatria e Psichiatria).
 - i) Organizzazione, secondo quanto previsto nel PO 2013-2015 e provvedimenti collegati, delle UO di chirurgia in moduli funzionanti 5 giorni a settimana - week hospital (DCA 921/2006 "Approvazione linee guida preliminari per la introduzione dell'ospedale su cinque giorni nella rete di offerta ospedaliera del Lazio") finalizzata alla promozione dell'appropriatezza organizzativa e dell'ottimizzazione delle risorse di personale.
 - j) Riconversione delle strutture ospedaliere nei presidi territoriali programmati.
 - k) Adeguamento delle strutture allo specifico ruolo previsto all'interno delle reti dell'emergenza, delle patologie "tempo dipendenti" e di quelle specialistiche.
 - l) Eliminazione di eventuali duplicazioni di funzioni assistenziali e relative strutture organizzative, sia semplici che complesse.

1.7 La nuova configurazione dei Municipi di Roma Capitale

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



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

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

2. AMBITO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

I destinatari principali delle presenti direttive sono:

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

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

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

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

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

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

Si rammenta:

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

3. I PRINCIPI CARDINE DEI PROGRAMMI OPERATIVI 2013-2015

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- ✓ qualità degli esiti

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. RAZIONALIZZAZIONE DEL NUMERO DELLE STRUTTURE

4.1. I parametri elaborati dal Comitato LEA

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

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

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

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

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

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

4.2 Le Strutture Complesse e Semplici

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5. ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLE AZIENDE SANITARIE

5.1 I criteri generali dell'organizzazione aziendale

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

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

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

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

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

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

5.2. I Dipartimenti

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

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

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

L'atto aziendale definisce i dipartimenti aziendali ed interaziendali e le strutture organizzative aziendali afferenti.

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

Le strutture complesse fanno capo strutturalmente ad un solo dipartimento.

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

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

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

Costituiscono particolari tipologie di dipartimento:

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

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

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

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

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

5.2.1 Il Comitato di Dipartimento

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

Componenti del Comitato di dipartimento sono:

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

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

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

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

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

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

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

5.3 Organizzazione dipartimentale dell'area ospedaliera

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

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

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

5.4 Il Dipartimento di Salute Mentale

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

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

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

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

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

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

5.5 Il Dipartimento di Prevenzione

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il modello organizzativo deve inoltre assicurare:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.7 Le funzioni di staff alla Direzione Aziendale

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

5.8 Le funzioni amministrative e tecniche

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

Tali funzioni devono essere individuate sulla base dei seguenti criteri:

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

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

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

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

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

Aree funzionali.

5.9 Il processo di razionalizzazione delle funzioni aziendali

5.9.1 Le funzioni di supporto amministrative e tecniche Interaziendali

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

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

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

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

5.9.2 Le funzioni clinico-assistenziali Interaziendali

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

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

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

5.9.3 Il rapporto Dipartimento/U.O.C.

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

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

5.10 Il Distretto

5.10.1 Il distretto: mandato, funzioni ed attività.

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

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

Il ruolo del distretto quale garante dell'integrazione, dell'appropriatezza e della continuità dei percorsi assistenziali trova espressione nell'esercizio della **funzione di committenza** nei confronti dei sistemi di produzione interni ed esterni, pubblici e privati. Il distretto, infatti, svolge sia la funzione di organizzazione e gestione delle risorse assegnate per la funzione di produzione diretta delle prestazioni, sia la funzione di committenza verso produttori terzi, intesa come acquisto e controllo delle strutture di erogazione, al fine di sviluppare al massimo le condizioni di autosufficienza dell'Azienda rispetto alle necessità di integrazione, cooperazione e risposta al bisogno. Partendo dalla valutazione dei bisogni di salute della popolazione e dei consumi delle prestazioni, la committenza agisce per limitare l'autoreferenzialità e la forza dei produttori e per orientare l'offerta dei produttori medesimi e la domanda degli assistiti verso servizi e prestazioni efficaci. Dal punto di vista istituzionale, il distretto costituisce la sede delle relazioni tra attività aziendali ed enti locali per il pieno esercizio della **funzione di programmazione** volta ad individuare le principali aree di bisogno ed a delineare le priorità di intervento. Il distretto rappresenta, pertanto, l'interlocutore privilegiato per i rapporti con gli Enti locali e costituisce la struttura di riferimento per la cittadinanza, per quanto attiene il proprio territorio. Dal punto di vista strutturale, il distretto si configura quale articolazione territoriale, organizzativa e funzionale delle aziende unità sanitarie locali, dotato di autonomia economico-finanziaria, contabile e gestionale a cui viene attribuito uno specifico budget.

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

- a) valutazione della domanda/bisogno dei cittadini, anche attraverso forme di partecipazione delle associazioni dei cittadini, degli utenti e delle loro famiglie;
- b) valutazione e conduzione dell'assetto erogativo di prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, anche al fine della qualità e dell'appropriatezza della domanda e delle risposte assistenziali, con particolare riferimento ai percorsi assistenziali per le patologie croniche e le persone fragili;
- c) programmazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie;
- d) compartecipazione, con gli Enti locali, le aziende per i servizi alla persona e gli altri soggetti di cui all'art. 1 della legge n. 328/2000 e s.m.i., alla definizione delle più ampie politiche di welfare attraverso il piano di zona e gli accordi di programma, attraverso il servizio sociale di distretto, nonché attraverso una adeguata politica di integrazione socio - sanitaria;
- e) garanzia della presa in carico e della continuità assistenziale, sia mediante la produzione diretta dei servizi e delle prestazioni, sia attraverso l'acquisizione degli stessi da altri soggetti aziendali ed extra aziendali, pubblici e privati accreditati.

