

Deliberazione della Giunta Regionale 27 luglio 2015, n. 42-1921

Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012 s.m.i. All. 1 e approvazione All. A "Principi e i criteri per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie regionali e l'applicazione dei parametri standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse, ex art. 12, comma 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012".

A relazione del Presidente Chiamparino:

Premesso che:

l'organizzazione e il funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali (A.S.R.) sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato ai sensi dell'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e s.m.i., adottato dal direttore generale in applicazione dei principi e dei criteri stabiliti con provvedimento della Giunta Regionale;

la D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012, come integrata dalla D.G.R. n. 16-6418 del 30.09.2013, ha approvato i principi e criteri per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie regionali in conformità alle previsioni del P.S.S.R. 2012-2015, adottato con la D.C.R. n. 167-14087 del 3.04.2012 ed in applicazione dei parametri standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse, ex art. 12, comma 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012);

successivamente all'adozione dei richiamati provvedimenti le disposizioni nazionali adottate in ambito sanitario hanno innovato il contesto normativo di riferimento;

infatti in data 7.02.2013 la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano ha sancito l'accordo (CSR n. 36) sul documento recante "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale", che disciplina gli interventi finalizzati ad assicurare la continuità delle cure primarie nell'arco dell'intera giornata;

in data 10.07.2014 la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano ha sancito l'intesa (CSR n 82) concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016;

in data 5.08.2014 la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano ha sancito l'intesa (CSR n. 98), ai sensi dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze, concernente il regolamento recante "definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". Il succitato regolamento è stato recentemente approvato dal Ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze, con D.M. n 70 del 2.04.2015;

in coerenza con le linee direttive emergenti dal richiamato quadro normativo, la Giunta Regionale ha adottato, con provvedimento n. 25-6992 del 30.12.2013 (in attuazione del Piano di rientro, ai sensi dell'art. 15, comma 20, del citato D.L. n. 95/2012, come convertito in L. n. 135/2012) i Programmi Operativi per il triennio 2013-2015, prevedendo, in particolare, tra le altre specifiche

azioni, la ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post-acuti, nel rispetto delle indicazioni degli standard nazionali e del succitato regolamento ministeriale (programma 14 Riequilibrio Ospedale-Territorio - intervento 14.1.1 “Rete ospedaliera e riconversioni) e lo sviluppo della rete territoriale di assistenza (programma 14 – Riequilibrio Ospedale-Territorio – intervento 14.3 Assistenza primaria);

con DGR 1-600 del 19.11.2014, come integrata con DGR 1-924 del 23.01.2015, si è dato pertanto seguito alla rivalutazione dei fabbisogni assistenziali regionali e alla conseguente rideterminazione delle strutture organizzative e dei relativi posti letto definendo un nuovo programma di revisione della rete ospedaliera;

con D.G.R. 25-1513 del 3.06.2015 è stato approvato il Piano Regionale di Prevenzione per gli anni 2015-2018, quale atto propedeutico all’attuazione dei programmi operativi di cui alla succitata D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013;

con DGR 26-1653 del 29.06.2015 è stato infine approvato il programma di interventi per il riordino della rete territoriale;

l’attuazione della nuova logica organizzativa, così come risultante dalla richiamata normativa nazionale e dai provvedimenti regionali succitati, rende ora opportuna la modifica ed integrazione della D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012, mediante la revisione di alcuni criteri di organizzazione, al fine di conformarli alle esigenze della programmazione sanitaria regionale e consentire alle Aziende Sanitarie la massima integrazione nelle attività di erogazione delle prestazioni e la razionalizzazione dei costi;

ritenuto pertanto di approvare i principi e criteri di organizzazione di cui all’allegato A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, che modifica, integra e, per ragioni sistematiche, sostituisce l’all. 1 della D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012, s.m.i.;

dato atto che, ai sensi della richiamata D.C.R. n. 167-14087 del 3.04.2012, all. A, par. 5.1, gli Atti Aziendali sono soggetti al recepimento della Giunta Regionale, previa verifica della coerenza con gli atti aziendali delle AA.SS.RR. del medesimo ambito territoriale sovrazonale;

ritenuto che possa essere data attuazione alle previsioni dell’Atto Aziendale solo dopo il recepimento regionale;

