

# Regione Lazio

Atti della Giunta Regionale e degli Assessori

Deliberazione 2 maggio 2024, n. 310

**Approvazione dell'Atto di Indirizzo per l'adozione dell'Atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio**

Oggetto: Approvazione dell'Atto di Indirizzo per l'adozione dell'Atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio

## LA GIUNTA REGIONALE

Su proposta del Presidente

### VISTI

- lo Statuto della Regione Lazio;
- la 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 ed integrazioni;
- il Regolamento Regionale del 6 settembre 2002, n. 1, "Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale" e successive modifiche ed integrazioni;
- la deliberazione della Giunta regionale del 24 aprile 2018 n. 203 concernente: "Modifica al Regolamento regionale 6 settembre 2002, n. 1 Regolamento di organizzazione degli uffici e dei servizi della Giunta regionale e successive modificazioni" che ha istituito la Direzione regionale Salute e Integrazione socio-sanitaria;
- la deliberazione di Giunta regionale del 25 maggio 2023 n. 234 di conferimento al dott. Andrea Urbani dell'incarico di direttore della direzione regionale Salute e integrazione sociosanitaria;
- la determinazione n. G01282 del 7 febbraio 2024 di conferimento alla dott.ssa Monnalisa Iacuitto dell'incarico di Dirigente dell'Area "Coordinamento contenzioso, Affari legali e generali" della Direzione regionale "Salute e Integrazione Sociosanitaria";

### VISTI

- la Legge 23 dicembre 1978, n. 833 "Istituzione del servizio sanitario nazionale";
- il Decreto Legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i. concernente: "Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della Legge 23.10.1992, n. 421";
- la Legge regionale 16 giugno 1994, n. 18 e s.m.i., 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 e delle aziende ospedaliere";
- il DPCM 29 novembre 2001, come modificato dal Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (DPCM) del 12 gennaio 2017, pubblicato il 18 marzo 2017 in Gazzetta Ufficiale (Supplemento ordinario n.15), recante "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502";

### VISTI inoltre:

- il DCA del 20 gennaio 2020 n. U00018, concernente: "Adozione in via definitiva del piano di rientro "piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario regionale 2019-2021" ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo. Modifiche ed integrazioni al DCA 469 del 14 novembre 2019 in esito al verbale del Tavolo di verifica del 27 novembre 2019";
- la DGR n. 12 del 21 gennaio 2020, avente ad oggetto: "Presenza d'atto e recepimento del "Piano di rientro Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 ai sensi e per gli effetti dell'art. 2, comma 88 della L. 191/2009, secondo periodo", adottato in via definitiva con il Decreto del Commissario ad acta n. U00018 del 20.01.2020 ai fini dell'uscita dal commissariamento;
- il DCA n. 81 del 25 giugno 2020 che ha adottato il Piano di rientro denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021" in recepimento delle modifiche richieste dai Ministeri vigilanti e ha definito il percorso volto a condurre la Regione verso la gestione ordinaria della sanità, previa individuazione degli indirizzi di sviluppo e qualificazione da perseguire;
- la Deliberazione della Giunta regionale del 26 giugno 2020, n. 406, avente ad oggetto "Presenza d'atto e recepimento del Piano di rientro denominato "Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021", adottato con il Decreto del Commissario ad acta n. 81 del 25 giugno 2020 ai fini dell'uscita dal commissariamento;

- la Deliberazione della Giunta regionale del 29 settembre 2020 n. 661, recante “Attuazione delle azioni previste nel Piano di rientro denominato Piano di riorganizzazione, riqualificazione e sviluppo del Servizio Sanitario Regionale 2019-2021 adottato con il DCA n. 81 del 25 giugno 2020”;

VISTO il decreto legislativo 23 giugno 2011, n. 118, recante: “Disposizioni in materia di armonizzazione dei sistemi contabili e degli schemi di bilancio delle Regioni, degli enti locali e dei loro organismi, a norma degli articoli 1 e 2 della legge 5 maggio 2009, n. 42” e successive modifiche;

VISTA la legge regionale 12 agosto 2020, n. 11, recante: “Legge di contabilità regionale”;

VISTO il regolamento regionale 9 novembre 2017, n. 26, recante: “Regolamento regionale di contabilità”, che, ai sensi dell’articolo 56, comma 2, della l.r. n. 11/2020 e fino alla data di entrata in vigore del regolamento di contabilità di cui all’articolo 55 della citata l.r. n. 11/2020, continua ad applicarsi per quanto compatibile con le disposizioni di cui alla medesima l.r. n. 11/2020;

VISTA la legge regionale 29 dicembre 2023, n. 23, recante: “Legge di stabilità regionale 2024”;

VISTA la legge regionale 29 dicembre 2023, n. 24, recante: “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2024-2026”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 28 dicembre 2023, n. 980, concernente “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2024-2026. Approvazione del "Documento tecnico di accompagnamento", ripartito in titoli, tipologie e categorie per le entrate e in missioni, programmi, titoli e macroaggregati per le spese”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 28 dicembre 2023, n. 981, concernente: “Bilancio di previsione finanziario della Regione Lazio 2024-2026. Approvazione del 'Bilancio finanziario gestionale', ripartito in capitoli di entrata e di spesa e assegnazione delle risorse finanziarie ai dirigenti titolari dei centri di responsabilità amministrativa”;

VISTA la deliberazione della Giunta regionale 14 febbraio 2024, n. 75, concernente: “Indirizzi per la gestione del bilancio regionale 2024-2026 e approvazione del bilancio reticolare, ai sensi degli articoli 30, 31 e 32, della legge regionale 12 agosto 2020, n. 11”;

VISTO il Decreto Legislativo 21 dicembre 1999 n. 517 e s.m.i. concernente “Disciplina dei rapporti fra Servizio sanitario nazionale ed università, a norma dell'articolo 6 della L. 30 novembre 1998, n. 419”;

VISTO Decreto Ministeriale 2 aprile 2015 n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.”;

VISTO il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022, n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio sanitario nazionale.”;

VISTO il Decreto Legislativo 23 dicembre 2022, n. 200 “Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico.”;

VISTO il Decreto del Commissario ad Acta n. U00259 del 6 agosto 2014 “Approvazione dell'Atto di Indirizzo per l'adozione dell'atto di autonomia aziendale delle Aziende Sanitarie della Regione Lazio.”;

VISTO l’Atto di Organizzazione n. G15704 del 24 novembre 2023 “Istituzione Gruppo di lavoro per l'Approvazione degli Atti Aziendali e delle relative richieste di modifica e dei Protocolli di Intesa Regione - Università e proposte di convenzioni”;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale 7 dicembre 2023, n. 869 “Approvazione del Documento Tecnico: "Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015”;

VISTA la Deliberazione di Giunta Regionale 28 dicembre 2023, n. 976 “Adozione del Piano di programmazione dell’Assistenza territoriale 2024 – 2026.”;

CONSIDERATO che il succitato Atto di Organizzazione n. G15704/2023 prevede che “..il Gruppo di Lavoro, che verrà convocato dal Dirigente Coordinatore, avrà il compito di verificare che le proposte di Atto Aziendale presentate dai Direttori Generali siano conformi all’atto di indirizzo regionale, alla programmazione sanitaria regionale, nonché al Programma operativo triennale..” nonché di “..valutare le proposte di convenzione fra le ASL, le AO e le varie strutture pubbliche e private che abbiano impatto in merito agli Atti Aziendali..” e di “..verificare il contenuto dei Protocolli di Intesa che la Regione sottoscrive con le Università statali e non statali insistenti sul territorio regionale, in quanto rappresenta la modalità opportuna per gestire la collaborazione e coordinamento del lavoro istruttorio delle altre Aree della Direzione, per disciplinare i temi complessivamente trattati dai protocolli di Intesa (accordo su programmazione, rete, risorse finanziarie, personale etc..), posto che tali Protocolli di Intesa hanno una ricaduta anche sugli Atti aziendali..”;

CONSIDERATO che nell’ambito del suddetto Gruppo è stata rilevata “..la forte necessità di una revisione profonda del DCA 259 del 6.8.2014 “Approvazione dell’Atto di Indirizzo per l’adozione dell’Atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio.” in quanto superato nei contenuti, e privo di riferimenti a normative importanti come il DM 70/2015 e 77/2022..”;

TENUTO CONTO che il suddetto Gruppo di Lavoro ha elaborato e licenziato il documento “Atto di Indirizzo per l’adozione dell’Atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio”, allegato n. 1, completo delle Tabelle A, B, C e D, che costituisce parte integrante del presente provvedimento;

RITENUTO necessario approvare il documento summenzionato, che indica le modalità con cui le Aziende sanitarie della Regione Lazio devono provvedere a redigere e a presentare gli Atti di autonomia aziendale nonché le richieste di modifica sostanziale degli stessi;

CONSIDERATO che il presente provvedimento sostituisce quanto disciplinato con il summenzionato Decreto del Commissario ad Acta n. U00259 del 6 agosto 2014;

DATO ATTO che dal presente atto non derivano oneri a carico del bilancio regionale;

#### DELIBERA

per le motivazioni suesposte che integralmente si richiamano:

- di approvare il documento “Atto di Indirizzo per l’adozione dell’Atto di autonomia aziendale delle Aziende sanitarie della Regione Lazio”, allegato n. 1, , completo delle Tabelle A, B, C e D, che costituisce parte integrante del presente provvedimento, che indica le modalità con cui le Aziende sanitarie della Regione Lazio devono provvedere a redigere e a presentare gli Atti di autonomia aziendale nonché le richieste di modifica sostanziale degli stessi;
- di stabilire che il presente provvedimento sostituisce quanto disciplinato con il summenzionato Decreto del Commissario ad Acta n. U00259 del 6 agosto 2014.

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

Avverso il presente provvedimento è ammesso ricorso giurisdizionale innanzi al Tribunale Amministrativo Regionale del Lazio nel termine di giorni 60 (sessanta) ovvero ricorso straordinario al Capo dello Stato entro il termine di giorni 120 (centoventi) decorrenti dalla data di pubblicazione sul Bollettino Ufficiale della Regione Lazio.



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

## **INDICE**

- 1. I PRINCIPI ISPIRATORI E IL CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO**
  - 1.1 I principi ispiratori
  - 1.2 La principale normativa di riferimento
  - 1.3 I Programmi Operativi 2024 - 2026
  - 1.4 I Parametri elaborati dal Comitato LEA e gli Standard elaborati dal Comitato LEA
  - 1.5 Integrazione e Governo Clinico
  
- 2. AMBITO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI**
  
- 3. RAZIONALIZZAZIONE DEL NUMERO DELLE STRUTTURE**
  - 3.1 Le Strutture Complesse e Semplici
  
- 4 ASSETTO ISTITUZIONALE DELLE AZIENDE SANITARIE: GLI ORGANI, IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO E IL DIRETTORE SANITARIO, LA DIREZIONE AZIENDALE**
  - 4.1 Gli organi
    - 4.1.1 Il Direttore Generale
    - 4.1.2 Il Collegio di Direzione
    - 4.1.3 I criteri di funzionamento del Collegio di Direzione
    - 4.1.4 Il Collegio Sindacale: composizione e funzioni
  - 4.2 Il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario
  - 4.3 La Direzione Aziendale
  
- 5 ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLE AZIENDE SANITARIE**
  - 5.1 I Criteri generali dell'organizzazione aziendale
  - 5.2 I Dipartimenti
    - 5.2.1 Il Comitato di Dipartimento
  - 5.3 Organizzazione dipartimentale dell'area ospedaliera
  - 5.4 Area Ospedaliera
  - 5.5 Area Territoriale
    - 5.5.1 Premessa
    - 5.5.2 Assistenza Distrettuale
      - 5.5.2.1 Ruolo del Distretto
      - 5.5.2.2 Attività e articolazioni territoriali
      - 5.5.2.3 Funzioni
        - A - Dipartimento della funzione territoriale
        - B - Direttore di distretto
    - 5.5.2.4 Rete delle Cure palliative e terapia del dolore
  - 5.6 Il Dipartimento integrato di Salute Mentale, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e delle Dipendenze Patologiche (DSM-DP)
    - 5.6.1 Ruolo e Competenze
    - 5.6.2 Organizzazione e Funzioni
    - 5.6.3 L'assistenza sanitaria della popolazione detenuta
    - 5.6.4 Articolazione Tutela Salute Mentale (ATSM) e Reparti detentivi e Medicina Protetta

- 5.6.5 Digitalizzazione dei processi, procedure, documentazione clinica secondo indicazioni regionali
- 5.6.6 Telemedicina
  
- 5.7 Il Dipartimento di Prevenzione
  - 5.7.1 LEA “Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica”
  - 5.7.2 Funzioni del Dipartimento di Prevenzione
  - 5.7.3 L’integrazione tra il Dipartimento di Prevenzione, i Distretti e gli altri Dipartimenti territoriali e ospedalieri
  - 5.7.4 Rete dei Dipartimenti di Prevenzione
- 5.8 Dipartimento del Farmaco e dei dispositivi Medici
- 5.9 Dipartimento delle Professioni sanitarie e sociali
  - 5.9.1 Assistenza Infermieristica, Ostetrica e delle Professioni sanitarie tecniche, della Riabilitazione e della Prevenzione
- 5.10 Le funzioni di staff alla Direzione Aziendale
- 5.11 Le funzioni Amministrative e Tecniche
- 5.12 Il processo di razionalizzazione delle funzioni aziendali
  - 5.12.1 Le funzioni di supporto amministrative e tecniche interaziendali
  - 5.12.2 Le funzioni clinico-assistenziali interaziendali
  - 5.12.3 Il rapporto Dipartimento/UOC

## **6 GLI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO (IRCCS) ALLA LUCE DELLA NUOVA DISCIPLINA**

### **7 STRUTTURA DELL’ATTO AZIENDALE**

- 7.1 I contenuti dell’atto aziendale e adempimenti successivi
- 7.2 I documenti allegati all’atto aziendale

### **8 ORGANISMI DELL’AZIENDA**

- 8.1 Il Consiglio dei Sanitari: composizione e funzioni
  - 8.1.1 Composizione del Consiglio dei Sanitari delle Aziende Ospedaliere
  - 8.1.2 Composizione del Consiglio dei Sanitari delle Aziende ASL
- 8.2 L’Organismo Indipendente di Valutazione della Performance
- 8.3 Comitati e Commissioni Aziendali

### **9 I RAPPORTI CON GLI ENTI LOCALI.**

- 9.1 La Conferenza Locale per la Sanità
- 9.2 La Conferenza sanitaria cittadina

### **10 GLI INCARICHI DIRIGENZIALI, LE POSIZIONI ORGANIZZATIVE E DI COORDINAMENTO**

- 10.1 Gli Incarichi
- 10.2 Gli incarichi Dirigenziali
- 10.3 Gli incarichi per il Personale del Comparto
- 10.4 Il Sistema di Valutazione del Personale

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

11.1 Disposizioni Transitorie Finali

## 1. I PRINCIPI ISPIRATORI E IL CONTESTO NORMATIVO DI RIFERIMENTO

Con il presente atto di indirizzo, la Regione Lazio delinea i principi e i criteri 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 e integrazioni, dovranno adeguarsi.

### 1.1 I Principi ispiratori

Tali principi comprendono la piena assunzione della responsabilità pubblica nella promozione e tutela della salute dei cittadini, la universalità ed equità di accesso ai servizi sanitari per tutte le persone presenti sul territorio regionale, la globalità di copertura in base alla necessità assistenziale di ciascuno, garantendo i Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), il finanziamento pubblico attraverso la fiscalità generale, la portabilità dei diritti in tutto il territorio nazionale.

Da questi principi discendono la centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute, che si esprime sia a livello individuale sia a livello collettivo, il principio della libera scelta del luogo di cura l'equità di accesso alle cure per tutte le persone presenti nel territorio regionale, tutelando la salute dei migranti, la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori del SSR, che comprende la loro partecipazione consapevole ai processi decisionali, direttamente e attraverso le organizzazioni di rappresentanza collettiva. E' altresì perseguito il riorientamento dei servizi sanitari secondo un approccio One Health basato sull'interazione e la collaborazione con altri settori coinvolti, più o meno direttamente, nella tutela di condizioni di salute ottimali sia per l'uomo, che per il mondo animale e l'ambiente, lo sviluppo delle attività di ricerca e di formazione per l'innovazione tecnologica e organizzativa dei servizi e il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza.

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

### 1.2 La principale normativa di riferimento

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

- a) **il d.lgs. n. 502/92** concernente *“Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'articolo 1 della L. 23 ottobre 1992, n. 421”* e successive modificazioni e integrazioni.
- b) **Il Decreto del Ministero della Salute 2 aprile 2015 n. 70 “Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera.”**, con cui sono state fornite indicazioni in merito al processo di riorganizzazione della rete ospedaliera che, di concerto con quella dell'assistenza territoriale, garantisce la presa in carico dell'assistito da parte del Servizio Sanitario nazionale e regionale. Il DM 70/2015 ha promosso un riammodernamento della rete ospedaliera, evidenziando alcune tematiche prioritarie, come l'implementazione del governo clinico e la sicurezza delle cure, la ricerca e l'innovazione, e indicando gli standard di dotazione strutturale e tecnologica, bacino di utenza, complessità delle prestazioni erogate.
- c) **Il Decreto del Ministero della Salute 23 maggio 2022 n. 77 “Regolamento recante la definizione di modelli e standard per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale.”**, con cui sono state fornite indicazioni in merito al modello per lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel Servizio Sanitario nazionale e agli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi delle strutture dedicate all'assistenza territoriale e al sistema di prevenzione in ambito sanitario, ambientale e climatico. Il DM 77/2022 disciplina lo sviluppo dell'assistenza territoriale nel SSN, soffermandosi sulla stratificazione della popolazione e delle condizioni demografiche dei territori come strumento di analisi dei bisogni, finalizzata alla programmazione e alla presa in carico, e approfondendo le questioni legate alle dimensioni proprie di distretto (funzioni e standard organizzativi), della casa della comunità, dell'infermiere di famiglia o comunità, dell'unità di continuità assistenziale, della centrale operativa territoriale e della centrale operativa 116/117 nonché delle altre funzioni proprie dell'assistenza primaria - quali l'assistenza domiciliare, l'ospedale di comunità, la rete delle cure palliative, i servizi per la salute dei minori, delle donne, delle coppie e delle famiglie, la prevenzione in ambito sanitario,

ambientale e climatico, la telemedicina e i sistemi informativi e di qualità.