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

5.10.2 L'articolazione territoriale dei distretti.

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

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

5.10.3 L'accorpamento di distretti.

A. Distretti che insistono sul territorio di Roma Capitale

In conformità a quanto previsto dal nuovo Statuto di Roma Capitale (cfr paragrafo 6, Capitolo I), gli ambiti territoriali dei distretti delle ASL RM/A, RM/B, RM/C, RM/E, verranno adeguati in ragione degli accorpamenti dei Municipi di Roma Capitale, ed il loro numero, conseguentemente, sarà ridotto dagli attuali 19 a 16.

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

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

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

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

B. Distretti che non insistono sul territorio di Roma Capitale

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

5.10.4 Il Direttore di Distretto

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

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

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

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

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

5.10.5 L'organizzazione distrettuale.

Le funzioni di produzione distrettuali sono:

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

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

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

Negli Atti Aziendali potranno essere evidenziate eventuali funzioni interdistrettuali.

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

5.10.6 L'Assistenza sanitaria alla popolazione detenuta.

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

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

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

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

5.10.7 Patologie delle Dipendenze

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

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

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

6. STRUTTURA DELL'ATTO AZIENDALE

6.1. I contenuti dell'atto aziendale

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

L'atto aziendale, in particolare, indica:

la denominazione dell'Azienda;

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



SALUTE LAZIO

SISTEMA SANITARIO REGIONALE

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

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

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

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

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

6.2 I documenti allegati all'atto aziendale

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

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

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

7.1. Gli organi

Sono organi dell'Azienda:

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

7.1.1 Il Direttore Generale

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

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

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

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

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

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

Rimangono di esclusiva competenza del direttore generale le funzioni di alta amministrazione (cioè quelle più propriamente "di governo") e quelle connesse alla funzione di Datore di Lavoro, mentre sono delegabili ai vari livelli della dirigenza le funzioni di carattere gestionale, attraverso le quali si esplica l'autonomia funzionale delle articolazioni organizzative dell'Azienda tra cui, in via esemplificativa:

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

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

7.1.2 Il Collegio di Direzione.

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

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

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

Partecipa altresì alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche. Il Direttore Generale costituisce, con proprio provvedimento, il Collegio di direzione che si dota di uno specifico regolamento per le modalità di funzionamento che tenga conto, oltre che delle indicazioni contenute nel presente atto di indirizzo, anche delle funzioni del Collegio di direzione previste dalla normativa vigente.

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

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

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

In rapporto a singoli argomenti trattati potrà essere prevista la partecipazione al Collegio stesso di dirigenti o professionisti cui è affidata la responsabilità di strutture o incarichi di particolare rilevanza strategica.

7.1.2.1 I criteri di funzionamento del Collegio di Direzione

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

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

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

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

Per le decisioni del Collegio si osservano i seguenti criteri:

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

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

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

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

7.1.3 Il Collegio sindacale: composizione e funzioni.

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

7.2 Il Direttore Amministrativo ed il Direttore Sanitario

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

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

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

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

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

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

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

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

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

7.3 La Direzione Aziendale

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

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

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

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

In particolare, spetta alla direzione aziendale:

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

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

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

8. ORGANISMI DELL'AZIENDA

8.1 Il Consiglio dei Sanitari: composizione e funzioni.

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

Le modalità di funzionamento del Consiglio dei sanitari sono previste da un apposito regolamento.

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

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

8.1.1 Composizione del Consiglio dei sanitari delle Aziende Ospedaliere

La rappresentanza è composta da:

- a) n. 10 dirigenti medici ospedalieri, di cui 4 dirigenti di struttura complessa e n. 6 dirigenti con cinque anni di anzianità in ruolo. Nelle Aziende Ospedaliere con più presidi viene assicurata la presenza di almeno un rappresentante medico per presidio qualora il numero dei posti letto sia superiore a 150;
- b) n. 5 dirigenti sanitari laureati non medici del ruolo sanitario in rappresentanza di ciascuna figura professionale operante nelle Aziende Ospedaliere;
- c) n. 1 operatore dell'area infermieristica;
- d) n. 2 operatori dell'area tecnico-sanitaria e della riabilitazione.
- e) nelle Aziende Ospedaliere ove insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della Facoltà di Medicina, deve essere assicurata, in proporzione, la rappresentanza universitaria del personale dirigente sanitario con funzioni apicali, del personale dirigente sanitario non apicale e del personale tecnico laureato.

8.1.2 Composizione del Consiglio dei sanitari delle Aziende ASL

La rappresentanza è assicurata dalle seguenti figure professionali:

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

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

Possono essere eletti quali componenti del Consiglio dei sanitari:

- a) i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale con almeno 3 anni di anzianità;
- b) il personale universitario assegnato, da almeno tre anni, ad attività assistenziali (per le Aziende in cui insiste il triennio clinico della Facoltà di Medicina e per le Aziende in cui è presente anche la componente universitaria).

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

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

Il Direttore Generale con proprio provvedimento disciplina:

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

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

8.2 L'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

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

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

Inoltre l'OIV:

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

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

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

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

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

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

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

Presso l'Organismo è costituita, con deliberazione del direttore generale e senza maggiori oneri per i bilanci delle Aziende Sanitarie, un'apposita struttura tecnica di supporto. L'Organismo, inoltre, può avvalersi del supporto di strutture interne delle Aziende Sanitarie che forniscono i necessari strumenti di analisi e reporting.

