

validità, come previsto dall'art. 38, comma 3, del D.P.R. n. 445/2000, al curriculum vitae secondo il modello europeo ed alla scheda riassuntiva.

(2010.11.774)102

DECRETO 11 marzo 2010.

Linee guida per l'adozione dell'atto aziendale.

L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge 23 dicembre 1978, n. 833, istitutiva del servizio sanitario nazionale;

Visto il decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, sul riordino della disciplina in materia sanitaria a norma dell'articolo 1 della legge 23 ottobre 1992 n. 421, e successive modifiche ed integrazioni;

Vista la legge regionale 3 novembre 1993, n. 30 "Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali" per come ancora applicabile;

Visto l'art. 15 della legge regionale 6 aprile 1996, n. 25, che ha apportato modifiche all'art. 7, comma 7, lett. b), della legge regionale n. 30/1993 concernente l'istituzione del servizio di psicologia nelle aziende unità sanitarie locali;

Visto il decreto legislativo 30 marzo 2001, n. 165 e successive modifiche ed integrazioni, recante norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche;

Preso atto che in data 31 luglio 2007 è stato sottoscritto tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze ed il Presidente della Regione siciliana l'accordo attuativo del Piano di rientro di riorganizzazione, di riqualificazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento del riequilibrio economico del servizio sanitario regionale ai sensi dall'art. 1, comma 180, della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

Rilevato che il predetto Accordo, unitamente al Piano di rientro, è stato approvato dalla Giunta regionale con delibera n. 312 dell'1 agosto 2007 e reso noto con decreto 6 agosto 2007, n. 1657;

Preso atto che, a seguito della sopra citata delibera n. 312 dell'1 agosto 2007, l'Assessore regionale per la sanità è stato incaricato di dare esecuzione all'Accordo ed al relativo Piano di rientro;

Vista la legge regionale 14 aprile 2009, n. 5 "Norme per il riordino del servizio sanitario regionale";

Visto il decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;

Vista l'intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, concernente il nuovo Patto per la salute per il triennio 2010/2012;

Vista la legge 23 dicembre 2009, n. 191, recante disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato;

Vista la legge regionale 15 febbraio 2010, n. 1, recante istituzione delle unità operative delle professioni sanitarie e del servizio sociale;

Visto, in particolare, l'art. 9, commi 3 e 4, della predetta legge regionale n. 5/09, ai sensi dei quali l'organizzazione ed il funzionamento delle aziende del servizio sanitario regionale sono disciplinati con atto aziendale di diritto pri-

vato adottato dal direttore generale, da emanarsi sulla base degli indirizzi forniti dall'Assessore regionale per la salute;

Visto, altresì, il comma 5 del summenzionato art. 9 secondo cui l'organizzazione delle aziende è modulata, anche attraverso specifici modelli gestionali, in rapporto ai bacini di utenza ed al numero delle sopresse aziende, nonché il successivo comma 6 che per gli atti aziendali delle aziende sanitarie provinciali di Catania, Messina e Palermo prevede la possibilità dell'adozione di modelli organizzativi differenziati in ragione delle dimensioni del territorio di competenza e del numero di utenti assistiti;

Considerato che occorre delineare gli assetti organizzativi e funzionali delle aziende del servizio sanitario regionale secondo linee di indirizzo comuni nel rispetto dei principi di efficienza, razionalizzazione, qualità ed economicità del sistema;

Valutate le osservazioni espresse dalla VI commissione legislativa dell'A.R.S. in sede di audizione dell'Assessore regionale per la salute sulle linee di indirizzo per l'adozione dell'atto aziendale e sentite le organizzazioni sindacali del comparto sanità;

Ritenuto, pertanto, di dover approvare l'allegato documento "Linee guida per l'adozione dell'atto aziendale" che è parte integrante del presente decreto e che supera ogni altra precedente disposizione assessoriale con esse contrastante;

Decreta:

Art. 1

In attuazione del comma 4 dell'art. 9 della legge regionale 14 aprile 2009, n. 5, è approvato l'allegato documento "Linee guida per l'adozione dell'atto aziendale" che è parte integrante del presente decreto.

Art. 2

Ogni altra precedente disposizione assessoriale contrastante con linee guida di cui all'art. 1 deve ritenersi superata.

Art. 3

Il presente decreto sarà trasmesso alla *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana per la pubblicazione.

Palermo, 11 marzo 2010.

RUSSO

Allegato

LINEE GUIDA PER L'ADOZIONE DELL'ATTO AZIENDALE

Premessa

Ambito di applicazione e obiettivi generali

Le linee guida sono destinate alle aziende pubbliche del servizio sanitario regionale (SSR) per la redazione dei nuovi atti aziendali a seguito del riordino stabilito dalla legge regionale 14 aprile 2009 n. 5.

Esse aggiornano e sostituiscono i precedenti indirizzi per l'emanazione degli atti aziendali e in particolare l'allegato al decreto 14 marzo 2001, n. 34120, recante "Principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale" e successive modifiche ed integrazioni.

Per aziende pubbliche del SSR si intendono le Aziende sanitarie provinciali (ASP), le Aziende ospedaliere (AO), le Aziende ospedaliere di rilevanza nazionale e alta specializzazione (ARNAS) le Aziende ospedaliere-universitarie (AOU) e gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico.

Le presenti linee guida sono redatte tenendo conto delle seguenti normative:

— decreto legislativo 30 dicembre 1992 n. 502 e successive modifiche ed integrazioni, che disciplina i principi e i criteri sulla

base dei quali le regioni stabiliscono l'organizzazione delle aziende sanitarie;

— decreto legislativo 30 marzo 2001 n. 165 e successive modifiche e integrazioni, recante norme generali sull'ordinamento del lavoro alle dipendenze delle amministrazioni pubbliche;

— legge regionale 6 aprile 1996 n. 25, il cui art. 15 ha stabilito, a modifica dell'art. 7 comma 7, lett. b della legge regionale n. 30/1993, che il servizio di psicologia è servizio intersettoriale autonomo posto alle dirette dipendenze del direttore generale;

— legge regionale 14 aprile 2009 n. 5, recante "Norme per il riordino del Servizio sanitario regionale" e, per quanto applicabile, legge regionale 3 novembre 1993, n. 30 recante "Norme in tema di programmazione sanitaria e di riorganizzazione territoriale delle unità sanitarie locali";

— decreto legislativo 27 ottobre 2009 n. 150 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni;

— intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 concernente il nuovo Patto per la salute per il triennio 2010-2012;

— legge 23 dicembre 2009, n. 191 recante "Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato (legge finanziaria 2010)";

— legge regionale 15 febbraio 2010 n. 1, recante "Istituzione delle Unità operative delle professioni sanitarie e del servizio sociale";

— CCNLL che hanno disciplinato le modalità di affidamento degli incarichi dirigenziali e la graduazione delle relative responsabilità.

Le linee guida hanno l'obiettivo primario di delineare gli assetti organizzativi e le relazioni funzionali che le aziende dovranno assumere al proprio interno, nelle reciproche relazioni e nei rapporti istituzionali con la Regione, le università e gli enti locali. L'emanazione di indirizzi comuni a tutte le forme di azienda è resa possibile dal fatto che tutte partecipano, sia pure con ruoli diversi, alle attività di assistenza, ricerca e formazione.

Le linee guida intendono garantire un profilo omogeneo alla struttura e al funzionamento delle aziende sanitarie, nel rispetto dell'autonomia su cui si basa la responsabilità di ciascuna azienda. Esse riservano particolare attenzione a individuare le competenze e i poteri che gli atti aziendali devono attribuire alle articolazioni interne al fine di permettere un efficace esercizio delle loro funzioni.

