REGIONE LAZIO

Repubblica Italiana

Bollettino Ufficiale della Regione Lazio

Disponibile in formato elettronico sul sito: *www.regione.lazio.it*

Legge Regionale n.12 del 13 agosto 2011

Data 4/06/2013
Numero 45

Periodicità bisettimanale

Direzione Redazione ed Amministrazione presso la Presidenza della Giunta Regionale Via Cristoforo Colombo, 212 – 00147 ROMA
Direttore del Bollettino: Dott. Luca Fegatelli

Regione Lazio

Decreti del Commissario ad Acta

Decreto del Commissario ad Acta 28 maggio 2013, n. U00206

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.

OGGETTO: 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.

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 che, con deliberazione del Consiglio dei Ministri del 3 marzo 2011, il Dott. Giuseppe Antonino Spata è stato nominato *Sub* Commissario per l'attuazione del Piano di Rientro dai disavanzi del Servizio Sanitario Regionale della Regione Lazio, con il compito di affiancare il Commissario *ad acta* nella predisposizione dei provvedimenti da assumere in esecuzione dell'incarico commissariale di cui alla deliberazione del Consiglio dei Ministri del 23 aprile 2010;

DATO ATTO, altresì, che il Consiglio dei Ministri, con deliberazione del 20 gennaio 2012, ha riformulato il mandato conferito al Commissario *ad acta* con precedente deliberazione 20 aprile 2010 e al *Sub* Commissario Giuseppe Antonino Spata e contestualmente ha nominato, con decorrenza 1° febbraio 2012, ulteriore *Sub* Commissario il dott. Gianni Giorgi, con definizione per entrambi i *Sub* Commissari di specifici ambiti di competenza individuale;

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 1bis, secondo cui le aziende sanitarie devono disciplinare la propria organizzazione ed il proprio funzionamento con atto aziendale di diritto privato nel rispetto dei principi e dei criteri previsti da disposizioni regionali;

VISTA la legge regionale 16 giugno 1994, n.18, e successive modificazioni recante:

"Disposizioni per il riordino del servizio sanitario regionale ai sensi del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni e integrazioni. Istituzione delle aziende unità sanitarie locali";

VISTA la legge 23 dicembre 1996, n. 662, recante "Misure di razionalizzazione della finanza pubblica";

VISTA la legge 16 novembre 2001, n. 405 e successive modificazioni ed integrazioni recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria;

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";

VISTA la legge regionale n. 1 del 16 Marzo 2011, recante: "*Norme in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle amministrazioni regionali. Modifiche alla legge regionale 18 febbraio 2002, n. 6 (Disciplina del sistema organizzativo della Giunta e del Consiglio e disposizioni relative alla dirigenza ed al personale regionale) e successive modifiche*";

VISTO il regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1, concernente l'organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta Regionale, come modificato, tra l'altro, dal regolamento regionale n. 1 del 24 gennaio 2012;

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: "*Presa 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 e in particolare il comma 88, il quale 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 del Commissario *ad acta* del 17 dicembre 2009, n. 87 recante "*Approvazione del Piano Sanitario Regionale (PRS) 2010 -2012*";

VISTO il Decreto del Commissario *ad Acta* del 9 marzo 2010, n. 17 concernente "Atto ricognitivo di cui al Decreto Commissariale U0096/2009. Piano dei fabbisogni assistenziali per la Regione Lazio ai sensi dell'art. 2, comma 1, lett. A, numero 1) della

L.R. 4/2003;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* dell' 8 aprile 2010, n. 33 e ss. m.. ed ii. Recante: "*Revoca Decreti del Commissario ad Acta n. U0096 del 29.12.2009 e n. U0009 del 26.01.2010 ed approvazione Programmi Operativi 2010"*;

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* del 21 aprile 2010, n. 37 e ss. m.. ed ii. recante *"Integrazioni e modifiche dei Programmi Operativi di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U0033 del 08.04.2010"*

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* del 31 maggio 2010, n. 49 e ss. mm. ed ii. Recante: "*Integrazioni e modifiche dei Programmi Operativi di cui al Decreto del Commissario ad Acta n. U0037 del 21.04.2010*";

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

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

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* del 31 dicembre 2010, n. 111 recante "*Decreto del Commissario ad acta n. 87/2010 recante "Approvazione Piano Sanitario regionale (PRS) 2010- 2012" – Integrazioni e modifiche*";

VISTO il Decreto del Commissario *ad acta* del 31 maggio 2010, n. 113 recante "*Programmi Operativi 2011-2012*", tra i quali si annoverano, tra gli altri, il Piano di riordino della rete ospedaliera, con relativo avvio del processo di attuazione della nuova rete ospedaliera e territoriale, nonché la ridefinizione, da parte delle Aziende Sanitarie, dei propri atti aziendali sulla base delle linee d'indirizzo stabilite dalla Regione;

VISTO il Decreto del Commissario ad acta del 12 dicembre 2011, n. 118 recante "*Misure per garantire il rispetto dei divieti in materia di assunzione del personale da parte delle Aziende del Servizio Sanitario Regionale*";

VISTO il decreto legge 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 ed, in particolare, l'articolo 15, comma 13, lettera c) che stabilisce che "(omissis) *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 dei 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 (omissis)";

VISTO il decreto legge 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;

VISTA la legge 6 novembre 2012, n. 190 recante "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione";

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

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

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

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

CONSIDERATO che, al fine di evitare iniziative non compatibili con il processo di razionalizzazione e di risanamento avviato con il Piano di Rientro, la legge regionale 11

agosto 2008, n. 14, concernente "Assestamento del bilancio annuale e pluriennale 2008-2010 della Regione Lazio" ha disposto, all'articolo 1, comma 66, la sospensione di tutti gli atti aziendali come sopra approvati in attesa dell'adozione del Piano di riassetto della rete ospedaliera;

RILEVATO che il Commissario *Ad Acta*, con successive note indirizzate a tutti i Direttori Generali delle Aziende Sanitarie Locali, Ospedaliere, Ospedaliero-Universitarie, IRCCS ed ARES 118, ha ribadito che tutti i provvedimenti aziendali relativi alla modifica degli atti aziendali già approvati dalla Giunta nonché all'attribuzione di nuovi incarichi sono da considerarsi sospesi, nelle more della definitiva validazione, da parte del Governo, del Piano Sanitario Regionale e del documento di Riorganizzazione della rete ospedaliera;

TENUTO CONTO, in particolare, che tra i Programmi Operativi per il biennio 2011-2012, approvati con il succitato decreto del Commissario Ad Acta 31 dicembre 2010 n. 113, si annoveravano, tra gli altri, la ridefinizione da parte delle Aziende Sanitarie dei propri Atti Aziendali sulla base delle linee d'indirizzo stabilite dalla Regione;

VISTA l'Intesa del 3 dicembre 2009, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n.131 – Articolo 79, comma 1bis, del decreto-legge 25 giugno 2008, n.112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n.133, come modificato dall'articolo 22, comma 1, lettera a), del decreto-legge 1 luglio 2009, n.78, convertito in legge, con modificazioni, dall'articolo 1, comma 1, della legge 3 agosto 2009, n.102 – tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2010-2012;

VISTO, in particolare, l'art.12, comma 1, lett. b), dell'Intesa del 3 dicembre 2009 tra il Governo, le Regioni e le Province Autonome concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, che sancisce l'impegno delle Regioni, anche con riferimento a quanto previsto dall'articolo 1, comma 565, lettera c), della legge 27 dicembre 2006, n.296, in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione e di efficientamento della rete ospedaliera, 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 […].Il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 provvede alla verifica della coerenza dei parametri adottati dalle singole Regioni e Province autonome con uno standard di riferimento adottato dal medesimo Comitato entro il 28 febbraio 2010*";

VISTO il decreto della Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario *Ad*

Acta n. U0040 del 10 giugno 2011, pubblicato sul S.O. n. 136 al "Bollettino Ufficiale" n. 26 del 14 luglio 2011, con cui si è approvato il nuovo "Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio" e si è stabilito che costituiscono obiettivi dei direttori generali anche i seguenti adempimenti:

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

VISTA la nota del Direttore della Direzione Generale del Ministero della Salute "Programmazione Sanitaria dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema", prot. n. LAZIO-DGPROG-12/08/2011-0000295-P, con cui si invitata la Regione ad inviare copia degli atti aziendali adottati ed in via di adozione, relativi alle strutture sanitarie pubbliche e private accreditate insistenti sul territorio regionale, ovvero quelli inerenti le aziende ospedaliere, le aziende ospedaliero-universitarie e gli IRCCS, al fine di verificarne la compatibilità con gli indirizzi previsti nel Programma Operativo in corso di attuazione;

VISTO il decreto della Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario *Ad Acta* n. U0076 del 10 agosto 2011, con cui si è prorogato al 30 settembre 2011 il termine indicato nel primo degli obiettivi assegnati ai Direttori Generali con il suddetto Decreto U0040/20211, riformulando nel modo seguente il predetto obiettivo: "entro il 30 settembre 2011 i Direttori Generali ovvero i Commissari Straordinari preposti ai vertici delle strutture indicate al punto 4 del citato Atto di indirizzo dovranno adottare i nuovi atti aziendali conformemente all'Atto di indirizzo medesimo, al Piano Sanitario Regionale 2010-2012 e successivi Programmi Operativi";

VISTA la nota prot. n. 158223 DB/08/13 del 31 agosto 2011 con cui il Direttore della Direzione Regionale "Assetto istituzionale, prevenzione ed assistenza territoriale" ha comunicato ai Direttori Generali ovvero ai Commissari Straordinari delle Aziende

Sanitarie ed Ospedaliere, IRCCS, Policlinici Universitari, ARES 118 della Regione Lazio che con il decreto n. U0076/2011 si prorogava al 30 settembre il termine di adozione dei singoli atti aziendali;

CONSIDERATI tutti gli atti aziendali trasmessi alla Regione Lazio nel termine anzidetto;

TENUTO CONTO che il Direttore della Direzione Regionale "Assetto istituzionale, prevenzione ed assistenza territoriale" ed il Dirigente dell'Area "Giuridico Normativa Istituzionale", con nota prot. n. 192629 DB/08/13 del 2 novembre 2011 hanno sospeso, nel corso della procedura di verifica degli atti aziendali pervenuti alla Regione, la decorrenza del termine di cui al punto 9.2 dell'Allegato A al Decreto n. U0040/2011, in considerazione dei rilievi formulati dalle Direzioni Regionali dell'Assessorato alla Sanità competenti per materia e da Laziosanità Agenzia di Sanità Pubblica;

CONSIDERATO che il Direttore del Dipartimento Programmazione Economica e Sociale, con determinazione n. B8745 del 18.11.2011, ha costituito un gruppo di lavoro per la verifica, ai sensi del citato punto 9.2 dell'Allegato A al Decreto n. U0040/2011, della conformità dei singoli atti aziendali delle Aziende Sanitarie all'Atto di indirizzo regionale;

CONSIDERATO, altresì, che con successiva determinazione n. B9066 del 28.11.201 il Direttore del Dipartimento Programmazione Economica e Sociale ha modificato la composizione del suddetto gruppo sostituendo un componente dello stesso;

CONSIDERATE le note del Direttore Generale di Laziosanità Agenzia di Sanità Pubblica, prot. n. 13382/DG del 21.10.11, prot. n. 13763/DG del 28.10.11 prot. n. 16048/DG del 21.12.11 e prot. 16141/DG del 22.12.11, con cui sono state formulate osservazioni sugli atti aziendali presentati dalle Aziende Sanitarie;

VISTO il parere formulato in data 22 dicembre 2011, rif. prot. n. LAZIO-120-10/06/2011-0000169-A, con cui il Direttore della Direzione Generale del Ministero della Salute "Programmazione Sanitaria dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema", di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha ritenuto necessario, ai fini della validazione del Decreto n. U0040/2011, che venissero forniti i chiarimenti richiesti e che il provvedimento del Commissario Ad Acta fosse adeguato alle osservazioni espresse nel parere medesimo;

TENUTO CONTO che, nelle more della sospensione dell'iter approvativo degli atti aziendali presentati, il Direttore della Direzione Regionale "Assetto istituzionale, prevenzione ed assistenza territoriale" ed il Dirigente dell'Area "Giuridico Normativa Istituzionale", con nota prot. n. 54557 DB/08/13 del 20 marzo 2012, hanno rappresentato a tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale la necessità di

acquisire una ricognizione delle unità operative complesse, semplici e dipartimentali attualmente operanti ed attive ad ogni livello aziendale (governo strategico, dipartimento, distretto, presidi ospedalieri etc.), richiedendo, a tal fine, di fornire le informazioni richieste utilizzando, a titolo esemplificativo, un apposito modello di organigramma elaborato dalla competente Struttura regionale, che prevede un'articolazione basata sulle seguenti macrostrutture: organi aziendali, organismi aziendali, direzione strategica, staff di direzione strategica, dipartimenti e distretti;

CONSIDERATO che le Aziende del Servizio Sanitario Regionale hanno provveduto a trasmettere a mezzo di posta elettronica il modello di organigramma completo delle informazioni richieste entro il termine fissato;

VISTA la nota del Ministero della Salute, Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale, Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, prot. n. LAZIO-DGPROG-04/04/2012-0000202-P, con la quale è stato trasmesso il documento relativo allo "standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex. art. 12, comma 1, lett. b), patto per la salute 2010-2012", approvato dal Comitato Lea nella seduta del 26 marzo 2012;

RILEVATO che il Comitato LEA, incaricato quindi di procedere all'individuazione dei citati parametri standard e di provvedere alla verifica della coerenza dei parametri adottati dalle singole Regioni e Province Autonome con lo standard di riferimento adottato dal Comitato medesimo, ha costituito il 26 maggio 2010 uno specifico Sottogruppo di Lavoro (SGDL);

CONSIDERATO che:

- il predetto Sottogruppo di lavoro, una volta individuati e concordati i principi relativi al riconoscimento dell'autonomia programmatoria ed organizzativa delle Regioni e Province Autonome, alla finalità di contenimento dei costi ed al mantenimento degli attuali assetti organizzativi delle Regioni e Province Autonome soprattutto per quanto attiene l'erogazione dei livelli essenziali, ha lavorato separatamente per le funzioni di comparto e per le strutture complesse e strutture semplici;
- il documento elaborato stabilisce standard solo per le strutture complesse e per strutture semplici, rinviando ad un momento successivo l'elaborazione degli standard per le funzioni di coordinamento e le posizioni organizzative;
- il Sottogruppo di lavoro ha avviato rilevazione *ad hoc*, riferita all'anno 2009, che prevedeva la raccolta, per ogni Regione e Provincia Autonoma, del numero di strutture complesse e semplici disaggregate tra:
    - Strutture Ospedaliere - Strutture all'interno dei presidi ospedalieri a gestione diretta delle ASL, delle Aziende Ospedaliere, delle Aziende Ospedaliero Universitarie e degli IRCCS pubblici;
    - Strutture non Ospedaliere - Strutture dell'area professionale, tecnica ed amministrativa di livello aziendale e le strutture territoriali del dipartimento

di prevenzione, dei dipartimenti sovradistrettuali e dei distretti;

distinto tra incarichi previsti da organigramma in atto aziendale o da altro provvedimento regionale/aziendale e incarichi assegnati;

CONSIDERATO che il Sottogruppo di lavoro ha convenuto di:

- definire lo standard sulla base degli incarichi previsti da organigramma in atto aziendale o da altro provvedimento regionale/aziendale;
- escludere dalla metodologia di individuazione degli standard il valore rilevato nelle Regioni in Piano di Rientro (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia), in quanto Regioni soggette alla revisione della propria offerta sanitaria, in particolar modo ospedaliera, nonché al recupero dell'inappropriatezza;
- utilizzare i seguenti indicatori:
  - per le Strutture complesse ospedaliere: *numero di posti letto pubblici per struttura complessa ospedaliera prevista*;
  - per le Strutture complesse non ospedaliere: *numero di abitanti residenti per struttura complessa non ospedaliera prevista*;
  - per le Strutture semplici: *rapporto tra strutture semplici previste e strutture complesse previste*;
- distinguere lo standard definito per le strutture complesse non ospedaliere in funzione del numero di abitanti residenti nella Regione (popolazione > 2,5 mln / < 2,5 mln);

CONSIDERATO che il sottogruppo di lavoro del Comitato LEA ha, quindi, fissato i seguenti standard:

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

RITENUTO OPPORTUNO riportare di seguito lo schema elaborato dal sottogruppo di lavoro del Comitato LEA:

Tipo di Struttura		**Indicatore**	**Standard**
Strutture Complesse Previste	Ospedaliere	Posti letto pubblici Regione SC Ospedaliere Regione	17,5 posti letto per struttura complessa ospedaliera
	Non Ospedaliere	Pop. Residente Regione SC Non Ospedaliere Regione	Regioni con Pop.< 2,5 mln = 9.158 residenti per struttura complessa non ospedaliera

			Regioni con Pop.>2,5 mln = 13.515 residenti per struttura complessa non ospedaliera
Strutture Semplici Totali previste	***Strutture Semplici Totali*** / ***Strutture Complesse Totali***		1,31 strutture semplici per struttura complessa