Le modalità di funzionamento ed i compensi per i componenti sono disciplinati in apposito regolamento.

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

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

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

8.3 Comitati e Commissioni aziendali.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

9. I RAPPORTI CON GLI ENTI LOCALI

9.1. La Conferenza Locale per la Sanità

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

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

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

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

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

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

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

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

9.2. La Conferenza sanitaria cittadina

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

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

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

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

A tal fine si forniscono le seguenti indicazioni di massima.

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

Gli incarichi dirigenziali di natura gestionale o professionale si perfezionano solo a seguito della stipula del contratto individuale con le modalità previste dal vigente CCNL, che definisce, tra l'altro, la tipologia dell'incarico, la durata, il mandato assegnato. Gli ambiti di responsabilità ed i limiti alla stessa, gli obiettivi e le risorse assegnati, i risultati attesi, le modalità di valutazione e di revoca dell'incarico, nonché le attribuzioni del dirigente.

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

Il Regolamento dovrà essere adeguatamente coordinato con il Piano Anticorruzione.

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

In ogni caso, fermi restando i casi di revoca dell'incarico già disciplinati e l'ipotesi di applicazione di misure cautelari, la rotazione può avvenire solo al termine dell'incarico, la cui durata deve essere comunque contenuta. L'attuazione della misura deve avvenire in modo da tener conto della specificità professionali in riferimento alle funzioni e in modo da salvaguardare la continuità della gestione amministrativa. A tal fine, gli Enti curano la formazione del personale, prediligendo l'affiancamento e l'utilizzo di professionalità interne.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

12. DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI

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

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

ALLEGATO 1

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

ALLEGATO 1

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

TOTALE POPOLAZIONE RESIDENTE: 5.870.451

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

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

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

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

Allegato 6. Schede per singolo Istituto di ricovero

Nelle schede per Istituto i posti letto sono distribuiti in cinque Aree, mantenendo distinti quelli di Malattie Infettive, Psichiatria e Detenuti.

Area medica- M. Comprende in un unico aggregato, laddove presenti nell'istituto, tutte le discipline mediche (Medicina generale, Allergologia, Angiologia, Dermatologia, Ematologia, Gastroenterologia, Geriatria, Immunologia, Malattie endocrine del ricambio e nutrizione, Medicina nucleare, Nefrologia, Neurologia, Oncoematologia, Oncologia, Pneumologia, Reumatologia), tenendo distinta quella di Cardiologica (codice 08).

Area chirurgica-C. Comprende in un unico aggregato, laddove presenti nell'istituto, le specialità di Chirurgia generale, Ginecologia³, Oculistica, Odontoiatria e stomatologia, Ortopedia e traumatologia, Otorinolaringoiatria, Urologia, tenendo distinte quelle di Cardiochirurgia (codice 07), Chirurgia maxillo-facciale (codice 10), Chirurgia plastica (codice 12), Chirurgia toracica (codice 13), Chirurgia vascolare (codice 14), Neurochirurgia (codice 30), Nefrologia (trapianto rene) (codice 48).

Area Critica-AC. Comprende Astanteria/Breve Osservazione/Medicina d'urgenza, Grandi ustionati, Terapia intensiva, Unità coronarica, UTN.

Area Materno-Infantile-Pediatria-MIP. Comprende le specialità di Ostetricia³, Neonatologia, Terapia intensiva neonatale, Pediatria, Chirurgia pediatrica, Nefrologia pediatrica, Neonatologia, Neurochirurgia pediatrica, Neuropsichiatria infantile, Oncoematologia pediatrica.

Post-acuzie-PA. Comprende la lungodegenza medica (codice 60), la riabilitazione (codici 28, 56 e 75).

I moduli polispecialistici di DH medico (codice 02) e chirurgico (codice 98) ricomprendono le specialità delle relative Aree, mantenendo la specificità per l'Area Materno-Infantile-Pediatria, Psichiatria, Malattie Infettive e Riabilitazione.

³ I PL della disciplina 37 (ostetricia e ginecologia) sono stati conteggiati separatamente per l'Ostetricia (ricompresi nell'Area materno-infantile) e la Ginecologia (ricompresi nell'Area chirurgica); il riproporzionamento è stato effettuato in base alla percentuale di giornate prodotte rispettivamente per la MDC 14 ("Gravidanza, parto e puerperio") e la MDC 13 ("Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile").

Legenda Box posti letto

Area	
M	Area Medica
C	Area Chirurgica
AC	Area Critica
MIP	Area Materno Infantile Pediatrica
PA	Post-Acuzie

Legenda Box Ruolo nella Rete

Rete emergenza:	PS; DEA I livello; DEA II livello
Rete perinatale:	I= I livello dell'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 (ex II livello DCA 56/10) II livello= II livello dell'Accordo Stato-Regioni 16 dicembre 2010 (presenza di TIN comprensiva di Sub-intensiva) (ex III livello DCA 56/10)
Rete pediatrica:	<i>Hub</i> = centro di riferimento per emergenza pediatrica medica e/o chirurgica <i>Spoke</i> = PS/DEA in Istituto con reparto di pediatria
Rete cardiologica:	C= Cardiologia/UTIC E= Ccardiologia/UTIC con servizio di emodinamica E+CC = Cardiologia/UTIC con servizio di emodinamica e Cardiochirurgia
Rete ictus:	TNV/PSe= Team NeuroVascolare e/o Pronto Soccorso "esperto" (Nodi periferici) UTN I= Unità di Trattamento Neurovascolare di I livello (<i>Spoke</i>) UTN II= Unità di Trattamento Neurovascolare di II livello (<i>Hub</i>)
Rete trauma:	PST= Presidio di Pronto Soccorso per Traumi (<i>Spoke</i> di I Livello) CTZ = Centro Traumi di Zona (<i>Spoke</i> di II Livello) CTS = Centro Traumi di Alta Specializzazione (<i>Hub</i>)