ritenuto che le Aziende Sanitarie debbano adeguare l’organizzazione ai principi e criteri di organizzazione di cui all’allegato A adottando l’Atto Aziendale entro il 21.09.2015, ed inoltrandolo, entro il suddetto termine, all’Amministrazione Regionale per il procedimento di verifica propedeutico al recepimento;

visto l’art. 3, co. 1-bis del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, s.m.i.;

vista la legge regionale 6 agosto 2007, n. 18, come modificata dalla legge regionale 28 marzo 2012, n. 3;

visto l’Accordo tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano recante “Linee d’indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza urgenza in rapporto alla continuità assistenziale”, sancito il 7.2.2013;

vista l'Intesa tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il Patto per la Salute per gli anni 2014-2016, sancita il 10.7.2014;

visto il D.M. n 70 del 2.04.2015;

vista la D.C.R. n. 167-14087 del 3 aprile 2012 (PSSR 2012-2015);

vista la D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013 (Programmi Operativi Regionali 2013-2015),

vista la D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i.,

vista la D.G.R. 25-1513 del 3.06.2015;

vista la DGR 26-1653 del 29.06.2015;

la Giunta Regionale, a voti unanimi espressi nei modi di legge,

delibera

per le ragioni espresse in narrativa e che qui si intendono integralmente riportate:

– di modificare ed integrare i principi e criteri di organizzazione di cui alla D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012 s.m.i. , secondo le previsioni dell' All. A, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento, recante "Principi e i criteri per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie regionali e l'applicazione dei parametri standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse, ex art. 12, comma 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012", che sostituisce l'All.1 della D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012 s.m.i;

– di disporre che le Aziende sanitarie procedano, in conformità ai succitati principi e criteri, alla riadozione dell'Atto Aziendale e all'inoltro per il procedimento regionale di verifica entro il 21.09.2015;

– di dare atto che ai sensi della D.C.R. n. 167-14087 del 3.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015), all. A, par. 5.1, gli Atti Aziendali sono soggetti al recepimento della Giunta Regionale, previa verifica della coerenza con gli Atti Aziendali delle AA.SS.RR. del medesimo ambito territoriale sovrazonale;

– di disporre che Aziende Sanitarie possano dare attuazione alle previsioni dell'Atto Aziendale solo dopo il recepimento regionale.

La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte ai sensi dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

ALL. A

PRINCIPI E I CRITERI PER L'ORGANIZZAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI E L'APPLICAZIONE DEI PARAMETRI STANDARD PER L'INDIVIDUAZIONE DI STRUTTURE SEMPLICI E COMPLESSE, EX ART. 12, COMMA 1, LETT. B) PATTO PER LA SALUTE 2010-2012.

1. L'Atto Aziendale

L'organizzazione e il funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali (A.S.R.) sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato ai sensi dell'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e s.m.i., adottato dal direttore generale in applicazione dei principi e dei criteri stabiliti con provvedimento della Giunta Regionale.

L'atto aziendale deve ispirarsi ai principi di efficienza, economicità e semplificazione e determina in particolare:

- a) gli elementi identificativi, la “mission”, la “vision” e il ruolo dell'azienda nel contesto istituzionale definito dalla programmazione regionale;
- b) l'assetto istituzionale in termini di organi ed organismi aziendali;
- c) le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale soggette a rendicontazione analitica e la disciplina dell'organizzazione secondo il modello dipartimentale, definendo i rapporti gerarchici e le relazioni funzionali tra le strutture;
- d) le competenze attribuite al direttore amministrativo, al direttore sanitario, ai direttori di presidio, ai direttori di distretto, ai direttori di dipartimento e ai dirigenti responsabili di struttura.

L'Atto Aziendale riporta in allegato, quali sue parti integranti, il documento concernente l'organigramma e la declaratoria delle funzioni attribuite a ciascuna articolazione organizzativa (piano di organizzazione) e quello concernente la dotazione organica aziendale (par. 4)

L'Atto Aziendale è soggetto a recepimento da parte della Giunta Regionale, sulla base della verifica di coerenza con gli atti aziendali delle A.S.R. del medesimo ambito territoriale (P.S.S.R. 2012-2015, par. 5.1). Può essere data attuazione alle previsioni dell'atto aziendale solo dopo il recepimento regionale.

Nella redazione dell'Atto le Aziende devono attenersi allo schema di indice di seguito riportato, al fine di garantire coerenza e comparabilità tra le aziende del Servizio Sanitario Regionale (S.S.R.) e facilitare la verifica regionale.