CONSIDERATO che i suddetti parametri standard presuppongono una rigida separazione tra area sanitaria ospedaliera, con afferenza a posti letto ospedalieri, e area sanitaria non ospedaliera, che ricomprende l'area dei servizi amministrativi e l'area territoriale per le aziende sanitarie locali;

CONSIDERATO, altresì, che il Sottogruppo di lavoro del Comitato LEA ha stabilito che "*Le Regioni che hanno sottoscritto un accordo con il Piano di rientro dai disavanzi sanitari, sin dalla data di divulgazione della presente nota, sono tenute ad emanare, entro il 31 dicembre 2012, apposite direttive ai fini dell'adozione da parte delle aziende di specifici provvedimenti di riorganizzazione aziendale al fine di 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*";

RITENUTO OPPORTUNO prendere atto ed applicare i parametri stabiliti dal Sottogruppo di lavoro del Comitato LEA anche per ripartire il numero di unità operative complesse e semplici tra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, recependo, pertanto, detti parametri *standard* per l'individuazione delle strutture semplici e complesse del SSN ex art. 12, comma 1, lett. b), Patto per la Salute 2010-2012, come approvati, nella seduta del 26 marzo 2012, dal Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, di cui all'intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005;

TENUTO CONTO che, alla data del 31 dicembre 2011, la Regione Lazio aveva una popolazione residente di circa 5.820.950 unità ed una dotazione di 12.638 posti letto pubblici come previsti dal DCA n. 80/2010 e che, applicando i citati parametri, si definisce il *plafond* massimo di unità operative complesse e semplici, sanitari e non, delle Aziende del S.S.R., secondo la tabella di seguito riportata:

Strutture	Numero
Unità complesse ospedaliere	**722*** (da rideterminare all'esito della revisione della rete ospedaliera)
Unità semplici ospedaliere	**946*** (da rideterminare all'esito della revisione della rete ospedaliera)
Unità complesse non ospedaliere.	**431**
Unità semplici non ospedaliere	**565**

RILEVATO che gli *standard* elaborati dal Sottogruppo di lavoro del Comitato LEA dovevano essere recepiti dalle Regioni entro la data del 31 dicembre 2012 e che, in detto termine, non si è peraltro ancora proceduto alla riorganizzazione della rete ospedaliera regionale come previsto dal citato articolo 15, comma 13, lettera c) del Decreto Legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito con modificazioni dalla legge 7 agosto 2012, n. 135;

VISTA la cogenza di dover, anche nelle more della riorganizzazione della rete ospedaliera, procedere all'approvazione di nuove linee 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 Sottogruppo di lavoro del Comitato L.E.A.;

TENUTO CONTO che le linee di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio, che si approvano con il presente decreto commissariale e che ne costituiscono parte integrante e sostanziale, devono necessariamente, per le motivazioni anzi esposte, avere natura transitoria, in attesa appunto della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale;

CONSIDERATO che dette linee di indirizzo determinano comunque, nelle more delle definitiva riorganizzazione della rete ospedaliera, una sensibile riduzione di unità operative complesse e di unità operative semplici, secondo il prospetto di seguito riportato:

Strutture	Esistenti	Post	VAR. %
Unità complesse ospedaliere	**1123**	**722**	**- 35,71%**
Unità semplici ospedaliere	**1771**	**946**	**-46,58%**
Unità complesse non ospedaliere	**651**	**431**	**-33,80%**
Unità semplici non ospedaliere	**1350**	**565**	**-58,15%**

CONSIDERATO, altresì, che dall'applicazione degli *standard* elaborati dal Sottogruppo di lavoro del Comitato LEA discende 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 nazionali e regionali, in osservanza

del principio generale dell'efficienza dell'azione amministrativa;

TENUTO CONTO che le linee di indirizzo per l'adozione degli atti aziendali, che si approvano con il presento decreto commissariale, regolano l'assetto dell'area non ospedaliera (suddivisa in area dei servizi amministrativi e tecnici e area territoriale) e dell'area ospedaliera;

RILEVATA LA NECESSITA', con particolare riferimento all'area territoriale dei distretti, di dover dare applicazione alle disposizioni del citato Decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito con modificazioni dall'articolo 1, comma 1, della Legge n. 189/2012, prevedendo un'organizzazione distrettuale minima che preveda, a regime, 180 UOC non ospedaliere e 288 UOS non ospedaliere,

VALUTATA L'OPPORTUNITA' di ripartire il numero residuo di U.O.C. (251) e di U.O.S. (277) non ospedaliere regionali tra le Aziende del SSR secondo i criteri di seguito indicati:

a) un numero fisso ed uguale di U.O.C. (6) e U.O.S. (6) non sanitarie da assegnare a tutte le Aziende del S.S.R. per configurare l'area dei servizi tecnici ed amministrativi;
b) un numero fisso ed uguale di U.O.C. (6) e U.O.S. (6) non sanitarie da assegnare a tutte le Aziende Sanitarie Locali per configurare il Dipartimento di Salute Mentale ed il Dipartimento di Prevenzione, la cui istituzione è obbligatoria per legge;
c) un numero variabile di U.O.C. e U.O.S. non ospedaliere da assegnare a tutte le Aziende Sanitarie Locali in funzione della popolazione residente, da utilizzare liberamente;

VALUTATA L'OPPORTUNITA', altresì, di consentire alle Aziende Sanitarie, previo accordo tra quelle interessate, di istituire in via sperimentale dipartimenti interaziendali delle funzioni amministrative e tecniche, utilizzando le U.O.C. e le U.O.S. non ospedaliere assegnate a ciascuna Azienda, secondo lo schema funzionale riportato in dettaglio nelle Linee di indirizzo che si approvano con il presente decreto;

TENUTO CONTO che gli ambiti territoriali dei distretti delle Aziende Sanitari Roma A, Roma B, Roma C, Roma D e Roma E dovranno essere adeguati in ragione degli accorpamenti dei Municipi di Roma Capitale che si realizzeranno in applicazione delle disposizioni di cui all'articolo 3, comma quinto, del D.Lgs n. 156/2010

RITENUTO OPPORTUNO pertanto:

- recepire i parametri *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 Sottogruppo del Comitato L.E.A nella seduta del 26 marzo 2012;
- approvare un nuovo "Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia

aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio" (Allegato A), che sostituisce il precedente Atto di indirizzo approvato con decreto della Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario *Ad Acta* n. U0040 del 10 giugno 2011 e che costituisce, insieme ai propri allegati parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

RITENUTO OPPORTUNO escludere dal novero delle Aziende Sanitarie destinatarie del presente provvedimento l'ARES 118, in ragione del fatto che a detta Azienda non sono applicabili gli *standard* elaborati dal Sottogruppo del Comitato LEA, considerata l'assenza dei parametri della popolazione di riferimento e della dotazione di posti letto;

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

- entro sessanta (60) giorni dalla data di pubblicazione del presente provvedimento i direttori generali ovvero i commissari straordinari preposti ai vertici delle strutture indicate al punto 4 del citato Atto di indirizzo dovranno adottare i nuovi atti aziendali conformemente al nuovo Atto di indirizzo e agli *standard* elaborati dal Comitato LEA nella seduta del 26 marzo 2012;
- i regolamenti che disciplinano le specifiche modalità di funzionamento delle predette strutture dovranno essere adottati entro tre mesi dall'adozione degli atti aziendali;
- all'interno degli atti aziendali dovrà essere individuata la figura del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili ai sensi dell'articolo 4bis della legge regionale 3 agosto 2001, n. 16 recante "*Misure urgenti di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria*" introdotto dall'articolo 9 della legge finanziaria regionale 28 dicembre 2006, n. 27;

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

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

DECRETA

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

1. di recepire i parametri *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 ed approvati dal Sottogruppo di Lavoro del Comitato L.E.A nella seduta del 26 marzo 2012 anche per ripartire il numero di unità operative complesse e semplici tra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale, secondo lo schema di seguito riportato:

<table>
<tr><th colspan="2">Tipo di Struttura</th><th>Indicatore</th><th>Standard</th></tr>
<tr><td rowspan="2">Strutture Complesse previste</td><td>Ospedaliere</td><td>Posti letto pubblici Regione

SC Ospedaliere Regione</td><td>17,5 posti letto per struttura complessa ospedaliera</td></tr>
<tr><td>Non Ospedaliere</td><td>Pop. Residente Regione

SC Non Ospedaliere Regione</td><td>Regioni con Pop.< 2,5 mln = 9.158 residenti per struttura complessa non ospedaliera

Regioni con Pop.>2,5 mln = 13.515 residenti per struttura complessa non ospedaliera</td></tr>
<tr><td>Strutture Semplici totali previste</td><td colspan="2">Strutture Semplici Totali
Strutture Complesse Totali</td><td>1,31 strutture semplici per struttura complessa</td></tr>
</table>

2. di approvare un nuovo "Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio" **(All_1)**, che sostituisce il precedente Atto di indirizzo approvato con decreto della Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario *Ad Acta* n. U0040 del 10 giugno 2011 e che costituisce, insieme ai propri allegati **(All_2, All_3, All_4)** parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;
3. di escludere dal novero delle Aziende Sanitarie destinatarie del presente provvedimento l'ARES 118, in ragione del fatto che a detta Azienda non sono applicabili gli *standard* elaborati dal Sottogruppo del Comitato LEA, considerata l'assenza dei parametri della popolazione di riferimento e della dotazione di posti letto;
4. di definire, in applicazione dei citati parametri *standard*, il *plafond* massimo di unità operative complesse e semplici, sanitari e non, delle Aziende del S.S.R., secondo la tabella di seguito riportata:

Strutture	Numero
Unità complesse ospedaliere	**722*** (da rideterminare all'esito della revisione della rete ospedaliera)
Unità semplici ospedaliere	**946*** (da rideterminare all'esito della revisione della rete ospedaliera)
Unità complesse non ospedaliere	**431**
Unità semplici non ospedaliere	**565**

5. di stabilire che le linee di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale da parte delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio, che si approvano con il presente decreto commissariale e che ne costituiscono parte integrante e sostanziale, devono necessariamente avere natura transitoria, in attesa della riorganizzazione della rete ospedaliera regionale;
6. di stabilire che dette linee di indirizzo determinano, nelle more delle definitiva riorganizzazione della rete ospedaliera, una sensibile riduzione di unità operative complesse e di unità operative semplici, secondo il prospetto di seguito riportato:

Strutture	Esistenti	Post	VAR. %
Unità complesse ospedaliere	**1123**	**722**	**- 35,71%**
Unità semplici ospedaliere	**1771**	**946**	**-46,58%**
Unità complesse non ospedaliere	**651**	**431**	**-33,80%**
Unità semplici non ospedaliere	**1350**	**565**	**-58,15%**

7. di prevedere che gli atti aziendali dovranno adeguarsi alle variazioni anagrafiche ed alle modificazioni della programmazione regionale della configurazione dell'offerta sanitaria dei presidi ospedalieri, anche in conseguenza di provvedimenti nazionali e regionali, in osservanza del principio generale dell'efficienza dell'azione amministrativa;

8. di prevedere un'organizzazione distrettuale minima che si articoli, a regime, in 180 U.O.C. non ospedaliere e in 288 U.O.S. non ospedaliere,

9. di ripartire il numero residuo di U.O.C. (251) e di U.O.S. (277) non ospedaliere regionali tra le Aziende del SSR secondo i criteri di seguito indicati:
    a) un numero fisso ed uguale di U.O.C. (6) e U.O.S. (6) non sanitarie da assegnare a tutte le Aziende del S.S.R. per configurare l'area dei servizi tecnici ed amministrativi;
    b) un numero fisso ed uguale di U.O.C. (6) e U.O.S. (6) non sanitarie da assegnare a tutte le Aziende Sanitarie Locali per configurare il Dipartimento di Salute Mentale ed il Dipartimento di Prevenzione, la cui istituzione è obbligatoria per legge;

c) un numero variabile di U.O.C. e U.O.S. non ospedaliere da assegnare a tutte le Aziende Sanitarie Locali in funzione della popolazione residente, da utilizzare liberamente;

10. di consentire alle Aziende Sanitarie, previo accordo tra quelle interessate, di istituire in via sperimentale dipartimenti interaziendali delle funzioni amministrative e tecniche, utilizzando le U.O.C. e le U.O.S. non ospedaliere assegnate a ciascuna Azienda, secondo lo schema funzionale riportato in dettaglio nelle Linee di indirizzo che si approvano con il presente decreto;

11. di stabilire che costituiscono obiettivi dei direttori generali anche i seguenti adempimenti:
    - entro sessanta (60) giorni dalla data di pubblicazione del presente provvedimento i direttori generali ovvero i commissari straordinari preposti ai vertici delle strutture indicate al punto 4 del citato Atto di indirizzo dovranno adottare i nuovi atti aziendali conformemente al nuovo Atto di indirizzo e agli *standard* elaborati dal Comitato LEA nella seduta del 26 marzo 2012;
    - i regolamenti che disciplinano le specifiche modalità di funzionamento delle predette strutture dovranno essere adottati entro tre mesi dall'adozione degli atti aziendali;
    - all'interno degli atti aziendali dovrà essere individuata la figura del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili ai sensi dell'articolo 4bis della legge regionale 3 agosto 2001, n. 16 recante "*Misure urgenti di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria*" introdotto dall'articolo 9 della legge finanziaria regionale 28 dicembre 2006, n. 27;

Il provvedimento dei Direttori Generali ovvero dei Commissari Straordinari di adozione dell'atto aziendale dovrà attestare la compatibilità economica delle scelte strategiche e/o organizzative ivi previste e riportare il visto del responsabile dell'unità organizzativa aziendale a ciò preposto.
Gli Atti aziendali adottati dai Direttori Generali ovvero dai Commissari Straordinari ed approvati dal Commissario *Ad Acta* con la procedura prevista nell'Atto di indirizzo, che si approva con il presente provvedimento, saranno pubblicati sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.
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.

NICOLA ZINGARETTI

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

INDICE

I. PRESENTAZIONE E CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO (§§1-11) PAG. 2
II. AMBITO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI (§§12-13) PAG. 8
III. GLI STANDARD ELABORATI DAL COMITATO LEA (§§ 14-17) PAG. 9
IV. PRINCIPI ISPIRATORI (§§ 18-34) PAG. 12
V. STRUTTURA DELL'ATTO AZIENDALE (§ 35) PAG. 22
VI. ASSETTO ISTITUZIONALE (§§ 36-44) PAG. 24
VII. GOVERNO STRATEGICO AZIENDALE (§§ 45-55) PAG. 29
VIII. ORGANIZZAZIONE SANITARIA (§§ 56- 66) PAG. 34
IX. ARTICOLAZIONI INTERNE DELLE STRUTTURE OPERATIVE (§§67-73) PAG. 39
X. PROCEDURA PER L'APPROVAZIONE DEGLI ATTI AZIENDALI (§ 74) PAG. 42
XI. DISPOSIZIONI FINALI E ALLEGATI(§ 75-76) PAG. 43

I. PRESENTAZIONE E CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

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

L'atto aziendale costituisce lo strumento giuridico mediante il quale l'azienda determina la propria organizzazione ed il proprio funzionamento, delineando gli ambiti della propria autonomia imprenditoriale ed organizzativa, nel rispetto dei principi e dei criteri emanati dalla Regione (ex articolo 2, comma 2-sexies, del D.Lgs n. 502/1992, come modificato dall'art.1 del D.Lgs n. 168/2000).

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

- normativa nazionale **-** il D.Lgs. n. 502/92 ("Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421") e successive modificazioni ed integrazioni, con particolare riferimento all'articolo 2, comma 1, all'articolo 2, comma 2-sexies, agli articoli 3 e seguenti; i D. Lgs. n.517/99 e successive modifiche e integrazioni;
- normativa regionale – la Legge Regionale 16 giugno 1994, n. 18, che istituisce le Aziende Sanitarie Locali ed Ospedaliere e recepisce i contenuti del D.Lgs. n. 502/92 e successive modificazioni ed integrazioni, ivi compresi quelli riferiti agli atti di organizzazione.

[3] 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*".
Sono stati, quindi approvati con successive deliberazioni di Giunta regionale i singoli atti aziendali delle Aziende Sanitarie regionali conformi a detto Atto di indirizzo.

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

Il Commissario Ad acta per la realizzazione del Piano di Rientro dal disavanzo del settore sanitario, con decreto 18 dicembre 2009, n. 87, da ultimo modificato ed integrato con decreto del Commissario ad acta 31 dicembre 2010 n. 111, ha approvato il Piano Sanitario Regionale (P.S.R.) 2010-2012.
Nell'Allegato 2 di detto Piano, sono state definite le "Linee di indirizzo per la riproposizione ed approvazione dei nuovi atti aziendali a seguito della sospensione dei precedenti ai sensi dell'articolo 1, comma 66, lett. a) della legge regionale n. 14/2008 ed, in particolare, sono stati indicati i criteri ed i parametri da rispettare per la costituzione, il mantenimento e la riconversione delle unità operative (UOC, UOD, UOS) sia in ambito ospedaliero che in ambito territoriale.

La Giunta Regionale, con la deliberazione 17 dicembre 2010, n. 577, ha approvato il Quadro Strategico del Piano Regionale della Prevenzione P.R.P. 2010-2012 ed, in particolare, il modello organizzativo ed il sistema informatico di monitoraggio e di valutazione delle azioni svolte, secondo un processo di *governance* applicata.
Successivamente, con la deliberazione di Giunta regionale 29 dicembre 2010, n. 613, é stato approvato il Piano Regionale della Prevenzione (P.R.P.) 2010-2012, in cui sono stati definiti i piani operativi e le priorità d'intervento.