Codice Azienda: 109 - ASL: VT Codice struttura: 120271
 Denominazione: OSPEDALE BELCOLLE
 Comune: Viterbo Tipologia: Presidio di Azienda

Area	Codice	Disciplina	Descrizione	PL NSIS		PL 2014-2015	
				ORD	DH	ORD	DH
M	08		CARDIOLOGIA	21		22	
			AREA MEDICA	123		142	
	02		DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO		30		30
	Tot			144	30	164	30
C			AREA CHIRURGICA	99		94	
	14		CHIRURGIA VASCOLARE	9		9	
	30		NEUROCHIRURGIA	5		6	
	98		DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO		17		22
	Tot			113	17	109	22
AC	49		TERAPIA INTENSIVA	12		12	
	50		UNITA' CORONARICA	6		6	
	51		ASTANTERIA/BREVE OSS./MEDICINA D'URGENZA	10		12	
	UTN		UTN			6	
	Tot			28		36	
MIP	370		OSTETRICIA	21		26	
	39		PEDIATRIA	9	1	9	1
	62		NEONATOLOGIA	10		8	
	73		TERAPIA INTENSIVA NEONATALE	4		4	
	Tot			44	1	47	1
	24		MALATTIE INFETTIVE E TROPICALI	18		18	
	40		PSICHIATRIA	16	2	16	2
	97		DETENUTI	10		10	
	Tot			44	2	44	2
PA	56		RECUPERO E RIABILITAZIONE	16		16	
	Tot			16		16	
	Tot			389	50	416	55

Ruolo nella Rete

Emergenza: DEA I	Trauma: CTZ	Ictus: UTN I
Cardiologica: E	Perinatale: II	Pediatria: Spoke

Codice Azienda: 109 - ASL: VT Codice struttura: 120002
Denominazione: OSPEDALE DI ACQUAPENDENTE
Comune: Acquapendente Tipologia: Presidio di Azienda

Area	Codice	Disciplina	Descrizione	PL NSIS		PL 2014-2015	
				ORD	DH	ORD	DH
	26		MEDICINA GENERALE	8		20	
	09		CHIRURGIA GENERALE			10	
	Tot			8		30	
C	98		DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO		10		10
	Tot				10		10
	Tot			8	10	30	10

Ruolo nella Rete

Emergenza: PS	Trauma:	Ictus:
Cardiologica:	Perinatale:	Pediatria:

NOTA: I 40 posti letto di Medicina e Chirurgia sono collocati in un'unica Area Medica-Chirurgica

Codice Azienda: 109 - ASL: VT Codice struttura: 120003
Denominazione: OSPEDALE DI CIVITACASTELLANA
Comune: Civitacastellana Tipologia: Presidio di Azienda

Area	Codice	Disciplina	Descrizione	PL NSIS		PL 2014-2015	
				ORD	DH	ORD	DH
M			AREA MEDICA	44		40	
	02		DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO		10		4
	Tot			44	10	40	4
C			AREA CHIRURGICA	38		34	
	98		DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO		8		8
	Tot			38	8	34	8
	Tot			82	18	74	12

Ruolo nella Rete

Emergenza: PS	Trauma:	Ictus:
Cardiologica:	Perinatale:	Pediatria:

Codice Azienda: 109 - ASL: VT Codice struttura: 120007
Denominazione: OSPEDALE DI TARQUINIA
Comune: Tarquinia Tipologia: Presidio di Azienda

Area Codice Disciplina	Descrizione	PL NSIS		PL 2014-2015	
		ORD	DH	ORD	DH
M	AREA MEDICA	46		40	
02	DAY HOSPITAL MULTISPECIALISTICO		10		4
Tot		46	10	40	4
C	AREA CHIRURGICA	44		36	
98	DAY SURGERY MULTISPECIALISTICO		5		10
Tot		44	5	36	10
MIP 370	OSTETRICIA	16			
Tot		16			
Tot		106	15	76	14

Ruolo nella Rete

Emergenza: PS	Trauma:	lotus:
Cardiologica:	Perinatale:	Pediatria:

IL LAZIO CAMBIA. RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA.

Presentazione del Decreto 368/14



REGIONE
LAZIO
regione.lazio.it

IL LAZIO CAMBIA

I RISULTATI PIÙ IMPORTANTI DI QUESTI MESI

- **ACCORDO CON I MMG PER PRESA IN CARICO DEI PAZIENTI CRONICI E CONTINUITÀ ASSISTENZIALE**
- **ABBATTIMENTO LISTE D'ATTESA: INTRODUZIONE CLASSI DI PRIORITÀ, RICETTA DEMATERIALIZZATA, 113MILA ESAMI IN PIÙ ENTRO GENNAIO**
- **NUOVI PROTOCOLLI D'INTESA CON I POLICLINICI UNIVERSITARI**
- **COMPLETATO ITER III FASE EDILIZIA SANITARIA EX ART. 20 (628 MILIONI DI INVESTIMENTI)**
- **PAGAMENTI A 60 GIORNI**
- **MIGLIORAMENTO DEGLI INDICATORI DI QUALITÀ DELLE CURE SECONDO IL MONITORAGGIO DEL MINISTERO**



OGGI GIORNATA FONDAMENTALE: CON LA RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA...