- d) **D.L. 22 giugno 2023, n. 75 Disposizioni urgenti in materia di organizzazione delle pubbliche amministrazioni, di agricoltura, di sport, di lavoro e per l'organizzazione del Giubileo della Chiesa cattolica per l'anno 2025, convertito in legge, con modificazioni, dall' [art. 1, comma 1, L. 10 agosto 2023, n. 112.](#)**
- e) **La Deliberazione di Giunta Regionale del 7 dicembre 2023, n. 869 "Approvazione del Documento Tecnico: "Programmazione della rete ospedaliera 2024-2026 in conformità agli standard previsti nel DM 70/2015" con cui la Regione Lazio disciplina la Programmazione della Rete Ospedaliera 2024-2026, allo scopo di garantire un Servizio Sanitario Regionale (SSR) universalistico, sostenibile, centrato sulla continuità assistenziale, organizzato per valorizzare le risorse professionali e preparato per gestire eventi di emergenza sanitaria. La nuova programmazione della Rete Ospedaliera ha lo scopo prioritario di riequilibrare la disponibilità dei posti letto secondo linee operative complementari, territoriale, disciplinare e di setting assistenziale, al fine di rispondere in modo organico e progressivo a diversificati bisogni di salute.**
- f) **La Deliberazione di Giunta Regionale 28 dicembre 2023, n. 976 "Adozione del Piano di programmazione dell'Assistenza territoriale 2024-2026.", con cui la Regione Lazio disciplina il Piano di Programmazione dell'Assistenza territoriale 2024-2026, con l'obiettivo principale di potenziare e sviluppare le capacità e le competenze a livello distrettuale per esercitare in modo efficace ed efficiente l'analisi e stratificazione epidemiologica e rilevazione dei bisogni, la committenza, la valutazione degli interventi. Ciò allo scopo di porre in rete di tutte le risorse della comunità, attraverso gli strumenti di pianificazione sociosanitaria locale, e garantire interventi di prossimità territoriale. La DGR 976/23 pone l'accento su come, in attuazione del DM 77/2022, il Distretto si configuri quale luogo privilegiato delle relazioni interistituzionali, dell'accesso e presa in carico, dell'appropriatezza e continuità delle cure, della prevenzione e promozione della salute e della rendicontazione verso il cittadino e della azione di advocacy rispetto alla equità nelle opportunità offerte dal servizio sanitario e sociosanitario. Il provvedimento approfondisce le varie dimensioni dell'assistenza territoriale, quali la non autosufficienza, la disabilità, le cure palliative, le dipendenze, la salute mentale etc. analizzando l'offerta attiva e l'offerta programmata, ed evidenziando gli obiettivi per la riorganizzazione e il potenziamento delle diverse aree di intervento.**
- g) **La Deliberazione di Giunta Regionale 21 dicembre 2021, n. 970 "Adozione del Piano Regionale della Prevenzione 2021-2025.", con cui la Regione Lazio disciplina, in attuazione del Piano Nazionale della Prevenzione (PRP) 2020-2025, approvato con Intesa Stato-Regioni 6 agosto 2020 e ss.mm.ii, la programmazione degli interventi di promozione della salute e prevenzione a livello regionale e aziendale. A tal fine il PRP 2021-2025 e i rispettivi Piani aziendali, si articolano in 10 Programmi Predefiniti (PP) ovvero programmi che su indicazione della succitata Intesa Stato-Regioni, sono comuni a tutte le Regioni e 5 Programmi Liberi (PL), definiti a partire dall'analisi del Profilo di Salute ed Equità del Lazio. In linea con le indicazioni nazionali e con un approccio di salute pubblica, le azioni e gli interventi previsti del PRP prendono in considerazione i determinanti sociali e ambientali di salute e le caratteristiche del territorio che deve essere in grado di rispondere con tempestività ai bisogni della popolazione, sia in caso di un'emergenza infettiva, sia per garantire interventi di prevenzione (screening oncologici, vaccinazioni, individuazione dei soggetti a rischio, tutela dell'ambiente, ecc.) e affrontare le sfide della promozione della salute e della diagnosi precoce e presa in carico integrata della cronicità.**

### 1.3 I Programmi Operativi 2024-2026

Nella predisposizione degli Atti Aziendali occorre tenere nella debita considerazione le finalità che hanno guidato la stesura del Programma Operativo (PO) 2024-2026 di prosecuzione del Piano di Rientro della Regione Lazio: il quadro di interventi delineati nel PO 2024-2026 si colloca in una fase peculiare per il SSR, conseguente alla stagione pandemica che ha segnato il Paese negli ultimi anni e all'avvio di un nuovo percorso di efficientamento e di miglioramento continuo della qualità orientata verso il conseguimento degli obiettivi misurabili attraverso il Nuovo Sistema di Garanzia per il Monitoraggio dell'Assistenza sanitaria (NSG).

Sotto tali presupposti, gli obiettivi del PO 2024-2026 mirano a un rafforzamento strutturale della rete di offerta e del sistema di presa in carico, favorito anche dal quadro di investimenti e riforme programmati nell'ambito della Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e che la Regione è chiamata a implementare, al fine di garantire accessibilità, appropriatezza ed efficienza degli interventi e di ridurre al minimo la frammentazione dell'assistenza, nell'ottica della continuità di cura e di una omogenea erogazione dei LEA in tutto il territorio regionale. Al centro di questa visione lo sviluppo di un modello sanitario "One Health", con l'obiettivo di un approccio olistico alla salute della persona dando la priorità alla personalizzazione delle cure e alla gestione di prossimità. Centrale alla realizzazione del percorso intrapreso per il potenziamento e lo sviluppo della rete di offerta sanitaria regionale è la trasparenza delle informazioni: gli obiettivi delineati nel PO 2024-2026 presuppongono un'attività periodica di monitoraggio di quanto programmato, di governo e rivalutazione dell'offerta stessa in relazione al fabbisogno, nonché in ragione dell'appropriatezza e dei risultati assistenziali.

Nell'ambito dell'assistenza territoriale, gli interventi programmati mirano a un rafforzamento strutturale della rete di offerta e del sistema di presa in carico, in coerenza con le indicazioni nazionali del DM 77/2022, al fine di garantire l'accessibilità, l'appropriatezza e l'efficienza degli interventi e di ridurre al minimo la frammentazione dell'assistenza. Ci si riferisce, in particolare, a investimenti volti a rafforzare, anche con le risorse del PNRR, la capacità di erogazione di servizi e prestazioni sul territorio, destinati in modo particolare alla popolazione con cronicità, grazie al potenziamento delle strutture territoriali, l'integrazione tra gli interventi e i percorsi di prevenzione e cura, l'estensione dell'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina, il coordinamento tra i diversi setting di cura, e una più efficace integrazione con i servizi socio-sanitari, al fine di garantire la continuità dell'assistenza. Gli interventi programmati mirano all'attivazione e alla messa a regime di modelli e funzioni che rispondano alle indicazioni del DM77/2022, oltre a un progressivo potenziamento dei nodi della rete di offerta alla luce della revisione del fabbisogno assistenziale nei diversi setting di cura.

Nell'ambito dell'attività specialistica ambulatoriale, gli interventi programmati nel PO muovono dalle criticità riscontrate nel governo delle liste di attesa, in riferimento a tre aspetti ritenuti fondamentali: 1. Tempi di attesa. 2. Numero di strutture integrate con il sistema regionale ReCup. 3. Numero di prestazioni prenotate attraverso sistema regionale ReCup. A fronte di tali criticità, il percorso regionale punta a ridurre i tempi di attesa mediante il governo delle prestazioni e l'utilizzo degli strumenti di digitalizzazione. A tal fine, sarà indispensabile la completa integrazione delle agende digitali da parte di tutte le strutture pubbliche e private che operano con onere a carico SSR nel sistema regionale ReCup, al fine di consentire al cittadino la possibilità di prenotare le prestazioni ambulatoriali, accedendo a tutte le disponibilità acquistate dal SSR.

Per quanto riguarda l'assistenza ospedaliera, la Regione Lazio ha programmato la Rete Ospedaliera 2024-2026 approvata con la Deliberazione di Giunta del 07/12/2023, n.869 con lo scopo prioritario di riequilibrare la disponibilità dei posti letto secondo linee operative complementari (territoriale, disciplinare e di setting assistenziale), al fine di rispondere in modo organico e progressivo a diversificati bisogni di salute. L'obiettivo della nuova rete ospedaliera, a livello territoriale, sarà quello di riorientare la capacità di ricovero verso le Province e l'Area Metropolitana con lo scopo di gestire in prossimità le attività di media complessità e la continuità assistenziale. La progressiva realizzazione della capacità programmata sarà integrata con la messa in opera di nuove strutture ospedaliere durante la programmazione triennale o da completare negli anni a seguire. La rimodulazione delle aree disciplinari, insieme a un'organizzazione per aree funzionali omogenee, consentirà una maggiore dinamicità assistenziale per garantire una gestione appropriata di posti letto finalizzata a recuperare, in ciascun territorio, i tempi di attesa in Pronto Soccorso e la mobilità infra-regionale ed extra-regionale. La riconversione dei posti letto verso il setting di post-acuzie (in particolare di lungodegenza), associata a una ridistribuzione territoriale e a un progetto regionale sul cambio di setting, avrà l'obiettivo di migliorare i tempi di degenza, permettere la prossimità delle cure e disporre di una Rete di strutture dotate di una filiera di setting. L'efficientamento del percorso chirurgico e delle sale operatorie costituisce poi un progetto organico volto a incrementare la potenzialità operatoria e consentire un utilizzo appropriato dei posti letto delle discipline chirurgiche, con l'obiettivo di recuperare progressivamente la lista d'attesa e aumentare la percentuale di interventi entro-soglia in modo omogeneo nelle diverse classi di priorità. Il completamento dell'area critica, secondo quanto previsto dal DL 34/2020, costituisce infine un'opportunità per il miglioramento della qualità assistenziale che consente di ampliare la capacità di alta intensità di cura integrata in una Rete Aziendale e sovra-aziendale.

La realizzazione sul campo della Rete Ospedaliera e la sua manutenzione richiede l'identificazione di un coordinamento operativo regionale con il ruolo di cabina di regia sovra-aziendale con l'obiettivo di accompagnare l'attuazione degli indirizzi programmatici, gestire le situazioni di criticità e proporre azioni di sviluppo e di implementazione, attraverso l'utilizzo di diversi strumenti operativi come il metodo Lean, gli Audit e Feedback e *on site visit*. Il monitoraggio dell'implementazione della Rete Ospedaliera verrà realizzato attraverso il supporto di piattaforme, integrate e fruibili, in grado di restituire informazioni di processo, di esito, di aderenza terapeutica e di costo. L'obiettivo è di disporre di una mappa integrata della disponibilità reale, della produzione, del fabbisogno non adeguatamente corrisposto, della appropriatezza, degli esiti e dei budget utilizzati al fine di garantire l'adeguamento della programmazione all'evoluzione del bisogno di salute della popolazione. La formazione sarà, infine, un elemento strategico per l'innovazione organizzativa e il costante allineamento con l'evoluzione dei bisogni sanitari e delle conoscenze tecnico-scientifiche, per cui, l'evoluzione dei processi e dei percorsi sarà supportato da un'attività regionale, attraverso un portale dedicato, che ne faciliti la diffusione, la conoscenza e la condivisione.

Gli interventi che ricadono nell'ambito della Prevenzione si inseriscono nella cornice del Piano Regionale Prevenzione (PRP) 2021-2025, garantendo comunque l'integrazione con attività e azioni previste da leggi, regolamenti e Piani nazionali di settore con lo scopo di fornire una risposta coordinata alle principali sfide della sanità pubblica secondo un approccio One Health. Le azioni previste in tale macroarea sono orientate alla promozione della salute negli ambienti di vita e di lavoro, al miglioramento della qualità dei percorsi di prevenzione (vaccinazioni e screening), alla sicurezza alimentare e sanità veterinaria, alla sorveglianza e contrasto delle malattie infettive. In linea con le indicazioni nazionali, il PRP 2021-2025 sostiene un approccio intersettoriale che prevede il raccordo con attori esterni al settore sanitario (es. Scuola, luoghi di lavoro, Enti Locali, soggetti ed enti del Terzo settore, etc) e la definizione di interventi congiunti a partire dall'individuazione di obiettivi comuni e reciproche responsabilità. Un importante settore di intervento è quello relativo alla prevenzione e controllo delle Infezioni Correlate all'Assistenza (ICA), quale minaccia per la salute pubblica nel nostro Paese e nel mondo; l'obiettivo sarà quello di consolidare le procedure e gli strumenti di prevenzione e controllo, allo scopo di ridurre il rischio di occorrenza delle ICA e migliorare la qualità dei processi di cura.

Per quanto riguarda gli investimenti, il processo di programmazione e governo è inserito in un ambito temporale ampio, in coerenza a quanto disposto nella DGR n. 378 del 17 luglio 2023, e riguarderà:

- l'implementazione di nuovi interventi sul patrimonio immobiliare e tecnologico finalizzati alla riorganizzazione delle reti ospedaliere e territoriali per l'integrazione Ospedale-Territorio;
- il completamento di interventi finanziati con fondi del PNRR e del Piano Nazionale Complementare;
- il completamento del percorso di messa a norma e in sicurezza, di adeguamento tecnologico e di ristrutturazione degli spazi sanitari;
- la costruzione di nuovi ospedali.

Infine, giova richiamare la programmazione delle politiche di sviluppo del personale sanitario per gli anni 2024-2026, attraverso cui la Regione Lazio intende adottare scelte volte alla valorizzazione delle professionalità presenti all'interno del SSR e all'individuazione di linee strategiche per monitorare la situazione occupazionale e le procedure assunzionali, in relazione ai fabbisogni aziendali. In questo contesto, verranno considerati nuovi profili e piani di formazione che potranno emergere in base a quanto previsto dal PNRR e dal DM 77/2022, ovvero in grado di rispondere alle esigenze territoriali e di ammodernamento dei servizi anche in ragione del quadro di riforme e interventi promossi ai diversi livelli.

#### **1.4 I Parametri elaborati dal Comitato LEA e gli Standard elaborati dal Comitato LEA**

Il Comitato LEA ha adottato i seguenti standard nazionali per l'individuazione delle strutture complesse e

semplici, sanitarie e non, delle Aziende del SSR:

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

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

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

La metodologia seguita per l'individuazione degli standard è quella adottata dal Comitato permanente per la verifica dei Livelli Essenziali di Assistenza, sopra indicata.

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

- ✓ ARES 118;
- ✓ Dipartimento di Epidemiologia del Servizio Sanitari Regionale, istituito presso l'Azienda ASLRoma 1;
- ✓ Centro Regionale Trapianti, istituito presso l'A.O. San Camillo Forlanini;
- ✓ Centro Regionale Sangue, istituito presso l'A.O. Sant'Andrea;
- ✓ Centro Regionale Amianto, istituito presso l'ASL di Viterbo;

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

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

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

### 1.5 Integrazione e Governo clinico

L'atto aziendale deve prevedere una sezione dedicata al governo clinico, al coordinamento e l'operatività dei percorsi aziendali al fine di migliorare i flussi, la qualità e la sicurezza delle cure e la soddisfazione dei pazienti e del personale.

La Direzione Strategica ha il mandato istituzionale di sviluppare l'attività clinica per obiettivi di salute e percorsi di continuità assistenziale, privilegiando la partecipazione multiprofessionale e multidisciplinare e coinvolgendo le figure professionali in funzione della competenza ed esperienza necessarie per il raggiungimento degli obiettivi specifici.

L'azione di governo clinico è centrata sul miglioramento dei flussi assistenziali attraverso la programmazione integrata di percorsi con connessioni strutturate e identificazione, ai vari livelli, di ruoli di riferimento e di responsabilità, al fine di integrare, armonizzare e coordinare la gestione dei servizi in comune e le attività tra i diversi setting aziendali.

I ruoli di riferimento dei percorsi aziendali devono essere individuati con un mandato istituzionale che declini i compiti e la metodologia di coordinamento dei gruppi multidisciplinari e gli strumenti di condivisione delle informazioni cliniche.

I percorsi aziendali devono essere programmati e governati dai coordinamenti operativi attraverso la produzione e revisione periodica di indicazioni operative che definiscano la potenzialità, le tempistiche, l'operatività, le priorità.

Il monitoraggio costituisce lo strumento per consentire alla programmazione aziendale la flessibilità in grado di soddisfare le esigenze della propria comunità, garantire una risposta efficace alle mutevoli esigenze sanitarie, fornire servizi sanitari efficienti e mantenere elevati standard di sicurezza e di qualità delle cure.

Il sistema di monitoraggio deve integrare un ampio spettro di condizioni relative all'evoluzione del fabbisogno, all'analisi dell'appropriatezza della produzione, all'utilizzo delle risorse umane e del budget, ai risultati assistenziali secondo gli indicatori di processo e di esito dei percorsi, dei LEA, del Nuovo Sistema di Garanzia, del PNE e del Pre.Val.E.

Gli incontri periodici di Audit e Feedback costituiscono la modalità di condivisione dei risultati assistenziali e la sede per definire il piano di miglioramento annuale e gli obiettivi della formazione sul campo per ciascuna linea di attività.

A questo fine la sezione dell'Atto Aziendale deve contenere:

- i principali obiettivi di salute e i percorsi assistenziali;
- i referenti aziendali e i gruppi multiprofessionale e multidisciplinari;
- le indicazioni operative aziendali di riferimento;
- la metodologia del ciclo di valutazione contenente gli indicatori di monitoraggio, la modalità di diffusione della documentazione ai professionisti, la periodicità degli incontri di Audit e Feedback, la preparazione del piano di miglioramento e della formazione sul campo in relazione all'attività di monitoraggio.