In sintesi, gli obiettivi delle linee guida sono quelli di:

— aiutare operativamente le aziende ricordando loro i contenuti obbligatori dell'atto aziendale e offrendo una struttura per la sua redazione;

— sottolineare gli ambiti di autonomia e responsabilità di aziende e dirigenti;

— supportare gli obiettivi del SSR;

— fornire specificazioni operative rispetto ad alcune innovazioni introdotte dalla legge regionale n. 5/2009;

— favorire l'innovazione organizzativa su temi specifici;

— porre le condizioni per un più efficace governo regionale del sistema delle aziende pubbliche del SSR.

Valori, principi e priorità della politica sanitaria regionale

I principi ispiratori e le priorità della politica sanitaria regionale sono:

— la programmazione sanitaria, affidata al piano sanitario regionale (PSR) e ai piani attuativi che le aziende sviluppano in ambito locale, tenuto conto anche dei soggetti privati che partecipano al SSR;

— l'economicità del sistema, che ne tuteli la sostenibilità economica e garantisca il mantenimento degli obiettivi conseguiti in attuazione del Piano di rientro, di riorganizzazione, di riqualificazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento del riequilibrio economico del servizio sanitario regionale approvato con l'accordo sottoscritto in data 31 luglio 2007 tra il Ministro della salute, il Ministro dell'economia e delle finanze ed il Presidente della Regione siciliana;

— come illustrato nel decreto n. 1150/2009, la riqualificazione della rete ospedaliera, e l'organizzazione dei servizi territoriali, in modo da garantire tutte le prestazioni sanitarie, ad eccezione di quelle di acuzie;

— la tutela e il miglioramento delle condizioni di accesso ai servizi per residenti e utenti;

— il coinvolgimento dei cittadini, anche assicurando l'accessibilità e la trasparenza degli atti, nonché la verifica del gradimento dell'utenza per i servizi erogati;

— la collaborazione interaziendale ed interistituzionale quale condizione necessaria per la funzionalità del sistema, anche con riferimento ai bacini.

I contenuti obbligatori dell'atto aziendale

L'assetto organizzativo delle aziende del SSR proposto nel tempo dalla normativa regionale (legge regionale n. 30/1993, PSR 2000-2002, ecc.) risulta oggi di lettura complessa e applicazione non univoca dovute in parte anche alla varietà e alla specializzazione delle attività sanitarie. Tuttavia per assicurare il governo economico unitario sulle attività, le stesse aziende del SSR devono cercare di contenere la frammentazione organizzativa che deriva da tale complessità.

In tale fondamentale ottica la redazione degli atti aziendali deve tener conto, innanzitutto, dei seguenti principi organizzativi:

— assicurare una struttura organizzativa snella, che eviti il proliferare di articolazioni organizzative dove non strettamente necessarie e garantisca la valutazione e verifica delle attività espletate e del personale. Nel definire il proprio organigramma e nell'istituire le strutture complesse e semplici, l'azienda dovrà tener conto delle implicazioni che ciò ha per i processi gestionali, con particolare riferimento ai processi di programmazione e controllo;

— favorire l'integrazione multi-professionale e multi-disciplinare. La numerosità e la specializzazione delle attività sanitarie possono mettere a rischio la continuità assistenziale, che deve essere favorita dallo sviluppo e l'adozione di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali;

— riconoscere e governare adeguatamente le competenze individuali che, se efficacemente organizzate, costituiscono il principale patrimonio delle aziende. Per i dirigenti ciò si collega necessariamente all'azione efficace dei colleghi tecnici;

— garantire la trasparenza dei processi decisionali e l'accessibilità delle informazioni concernenti ogni aspetto dell'organizzazione aziendale e degli indicatori relativi agli andamenti gestionali ed all'utilizzo delle risorse destinate al perseguimento delle funzioni istituzionali.

Nella redazione dell'atto aziendale dovranno in ogni caso essere osservati i seguenti contenuti obbligatori ex lege:

— individuazione delle strutture, amministrative e sanitarie, che pongono in essere atti amministrativi e che erogano prestazioni preventive, curative e riabilitative, nonché quelle che svolgono attività non curativa, definendo, in questo contesto, le strutture dotate di autonomia gestionale e tecnico-professionale soggette a rendicontazione analitica (art. 3, comma 1-bis, decreto legislativo n. 502/1992);

— individuazione dei distretti sanitari sulla scorta delle disposizioni stabilite dalle leggi regionali per l'articolazione territoriale delle aziende e dei presidi (art. 2, comma 2-sexies, lett. c, e art. 3 quarter, decreto legislativo n. 502/1992), nonché secondo quanto indicato negli atti di pianificazione e programmazione sanitaria;

— individuazione dei criteri, delle modalità di costituzione e di funzionamento dei dipartimenti, nonché, all'interno degli stessi, delle strutture complesse e semplici;

— individuazione dei criteri e delle modalità di affidamento degli incarichi di cui al comma 4, art. 15, decreto legislativo n. 502/1992, nel rispetto delle disposizioni contenute nei vigenti CCNLL, nonché, come previsto nell'art. 15-ter del medesimo decreto legislativo, l'individuazione delle modalità per la verifica dei risultati;

— individuazione dei criteri e delle modalità di affidamento della direzione delle strutture organizzative a valenza sanitaria e amministrativa (art. 15-bis, comma 2, decreto legislativo n. 502/1992);

— attribuzione, al direttore amministrativo, al direttore sanitario, ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura, dei compiti, comprese, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno, per l'attuazione degli obiettivi definiti nel piano programmatico e finanziario aziendale (art. 15-bis, comma 1, decreto legislativo n. 502/1992), figure a cui per le ASP si aggiungono i coordinatori sanitario e amministrativo dell'area territoriale e dei distretti ospedalieri (art. 11, comma 5 e art. 1, comma 1, legge regionale n. 5/2009).

L'indice dell'atto aziendale

La definizione della struttura finale dell'atto aziendale rimane responsabilità della singola azienda. Tuttavia, al fine di garantire coerenza e comparabilità tra le aziende del SSR ed assicurare il coordinamento sovraziendale da parte dell'Assessorato della salute, si propone il seguente schema di riferimento.

Elementi identificativi dell'azienda

1. Ragione sociale, sede, riferimenti fiscali, logo e patrimonio.
2. Territorio [per le ASP; indica i comuni che ne fanno parte].
3. La missione istituzionale.
4. La visione aziendale.
5. I principi ispiratori del servizio al cittadino [articolo eventuale].

L'azienda e i suoi interlocutori esterni

6. La partecipazione dei cittadini e le relazioni con la società civile.
7. Le relazioni con gli enti istituzionali.
8. La rete regionale dei servizi sanitari.
9. L'integrazione socio-sanitaria.

I principi ispiratori della gestione

10. L'unitarietà della gestione.
11. L'orientamento ai bisogni dell'utenza e il miglioramento dei processi clinico-assistenziali.
12. L'integrazione ospedale-territorio.
13. Rapporti convenzionali.
14. Il governo clinico.
15. L'innovazione gestionale e tecnologica.
16. La centralità delle persone che lavorano in azienda.
17. Le relazioni sindacali.
18. La responsabilizzazione gestionale.
19. Le deleghe e i poteri.

L'assetto istituzionale

20. Il direttore generale.
21. Il collegio sindacale.
22. L'organo d'indirizzo (per le AOU).
23. Il direttore sanitario.
24. Il direttore amministrativo.
25. La conferenza dei sindaci [per ASP]/il sindaco [per AO/ARNAS].
26. Il collegio di direzione.
27. Il consiglio dei sanitari.
28. Il nucleo di valutazione.
29. I collegi tecnici.
30. Il comitato etico.
31. Il comitato consultivo aziendale.
32. L'ufficio di direzione.