+ EFFICIENZA
+ SICUREZZA
- COSTI



REGIONE
LAZIO
regione.lazio.it

IL CUORE DELLA SVOLTA

GLI OSPEDALI, POLI DELL'ECCELLENZA

- **ACCESSI E RICOVERI INAPPROPRIATI**
(che si spostano nella rete territoriale)
- **DEGENZE A BASSA INTENSITÀ**
(che si spostano nei nuovi reparti a degenza infermieristica)
- + **ASSISTENZA AD ALTA SPECIALIZZAZIONE
PER I PAZIENTI ACUTI**
- + **QUALITÀ TECNICO-ASSISTENZIALE,
STANDARDIZZAZIONE E INFORMATIZZAZIONE
DEI PROCESSI**
- + **APPROPRIATEZZA E VERIFICA DEGLI ESITI**

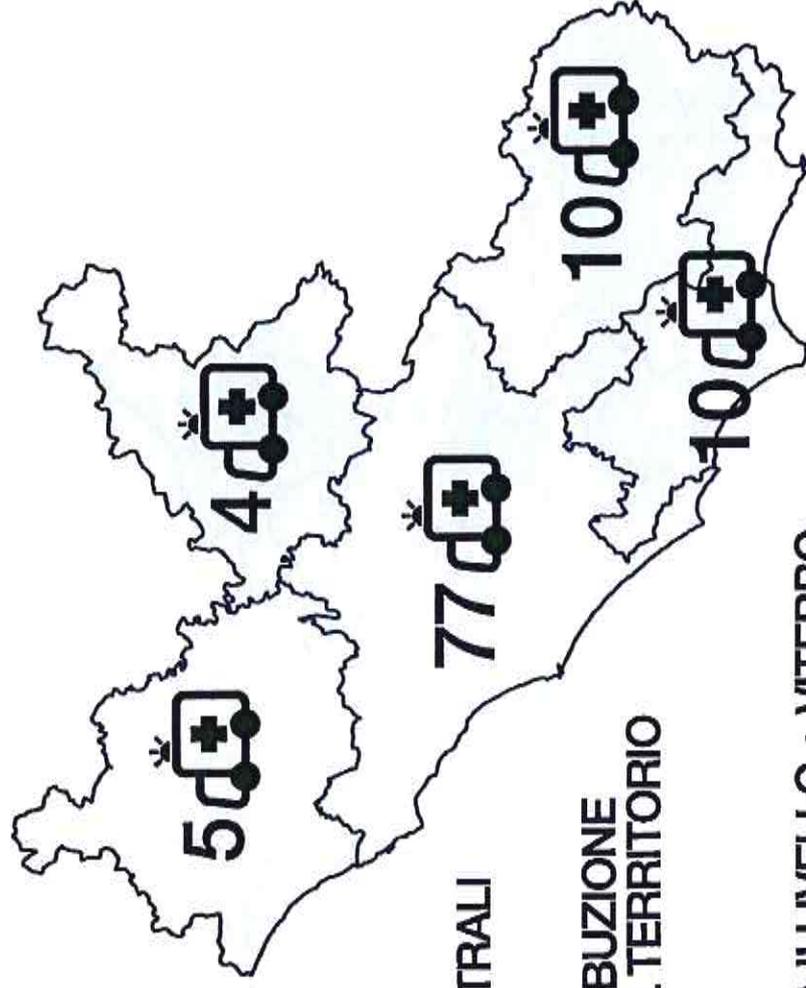


REGIONE
LAZIO

regione.lazio.it

LE RETI

RETE DELL'EMERGENZA TERRITORIALE



- RAZIONALIZZAZIONE DELLE CENTRALI OPERATIVE DELL'ARES 118
- AMBULANZE: DEFINITA LA DISTRIBUZIONE DEI 106 MEZZI SANITARIZZATI SUL TERRITORIO (+114 MEZZI DI BASE)
- DA 27 A 34 ELISUPERFICI E ATTIVAZIONE H24 IN TUTTI I DEA II LIVELLO + VITERBO
- TRASMISSIONE DELL'ELETTROCARDIOGRAMMA DA TUTTI MEZZI DI SOCCORSO ALLE STRUTTURE OSPEDALIERE DI RIFERIMENTO