[4] L'articolo 12 dell'Intesa del 3 dicembre 2009 tra il Governo, Regioni e le Province Autonome concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 è dedicato al personale del Servizio Sanitario Nazionale. Sono previsti in particolare:

- la conferma per il triennio 2010-2012 del vincolo di crescita della spesa per il personale del SSN di cui all'articolo 1, comma 565, della legge n.296/2006;
- in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione e di efficientamento della rete ospedaliera, il contenimento della spesa di personale degli enti del SSN, compreso quello operante nelle aziende ospedaliero universitarie a carico anche parziale del SSN anche attraverso:
  a) la definizione di misure di riduzione stabile del personale in servizio con conseguente ridimensionamento dei fondi contrattuali;
  b) "*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 delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa così come rideterminati ai sensi di quanto previsto alla lettera a). Il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 provvede alla verifica della coerenza dei parametri adottati dalle singole Regioni e Province autonome con uno standard di riferimento adottato dal medesimo Comitato entro il 28 febbraio 2010*".

[5] Con Decreto del Commissario ad acta 31 dicembre 2010, n. 113 è stato approvato, quale adempimento previsto dall'articolo 13, comma 14, del Patto per la Salute 2010-2012, il documento contenente i Programmi Operativi per il biennio 2011-2012, in proseguo di quelli riguardanti l'anno 2010, tutti contemplati nella legge 23 dicembre 2009, n. 191, art. 2, comma 88.
Tra detti Programmi si annoverano, tra gli altri, il Piano di riordino della rete ospedaliera, con relativo avvio del processo di attuazione della nuova rete ospedaliera e territoriale, nonché la ridefinizione, da parte delle Aziende Sanitarie, dei propri atti aziendali sulla base delle linee d'indirizzo stabilite dalla Regione.

[6] Con decreto della Presidente della Regione Lazio in qualità di Commissario Ad Acta n. U0040 del 10 giugno 2011, pubblicato sul S.O. n. 136 al "Bollettino Ufficiale" n. 26 del 14 luglio 2011, si è approvato il nuovo "Atto di indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio". Gli uffici regionali competenti, con nota prot. n. 192629 DB/08/13 del 2 novembre 2011, hanno sospeso la decorrenza del termine di cui al punto 9.2 dell'Allegato A al Decreto n. U0040/2011, in considerazione dei rilievi formulati dalle Direzioni Regionali dell'Assessorato alla Sanità competenti per materia e da Laziosanità Agenzia di Sanità Pubblica. Nelle more dell'iter approvativo, è pervenuto il parere formulato in data 22 dicembre 2011, rif. prot. n. LAZIO-120-10/06/2011-0000169-A, con cui il Direttore della Direzione Generale del Ministero della Salute "Programmazione Sanitaria dei livelli essenziali di assistenza e dei principi etici di sistema", di concerto con il Ministero dell'Economia e delle Finanze, ha ritenuto necessario, ai fini della validazione del Decreto n. U0040/2011, che venissero forniti i chiarimenti richiesti e che il provvedimento del Commissario Ad Acta fosse adeguato alle osservazioni espresse nel parere medesimo.

[7] Conformemente alle previsione del citato art.12 dell'Intesa del 3 dicembre 2009 tra il Governo, Regioni e le Province Autonome concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012, il Comitato LEA, nella seduta del 26 marzo 2012 ha adottato gli standard nazionali per l'individuazione delle strutture complesse e semplici, sanitarie e non, delle Aziende del SSR.
Il documento con l'indicazione degli standard è stato trasmesso alla Regione Lazio con nota del Ministero della Salute, prot. LAZIO-DGPROG-04/04/2012-0000202-P.
Per effetto di tale documento, le Regioni che hanno sottoscritto un accordo con il Piano di rientro dai disavanzi sanitari, sin dalla data di divulgazione della nota di trasmissione, sono tenute ad emanare, entro il 31 dicembre 2012, apposite direttive ai fini dell'adozione da parte delle aziende di specifici provvedimenti di riorganizzazione aziendale, al fine di 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.

[8] L'art.15, comma 13 del Decreto Legge 6 luglio 2012, n.95, convertito con modificazioni con Legge 7 agosto 2012 n.135 stabilisce, alla lett. c):
"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*".

[9] Nella stesura delle proposte di atti aziendali, si dovrà parimenti tenere conto della vigente normativa nazionale e regionale di riferimento e, in particolare, di:

- D. Lgs. n.502/92 e ss. mm. ed ii.;
- D. Lgs. n.165/01 e ss. mm. e ii.;
- D. Lgs. n.150/09 e ss. mm. e ii.;
- Legge n.191/09 e ss. mm. e ii.;
- L.R. n.18/94 e ss. mm. e ii.;
- D. Lgs 30 luglio 1999, n. 286
- legge 15 marzo 1997, n. 59
- legge regionale 3 agosto 2001 n. 16
- D.Lgs 27 ottobre 2009, n. 150, concernente "*Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni. (09G0164)*"
- L.R. 16 marzo 2011 n. 1
- L 18/06/2009, n. 69, art.32
- Decreto Legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122;
- Decreto Legge 13 settembre 2012, n. 158;
- Ccnl comparto sanità biennio economico 2000-2001 per la disciplina delle **Posizioni organizzative e delle funzioni di coordinamento**.

[10] Assume particolare rilievo, per gli scopi che qui rilevano, il Decreto Legge 13 settembre 2012, n.158, convertito in legge con modificazioni dall'art.1, comma 1, L. 8 novembre 2012, n.189 e, segnatamente:

Art. 1 *(Riordino dell'assistenza territoriale e mobilità del personale delle aziende sanitarie)*

1- Le regioni definiscono l'organizzazione dei servizi territoriali di assistenza primaria promuovendo l'integrazione con il sociale, anche con riferimento all'assistenza domiciliare, e i servizi ospedalieri, al fine di migliorare il livello di efficienza e di capacità di presa in carico dei cittadini, secondo modalità operative che prevedono 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, in coerenza con la programmazione regionale, prestazioni assistenziali tramite il coordinamento e l'integrazione dei medici, delle altre professionalità convenzionate con il Servizio Sanitario nazionale, degli infermieri, delle professionalità ostetrica, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e del sociale a rilevanza sanitaria. In particolare, le regioni disciplinano le unità complesse di cure primarie privilegiando la costituzione di reti di poliambulatori territoriali dotati di strumentazione di base, aperti al pubblico per tutto l'arco della giornata, nonché nei giorni prefestivi e festivi con idonea turnazione, che operano in coordinamento e in collegamento telematico con le strutture ospedaliere. Le regioni,*

avvalendosi di idonei sistemi informatici, assicurano l'adesione obbligatoria dei medici all'assetto organizzativo e al sistema informativo nazionale, compresi gli aspetti relativi al sistema della tessera sanitaria, secondo quanto stabilito dall'articolo 50 del decreto-legge 30 settembre 2003, n.269, convertito, con modificazioni, dalla legge 24 novembre 2003, n.326, e successive modificazioni, nonché la partecipazione attiva all'applicazione delle procedure di trasmissione telematica delle ricette mediche.

2- *Le aggregazioni funzionali territoriali e le unità complesse di cure primarie erogano l'assistenza primaria attraverso personale convenzionato con il Servizio sanitario nazionale. Le regioni possono, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, prevedere la presenza, presso le medesime strutture, sulla base della convenzione nazionale, di personale dipendente del Servizio sanitario nazionale, in posizione di comando ove il soggetto pubblico incaricato dell'assistenza territoriale sia diverso dalla struttura di appartenenza.*

3- *Il personale convenzionato è costituito dai medici di medicina generale, dai pediatra di libera scelta e dagli specialisti ambulatoriali. Per i medici di medicina generale è istituito il ruolo unico, disciplinato dalla convenzione nazionale, fermi restando i livelli retributivi specifici delle diverse figure professionali.*

4- *All'articolo 8, comma 1, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:*

[…]

b) dopo la lettera b) sono inserite le seguenti:

«b-bis) ***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;*

b-ter) prevedere che per le forme organizzative multiprofessionali le aziende sanitarie possano adottare forme di finanziamento a budget;

b-quater) definire i compiti, le funzioni ed i criteri di selezione del referente o del coordinatore delle forme organizzative previste alla lettera b-bis);

b-quinquies) disciplinare le condizioni, i requisiti e le modalità con cui le regioni possono provvedere alla dotazione strutturale, strumentale e di servizi delle forme organizzative di cui alla lettera b-bis) sulla base di accordi regionali o aziendali;

b-sexies) prevedere le modalità attraverso le quali le aziende sanitarie locali, sulla base della programmazione regionale e nell'ambito degli indirizzi nazionali, individuano gli obiettivi e concordano i programmi di attività delle forme aggregative di cui alla lettera b-bis) e definiscono i conseguenti livelli di spesa programmati, in coerenza con gli obiettivi e i programmi di attività del distretto, anche avvalendosi di quanto previsto nella lettera b-ter);

b-septies) prevedere che le convenzioni nazionali definiscano standard relativi all'erogazione delle prestazioni assistenziali, all'accessibilità ed alla continuità delle cure, demandando agli accordi integrativi regionali la definizione di indicatori e di percorsi applicativi;»; […]

8- *Per comprovate esigenze di riorganizzazione della rete assistenziale, anche connesse a quanto disposto dall'articolo 15 del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135,* ***le regioni possono attuare, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165, processi di mobilità del personale dipendente dalle aziende sanitarie con ricollocazione del medesimo personale presso altre aziende sanitarie della regione situate al di fuori dell'ambito provinciale, previo accertamento delle situazioni di eccedenza ovvero di disponibilità di posti per effetto della predetta riorganizzazione da parte delle aziende sanitarie****. Le aziende sanitarie non possono procedere alla copertura di eventuali posti vacanti o carenze di organico, prima del completamento dei procedimenti di ricollocazione del personale di cui al presente comma.*

Art. 4 *(Dirigenza sanitaria e governo clinico)*

1. Al decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, sono apportate le seguenti modificazioni:

[…] all'art.15 dopo il comma 7 sono inseriti i seguenti:

«7-bis. ***Le regioni, nei limiti delle risorse finanziarie ordinarie, e nei limiti del numero delle strutture complesse previste dall'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis, tenuto conto delle norme in materia stabilite dalla contrattazione collettiva, disciplinano i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa, previo avviso cui l'azienda è tenuta a dare adeguata pubblicità, sulla base dei seguenti principi****:*

a) la selezione viene effettuata da una commissione composta da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale nominativo costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa. Qualora fossero sorteggiati tre direttori di struttura complessa della medesima regione ove ha sede l'azienda interessata alla copertura del posto, non si procede alla nomina del terzo sorteggiato e si prosegue nel sorteggio fino ad individuare almeno un componente della commissione direttore di struttura complessa in regione diversa da quella ove ha sede la predetta azienda;

b) la commissione riceve dall'azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare e, sulla base dell'analisi comparativa dei curricula, dei titoli professionali posseduti, dei volumi dell'attività svolta, dell'aderenza al profilo ricercato e degli esiti di un colloquio, presenta al direttore generale una terna di candidati idonei formata sulla base dei migliori punteggi attribuiti. ***Il direttore generale individua il candidato da nominare nell'ambito della terna predisposta dalla commissione; ove non intenda nominare un candidato con migliore punteggio deve motivare analiticamente la scelta. L'azienda sanitaria interessata può preventivamente stabilire che, nel caso in cui il dirigente a cui è stato conferito l'incarico dovesse dimettersi o decadere, si procede alla sostituzione conferendo l'incarico ad uno dei due professionisti facenti parte della terna iniziale****;*

c) ***la nomina dei responsabili di unità operativa complessa a direzione universitaria è effettuata dal direttore generale d'intesa con il Rettore, sentito il dipartimento universitario competente, ovvero, laddove costituita, la competente struttura di raccordo interdipartimentale, sulla base del curriculum scientifico e professionale del responsabile da nominare****;*

d) ***il profilo professionale del dirigente da incaricare, i curriculum dei candidati, la relazione della commissione, sono pubblicati sul sito internet dell'azienda prima della nomina. Sono altresì pubblicate sul medesimo sito le motivazioni della scelta da parte del direttore generale di cui alla lettera b), secondo periodo****.*

7-ter. ***L'incarico di direttore di struttura complessa deve in ogni caso essere confermato al termine di un periodo di prova di sei mesi a decorrere dalla data di nomina a detto incarico, sulla base della valutazione cui all'articolo 15, comma 5****.*

7-quater. ***L'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di una struttura complessa o di un dipartimento, è attribuito dal direttore generale, su proposta, rispettivamente, del direttore della struttura complessa di afferenza o del direttore di dipartimento, a un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno cinque anni nella disciplina oggetto dell'incarico. Gli incarichi hanno durata non inferiore a tre anni e non superiore a cinque anni, con possibilità di rinnovo. L'oggetto, gli obiettivi da conseguire, la durata, salvo i casi di revoca, nonché il corrispondente trattamento economico degli incarichi sono definiti dalla contrattazione collettiva nazionale****.*

7-quinquies. ***Per il conferimento dell'incarico di struttura complessa non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato di cui all'articolo 15-septies****.»;*

e) all'articolo 15-ter , comma 1, il primo periodo e' sostituito dal seguente:

*«****Gli incarichi di cui all'articolo 15, comma 4, sono attribuiti a tempo determinato compatibilmente con le risorse finanziarie a tale fine disponibili e nei limiti del numero degli incarichi e delle strutture semplici stabiliti nell'atto aziendale di cui all'articolo 3, comma 1-bis****;*

f) all'articolo 15-ter il comma 2 è sostituito dal seguente:

«2. ***Gli incarichi di struttura complessa hanno durata da cinque a sette anni, con facoltà di rinnovo per lo stesso periodo o per periodo più breve****.»;*

g) l'articolo 17 e' sostituito dal seguente:

«Art. 17 (Collegio di direzione). – 1. Le regioni prevedono l'istituzione, nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario regionale, del collegio di direzione, quale organo dell'azienda, individuandone la composizione in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nella azienda o nell'ente e disciplinandone le competenze e i criteri di funzionamento, nonché le relazioni con gli altri organi aziendali. ***Il collegio di direzione, in particolare, concorre al governo delle attività cliniche, 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.*** *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****. Ai componenti del predetto collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese».*
2. Le modifiche introdotte dal comma 1 agli articoli 3-bis, comma 3, e 15 del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, non si applicano ai procedimenti di nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie locali e delle aziende ospedaliere, nonché dei direttori di struttura complessa, pendenti alla data di entrata in vigore del presente decreto.
3. Le regioni entro novanta giorni dalla data di entrata in vigore del presente decreto predispongono ovvero aggiornano gli elenchi di cui all'articolo 3-bis, comma 3, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, come sostituito dal comma 1, lettera a), del presente decreto".

[11] A seguito dell'approvazione degli atti aziendali, nel rispetto della procedura delineata dal presente documento, gli incarichi di titolare di struttura complessa e semplice dovranno essere conferiti nel rispetto del novellato art.15, commi 7-bis e ss. del Decreto Legislativo n.502/92 e ss. mm. e ii.

II. AMBITO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

[12] I destinatari principali delle presenti direttive sono:

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

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

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

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

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

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

[13] Verrà regolato separatamente l'atto aziendale dell'**Azienda Regionale Emergenza Sanitaria A.R.E.S. 118**, istituita con la L.R. n. 9/2004 quale azienda regionale dotata di personalità giuridica di diritto pubblico stante la sostanziale inapplicabilità, per tale Azienda, degli standard elaborati dal Comitato LEA, in considerazione dell'assenza dei parametri della popolazione di riferimento e della dotazione di posti letto.

III. GLI STANDARD ELABORATI DAL COMITATO LEA

[14] L'articolo 12 dell'Intesa del 3 dicembre 2009 tra il Governo, Regioni e le Province Autonome concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2010-2012 è dedicato al personale del Servizio Sanitario Nazionale. Sono previsti in particolare:
• la conferma per il triennio 2010-2012 del vincolo di crescita della spesa per il personale del SSN di cui all'articolo 1, comma 565, della legge n.296/2006;
• in connessione con i processi di riorganizzazione, ivi compresi quelli di razionalizzazione e di efficientamento della rete ospedaliera, il contenimento della spesa di personale degli enti del SSN, compreso quello operante nelle aziende ospedaliero universitarie a carico anche parziale del SSN anche attraverso:
a) la definizione di misure di riduzione stabile del personale in servizio con conseguente ridimensionamento dei fondi contrattuali;
b) "*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 delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa così come rideterminati ai sensi di quanto previsto alla lettera a). Il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza di cui all'articolo 9 dell'Intesa Stato Regioni del 23 marzo 2005 provvede alla verifica della coerenza dei parametri adottati dalle singole Regioni e Province autonome con uno standard di riferimento adottato dal medesimo Comitato entro il 28 febbraio 2010.*"

Alla luce di ciò, il Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza (di seguito Comitato LEA) è stato incaricato di procedere all'individuazione dei citati parametri standard come previsto dal comma 1, lett. b) dell'articolo 12 dell'Intesa del 3 dicembre 2009 tra il Governo, Regioni e le Province Autonome, e provvedere alla verifica della coerenza dei parametri adottati dalle singole Regioni e Province Autonome, con lo standard di riferimento adottato dal medesimo Comitato LEA.