La struttura organizzativa

33. I dipartimenti.
34. Le strutture complesse e semplici.
35. L'area territoriale [per le ASP, con enfasi/specificazione sulle innovazioni introdotte dalla legge regionale n. 5/2009, quali PTA e CUP, UTAP, cure domiciliari, ecc.].
36. I coordinatori sanitario e amministrativo dell'area territoriale aziendale [per le ASP].
37. Il distretto sanitario [per le ASP].
38. Il dipartimento di prevenzione [per le ASP].
39. Il dipartimento di salute mentale [per le ASP].
40. I dipartimenti ad attività integrata [per le AOU].
41. Il distretto ospedaliero [per le ASP].
42. La struttura ospedaliera.
43. I dipartimenti interaziendali [articolo eventuale].
44. L'organizzazione delle attività delle professioni ex legge n. 42/1999.
45. Servizi amministrativi.
46. Il settore tecnico.
47. I percorsi diagnostico-terapeutici-assistenziali.
48. I programmi e i gruppi di progetto.
49. Le funzioni di staff.
50. L'organizzazione delle attività assistenziali.
51. Gli incarichi dirigenziali.
52. Le posizioni organizzative.

I sistemi e gli strumenti di gestione e di controllo

53. La pianificazione strategica.
54. La programmazione e controllo e i sistemi informativi di governo.
55. I sistemi di gestione e valutazione del personale.
56. Le procedure di acquisto e la gestione degli appalti.
57. La gestione della qualità.
58. Le rilevazioni contabili.
59. Il controllo interno di regolarità amministrativa, contabile e gestionale.
60. La libera professione intramuraria.

Norme finali e di rinvio

61. Norme finali e di rinvio.
- Allegato 1 - Struttura organizzativa [elenca le articolazioni organizzative fino al livello delle strutture complesse].
- Allegato 2 - Soggetti delegati e competenze delegate.

Criteria guida cui le aziende dovranno attenersi nell'elaborazione dell'atto aziendale*La missione istituzionale (punto 3)*

Le aziende sono tenute ad organizzare i propri servizi e definire il livello qualitativo e quantitativo degli stessi sulla base di un costante monitoraggio dei bisogni sanitari dei territori e degli utenti (analisi della domanda). Ed inverò lo svolgimento delle funzioni e dei compiti tutti delle aziende presuppone una puntuale analisi del fabbisogno attraverso una puntuale analisi della domanda da operarsi sulla base degli ultimi dati disponibili.

L'orientamento alla domanda è particolarmente importante nel caso delle ASP e costituisce la prima funzione dei distretti sanitari. Secondo detto principio organizzativo, le ASP dovranno porre particolare attenzione alle determinanti socio-economiche della salute e sviluppare un'azione capace di ridurre nel tempo le differenze che esse generano nello stato di salute della popolazione.

Per definire le missioni istituzionali delle aziende, gli atti s'ispirano ai seguenti contenuti esemplificativi:

- ASP: hanno come missione la tutela della salute, sia individuale sia collettiva, della popolazione residente nel proprio ambito territoriale, per consentire alla stessa la migliore qualità di vita possibile. Tale obiettivo è perseguito fornendo servizi erogati direttamente o da altre aziende del SSN, pubbliche o private, favorendo lo sviluppo delle cure primarie nonché l'appropriatezza clinica e organizzativa. L'azienda concorre inoltre alla realizzazione della più vasta missione del Servizio sanitario della Regione siciliana;

- Aziende ospedaliere e ARNAS: tenuto conto di quanto previsto dall'art. 13 della legge regionale n. 5/2009, hanno come missione la gestione delle patologie ad alta complessità attraverso l'utilizzo di un approccio multidisciplinare e la definizione ed applicazione di modelli e linee guida per il miglioramento dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali. In tal senso, esse contribuiscono a sviluppare procedure diagnostiche e terapeutiche innovative e a favorire il rapido trasferimento applicativo delle acquisizioni sperimentali e della loro diffusione, anche attraverso attività formative. Per i residenti delle province di Catania, Messina e Palermo le aziende ospedaliere e le ARNAS hanno anche la responsabilità di erogare i servizi di acuzie di base necessari al proprio bacino di utenza;

- AOU: hanno come finalità quella di concorrere al raggiungimento degli obiettivi della programmazione regionale e nazionale in campo assistenziale e alla realizzazione dei compiti istituzionali dell'Università, in particolare delle funzioni di didattica e di ricerca della facoltà di medicina e chirurgia. La missione dell'azienda consiste nello svolgimento unitario e coordinato delle funzioni di assistenza, didattica e ricerca e opera perseguendo:

- il più appropriato livello di risposta alla domanda di salute (fisica, psichica e sociale) in ambito clinico e assistenziale rispetto agli aspetti preventivi, diagnostico-terapeutici, palliativi e riabilitativi;

- il continuo sviluppo delle conoscenze e delle loro applicazioni (ricerca traslazionale) nei vari campi di interesse (biomedico, tecnologico, organizzativo, assistenziale, tecnico, ecc.);

- la formazione (di base, avanzata e continua) di eccellenza dei professionisti nell'assistenza e nella ricerca.

Cardini essenziali per realizzare la missione delle aziende come sopra specificate sono:

- l'utente, rispetto al quale garantire il servizio in campo assistenziale, didattico e di ricerca;

- la comunità, verso la quale professionisti e organizzazione si relazionano rispetto al mandato;

- il professionista e l'organizzazione nella quale è inserito, che debbono garantire coerenza, qualità, continuità e compatibilità etica ed economica nell'erogazione del servizio.

Determine dirigenziali, deleghe e poteri (punto 19)

Le aziende definiscono un regolamento di adozione e tenuta delle determine dirigenziali.

Le aziende definiscono poi competenze (aggiuntive rispetto a quelle spettanti ai coordinatori sanitari ed ai coordinatori amministrativi dei distretti ospedalieri e dei distretti sanitari ai sensi dell'art. 11, commi 4 e 5 e dell'art. 12, comma 1, della legge regionale 14 aprile 2009, n. 5) e soggetti delegati. A tal fine andranno identificate tipologie di atti ed importi (che - fatta eccezione per gli atti di mera liquidazione e pagamento da compiersi nel rispetto dei budget assegnati con delibera della direzione generale - non potranno comunque essere superiori a quelli previsti dalla normativa comunitaria quale soglia per l'applicazione delle procedure ad evidenza pubblica) ed andranno previste modalità di rendicontazione periodica, almeno mensile, delle attività svolte alla direzione aziendale.

La valutazione dei dirigenti e il ruolo dei collegi tecnici (punti 28, 29 e 55)

Le aziende, tenuto conto di quanto previsto dal decreto legislativo n. 150/09, definiscono sistemi di valutazione del personale dirigenziale capaci di incidere realmente sui professionisti, orientandone i comportamenti. Il sistema di valutazione è sviluppato a partire da quanto previsto nei CCNL di lavoro.

Per i dirigenti tale sistema prevede ruoli differenziati per responsabile diretto del dirigente valutato, nucleo di valutazione e collegio tecnico. In particolare, si sottolinea la necessità che le aziende del SSR rinnovino gli sforzi per dotarsi di sistemi di valutazione delle competenze e dei comportamenti tecnico-professionali dei propri dirigenti, anche quale strumento fondamentale per lo sviluppo di carriere di tipo propriamente professionale, sganciate cioè da responsabilità di gestione di risorse economiche.

In questo senso, l'esperienza maturata in molte aziende SSN ha mostrato scarsa efficacia dei collegi tecnici e delle valutazioni di fine incarico da essi espresse. Per rendere l'azione dei collegi tecnici e il sistema di valutazione dei dirigenti più efficace, l'azienda s'impegna a sviluppare sistemi informativi capaci di raccogliere, rendere fruibili e comparabili, tra gli altri:

- dati quali-quantitativi sull'attività professionale individuale e d'équipe;
- informazioni sull'adozione di linee guida, protocolli e raccomandazioni diagnostico-terapeutiche aziendali;
- informazioni sulle attività di ricerca clinica applicata, sulle sperimentazioni, sulle attività di tutoraggio formativo;
- dati relativi all'appropriatezza clinica, ivi compresa quella prescrittiva.

Il comitato consultivo aziendale (punto 31)

Le aziende istituiscono il comitato consultivo previsto dall'art. 9, comma 8, della legge regionale n. 5/2009 e ne garantiscono composizione e funzionamento, secondo le indicazioni del decreto assessoriale previsto all'art. 9, comma 9, della stessa legge.