## 2. AMBITO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

I destinatari principali delle presenti direttive sono:

- ✓ **le seguenti dieci aziende territoriali** istituite dall'articolo 5 della legge regionale n. 18/1994, denominate specificatamente Aziende Sanitarie Locali:
  1. Azienda Sanitaria Locale Roma 1
  2. Azienda Sanitaria Locale Roma 2
  3. Azienda Sanitaria Locale Roma 3
  4. Azienda Sanitaria Locale Roma 4
  5. Azienda Sanitaria Locale Roma 5
  6. Azienda Sanitaria Locale Roma 6
  7. Azienda Sanitaria Locale Frosinone
  8. Azienda Sanitaria Locale Latina
  9. Azienda Sanitaria Locale Rieti
  10. Azienda Sanitaria Locale Viterbo
  
- ✓ **le seguenti Aziende Ospedaliere di rilievo nazionale** istituite dall'articolo 6 della stessa legge:
  1. Azienda Ospedaliera San Camillo Forlanini
  2. Azienda Ospedaliera San Giovanni Addolorata
  
- ✓ **l'Azienda Regionale Emergenza Sanitaria A.R.E.S. 118, istituita con la L.R. n. 9/2004**

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

- ✓ **le seguenti tre strutture ospedaliero - universitarie:**
  1. Azienda Ospedaliero Universitaria Policlinico Umberto I, sede della I Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" (azienda ospedaliera universitaria integrata con il Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lett. a), del d.lgs. n. 517/99).
  2. Policlinico Tor Vergata, sede della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università degli Studi di Roma "Tor Vergata" (azienda ospedaliera universitaria integrata con il Servizio Sanitario Nazionale ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lett. a), del d.lgs. n. 517/99).
  3. Azienda Ospedaliero Universitaria Sant'Andrea, sede della II Facoltà di Medicina e Chirurgia della Sapienza Università di Roma, (azienda ospedaliera universitaria integrata con l'Università ai sensi dell'articolo 2, comma 2, lett. b) del D. Lgs. n. 517/99).
  
- ✓ **gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) di diritto pubblico** non trasformati in Fondazioni insistenti sul territorio regionale.
  - Istituti Fisioterapici Ospitalieri di Roma (IFO)
  - Istituto Nazionale Malattie Infettive (INMI) L. Spallanzani

## 3. RAZIONALIZZAZIONE DEL NUMERO DELLE STRUTTURE

Le presenti Linee Guida o Atto di Indirizzo intendono regolare l'assetto dell'area ospedaliera e dell'area non ospedaliera.

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

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

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

Per le strutture ospedaliere l'applicazione dei parametri deve essere effettuata con riferimento ai posti letto programmati secondo quanto contenuto nei Programmi Operativi 2024/2026.

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.

### **3.1 Le Strutture Complesse e Semplici**

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

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

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

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

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

Le aziende sanitarie devono favorire la valorizzazione delle competenze e professionalità ricorrendo al conferimento di incarichi dirigenziali di natura professionale anche di alta e altissima specializzazione (CCNL 2019-2021) individuando tra questi le figure di riferimento aziendali per i percorsi organizzativi e clinici, affidando anche il ruolo di coordinamento

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

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

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

## **4. ASSETTO ISTITUZIONALE DELLE AZIENDE SANITARIE: GLI ORGANI, IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO E IL DIRETTORE SANITARIO, LA DIREZIONE AZIENDALE**

### **4.1. Gli organi**

Sono organi dell'Azienda:

1. il Direttore generale;
2. il Collegio di direzione;
3. il Collegio sindacale.

#### **4.1.1 Il Direttore Generale**

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

Al fine di mantenere distinte le funzioni rientranti negli atti di alta amministrazione dalle funzioni di carattere gestionale, anche ai sensi dell'articolo 8, comma 1, della legge regionale n. 6/2002, così come modificato dalla

legge regionale n. 4/2006, le funzioni attribuite al direttore generale devono essere distinte in:

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

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

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

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

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

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

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

#### **4.1.2 Il Collegio di direzione.**

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

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

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

Partecipa, altresì, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche.

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

Il Collegio di direzione è nominato dal Direttore generale che lo presiede ed è composto da:

- a) il direttore sanitario;
- b) il direttore amministrativo;
- c) i direttori di dipartimento, inclusi quelli interaziendali;
- d) i direttori dei distretti (per le ASL);
- e) i direttori sanitari di presidio ospedaliero o polo ospedaliero;
- f) il coordinatore aziendale delle attività sociosanitarie a elevata integrazione sanitaria (per le Aziende ASL ove previsto);
- g) il Dirigente del Servizio dell'assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.

In rapporto a specifici 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.

#### 4.1.3 I criteri di funzionamento del Collegio di Direzione

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

La documentazione riguardante gli argomenti da trattare, di norma, viene messa a disposizione dei membri del Collegio al momento della convocazione (contestualmente alla seduta, nel caso di convocazione di urgenza). L'ordine del giorno delle riunioni è predisposto dal Direttore generale, sentiti il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo.

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

Per le decisioni del Collegio si osservano i seguenti criteri:

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

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

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

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

#### 4.1.4 Il Collegio sindacale: composizione e funzioni.

Il Collegio Sindacale, ai sensi di quanto disposto dall'art. 22, comma 5, della legge regionale 28 giugno 2013 n. 4, è composto da n. 3 (tre) membri da nominare secondo quanto previsto dall'art.13 del "Patto per la Salute per anni 2014-2016".

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 a 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;
- f) trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività della ASL alla Conferenza dei sindaci.

#### 4.2 Il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario

I servizi amministrativi e i servizi sanitari delle ASL e delle Aziende ospedaliere sono diretti, rispettivamente, dal Direttore amministrativo e dal Direttore sanitario.

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

In particolare, il Direttore sanitario è un medico che non abbia compiuto il sessantottesimo anno di età, ai sensi dell'art. 8 bis, D.L. 22 giugno 2023 n. 75, convertito con modificazioni dalla legge 10 agosto 2023 n. 112 e che abbia svolto per almeno cinque anni qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Egli dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi e igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al Direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza. Nelle aziende ospedaliere, nelle aziende ospedaliere-universitarie e negli IRCCS, costituiti da un unico presidio, le funzioni e i compiti del direttore sanitario e del dirigente medico del presidio ospedaliero, di cui all'articolo 4, comma 9, del d.lgs n. 502/92, sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge.

Il Direttore Amministrativo è un laureato in discipline giuridiche ed economiche che non abbia compiuto il sessantottesimo anno di età, ai sensi dell'art. 8 bis, D.L. 22 giugno 2023 n. 75, convertito con modificazioni

dalla legge 10 agosto 2023 n. 112 e che abbia svolto per almeno cinque anni una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie pubbliche o private di media o grande dimensione; dirige i servizi amministrativi della Azienda.

Il Direttore sanitario e il Direttore amministrativo svolgono le funzioni previste dall'articolo 3, d.lgs n. 502/92 e ss.mm. ii e dall'articolo 16, legge regionale n. 18/94 e ss.mm.ii.

Il Direttore sanitario, oltre alle funzioni sopra indicate, presiede altresì il Consiglio dei sanitari.

Il Direttore Sanitario aziendale, come da PRGLA 2019-2021, pubblicato con DCA 302/2019, al punto 3, ha la responsabilità del governo delle liste di attesa della medicina specialistica ambulatoriale.

In tale funzione, viene affiancato dalla figura del Referente Unico Aziendale (RUA) per il governo delle liste individuato, con apposito atto formale, dal Direttore Sanitario aziendale stesso.

Il RUA avrà la funzione di monitoraggio continuo della realizzazione delle azioni relative alla gestione delle agende della specialistica ambulatoriale, alla trasparenza delle agende, alle modalità di prioritizzazione delle stesse, attraverso l'analisi dei dati dei sistemi informativi e la valutazione delle criticità rappresentate in tale ambito.

#### **4.3 La Direzione Aziendale**

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

Il Direttore amministrativo e il Direttore sanitario partecipano, unitamente al Direttore generale che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda; assumono, infatti, diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della Direzione generale (come previsto dall'art.3, comma 1 quinquies, d.lgs n. 502/92).

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

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

In particolare, spetta alla direzione aziendale:

- ✓ l'individuazione degli obiettivi e dei programmi annuali e pluriennali definiti sulla base degli obiettivi istituzionali dell'Azienda e 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;
- ✓ il governo delle relazioni interne ed esterne;
- ✓ la garanzia della sicurezza e la prevenzione;
- ✓ le politiche di sviluppo professionale e formative.

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 sociosanitarie della popolazione.

## **5. ASSETTO ORGANIZZATIVO DELLE AZIENDE SANITARIE**

### **5.1 I criteri generali dell'organizzazione aziendale**

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

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

- a. caratteristiche della rete delle strutture a gestione diretta presenti sul territorio, attuale e in prospettiva, tenendo conto della presenza di altri soggetti erogatori, pubblici e privati accreditati;

- b. valutazione dell'impatto della soluzione scelta in termini di miglioramento quali-quantitativo dei livelli assistenziali: maggiore appropriatezza del sistema di risposta ai bisogni assistenziali, continuità assistenziale, riduzione dei tempi di attesa;
- c. dimensionamento delle strutture tale da garantire il raggiungimento della soglia minima quali-quantitativa di attività che garantisca l'efficienza gestionale, la sicurezza delle cure e la qualità assistenziale;**
- d. aggregazione delle attività complementari o simili in dipartimenti o altre forme di aggregazione;
- e. efficienza gestionale, in termini di rapporto tra costi di produzione e valorizzazione della produzione, tariffaria e per funzioni;
- f. orientamento all'innovazione dei processi assistenziali e gestionali

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

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

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

In linea con le indicazioni del DM 77/2022 per lo sviluppo dell'assistenza territoriale, le Aziende devono tarare la propria organizzazione sui bisogni del cittadino e le risorse della comunità, garantendo la reale presa in carico del paziente, ma anche la proattività degli interventi di promozione della salute, prevenzione e diagnosi precoce. Il suindicato Regolamento richiama il SSN a rafforzare i servizi territoriali anche "attraverso la valorizzazione della partecipazione di tutte le risorse della comunità nelle diverse forme e attraverso il coinvolgimento dei diversi attori locali", ivi includendo pazienti e loro caregiver, associazioni e organizzazioni del Terzo Settore.

L'integrazione multiprofessionale e multidisciplinare deve pertanto costituire il perno di nuovi modelli organizzativi in grado di **superare una programmazione a silos degli interventi e delle prestazioni**. A tal fine, si chiede di esplicitare negli atti aziendali le modalità di coordinamento tra servizi e professionisti che garantiscono gli interventi di promozione della salute, prevenzione, cura e riabilitazione, per i percorsi di seguito elencati:

- Percorso nascita e promozione della salute nei primi 1000 giorni e in età infantile
- Percorso promozione e tutela della salute di adolescenti e giovani adulti
- Percorso prevenzione e trattamento delle Dipendenze
- Percorso prevenzione e cura delle patologie croniche in età adulta
- Percorso chirurgico
- Percorso oncologico
- Percorso malattie rare
- Percorso prevenzione e contrasto delle malattie infettive
- Percorso Rete Tempo-Dipendenti
- Rete ictus
- Rete trauma grave
- Rete emergenza cardiovascolare
- Percorso nutrizione preventiva e clinica, sicurezza alimentare e Malattie Trasmesse da Alimenti (MTA)
- Percorso flusso di ricovero e transizione tra i setting

- Liste di attesa

Si tratta di ambiti di intervento e percorsi tarati sul ciclo di vita della persona e sulle sue possibili esigenze di prevenzione, cura e riabilitazione.

L'atto aziendale, pertanto, non deve limitarsi all'elencazione delle funzioni e attività realizzate dalle diverse Macrostrutture Aziendali, ma deve prevedere un capitolo dedicato alla "**programmazione integrata**" nel quale siano esplicitati i meccanismi organizzativi in grado di assicurare un approccio unitario, centrato sui bisogni della persona e della comunità e basato sull'integrazione funzionale tra le diverse articolazioni organizzative territoriali e ospedaliere dell'Azienda, come da tabella allegata "C". Per ogni ambito occorre, quindi, prevedere forme di coordinamento tra servizi e professionisti, individuando il servizio o il professionista sanitario che coordina l'intero ambito o percorso comprendendo gli interventi di promozione della salute, di prevenzione, di cura e riabilitazione. In linea con un approccio orientato all'equità, è necessario, inoltre, prevedere modalità di intervento differenziate secondo i principi dell'universalismo proporzionale, che tengano conto delle possibili vulnerabilità socioeconomiche della persona, ma anche delle risorse attivabili della comunità di appartenenza.

L'atto aziendale deve, inoltre, elencare i Piani integrati, realizzati in attuazione delle indicazioni regionali (es PAP, Panflu, PNCAR) la cui responsabilità è in capo alle Direzioni aziendali, chiarendo la struttura di coordinamento

## 5.2. I Dipartimenti

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

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

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

**L'atto aziendale definisce i Dipartimenti aziendali e interaziendali e le strutture organizzative aziendali afferenti.**

**L'individuazione dei Dipartimenti deve essere effettuata evitando la frammentazione o la duplicazione di funzioni**, tenendo conto delle peculiarità organizzative e territoriali delle singole aziende sanitarie e delle esigenze di coordinamento e integrazione. Alcune strutture, in ragione delle relative peculiarità, possono non essere aggregate in un dipartimento.

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

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

L'atto aziendale istituisce Dipartimenti che aggregano almeno 6 Strutture operative (complesse e semplici dipartimentali), di cui almeno 4 complesse. Eccezioni al numero minimo di strutture sono ammesse solo se motivate da esigenze organizzative o da finalità specifiche e soggette ad approvazione regionale. Le strutture complesse e semplici dipartimentali fanno capo strutturalmente a un solo Dipartimento, pur potendo partecipare funzionalmente anche ad altri Dipartimenti

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

Costituiscono particolari tipologie di Dipartimento:

- ✓ **i Dipartimenti ad attività integrata (D.A.I.)**, costituiti da strutture a direzione ospedaliere e da strutture a direzione universitaria, al fine di assicurare l'esercizio integrato e inscindibile delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca. Essi costituiscono il modello dipartimentale ordinariamente adottato dalle aziende ospedaliere universitarie; il direttore del DAI è nominato dal Direttore Generale previa intesa con il Rettore dell'Università
- ✓ **i Dipartimenti interaziendali**, che possono essere previsti per specifiche funzioni di valenza regionale o sovra aziendale e che aggregano strutture appartenenti ad aziende sanitarie diverse, che

perseguono finalità e obiettivi comuni di gestione integrata di attività. La costituzione dei Dipartimenti interaziendali richiede:

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

Si raccomanda l'istituzione dei Dipartimenti in ragione di aree omogenee o di finalità organizzative assistenziali privilegiando l'integrazione dipartimentale tra presidi per discipline ospedale-territorio e interaziendale. A questo fine, a titolo esemplificativo considerare un dipartimento interpresidio di area critica, un dipartimento materno infantile ospedale - territorio, e interaziendali per la gestione di specifiche attività assistenziali.

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

### **5.2.1 Il Comitato di Dipartimento**

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

Componenti del Comitato di Dipartimento sono:

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

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

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

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

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

Il Dipartimento e le Aree Funzionali rappresentano strumenti per l'innovazione organizzativa e gestionale, attraverso il coordinamento e la gestione integrata di funzioni complesse. In tali articolazioni organizzative si realizzano convergenze di competenze e di esperienze scientifiche, tecniche e assistenziali allo scopo di ottimizzare risorse e attività perseguendo obiettivi e finalità comuni in una logica d'integrazione e sviluppo della rete ospedaliera e territoriale.

### 5.3 Organizzazione dipartimentale dell'area ospedaliera

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

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

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

### 5.4 Area Ospedaliera

La Programmazione della Rete Ospedaliera 2024-2026 è il risultato di un percorso di consultazione, coinvolgimento e confronto tra la Direzione Salute e Integrazione Socio-Sanitaria, le Aziende, le Strutture Sanitarie della Rete e gli Enti Locali al fine di avere una visione integrata del sistema ospedaliero, dalla rilevazione del fabbisogno alla disponibilità di risorse umane, tecnologie e budget.

La Rete Ospedaliera è stata strutturata secondo i criteri previsti dal DM 70/2015 che prevedono per ciascuna struttura ospedaliera l'identificazione del "*livello gerarchico di complessità*" e per ciascuna rete il modello di relazioni funzionali organizzato in base alla specificità assistenziale.

L'Atto Aziendale deve prevedere il cronoprogramma relativo all'adeguamento dei posti letto e alla definizione delle Unità Operative Complesse (UOC), Dipartimentali (UOSD) e Semplici (UOS), indicando la denominazione, l'afferenza alla disciplina secondo quanto previsto nella DGR n. 869 del 7.12.2023. Le UO devono essere calcolate secondo i parametri standard del Comitato LEA, inserendo le UO senza posti letto (es. Direzione sanitaria, Farmacia, Servizi diagnostici) nel numero totale delle UO ospedaliere.

L'organizzazione ospedaliera prevede l'organizzazione Dipartimentale finalizzata a favorire la continuità operativa e assistenziale con l'inserimento delle UU.OO. in aree omogenee o per percorsi assistenziali, descrivendo le finalità, le afferenze e i servizi di riferimento.

Nelle Aziende Sanitarie Locali è raccomandato individuare modalità organizzative dipartimentali o funzionali, che integrino le UU.OO. in una rete aziendale di continuità tra Presidii Ospedalieri o tra Ospedale e Territorio con l'obiettivo di integrare e finalizzare le risorse professionali e strutturali alla centralità del percorso di cura. L'attività assistenziale è organizzata per obiettivi e percorsi di cura con individuazione di referenti aziendali e dei gruppi multiprofessionale e multidisciplinari con aree omogenee di ricovero su posti letto ordinari, che permettano un'integrazione delle competenze e una migliore continuità assistenziale, strutturata in spazi adeguati ad una maggiore flessibilità e implementazione di utilizzo. Le discipline accreditate con un numero di posti letto inferiori ai 10 devono essere funzionalmente integrate in un'area omogenea ad esclusione di quelle afferenti ad area critica, materno-infantile, e psichiatria.