Alla verifica dell'effettivo conseguimento degli obiettivi previsti dalle disposizioni di cui all'articolo 12 dell'Intesa del 3 dicembre 2009 tra il Governo, Regioni e le Province Autonome, si provvede nell'ambito del Tavolo tecnico per la verifica degli adempimenti di cui all'art.12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005.
Lo stesso articolo 12, al comma 3, prevede che "*agli adempimenti recati dal presente articolo le regioni sottoposte ai piani di rientro provvedono entro il 30 giugno 2010, le altre regioni entro il 31 dicembre 2010*".

[15] Metodologia adottata per l'individuazione degli standard
A seguito della presentazione delle prime evidenze emerse sulla base dei dati disponibili presso le istituzioni centrali, il Comitato LEA, il 26 maggio 2010, ha costituito uno specifico Sottogruppo di Lavoro (di seguito SGDL) composto da rappresentanti delle Regioni Veneto, Emilia Romagna, Lombardia, Puglia, Campania, Marche e Toscana, dall'Agenas, dagli uffici IV e X della Direzione Generale della Programmazione Sanitaria e dall'ufficio II della Direzione Generale del Sistema Informativo e Statistico del Ministero della Salute, e dal Ministero dell'Economia e Finanze con la finalità di pervenire all'individuazione di standard.

Da subito sono stati individuati e concordati i seguenti principi:
• riconoscimento dell'autonomia programmatoria ed organizzativa delle Regioni e Province Autonome;
• finalità di contenimento dei costi, così come previsto dall'art. 12 del Patto per la Salute del 3 dicembre 2009;
• mantenimento degli attuali assetti organizzativi delle Regioni e Province Autonome, soprattutto per quanto attiene l'erogazione dei livelli di assistenza.

Il SGDL ha lavorato separatamente per le funzioni di comparto e per le strutture complesse e strutture semplici. Il documento elaborato stabilisce standard solo per le strutture complesse e per strutture semplici.

Poiché le fonti informative disponibili presso il Ministero della Salute (FLS11, HSP12, Conto Annuale) 1, non sono risultate sufficienti a supportare la metodologia di analisi, è stata avviata una rilevazione ad hoc, riferita all'anno 2009, che prevedeva la raccolta, per ogni Regione e Provincia Autonoma, del numero di strutture complesse e semplici disaggregate tra:
• Strutture Ospedaliere - Strutture all'interno dei presidi ospedalieri a gestione diretta delle ASL, delle aziende ospedaliere, delle aziende ospedaliero universitarie e degli IRCCS pubblici;
• Strutture non Ospedaliere - Strutture dell'area professionale, tecnica ed amministrativa di livello aziendale e

le strutture territoriali del dipartimento di prevenzione, dei dipartimenti sovradistrettuali e dei distretti;
distinto tra incarichi previsti da organigramma in atto aziendale o da altro provvedimento regionale/aziendale e incarichi assegnati.

Nelle tabelle riportate di seguito si rappresenta il numero di strutture complesse previste e di strutture semplici previste fornito dalle Regioni e Province Autonome ed utilizzato come base informativa per la definizione dei parametri standard.

REGIONE*	Strutture Complesse previste – Anno 2009		
	Totale	Ospedaliere	Non Ospedaliere
Piemonte *	1.548	993	555
Valle d'Aosta	62	33	29
Lombardia	2.413	1.960	453
Bolzano	133	110	23
Trento	164	101	63
Veneto	1.423	852	571
Friuli Venezia Giulia	458	294	164
Liguria	657	448	209
Emilia Romagna	1.375	774	601
Toscana	1.378	800	578
Umbria	294	212	82
Marche	644	400	244
Lazio *	1.774	1.123	651
Abruzzo *	601	427	174
Molise *	165	93	72
Campania *	2.048	1.100	948
Puglia *	1.090	771	319
Basilicata	248	178	70
Calabria *	756	487	269
Sicilia *	1.547	1.113	434
Sardegna	527	298	229
Somma	**19.305**	**12.567**	**6.738**

* Regioni attualmente in piano di rientro

REGIONE*	Strutture Semplici previste – Anno 2009		
	Totale	Ospedaliere	Non Ospedaliere
Piemonte *	3.095	2.113	982
Valle d'Aosta	33	26	7
Lombardia	3.072	2.310	762
Bolzano	227	198	29
Trento	229	167	62
Veneto	2.390	1.594	796
Friuli Venezia Giulia	433	220	213
Liguria	917	673	244
Emilia Romagna	1.643	882	761
Toscana	1.261	712	549
Umbria	805	522	283
Marche	900	655	245
Lazio *	3.061	1.771	1.350
Abruzzo *	740	558	182
Molise *	117	69	48
Campania *	9.845	3.545	6.300
Puglia *	2.289	1.536	753
Basilicata	296	218	78
Calabria *	926	597	329

Sicilia *	2.477	1.064	1.413
Sardegna	919	512	407
Somma	**35.675**	**19.942**	**15.793**

* Regioni attualmente in piano di rientro

Si è convenuto di:
• definire lo standard sulla base degli incarichi previsti da organigramma in atto aziendale o da altro provvedimento regionale/aziendale;
• escludere dalla metodologia di individuazione degli standard il valore rilevato nelle Regioni in Piano di Rientro (Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Liguria, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia), in quanto Regioni soggette alla revisione della propria offerta sanitaria, in particolar modo ospedaliera, nonché al recupero dell'inappropriatezza;
• utilizzare i seguenti indicatori:
- per le Strutture complesse ospedaliere: numero di posti letto pubblici per struttura complessa ospedaliera prevista;
- per le Strutture complesse non ospedaliere: numero di abitanti residenti per struttura complessa non ospedaliera prevista;
- per le Strutture semplici: rapporto tra strutture semplici previste e strutture complesse previste;
• distinguere lo standard definito per le strutture complesse non ospedaliere in funzione del numero di abitanti residenti nella Regione (popolazione > 2,5 mln / < 2,5 mln).

[16] Parametri standard
Nella seduta del 2 agosto 2011, il Comitato LEA ha approvato i parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse del SSN.

Strutture complesse ospedaliere	1 ogni 17,5 posti letto pubblici Regione
Strutture complesse non ospedaliere	1 ogni 13.515 residenti (per Regioni con popolazione > 2,5 mln)
Strutture semplici	1,31 ogni struttura complessa

Come elemento aggiuntivo in applicazione degli standard, le Regioni e le Province Autonome che soddisfano gli standard individuati, non aumentano il numero di incarichi di struttura complessa e semplice.
Le Regioni che hanno sottoscritto un accordo con il Piano di rientro dai disavanzi sanitari, sin dalla data di divulgazione della presente nota, sono tenute ad emanare, entro il 31 dicembre 2012, apposite direttive ai fini dell'adozione da parte delle aziende di specifici provvedimenti di riorganizzazione aziendale al fine di 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.
Per tutte le altre Regioni non sottoposte ai piani di rientro, ai fini della verifica degli adempimenti, a partire dall'anno di valutazione 2012, sarà chiesto di relazionare in merito alle iniziative adottate ai fini di un adeguamento graduale ai predetti standard. Resta fermo quanto previsto dall'articolo 2, comma 73, della legge n. 191/2009.

[17] Applicazione degli standard alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale
Alla data del 31.12.2011, la Regione Lazio aveva una popolazione residente di circa 5.820.950 unità e una dotazione di 12.638 posti letto pubblici (DCA n.80/2010). Applicando gli standard elaborati dal Comitato LEA, dunque, si definisce il plafond massimo di unità operative complesse e semplici, sanitarie e non, delle Aziende del SSR, come segue:

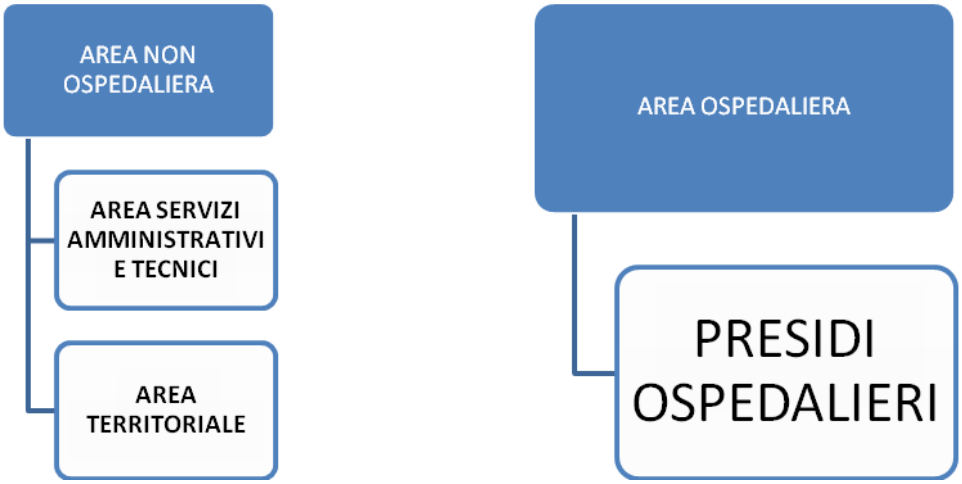
Strutture	Numero
Unità complesse ospedaliere	**722*** (da rideterminare all'esito della revisione della rete ospedaliera)
Unità semplici ospedaliere	**946*** (da rideterminare all'esito della revisione della rete ospedaliera)
Unità complesse non ospedaliere	**431**
Unità semplici non ospedaliere	**565**

IV. PRINCIPI ISPIRATORI

[18] Gli standard elaborati dal Comitato LEA dovevano essere recepiti dalle Regioni entro la data del 31 dicembre 2012. Non essendo intervenuta nel predetto termine la riorganizzazione della rete ospedaliera prescritta dall'art.15, comma 13 lett. c) del Decreto Legge 6 luglio 2012, n.95, convertito con modificazioni con Legge 7 agosto 2012 n.135 (che prevede la riduzione dello standard dei posti letto a carico del servizio sanitario, da attuarsi per i presidi ospedalieri pubblici esclusivamente attraverso la soppressione di unità operative complesse) ed essendo l'applicazione degli standard comunque cogente, è necessario approvare le presenti Linee di Indirizzo che, per la ragioni dianzi esposte, non possono che avere natura transitoria. L'applicazione degli standard, nelle more della definitiva riorganizzazione della rete ospedaliera, determina una sensibile diminuzione del numero di U.O.C. e U.O.S. presenti, riassunta nel seguente prospetto:

Strutture	Esistenti	Post	VAR. %
Unità complesse ospedaliere	**1123**	**722**	**- 35,71%**
Unità semplici ospedaliere	**1771**	**946**	**-46,58%**
Unità complesse non ospedaliere	**651**	**431**	**-33,80%**
Unità semplici non ospedaliere	**1350**	**565**	**-58,15%**

[19] Gli standard elaborati dal Comitato LEA presuppongono una separazione tra area ospedaliera (con afferenza a posti letto ospedalieri) e area non ospedaliera (che ricomprende l'area dei servizi amministrativi e tecnici e l'area territoriale per le aziende sanitarie locali):



[20] 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**.

[21] Coerentemente con tale premessa, le presenti Linee Guida intendono regolare l'assetto dell'**area non ospedaliera** (composta, a sua volta, dall'**area dei servizi amministrativi e tecnici** e da quella **territoriale**) e dell'**area ospedaliera**. In considerazione degli standard elaborati dal Comitato Lea, il numero di unità non ospedaliere va ripartito tra l'area amministrativa e tecnica di tutte le Aziende del SSR e quella territoriale delle sole Aziende Sanitarie Locali, tenendo conto che quest'ultime devono organizzare anche il Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento di Prevenzione, la cui istituzione è obbligatoria per legge.

[22] Per quanto concerne l'area territoriale, la necessità di dare attuazione alle previsioni del Decreto Legge 13 settembre 2012, n.158, convertito con modificazioni dall'art.1, comma 1, L. 8 novembre 2012, n.189, ha

suggerito la previsione di un'organizzazione distrettuale minima, la cui configurazione, una volta a regime, richiede l'utilizzo di complessive 180 U.O.C. non ospedaliere e 288 U.O.S. non ospedaliere (cfr. **§§ 27-31**).

[22] Il numero residuo di U.O.C. (251) e U.O.S. (277) non ospedaliere previsto a livello regionale è ripartito tra le Aziende del SSR in base ai seguenti criteri:
a) un numero fisso ed uguale di U.O.C. (6) e U.O.S. (8) non ospedaliere da assegnare a tutte le Aziende del S.S.R. per configurare l'area dei servizi tecnici ed amministrativi;
b) un numero fisso ed uguale di U.O.C. (6) e U.O.S. (4) non ospedaliere da assegnare a tutte le Aziende Sanitarie Locali per configurare il Dipartimento di Salute Mentale ed il Dipartimento di Prevenzione, la cui istituzione è obbligatoria per legge;
c) un numero variabile di U.O.C. e U.O.S. non ospedaliere da assegnare a tutte le Aziende Sanitarie Locali in funzione della popolazione residente, da utilizzare liberamente.
Tali criteri sono stati elaborati tenendo conto di quanto già previsto dal DCA n.U0040/2011 e dai vigenti programmi operativi, in considerazione: a) della necessità di assicurare una struttura minimale per tutte le Aziende del SSR e, all'interno di queste, tra tutte le Aziende Sanitarie Locali, a prescindere dalla complessità organizzativa e dalla popolazione residente; b) dall'opportunità di assegnare un *plafond* maggiore di unità alle Aziende Sanitarie Locali con maggiore popolazione residente (assunto quale indice di complessità organizzativa, mentre per le altre Aziende del SSR l'indice di complessità può essere già ravvisato dal numero dei posti letto assegnato dalla programmazione regionale).

Tabella riepilogativa:

AZIENDA	POPOLAZIONE	U.O.C. NON OSPEDALIERE				U.O.S. NON OSPEDALIERE			
		A)	B)	C)	TOT.	A)	B)	C)	TOT.
ASL RM A	510.954	6	6	5	17	8	4	6	18
ASL RM B	722.252	6	6	7	19	8	4	9	21
ASL RM C	560.996	6	6	6	18	8	4	7	19
ASL RM D	592.752	6	6	6	18	8	4	7	19
ASL RM E	549.874	6	6	6	18	8	4	7	19
ASL RM F	318.904	6	6	3	15	8	4	4	16
ASL RM G	476.586	6	6	5	17	8	4	6	18
ASL RM H	553.616	6	6	6	18	8	4	7	19
ASL VT	321.008	6	6	3	15	8	4	4	16
ASL RI	160.467	6	6	2	14	8	4	2	14
ASL FR	497.849	6	6	5	17	8	4	6	18
ASL LT	555.692	6	6	6	18	8	4	7	19
A.O. S. GIOVANNI	0	6	0	0	6	8	0	0	8
A.C.O. S. FILIPPO NERI	0	6	0	0	6	8	0	0	8
A.O. S. CAMILLO FORLANINI	0	6	0	0	6	8	0	0	8
A.O.U. POLICLINICO UMBERTO I	0	6	0	0	6	8	0	0	8
FONDAZIONE POLICLINICO TOR VERGATA	0	6	0	0	6	8	0	0	8
A.O.U. S. ANDREA	0	6	0	0	6	8	0	0	8
IRCCS IFO	0	6	0	0	6	8	0	0	8
IRCCS LAZZARO SPALLANZANI	0	6	0	0	6	8	0	0	8
TOTALE	5.820.950	120	72	59	251	160	48	69	277

[23] Facoltà di istituzione di dipartimenti interaziendali delle funzioni amministrative e tecniche tra le Aziende del SSR. 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 una o più aziende sanitarie pilota già esistenti. Il percorso di centralizzazione delle funzioni amministrative è stato già avviato limitatamente alla funzione di approvvigionamento di beni e servizi e pagamenti (cfr. D.G.R. n. 826 del 26/10/2007; art.1 comma 68 lettera c) della Legge Regionale n.14 dell'11 agosto 2008; D.G.R. n. 509 del 11 novembre 2010, Decreto del Commissario ad acta n. U0042 del 31 maggio 2010; Decreto del Commissario ad Acta n. U0094 del 4 novembre 2010; Decreto del Commissario ad Acta n. U00191 del 16 ottobre 2012).
In via sperimentale, si ritiene che tale processo di centralizzazione possa essere avviato attribuendo alle Aziende del SSR la facoltà di prevedere nei rispettivi atti aziendali, previo accordo di tutte le Aziende interessate, l'istituzione di dipartimenti interaziendali delle funzioni amministrative e tecniche, utilizzando le U.O.C. e U.O.S. non ospedaliere assegnate a ciascuna Azienda al **§ 22**, anche in considerazione del fatto che il protrarsi del blocco del *turn over* (con possibilità limitata di sblocco soltanto per quelle figure professionali indispensabili per la salvaguardia dei Livelli Essenziali di Assistenza) ha determinato una notevole riduzione del personale amministrativo e tecnico, rendendo così necessario il ricorso a forme di razionalizzazione della dotazioni in organico.