Titolo I. Elementi identificativi e caratterizzanti l'Azienda:

- sede legale
- logo
- patrimonio
- scopo e missione; dichiarazioni etiche.

Titolo II. Assetto istituzionale: organi aziendali, organismi collegiali e relative attribuzioni:

- Direttore generale, Direttore amministrativo e Direttore sanitario
- Collegio sindacale
- Collegio di direzione
- altri (Consiglio dei sanitari, Organo d'indirizzo, Comitato di dipartimento, Organismo indipendente di valutazione, etc.).

Titolo III. Aspetti organizzativi dell'Azienda:

- articolazione territoriale a livello centrale, distrettuale ed ospedaliero
- modalità di identificazione dei dipartimenti e relative aggregazioni
- disciplina degli eventuali dipartimenti integrati con l'Università
- modalità d'identificazione delle strutture semplici e complesse e criteri per la loro istituzione
- esplicitazione del livello di autonomia gestionale e tecnico professionale delle unità organizzative; criteri e modalità di conferimento degli incarichi dirigenziali.

Titolo IV. Modalità di gestione, controllo e valorizzazione delle risorse:

- procedure di consultazione al fine della predisposizione degli atti di programmazione
- disciplina dei controlli interni
- disciplina della funzione qualità
- previsione della regolamentazione interna
- azioni di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione degli utenti.

2. I principi cardine del P.S.S.R. 2012-2015 e il contesto normativo nazionale.

Nel contesto organizzativo definito dal P.S.S.R., alle Aziende Sanitarie Locali (A.S.L.) compete la funzione di tutela della salute e di erogazione dei servizi di assistenza primaria, attraverso i distretti, e dei servizi di assistenza specialistica, tramite gli ospedali in rete. Le attività di promozione della salute e prevenzione primaria collettiva sono svolte dai dipartimenti di prevenzione delle A.S.L. o con l'attivazione di programmi speciali finalizzati. Alle Aziende Ospedaliere (A.O.) e Aziende Ospedaliero-Universitarie (A.O.U.) compete la funzione preminente di erogazione di servizi sanitari specialistici.

Secondo le previsioni del P.S.S.R., il riordino funzionale della rete ospedaliera si fonda sulla diversificazione dei centri e sull'attribuzione delle competenze per livelli di complessità delle prestazioni erogate e di intensità delle cure (P.S.S.R. par. 5.3) -

Il P.S.S.R. prevede, inoltre, che lo sviluppo dell'organizzazione delle attività ospedaliere per intensità di cure debba essere perseguito con l'utilizzo di percorsi diagnostico-terapeutici e indicatori di complessità, nonché mediante la previsione di aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza e il regime di ricovero, al fine di favorire il superamento graduale dell'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica.

Con riferimento al riordino e allo sviluppo della rete territoriale di assistenza il P.S.S.R. (par. 3.3.2) ha previsto il rafforzamento del ruolo del Distretto, a garanzia del coordinato e continuativo svolgimento dei percorsi di salute.

I successivi provvedimenti regionali si sono posti il duplice obiettivo della rigorosa osservanza delle misure di contenimento della spesa sanitaria e di riequilibrio economico finanziario imposte dal Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico, adottato, ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311, con D.G.R. n. 1-415 del 2.08.2010, e relativi programmi operativi, nonché della conformità alla recente ed innovativa normativa nazionale in ambito sanitario.

L'accordo Stato-Regioni/Province autonome del 7.02.2013 (CSR n. 36) ha infatti approvato le "Linee di indirizzo per la riorganizzazione del sistema di emergenza-urgenza in rapporto alla continuità assistenziale", che disciplina gli interventi finalizzati ad assicurare la continuità delle cure primarie nell'arco dell'intera giornata.

In data 10.07.2014 la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano ha sancito l'intesa (CSR n. 82) concernente il nuovo Patto per la salute per gli anni 2014-2016.

In data 5.08.2014 la Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano ha sancito l'intesa (CSR n. 98), ai sensi dell'articolo 1, comma 169 della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze, concernente il regolamento recante "definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera". Il succitato regolamento è stato recentemente approvato dal Ministro della Salute, di concerto con il ministro dell'Economia e delle Finanze, con D.M. n 70 del 2.04.2015.