L'attività di Day Hospital medico e chirurgico è sviluppata secondo moduli multi-specialistici, in grado di consentire il pieno e flessibile utilizzo delle risorse disponibili; da questa logica sono esclusi i DH relativi alle discipline di Pediatria e Psichiatria.

La programmazione dell'attività chirurgica, interventistica, diagnostica di II livello e ambulatoriale è un processo organizzativo complesso, che richiede la convergenza multiprofessionale e l'integrazione con servizi trasversali, per cui il governo clinico deve essere centralizzato in un coordinamento operativo aziendale responsabile di definire e monitorare gli obiettivi, la potenzialità, le tempistiche, l'operatività, le priorità e il monitoraggio al fine di consentire una gestione aziendale omogenea.

Le Strutture Ospedaliere sono inserite con diverso ruolo nelle Reti Assistenziali di Emergenza, "Tempo-dipendenti", Oncologica, Malattie Rare e Specialistiche per cui per ogni sede nell'Atto Aziendale deve essere identificata la figura professionale di riferimento e il gruppo multidisciplinare coinvolto, prevista una

metodologia di lavoro omogenea secondo le indicazioni previste nella sezione del governo clinico, e adottato lo specifico Percorso Diagnostico Terapeutico Aziendale, sviluppato e contestualizzato secondo il relativo documento di indirizzo regionale.

Il governo dei flussi assistenziali e il cambio di setting costituiscono un momento centrale del percorso di ricovero per cui ogni struttura Ospedaliera deve istituire il Team Operativo Ospedaliero (TOH), a livello aziendale o ospedaliero secondo la propria complessità organizzativa, con lo scopo di riunire in una struttura organica diverse funzioni organizzative, assistenziali, logistiche, sociali. Il TOH ha il compito di monitorare in tempo reale l'andamento del ricovero, intervenendo sulle condizioni che ne determinano una durata superiore alla media. Nello stesso costituisce l'interfaccia dell'Ospedale con le Centrali Operative Territoriali (COT-A/D) e le Strutture di ricovero, presenti sul territorio, al fine di facilitare, secondo la complessità clinica, l'accesso o il rientro da altri setting assistenziali.

Nell'atto devono essere indicati i documenti di riferimento aziendali relativi a:

- Piano per la gestione del flusso di ricovero e del sovraffollamento in Pronto Soccorso;
- Linee di indirizzo per il percorso del paziente chirurgico per setting assistenziali e complessità di cura con il Regolamento per la gestione delle Liste di attesa per intervento, il Regolamento della Sala Operatoria, e le indicazioni operative relative alla chirurgia non programmata, utilizzo del buon uso del sangue e prevenzione e gestione della sepsi;
- Piano Oncologico Aziendale;
- PDTA di riferimento per ciascuna rete regionale e aziendale;
- Linee di indirizzo Interconnessione COT.

## **5.5 AREA TERRITORIALE**

### **5.5.1 Premessa**

La prevenzione, il controllo e la risposta all'emergenza pandemica, così come le attività previste dalla Missione 6 del Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza (PNRR) e dal Decreto ministeriale 23 maggio 2022, n.77, hanno accelerato lo sviluppo di nuovi principi organizzativi e modalità operative tese alla identificazione di nuovi "modelli" di assistenza territoriale, attraverso un'implementazione dei servizi sanitari e socio-sanitari che definiscano una efficace ed efficiente continuità ospedale-territorio e una sinergia con gli ambiti territoriali sociali (ATS) e tutte le componenti dipartimentali che operano a livello territoriale.

In tale cornice, in un'ottica centrata sull'individuo con approccio "One-Health", risulta imprescindibile dotarsi di funzioni e azioni di *population health management* e *community health management*, basati su processi di stratificazione della popolazione, tali da individuare i bisogni di salute della popolazione ed esercitare il proprio ruolo di programmazione e governo dell'offerta.

I bisogni assistenziali vengono dunque stimati stratificando la popolazione in una logica di "*Population Health Management by District*", quantificando la popolazione cronica, multicronica, con elevata complessità clinica o con fattori di vulnerabilità socioeconomica, fino alla stima dei fattori di rischio individuali (comportamentali, clinici e socio-economici) e contestuali (inquinamento atmosferico) della popolazione sana, su cui intervenire con azioni di promozione della salute.

### **5.5.2 Assistenza Distrettuale**

#### **5.5.2.1 Ruolo del Distretto**

Il Distretto si configura come una Macrostruttura all'interno di un Dipartimento funzionale, con compiti di programmazione, di organizzazione e di coordinamento. E' responsabile dell'attuazione, anche attraverso un'azione sinergica con altri Enti/Amministrazioni le linee programmatiche definite a livello Aziendale in particolare per quanto riguarda funzioni di coordinamento locale relativamente alle attività di governo clinico

e rapporto con la medicina generale/pediatria di famiglia, così come per i programmi di prevenzione, promozione e tutela della salute. Coordina, inoltre, l'assistenza per la cronicità, la fragilità, la non autosufficienza e l'integrazione sociosanitaria, unitamente al percorso nascita ed ai problemi sanitari materno-infantili. Si coordina con gli altri Distretti attraverso il Dipartimento della Funzione Territoriale.

Di seguito vengono, quindi, elencate le principali aree distrettuali:

- a. salute della donna e dell'età evolutiva;
- b. medicina generale, specialistica territoriale e continuità assistenziale;
- c. medicina legale;
- d. assistenza protesica;
- e. riabilitazione e presa in carico dell'utente disabile adulto;
- f. assistenza domiciliare integrata, assistenza semiresidenziale e residenziale;
- g. l'assistenza alla popolazione detenuta nei Distretti sul cui territorio insiste l'Istituto Penitenziario;
- h. la garanzia dei processi di transizione tra i setting assistenziali.

Tali aree devono operare nella massima integrazione dei servizi, dell'assistenza sociosanitaria, della continuità ospedale territorio secondo quanto descritto nei paragrafi successivi.

### 5.5.2.2 Attività e articolazioni territoriali

I mutamenti dei bisogni di salute della popolazione hanno determinato un'evoluzione, nel corso degli anni, del ruolo del Distretto; si è osservata infatti una transizione da un modello centrato sul governo della produzione, e quindi dell'offerta di singole prestazioni al cittadino (governo, gestione e organizzazione della produzione), a una presa in carico globale dei bisogni di una popolazione (prevalentemente cronicità, fragilità e non autosufficienza) e di tutela della salute (governo, gestione e organizzazione del sistema), mediante la quale la valutazione dei bisogni (collettivi e individuali), dell'offerta (pubblica e privata) e delle relazioni (rete territoriale) porta alla definizione di piani di salute collettiva che poi si traducono in programmi di presa in carico individuali. Il distretto rappresenta, infatti, l'articolazione organizzativo-funzionale territoriale dell'Azienda Sanitaria Locale, in cui si realizza la garanzia dell'erogazione dei LEA distrettuali attraverso l'integrazione complessa delle attività sociali e sanitarie, il coordinamento delle attività dei dipartimenti territoriali e il raccordo con le attività dei dipartimenti ospedalieri.

E' il luogo privilegiato di gestione e di coordinamento funzionale e organizzativo della rete dei servizi socio-sanitari e sanitari territoriali e centro di riferimento per l'accesso a tutti i servizi dell'Azienda Sanitaria Locale; esercita la **funzione di tutela, gestione e coordinamento (funzionale e organizzativo) della rete dei servizi sociosanitari dei propri assistiti**, che si esprime attraverso il ruolo di garante dell'accesso ottimale alle prestazioni, dell'appropriatezza delle risposte ai bisogni espressi dai cittadini, della qualità dei servizi e dell'unitarietà dei percorsi assistenziali.

In particolare, l'adozione di un approccio per percorsi assistenziali rappresenta la vera sfida per garantire la continuità dell'assistenza/presa in carico dell'utente.

Il Percorso Diagnostico Terapeutico Assistenziale rappresenta lo strumento di governo clinico che identifica il miglior processo assistenziale finalizzato a rispondere a specifici bisogni di salute, sulla base delle evidenze scientifiche disponibili, adattate al contesto locale; rappresenta uno strumento che favorisce la trasversalità e la multidisciplinarietà necessarie alla gestione di pazienti ad alto carico assistenziale, includendo gli interventi di educazione sanitaria e di prevenzione in particolare, prevenzione secondaria e terziaria.

La necessità di presidiare un sistema complesso, derivante da interconnessioni di ambiti funzionali diversi (clinico, assistenziale, amministrativo), di soggetti diversi (anche dal punto di vista contrattuale), di contesti diversi che hanno regole differenti, richiede per il Distretto un adeguato potenziamento:

- della competenza sul governo clinico inteso come lo sviluppo e l'applicazione dei percorsi assistenziali per patologie a più elevata prevalenza;
- della dimensione organizzativa al fine di garantire la sintesi compiuta nelle modalità di pianificazione, programmazione, gestione e valutazione dei risultati.

In sintesi, il Distretto deve esercitare le funzioni proprie, così come definite dall'art.3-quinquies del D. Lgs. 502/92 e ss.mm.ii.:

- 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 sociosanitarie, anche ai fini della qualità e dell'appropriatezza della domanda e delle risposte assistenziali, con particolare riferimento ai percorsi assistenziali per le patologie croniche e le persone fragili;
- 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 e s.m.i., alla definizione delle più ampie politiche di welfare attraverso il piano di zona e gli accordi di programma, attraverso il servizio sociale di distretto, nonché attraverso una adeguata politica di integrazione sociosanitaria;
- garanzia della presa in carico e della continuità assistenziale, sia mediante la produzione diretta dei servizi e delle prestazioni, sia attraverso l'acquisizione degli stessi da altri soggetti aziendali ed extra aziendali, pubblici e privati accreditati.

Inoltre, si ritiene fondamentale che il Distretto, in relazione a quanto previsto dal DM 77/2022, assolva alle seguenti funzioni:

- individuazione delle persone a rischio di malattia, promozione della salute ed educazione ai corretti comportamenti e stili di vita, presa in carico delle persone negli stadi iniziali delle patologie secondo un modello di Sanità di iniziativa coerente con gli obiettivi e azioni del Piano Regionale della Prevenzione.
- facilitazione dei processi di transizione tra i setting attraverso l'armonizzazione dei modelli delle Centrali Operative e annesso coordinamento delle stesse da setting ospedalieri e Pronto Soccorso.
- realizzazione di percorsi diagnostico terapeutici assistenziali con le direzioni sanitarie ospedaliere per la presa in carico dei pazienti affetti da patologie croniche, in particolare oncologiche
- realizzazione di protocolli di interoperabilità con le direzioni ospedaliere e gli assessorati sociali dei municipi per la presa in carico di pazienti con problemi sociali per i quali è difficile la dimissione dai reparti per acuti.

Il Distretto dovrà garantire le azioni e iniziative volte a favorire il massimo coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, Pediatri di Libera Scelta e Specialisti Ambulatoriali nell'organizzazione delle attività distrettuali e nella gestione dei percorsi assistenziali, anche attraverso le diverse forme aggregative della medicina generale e della pediatria di libera scelta, sulla base degli accordi collettivi nazionali e regionali e in modo trasversale a tutte le articolazioni distrettuali.

Il Distretto svolge inoltre un ruolo di coordinamento attivo per le Unità di Continuità assistenziale favorendo la presa in un'ottica di presa in carico globale e proattiva dell'utente.

Come disposto dal DM 77/2022, per quanto attiene un distretto con un bacino di popolazione pari a 100.000 abitanti, fatte salve specifiche peculiarità in relazione a densità abitativa e/o caratteristiche orogeografiche del territorio, sono previste le seguenti funzioni, dimensionate in base alla popolazione di riferimento:

- 1 Casa della Comunità hub ogni 40.000-50.000 abitanti in rete con Case della Comunità spoke e AFT per garantire la capillarità dei servizi, specialmente nelle zone interne e rurali.
- Presenza di Infermiere di Famiglia o Comunità, con un rapporto di 1 ogni 3.000 abitanti;
- 1 Unità di Continuità Assistenziale ogni 100.000 abitanti e 1 Centrale Operativa Territoriale ogni distretto, con personale dedicato.

- 1 Ospedale di Comunità con 20 posti letto ogni 100.000 abitanti.

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*”, con la possibilità di dimensionamento sottodistrettuale ai fini dei processi di stratificazione della popolazione, della territorializzazione dei servizi e delle funzioni, del coinvolgimento delle comunità presenti.

### 5.5.2.3 Funzioni

#### A - Dipartimento della Funzione Territoriale

Il governo dell'assistenza territoriale in funzione dell'equità dell'accesso ai servizi e alla presa in carico e alla organizzazione armonica dei processi di assistenza territoriale sarà garantito da un Direttore di Dipartimento della Funzione Territoriale, unico responsabile organizzativo-gestionale dell'intera funzione territoriale che:

- sovrintende alla funzione direzionale di tutte le attività dei Distretti;
- persegue gli obiettivi di risultato e di attività, negoziati in sede di contrattazione di budget con la Direzione aziendale, mediante le risorse assegnate ai Distretti. Con la medesima metodologia definisce attività, risultati e risorse con le strutture afferenti ai Distretti.

Il Direttore della Funzione Territoriale, quale Direttore di Dipartimento, è nominato dal Direttore Generale fra i Direttori di Distretto.

Il Dipartimento della Funzione Territoriale opera in una logica di rete aziendale assicurando il necessario coordinamento tra tutti i Distretti sociosanitari dell'Azienda e la Direzione aziendale, al fine di garantire, riguardo all'attività distrettuale, l'uniformità dei processi gestionali e organizzativi, nonché delle corrette prassi amministrative, l'unitarietà dei percorsi clinico-organizzativi e la gestione dei progetti a valenza aziendale.

Il Direttore del Dipartimento della funzione territoriale, in accordo con le Direzioni delle ASL, lo staff e l'area tecnico amministrativa della Direzione aziendale, svolge le funzioni di indirizzo e coordinamento delle Direzioni dei Distretti sociosanitari, fornendo direttive e assicurando il perseguimento degli obiettivi aziendali e di Area nelle seguenti aree:

- cure primarie;
- promozione della salute e prevenzione;
- specialistica ambulatoriale;
- assistenza integrata (Punto unico di accesso – Unità di valutazione territoriale, Cure domiciliari integrate);
- cure termali;
- assistenza integrativa e protesica;
- medicina penitenziaria.

Svolge, inoltre, funzioni propositive a livello aziendale e tecnico-consultive, mediante la definizione dei percorsi assistenziali e la valutazione della loro applicazione e opera, in particolare, per il miglioramento delle attività distrettuali nell'ambito dell'integrazione interprofessionale, dell'accesso alle prestazioni sociosanitarie, della continuità assistenziale e dell'appropriatezza del ricorso ai servizi sociosanitari.

Il coordinamento delle attività sociali dei distretti con i comuni e/o i municipi avviene tramite la figura del coordinatore per l'integrazione sociosanitaria (il cui incarico non comporta necessariamente la responsabilità

di struttura organizzativa), che si rapporta per tale funzione al Direttore di Dipartimento ed è componente dell'ufficio di coordinamento delle attività dipartimentali.

Il coordinatore per l'integrazione sociosanitaria concorre all'attuazione del Programma delle attività territoriali (basato sul principio dell'intersettorialità degli interventi cui concorrono le diverse strutture operative) ai sensi dell'art.3-quater, comma 3 del D. Lgs. n.502/92 e ss. mm. e ii. e con riferimento anche alle attività previste dal DPCM 14 febbraio 2001 "*Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie*" e ha una funzione consultiva e propositiva rispetto a ciascun Direttore di Distretto, che resta unico responsabile dello svolgimento delle attività distrettuali.

Il coordinamento dei processi di integrazione ospedale territorio dovrà essere garantito per il tramite della figura del coordinatore per l'integrazione ospedale territorio (il cui incarico non comporta necessariamente la responsabilità di struttura organizzativa), in rapporto gerarchico con il Direttore di Dipartimento e funzionale con le Direzioni di Distretto, di Presidio Ospedaliero e le Direzioni delle Aziende Ospedaliere presenti sui territori di riferimento oltre che con la rete delle Centrali Operative Territoriali.

### **B - Direttore di Distretto**

Il Direttore di Distretto, dirigente in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 3-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, il cui incarico è attribuito ai sensi della normativa vigente, garantisce la funzione direzionale delle attività distrettuali integrando la propria attività con i responsabili delle altre UU.OO.CC. territoriali.

Il Direttore del Distretto garantisce la funzione direzionale di tutte le attività del Distretto, operando in stretta collaborazione con i Responsabili delle unità operative semplici e complesse e con i dirigenti delle eventuali articolazioni funzionali.

Al Direttore di Distretto competono le funzioni di:

- conseguimento di obiettivi di risultato, di attività e di risorse concordati e assegnati al Distretto, in sede di contrattazione di budget con la Direzione Generale;
- organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari propri del Distretto;
- coordinamento delle necessarie collaborazioni e organizzazione delle risorse affinché il MMG/PLS svolga il proprio ruolo di referente-unico per l'assistito;
- utilizzo dello strumento del budget per definire gli obiettivi e monitorare i relativi indicatori di risultato attribuiti alle UO distrettuali, alle articolazioni funzionali e alle AFT/ACP, organizzando, coerentemente con la programmazione strategica, i servizi e le risorse, nonché monitorandone l'implementazione.

Il Direttore di Distretto assume, pertanto, il ruolo di "garante del governo della rete territoriale" in grado di armonizzare molteplici servizi e risorse del territorio, nonché di alimentare e creare, laddove mancanti, le connessioni tra i soggetti (nodi) di una rete, agendo come facilitatore dei processi di integrazione e del raggiungimento degli obiettivi di salute (anche con riferimento alle strutture ospedaliere e del Dipartimento di prevenzione). Presiede ai processi decisionali rilevanti per i servizi territoriali, con un approccio inclusivo e di condivisione delle responsabilità (Direttore facilitatore) e rappresenta a tutti gli effetti il garante della salute della comunità.