[24] Di seguito le funzioni che possono essere attivate nei dipartimenti interaziendali:

- **Patrimonio, acquisizione beni e servizi** (pianificazione gare, gestione gare, gestione contratti, monitoraggio consumi, registrazione fatture, rapporto con i fornitori, monitoraggio contabile e dei processi di liquidazione, ecc.);
- **Contabilità e controllo di gestione** (elaborazione prima nota, controllo rispetto obblighi contributivi, adempimenti tributari, supporto operativo elaborazione bilancio, gestione ciclo attivo, contabilità analitica, definizione budget, analisi scostamenti, identificazione azioni correttive, attività di reportistica, ecc.);
- **Risorse umane e amministrazione del personale** (definizione di politiche di gestione dei turni e delle ferie, definizione premi, unificazione delle codifiche ai fini del trattamento economico, gestione trattamento giuridico, calcolo e controllo cedolini, ecc.);
- **Affari generali e legali** (tenuta del protocollo, gestione contenzioso risorse umane, gestione contenzioso spesa per beni e servizi non sanitari, gestione contenzioso spesa per prestazioni sanitarie, gestione contenzioso servizio di autoassicurazione, gestione dei sinistri, gestione transazioni, liquidazione dei sinistri, gestione del sistema informativo, recupero crediti, modulistica contrattuale, ecc.);
- **Servizi tecnici e sistemi informativi** (gestione degli immobili, impianti ed attrezzature in uso all'Azienda, monitoraggio sull'esecuzione degli interventi di manutenzione, trasformazione e adeguamento necessari a garantirne la funzionalità, sicurezza, rispondenza normativa ed economicità di gestione, programmazione delle opere e degli interventi di adeguamento del patrimonio immobiliare, progettazione, direzione, assistenza contabilità, liquidazione, collaudo lavori eseguiti direttamente o mediante affidamento esterno, programmazione, valutazione, coordinamento delle manutenzioni, degli adeguamenti, delle trasformazioni e delle nuove realizzazioni eseguite con risorse interne o affidate all'esterno, gestioni applicativi, gestione sistemi e reti, definizione delle strategie informative ed informatiche a livello aziendale, monitoraggio sulla sicurezza logica e fisica per il trattamento del dato informatico all'interno e all'esterno dell'Azienda; manutenzione hardware e software, sia dei sistemi complessi che della singola postazione di lavoro, con l'obiettivo di garantire continuità agli applicativi di supporto sanitario, diagnostico, gestionale e contabile, gestione dei rapporti con i fornitori di hardware e software e con quelli delle manutenzioni e dell'assistenza sistemistica, sviluppo e gestione della rete intranet e dei sistemi internet di interesse dell'azienda, nonché dei sistemi di posta elettronica ordinaria e certificata).

[25] I dipartimenti interaziendali possono essere istituiti all'interno dei seguenti gruppi di aziende, individuate in base a criteri di localizzazione geografica ed omogeneità funzionale, di seguito elencati:

GRUPPO I	**AA.SS.LL. Rm A, Rm B, Rm C, Rm D, Rm E, Rm F, Rm G, Rm H**
GRUPPO II	**AA.SS.LL. Frosinone e Latina**
GRUPPO III	**AA.SS.LL. Viterbo e Rieti**
GRUPPO IV	**Aziende Ospedaliere e IRCCS**
GRUPPO V	**Aziende Ospedaliero-Universitarie e Fondazione Policlinico Tor Vergata**

[26] REGOLE PER LA COMPOSIZIONE ED IL FUNZIONAMENTO DEI DIPARTIMENTI AMMINISTRATIVI INTERAZIENDALI.

Le Aziende che intenderanno avvalersi della facoltà di istituire un dipartimento interaziendale delle funzioni amministrative e tecniche, dovranno altresì predisporre un regolamento per il funzionamento del dipartimento, da trasmettere alla Regione per la relativa approvazione, unitamente alle proposte di atto aziendale.

Il regolamento dovrà disciplinare, tra l'altro:

- La nomina, il conferimento dell'incarico e la risoluzione del contratto del direttore del dipartimento interaziendale, che dovrà coincidere con il responsabile di una unità operativa complessa inserita all'interno del dipartimento, nel rispetto delle disposizioni vigenti;
- L'organigramma di tutto il dipartimento e delle unità ad esso afferenti, indicando l'azienda di provenienza del personale che verrà collocato nei ruoli delle unità del dipartimento (il relativo rapporto di lavoro potrà proseguire con l'azienda di provenienza);
- L'obbligo per il direttore del dipartimento di attuare processi di mobilità intradipartimentale per sopperire ad eventuale carenze organiche, individuando al contempo il personale da mettere a disposizione per la mobilità tra dipartimenti. La messa a disposizione di personale costituirà titolo preferenziale per il rilascio di deroghe al blocco del *turn over*.
- I criteri di ripartizione tra le aziende interessate dei costi per il funzionamento del dipartimento, con separazione dei costi direttamente imputabili ad ogni singola azienda coinvolta da quelli comuni da dividere in parti uguali tra le aziende coinvolte;
- La logistica degli uffici all'interno delle aziende interessate.

Le Aziende interessate all'istituzione di un dipartimento interaziendale dovranno altresì trasmettere una relazione indicante il risparmio di spesa (presupposto essenziale per l'approvazione regionale) che potrà essere realizzato attraverso l'istituzione del dipartimento interaziendale, attraverso l'esplicitazione dei relativi conteggi.

[27] IL DISTRETTO.

I distretti sono articolazioni territoriali, organizzative e funzionali delle aziende unità sanitarie locali, dotati di autonomia economico-finanziaria, contabile e gestionale a cui viene attribuito uno specifico budget.

I distretti assicurano prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura, riabilitazione attraverso le funzioni di produzione, committenza e integrazione sociosanitaria.

Il distretto rappresenta l'interlocutore per i rapporti con gli Enti locali e costituisce la struttura di riferimento per la cittadinanza, per quanto attiene il proprio territorio.

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

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

I distretti svolgono, altresì, attività socio-assistenziali eventualmente gestite dall'azienda unità sanitaria locale per conto degli enti locali ai sensi dell'articolo 31, comma 3, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni ed integrazioni, assicurandone l'integrazione con le attività di assistenza sanitaria.

Il testo novellato (dall'art. 1, D.L. 13 settembre 2012, n. 158, come sostituito dalla legge di conversione 8 novembre 2012, n. 189) dell'art.8, comma 1, lett. B-bis), 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.
Gli atti aziendali dovranno altresì regolare ed istituzionalizzare il rapporto de rappresentanti delle AFT e UCCP con il direttore del distretto e gli organi aziendali (Collegio di Direzione e Consiglio dei sanitari).

[28] 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.) che l'individuazione della dimensione territoriale dei distretti in cui si articola ciascuna azienda unità sanitaria locale è determinata sulla base dei seguenti criteri:
a) ciascun distretto deve coincidere con uno o più comuni, ovvero con una o più circoscrizioni in cui il comune è suddiviso;
b) ciascun distretto deve comprendere, di norma, una popolazione non inferiore a 40.000 abitanti e nelle aree urbane non inferiore a 80.000 abitanti;
c) nelle aree montane l'ambito territoriale del distretto deve coincidere, ove possibile, con quello dei territori delle comunità montane ricadenti nella medesima provincia.

Secondo quanto previsto dalla Legge Regionale 16 giugno 1994, n.18 e ss.mm. e ii.:

- nel caso in cui le circoscrizioni di decentramento presentino una consistenza di popolazione residente superiore a 80.000 abitanti, la definizione dei distretti e della loro organizzazione deve essere effettuata in modo tale da favorire l'accessibilità dei servizi da parte degli utenti.

Con Deliberazione di Giunta Regionale n.5235 del 5 luglio 1994 sono state impartite le direttive per l'individuazione e l'attivazione dei distretti sanitari.
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*".
Di seguito la tabella riepilogativa dei distretti sanitari attualmente attivi (55), suddivisi per ciascuna azienda sanitaria, con l'indicazione della popolazione residente secondo le ultime rilevazioni disponibili:

AZIENDA	DISTRETTO SANITARIO	POPOLAZIONE INDICATIVA
ASL RM A	I DISTRETTO (Municipio RM 1)	131.881
	II DISTRETTO (Municipio RM 2)	123.094
	III DISTRETTO (Municipio RM 3)	52.584
	IV DISTRETTO (Municipio RM 4)	203.395
ASL RM B	I DISTRETTO (Municipio RM 5)	179.240
	II DISTRETTO (Municipio RM 7)	122.445
	III DISTRETTO (Municipio RM 8)	236.581
	IV DISTRETTO (Municipio RM 10)	183.983
ASL RM C	DISTRETTO SANITARIO 6 (Municipio RM 6)	123.529
	DISTRETTO SANITARIO 9 (Municipio RM 9)	134.078
	DISTRETTO SANITARIO 11 (Municipio RM 11)	134.568
	DISTRETTO SANITARIO 12 (Municipio RM 12)	177.032
ASL RM D	DISTRETTO SANITARIO XIII (Municipio RM 13)	228.252

	DISTRETTO SANITARIO MUNICIPIO XV (Municipio RM 15)	153.025
	DISTRETTO SANITARIO MUNICIPIO XVI (Municipio RM 16)	142.350
	DISTRETTO SANITARIO COMUNE DI FIUMICINO (Fiumicino)	70.985
ASL RM E	DISTRETTO XVII (Municipio RM 17)	68.804
	DISTRETTO XVIII (Municipio RM 18)	137.132
	DISTRETTO XIX (Municipio RM 19)	186.288
	DISTRETTO XX (Municipio RM 20)	158.222
ASL RM F	DISTRETTO F1	78.215
	DISTRETTO F2	68.748
	DISTRETTO F3	48.290
	DISTRETTO F4	89.737
ASL RM G	DISTRETTO DI MONTEROTONDO G1	86.637
	DISTRETTO DI GUIDONIA G2	118.156
	DISTRETTO DI TIVOLI G3	83.734
	DISTRETTO DI SUBIACO G4	34.505
	DISTRETTO DI PALESTRINA G5	78.357
	DISTRETTO DI COLLEFERRO G6	75.197
ASL RM H	DISTRETTO H1 FRASCATI	94.181
	DISTRETTO H2 ALBANO	107.846
	DISTRETTO H3 MARINO	78.606
	DISTRETTO H4 POMEZIA	103.886
	DISTRETTO H5 VELLETRI	88.666
	DISTRETTO H6 NETTUNO	102.746
ASL VT	DISTRETTO VT1 MONTEFIASCONE	56.377
	DISTRETTO VT2 TARQUINIA	42.729
	DISTRETTO VT3 VITERBO	96.816
	DISTRETTO VT4 VETRALLA	64.644
	DISTRETTO VT5 CIVITA CASTELLANA	59.426
ASL RI	DISTRETTO 1 MONTEPIANO REATINO	77.193
	DISTRETTO 2 MIRTENSE	33.951
	DISTRETTO 3 SALARIO	27.896
	DISTRETTO 4 SALTO CICOLANO	10.421
	DISTRETTO 5 ALTO VELINO	10.518
ASL FR	ZONA DISTRETTUALE A – ALATRI	92.814
	ZONA DISTRETTUALE B – FROSINONE	185.688
	ZONA DISTRETTUALE C – SORA	104.591
	ZONA DISTRETTUALE D – CASSINO	115.840
ASL LT	DISTRETTO LT1 – APRILIA CISTERNA	105.455
	DISTRETTO LT2 – FONDI TERRACINA	98.756
	DISTRETTO LT3 – FORMIA GAETA	101.807
	DISTRETTO LT4 – LATINA	160.047
	DISTRETTO LT5 – MONTI LEPINI	55.027

[29] ACCORPAMENTO DI DISTRETTI SANITARI.

L'art.3, comma V del Decreto Legislativo 17 settembre 2010, n.156 stabilisce che "*L'Assemblea capitolina, entro sei mesi dalla data di entrata in vigore del decreto legislativo di attuazione dei principi e dei criteri direttivi di cui all'articolo 24, comma 5, lettera a), della legge 5 maggio 2009, n. 42, approva lo statuto di Roma Capitale che entra in vigore il giorno successivo a quello della sua pubblicazione nella Gazzetta Ufficiale.* ***Lo statuto disciplina, nei limiti stabiliti dalla legge, i municipi di Roma Capitale, quali circoscrizioni di decentramento, in numero non superiore a quindici****, favorendone l'autonomia amministrativa e finanziaria***".**

In conformità a quanto previsto dalla disposizione sopra richiamata, gli ambiti territoriali dei distretti delle ASL RM/A, RM/B, RM/C, RM/D e RM/E, verranno adeguati in ragione degli accorpamenti dei Municipi di Roma Capitale che si renderanno necessari per dare attuazione alla disposizione richiamata ed il loro numero, conseguentemente, sarà ridotto a 15 (in luogo dei 19 attualmente esistenti).

Nelle more della nuova delimitazione dei confini esterni delle Aziende Sanitarie Locali insistenti su Roma Capitale, da attuarsi con Legge Regionale, rimarrà invariata l'attuale conformazione delle stesse a prescindere dall'operatività dell'accorpamento di cui sopra.

Inoltre, come può evincersi dalla tabella sub § [28]:
- l'Azienda Sanitaria Locale di Rieti allo stato si articola in 5 distretti sanitari, due dei quali (Salto Cicolano e Alto Velino) con una popolazione residente di circa 10.500 unità, assolutamente inferiore rispetto alla media regionale e, comunque, assai inferiore rispetto al limite minimo indicativo di 40.000 unità previsto dalla L.R. n.18 del 1994 sopra richiamata. È necessario che l'Azienda Sanitaria Locale di Rieti, in sede di redazione dell'atto aziendale, preveda l'articolazione in non più di tre distretti sanitari (in luogo dei cinque attualmente esistenti), ciascuno con una popolazione non inferiore a 40.000 unità.
- l'Azienda Sanitaria Locale RM/G allo stato si articola in 6 distretti sanitari, uno dei quali (Subiaco G4) con una popolazione residente di circa 34.505 unità, inferiore rispetto alla media regionale e, comunque, inferiore rispetto al limite minimo indicativo di 40.000 unità previsto dalla L.R. n.18 del 1994 sopra richiamata. È necessario che l'Azienda Sanitaria Locale RM/G, in sede di redazione dell'atto aziendale, preveda l'articolazione in non più di cinque distretti sanitari (in luogo dei sei attualmente esistenti), ciascuno con una popolazione non inferiore a 40.000 unità.
Alla luce di quanto sopra, il numero complessivo dei distretti sanitari delle aziende sanitarie del SSR è destinato a passare da 55 a 48, fatta salva la facoltà per le Aziende di prevedere ulteriori accorpamenti.

[30] LA FIGURA DEL DIRETTORE DI DISTRETTO
Ad ogni distretto è preposto un dirigente designato secondo le modalità ed in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 3-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 da ultimo modificato dal decreto legislativo 19 giugno 1999, n. 229. Il direttore di distretto è responsabile del funzionamento di tutti i servizi sul territorio direttamente gestiti. È responsabile, in particolare, delle attività del distretto (di cui allo schema **§ 31** – Organizzazione distrettuale minima) e del relativo budget in termini di gestione delle risorse umane, strumentali e finanziarie assegnate per il perseguimento degli specifici obiettivi. È responsabile altresì della programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie, rispondendo al direttore generale della suddetta gestione e dei risultati raggiunti. Il direttore del distretto supporta la direzione strategica nei rapporti con i sindaci del distretto nonché con gli altri soggetti già richiamati con riferimento all'art.1 della legge n. 328/2000.
Il Direttore del Distretto assicura il coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione per le iniziative di cui all'art.7-bis, II comma del D. Lgs. n.502/92 e ss. mm. e ii.
Il coordinamento delle attività sociali di distretto, anche per i rapporti tra le unità operative del distretto, i comuni e/o i municipi, avviene tramite la figura del **coordinatore sociosanitario di distretto** (cui non compete la titolarità di alcuna U.O.C. o U.O.S.), che si rapporta per tale funzione al direttore di distretto ed è componente dell'ufficio di coordinamento di distretto.
Il coordinatore sociosanitario di distretto concorre all'attuazione del Programma delle attività territoriali (basato sul principio della intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative) che, ai sensi dell'art.3-quater, comma 3 del D. Lgs. n.502/92 e ss. mm. e ii.:
a) prevede la localizzazione dei servizi di cui all'articolo 3-quinquies;
b) determina le risorse per l'integrazione socio-sanitaria di cui all'articolo 3-septies e le quote rispettivamente a carico dell'unità sanitaria locale e dei comuni, nonché la localizzazione dei presidi per il territorio di competenza (inclusa la ripartizione dei costi connessi alla figura del coordinatore sociosanitario di distretto);
c) è proposto, sulla base delle risorse assegnate e previo parere del Comitato dei sindaci di distretto, dal direttore di distretto ed è approvato dal direttore generale, d'intesa, limitatamente alle attività sociosanitarie, con il Comitato medesimo e tenuto conto delle priorità stabilite a livello regionale.
Il coordinatore sociosanitario di distretto ha una funzione consultiva e propositiva rispetto al direttore di distretto, che resta unico responsabile dello svolgimento delle attività distrettuali e della gestione delle risorse. Gli atti aziendali disciplinano i casi nei quali è obbligatoria la previa consultazione del coordinatore sociosanitario.
Nel caso in cui l'Azienda ASL assuma per delega dai comuni la gestione di attività e di servizi socio-assistenziali, il direttore di distretto ha anche la responsabilità organizzativa e gestionale di dette attività e servizi, fermo restando il parere obbligatorio ma non vincolante dell coordinatore sociosanitario di distretto.
Nell'ambito della U.O.C. Direzione del distretto si collocano l'ufficio di coordinamento del distretto e la U.O.S. Budget di distretto e gestione amministrativa, cui compete l'attività di gestione finanziaria-amministrativa nonché la Commissione Appropriatezza Prescrittiva Distrettuale individuata dai contratti collettivi e dagli Accordi regionali dei medici di medicina generale / pediatri di libera scelta e specialisti convenzionati ambulatoriali.
Per quanto riguarda l'**ufficio di coordinamento del distretto** (rappresentativo delle professionalità presenti nel distretto), del quale fanno parte, in base ai rispettivi Accordi Collettivi Nazionali, i medici di medicina generale e le altre categorie di personale sanitario convenzionato, nonché un rappresentante delle AFT e delle UCCP) è necessario evidenziare il suo ruolo di supporto al direttore di distretto nel definire le modalità di attuazione delle politiche distrettuali (incluse quelle sociosanitarie), laddove gli apporti professionali devono favorire la

condivisione degli obiettivi e dei processi produttivi. Peraltro, tale organismo va integrato con i rappresentanti dei dipartimenti aziendali con riferimento all'elaborazione ed all'attuazione dei Programmi delle Attività Territoriali (PAT), nel rispetto di quanto previsto dall'art.3-quater, commi 3 lett. c) e 4, del D. Lgs. n.502/92.