In coerenza con le linee direttive emergenti dal richiamato contesto normativo nazionale e regionale, la Giunta Regionale ha adottato, con provvedimento n. 25-6992 del 30.12.2013 (in attuazione del succitato Piano di rientro, ai sensi dell'art. 15, comma 20, del citato D.L. n. 95/2012, come convertito in L. n. 135/2012) i Programmi Operativi per il triennio 2013-2015, prevedendo, tra le altre specifiche azioni, in particolare la ridefinizione della rete ospedaliera acuti e post-acuti, nel rispetto delle indicazioni degli standard nazionali e del succitato regolamento ministeriale (programma 14 Riequilibrio Ospedale-Territorio - intervento 14.1.1 "Rete ospedaliera e riconversioni) e lo sviluppo della rete territoriale di assistenza (programma 14 – Riequilibrio Ospedale-Territorio – intervento 14.3 Assistenza primaria).

Pertanto con DGR 1-600 del 19.11.2014, come integrata con DGR 1-924 del 23.01.2015, si è dato seguito alla rivalutazione dei fabbisogni assistenziali regionali e alla conseguente rideterminazione delle strutture organizzative e dei relativi posti letto definendo un nuovo programma di revisione della rete ospedaliera; inoltre con DGR 26-1653 del 29.06.2015 è stato approvato il programma di interventi per il riordino della rete territoriale.

Infine con D.G.R. 25-1513 del 3.06.2015 è stato approvato il Piano Regionale di Prevenzione per gli anni 2015-2018, quale atto propedeutico all'attuazione dei programmi operativi di cui alla succitata D.G.R. n. 25-6992 del 30.12.2013.

La nuova logica organizzativa imposta dal P.S.S.R. e dai succitati provvedimenti regionali rende opportuna la revisione dei criteri di organizzazione per conformarli alle esigenze della programmazione sanitaria regionale.

È infatti quanto mai necessario che le aziende sanitarie, pur nella loro autonomia gestionale, operino in una visione sistemica, in modo coordinato e coerente, perseguendo, nell'ambito di una strategia comune guidata dall'amministrazione regionale, le azioni di sviluppo per la massima integrazione delle attività di erogazione delle prestazioni e la razionalizzazione dei costi.

3. I criteri di organizzazione

L'organizzazione delle attività e dei compiti istituzionali delle Aziende Sanitarie, basata sulla distinzione in direzione generale strategica e direzioni operative, si deve coniugare con il criterio strutturale, attraverso l'articolazione in strutture operative aggregate per le seguenti macro-aree:

- a) area ospedaliera
- b) area territoriale
- c) area della prevenzione.

3.1 Presidi ospedalieri e Direzione sanitaria di presidio.

Per una maggior rispondenza alle finalità di integrazione delle attività, precipuo obiettivo della nuova rete ospedaliera, come ridisegnata dalla DGR 1-600 del 19.11.2014, integrata con DGR 1-924 del 23.01.2015, è necessario, in primo luogo, razionalizzare e coordinare l'attività dei presidi ospedalieri di ciascuna Azienda Sanitaria, con l'accorpamento a fini funzionali di quelli a minore complessità. Ciascun gruppo di presidi funzionalmente accorpati prevede almeno un presidio sede di D.E.A. di primo livello.

La direzione sanitaria dei presidi ospedalieri (P.S.S.R. par. 5.3.3) è affidata a un dirigente sanitario in possesso dei requisiti di cui al D.P.R. n. 484/1997 (Regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del Servizio sanitario nazionale)

Il direttore di presidio ospedaliero ha responsabilità in relazione al funzionamento operativo della sede ospedaliera assegnata e risponde del proprio operato alla direzione sanitaria aziendale.

Il direttore di presidio ospedaliero, in particolare:

- a) è responsabile delle attività igienico-organizzative della struttura ospedaliera;
- b) coordina, in collaborazione con i responsabili dipartimentali della gestione operativa, il funzionamento della struttura ospedaliera (blocco operatorio, poliambulatori, posti letto), al fine di ottimizzare l'utilizzo della sede ospedaliera per l'erogazione dei servizi sanitari, di garantire l'unitarietà funzionale della stessa e di realizzare le migliori condizioni per lo svolgimento dei processi clinico-assistenziali;
- c) gestisce i progetti speciali relativi alla struttura ospedaliera di propria competenza.