È dunque in grado di:

- analizzare i bisogni (lettura e interpretazione);
- conoscere l'offerta (geografia dei servizi sociosanitari, potenzialità di risposta, conoscenza dei ruoli professionali in un'ottica di *community care management team*);
- pianificare e programmare i servizi (integrazione dei diversi attori del territorio, istituzionali e non, analisi dei rischi);

- negoziare (obiettivi, budget, contratti di esercizio con la medicina convenzionata);
- gestire le risorse;
- valutare i risultati.

Il Direttore di Distretto può avvalersi (per lo svolgimento delle sue funzioni) di un Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (art. 3-sexies, comma 2, D. Lgs. n. 502/1992), composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali. Sono membri di diritto di tale ufficio un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta e uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto (art. 3-sexies, comma 2, D. Lgs. n. 502/1992).

I membri dell'Ufficio di coordinamento sono nominati dal Direttore di distretto. Le modalità di funzionamento dell'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD) sono disciplinate dall'Atto Aziendale.

In ogni Distretto è previsto un Coordinamento delle AFT, composto dai Referenti delle AFT attivate nel territorio distrettuale. Svolge funzioni consultive e propositive al fine di assicurare un collegamento costante tra gli obiettivi e le attività assegnate alle AFT e gli obiettivi e attività aziendali, oltre che fungere da luogo di confronto nella organizzazione delle attività proprie previste nei contratti di esercizio. Le modalità di funzionamento di detto Coordinamento devono essere disciplinate da apposito regolamento aziendale, specie per quanto concerne il contributo dello stesso nell'implementazione del modello operativo delle Case di Comunità (CdC), la relazione operativa tra AFT e CdC, l'armonizzazione dei processi di committenza e produzione.

Il Direttore del Distretto supporta altresì la direzione aziendale nei rapporti con i sindaci del distretto nonché con gli altri soggetti già richiamati con riferimento all'art.1 della legge n. 328/2000 s.m.i.

Il Direttore del Distretto assicura il coordinamento con il Dipartimento di Prevenzione per le iniziative di cui all'art.7-bis, II comma del D. Lgs. n.502/92 e ss. mm. e ii e per i programmi e azioni definiti a livello regionale dal Piano di Prevenzione.

#### **5.5.2.4 Rete delle Cure palliative e terapia del dolore**

La rete delle Cure Palliative comprende servizi e strutture che assicurano la presa in carico dell'assistito e del suo nucleo familiare in diverse modalità, quali ospedaliera, attraverso le attività di consulenza nelle Unità Operative, ambulatoriale, domiciliare e in *hospice*. Tale servizio non è limitato alla fase terminale della malattia, ma può attivarsi fin dalle fasi precoci della malattia cronico-degenerativa, affiancando le cure attive e valutando i sintomi durante le diverse evoluzioni della malattia, con l'obiettivo di prevenire o attenuare gli effetti del declino funzionale.

La Rete Locale di Cure Palliative (RLCP) rappresenta un modello integrato delle attività di Cure Palliative (CP) erogate nei vari setting assistenziali di un territorio, le cui funzioni includono il coordinamento e l'integrazione delle CP nei differenti livelli di assistenza (in collaborazione con COT, PUA, ADI e Assistenza Primaria), la definizione di un sistema di presa in carico ed erogazione delle CP per garantire la continuità delle cure e dell'assistenza sociosanitaria, l'adozione di sistemi di valutazione e miglioramento della qualità dei percorsi di cura, la raccolta e la trasmissione dei dati al sistema informativo, l'attivazione di percorsi formativi aziendali specifici e la partecipazione a iniziative di ricerca.

In tale contesto, la Centrale Operativa Territoriale a valenza Aziendale (COT-A) funge da collegamento tra le strutture pubbliche o private accreditate e le strutture Aziendali ospedaliere e territoriali, con l'obiettivo di garantire un indirizzo e un accompagnamento facilitato e appropriato nel percorso di cure e assistenza.

Tale servizio, tramite l'équipe aziendale di cure palliative, si occupa di valutare l' idoneità all'accesso alle Cure Palliative Domiciliari (CPD) di livello base e specialistico, nonché residenziali, per pazienti in fase di terminalità.

La governance della RLCP è funzione propria della ASL per il tramite di specifico organismo di coordinamento che deve essere attivato in ogni ASL, composto da un coordinatore di rete, referenti degli erogatori e una rappresentanza delle associazioni di volontariato del settore.

Gli standard di personale sono definiti in base alla legislazione vigente e prevedono risorse umane adeguate alla gestione delle diverse modalità di erogazione delle cure palliative: nell'ambito di strutture di degenza ospedaliera da un' équipe di cure palliative; nell'ambito ambulatoriale da équipe dedicate e specificatamente formate in cure palliative; a domicilio del paziente - attraverso il servizio di Cure Palliative Domiciliari (CPD) da un' équipe assistenziale multiprofessionale dedicata o specificatamente formata (Unità di Cure Palliative – (UCP), in integrazione con il medico di medicina generale per continuità assistenziale h 24 per 7 giorni su 7. Si prevede una Unità Operativa Complessa o Unità Operativa Semplice Dipartimentale nel contesto del Dipartimento della Funzione Territoriale o Dipartimenti analoghi in base alla specificità degli atti aziendali al fine di coordinare e supportare adeguatamente la RLCP.

## **5.6 Il Dipartimento integrato di Salute Mentale, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e delle Dipendenze Patologiche (DSM-DP)**

### **5.6.1 Ruolo e competenze**

La salute e il benessere mentale sono fondamentali per la qualità della vita e la produttività degli individui, delle famiglie e delle comunità: non c'è salute senza salute mentale (*Dichiarazione sulla Salute mentale per l'Europa, 2005*).

La prevalenza annuale dei disturbi mentali nella popolazione generale italiana è dell'8% circa (Rapporto salute mentale 2019, Ministero della Salute). Nel corso degli anni si è rilevato un incremento significativo della domanda di prestazioni in ambito salute mentale, collegati ad una evoluzione qualitativa e quantitativa della patologia psichiatrica ed anche, in questo periodo storico, in conseguenza alla pandemia da COVID-19.

L'impatto della disabilità, in termini di DALY (Disability-adjusted life-year, OMS), provocata dalle malattie mentali e i relativi costi rappresentano circa il doppio della disabilità e dei costi dovuti a tutte le forme di cancro e sono comunque maggiori della disabilità e dei costi delle malattie cardiovascolari.

La prevenzione, la diagnosi, il trattamento e la riabilitazione delle patologie psichiatriche necessitano di interventi multidisciplinari connotati, sovente, da una forte integrazione sociosanitaria che vede nel distretto sociosanitario il principale interlocutore.

Il rispetto dei livelli essenziali di assistenza, in termini di erogazione, deve essere garantito dal servizio pubblico e, in via integrativa, dal privato accreditato.

La programmazione dei servizi sanitari e sociosanitari deve necessariamente prendere avvio e trarre fondamento dal bisogno di salute della popolazione di riferimento, anche in relazione ai bisogni emergenti alla necessaria trasversalità con le aree di confine (dipendenze, minori, disabilità, anziani), ivi comprese le necessità dei gruppi vulnerabili senza discriminazione né di genere, né di razza.

Le risorse umane e strumentali dovranno essere standardizzate e omogeneamente distribuite. In particolare, dovrà essere fatto riferimento alla definizione di appropriati Percorsi diagnostici terapeutici assistenziali (PDTA) che consentano adeguata valutazione degli esiti di cura, sia ospedalieri che territoriali.

Particolare rilievo va dato sia alla valutazione della qualità del servizio, così come percepito dall'utente, che alla valutazione della qualità del clima organizzativo, così come percepito dagli stessi operatori.

### 5.6.2 Organizzazione e funzioni

Il modello organizzativo ordinario per la gestione delle attività connesse all'erogazione dei Livelli Essenziali di Assistenza per l'area salute mentale è rappresentato dal Dipartimento.

Questo si configura come un Dipartimento strutturale transmurale (ospedale-territorio), in coerenza con quanto disposto dal d.lgs 502/92, d.lgs 517/93 e d.lgs 229/99 e rappresenta il garante clinico-organizzativo per tutti gli interventi di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione in ambito salute mentale per il bacino d'utenza di riferimento sviluppando sinergie anche con altre U.O. aziendali, in particolar modo integrandosi per i processi di presa in carico con le articolazioni territoriali e, nello specifico, con i Distretti e il Dipartimento della funzione territoriale che li coordina, e con gli stakeholder esterni onde garantire i LEA e raggiungere gli obiettivi di salute ed economici fissati dall'Azienda Sanitaria Locale nel rispetto delle risorse assegnate.

E' previsto che le Aziende Sanitarie Locali attivino un Dipartimento integrato di Salute Mentale, Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza e delle Dipendenze Patologiche (DSM-DP), struttura organizzativa deputata alla committenza ed erogazione di prestazioni finalizzate alla promozione e alla tutela della salute mentale della popolazione di riferimento, alla prevenzione, diagnosi cura e riabilitazione dei disturbi mentali; al trattamento dei disturbi neurologici e del neurosviluppo per l'età infantile e adolescenziale; prevenzione, riduzione del rischio, trattamento e riabilitazione per i pazienti affetti da disturbo da uso di sostanze anche in comorbilità con disturbi psichiatrici, attraverso interventi di rete a integrazione socio-sanitaria.

Il DSM assicura altresì al Distretto la necessaria integrazione tra le proprie prestazioni e quelle svolte da altre articolazioni organizzative. Tale modello organizzativo trae fondamento dalla definizione di una rete di trattamento, ospedaliera e territoriale integrata, secondo una logica di psichiatria di comunità.

Ai fini dell'erogazione delle prestazioni, il Dipartimento si articola in Unità operative complesse, Unità operative semplici a valenza dipartimentale, Unità operative semplici ospedaliere e/o territoriali.

I principi che devono orientare l'assetto e l'operatività dei servizi di salute mentale sono i seguenti:

- centralità del paziente intesa come coinvolgimento attivo dello stesso nel processo di cura;
- valorizzazione dell'esperienze di coinvolgimento delle famiglie;
- integrazione nell'Azienda sanitaria dei servizi di salute mentale con gli altri servizi sanitari e con i servizi sociali;
- multidisciplinarietà e multiprofessionalità dell'equipe;
- garanzia della tutela e la cura della salute mentale anche all'interno degli istituti penitenziari del territorio;
- promozione dell'integrazione con le risorse della comunità locale;
- adozione di strumenti del Governo Clinico nell'ottica di erogare prestazioni dotate di efficacia, efficienza ed economicità;
- partecipazione delle associazioni degli utenti, dei loro familiari, del volontariato;
- rendicontazione sociale, attraverso conferenze dei servizi (*Accountability*).

Il Direttore del Dipartimento è responsabile dal punto di vista tecnico professionale e gestionale dell'intera attività del Dipartimento e supporta la Direzione Sanitaria nella funzione di governo clinico. È responsabile della gestione del budget dipartimentale e delle risorse a esso assegnate, assicura il coordinamento tra le articolazioni organizzative, garantisce gli interventi di emergenza/urgenza H24, promuove gli interventi preventivi, assicura la presa in carico dei pazienti gravi, la continuità dell'assistenza, la promozione delle attività di MCQ, la realizzazione del sistema informativo nei limiti delle risorse destinate dall'azienda (Progetto Obiettivo Nazionale "Tutela della salute mentale 1998-2000").

### 5.6.3 L'assistenza sanitaria della popolazione detenuta

Le Aziende Sanitarie Locali del Lazio attraverso le UU.OO. di Sanità penitenziaria – ora denominate UU.OO. Salute in carcere – garantiscono i LEA alla popolazione detenuta con l'erogazione delle attività di assistenza primaria e specialistica assicurando le prestazioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione secondo i principi della qualità, dell'efficacia, dell'efficienza, dell'appropriatezza e della sicurezza clinica. L'assistenza sanitaria, all'interno degli Istituti penitenziari, opera attraverso un intervento assistenziale di tipo multidisciplinare, con il fine di garantire alla popolazione detenuta gli stessi standard assistenziali assicurati ai cittadini in libertà.

Le UU.OO. Salute in carcere assicurano, inoltre, la gestione unitaria di tutte le attività sociosanitarie a favore della persona detenuta con la collaborazione inter-istituzionale dei settori dell'Amministrazione penitenziaria, della Magistratura e del Centro di Giustizia minorile.

Le prestazioni erogate dalle suddette UU.OO. possono inquadarsi nelle seguenti macroaree, secondo quanto disciplinato dal DPCM 12 gennaio 2017:

- medicina generale e specialistica;
- salute mentale e dipendenze patologiche;
- emergenza-urgenza;
- assistenza infermieristica;
- assistenza protesica.

La Sanità penitenziaria per lo svolgimento delle proprie funzioni collabora con il Dipartimento di salute mentale, il Dipartimento delle dipendenze, il Dipartimento di prevenzione, il Distretto sociosanitario e la rete ospedaliera.

Il servizio sanitario presso gli Istituti penitenziari si articola come una Unità operativa con una propria autonomia tecnica, funzionale e gestionale la cui complessità è proporzionale al crescere dei volumi prestazionali assistenziali da assicurare alla popolazione detenuta e alla funzione strategica che l'Unità operativa riveste all'interno della rete sanitaria regionale secondo quanto indicato da presente documento.

L'organizzazione delle UU.OO. Salute in carcere è definita dagli atti aziendali che riconoscono alle stesse il grado di autonomia, l'attività multidisciplinare e di integrazione con la rete sanitaria aziendale, secondo quanto previsto del presente atto.

L'organizzazione della sanità penitenziaria e gli standard del personale saranno oggetto di prossima definizione con specifici provvedimenti programmatori regionali a cui gli atti aziendali dovranno conformarsi.

In questo contesto, giova evidenziare come la rete di salute in carcere, in base alle indicazioni dell'accordo della Conferenza Unificata del 22 gennaio 2015 (recepito con DGR del Lazio n. 375 del 28 luglio 2015), si articola su due livelli secondo il modello hub/spoke.

Il primo livello (hub) è costituito dal servizio medico multiprofessionale integrato che è in grado di assicurare un servizio medico di base e specialistico, capace di erogare, quando necessario, anche prestazioni a elevata intensità di cura. Esso è presente presso gli Istituti penitenziari di grandi dimensioni.

Il secondo livello (spoke) è costituito dal servizio medico e specialistico di base. Esso è presente presso gli Istituti penitenziari di medie e piccole dimensioni.

I livelli organizzativi e la determinazione di standard per il personale permetteranno di:

- accrescere il ruolo e le responsabilità delle UU.OO. Salute in carcere all'interno dell'organizzazione delle AASSLL;
- orientare in maniera appropriata e omogenea l'offerta specialistica verso i bisogni assistenziali emergenti;
- accrescere l'offerta dell'assistenza sanitaria intensiva con la creazione a livello regionale di specifiche sezioni cliniche per la gestione delle patologie croniche;
- strutturare l'organizzazione della rete regionale su una organizzazione integrata basata sulla gradazione dell'intensità assistenziale in base ai bisogni.

La complessità che caratterizza la Rete delle strutture e dei servizi per la tutela della salute in area penitenziaria, si evince, non solo dalla necessità di regolamentare tale ambito attraverso una cospicua normativa emanata in materia e in continua evoluzione, ma anche dalle caratteristiche quali-quantitative degli Istituti Penitenziari presenti nel territorio regionale del Lazio.

#### **5.6.4 Articolazione Tutela Salute Mentale (ATSM) e Reparti di Medicina protetta**

Le Articolazioni Tutela Salute Mentale (ATSM) garantiscono l'erogazione di interventi diagnostici e terapeutico-riabilitativi per detenuti affetti da disturbi mentali, attraverso sia personale dei Dipartimenti di Salute Mentale delle ASL su cui insiste l'Istituto Penitenziario sia personale non dipendente (ad es. SAI). L'inserimento in dette sezioni che comprendono e unificano le preesistenti sezioni penitenziarie per osservandi e "minorati psichici", è riservato ai soggetti detenuti che presentano disturbi psichici gravi, con specifico riferimento ai soggetti di cui all'articolo 111 (commi 5 e 7) del DPR 230/2000 sull'ordinamento penitenziario, ai soggetti di cui all'articolo 112 del D.P.R. medesimo.

Per quanto attiene i Reparti di Medicina protetti, servizi previsti dall'art. 7, della Legge n. 296/93, questi sono destinati a soggetti detenuti che necessitano di degenze ospedaliera.

#### **5.6.5 Digitalizzazione dei processi, procedure, documentazione clinica secondo indicazioni regionali**

La trasformazione digitale nei servizi sanitari del Lazio viene realizzata tramite l'implementazione di un nuovo ecosistema digitale integrato, promuovendo parallelamente lo sviluppo della telemedicina come leva essenziale per migliorare l'accessibilità e la qualità dell'assistenza e di cui il Distretto/Struttura ospedaliera rappresenta scenario privilegiato di sviluppo.

La realizzazione del sistema informativo sanitario regionale è guidata da una roadmap definita nel rispetto delle piattaforme nazionali. Le iniziative chiave sono: centralizzazione dei consensi, adeguamento dei sistemi di codifica ed evoluzione dell'ecosistema regionale relativo al FSE. Il sistema informativo regionale viene realizzato con un approccio che mira all'omnicanalità, puntando alla realizzazione di piattaforme che semplifichino la relazione digitale tra la pubblica amministrazione e i cittadini.

L'accesso al FSE è garantito alla più ampia fascia di popolazione possibile, la raccolta del consenso viene disciplinata tramite la strutturazione di percorsi semplici e la messa in campo di una comunicazione efficace che si avvale del coinvolgimento attivo del MMG/PLS. L'infrastruttura nazionale di integrazione (INI) è responsabile della conservazione e della verifica dei consensi manifestati dagli assistiti secondo le relative linee guida, facilitando la comunicazione tra i vari sistemi regionali. A tal fine, è in corso di implementazione un sistema di Master Data Management regionale, nel rispetto delle linee guida nazionali e dei protocolli, in termini di codifica del minimum data set e standard di interoperabilità dei sistemi.