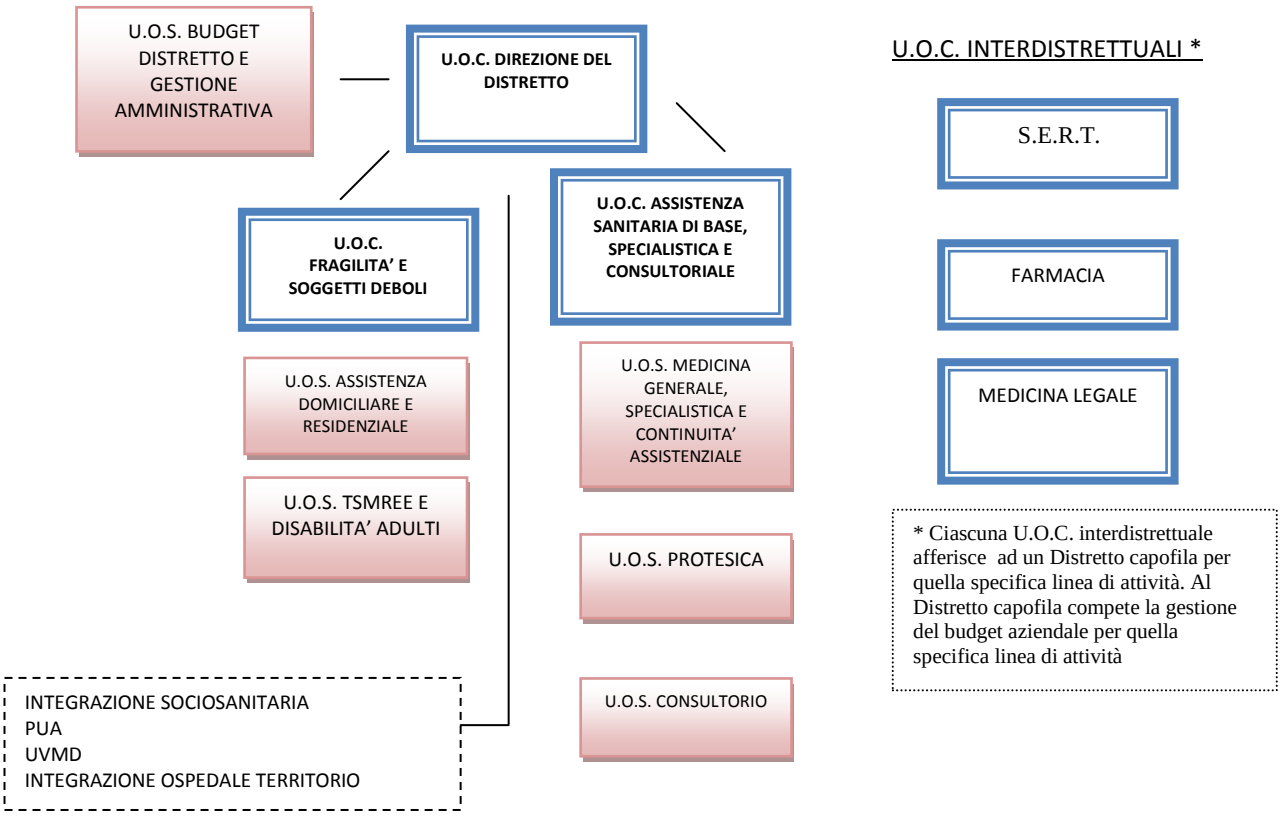
[31] L'ORGANIZZAZIONE DISTRETTUALE MINIMA.

Al fine di privilegiare un'articolazione distrettuale che risponda alle effettive esigenze del territorio, secondo le indicazioni del direttore del distretto, appare opportuno escludere per l'organizzazione distrettuale, un modello c.d. a matrice che preveda la subordinazione gerarchica delle unità operative distrettuali ad altre unità trasversali collocate all'esterno del distretto stesso ed optare, all'opposto, per un modello divisionale.
Appare altresì opportuno individuare un'organizzazione distrettuale minimale, identica per tutti i distretti, con facoltà, per le aziende sanitarie locali, di personalizzare l'ulteriore articolazione distrettuale secondo le effettive esigenze del territorio. Tale organizzazione tiene conto di quanto previsto dalla DGR 313/2012 e dal DPCA 39/2012 ed è stata elaborata in considerazione delle attività che il distretto deve garantire ai sensi dell'art.3-quinquies, comma 2 del D. Lgs. n.502/92 e ss. mm. e ii. e delle funzioni di produzione minime distrettuali come di seguito elencate:

- salute della donna e dell'età evolutiva
- tutela della salute mentale e riabilitazione dell'età evolutiva
- medicina generale, specialistica territoriale e continuità assistenziale
- assistenza protesica
- riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile adulto
- assistenza domiciliare integrata e residenzialità
- medicina legale *
- tossicodipendenza *
- farmaceutica *

(* funzioni interdistrettuali)

Per ciascuna delle sopraelencate linee di attività viene assegnato al distretto uno specifico budget.
L'organizzazione distrettuale minima è riepilogata nel seguente schema:



RIEPILOGO:

Numero Aziende Sanitarie Locali: 12
Numero distretti: 48
Numero U.O.C. previste dall'organizz. minima distr.: 3*48= 144
Numero U.O.C. interdistrettuali previste: 3*12 = 36
TOTALE U.O.C. = 144+36= 180
Totale U.O.S. previste dall'organizz. minima distr.: 6*48= 288

Nello schema sopra riportato vengono evidenziate, oltre alle U.O.C. e U.O.S, alcune funzioni strategiche per le attività distrettuali quali l'integrazione sociosanitaria, il Punto unico di accesso, l'Unità di valutazione multidimensionale distrettuale e l'integrazione ospedale – territorio.
L'organizzazione distrettuale minima, come sopra individuata, è finalizzata ad assicurare standard minimi ed omogenei dei servizi erogati in favore di tutti i cittadini della Regione Lazio.
Le Aziende restano comunque libere di istituire ulteriori U.O.C. e U.O.S. a livello distrettuale ed interdistrettuale, nel rispetto del modello sopra individuato e del plafond di unità disponibili, al fine di adattarlo alle esigenze del territorio di riferimento.
Ai sensi dell'art.3-quinquies, comma 3 del D. Lgs. n.502/92 e ss. mm. e ii., possono trovare collocazione funzionale nel distretto le articolazioni organizzative del dipartimento di salute mentale e del dipartimento di prevenzione, con particolare riferimento ai servizi alla persona, nel rispetto del plafond di unità assegnato a ciascuna azienda sanitaria locale.
L'Atto aziendale dovrà evidenziare le modalità di integrazione tra il distretto e le altre strutture operative dell'Azienda USL (ospedale, DSM, DP); relativamente al rapporto distretto – ospedale, l'integrazione si realizza nella definizione dei percorsi assistenziali che garantiscano continuità assistenziale nella presa in carico. Per quanto attiene al rapporto tra il Distretto e il DP l'area di integrazione riguarda i programmi e le iniziative di prevenzione primaria e di promozione di stili di vita salutari. A questo livello occorre definire le modalità di coordinamento tra il DP, che detiene la responsabilità tecnica delle stesse, e il Distretto che, con la sua organizzazione e i suoi operatori, in particolare i medici di medicina generale, deve contribuire a realizzarle.
Relativamente al rapporto tra il Distretto e il DSM la modalità di integrazione professionale va individuata prioritariamente nel PUA e nella UVMD con particolare riferimento alla valutazione e alla definizione dei piani di intervento dei pazienti complessi, per i quali deve essere prevista una presa in carico congiunta.

[32] ISTITUZIONE DELLE U.O.C. E DELLE U.O.S. SANITARIE NEI PRESIDI OSPEDALIERI DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI E NELLE ALTRE AZIENDE DEL SSR. CLAUSOLA DI SALVAGUARDIA
Le unità in questione sono quelle con afferenza a posti letto ospedalieri.
Gli standard elaborati dal Comitato LEA prevedono l'istituzione di una U.O.C. ogni 17,5 posti letto ospedalieri e di 1,31 U.O.S. ogni U.O.C.
I posti letto da considerare sono quelli di volta in volta previsti dalla programmazione regionale e, attualmente, dall'allegato E al Decreto del Commissario ad acta n.U0080 del 10 settembre 2010.
Le Aziende possono, per far fronte a specifiche esigenze aziendali, nel rispetto del plafond di unità assegnato e nei limiti del 10% dello stesso, derogare alla regola della ripartizione delle unità in ospedaliere e non ospedaliere, ed utilizzare unità ospedaliere per configurare unità non ospedaliere o viceversa.

[33] ATTIVITÀ DI RICERCA NEGLI IRCCS
Per gli IRCCS, in considerazione della istituzionale attività di ricerca svolta e della presenza di una direzione scientifica, il numero complessivo di U.O.C. e di U.O.S. (sia ospedaliere che non ospedaliere) può essere incrementato del 20% rispetto al complessivo numero di U.O.C. e U.O.S. (sia ospedaliere che non ospedaliere) assegnate dalle presente Linee di indirizzo in applicazione degli standard.

[34] RAPPORTO DIPARTIMENTI/U.O.C.
Analizzando la situazione attuale, il rapporto Dipartimenti/U.O.C. è così riassumibile:

Strutture	Esistenti	Rapporto
Unità complesse ospedaliere	**1123**	**1 dipartimento ogni 8,44 U.O.C.**
Dipartimenti ospedalieri	**133**	
Unità complesse non ospedaliere	**651**	**1 dipartimento ogni 7,08 U.O.C.**
Dipartimenti non ospedalieri	**92**	

In sede di predisposizione dei nuovi atti aziendali, è obbligatorio rispettare i rapporti dipartimenti/U.O.C. sopra indicati, fatta salva l'istituzione dei dipartimenti obbligatori per legge.
Per l'area ospedaliera, le unità complesse possono essere accorpate, secondo settori specialistici omogenei, a prescindere dalla denominazione, nelle seguenti aree funzionali: a) area funzionale medica; b) area funzionale chirurgica; c) area funzionale delle terapie intensive (D.E.A.); d) area funzionale materno infantile; e) area funzionale delle attività di laboratorio;f) area funzionale della diagnostica per immagini.
Per l'area non ospedaliera, ai fini del rispetto del rapporto tendenziale sopra indicato, non si computano le U.O.C. e le U.O.S. afferenti ai distretti.

V. STRUTTURA DELL'ATTO AZIENDALE

[35] CONTENUTI DELL'ATTO AZIENDALE

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

L'atto aziendale, in particolare, indica:

1. la denominazione, la sede legale ed il logo aziendale (da accostare obbligatoriamente al logo della Regione Lazio);
2. 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;
3. gli elementi identificativi aziendali, corredati da:
   - 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),
   - l'indicazione dei presidi ospedalieri, con i relativi posti letto distinti per specialità, direttamente gestiti e autorizzati dalla Regione, il numero complessivo dei dipartimenti, delle Unità operative complesse e semplici, anche dipartimentali o di staff;
   - i dati della popolazione e quelli demografici;
   - l'elenco delle strutture sanitarie autorizzate e accreditate sul territorio aziendale con i posti letto insistenti, con la precisazione che le possibili variazioni del numero di posti letto, scaturenti da atti di programmazione regionale, dovranno essere aggiornate nel sistema NSIS;
4. La "mission" aziendale;
5. La "vision" aziendale;
6. 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 istituti:
   - Ufficio per le Relazioni con il Pubblico (U.R.P.);
   - Processo di Audit Civico;
   - Conferenza dei Servizi di cui all'art.14, comma 4 del D. Lgs. n.502/92 e ss. mm. e ii.;
   - Carta dei Servizi Pubblici Sanitari;
   - Organismo di partecipazione denominato "Consulta Sanitaria", di cui all'art.14, comma 2 del D. Lgs. n.502/92 e ss. mm. e ii.
7. L'assetto istituzionale;
8. il numero del personale dipendente anche a tempo determinato (distinto per ruoli di appartenenza e tipologia di contratto, nonché area di appartenenza: area amministrativa, area territoriale, area dipartimentale non ospedaliera, area ospedaliera);
9. gli organi e gli organismi aziendali disciplinandone composizione e funzioni;
10. le funzioni attribuite al direttore amministrativo e al direttore sanitario, le attribuzioni dei dirigenti nonché le modalità per il conferimento di eventuali deleghe e gli ambiti delle stesse;
11. le funzioni attribuite ai dirigenti titolari di responsabilità gestionali;
12. il sistema di controllo interno;
13. le modalità di rapporto e di collaborazione dell'Azienda con le altre Aziende Sanitarie nonché con eventuali enti ed organismi, di cui all'articolo 4, comma 3, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i.;
14. le modalità di informazione sui servizi sanitari e di tutela dei diritti degli utenti, anche ai fini della corretta fruizione del sistema;
15. i rapporti con gli enti locali;
16. **Organizzazione interna dei presidi ospedalieri, dei distretti e dei dipartimenti e organizzazione delle strutture in staff alla direzione strategica:** l'atto aziendale prevede, altresì, l'organizzazione interna dei presidi ospedalieri, dei distretti, dei dipartimenti, nonché l'organizzazione delle unità operative in staff alla direzione strategica, articolate, a seconda della natura delle attività e delle esigenze di funzionalità dell'azienda, in strutture operative, unità operative semplici e complesse (qualunque modifica è soggetta alle procedure sopra individuate).
    Al fine di semplificare ed uniformare sia la redazione degli atti aziendali (anche nella terminologia) che la verifica da parte della Regione, è stato predisposto uno schema tipo di organigramma (**allegato n.2**) che le Aziende Sanitarie adotteranno in relazione all'organizzazione individuata.
    Nel descrivere la composizione delle strutture e delle unità organizzative, sia ospedaliere che territoriali, le Aziende affiancheranno alle descrizioni anche i codici identificativi adottati nel sistema NSIS nelle sue possibili modifiche e/o evoluzioni (Mattone Rete di Assistenza), laddove ciò sia

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

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

VI. ASSETTO ISTITUZIONALE

[36] ORGANI

Ai sensi dell'articolo 3 del D. Lgs. n. 502/1992 e ss. mm. e ii. sono organi dell'Azienda:

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

[37] DIRETTORE GENERALE

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

Nella vigenza del piano di rientro, in caso di inerzia o grave ritardo degli ordinari organi regionali, ovvero di palese inidoneità del soggetto designato, la legge regionale dovrà prevedere un apposito potere sostitutivo demandato al Commissario ad acta per l'attuazione del piano di rientro dal disavanzo sanitario in carica *pro tempore*.

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

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

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

[38] FUNZIONI

Il direttore generale, in particolare, provvede:

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

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

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

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

Il direttore generale, ai sensi dell'articolo 15-bis, comma 1, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., attribuisce al direttore amministrativo, al direttore sanitario nonché ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento ed ai dirigenti responsabili di struttura complessa le funzioni loro spettanti.

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

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

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

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

[39] Con apposito atto da pubblicare sull'albo dell'Azienda e sul sito internet aziendale, vengono specificati, dettagliatamente, gli ambiti oggettivi e soggettivi delle attribuzioni dirigenziali e delle deleghe conferite ai singoli dirigenti. Al fine di agevolare le Aziende in tale adempimento, è stato elaborato uno schema di funzionigramma (**allegato n.3**) che le Aziende potranno adattare al loro specifico contesto.

[40] COLLEGIO SINDACALE: COMPOSIZIONE E FUNZIONI

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

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

Detto organo:

a) verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
b) vigila sull'osservanza delle leggi;

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

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

[41] COLLEGIO DI DIREZIONE: COMPOSIZIONE E FUNZIONI

Il direttore generale si avvale del Collegio di direzione, quale organo dell'azienda che concorre al governo delle attività cliniche, 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.

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. Ai componenti del predetto collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.