I dipartimenti (punto 33)

I dipartimenti sono strutturali o funzionali. L'istituzione dei dipartimenti deve essere giustificata attraverso l'individuazione di parametri dimensionali e funzionali.

I dipartimenti strutturali hanno la responsabilità gestionale diretta delle risorse loro assegnate, dai processi di programmazione e controllo. Un'area di responsabilità importante per i dipartimenti strutturali è quella relativa alla gestione del personale.

I dipartimenti funzionali hanno come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinico-assistenziale, favorendo l'acquisizione e il mantenimento di competenze tecnico-professionali adeguate, definendo percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali e verificandone la reale applicazione, riducendo le difformità nelle pratiche clinico-assistenziali che possono caratterizzare le diverse articolazioni organizzative afferenti. Il dipartimento funzionale ha responsabilità specifiche nell'orientare la formazione relativa ai propri ambiti d'interesse.

L'azienda regola il funzionamento dei dipartimenti strutturali e funzionali.

Le funzioni di direttore di dipartimento sono attribuite ai dirigenti di struttura complessa che mantengono la direzione e le funzioni della struttura di cui sono titolari.

I direttori di dipartimento, nell'espletamento delle loro funzioni, sono supportati dalle articolazioni organizzative che afferiscono al dipartimento.

I dipartimenti delle ASP

Costituiscono dipartimenti strutturali dell'area territoriale il dipartimento di prevenzione (DP) e il dipartimento di salute mentale (DSM) nonché quelli che, per motivate ragioni, si riterrà opportuno istituire anche per coordinare le attività rilevanti, sia in ambito territoriale che ospedaliero, al fine di assicurarne la piena e concreta integrazione. Nell'ambito del dipartimento di prevenzione, particolare attenzione dovrà essere prestata alla tutela della salute ed alla sicurezza negli ambienti di lavoro, anche con riguardo ai profili inerenti l'impiantistica e l'antifortunistica, mediante la definizione di un appropriato assetto organizzativo, in relazione all'allarme sociale, in termini di gravità, che destano gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali ed alla loro incidenza sui rispettivi territori di competenza.

Gli eventuali dipartimenti strutturali che svolgono attività rilevanti sia sul territorio che in ospedale (es. dipartimento materno-infantile, dipartimento farmaceutico, dipartimento della riabilitazione) fanno parte dell'Ufficio di direzione, a cui partecipano tutti i coordinatori sanitari e amministrativi di area territoriale e di distretto ospedaliero presieduto dal direttore generale, o su sua delega dal

direttore sanitario o amministrativo (da non confondere con il collegio di direzione, previsto dalla vigente normativa ed a cui viceversa prendono parte tutti i direttori di dipartimento) e che si riunisce con regolarità per coordinare sia le attività di detti dipartimenti che l'azione complessiva aziendale.

I direttori dei dipartimenti strutturali, d'intesa con i rispettivi coordinatori sanitari e amministrativi di area territoriale o di distretto ospedaliero, negoziano con la direzione aziendale risorse e obiettivi. A loro volta, i direttori dei dipartimenti negoziano tali obiettivi con le strutture complesse o le strutture semplici a valenza dipartimentale che ne fanno parte.

In ragione della particolare complessità organizzativa di alcuni dipartimenti strutturali nelle ASP di Catania, Messina e Palermo, è possibile prevedere che le funzioni di direttore di dipartimento possano essere attribuite in via esclusiva a un dirigente apicale.

I dipartimenti delle Aziende ospedaliere

Il dipartimento ospedaliero strutturale o funzionale, è costituito da almeno quattro strutture complesse.

I direttori dei dipartimenti strutturali negoziano con la direzione aziendale risorse e obiettivi. A loro volta essi negoziano tali obiettivi con le strutture complesse, le strutture semplici a valenza dipartimentale e le strutture semplici che ne fanno parte.

Il direttore di dipartimento strutturale ha la responsabilità dell'utilizzo efficiente delle risorse ad esso assegnate, eventualmente condivisa poi con i responsabili di struttura complessa, di struttura semplice a valenza dipartimentale e di struttura semplice.

Le strutture complesse e semplici (punto 34)

Le aziende individuano le strutture complesse e semplici tenendo conto della consistenza delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie ad esse assegnate, del grado di autonomia finanziaria e della complessità della loro organizzazione interna. La loro individuazione deve essere funzionale all'efficacia, all'efficienza e all'economicità dell'azienda e non deve dipendere da considerazioni legate alla gestione del personale e, segnatamente, dall'obiettivo di rafforzare possibili percorsi di carriera per i dirigenti.

La definizione dell'assetto organizzativo prevista nell'atto aziendale e, in particolare, la determinazione del numero di strutture complesse e semplici, deve in ogni caso essere rapportata alle complessive esigenze dei processi di programmazione, budget e controllo.

Le strutture complesse di ruolo sanitario con posti letto sono costituite dal responsabile e da almeno altri quattro dirigenti con il principale impegno lavorativo nella struttura stessa; i servizi di ruolo sanitario senza posti letto sono costituiti dal responsabile e da almeno altri tre dirigenti con il principale impegno lavorativo nella struttura stessa. Eventuali deroghe a tale parametro sono specificamente autorizzate dall'Assessorato, sulla base di evidenti necessità di tipo assistenziale o organizzativo, fermo restando il rispetto di quanto previsto dal Piano di rientro in ordine alla riduzione di almeno il 5% del numero di strutture complesse.

Le strutture semplici di ruolo sanitario sono composte dal responsabile e da almeno due dirigenti con il principale impegno lavorativo nella struttura stessa. In fase di prima applicazione le strutture semplici già esistenti composte da un responsabile e da un dirigente potranno essere mantenute per un periodo massimo di un anno dall'approvazione dell'atto aziendale, fermo restando il rispetto di quanto previsto dal Piano di rientro in ordine alla riduzione di almeno il 10% del numero di strutture semplici.

Rimane nella disponibilità dell'Assessorato, nel rispetto delle riduzioni previste dal Piano di rientro a livello regionale, la possibilità di autorizzare, su richiesta delle singole aziende, soluzioni diverse dettate da comprovate esigenze assistenziali o organizzative.

L'area territoriale dell'ASP (punto 35)

L'area territoriale delle ASP comprende le funzioni relative all'igiene, la sanità pubblica, l'assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro, l'assistenza sanitaria di base, specialistica e riabilitativa, la medicina fiscale e legale, la farmaceutica, la salute mentale e le tossicodipendenze, la sanità pubblica veterinaria, la tutela della salute e sicurezza nei luoghi di lavoro. Tali attività sono erogate nell'ambito dei distretti sanitari sia attraverso servizi direttamente gestiti, sia attraverso servizi forniti da altre articolazioni organizzative, che si coordinano con i distretti per definire le modalità di erogazione più idonee.

Nell'ambito dei distretti sanitari operano i PTA (Presidi territoriali di assistenza) che sono finalizzati, sulla base delle specificità dei diversi territori, all'integrazione fisica e/o organizzativo-operativa dei servizi territoriali secondo quanto previsto dalle "Linee guida di riorganizzazione dell'attività territoriale" ai sensi dell'art. 12, comma 8, della legge regionale n. 5/2009.

All'area territoriale sono preposti un coordinatore sanitario e un coordinatore amministrativo. Essi sono nominati, con provvedimento motivato del direttore generale, tra i dirigenti già preposti a posizioni apicali rispettivamente dell'area sanitaria (prioritariamente dell'area igienico-organizzativa) e dell'area amministrativa.

Il coordinatore sanitario di area territoriale ha responsabilità complessiva di gestione sulle attività sanitarie territoriali dell'azienda, nei limiti degli obiettivi e delle risorse assegnati dal direttore generale. Le funzioni di coordinatore sanitario di area territoriale sono attribuite a dirigenti di struttura complessa che - ad eccezione che nelle aree metropolitane di Palermo, Catania e Messina - mantengono la direzione e le funzioni della struttura di cui sono titolari.