La coerenza dei dati anagrafici degli assistiti è garantita tramite la ridefinizione dell'anagrafica regionale ASUR. In funzione di ciò, assume un ruolo fondamentale l'integrazione tra ASUR, ANA (anagrafica di riferimento per l'ecosistema delle piattaforme centrali) e le anagrafiche aziendali. Ogni azienda è tenuta ad

attivare una anagrafe dei contatti MPI aziendale, integrata con ASUR, che assicuri l'omogeneità del dato anagrafico su tutti i sistemi locali.

Il Fascicolo Sanitario Elettronico assume il ruolo di "portale clinico integrato", capace di mettere in sinergia i sistemi informatici verticali. Esso funge da accesso unico ai servizi sanitari digitali, documenti e dati, indirizzando l'utente autenticato al portale del FSE della regione di competenza. Il FSE della Regione Lazio deve configurarsi come un sistema abilitante per i servizi offerti dalla Regione, fungendo da canale unico di accesso per i cittadini ai servizi sanitari. Oltre alla gestione dei Percorsi Diagnostico Terapeutici Assistenziali (PDTA), servizi di Telemedicina, e gestione delle prestazioni, il FSE deve permettere il caricamento dei dati personali del cittadino (Personal Generated Health Data - PGHD).

Il FSE deve assumere il ruolo di agile strumento per operatori sanitari e cittadini, consentendo l'erogazione di servizi come la gestione dei MMG/PLS, variazioni di regione o azienda sanitaria di assistenza, esenzioni per patologie, gestione di soggiorni all'estero, richieste di assistenza da cittadini di altri Stati membri dell'UE, prenotazioni e pagamenti di prestazioni, gestione delle deleghe, erogazione di alimenti speciali, attivazione dei servizi di emergenza, ricerca e geolocalizzazione di ospedali e pronto soccorso, informazioni sul percorso di cura, condivisione di informazioni tra professionisti e altro.

### 5.6.6 Telemedicina

La Regione Lazio promuove attivamente lo sviluppo dei servizi di telemedicina, con l'obiettivo di garantire un'assistenza sanitaria ancora più efficace e accessibile. La Regione ha messo a disposizione piattaforme regionali TeleAdvice, LazioAdvice e Sismed che forniscono rispettivamente servizi di Teleconsulto, Telemonitoraggio e Televisita. Tali piattaforme, anche se verranno integrate/sostituite dalle nuove piattaforme finanziate dal PNRR, sono già ampiamente utilizzate a livello regionale.

In accordo con le linee di indirizzo per i servizi di telemedicina (allegato B 4.10/2022/106/CSR) e, alla luce della DGR 338/2023 che ha approvato il *“modello organizzativo dei servizi di telemedicina territoriali ed ospedalieri della Regione Lazio”*, la Regione promuove fortemente la diffusione dei servizi di telemedicina su tutto il territorio regionale.

Al fine di implementare servizi di telemedicina efficaci, le Aziende Sanitarie Territoriali e Ospedaliere devono adottare modelli organizzativi flessibili, adatti alla specifica tipologia dei servizi di telemedicina erogati.

È, pertanto, auspicabile la creazione di una struttura di telemedicina che, a seconda dei modelli organizzativi e i servizi di telemedicina erogati (Televisita, Teleconsulto, Telemonitoraggio, Teleassistenza, ecc), potrà assolvere il ruolo di *“Centro Servizi”* (con competenze prevalentemente tecniche e di help desk, anche proattivo, per il personale sanitario e per i pazienti), e/o di *“Centro Erogatore”* (con competenze prettamente di tipo clinico e sanitario).

Il *“Centro Servizi”* e il *“Centro Erogatore”* rivestono, infatti, un ruolo centrale nel garantire il corretto funzionamento di qualsiasi prestazione di telemedicina. Le specificità delle loro funzioni sono dettagliatamente descritte nei documenti sopracitati e nella DGR 643 del 2022. Le strutture di telemedicina potranno avere una stretta collaborazione con l'ICT.

La COT potrà interagire con la struttura di telemedicina come normalmente interagisce con gli altri servizi; potrà quindi suggerire il coinvolgimento di pazienti in particolari servizi di telemedicina, curerà la continuità assistenziale anche dei servizi di telemedicina tra Ospedale -Territorio e tra Territorio-Territorio.

Il personale coinvolto nella struttura di telemedicina potrà essere di tipo sanitario, amministrativo, tecnico.

## 5.7 IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

### 5.7.1 I LEA *“Prevenzione Collettiva e Sanità pubblica”*

Il Dipartimento di Prevenzione è la principale articolazione di riferimento per il macrolivello dei LEA *“Prevenzione collettiva e sanità pubblica”* ed è, quindi, la struttura aziendale preposta alla promozione della salute della popolazione, alla prevenzione delle malattie e delle disabilità, al miglioramento della qualità della vita, attraverso azioni volte alla sorveglianza, prevenzione e gestione dei rischi per la salute.

In tale prospettiva, il Dipartimento di Prevenzione promuove e coordina interventi intersettoriali, realizzati in collaborazione con Istituzioni, Enti e soggetti extra sanitari, che mirano, da un lato, ad affrontare i rischi potenziali o già esistenti che hanno origine dall'interfaccia tra ambiente animali-ecosistemi, dall'altro a potenziare i determinanti socio-ambientali di salute, mediante iniziative coordinate con i Distretti e con gli altri Dipartimenti territoriali e ospedalieri, prevedendo l'azione congiunta di operatori sociosanitari di diverse discipline.

Per operare in maniera integrata, il Dipartimento di Prevenzione deve esplicitare le funzioni svolte in maniera specialistica ed esclusiva a livello aziendale e quelle svolte in raccordo con altre strutture aziendali. Con riferimento a quest'ultime, nell'Atto Aziendale devono essere descritte le modalità di integrazione funzionale con le altre articolazioni organizzative dell'Azienda, in particolare con i Distretti e le Case della Comunità, in ottemperanza alle indicazioni contenute nel DM n. 77/2022 e alle linee guida regionali (DGR 643/2022 e ss.mm.ii e Determinazione G02706/2023; DGR 976/2023; DGR 869/2023). Inoltre, devono essere previste forme di coordinamento con il Dipartimento delle Professioni Sanitarie, al fine di garantire l'efficace ed efficiente effettuazione delle attività di prevenzione, promozione della salute, controllo e gestione delle emergenze ambientali e infettive.

L'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione deve garantire la sinergia e l'integrazione operativa delle suindicate funzioni secondo un approccio "One Health", nella sua evoluzione "Planetary Health" che riconosce che la salute delle persone, degli animali e degli ecosistemi sono strettamente interconnesse, e un approccio di "Global Health" che considera la salute come l'esito di determinanti di salute, in parte modificabili, riconoscendo le interconnessioni tra salute fisica e mentale e benessere socioeconomico, e tra salute individuale e della comunità.

In particolare, l'organizzazione del Dipartimento di Prevenzione deve assicurare tra i suoi servizi, forme di integrazione operativa nell'ambito dei seguenti Piani e Reti Regionali:

- il **Piano Aziendale di Prevenzione (PAP)** che rappresenta il principale strumento programmatico e attuativo delle politiche di prevenzione della ASL e del Livello di Assistenza "*Prevenzione collettiva e sanità pubblica*", comprendendo il complesso delle attività di promozione della salute e prevenzione sia a livello centrale che distrettuale;
- il **Piano Pandemico Aziendale** mediante l'individuazione del Coordinatore Unico Aziendale per la Pandemia Influenzale di cui alla DGR n. 84/2022 e ss.mm.ii;
- le attività aziendali da espletarsi per l'attuazione del **Piano Regionale Integrato dei Controlli Ufficiali in sicurezza alimentare (PRIC)**;
- le attività aziendali da espletarsi per l'attuazione dei programmi vaccinali previsti dal vigente **Piano Regionale Prevenzione vaccinale**, nonché dai programmi vaccinali e di profilassi attivati in occasione di epidemie o emergenze infettivologiche e ambientali;
- le attività da espletarsi per l'implementazione a livello aziendale del **Piano Regionale al Contrasto dell'Antimicrobico Resistenza**;
- **La Rete SRPR**: Sistema Regionale Prevenzione Salute dai rischi ambientali e climatici per la gestione integrata degli aspetti sanitari in tema di ambiente, clima e salute (Determinazione n. G13541 del 07/10/2022) in attuazione del DM del 9 giugno 2022.

### 5.7.2 Funzioni del Dipartimento di Prevenzione

L'assetto organizzativo del Dipartimento di Prevenzione è delineato dal d.lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e dal D.P.C.M. 12.01.2017.

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

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

Le suindicate funzioni possono configurarsi come strutture complesse, semplici dipartimentali o semplici in base all'analisi delle caratteristiche del territorio e della popolazione target, a partire dalla valutazione analitica di alcuni parametri quali bacino di utenza (popolazione assistita residente e non residente, numero e complessità delle strutture da sottoporre a vigilanza e controllo, numero delle aziende zootecniche e dei capi di bestiame, etc.), volumi di produzione, etc. La funzione Igiene e sanità pubblica include anche la funzione relativa all'implementazione dei programmi vaccinali che, sulla base della dimensione della popolazione target e delle caratteristiche del territorio, può configurarsi come UOC o UOS.

Per garantire i programmi e le attività a tutela della salute collettiva incluse dai LEA "Prevenzione collettiva e sanità pubblica" di cui al D.P.C.M. 12 gennaio 2017, sono previste le seguenti ulteriori funzioni:

- g) Prevenzione attiva attraverso gli screening di popolazione;
- h) Promozione della salute e coordinamento del Piano Aziendale di Prevenzione (PAP);
- i) Promozione dell'attività fisica e Medicina dello sport;
- j) Coordinamento delle attività di Prevenzione e mitigazione dei rischi ambientali e climatici.

Per quanto riguarda le funzioni g e h, queste possono configurarsi come strutture complesse o semplici dipartimentali in base all'analisi dei suindicati parametri relativi alle caratteristiche del territorio e della popolazione target.

Le funzioni i e j possono configurarsi come strutture semplici o semplici dipartimentali, in base all'analisi dei suindicati parametri relativi alle caratteristiche del territorio e della popolazione target ovvero possono essere garantite attraverso l'assegnazione di incarichi di alta specializzazione.

Nel dettaglio le funzioni suindicate includono i seguenti programmi/attività principali:

- **Prevenzione attiva attraverso gli screening di popolazione:**
  - promozione, organizzazione, coordinamento e monitoraggio degli screening oncologici che costituiscono LEA;
  - promozione, organizzazione, coordinamento degli screening neonatali (LEA) per raccordo con i punti nascita;
  - promozione, organizzazione e coordinamento di ulteriori programmi di screening definiti a livello nazionale.
- **Promozione della salute, coordinamento del Piano Aziendale di Prevenzione (PAP):**
  - coordinamento, monitoraggio e valutazione del PAP e supporto all'implementazione delle azioni trasversali del PAP (intersettorialità, formazione, comunicazione, equità);
  - definizione e aggiornamento del profilo di salute di comunità e coordinamento delle sorveglianze di popolazione di cui al D.P.C.M. 03.03.2017, in raccordo con il Dipartimento della Funzione territoriale;
  - coordinamento delle attività di promozione della salute e prevenzione delle patologie croniche realizzate secondo un approccio orientato all'equità, anche attraverso la creazione di équipe integrate e multidisciplinari come l'équipe della prevenzione;
  - coordinamento degli interventi di promozione della salute realizzati in setting extra-sanitari (es. la scuola) anche in collaborazione con altri servizi del Dipartimento di Prevenzione o di altre macrostrutture aziendali;
  - coordinamento delle attività di contrasto al tabagismo eventualmente anche attraverso l'erogazione di interventi terapeutici individuali o di gruppo rivolti alla popolazione fumatrice adulta e alla popolazione in età lavorativa, in raccordo con il programma Luoghi di Lavoro che Promuovono Salute.
- **Promozione dell'attività fisica e Medicina dello sport:**
  - attività certificative di Medicina dello sport, indicate come LEA, finalizzate all'attività agonistica per minorenni e persone con disabilità, nonché alla pratica sportiva non agonistica in ambito scolastico;
  - promozione dell'attività fisica in tutte le fasce di popolazione, incluse quelle con patologia e

disabilità, in coordinamento con l'UO deputata alla promozione della salute.

- **Coordinamento delle attività di Prevenzione e mitigazione dei rischi ambientali e climatici**
- valutazione dei rischi sanitari conseguenti all'esposizione della popolazione a inquinanti ambientali derivanti dalle opere previste in progetti, piani e programmi anche in collaborazione con altre UO del Dipartimento interessate;
- valutazione igienico-sanitaria degli strumenti di regolazione e pianificazione urbanistica anche in collaborazione con altre UO del Dipartimento interessate;
- individuazione e contrasto dei fattori di rischio fisico, chimico e biologico negli ambienti di vita (es. radiazioni ionizzanti, radon, amianto, fitosanitari, contaminanti ambientali, rischi derivanti dall'utilizzo di sostanze chimiche, miscele e articoli - Regolamenti Comunitari REACH-CLP-Biocidi, ecc.) confinati e non confinati, anche in collaborazione con altre UO del Dipartimento interessate;
- gestione delle emergenze ambientali e comunicazione dei rischi per la salute derivanti da inquinamento ambientale;
- partecipazione e supporto a Enti e istituzioni per programmi di miglioramento ambientale, con particolare attenzione ai rapporti ambiente e salute;
- collaborazione con le altre UO del Dipartimento su tematiche trasversali in ambito di promozione della salute, in particolare sulle attività di prevenzione dei danni da inquinanti ambientali, dei traumi da traffico e degli incidenti domestici.

Relativamente alle attività di sanità pubblica veterinaria in ambito urbano, cui si aggiungono le attività sanitarie conseguenti alla comparsa di nuove specie di vettori, si può prevedere l'istituzione di una unità operativa semplice di **Igiene Urbana Veterinaria** che comprenda le seguenti attività:

- sorveglianza sanitaria e controllo degli organismi sinantropi (es. colombi, gabbiani), infestanti (es. zecche, zanzare), commensali (es. topi, ratti) d'interesse per la salute pubblica in raccordo con gli Enti competenti;
- lotta e controllo dei vettori con programmi di monitoraggio e interventi di disinfezione,
- disinfestazione e derattizzazione;
- gestione dell'Anagrafe degli Animali da compagnia e controllo del randagismo con gestione del canile sanitario e vigilanza sui rifugi;
- registrazione e interventi di sterilizzazione di cani e gatti;
- recupero animali vaganti sul territorio di competenza;
- recupero di animali (cani e gatti) feriti sul territorio di competenza;
- casi sociali riguardanti gli animali da compagnia;
- controllo e valutazione degli animali morsicatori e prevenzione dell'aggressività canina
- informazione e formazione dei cittadini e dei portatori di interesse relativamente agli animali da compagnia;
- promozione della Pet Therapy;
- autorizzazione e vigilanza su fiere, mostre, esposizioni relative ad animali da compagnia.

Al fine di garantire una migliore fruibilità dei servizi e delle prestazioni da parte delle imprese e dei cittadini, per ridurre i costi di erogazione delle prestazioni e per sviluppare mappe di rischio integrate che tengano conto dei diversi profili della prevenzione, le Aziende Sanitarie locali utilizzano ed alimentano il Sistema Informativo unico della Prevenzione (SIP) e altri sistemi informativi e piattaforme di monitoraggio relative ad interventi di promozione della salute e prevenzione.

### **5.7.3 L'integrazione tra il Dipartimento di Prevenzione, i Distretti e gli altri Dipartimenti territoriali e ospedalieri**

L'integrazione tra il Dipartimento di Prevenzione, i distretti e gli altri Dipartimenti territoriali e ospedalieri, include diversi ambiti rilevanti, richiamati dal Piano Regionale della Prevenzione e mira ad aumentare l'efficacia degli interventi, ma anche a migliorare l'efficienza nell'uso delle risorse. L'integrazione, sostenuta nei Distretti anche attraverso la creazione di équipes integrate e multidisciplinari come l'équipe della

prevenzione che mira a favorire l'implementazione del modello operativo integrato delle Case di Comunità (CdC), riguarda in particolare i seguenti ambiti:

- prevenzione delle malattie prevenibili con vaccino, individuando strategie per mantenere o migliorare le coperture raggiunte, anche attraverso il coinvolgimento attivo dei medici/pediatri di famiglia nelle attività di sensibilizzazione ed informazione della popolazione;
- riduzione della mortalità per carcinoma della mammella, della cervice uterina e del carcinoma del colon retto, attraverso i programmi di screening oncologici, attuando interventi volti a incrementare la partecipazione e l'accesso agli screening nella popolazione generale e nei sottogruppi specifici di popolazione;
- prevenzione primaria e promozione di stili di vita sani per prevenire le patologie croniche e le loro complicanze, secondo un approccio per setting e orientato all'equità, in linea con le indicazioni del Piano Regionale e Aziendale della Prevenzione;
- riduzione della percentuale di fumatori abituali, con particolare riguardo ai soggetti in età giovane e alle donne fumatrici, anche attraverso azioni di educazione e di sostegno alla cessazione del fumo, nonché tramite promozione di programmi terapeutici finalizzati alla disassuefazione dal tabagismo attivati dall'Azienda presso i Servizi per le dipendenze patologiche ed altri servizi specialistici competenti per il tabagismo e problematiche fumo-correlate come il Dipartimento di Prevenzione e le Unità di Pneumologia;
- promozione dell'attività motoria, con riguardo alla popolazione giovane-adulta e ai soggetti con patologia;
- prevenzione dell'obesità, con particolare riguardo a quella infantile;
- riduzione del numero di consumatori di alcol a rischio attraverso azioni di prevenzione ed interventi quali ad esempio il consiglio motivazionale breve;
- prevenzione degli incidenti domestici con realizzazione di attività nei setting sanitari rivolte a neogenitori, anziani e caregiver.