Nelle aziende ospedaliere e ospedaliero-universitarie costituite da un unico presidio, le funzioni e i compiti del direttore sanitario di azienda e del direttore di presidio ospedaliero sono svolti da un unico soggetto avente i requisiti di legge (articolo 3, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, come modificato dall'art. 15 del D.L. 6 luglio 2012, n. 95 convertito nella Legge 7 agosto 2012, n. 135).

3.2 Distretti e Direzione distrettuale

La rete territoriale è costituita dai distretti (P.S.S.R. 3.3.2) ed è articolata in conformità al programma di interventi per il riordino della rete territoriale approvato con DGR 26-1653 del 29.06.2015.

Il Distretto, quale articolazione territoriale, operativa ed organizzativa, dell'A.S.L., rappresenta la sede più idonea per il confronto con le autonomie locali e la gestione dei rapporti del S.S.R. con i cittadini e, quale garante della salute della popolazione, assicura l'espletamento delle attività e dei servizi territoriali indicati dall'art. 3-quinquies del D. lgs. n. 502/1992, come modificato dal D. lgs. 229/1999, mediante l'integrazione tra i diversi servizi sanitari e tra questi e i servizi socio-sanitari competenti e coinvolti, in modo da assicurare una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione, con particolare riferimento alle problematiche connesse alle cronicità e alle situazioni di fragilità sociale.

In particolare la l.r. 18/2007 (Norme per la programmazione socio sanitaria e il riassetto del servizio socio sanitario regionale) prevede che l'articolazione distrettuale persegua le seguenti finalità:

- a) governare la domanda di servizi attraverso la valutazione dei bisogni socio-sanitari della comunità per definire le caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi necessari;
- b) assicurare l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali affidati ai medici di medicina generale e ai pediatri di libera scelta, nonché ai servizi direttamente gestiti dall'azienda sanitaria;
- c) promuovere iniziative di corretta comunicazione ed informazione ai cittadini;
- d) garantire equità di accesso, tempestività, appropriatezza e continuità dell'assistenza e delle cure per la popolazione di riferimento;
- e) assicurare il coordinamento fra le attività territoriali di prevenzione e quelle ospedaliere;
- f) valutare l'efficacia degli interventi.

Il rafforzamento dei compiti del Distretto richiede la riconsiderazione delle attuali articolazioni e l'individuazione di aree territoriali più ampie delle attuali, idonee a

superare la parcellizzazione rappresentata da un numero di distretti di dimensione limitata, che non consentono lo svolgimento della funzione di governance e di garantire le necessarie efficienze organizzative (P.S.S.R. 3.3.2).

Pertanto, in coerenza con le disposizioni dell'art 19 della l.r. 18/2007 le A.S.L. i provvedimenti regionali di programmazione (DGR n. 1-600 del 19.11.2014, come integrata con DGR 1-924 del 23. 01.2015, DGR 26-1653 del 29.06.2015) hanno previsto il dimensionamento ottimale delle articolazioni distrettuali in relazione ad un bacino d'utenza compreso tra 80.000 e 150.000 abitanti.

I Distretti con bacino d'utenza non inferiore a 80.000 abitanti sono configurati come struttura complessa; ove abbiano un bacino d'utenza minore, essendo riferiti ad aree montane (come disciplinate dalle leggi regionali nn. 11/2012 e 3/2014) e/o a scarsa densità abitativa, devono essere previsti in forma di struttura semplice, quale articolazione di altro distretto territorialmente contiguo individuato come struttura complessa.

Al fine di assicurare lo svolgimento delle prestazioni dell'area dell'integrazione socio-sanitaria, l'ambito territoriale del distretto deve garantire l'effettiva fruibilità dei servizi ed il necessario raccordo con il soggetto gestore dei servizi socio-assistenziali, per la razionalizzazione organizzativa ed il contenimento della spesa. Tale ambito pertanto deve preferibilmente coincidere con l'ambito territoriale di uno o più Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali e, nel caso della Città di Torino, con quelli di più circoscrizioni.

Il Distretto costituisce centro di responsabilità e di autonomia gestionale ed economica, nell'ambito degli indirizzi della direzione strategica dell'A.S.L., coerentemente con la programmazione regionale. Le attività organizzative, di governo e monitoraggio della spesa territoriale costituiscono quindi specifiche prerogative e competenze del Distretto.