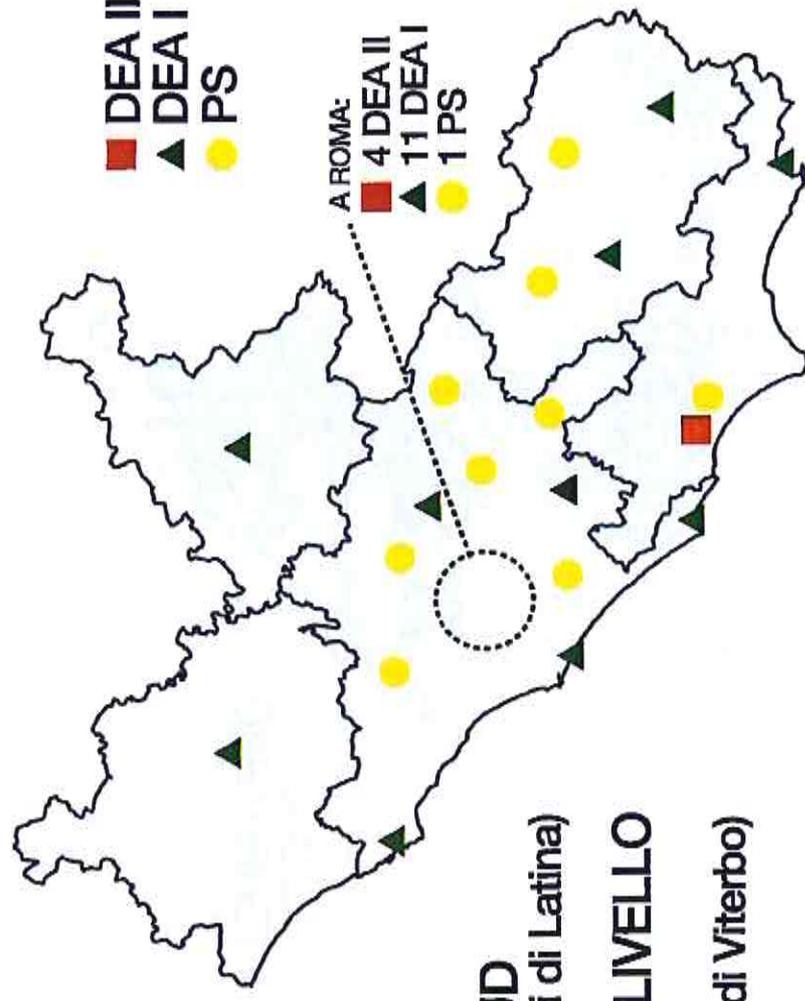
REGIONE
LAZIO

regione.lazio.it

LE RETI RETE DELL'EMERGENZA TERRITORIALE

1.950.000
ACCESSI IN PS
320.000
ACCESSI PEDIATRICI

- **4 DEA II LIVELLO A ROMA,**
(Gemelli, San Giovanni, Umberto I,
San Camillo - Forlanini)
- **UN DEA II LIVELLO LAZIO SUD**
(Potenziamento Santa Maria Goretti di Latina)
- **ALMENO UN DEA DI PRIMO LIVELLO
IN OGNI PROVINCIA**
(Potenziamento Ospedale Belcolle di Viterbo)
- **EMERGENZA PEDIATRICA
IN TUTTE LE PROVINCE, CON 4 HUB A ROMA**
(Bambin Gesù, Gemelli, Umberto I, San Camillo - Forlanini)



REGIONE
LAZIO

regione.lazio.it

LE RETI RETE ICTUS

8700 RICOVERI

- **4 CENTRI DI RIFERIMENTO REGIONALI**
(Gemelli, San Camillo - Forlanini, Tor Vergata, Umberto I)
- **10 UNITÀ DI TRATTAMENTO NEUROVASCOLARE**
- **1 UNITÀ DI TRATTAMENTO NEUROVASCOLARE**
IN OGNI PROVINCIA
- **ATTIVAZIONE DELLE NUOVE UNITÀ**
DI FROSINONE, VITERBO E RIETI
- **RETE DIFFUSA DI TEAM ESPERTI NELLA GESTIONE**
DELL'ICTUS NEI PRONTO SOCCORSO



REGIONE
LAZIO

regione.lazio.it

LE RETI

RETE CARDIOLOGICA

11000 RICOVERI PER INFARTO MIOCARDICO ACUTO

- **4 HUB CON UNITÀ DI CARDIOCHIRURGIA**
(Umberto I, Gemelli, Tor Vergata, San Camillo - Forlanini)
- **ALMENO UNA UNITÀ DI EMODINAMICA IN OGNI PROVINCIA**
 - Attivazione del nuovo reparto di emodinamica a Tivoli
 - Potenziamento del reparto di emodinamica dell'Ospedale Grassi di Ostia (H24)
- **TUTTE LE STRUTTURE HANNO UNA EMODINAMICA DI RIFERIMENTO**
(il paziente accederà direttamente ai reparti, senza passare dal pronto soccorso)



REGIONE
LAZIO
regione.lazio.it

LE RETI RETE TRAUMA

9.500 ACCESSI PER TRAUMI GRAVI

- **3 HUB REGIONALI DI RIFERIMENTO
PER TUTTI I CASI PIÙ COMPLESSI**
(Umberto I, Gemelli, San Camillo - Forlanini)
- **CENTRI SPECIALIZZATI IN OGNI PROVINCIA**
- **RETE DIFFUSA DI PRONTO SOCCORSO
PER TRAUMI**