#### **5.7.4 Rete dei Dipartimenti di Prevenzione**

Al fine di favorire l'integrazione operativa di rete tra tutti i Dipartimenti di Prevenzione delle ASL e la definizione di modalità operative efficaci ed omogenee relativamente alle funzioni di erogazione diretta delle prestazioni di prevenzione, al coordinamento degli interventi di promozione della salute, nonché alle attività di vigilanza e controllo negli ambiti di competenza, è stato istituito con Determinazione n. G14625 del 06/11/2023 il Coordinamento Regionale dei Dipartimenti di Prevenzione, composto dai Dirigenti e dai funzionari dell'Area Regionale competente e dai Direttori dei Dipartimenti di Prevenzione e, su chiamata, da altri professionisti sanitari esperti sui temi e materie di interesse.

#### **5.8 Dipartimento del Farmaco e dei Dispositivi Medici**

Il Dipartimento del Farmaco e dei Dispositivi Medici è l'articolazione di riferimento che garantisce la corretta declinazione degli obiettivi strategici, realizzando il miglior governo della spesa farmaceutica, dei dispositivi medici e dei beni a valenza terapeutica. Il Dipartimento del Farmaco e dei Dispositivi Medici persegue il rispetto dei tetti di spesa previsti dalla vigente normativa nazionale e coordina, nell'ambito dell'azienda sanitaria, le attività utili a recepire gli indirizzi strategici regionali in tema di migliore performance prescrittiva e gestionale.

L'attuale contesto sanitario richiede l'applicazione di modelli gestionali che siano orientati a garantire l'ottimale allocazione economica e, contestualmente, assicurare un'immediata disponibilità dell'innovazione terapeutica. Affinché l'attuale offerta di innovazione terapeutica possa compiutamente contribuire alla massimizzazione dell'outcome di salute in maniera efficiente, è necessario attuare politiche volte a declinare la disponibilità di cura creando un "valore di sistema". Tale valore di sistema eviterà ridondanze terapeutiche e si attuerà coniugando correttamente le tre principali dimensioni che rappresentano le leve di corretta performance gestionale:

- la dimensione allocativa che persegue “*evidence-based allocation*”, che ha come obiettivo la corretta attribuzione della facoltà prescrittiva alle strutture che abbiano dimostrato di saper massimizzare il valore ottenuto per unità di costo;
- la dimensione tecnica che valorizza le scelte clinico organizzative a supporto delle differenti opzioni diagnostico-terapeutiche;
- la dimensione del coinvolgimento dei pazienti nel creare valore sanitario.

Il Dipartimento del Farmaco e dei Dispositivi Medici garantisce, nell’ambito gestionale dell’azienda sanitaria, la presenza di un’infrastruttura tecnico-informativa integrata che fornisce le evidenze necessarie per allocare le risorse ai migliori professionisti, per selezionare i percorsi costo efficaci, per permettere ai pazienti una scelta informata e consapevole.

Il Dipartimento assolve in modo omogeneo e organico alle molteplici attività legate all’intero processo di governo del farmaco, del dispositivo medico e degli altri beni a valenza terapeutica.

Le specifiche macroaree che caratterizzano le attività dipartimentali sono:

- area dell’assistenza territoriale e della farmaceutica convenzionata;
- area dell’assistenza ospedaliera e della produzione di terapie personalizzate;
- area dell’assistenza diretta e della presa in carico assistenziale;

Tali aree sono strettamente connesse alla pratica clinica, impattano sulla definizione dei percorsi e dei processi di cura e sono indispensabili per la corretta ed efficiente gestione dell’assistenza sanitaria.

Il Dipartimento del Farmaco e dei Dispositivi Medici è l’articolazione aziendale che garantisce l’attuazione delle disposizioni della normativa di riferimento in merito all’identificazione, alla valutazione, alla comprensione e alla prevenzione degli effetti avversi correlati all’utilizzo dei farmaci e dei dispositivi medici nella *real life*. Tale attività, svolta in modo subottimale nell’attuale contesto sanitario, è invece di importanza rilevante nel garantire un uso sicuro di farmaci e di dispositivi medici nella reale pratica clinica (ambito non verificato nei trial regolatori). Il sistema dipartimentale offre una visione integrata dei processi di cura, corredata da disponibilità di dati e promuove azioni di governo dell’attività di “vigilanza sulle terapie”. Le attività gestionali dell’ambito si incentrano sul potenziamento della sorveglianza attiva che, contrariamente a quella passiva, accerta completamente tutti gli eventi avversi, attraverso un processo preorganizzato e continuo. La sorveglianza attiva può essere realizzata attraverso la revisione delle cartelle cliniche in siti sentinella, in modo da garantire dati completi e accurati sugli eventi avversi; attraverso il *Drug Event Monitoring* analizzando i dati di prescrizione, attraverso i dati contenuti nei registri di patologia o esposizione. Un sistema di sorveglianza attiva consente il miglior governo delle attività e promuove politiche di accesso al finanziamento nazionale per la promozione di progettualità di farmaco e dispositivo-vigilanza con un evidente vantaggio in termini di *out come* di salute e *performance* aziendale.

## **5.9 Dipartimento delle professioni sanitarie e sociali.**

### **5.9.1 Assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni sanitarie tecniche, della riabilitazione e della prevenzione.**

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

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

Tale dipartimento può essere previsto anche in deroga al rapporto indicato nel successivo punto 6.9.3.

Il Dirigente Sanitario responsabile del Dipartimento è un operatore appartenente alle professioni di cui alla legge 251/2000 in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente, scelto tra i Dirigenti delle strutture complesse individuate all'interno del dipartimento stesso e nominato dal Direttore Generale, con il conferimento di un incarico di durata da due a tre anni, così come previsto dal precedente punto 5.2.

Il Dirigente delle strutture semplici o complesse delle professioni infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecniche sanitarie e tecniche della prevenzione, è nominato, attraverso idonea procedura concorsuale ai sensi dell'art. 7 della Legge 251/2000, di cui al DPCM del 25 gennaio 2008 che rende esecutivo l'Accordo, raggiunto in Conferenza Stato Regioni il 15 novembre 2007, concernente la disciplina per l'accesso alla qualifica unica di dirigente delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica, pubblicato in Gazzetta Ufficiale 26 febbraio 2008, n. 48.

Per le ASL, il Dipartimento può comprendere nella sua articolazione anche le strutture di governo delle professioni sociali, prevedendo il Dipartimento Aziendale delle Professioni Sanitarie e Sociali (DAPSS), al fine di assicurare la programmazione, la gestione, l'organizzazione la valutazione, il rispetto delle norme etiche e deontologiche ed il miglioramento continuo delle prestazioni assistenziali garantite dal personale infermieristico, tecnico-sanitario, della riabilitazione, di ispezione e vigilanza, degli operatori di supporto e degli assistenti sociali.

Il DAPSS è responsabile del governo dell'assistenza infermieristica, tecnica e sociale di natura preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa. Tale attività viene espletata promuovendo modelli organizzativi e professionali innovativi che sviluppino e valorizzino le professioni sanitarie, tecnico-sanitarie e sociali.

#### 5.10 Le Funzioni di Staff alla Direzione Aziendale

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

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

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

- ✓ **Pianificazione strategica, budget, controllo di gestione e sistema di valutazione:** supporta la Direzione Aziendale nella definizione del Piano Strategico Aziendale e del processo di programmazione e di budgeting annuale. Questa funzione garantisce anche il supporto tecnico all'Organismo Indipendente di Valutazione nello svolgimento delle funzioni ad esso assegnate.
- ✓ **Relazioni sindacali.**
- ✓ **Governo della rete degli erogatori,** inteso sia come verifica del possesso e del mantenimento dei requisiti di accreditamento, sia di programmazione e valutazione della rete dell'offerta. Svolge una funzione trasversale nell'ambito dei processi di programmazione e governo dell'offerta dei servizi sanitari, mediante forme stabili di collaborazione con i Distretti, anche al fine dell'abbattimento delle liste d'attesa. Tale funzione di staff è da intendersi attiva nelle more della piena attuazione delle previsioni di cui all'art. 14, comma 3 della L.R. n. 4/2003 e s.m.i. e dell'art. 24 del R.r. n. 20/2019 relative al Servizio "Organismo Tecnicamente Accreditante" (OTA) regionale.
- ✓ **Ufficio relazioni con il pubblico e comunicazione istituzionale:** assicura la gestione della comunicazione con gli utenti, cura la comunicazione esterna rivolta ai cittadini, alla collettività e ad altri enti, elabora la Carta dei Servizi, coordina il Tavolo Permanente del Volontariato, verifica la percezione della qualità delle prestazioni erogate individuando, per tale finalità, idonei e adeguati strumenti. L'azienda garantisce che l'Ufficio Relazioni con il Pubblico sia organizzato avvalendosi di personale appositamente formato, prevedendo anche la possibilità, in relazione al tipo di utenza presente sul territorio, di mediatori culturali per gli assistiti di diverse etnie.
- ✓ **Ufficio stampa,** quale funzione preposta a garantire l'informazione ai mezzi di comunicazione di massa, attraverso stampa, audiovisivi e strumenti telematici.
- ✓ **Qualità:** cura la gestione di processi di valutazione della qualità dei servizi attraverso forme di audit,

indagini di valutazione sulla qualità percepita e iniziative di valutazione civica (es. Audit civico), che favoriscono la partecipazione attiva dei cittadini e delle Associazioni di tutela dei pazienti.

- ✓ **Servizio di prevenzione e protezione:** cura la corretta applicazione delle normative in vigore in tema di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro di cui al d.lgs n. 81/08 e s.m.i..
- ✓ **Medico competente:** cura la corretta applicazione delle normative in vigore riguardanti la sorveglianza sanitaria dei lavoratori nonché degli altri obblighi previsti dalla normativa in materia di salute e sicurezza sui luoghi di lavoro.
- ✓ **Risk management,** attiva tutte le iniziative volte a migliorare la sicurezza delle cure. Il numero di risorse umane assegnate a questa funzione deve essere parametrato alla complessità della struttura e alle attività svolte in essa. Il numero delle risorse assegnate va definito con riferimento ai criteri già utilizzati dalla Regione per la ripartizione dei fondi di cui al DCA U00151/2014. La funzione deve essere attribuita a un professionista in possesso dei requisiti previsti dall'articolo 1, comma 540, della legge 28 dicembre 2015, n. 208 per come modificato dall'art. 16, comma 2, della legge 8 marzo 2017, n. 24.
- ✓ **Avvocatura:** si occupa del patrocinio diretto delle controversie che coinvolgono l'Azienda avanti ogni ordine e grado di giudizio, nonché dell'assistenza stragiudiziale e della consulenza legale agli altri servizi aziendali. Collabora con l'Avvocatura Regionale nelle cause comuni.
- ✓ **Formazione,** che insieme all'aggiornamento professionale rappresenta per l'Azienda uno strumento strategico per la crescita professionale, lo sviluppo di nuove competenze, il rafforzamento di quelle esistenti e per il miglioramento dell'efficacia ed efficienza, in un'ottica di appropriatezza delle prestazioni e organizzativa, nel perseguimento degli obiettivi aziendali e degli indirizzi regionali. Rappresenta uno dei principali strumenti per la diffusione e la condivisione di una cultura organizzativa orientata al miglioramento continuo della qualità. L'Azienda favorisce l'accesso alla formazione di tutto il personale e rivolge la propria offerta formativa sia alle professioni previste dal sistema di Educazione Continua in Medicina ("ECM") che alle altre professionalità presenti in Azienda.
- ✓ **Sviluppo organizzativo:** supporta la Direzione Aziendale e le strutture operative nell'analisi e revisione dei processi organizzativi, nell'analisi e definizione di procedure operative e nella definizione di piani e programmi di cambiamento organizzativo.
- ✓ **Sistemi informativi aziendali,** per la gestione dei flussi informativi connessi ad adempimenti di legge (flusso dati SIO – SIAS – SIES).
- ✓ **Trasparenza e anticorruzione,** come funzioni preposte alla definizione e gestione del Piano della Trasparenza e del Piano per l'Anticorruzione, con il coinvolgimento di tutte le strutture aziendali e una periodica rendicontazione dell'attività svolta e dei risultati raggiunti.
- ✓ **Rendicontazione sociale:** funzione preposta alla sperimentazione e utilizzo di nuove forme di rendicontazione ai cittadini delle proprie scelte di programmazione, delle modalità di attuazione delle stesse, nonché degli impatti delle politiche di intervento non solo in termini di risorse economico-finanziarie, ma soprattutto in termini di efficacia. Questa esigenza di *accountability* può essere soddisfatta attraverso lo sviluppo di forme innovative di comunicazione agli utenti, quale il bilancio sociale, integrate con il ciclo di gestione della performance e il Piano della trasparenza, secondo le linee di indirizzo regionali e nel rispetto della Direttiva del Ministro della Funzione Pubblica sulla rendicontazione sociale nelle amministrazioni pubbliche del 17 febbraio 2006.

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

L'articolazione delle funzioni di staff sotto il profilo organizzativo dipende dalla complessità dell'Azienda. Possono essere articolate, anche se non necessariamente, in unità complesse o semplici, che possono includere diverse funzioni di staff.

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

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

### **5.11 Le funzioni Amministrative e Tecniche**

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

Tali funzioni devono essere individuate sulla base dei seguenti criteri:

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

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

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

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

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

### **5.12 Il processo di razionalizzazione delle funzioni aziendali**

#### **5.12.1 Le funzioni di supporto amministrative e tecniche interaziendali**

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

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

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

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

#### **5.12.2 Le funzioni clinico-assistenziali interaziendali**

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

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

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

### **5.12.3 Il rapporto Dipartimento/U.O.C**

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

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

## **6 GLI ISTITUTI DI RICOVERO E CURA A CARATTERE SCIENTIFICO (IRCSS), ALLA LUCE DELLA NUOVA DISCIPLINA**

Gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico sono disciplinati dal Decreto Legislativo n. 288 del 2003, recentemente novellato con il Decreto legislativo 23 dicembre 2022 n. 200 di riordino. L'art. 6, co. 1-bis del D. Lgs 288/2003 dispone che le Fondazioni IRCCS, così come gli IRCCS non trasformati, siano tenuti ad adeguare i rispettivi statuti o regolamenti di organizzazione e funzionamento in modo da garantire il coordinamento delle attività del Direttore generale e quelle del Direttore scientifico e al fine di assicurare l'integrazione dell'attività assistenziale e di formazione con quella di ricerca. Gli statuti o i regolamenti di organizzazione e funzionamento prevedono altresì che il Direttore scientifico sia supportato dalla struttura amministrativa dell'IRCCS.

Giova inoltre richiamare quanto previsto dal comma 1-ter del suindicato articolo 6 del D. Lgs 288/2003, secondo cui le Regioni attribuiscono ai Direttori generali degli IRCCS ulteriori specifici obiettivi funzionali al suddetto raccordo tra l'attività di ricerca e quella di assistenza.

L'articolo 10, comma 2, del Summenzionato decreto legislativo 200/2022, prevede che gli IRCCS siano tenuti a ridefinire gli atti aziendali di organizzazione includendovi una specifica e autonoma sezione per le funzioni di ricerca, unitamente alla definizione di quote riservate al personale della ricerca sanitaria assunto a tempo determinato, nonché entro 120 giorni dall'entrata in vigore della suindicata riforma, a definire il numero dei posti della dotazione organica destinati al personale di ricerca a tempo indeterminato.

L'articolo 5 del decreto legislativo n. 288 del 2003 dispone, per gli Istituti non trasformati in Fondazioni, che le modalità di organizzazione e funzionamento degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico siano disciplinate con apposito Atto di intesa sancito in sede di Conferenza Stato Regioni, atto che è stato adottato il 1° luglio 2004 (GU n.173 del 26-7-2024), l'articolo 1 del predetto Atto prevede che gli IRCCS, acquisito il parere del Consiglio di indirizzo e verifica, adottino il proprio regolamento di organizzazione e funzionamento sulla base dello schema tipo allegato al suindicato Atto e lo trasmettano per l'approvazione alla Regione e al Ministero della salute. In proposito, con nota 845-DGRIC-MDS-P del 17 febbraio 2023, il Ministero della Salute ha ritenuto opportuno richiamare la sentenza della Corte Costituzionale n. 270 del 2005, la quale, pur affermando la competenza legislativa delle Regioni in materia sanitaria, ha riconosciuto, tuttavia, il ruolo dell'Amministrazione centrale per assicurare, da parte degli IRCCS che svolgono attività di ricerca a valenza nazionale e internazionale, il rispetto dei principi fondamentali, allorquando sussistono esigenze organizzative uniformi su tutto il territorio nazionale. Sotto tale presupposto trova giustificazione la necessità che gli IRCCS si uniformino allo schema tipo di regolamento previsto dal suddetto Atto di intesa 1 luglio 2004, tenendo conto delle nuove previsioni normative.

## 7 STRUTTURA DELL'ATTO AZIENDALE

### 7.1 I contenuti dell'atto aziendale

I contenuti dell'atto aziendale sono delineati nel d.lgs. n. 502/92 e s.m.i., nonché negli atti normativi che la Regione Lazio emana nell'ambito della propria autonomia.

L'atto aziendale, in particolare, indica:

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



che è unico per tutte le Aziende del Servizio Sanitario Regionale del Lazio secondo le previsioni del nuovo Manuale di Identità Visiva delle ASL e delle Aziende Ospedaliere, di cui al seguente link [www.regione.lazio.it/salutelazio](http://www.regione.lazio.it/salutelazio), dal quale le Aziende possono prendere le varie versioni dei loghi;

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

- dell'azienda;
- m) l'indicazione dei meccanismi di integrazione e coordinamento individuati per le Aziende di Roma Capitale interessate dalla ridefinizione dei confini;
  - n) l'indicazione dei meccanismi di integrazione e coordinamento legati all' eventuale previsione di funzioni sovra aziendali ovvero all'accentramento di funzioni.