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

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

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

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

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

ORGANISMI DELL'AZIENDA

[43] CONSIGLIO DEI SANITARI: COMPOSIZIONE E FUNZIONI

Il Consiglio dei sanitari, costituito con provvedimento del direttore generale, è un organismo elettivo

dell'Azienda ASL e dell'Azienda Ospedaliera con funzioni di consulenza tecnico–sanitaria. Esso fornisce parere obbligatorio al direttore generale per le attività tecnico–sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad essa attinenti. Si esprime, altresì, sulle attività di assistenza sanitaria.
Le modalità di funzionamento del Consiglio dei sanitari sono previste da un apposito regolamento.
il Consiglio dei sanitari si riunisce, di norma, ogni quindici giorni.
Il parere si intende espresso favorevolmente se il Consiglio dei sanitari non si pronuncia entro il quindicesimo giorno dalla data di ricevimento della richiesta di parere.

a- Composizione

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

Composizione del Consiglio dei sanitari delle Aziende Ospedaliere

La rappresentanza è composta da:

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

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

Composizione del Consiglio dei sanitari delle Aziende ASL

La rappresentanza è assicurata dalle seguenti figure professionali:

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

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

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

Possono essere eletti quali componenti del Consiglio dei sanitari:

a) i dipendenti del Servizio Sanitario Nazionale con almeno 3 anni di anzianità;
b) il personale universitario assegnato, da almeno tre anni, ad attività assistenziali (per le Aziende in cui insiste il triennio clinico della Facoltà di Medicina e per le Aziende in cui è presente anche la componente universitaria).

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

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

Il direttore generale con proprio provvedimento disciplina:

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

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

[44] COMITATI E COMMISSIONI AZIENDALI

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

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

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

VII. GOVERNO STRATEGICO AZIENDALE

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

Conferenze locali

Strettamente correlate al Governo strategico aziendale sono le Conferenze locali per la sanità (Conferenza dei Sindaci e Conferenza dei Presidenti dei Municipi). Esse partecipano alla definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività nelle Aziende Sanitarie Locali, al fine di corrispondere alle esigenze sanitarie e socio-sanitarie della popolazione.
Le succitate Conferenze dovranno esprimere il proprio parere alla Regione nei procedimenti di valutazione dell'operato del direttore generale, ivi compresa la verifica, trascorsi diciotto mesi dalla nomina, dei risultati aziendali conseguiti ed il raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Le Aziende sono articolate in direzione strategica e strutture operative.

[46] DIREZIONE STRATEGICA
La direzione strategica definisce, sulla base delle indicazioni della programmazione regionale, le strategie ed i programmi aziendali di cui controlla l'attuazione.
La direzione strategica rappresenta, pertanto, la sede ove si svolgono le interrelazioni permanenti che consentono il perseguimento della "missione direzionale", intendendo per tali:

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

In particolare, spetta alla direzione strategica:

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

In seno alla direzione strategica, le Aziende Sanitarie Locali devono coordinare l'attività di vigilanza e di controllo esterno sull'assistenza erogata dalle strutture sanitarie ubicate nel territorio di competenza.
Le Aziende devono anche vigilare affinché le risultanze economiche dell'attività di controllo sull'appropriatezza dell'assistenza e della verifica della capacità produttiva trovino riscontro contabile.
In tal senso gli ultimi provvedimenti regionali in materia, riportando nella piena responsabilità delle Aziende ASL la gestione ed il controllo di tutte le prestazioni sanitarie acquistate per conto del SSR dai soggetti erogatori privati accreditati, stabiliscono, per alcune attività (assistenza ospedaliera, specialistica ambulatoriale), procedure di controllo della fatturazione semplificate, chiare e certe, connesse ai sistemi informativi specifici esistenti. Per le altre (RSA, comunità terapeutiche riabilitative e socio-riabilitative, Hospice, Centri alzheimer, case di cura neuropsichiatriche etc.), in attesa dell'avvio delle indispensabili rilevazioni informatiche, le Aziende ASL sono chiamate ad individuare i procedimenti relativi al controllo delle prestazioni ed alla liquidazione delle fatture, uniformandoli ai medesimi principi e criteri.

[47] DIRETTORE SANITARIO E DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Il direttore sanitario ed il direttore amministrativo sono nominati, in rapporto fiduciario, dal direttore generale che risponde della verifica del possesso dei requisiti previsti dalla normativa vigente.
Il direttore generale sottoscrive con gli stessi un contratto di prestazione d'opera intellettuale, in conformità allo schema tipo approvato dalla Giunta regionale, che trasmetterà alla Regione entro dieci giorni dalla sottoscrizione.
Il direttore sanitario ed il direttore amministrativo fanno parte della direzione strategica e concorrono al governo dell'Azienda ed al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa e coadiuvano il direttore generale nell'esercizio delle funzioni ad esso spettanti.

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

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

Il direttore sanitario ed il direttore amministrativo, di loro iniziativa o su indicazione del direttore generale, possono, in qualsiasi fase del procedimento, avocare la trattazione diretta di affari che rivestono particolare rilevanza nell'ambito delle rispettive competenze e delle rispettive funzioni, adottando correlativamente tutti gli atti necessari.
In caso di assenza o impedimento del direttore sanitario e/o del direttore amministrativo, le funzioni sono svolte rispettivamente, ed in via temporanea, da un dirigente della funzione sanitaria e da un dirigente della funzione amministrativa, nominati dal direttore generale, su proposta degli stessi.

[48] DIRETTORE SANITARIO

Il direttore sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari.
È responsabile del miglioramento continuo della qualità e del governo clinico complessivi dell'Azienda, intesi come insieme organizzato di attività.
Al fine del buon andamento delle attività e delle prestazioni sanitarie, della realizzazione dei programmi e del raggiungimento degli obiettivi individuati dalla direzione strategica, il direttore sanitario assicura la continuità operativa con le strutture e con i professionisti, attraverso il loro coordinamento unitario e lo sviluppo di metodologie organizzative (organizzazione dipartimentale, organizzazioni a rete, reti professionali, di lavoro interdisciplinari, etc.) finalizzate a realizzare la presa in carico degli utenti-pazienti e la continuità assistenziale.
Il direttore sanitario per l'esercizio delle proprie funzioni si avvale delle strutture o dei professionisti deputati alla trattazione delle seguenti linee di attività:

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

Il direttore sanitario delle Aziende ASL assicura il coordinamento delle diverse linee di attività svolte nei distretti.
Il direttore sanitario svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, su delega del direttore generale, fermo restando ogni altra competenza attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto e dai regolamenti aziendali.

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

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

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

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

[50] DIRIGENTE PREPOSTO ALLA REDAZIONE DEI DOCUMENTI CONTABILI.
La figura del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili delle Aziende Sanitarie, dei Policlinici universitari pubblici e degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici è prevista dall'articolo 4-bis della legge regionale 3 agosto 2001, n. 16, recante "Misure urgenti di contenimento e razionalizzazione della spesa sanitaria", introdotto dall'articolo 9 della legge finanziaria regionale 28 dicembre 2006, n. 27.
Il direttore generale, nell'ambito dell'atto aziendale, prevede la nomina di un dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili delle Aziende Sanitarie, dei Policlinici universitari pubblici e degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico pubblici, da individuarsi all'interno della struttura aziendale ovvero da reperire tra i dirigenti della Regione.
Gli atti e le comunicazioni contabili delle Aziende Sanitarie e degli enti anzi citati sono, pertanto, accompagnate da apposita dichiarazione scritta del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili, al fine di attestarne la veridicità.
Il dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili predispone adeguate procedure attuative delle disposizioni regionali amministrative e contabili per la redazione del bilancio di esercizio e, ove previsto, del bilancio consolidato nonché di ogni altra comunicazione di carattere contabile e finanziario.
Al dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili sono conferiti dal direttore generale adeguati poteri e mezzi per l'esercizio dei propri compiti.
Il direttore generale ed il dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili attestano con propria relazione, allegata al bilancio di esercizio e, ove previsto, al bilancio consolidato, l'adeguatezza e l'effettiva applicazione delle citate procedure attuative, nel corso dell'esercizio cui si riferisce il bilancio, nonché la corrispondenza del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili.
La responsabilità del direttore generale connessa agli adempimenti contabili, economici e finanziari si estende anche ai dirigenti preposti alla redazione dei documenti contabili in relazione ai compiti loro spettanti, salvo azioni esercitabili in base al rapporto di lavoro con la propria amministrazione.

STRUTTURE IN STAFF ALLA DIREZIONE STRATEGICA

[51] ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE DELLA PERFORMANCE

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

L'Organismo indipendente di valutazione è costituito da un organo monocratico ovvero collegiale, composto da tre componenti dotati dei requisiti previsti dalle norme vigenti e di elevata professionalità ed esperienza, maturata nel campo del management, della valutazione della performance e della valutazione del personale delle amministrazioni pubbliche. I componenti non possono essere nominati tra soggetti che rivestono incarichi pubblici elettivi o cariche in partiti politici o in organizzazioni sindacali, ovvero che abbiano rapporti continuativi di collaborazione o di consulenza con le predette organizzazioni, ovvero che abbiano rivestito simili incarichi o cariche o che abbiano avuti simili rapporti nei tre anni precedenti la designazione.

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

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

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

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

[52] COMITATO UNICO DI GARANZIA PER LE PARI OPPORTUNITÀ, LA VALORIZZAZIONE DEL BENESSERE DI CHI LAVORA E CONTRO LE DISCRIMINAZIONI

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

- 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.;
- adottano propri atti regolamentari per assicurare pari opportunità fra uomini e donne sul lavoro, conformemente alle direttive impartite dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri - Dipartimento della funzione pubblica;
- garantiscono la partecipazione delle proprie dipendenti ai corsi di formazione e di aggiornamento professionale in rapporto proporzionale alla loro presenza nelle strutture interessate ai corsi medesimi, adottando modalità organizzative atte a favorirne la

partecipazione, consentendo la conciliazione fra vita professionale e vita familiare;
- possono finanziare programmi di azioni positive e l'attività dei Comitati unici di garanzia per le pari opportunità, per la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, nell'ambito delle proprie disponibilità di bilancio.

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

[53] SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE

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

Per la piena ed efficace attuazione del dettato normativo, i direttori generali provvedono all'organizzazione del Servizio di Prevenzione e Protezione (art. 31 del D.Lgs. 81/08 e s.m.i.) ed alla designazione del Responsabile (art.17 del D. Lgs. 81/08 e s.m.i.). Il Servizio di Prevenzione e Protezione opera in staff alla direzione generale per il necessario collegamento operativo con la direzione aziendale.

[54] IL RISK MANAGER

Presso ogni Azienda opera, in staff al Direttore Generale, il **Servizio del Risk Management**, al fine di garantire la sicurezza della pratica medica e dare piena attuazione all'art. 1, comma 6, del D.lgs. n. 299/99 in materia di appropriatezza ed economicità della gestione aziendale e delle prestazioni assistenziali. Il servizio assume la responsabilità diretta delle iniziative aziendali sull'argomento e deve essere dotato di idonea dotazione organica; risponde inoltre del rispetto dei debiti informativi nei confronti del Ministero della Salute. Il Ministero della Salute, con decreto dell'11 dicembre 2009, ha istituito nell'ambito del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS) il Sistema Informativo per il Monitoraggio degli Errori in Sanità (SIMES), con l'obiettivo di raccogliere le informazioni relative agli eventi sentinella (eventi avversi di particolare gravità, che causano morte o gravi danni al paziente e che determinano una perdita di fiducia dei cittadini nei confronti del Servizio Sanitario), ed alle denunce dei sinistri su tutto il territorio nazionale, consentendo la valutazione dei rischi ed il monitoraggio completo degli eventi avversi. Il controllo del rischio clinico, sia con riferimento agli eventi sentinella che alle infezioni ospedaliere che ad ogni altro fattore comunque connesso, costituisce, unitamente al contenzioso conseguente, elemento di valutazione delle performances del direttore generale e, ove incidente sulla funzione esercitata, deve essere considerato elemento di valutazione dei dirigenti aziendali.

I risk manager delle varie aziende saranno coordinati da un apposito gruppo di lavoro costituito a livello regionale, composto a rotazione da risk manager in carica presso le varie Aziende e coordinato dall'Area Giuridica Normativa della Direzione Regionale Assetto Istituzionale, Prevenzione e Assistenza Territoriale.

[55] MODELLO ORGANIZZATIVO PER L'ATTUAZIONE DEL PIANO REGIONALE DELLA PREVENZIONE

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

VIII. ORGANIZZAZIONE SANITARIA

STRUTTURE OPERATIVE DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI E DELLE AZIENDE OSPEDALIERE E RELATIVE ARTICOLAZIONI INTERNE

[56] Le aziende si articolano in strutture operative.
Le strutture operative aziendali sono aggregazioni organizzative che riuniscono più strutture complesse e che gestiscono, in funzione dei programmi aziendali e degli obiettivi assegnati, le attività sanitarie e/o amministrative assicurando la massima efficacia ed efficienza delle risorse umane, tecniche e finanziare attribuite.
Le strutture operative aziendali sono di norma definite ed articolate sulla base dell'organizzazione dipartimentale, che resta confermata quale modello di riferimento delle Aziende Sanitarie.
Alle strutture operative aziendali è assegnato, a seguito di negoziazione con la direzione aziendale, un budget ovvero risorse predefinite per il perseguimento di obiettivi predeterminati che esse perseguono con autonomia gestionale in conformità a procedure e processi monitorati attraverso il sistema di controllo interno.
Ogni struttura operativa aziendale si caratterizza, in quanto sistema organizzativo complesso, per la presenza obbligatoria di un solo responsabile, per la rilevanza quantitativa e strategica delle attività svolte e per l'attribuzione di un budget (obiettivi e risorse). Nella struttura operativa, individuata come centro di responsabilità, possono essere individuati uno o più centri di costo.

Le strutture operative aziendali delle Aziende ASL sono:
- **il distretto**
- **i dipartimenti**
- **l'ospedale**

Le strutture operative aziendali delle Aziende Ospedaliere sono:
- **i dipartimenti**
- **l'ospedale**

[57] IL DISTRETTO (cfr. §§ 27-31)

[58] IL DIPARTIMENTO

Le Aziende adotteranno la logica dipartimentale in quanto strumento utile a realizzare la presa in carico del paziente e la continuità assistenziale basate sull'adozione di linee guida e di percorsi assistenziali improntati sulla massima appropriatezza, umanizzazione e personalizzazione dell'azione clinica ed assistenziale, nonché funzionali a favorire l'adozione di modelli operativi tendenti, anche mediante l'uso condiviso delle risorse, al continuo miglioramento delle performance aziendali in termini di efficacia, efficienza ed economicità.
Le Aziende, oltre ai Dipartimenti obbligatori per legge, possono individuare e costituire ulteriori dipartimenti ospedalieri e, per particolari funzioni, dipartimenti misti ospedale-territorio, utilizzando le unità complesse e semplici assegnate in base ai criteri sopra indicati, nel rispetto del *plafond* complessivo.
Il dipartimento costituisce un'articolazione organizzativa, di indirizzo e di coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse, costituendo un'infrastruttura composta da numerose unità operative i cui responsabili, pur essendo interdipendenti, mantengono la loro autonomia operativa.
Il dipartimento, nel rispetto degli ambiti di autonomia delle singole unità operative, ha una propria autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile funzionale a permettere il perseguimento degli obiettivi allo stesso direttamente riferiti.

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

Come disposto dal PSR 2010-2012, i direttori generali, con i propri atti aziendali, dovranno procedere alla riorganizzazione interna con piena applicazione del modello dipartimentale eliminando le duplicazioni e la

proliferazione di unità non necessarie, sia complesse che semplici e, tra queste ultime, quelle a valenza dipartimentale.

In considerazione degli standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse (cfr. **§§ 14-17**), ospedaliere e non, delle Aziende del SSR, elaborati dal Comitato LEA, appare opportuno rapportare il numero dei dipartimenti a quello delle strutture complesse ospedaliere (e, conseguentemente, a quello delle strutture semplici) - quale indice idoneo della complessità gestionale aziendale – al fine di assicurare l'aggregazione di un numero congruo di unità operative complesse ed una rilevante consistenza in termini di complessità gestionale e di quantità di risorse umane, tecniche e finanziarie.
Poiché l'applicazione degli standard, per la Regione Lazio, comporta una riduzione delle unità complesse sanitarie di circa il 35% rispetto a quelle esistenti nell'anno 2009, appare opportuno limitare il numero dei dipartimenti (ospedalieri e misti) nella medesima misura, come specificato sub **§ 34**.

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

- coordinare, nell'ambito delle indicazioni e dei riferimenti della direzione strategica, gli obiettivi da perseguire (sia su base annuale che pluriennale);
- gestire ed utilizzare, in modo coordinato ed integrato, le risorse attribuite (umane, finanziarie e tecnologiche) per:
    - perseguire gli obiettivi definiti in sede di contrattazione di budget;
    - tendere costantemente al miglioramento degli indicatori di performance riferiti all'efficienza, all'efficacia ed all'economicità;
    - garantire la costante realizzazione di interventi appropriati sia dal punto di vista clinico che gestionale;
- negoziare gli obiettivi di budget con la direzione strategica e provvedere al trasferimento di tali obiettivi alle unità operative del dipartimento, ricercando comunque la massima condivisione di tutti i dirigenti e del personale assegnato;
- ricercare la personalizzazione e l'umanizzazione degli interventi;
- definire percorsi assistenziali o profili di cura basati sul coordinamento delle prestazioni che si rendono necessarie;
- elaborare, condividere ed adottare linee guida e protocolli;
- promuovere il miglioramento continuo della qualità;
- assicurare l'appropriatezza dei ricoveri utilizzando pienamente le attività di day hospital e di day surgery;
- promuovere azioni concrete per il raggiungimento di migliori livelli di appropriatezza;
- elaborare sistemi di indicatori utili alla valutazione ed alla verifica dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate e del livello di efficienza delle diverse unità operative, delle diverse equipe professionali in esse rappresentate e dei singoli professionisti.