Il coordinatore amministrativo di area territoriale ha, tra gli obiettivi legati alla funzione, quello di rendere omogenee, efficaci ed efficienti le procedure amministrative di erogazione dei servizi all'utenza, compresi gli orari di apertura delle strutture aziendali, l'accesso agli atti, etc.

Al coordinatore amministrativo può essere affidata la gestione diretta di attività per le quali le economie di scala conseguibili, le necessità di omogeneità nell'erogazione dei servizi o i sistemi informatici adottati in azienda, rendano più efficace una gestione accentrata a livello di area territoriale che una gestione affidata ai distretti o ai dipartimenti (ad esempio, i sistemi unici di prenotazione).

Le funzioni di coordinatore amministrativo di area territoriale sono attribuite a dirigenti di struttura complessa, di regola in via esclusiva.

Nei distretti sanitari non possono essere previste strutture complesse di area amministrativa.

L'atto aziendale definisce i poteri propri dei coordinatori sanitario e amministrativo di area territoriale, in particolare in materia di acquisti relativi alla gestione routinaria, gestione del personale (a titolo esemplificativo: turnistica, mobilità interna, telelavoro, opzioni all'esercizio della libera professione intra/extra-moenia, autorizzazione all'esercizio di attività libero-professionale intramoenia presso il proprio ambulatorio, sperimentazioni cliniche, stages/tirocini, ammissione presso strutture aziendali per frequenza volontaria, gestione retribuzione variabile legata alla produttività, ecc.) e rapporti con il personale convenzionato.

Il direttore generale con apposito atto può delegare ulteriori competenze ai coordinatori.

Il direttore generale, in funzione degli obiettivi e delle risorse assegnate, individua tra coordinatore amministrativo e coordinatore sanitario il soggetto che assicura i risultati della gestione complessiva sull'area territoriale.

Ai coordinatori, in aggiunta al trattamento economico connesso alla direzione di struttura complessa, è attribuita, quale indennità di funzione, soltanto l'integrazione prevista dai CCNL per i direttori di dipartimento.

I coordinatori si avvalgono di collaboratori provenienti dalle strutture coordinate.

Il distretto sanitario (punto 37)

I distretti sanitari gestiscono direttamente i PTA e le strutture ricadenti nel loro ambito territoriale, attraverso le risorse loro assegnate e utilizzano le risorse dei dipartimenti strutturali operanti sul territorio con l'obiettivo di assicurare ai propri residenti un'adeguata offerta di servizi.

La direzione del PTA è affidata al direttore di distretto. Nei distretti sanitari che abbiano più di un PTA, la loro organizzazione e la responsabilità delle attività sono disciplinate dall'atto aziendale.

Il distretto sanitario ha la responsabilità dell'insieme dei servizi necessari a garantire la salute della popolazione presente sul territorio, organizzando l'erogazione dei servizi sanitari territoriali, coordinandoli e integrandoli con quelli ospedalieri.

L'atto aziendale definisce la struttura interna, l'organizzazione e le procedure di funzionamento del distretto in relazione:

- alla domanda/bisogno dei cittadini, anche attraverso forme di partecipazione e di cittadinanza attiva;
- alla programmazione dei servizi territoriali sanitari e socio-sanitari;
- alla definizione delle più ampie politiche di welfare attraverso il Piano di zona con gli enti locali, le aziende per i servizi alla persona e gli altri soggetti di cui all'art. 1 della legge n. 328/2000;
- alla presa in carico e alla continuità assistenziale, sia mediante la produzione diretta dei servizi e delle prestazioni, sia mediante quelle erogate dai soggetti convenzionati.

L'atto aziendale specifica l'organizzazione del distretto sanitario e le relazioni che esso intrattiene con le altre strutture dell'azienda, con particolare riguardo a DSM, DP e con altri eventuali dipartimenti strutturali operanti sul territorio, nonché con l'ospedale e con le strutture extra-ospedaliere dell'emergenza-urgenza, definendo i rapporti di collaborazione per le più efficaci modalità di erogazione dei

servizi. Particolare attenzione dovrà essere rivolta all'interazione con il servizio di psicologia, quale struttura complessa intersettoriale autonoma posta alle dirette dipendenze del direttore generale dell'ASP ai sensi dell'art. 15 della legge regionale 6 aprile 1996, n. 25.

Nel rapporto con il DP, l'area d'integrazione riguarda i programmi e le iniziative di prevenzione primaria e di promozione di stili di vita salutari; a questo livello occorre definire le modalità di coordinamento tra il DP (che detiene la responsabilità tecnica delle stesse) ed il distretto sanitario che con la sua organizzazione e i suoi operatori (in particolare i medici di medicina generale) le deve realizzare. Inoltre vanno programmate e formalizzate congiuntamente le presenze degli operatori del DP nelle sedi del distretto sanitario con particolare riferimento ai servizi alla persona.

Nel rapporto con il DSM, vanno in particolare definite le modalità d'integrazione professionale per la valutazione e la progettazione congiunta degli interventi per i pazienti con i problemi psichiatrici di particolare rilievo.

Nel rapporto con l'ospedale, l'area dell'integrazione è rappresentata prioritariamente dalla definizione dei percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali ai fini della continuità assistenziale. In quest'ambito vanno definiti, tra l'altro, i protocolli di accesso alle strutture ambulatoriali e diagnostiche ospedaliere e le modalità di valutazione multidimensionale in sede di pre e post dimissione. Vanno inoltre programmate e formalizzate congiuntamente le presenze di operatori ospedalieri in sedi distrettuali e viceversa.

La direzione di distretto sanitario configura incarico di responsabilità di struttura complessa.

Il direttore di distretto sanitario è responsabile in modo autonomo della gestione delle risorse assegnate per il perseguimento delle funzioni del distretto sanitario, della programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie, rispondendo al coordinatore sanitario di area territoriale della suddetta gestione e dei risultati raggiunti. Il direttore del distretto sanitario supporta la direzione aziendale nei rapporti con i sindaci del distretto sanitario nonché con gli altri soggetti richiamati dall'art. 1 della legge n. 328/2000.

Nel caso in cui l'ASP assuma la gestione di attività e di servizi socio-assistenziali, il direttore di distretto ha la responsabilità organizzativa e gestionale di detti servizi.

Il distretto ospedaliero (punto 41)

I distretti ospedalieri, introdotti dall'art. 11 della legge regionale n. 5/2009, sono finalizzati all'organizzazione e all'erogazione delle prestazioni di ricovero e delle prestazioni specialistiche ambulatoriali, intra ed extra ospedaliere, erogate al di fuori delle unità funzionali dei servizi territoriali del distretto sanitario.

Il distretto ospedaliero, che costituisce un'unica entità organizzativa di tipo ospedaliero, ancorché articolata su più stabilimenti anche con sedi in comuni diversi:

- assicura l'erogazione uniforme dell'attività ospedaliera sull'intero territorio di riferimento;
- favorisce l'adozione di percorsi assistenziali e di cura integrati, nonché l'attivazione di protocolli e linee guida che assicurino l'esercizio della responsabilità clinica e l'utilizzo appropriato delle strutture e dei servizi assistenziali;
- riorganizza le attività ospedaliere in funzione delle modalità assistenziali, dell'intensità delle cure, della durata della degenza e del regime di ricovero.

A ciascun distretto ospedaliero sono preposti un coordinatore sanitario e un coordinatore amministrativo, posti alle dirette dipendenze della direzione aziendale e nominati, con provvedimento motivato, dal direttore generale, che affida loro gli obiettivi legati alla funzione di coordinamento.

Il coordinatore sanitario di distretto ospedaliero è individuato tra i dirigenti già preposti a posizioni apicali dell'area sanitaria e prioritariamente dell'area igienico-organizzativa.