REGIONE
LAZIO
regione.lazio.it

LE RETI

RETE PERINATALE

51.000 NASCITE L'ANNO

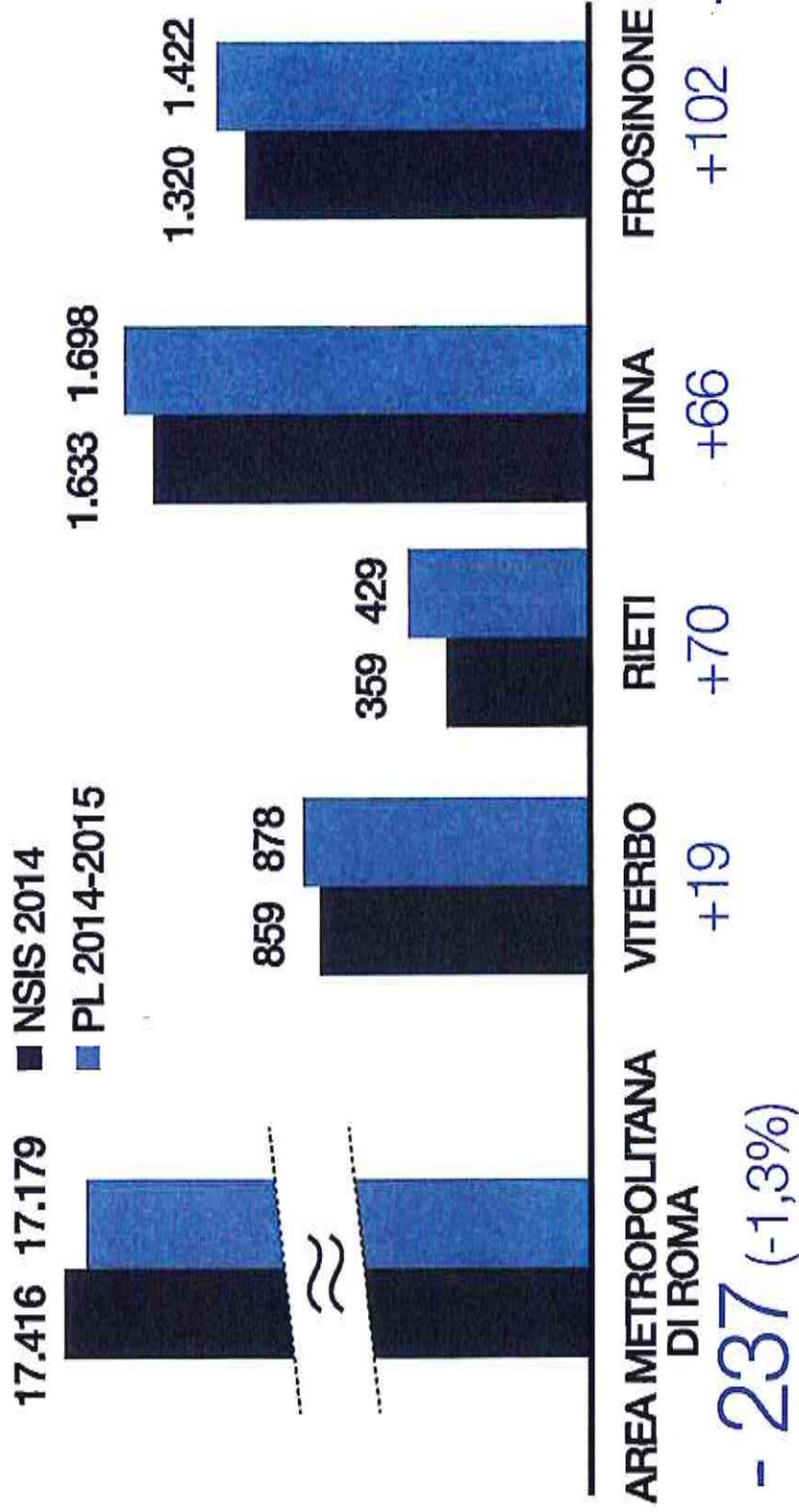
- **DEFINIZIONE DI 2 LIVELLI DI RISCHIO (medio e alto) RISPETTO AI 3 ATTUALI**
- **POTENZIAMENTO DELLE UNITÀ DI TERAPIA INTENSIVA NEONATALE**
- **TUTELA DELLA NASCITA: RISPETTO DEI VOLUMI STANDARD DI ATTIVITÀ PER I REPARTI OSTETRICO-NEONATOLOGICI**
- **ACCORPAMENTI DELLE STRUTTURE CHE NON GARANTISCONO UN LIVELLO ADEGUATO: (500 parti)**



**REGIONE
LAZIO**

regione.lazio.it

IL RIEQUILIBRIO DEI POSTI LETTO



RISPETTO DELLO STANDARD DI 3,7 POSTI LETTO X 1000 ABITANTI



**REGIONE
LAZIO**

regione.lazio.it

COSA CAMBIA NELLE PROVINCE

LATINA

- **Potenziamento Ospedale
Santa Maria Goretti (Dea II Livello)**
- **Potenziamento Elisoccorso (H24)**



COSA CAMBIA NELLE PROVINCE

FROSINONE

- **Potenziamento Ospedale Spaziani**
(unità di Trattamento Neurovascolare per la rete Ictus entro il 2015)
- **Potenziamento Ospedale di Sora**
(Area medica, emergenza e psichiatria)
- **Potenziamento Ospedale di Cassino**
(Nuovi reparti di psichiatria e lungodegenza potenziamento di Cardiologia, Chirurgia, Emergenza e Neonatologia)



REGIONE
LAZIO
regione.lazio.it

COSA CAMBIA NELLE PROVINCE

RIETI

- **Potenziamento del Polo Rieti - Amatrice**
(unità di trattamento neurovascolare
per interventi su ictus, emodinamica H24)
- **Attivazione nella provincia di Rieti
dell'offerta di post-acuzie:
lungodegenza e riabilitazione.**



COSA CAMBIA NELLE PROVINCE VITERBO

- **Potenziamento dell’Ospedale
Belcolle di Viterbo
(Dea I Livello, unità di trattamento neurovascolare)**
- **Potenziamento Elisoccorso (H24)**