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

[59] IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO

Il direttore del dipartimento è nominato dal direttore generale fra i dirigenti di unità operativa complessa scelti nei settori scientifico-disciplinari afferenti al dipartimento, nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di dipartimento.
La durata dell'incarico di direttore di dipartimento può variare da tre a cinque anni con valutazione annuale secondo le modalità precisate nell'atto aziendale e nel regolamento relativo alle valutazioni. L'incarico può essere rinnovato.
Il direttore del dipartimento, in particolare:

- propone alla direzione strategica gli obiettivi assistenziali e gestionali e pianifica le attività dipartimentali, sentito il Comitato di dipartimento;
- coordina le attività e le risorse affinché il dipartimento assolva in modo pieno i propri compiti ed al fine di assicurare che ogni struttura del dipartimento operi attraverso programmi di lavoro, protocolli e procedure omogenee;
- verifica la rispondenza degli obiettivi del dipartimento con quelli dell'Azienda;
- partecipa alla negoziazione del budget secondo le modalità organizzative

aziendali;
- informa il Comitato di dipartimento delle risultanze della negoziazione;
- gestisce il budget del dipartimento;
- garantisce l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative secondo le modalità di governo clinico come individuate nelle presenti linee guida;
- risponde dei risultati complessivi del dipartimento in relazione agli obiettivi a lui direttamente assegnati.

[60] IL COMITATO DI DIPARTIMENTO

Il Comitato di dipartimento, ai sensi dell'articolo 17-bis del D.Lgs n. 502/1992 e s.m.i., è un organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e verifica.
Componenti del Comitato di dipartimento sono:
- il direttore del dipartimento che lo presiede;
- i direttori delle unità operative complesse;
- i dirigenti delle unità operative semplici dipartimentali;
- i responsabili dipartimentali, in un numero massimo di due, dell'area infermieristica, ostetrica, tecnico-sanitaria, della riabilitazione, di vigilanza ed ispezione e dell'assistenza sociale, ove previsti nel dipartimento;
- i dirigenti medici e sanitari, in numero non superiore al 30% dei componenti di diritto, eletti da tutti i dirigenti del dipartimento che durano in carica tre anni.

Il Comitato si riunisce previa convocazione formale del direttore di dipartimento e di ogni seduta verrà redatto apposito verbale, conservato in ordine cronologico presso la direzione del dipartimento.
La durata e le modalità di funzionamento del Comitato di dipartimento sono stabiliti dall'Azienda con apposito regolamento.
Il Comitato di dipartimento definisce le linee di indirizzo clinico ed organizzativo del dipartimento definendo i processi aziendali. Esso elabora, inoltre, la proposta di obiettivi gestionali ed assistenziali del dipartimento.
Il Comitato di dipartimento si riunisce per la verifica periodica degli obiettivi e per individuare eventuali correttivi ed interventi idonei ad ottimizzare l'utilizzo delle risorse, nonché ogniqualvolta debba esprimersi su:
- gli obiettivi del dipartimento che verranno negoziati dal direttore dello stesso con la direzione strategica;
- l'acquisizione ed allocazione delle risorse umane e materiali delle singole unità operative e dei rispettivi budget;
- la verifica della corrispondenza dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi concordati;
- le modalità organizzative del dipartimento nell'ambito clinico, i percorsi assistenziali, la presa in carico, l'appropriatezza ecc.

[61] DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI

Il dipartimento di prevenzione è la struttura operativa aziendale che garantisce la tutela della salute collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità, attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale. Esso è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.
Come previsto dal PSR approvato con DCA n.U00111/2010 (pag. 121 e ss), i dipartimenti di prevenzione devono produrre il massimo sforzo di integrazione con le altre istituzioni e con gli altri settori del Servizio sanitario, al fine di programmare interventi coordinati e complementari. In particolare, il dipartimento dovrà trovare nel distretto il luogo principale di integrazione e condivisione dei programmi, proprio perché il distretto è l'ambito dell'assistenza primaria ed è titolare delle relazioni con gli enti locali e con la comunità di riferimento. È necessario sviluppare ed integrare le attività di promozione della salute con quelle di prevenzione, garantendo l'equità sociale degli interventi.
Nell'ambito del dipartimento di prevenzione occorre conferire una multidisciplinarietà d'approccio alle attività relative alla sicurezza alimentare, che riguardano sia gli alimenti di origine animale che quelli di origine vegetale. In tal senso, il servizio igiene degli alimenti e della nutrizione deve coniugare il controllo igienico degli alimenti e delle bevande con il controllo delle qualità nutrizionali degli stessi, al fine di prevenire le patologie di tipo infettivo-tossicologico e le patologie dismetaboliche legate ad una non corretta alimentazione.

Per un corretto approccio alla sicurezza alimentare, nell'ambito del dipartimento di prevenzione le attività di tipo medico devono essere integrate con quelle di tipo veterinario. Alla sanità pubblica veterinaria competono, invero, compiti complessi e articolati che si riconducono alla gestione complessiva della salute animale, del delicato equilibrio uomo-animale-ambiente e della tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale.
Quanto all'assetto organizzativo del dipartimento di prevenzione, esso è delineato dal D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e dal D.P.C.M. 29.11.2001. Si dovrà altresì tenere conto della circolare prot. n.0001144-P-27/02/2013 del Ministero della Salute.
Le Aziende Sanitarie Locali adeguano il proprio bilancio ed i propri regolamenti di contabilità a quanto previsto dall'art. 134 della legge regionale n. 4/2006 e s.m.i. in ordine al vincolo di utilizzo dei fondi derivanti da prestazioni erogate a favore dei privati e dalle sanzioni in materia di lavoro, di igiene e sanità pubblica, di igiene degli alimenti e di sanità veterinaria.

[62] DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE DELLE AZIENDE SANITARIE LOCALI
Il Dipartimento di salute mentale è una delle strutture operative aziendali dell'Azienda ASL, preposta alla promozione ed alla tutela della salute mentale della popolazione e svolge attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione delle sofferenze mentali e psichiche, delle disabilità psicofisiche in base a quanto previsto dalla deliberazione di Giunta regionale n. 236/2000 (Progetto Obiettivo Regionale Salute Mentale). Esso è dotato di autonomia tecnico-gestionale, organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e di responsabilità.
Come previsto dal PSR approvato con DCA n.U00111/2010 (pag. 128 e ss), compete al direttore del DSM la gestione delle risorse assegnategli dal direttore generale per il raggiungimento degli obiettivi programmati. Il dipartimento opera, articolando e coordinando la propria azione sia a livello territoriale che ospedaliero attraverso una rete di servizi fortemente radicati nella comunità locale di riferimento, che assicurano, nel loro complesso, livelli di assistenza in grado di assicurare una risposta completa e articolata ai bisogni di salute delle persone portatrici di disagio e disturbo mentale. Il dipartimento garantisce la predisposizione di percorso assistenziali integrati e di procedure operative omogenee, promuovendo la partecipazione degli utenti e dei loro familiari ed assicurando il coordinamento dei servizi di salute mentale ai livelli di distretto, azienda e regione.
In relazione alle dimensioni, caratteristiche e complessità del bacino di utenza aziendale e distrettuale, andrà attentamente valutato, in sede di atto aziendale, come configurare tali articolazioni in unità operative complesse o unità operative semplici, al cui interno possono essere individuati incarichi professionali**.**
I servizi psichiatrici di diagnosi e cura delle aziende ospedaliere, previo protocollo d'intesa, partecipano alle attività assistenziali nell'ambito del dipartimento di salute mentale dell'Azienda ASL ove si collocano geograficamente.

[63] SERVIZIO INFERMIERISTICO TECNICO E RIABILITATIVO AZIENDALE
Il Servizio infermieristico tecnico e riabilitativo aziendale è una struttura dotata di autonomia gestionale, titolare di indirizzo, direzione organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico sanitario, riabilitativo, di prevenzione e degli operatori di supporto che operano nell'Azienda.
Il Servizio si propone di assicurare un'assistenza personalizzata e di qualità a tutti gli utenti garantendo l'impiego ottimale delle risorse disponibili, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche.
Il Dirigente sanitario responsabile del servizio è un operatore appartenente alle professioni di cui alla legge 251/00 in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente.
E' nominato dal Direttore Generale, attraverso idonea procedura ai sensi dell'art. 7 della Legge 251/2000, nonché le norme del CCNL 3/11/2005 s.m.i.,con il conferimento di un incarico triennale rinnovabile

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

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

[65] OSPEDALE

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

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

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

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

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

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

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

In ciascun ospedale viene istituita una direzione sanitaria.

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

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

[66] POLO OSPEDALIERO

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

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

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

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

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

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

IX. ARTICOLAZIONI INTERNE DELLE STRUTTURE OPERATIVE

[67] UNITÀ OPERATIVE COMPLESSE

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

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

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

A seguito dell'approvazione dei nuovi atti aziendali, il conferimento degli incarichi di struttura complessa deve avvenire nel rispetto dei criteri e delle procedure delineati dall'art.15, commi 7-bis e ss. del D. Lgs. n.502/92 e ss. mm. e ii. (introdotti dal Decreto Legge 13 settembre 2012, n.158, convertito in legge con modificazioni dall'art.1, comma 1, L. 8 novembre 2012, n.189)**,** da intendersi integralmente recepiti nell'ordinamento regionale in virtù del presente atto**.**

[68] UNITÀ OPERATIVE SEMPLICI DIPARTIMENTALI

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

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

[69] UNITÀ OPERATIVE SEMPLICI

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

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

[70] INCARICHI DIRIGENZIALI, POSIZIONI ORGANIZZATIVE E DI COORDINAMENTO

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

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

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

Le Aziende devono, entro tre mesi dall'adozione dell'atto aziendale, adottare, previa consultazione delle organizzazioni sindacali, un regolamento con il quale vengano fissati i criteri per l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali, in base a criteri di trasparenza e pubblicità e nel rispetto della vigente normativa e

dei contratti collettivi nazionali di lavoro.
Nel formulare i criteri per l'affidamento degli incarichi dirigenziali, le Aziende valorizzeranno quegli aspetti che consentono di connotare ciascun incarico da conferire. Per gli incarichi di struttura saranno valutate, in particolare, le componenti che caratterizzano la capacità gestionale. Per l'affidamento, invece, degli incarichi professionali, saranno valutate le componenti che caratterizzano la competenza specialistica.
Gli incarichi dirigenziali sono conferiti con apposito atto formale che definisce, tra l'altro, la tipologia dell'incarico, la durata, il mandato assegnato, gli ambiti di responsabilità ed i limiti alla stessa, gli obiettivi e le risorse assegnati, i risultati attesi, le modalità di valutazione e di revoca dell'incarico, nonché le attribuzioni del dirigente.
Nel regolamento per l'affidamento e la revoca degli incarichi dirigenziali, deve essere esplicitato il modello di valutazione assunto e le relative procedure, individuando strumenti condivisi e partecipati di valutazione dei comportamenti e dei risultati dei dirigenti; si deve, altresì, dare particolare peso alle verifiche dei collegi tecnici ai fini della conferma degli incarichi o per il conferimento di altro incarico, professionale o gestionale, anche di maggior rilievo.
La revoca o il mutamento dell'incarico è prevista solo se è stata effettuata la valutazione del dirigente in rapporto agli obiettivi assegnati, con le modalità previste dai CC.NN.LL. In caso di scadenza dei termini contrattuali al dirigente non potrà essere affidato nessun altro incarico se non sia stato sottoposto a valutazione.
Ai sensi di quanto disposto dall'articolo 9, comma 32, del decreto-legge 31 maggio 2010, n. 78, convertito con modificazioni dalla legge 30 luglio 2010, n. 122, le Aziende Sanitarie che, alla scadenza di un incarico di livello dirigenziale, anche in dipendenza dei processi di riorganizzazione, non intendono, anche in assenza di una valutazione negativa, confermare l'incarico conferito al dirigente, conferiscono al medesimo dirigente un altro incarico, anche di valore economico inferiore.
Per quanto concerne l'individuazione delle posizioni organizzative e di coordinamento, devono essere rispettati i seguenti parametri nazionali:

INDICATORE	VALORE MEDIANO ITALIA	VALORE ATTUALE LAZIO
Funzioni di coordinamento per strutture complesse totali	1,2	1,71
Funzioni di coordinamento per strutture complesse ospedaliere	1,3	1,61
Funzioni di coordinamento per strutture complesse non ospedaliere	1,0	1,88
Funzioni di coordinamento per strutture semplici totali	0,8	0,91
Funzioni di coordinamento per strutture semplici ospedaliere	0,9	1,00
Funzioni di coordinamento per strutture semplici non ospedaliere	0,7	0,80
Posizioni organizzative per personale di comparto (ruolo sanitario e non)	2,1	2,02
Posizioni organizzative per personale di comparto (ruolo sanitario)	1,7	1,49
Posizioni organizzative per personale di comparto (ruolo non sanitario)	3,1	3,13

Le Aziende dovranno in ogni caso dare applicazione a quanto previsto dall'art.6 e dall'art.33 del D. Lgs. n.165/2001, così come modificato e integrato dalla Legge 12 novembre 2011, n.183, dall'art.76 del D.L. n.112/2008 convertito con modificazioni dall'art.1, comma 1 della Legge 6 agosto 2008, n.133 e ss. mm. e ii., dall'art.48, comma 1 del D. Lgs. n.198/2006 e dall'art.1, comma 557-ter della L.n.296/2006.

MODELLI OPERATIVI

[71] RETI PROFESSIONALI
Una rete professionale è costituita da un insieme di singoli professionisti, UUOO e/o loro articolazioni, organizzati su base non gerarchica attorno a questioni o interessi comuni per il raggiungimento di obiettivi che sono perseguiti attivamente e in maniera sistematica basandosi sull'impegno, la stima e fiducia reciproca..
In un'organizzazione complessa formale la creazione di reti ha lo scopo di collegare diverse dimensioni professionali e/o linee di attività e/o più professionisti e/o strutture operative, e/o loro articolazioni interne, dell'azienda non direttamente tra loro, ma direttamente collegabili in termini di posizionamento nell'organigramma dall'azienda stessa. Una rete professionale infatti connette quanti partecipano a un'organizzazione reale che può non coincidere con l'organizzazione formale dell'azienda.
Le reti professionali sono finalizzate a coordinare i contributi professionali specialistici al fine di costituire un'offerta di prestazioni polispecialistiche integrate, riconducibili a profili di cura e/o a percorsi assistenziali o

ancora a un centro specialistico.

[72] GRUPPI OPERATIVI INTERDISCIPLINARI

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

[73] ASSETTO DEGLI INCARICHI PROFESSIONALI

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

Gli incarichi ad alta specializzazione possono riguardare anche ambiti di prestazioni non sanitarie, tesi a produrre servizi particolarmente complessi oppure a fornire attività di consulenza per materie ad elevato contenuto tecnico-professionale nonché per la realizzazione di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione, in rapporto alle esigenze didattiche dell'Azienda. In questa fattispecie ciò che prevale è la specifica competenza professionale, diversamente dai precedenti casi delle Strutture complesse e semplici, ove prevalevano le competenze gestionali di risorse umane, tecniche e finanziarie.

L'individuazione di tali incarichi non prefigura necessariamente rapporti di sovra o sotto ordinazione con le Unità Operative Semplici, bensì la diretta dipendenza dalla Unità Operativa Complessa o dal direttore del Dipartimento qualora l'incarico professionale abbia valenza dipartimentale.

X. PROCEDURA PER L'APPROVAZIONE DEGLI ATTI AZIENDALI

[74] Procedure per l'adozione dell'atto aziendale e per la modifica dello stesso

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.

La proposta di atto aziendale è adottata dal direttore generale o dal facente funzioni con proprio provvedimento, previo parere del Collegio di Direzione e previa consultazione delle organizzazioni sindacali e della Conferenza dei Sindaci, sentito il Consiglio dei Sanitari. In fase di prima attuazione, le proposte di atto aziendale devono essere adottate entro sessanta (60) giorni dalla data di pubblicazione del presente atto di indirizzo.

Il Commissario *ad acta* per il Piano di Rientro effettua, entro il termine di sessanta (60) giorni dalla data di ricevimento della proposta di atto aziendale, la verifica della stessa per il tramite della Direzione Regionale dell'Assessorato alla Sanità competente in materia e di Laziosanità Agenzia di Sanità Pubblica, con facoltà di acquisire direttamente atti, documenti, informazioni esplicative etc., interrompendo, dalla data di richiesta di approvazione dell'atto aziendale, i termini di cui sopra.

Le successive modifiche, a pena di inefficacia, devono essere apportate nel rispetto della medesima procedura.

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

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