L'ASL adegua l'articolazione e l'organizzazione distrettuale alle esigenze e alle caratteristiche del proprio territorio, procedendo alla razionalizzazione organizzativa delle strutture territoriali e riconducendo al Distretto tutte le funzioni attribuite dall'art. 3-quinquies del D. lgs. n. 502/1992, s.m.i., garantendo altresì il necessario supporto tecnico amministrativo per lo svolgimento delle attività distrettuali ed interdistrettuali, senza prevedere ulteriori nuove strutture organizzative.

Per l'esercizio delle succitate funzioni il Distretto può essere articolato in strutture semplici ad esso afferenti.

Il Distretto può erogare le prestazioni di competenza attraverso la propria organizzazione o acquisendole da soggetti terzi.

Al fine di omogeneizzare procedure e percorsi adottati dai diversi distretti aziendali, fermi restando gli orientamenti programmatici connessi alle specificità del fabbisogno delle diverse aree territoriali, devono essere previste, senza oneri a carico del bilancio aziendale, adeguate modalità di coordinamento tra i medesimi, attraverso la costituzione di specifico Tavolo di coordinamento funzionale facente capo alla Direzione aziendale, che può delegare la funzione al Direttore Sanitario aziendale.

Il direttore del Distretto è responsabile della realizzazione, nell'ambito territoriale di competenza, degli indirizzi strategici della Direzione dell'A.S.L. Compete al direttore l'attuazione della programmazione distrettuale, promuovendo la rete di risposte sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, garantite ai sensi dell'art. 3-quinquies del D. lgs. n. 502/1992 s.m.i, al fine di soddisfare i bisogni di assistenza primaria della popolazione.

Il conferimento dell'incarico di Direttore di Distretto è effettuato mediante procedure pubbliche di selezione, secondo quanto previsto dalla vigente normativa.

L'incarico è attribuito dal Direttore Generale a un dirigente sanitario del SSN che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'art. 8, comma 1, del D.lgs. 502/1992 s.m.i., da almeno 10 anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

3.3 L'organizzazione dipartimentale

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali.

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

Il dipartimento aggrega strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuna la propria autonomia e responsabilità professionale, sono tra loro interdipendenti.

Nei dipartimenti sono applicate le logiche di governo collegiale i cui processi di coordinamento e controllo sono previsti e descritti negli appositi regolamenti.

L'Atto Aziendale definisce i dipartimenti aziendali ed interaziendali e le strutture organizzative aziendali afferenti.

L'individuazione dei dipartimenti deve essere effettuata evitando la frammentazione o la duplicazione di funzioni, tenendo conto delle peculiarità organizzative e territoriali delle singole Aziende Sanitarie e delle esigenze di coordinamento ed integrazione a livello sovrazonale.

Alcune strutture, in ragione delle relative peculiarità (attività di staff o di contenuto non opportunamente integrabile con altre attività in dipartimento, etc.), possono non essere aggregate in un dipartimento.

Le strutture complesse fanno capo strutturalmente ad un solo dipartimento, pur potendo partecipare funzionalmente anche ad altri dipartimenti.

Costituiscono le più comuni e tradizionali tipologie dipartimentali:

- i dipartimenti strutturali, caratterizzati dall'omogeneità, sotto il profilo delle attività, delle risorse umane o tecnologiche impiegate o delle procedure operative adottate;
- i dipartimenti funzionali, che aggregano strutture operative non omogenee, interdisciplinari, al fine di coordinarne l'azione per realizzare obiettivi interdipartimentali e/o programmi di rilevanza strategica;
- i dipartimenti transmurali, costituiti da unità intra ed extra ospedaliera;
- i dipartimenti ad attività integrata (D.A.I.), costituiti da strutture a direzione ospedaliera e strutture a direzione universitaria, al fine di assicurare l'esercizio integrato ed inscindibile delle attività assistenziali, didattiche e di ricerca. Essi costituiscono il modello dipartimentale ordinariamente adottato dalle A.O.U.;
- i dipartimenti interaziendali, che aggregano strutture appartenenti ad Aziende Sanitarie diverse, che hanno finalità e obiettivi comuni di gestione integrata di attività.

Gli obiettivi che si devono perseguire a livello dipartimentale sono, in particolare:

- il coordinamento dell'attività di tutte le strutture che ne fanno parte e l'organizzazione dei servizi in rete;
- il coordinamento e la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di consumo e dei servizi intermedi;
- il miglioramento dell'efficienza gestionale, della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture;
- la gestione del budget legato agli obiettivi dipartimentali, attribuiti, sentito il Comitato di dipartimento, dal Direttore di dipartimento ai responsabili delle strutture complesse e semplici dipartimentali;
- il monitoraggio sull'andamento dei risultati di budget;

- il miglioramento e l'integrazione dell'attività di formazione e aggiornamento;
- il coordinamento, la razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei dipartimenti.