Il coordinatore sanitario di distretto ospedaliero coordina le funzioni previste per le direzioni mediche di ciascun plesso ospedaliero del distretto e, se appartenente all'area igienico-organizzativa, ha la responsabilità di uno dei plessi per la cui direzione è prevista la qualifica apicale. Il coordinatore sanitario, per lo svolgimento delle sue funzioni, si avvale, per ciascuno dei singoli plessi, di collaboratori aventi la qualifica di dirigenti medici di area igienico-organizzativa, da prevedere nel numero globale nella dotazione organica aziendale; ai collaboratori competono le funzioni igienico-organizzative secondo la normativa vigente. Tali collaboratori potranno avere qualifica apicale qualora per singolo plesso il numero dei posti letto sia superiore a 140.

Il coordinatore amministrativo di distretto ospedaliero, scelto tra i dirigenti preposti a posizioni apicali dell'area amministrativa, ha tra gli obiettivi quello di rendere omogenee o quantomeno adeguate ai bisogni dell'utenza le procedure amministrative di erogazione dei servizi, compresi gli orari di apertura delle strutture aziendali, l'ac-

cesso agli atti, ecc. La funzione di coordinamento amministrativo di distretto ospedaliero è svolta in via esclusiva dal dirigente. Nei distretti ospedalieri non possono essere previste strutture complesse di area amministrativa, essendo tutte le funzioni amministrative riconducibili alle responsabilità del coordinatore amministrativo.

L'atto aziendale definisce i poteri propri dei coordinatori sanitario e amministrativo di distretto ospedaliero, in particolare in materia di acquisti relativi alla gestione routinaria, gestione del personale (a titolo esemplificativo: turnistica, mobilità interna, telelavoro, opzioni all'esercizio della libera professione intra/extra-moenia, autorizzazione all'esercizio di attività libero-professionale intramoenia presso il proprio ambulatorio, sperimentazioni cliniche, stages/tirocini, ammissione presso strutture aziendali per frequenza volontaria, gestione retribuzione variabile legata alla produttività, ecc.) e rapporti con il personale convenzionato. Il direttore generale può provvedere con apposito atto a delegare ulteriori competenze ai coordinatori. Il direttore generale, in funzione degli obiettivi e delle risorse assegnate, individua tra coordinatore amministrativo e coordinatore sanitario il soggetto che assicura i risultati della gestione complessiva sull'area territoriale.

Ai coordinatori, in aggiunta al trattamento economico connesso alla direzione di struttura complessa, è attribuita, quale indennità di funzione, soltanto l'integrazione prevista dai CCNL per i direttori di dipartimento. I coordinatori si avvalgono di collaboratori provenienti dalle strutture coordinate.

Le attività ospedaliere (punti 42 e 43)

L'aumento della prevalenza delle malattie croniche, la riduzione della durata delle degenze e il maggiore ricorso a prestazioni in regime di ospedalizzazione diurna o ambulatoriale, impone lo sviluppo di logiche di rete che consentano di prefigurare sistemi atti a relazionare costantemente la singola struttura ospedaliera con le altre realtà sanitarie, ospedaliere o territoriali.

In tal senso si richiama quanto previsto dalla legge regionale n. 5/2009, art. 5, comma 11, relativo alla costituzione di dipartimenti interaziendali.

Tra i principali campi d'innovazione nell'organizzazione interna agli ospedali a cui gli atti aziendali dovranno porre attenzione – prevedendo eventualmente soluzioni specifiche, con l'istituzione di pertinenti unità operative in staff o dipartimentale, in coerenza con quanto disposto dalla legge regionale n. 5/2009, art. 9, commi 5 e 6 – si individuano:

- la progettazione e la gestione di aree assistenziali specializzate, in cui l'elemento caratterizzante e specifico è rappresentato dai bisogni assistenziali prima che da quelli clinici. Si tratta di aree su cui è possibile e opportuno sperimentare gradi crescenti di responsabilizzazione del personale dell'assistenza, quali infermieri, ostetriche, fisioterapisti, ecc.;
- la gestione operativa delle risorse fisiche presenti all'interno dell'ospedale (ad esempio pianificazione utilizzo delle sale operatorie e dei posti letto). Al fine di assicurare l'utilizzo ottimale di tutte le risorse dell'organizzazione, deve essere chiarita ed esplicitata l'utilizzazione delle risorse aziendali minimizzando la variabilità dei comportamenti d'impiego da parte dei dipartimenti;
- gestione dell'informatica e della tecnologia della comunicazione;
- l'ingegneria clinica, che partecipa alla programmazione e alla valutazione degli investimenti in tecnologia e alla gestione dei contratti con i fornitori per la manutenzione delle apparecchiature sanitarie;
- la programmazione delle dimissioni e il coordinamento con le strutture territoriali di post-ricovero, per come definita nelle linee guida sulla riorganizzazione delle attività territoriali.

Le aziende ospedaliere prevedono un'unica struttura complessa di direzione medica dei plessi ospedalieri.

Servizi amministrativi (punto 45)

Le funzioni amministrative delle aziende, rimodulate secondo un nuovo modello gestionale ed in rapporto ai bacini di utenza, si articolano nei servizi di seguito elencati:

- 1) affari generali, sviluppo organizzativo e risorse umane (svolge le funzioni di segreteria, predisporre le convenzioni con i soggetti esterni, elabora progetti di sviluppo e miglioramento organizzativo, cura lo stato giuridico, il trattamento economico e gli aspetti previdenziali e di quiescenza del personale dipendente, gestisce l'acquisizione e lo sviluppo delle risorse umane, cura le relazioni sindacali);
- 2) economico-finanziario e patrimoniale (predisporre il budget annuale e pluriennale, nonché il bilancio d'esercizio annuale; cura la contabilità generale ed analitica; cura gli adempimenti tributari e fiscali; cura i rapporti con l'Istituto tesoriere; gestisce, sotto il profilo amministrativo, il patrimonio mobiliare ed immobiliare; acquisisce i cespiti e provvede alla regolare tenuta del correlato libro dell'in-

ventario; provvede alla dismissione, alienazione e fuori uso dei cespiti; attribuisce formalmente la presa in carico dei cespiti all'unità operativa di pertinenza);

3) tecnico (provvede alla progettazione delle opere edili; assicura la direzione dei lavori e la vigilanza; vigila sui progetti affidati all'esterno; assicura la manutenzione ordinaria e straordinaria del patrimonio mobiliare ed immobiliare, nonché l'installazione e la manutenzione degli impianti e delle attrezzature sanitarie – comprese quelle ad alta tecnologia – nel caso non sia prevista l'istituzione di una unità operativa autonoma di ingegneria clinica);

4) provveditorato (gestisce le procedure di gara per l'approvvigionamento di beni e servizi; assicura l'emissione degli ordinativi di acquisto; provvede alla liquidazione delle forniture di beni e servizi; gestisce la logistica dei beni oggetto della competenza del servizio);

5) facility management (ha la responsabilità e la cura degli aspetti strutturali ed alberghieri dell'ospedale e dei presidi rivolti direttamente all'utenza-sportelli di accoglienza, segnaletica, trasporti interni, qualità dell'immobile, servizi alberghieri, ecc.; svolge un'attività centrale rispetto alla qualità percepita, oggi spesso frammentata tra settore tecnico, direzione medica di presidio, servizio infermieristico, ferme restando alle direzioni mediche le competenze in materia igienico-organizzativa).

I processi diagnostico-terapeutico-assistenziali (punto 47)

Le aziende promuovono la definizione e l'utilizzo di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali come strumento di governo clinico e di continuità della presa in carico.

I percorsi sono prioritariamente individuati tra le patologie a più alta prevalenza e intensità assistenziale, sia acute sia croniche. Il loro sviluppo si accompagna alla definizione d'indicatori di processo, risultato ed esito, capaci d'incentivare comportamenti professionali adeguati e di rendere conto delle attività svolte agli utenti e altri attori coinvolti.