**REGIONE
LAZIO**
regione.lazio.it

COSA CAMBIA NELLE PROVINCE

PROVINCIA DI ROMA

- **Potenziamento ospedale Tivoli**
(Area medica e chirurgica, apertura emodinamica H24)
- **Potenziamento dell'ospedale Civitavecchia con più posti letto**
(emergenza, area chirurgica e cardiologica, ostetricia)
- **Prevista l'apertura del nuovo Ospedale dei Castelli entro il 2016**



PRINCIPALI INTERVENTI NELL'AREA DI ROMA CAPITALE

- Integrazione dell'Ospedale odontoiatrico George Eastman con il Policlinico Umberto I
- Riconversione del Nuovo Regina Margherita in Casa della Salute
- Trasformazione del San Filippo Neri da azienda ospedaliera in presidio ospedaliero della Asl RmE (Dea I livello)
- Apertura dell'onco-ematologia presso l'Ospedale San Giovanni
- Rilancio del Cto come polo specialistico per la riabilitazione in attuazione dell'intesa con Inail
- Incremento dei posti letto presso il Policlinico Tor Vergata verso il Dea II livello (in particolare area chirurgica, terapia intensiva, area medica, psichiatria)



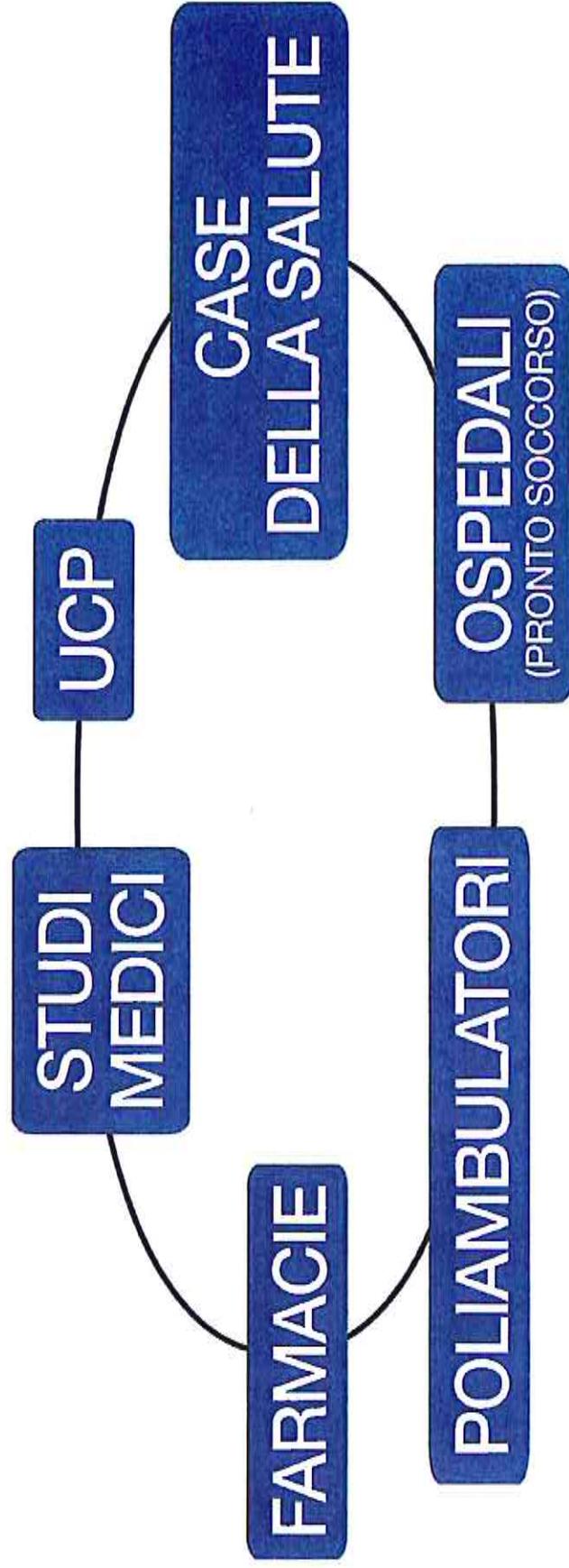
REGIONE
LAZIO
regione.lazio.it

ROMA CAPITALE: LA RIVOLUZIONE IN ARRIVO

- **Apertura di 17 poliambulatori
il sabato e la domenica**
- **Avvio delle Case della Salute**



UN NUOVO MODELLO DI SANITÀ PER IL LAZIO: COSTRUIAMO UNA VERA RETE DI CURE



REGIONE
LAZIO
regione.lazio.it

IL LAZIO CAMBIA. RIORGANIZZAZIONE DELLA RETE OSPEDALIERA.

Presentazione del Decreto 368/14



REGIONE
LAZIO

regione.lazio.it

221

DELIBERAZIONE N° del 20 FEB. 2015
composta di n. 4 pagine , frontespizio compresi e retro, e di n. 10.6 allegati

Publicato all'Albo Pretorio dell'Azienda U.S.L. il : 20 FEB. 2015
dove rimarrà affissa per quindici giorni consecutivi.

Viterbo, li 20 FEB. 2015

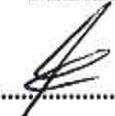
L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO
DELIBERE



Trasmessa al Collegio Sindacale il : 20 FEB. 2015

Viterbo, li 20 FEB. 2015

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO
DELIBERE



La presente deliberazione diventerà ESECUTIVA il :

Viterbo, li 20 FEB. 2015

L' INCARICATO OO.CC. UFFICIO
DELIBERE



20 FEB. 2015

Viterbo, li

IL DIRETTORE U.O.C. AFFARI
GENERALI
Drssa Francesca Gubiotti