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

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

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

## 7.2 I documenti allegati all'atto aziendale

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

- I. Funzionigramma dal quale risulti anche la individuazione delle seguenti funzioni;
  - a) la figura del dirigente preposto alla redazione dei documenti contabili, prevista dall'articolo 4-bis della legge regionale n. 16/2001;
  - b) la figura del responsabile della prevenzione della corruzione, prevista dall'articolo 1, comma 7 della legge n.190/2012;
  - c) la figura del responsabile della trasparenza, che di norma, secondo quanto previsto dall'articolo 43 del d.lgs n. 33/2013, coincide con la persona del responsabile della prevenzione della corruzione.
  - d) la figura del responsabile della privacy, prevista dall'articolo 29 del d.lgs n. 196/2003 GDPR;
- II. Organigramma.
- III. Compilazione delle "Tabelle "A", "B" "C" e "D" allegata alle presenti Linee Guida con l'indicazione del numero di UOC-UOS-UOSD-AREE-DIPARTIMENTI e della loro rispettiva descrizione, previste sia nell'Atto Aziendale vigente, che nell'Atto Aziendale proposto ( sia in versione excel e pdf).
- IV. Dotazione di personale con specificazione dei ruoli e dei profili professionali, coerente con i dati forniti alla Direzione Salute e Integrazione Sociosanitaria della Regione Lazio.

Tutti gli allegati su indicati devono essere necessariamente ripresentati in occasione di eventuali proposte di modifica e/o integrazione degli atti aziendali con le predette modalità.

## 8 ORGANISMI DELL'AZIENDA

### 8.1 Il Consiglio dei Sanitari: composizione e funzioni.

Il Consiglio dei Sanitari, costituito con provvedimento del direttore generale, è un organismo elettivo dell'Azienda ASL e dell'Azienda Ospedaliera con funzioni di consulenza tecnico - sanitaria. Esso fornisce parere obbligatorio al Direttore generale per le attività tecnico - sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad essa attinenti. Si esprime, altresì, sulle attività di assistenza sanitaria.

Le modalità di funzionamento del Consiglio dei sanitari sono previste da un apposito regolamento.

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

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

#### 8.1.1 Composizione del Consiglio dei sanitari delle Aziende Ospedaliere

Il Consiglio è composto da:

- a) n. 10 dirigenti medici ospedalieri, di cui 4 dirigenti di struttura complessa e n. 6 dirigenti con cinque anni di anzianità in ruolo. Nelle Aziende Ospedaliere con più presidi viene assicurata la presenza di almeno un rappresentante medico per presidio qualora il numero dei posti letto sia superiore a 150;
- b) n. 5 dirigenti sanitari laureati non medici del ruolo sanitario in rappresentanza di ciascuna figura professionale operante nelle Aziende Ospedaliere;
- c) n. 1 operatore dell'area infermieristica;
- d) n. 2 operatori dell'area tecnico - sanitaria e della riabilitazione.
- e) Nelle Aziende Ospedaliere ove insiste la prevalenza del corso formativo del triennio clinico della Facoltà di Medicina, deve essere assicurata, in proporzione, la rappresentanza universitaria del personale dirigente sanitario con funzioni apicali, del personale dirigente sanitario non apicale e del personale tecnico laureato.

#### 8.1.2 Composizione del Consiglio dei sanitari delle Aziende ASL

La rappresentanza è assicurata dalle seguenti figure professionali:

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

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

Possono essere eletti quali componenti del Consiglio dei sanitari:

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

Partecipano all'elezione del Consiglio dei sanitari i dipendenti, ciascuno per la categoria di appartenenza, del

ruolo di: medici ospedalieri, medici territoriali, medici universitari, personale laureato sanitario, personale laureato sanitario universitario, medici veterinari, personale infermieristico e personale tecnico - sanitario. Tutti i componenti del Consiglio dei sanitari sono eletti sulla base di liste distinte, formate in ordine alfabetico, per ciascuna delle categorie da nominare, nelle quali possono candidarsi gli operatori dell'azienda in possesso dei requisiti sopra descritti.

Il Direttore generale, con proprio provvedimento, disciplina:

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

Le Aziende ASL e 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 e Ospedaliere che, invece, stanno predisponendo le elezioni dovranno procedere secondo quanto disciplinato nel presente atto, in modo da assicurare l'equilibrio fra tutte le figure professionali.

## 8.2 L'Organismo Indipendente di Valutazione della Performance

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

L'OIV sostituisce il nucleo di valutazione e controllo strategico o altri analoghi organismi di controllo e opera in staff alla direzione aziendale, in posizione di autonomia.

L'Organismo indipendente di valutazione è costituito da tre componenti, nominati dagli organi di indirizzo politico-amministrativo secondo le modalità previste dai regolamenti di organizzazione di detti organismi, di cui uno con funzioni di presidente, dotati di elevata professionalità ed esperienza, maturata nel campo del management, della pianificazione e controllo di gestione, della misurazione e valutazione della prestazione e dei risultati.

I componenti dell'OIV durano in carica tre anni e possono essere rinnovati una sola volta.

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

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

Gli organi di indirizzo politico-amministrativo, in caso di gravi inadempienze da parte dell'OIV, possono, motivando, deciderne lo scioglimento anticipato.

Presso l'Organismo è costituita, con deliberazione del Direttore generale e senza maggiori oneri per i bilanci delle Aziende Sanitarie, un'apposita struttura tecnica di supporto. L'Organismo, inoltre, può avvalersi del supporto di strutture interne delle Aziende Sanitarie che forniscono i necessari strumenti di analisi e *reporting*. Le modalità di funzionamento e 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, d.lgs n. 150/2009.

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

### 8.3 Comitati e Commissioni aziendali.

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

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

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

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

## 9 I RAPPORTI CON GLI ENTI LOCALI

### 9.1 La Conferenza Locale per la Sanità

Le istituzioni locali, al fine di soddisfare le esigenze dei cittadini, concorrono alla definizione degli indirizzi e della programmazione delle attività sanitarie e sociosanitarie, inclusi gli interventi di promozione della salute e prevenzione, attraverso le Conferenze Locali per la Sanità.

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

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

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

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

La Conferenza Locale o il Comitato di rappresentanza svolgono le seguenti funzioni:

- a) definiscono, nell'ambito della programmazione regionale, le linee di indirizzo: per l'impostazione programmatica regionale e per l'impostazione programmatica delle attività dell'Azienda unità sanitaria locale;
- b) esaminano il bilancio pluriennale di previsione e il bilancio di esercizio dell'ASL e rimettono alla Giunta regionale le relative osservazioni;
- c) verificano l'andamento generale dell'attività dell'ASL;
- d) contribuiscono alla definizione dei piani programmatici dell'ASL;
- e) trasmettono le proprie valutazioni e i propri suggerimenti al Direttore generale e alla Giunta regionale che sono tenuti a fornire entro trenta giorni risposta motivata.

Ai fini dell'esercizio delle suddette funzioni, la Conferenza Locale o il Comitato di rappresentanza, ove costituito, può prendere visione degli atti e dei documenti amministrativi e contabili dell'ASL e chiedere notizie sull'andamento della stessa al Direttore generale, al Collegio sindacale e alla Regione.

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

La Conferenza Locale adotta un regolamento per il proprio funzionamento.

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

## **9.2 La Conferenza sanitaria cittadina**

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

## **10 GLI INCARICHI DIRIGENZIALI, LE POSIZIONI ORGANIZZATIVE E DI COORDINAMENTO**

### **10.1 - Gli incarichi**

Le Aziende e gli enti del SSR, entro 60 giorni dall'approvazione dell'Atto Aziendale, dovranno adottare un sistema di governo delle risorse umane che favorisca la valorizzazione delle singole professionalità prevedendo, tra l'altro, percorsi di sviluppo per le figure professionali inserite nelle reti e nei nuovi modelli organizzativi, nonché per la graduazione degli incarichi dirigenziali e del personale di comparto, nel rispetto delle risorse disponibili nei fondi contrattuali costituiti e validati.

### **10.2 - Gli incarichi dirigenziali**

L'atto aziendale deve disciplinare il sistema di conferimento degli incarichi dirigenziali che deve essere inquadrato in armonia con quanto previsto dai vigenti contratti collettivi nazionali di lavoro.

Tale sistema disciplina le tipologie di incarico (differenziando gli incarichi di tipo prevalentemente gestionale da quelli di tipo prevalentemente professionale), la graduazione degli stessi e le procedure per l'attribuzione al personale dirigente al fine di garantire, tra l'altro, la trasparenza, l'oggettività e l'imparzialità nell'affidamento.

Le Aziende ed Enti del SSR istituiscono, con gli atti previsti dalla legislazione nazionale e regionale vigente e dalla regolamentazione pattizia, e affidano gli incarichi nei limiti delle risorse disponibili nei fondi di riferimento.

### **10.3 - Gli incarichi per il personale del comparto.**

L'atto aziendale deve disciplinare le modalità di conferimento degli incarichi al personale di comparto che deve essere inquadrato in armonia con quanto previsto dai vigenti contratti collettivi nazionali di lavoro.

Il sistema di incarichi, allo stato, deve prevedere, in tutti i ruoli, i seguenti incarichi:

- a) incarico di posizione, per il solo personale inquadrato nell'area di elevata qualificazione;
- b) incarico di funzione organizzativa, per il solo personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari;
- c) incarico di funzione professionale, per il personale inquadrato nell'area dei professionisti della salute e dei funzionari, nell'area degli assistenti e nell'area degli operatori.

Le Aziende ed Enti del SSR istituiscono, con gli atti previsti dalla legislazione nazionale e regionale vigente e dalla regolamentazione pattizia, e affidano gli incarichi nei limiti delle risorse disponibili nei fondi di riferimento.

Le aziende non potranno prevedere incarichi di cui ai precedenti punti 10.2 e 10.3 finanziati con risorse a carico del bilancio aziendale.

Gli incarichi di cui ai precedenti punti 10.2 e 10.3 si perfezionano solo a seguito della stipula del contratto individuale con le modalità previste dai vigenti CCNL, che definisce, tra l'altro, la tipologia dell'incarico, la durata, il mandato assegnato, gli ambiti di responsabilità e i limiti alla stessa, gli obiettivi e le risorse assegnati, i risultati attesi, le modalità di valutazione e di revoca dell'incarico.

#### **10.4 - Il sistema di valutazione del personale.**

La valorizzazione delle risorse umane si articola in diversi strumenti e modalità orientati a creare consapevolezza, coinvolgere i professionisti e gli operatori, dare a ognuno un ruolo preciso e adeguato, definire il piano personale di sviluppo. In tale ambito la valutazione delle risorse umane è uno strumento e una modalità permanente di diagnosi organizzativa e di garanzia per organizzazione e il professionista e per il fruitore dei servizi di poter disporre di un servizio, secondo standard e qualità dichiarati.

L'atto aziendale fornirà indicazioni sulle modalità e gli strumenti previsti per garantire il sistema di gestione e valutazione del personale. Le aziende e gli enti del SSR definiscono sistemi di valutazione del personale dirigenziale delle aree e del comparto in grado di incidere realmente sui risultati e di orientare i comportamenti. Il sistema di valutazione permanente è sviluppato nel rispetto di quanto previsto dalla legislazione nazionale e regionale vigente e dalla regolamentazione pattizia, nonché dalle linee guida regionali in materia.

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

L'Atto Aziendale e le successive modifiche (che non rivestano carattere meramente formale) dello stesso necessitano di specifica approvazione regionale, mediante Deliberazione di Giunta.

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

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

La deliberazione di adozione viene trasmessa alla Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio-Sanitaria, unitamente a una sintetica relazione nella quale siano:

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

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

In fase di prima attuazione, le proposte di Atto Aziendale devono essere adottate e trasmesse alla Regione entro sessanta (60) giorni dalla data di pubblicazione del presente atto di indirizzo.

La Regione effettua, entro il termine di sessanta (60) giorni dalla data di ricevimento della proposta di atto aziendale, la verifica della stessa, con facoltà di acquisire direttamente atti, documenti, informazioni esplicative etc., interrompendo, dalla data di richiesta di approvazione dell'atto aziendale, i termini di cui sopra.

L'Atto Aziendale, una volta approvato dalla Regione, sarà pubblicato sul BUR e sul sito internet dell'Azienda. Una volta approvato il nuovo Atto Aziendale, non potranno essere disposte ulteriori modifiche nello stesso anno.

#### **11.1 DISPOSIZIONI TRANSITORIE E FINALI**

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

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

Tabella A

Tabella A - Funzioni non ospedaliere

Dipartimento di Prevenzione	UOC	UOSD	U'OS	Alta specializzazione	denominazione	Indicazioni strategiche
a) Igiene e sanità pubblica						Garantire il raccordo con la funzione relativa all'implementazione dei programmi vaccinali e la funzione j)
b) Igiene degli alimenti e della nutrizione						Prevedere coordinamento con le funzioni d), e) ed f) (Coordinamento Sicurezza Alimentare e Sanità veterinaria - Regolamento UE 625/2017)
c) Prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro						
d) Sanità animale						Garantire il raccordo tra le funzioni d) e f) al fine di consolidare un sistema di controllo completo ed efficace lungo tutta la filiera, dal campo alla tavola. Prevedere coordinamento con funzioni b), e) ed f)
e) Igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati						Prevedere coordinamento con funzioni b), d) ed f)
f) Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche						Garantire il raccordo tra le funzioni d) e f) al fine di consolidare un sistema di controllo completo ed efficace lungo tutta la filiera, dal campo alla tavola. Prevedere coordinamento con funzioni b), d) ed e)
g) Prevenzione attiva attraverso gli screening di popolazione						
h) Promozione della salute, coordinamento del Piano Aziendale di Prevenzione (PAP)						Garantire il raccordo con la funzione j)
i) Promozione dell'attività fisica e Medicina dello sport						Garantire il raccordo con la funzione h)
J) Coordinamento delle attività di Prevenzione e mitigazione dei rischi ambientali e climatici						Garantire il raccordo con la funzione a)
k) Igiene Urbana Veterinaria						Garantire il raccordo con la funzione d)/f)

Tabella B

Dipartimento della funzione territoriale (DFT)	Indicazioni strategiche	UOC	UOSD	UOS	Alta specializzazione	denominazione	Standard minimo
Direzione Distretto	La direzione di distretto è assegnata a un Direttore di UOC. Tra i Direttori di Distretto è nominato il Direttore del DFT						1 Direttore per ciascun distretto
Care della comunità, medicina di prossimità e analisi dei bisogni della popolazione	Funzione di coordinamento e governo Distrettuale						1 Referente/Responsabile per Distretto
Cure primarie e reti per cronicità e fragilità	Funzione legata a quella di cui alla riga 6						1 Referente/Responsabile per Distretto
Governo delle transizioni tra setting	Attività di coordinamento a valenza distrettuale o aziendale						1 Referente/Responsabile per Distretto
Promozione della salute e prevenzione	Attività di coordinamento a valenza distrettuale o aziendale						1 Responsabile/Responsabile e per Distretto superiori a 100000 abitanti
Specialistica ambulatoriale, telemedicina	Attività di coordinamento a valenza distrettuale o aziendale						1 Responsabile/Responsabile e per Distretto superiore a 100000 abitanti
Disabilità e non autosufficienza	Attività di coordinamento a valenza distrettuale o aziendale						1 Referente/Responsabile per Distretto
Assistenza e cure domiciliari integrate	Attività di coordinamento a valenza distrettuale o aziendale						1 Referente/Responsabile per Distretto
Assistenza integrativa e protesica	Attività di coordinamento a valenza distrettuale o aziendale						1 Responsabile/Responsabile e per Distretto superiore a 100000 abitanti
Integrazione socio - sanitaria	Attività di coordinamento a valenza distrettuale o aziendale						1 Responsabile/Responsabile e per Distretto superiore a 100000 abitanti
Consultori	Attività di coordinamento a valenza distrettuale o aziendale						1 Referente/Responsabile per Distretto
Cure palliative	Attività di coordinamento a valenza aziendale						1 Responsabile a livello aziendale
Salute dei migranti	Attività di coordinamento a valenza aziendale						1 Responsabile a livello aziendale
Salute in carcere	Attività di coordinamento a valenza aziendale						1 Responsabile a livello aziendale
<b>DSM-DP</b>	<b>Indicazioni strategiche</b>						
Centro Salute Mentale	Attività di coordinamento a valenza distrettuale						1 Responsabile per ciascuna struttura
Struttura semiresidenziale: Centro Diurno	Attività di coordinamento a valenza distrettuale o aziendale						Almeno un referente per DSM-DP
Struttura Residenziale: Comunità Terapeutiche	Attività di coordinamento a valenza distrettuale o aziendale						Almeno un referente per DSM-DP
Abitare Assistito	Attività di coordinamento a valenza distrettuale o aziendale						Almeno un referente per DSM-DP
Struttura semiresidenziale: DH	Attività di coordinamento a valenza distrettuale o aziendale						Almeno un referente per DSM-DP
Disturbi Comportamento Alimentari (DNA)	Attività di coordinamento aziendale						1 referente per DSM-DP
SERD	Attività di coordinamento aziendale						1 Responsabile per ciascuna struttura
Percorsi e continuità di cura (Ospedale - Territorio)	Attività di coordinamento aziendale						1 referente per DSM-DP
Neuropsichiatria infantile	Attività di coordinamento aziendale						Almeno un referente per DSM-DP

**Programmazione integrata**

Tabella C - Articolazione dei percorsi integrati

Percorsi	Area Prevenzione	Area Territoriale	Area Ospedaliera	Farmacia	Descrivere sinteticamente gli organismi e le modalità di coordinamento dei gruppi multidisciplinari	Indicare i referenti aziendali dei percorsi
	Indicare per ciascuna Area i servizi, Dipartimenti e U.O. e Unità coinvolte					
Percorso nascita e promozione della salute nei primi 1000 giorni e in età infantile						
Percorso promozione e tutela della salute di adolescenti e giovani adulti						
Percorso prevenzione e trattamento delle Dipendenze						
Percorso prevenzione e cura delle patologie croniche in età adulta						
Percorso Chirurgico						
Percorso oncologico						
Percorso malattie rare						
Percorso prevenzione e contrasto delle malattie infettive						
Percorso Rete Tempo-Dipendenti						
Rete Ictus						
Rete Trauma Grave						
Rete Emergenza Cardiovascolare						
Percorso nutrizione preventiva e clinica, sicurezza alimentare ed Malattie Trasmesse da Alimenti (MTA)						
Percorso flusso di ricovero e transizione tra i setting						
Liste di attesa						