Li dove ritenuto opportuno sotto il profilo clinico-assistenziale, e soprattutto per le patologie croniche, è auspicabile lo sviluppo di programmi specifici di case management.

Le aziende possono attribuire responsabilità specifiche per la definizione e l'implementazione di tali percorsi.

I programmi e i gruppi di progetto (punto 48)

Al fine di sviluppare approcci omogenei nelle strutture operative su particolari argomenti relativi alla sicurezza e alla qualità dell'assistenza, la direzione strategica può individuare specifici programmi, anche interdipartimentali. La direzione definisce gli obiettivi dei programmi e, per il loro perseguimento, individua gruppi di referenti clinico-assistenziali che si raccordano con le strutture operative, cui fanno capo le risorse. Nelle AOU tali programmi possono corrispondere a quanto previsto dall'art. 5, comma 4, del decreto legislativo n. 517/1999.

Qualora l'azienda intenda sviluppare dei progetti particolari, essa può attivare gruppi di lavoro ad hoc, dotandoli di risorse proprie e affidandone la responsabilità a un dirigente o un dipendente del comparto. Carattere essenziale dei gruppi di progetto è la loro temporaneità, che riguarda anche gli incarichi associati alla responsabilità della loro conduzione.

Gli staff aziendali (punto 49)

Gli staff della direzione aziendale nel recente passato hanno contribuito in modo determinante al processo di aziendalizzazione del SSN. Gli elementi che caratterizzano le funzioni di staff sono l'orientamento ai risultati e la flessibilità nei compiti svolti, nei processi e negli strumenti gestionali utilizzati, nei carichi di lavoro e il tasso di innovazione organizzativa e gestionale delle attività gestite.

All'interno di questi caratteri comuni, può risultare utile distinguere almeno tre tipologie di staff:

- staff di tipo generico, privi di focalizzazione, i cui componenti, anche singolarmente intesi, hanno compiti generali di supporto indistinto della direzione aziendale o di altri organi;
- staff specializzati su aree a contenuto consolidato, che usano strumenti relativamente stabili;
- staff dedicati ad aree fortemente innovative, almeno per la loro applicazione alle aziende sanitarie pubbliche, ai quali è richiesto quindi la costruzione e l'adattamento degli strumenti di gestione.

Sono da ricondursi sotto l'area degli staff della direzione aziendale le attività di pianificazione e di controllo strategico, di programmazione e di controllo di gestione, politiche del personale, di comunicazione istituzionale ed interna al fine di migliorare il clima aziendale ed i rapporti con i professionisti, di gestione della qualità, di gestione del rischio clinico, d'innovazione dei processi produttivi (compresi gli sviluppi in ottica di operation management) e del loro controllo (audit interno). In particolare le attività del controllo di

gestione sono organizzate in modo da rispondere alle indicazioni della legge regionale n. 5/2009, art. 18, commi 3 e 5.

Gli staff non prevedono al loro interno strutture complesse, salvo eventualmente per la responsabilità complessiva su tutti gli staff. Le funzioni più innovative e meno stabili, quando svolte da un numero limitato di operatori, possono configurare incarichi di tipo professionale se sotto la responsabilità di dipendenti con qualifica dirigenziale, in incarichi di posizione organizzativa se responsabilità di operatori del comparto. Quando le funzioni siano più stabili e richiedano più operatori per il loro svolgimento, allora esse possono configurare una struttura semplice.

Peculiare attenzione deve essere posta nel definire la posizione dei servizi legali anche alla luce dell'evoluzione giurisprudenziale che ne separa le funzioni rispetto a quelle connesse agli affari generali; essi devono infatti essere dotati di autonomia funzionale e posti in diretta connessione unicamente con il vertice decisionale dell'azienda. Ne va, dunque, prevista l'articolazione a livello di staff, nella generalità dei casi, quali strutture semplici, e per ciò che concerne le aziende sanitarie provinciali di Catania, Messina e Palermo, in attuazione della previsione recata dall'art. 9, comma 6, della legge regionale n. 5/2009 ed in ragione del numero e della complessità degli affari da trattare, anche con il rango di struttura complessa.

Analoga attenzione deve essere rivolta al servizio di prevenzione e protezione (SPP), dotato di autonomia funzionale, gestionale e di proprio budget, a cui si intesta la competenza in materia di sicurezza all'interno delle strutture sanitarie dell'azienda.

Le professioni sanitarie ex legge n. 42/1999 (punto 44)

Il processo di professionalizzazione in atto per le professioni sanitarie ex legge n. 42/1999, ribadito con la legge n. 251/2000, rappresenta un elemento di discontinuità per l'assistenza sanitaria in Italia e nel SSN. Tale evoluzione deve necessariamente trovare soluzioni organizzative capaci di riconoscere in prospettiva lo sviluppo delle competenze dei professionisti e quindi di affidare loro nuove e diverse responsabilità nelle aziende SSR.

L'atto aziendale definisce l'organizzazione delle attività assistenziali. Le aziende, in conformità anche alle previsioni della recente legge regionale 15 febbraio 2010, n. 1, recante "Istituzione delle unità operative delle professioni sanitarie e del servizio sociale", devono prevedere apposite articolazioni organizzative che provvedano non solo a curare l'espletamento delle funzioni previste dalle norme istitutive dei relativi profili professionali e ad adempiere agli altri compiti previsti dalla citata legge regionale, ma anche sviluppare competenze specifiche con riguardo ai professionisti ex legge n. 42/1999 e in particolare:

- al monitoraggio e alla manutenzione delle loro competenze tecnico-professionali individuali;
- ai sistemi di determinazione del fabbisogno di personale in relazione alle attività assistenziali;
- alla mobilità interna.

Le aziende definiscono tale organizzazione tenuto conto della presenza dell'area territoriale e dei distretti ospedalieri. In particolare, possono prevedere un referente delle professioni per l'area territoriale e uno per distretto ospedaliero. Tali referenti rispondono ai coordinatori sanitari.

Gli eventuali incarichi dirigenziali sono conferiti previa modificazioni compensative delle dotazioni organiche, con la riduzione di un numero equivalente di figure dirigenziali del ruolo sanitario.

Il sistema degli incarichi dirigenziali (graduazione, conferimento, valutazione, revoca) (punto 51)

Il sistema degli incarichi segue quanto previsto dai contratti collettivi nazionali di lavoro. Particolare enfasi è data a:

- la necessità di una graduazione degli incarichi di struttura che sia aggiornata a cadenza regolare;
- la natura temporanea degli incarichi dirigenziali e all'opportunità di una loro rotazione;
- la necessità di una valutazione costante nel tempo dei dirigenti ad essi preposti;
- la necessità di sviluppare sistemi di carriera appetibili per i dirigenti che non assumono incarichi di responsabilità di struttura;
- il ruolo di distretti, dipartimenti e altre macro-articolazioni organizzative nella gestione di reclutamento, selezione e carriere dei professionisti che non hanno incarichi di struttura.

La pianificazione strategica (punto 53)

L'azienda informa le attività di pianificazione alla programmazione sanitaria regionale e nazionale. In particolare recepisce orientamenti e obiettivi del Piano sanitario regionale e tiene conto della relazione sullo stato del SSR predisposta annualmente dall'Assessore per la salute.

L'azienda organizza la propria programmazione secondo quanto previsto dall'art. 5 della legge regionale n. 5/2009 e si basa sul Piano attuativo, i programmi annuali di attività e la relazione sanitaria aziendale prodotta entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento.

L'azienda partecipa alla programmazione interaziendale di bacino in conformità al disposto dei commi 8 e segg. dell'articolo 5 della legge regionale n. 5/2009.

Le ASP elaborano insieme ai comuni del territorio i documenti di pianificazione per i servizi socio-sanitari, in particolare attraverso i piani di zona, e curano mediante idonei controlli il loro andamento.

La programmazione e controllo (punto 54)

Le aziende gestiscono sistemi di budget, di contabilità analitica e di reporting per governare le proprie attività. Al contempo assicurano piena integrazione all'interno dei sistemi sviluppati a livello regionale, per permettere all'Assessorato di svolgere il suo ruolo di regia sul SSR come previsto dall'art. 18 della legge regionale n. 5/2009 e alle aziende di potersi confrontare tra loro.

Le procedure di acquisto sotto soglia (punto 56)

Le Aziende recepiscono le indicazioni prodotte dalla Regione.

La libera professione intramuraria (punto 60)

L'atto aziendale esplicita i principi per l'esercizio della libera professione intramuraria.

Le aziende regolamentano le attività libero-professionali dei propri dirigenti secondo le disposizioni di legge e contrattuali vigenti. L'organizzazione e l'esercizio dell'attività intramuraria non devono essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'azienda.

Esercizio delle attività libero-professionali intramuraria può contribuire a valorizzare il lavoro dei professionisti che lavorano in azienda, favorire l'innovazione clinico-assistenziale, ampliare l'offerta aziendale complessivamente intesa, rafforzare il senso di appartenenza dei professionisti alla vita dell'azienda anche prolungandone la presenza sul posto di lavoro fuori dall'orario previsto per le attività istituzionali.

Perché ciò sia verificato, l'azienda s'ispira con determinazione ai seguenti principi:

- la scelta dei servizi libero-professionali da parte degli utenti non deve avere come principale motivazione le liste di attesa che caratterizzano le attività prestate in regime istituzionale;
- lì dove il soggetto imprenditoriale sia l'azienda e non i singoli professionisti o le singole équipe, i servizi sono offerti nell'ambito di un'area a pagamento organizzata e gestita dall'azienda e non come attività libero-professionale individuale o di gruppo;
- le attività della libera professione individuale o di gruppo devono essere svolte all'interno delle strutture aziendali, senza ricorrere - se non per dimostrabili interessi aziendali e comunque in conformità alle norme di legge - alla extramoenia allargata;
- le attività offerte in area a pagamento aziendale prediligono i servizi non ricompresi nei livelli essenziali di assistenza;
- le attività offerte in regime di libera professione intramuraria prediligono per quanto possibile servizi ad alto contenuto d'innovazione clinico-assistenziale che diventano poi patrimonio aziendale attraverso la loro socializzazione e l'apprendimento organizzativo.

Le aziende sanitarie definiscono sistemi di abbattimenti tariffari che colleghino, per ciascuna prestazione o classi di prestazioni, la durata delle liste di attesa e le tariffe della libera professione intramuraria (tanto più lunghe sono le liste di attesa, tanto minori sono le tariffe delle prestazioni equivalenti prestate in regime di libera professione intramuraria).

Le aziende sanitarie assicurano i controlli previsti dalla normativa su volumi e contenuti della libera professione intramuraria e dell'attività prestata dall'area a pagamento aziendale, illustrando i risultati di tali controlli all'interno della relazione sanitaria aziendale prodotta entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento.

Modalità di adozione e modifica dell'atto aziendale

Adozione e modifica dell'atto aziendale

Il procedimento per il controllo e l'approvazione degli atti aziendali da parte dell'Assessorato è definito dall'art. 16 della legge regionale n. 5/2009.

Modifiche dell'atto aziendale

Il direttore generale può modificare l'atto aziendale, attenendosi alle presenti linee guida, qualora intervengano leggi statali o regionali, atti pianificatori regionali che rendano necessario il suo adeguamento o altre sopravvenute e motivate esigenze organizzative.

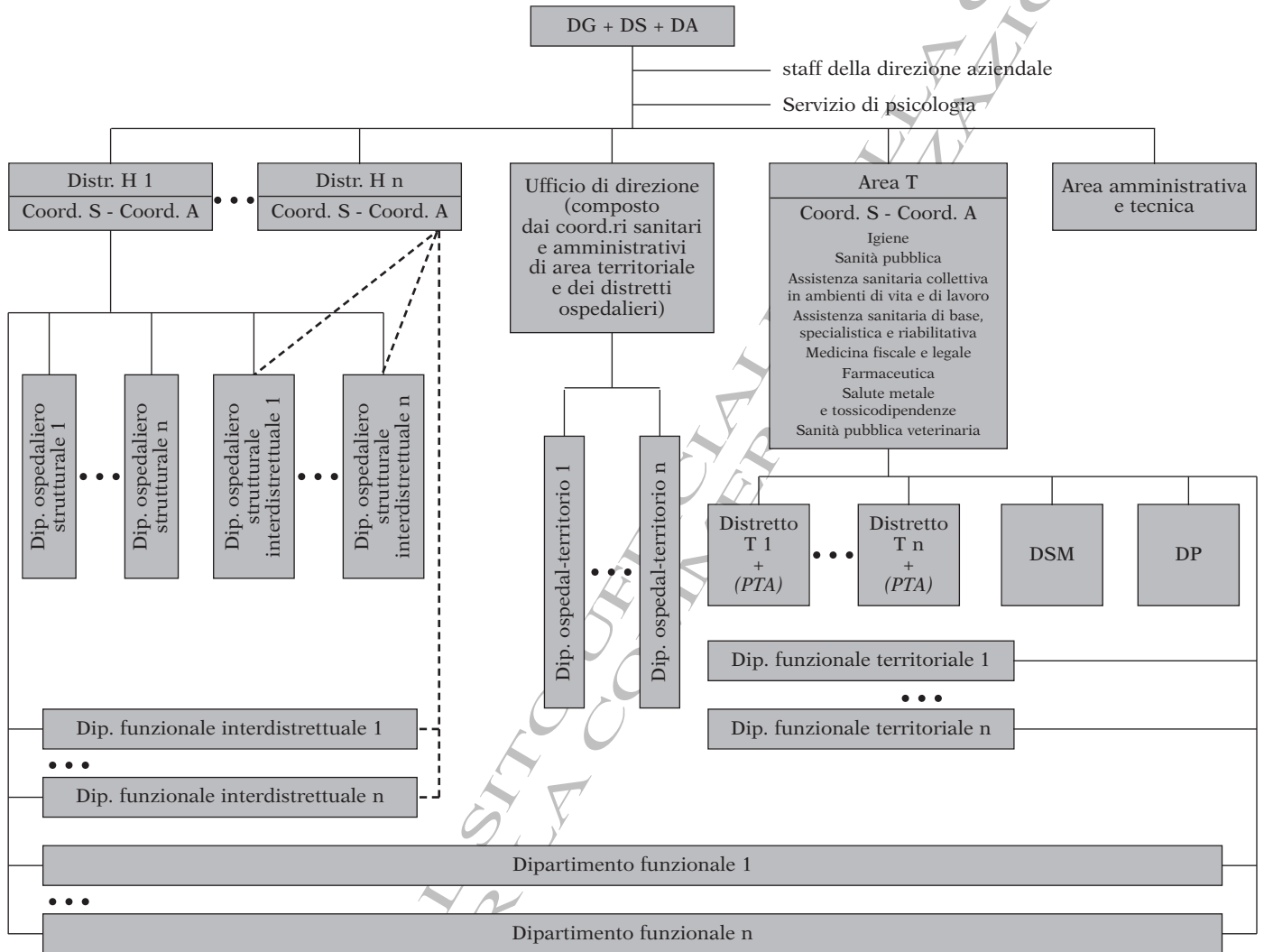
Il provvedimento con cui il direttore generale adegua l'atto aziendale va sottoposto alla verifica di conformità come sopra.

Norma finale

Talune funzioni, che non necessitano di articolazioni organizzative all'interno della singola azienda, potranno essere assicurate nell'ambito di bacino e/o con accordi interaziendali.

Qualora sopravvengano disposizioni di legge statale o regionale, nonché atti di programmazione e pianificazione regionali recanti disposizioni in contrasto con quanto indicato nelle presenti linee guida, queste ultime s'intenderanno conformemente modificate.

SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DI ORGANIGRAMMA ASP



SCHEMA ESEMPLIFICATIVO DI ORGANIGRAMMA AO/ARNAS