L'attività del dipartimento deve essere oggetto di costante monitoraggio, con particolare riguardo al numero e alla tipologia delle prestazioni effettuate dalle diverse strutture in ambito dipartimentale.

Per ogni dipartimento sono individuate le risorse da assegnare in termini di :

- posti letto
- personale
- strutture edilizie
- attrezzature
- risorse economico-finanziarie.

Il Direttore di dipartimento è nominato dal Direttore generale tra i direttori delle strutture complesse afferenti al dipartimento e mantiene la titolarità della struttura complessa cui è preposto.

Il Direttore di dipartimento interaziendale è nominato con le modalità indicate al paragrafo 3.3.1.

Il Direttore di dipartimento è responsabile dei risultati complessivi del dipartimento, assicura il coordinamento fra le strutture organizzative che lo compongono, è responsabile del governo clinico e dell'innovazione, favorisce lo sviluppo di progetti trasversali alle diverse strutture operative e valuta le performance delle strutture afferenti al dipartimento in relazione agli obiettivi di budget.

L'importo della maggiorazione della retribuzione di posizione - parte variabile - prevista dai vigenti C.C.N.L. con oneri a carico del bilancio aziendale deve essere strettamente correlato e commisurato alla complessità dell'organizzazione dipartimentale e al numero di strutture complesse afferenti al dipartimento. In ogni caso detta maggiorazione può essere corrisposta solo per Dipartimenti costituiti da almeno 3 strutture complesse.

Nei casi in cui manchino i requisiti per l'organizzazione dipartimentale, ma sia opportuno il coordinamento di attività anche di più strutture complesse, si dovrà ricorrere, quale modalità organizzativa tipica, ai gruppi di progetto, anche per

l'attuazione di programmi nazionali o regionali, oltre che aziendali, specificandone la composizione, le caratteristiche e gli obiettivi.

I responsabili dei gruppi di progetto partecipano, senza diritto di voto, alle riunioni del Collegio di direzione.

La scelta di questa forma di coordinamento non comporta maggior onere a carico del bilancio dell'Azienda, e non dà luogo alla costituzione di una struttura organizzativa; pertanto, detti gruppi non devono essere indicati nell'Atto Aziendale.

Così come per i gruppi di progetto non sono assimilabili all'organizzazione dipartimentale altre funzioni di coordinamento di strutture complesse, comunque denominate. Anche per tali fattispecie non può essere prevista la corresponsione della maggiorazione della retribuzione di posizione con oneri a carico del bilancio aziendale.

In particolare una configurazione organizzativa assimilabile a quella dipartimentale non è prevista né per le Direzioni Sanitarie di Presidio né per le Direzioni di Distretto, fermo restando la prerogativa aziendale della determinazione della graduazione delle funzioni dirigenziali, cui è correlata la retribuzione di posizione, nei limiti delle risorse disponibili nello specifico fondo previsto dai contratti di lavoro. Analoga disposizione si applica ai responsabili dei gruppi di progetto.

3.3.1 Organizzazione dipartimentale dell'area ospedaliera

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

- intensità e gradualità delle cure
- aree funzionali omogenee
- settore nosologico/branca specialistica
- organo/apparato

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

La eventuale costituzione di dipartimenti interaziendali richiede:

1. esplicitazione di finalità e obiettivi del dipartimento;
2. individuazione, per ciascuna azienda partecipante, delle "strutture complesse" e "strutture semplici dipartimentali" che costituiscono il dipartimento, con chiara definizione delle relazioni gerarchiche;
3. accordo tra le parti, con contestuale approvazione del regolamento, per disciplinarne i rapporti (personale, strutture, apparecchiature, posti letto, obiettivi, 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 della quale è giuridicamente dipendente il dirigente al quale è affidato l'incarico, previa intesa dei Direttori generali delle Aziende interessate e, per i D.A.I., previa intesa con il Rettore dell'Università;

3.3.2 Organizzazione dipartimentale dell'area territoriale e della prevenzione

Per i dipartimenti dell'area territoriale (Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento Patologia delle dipendenze, Dipartimento Materno Infantile) e della prevenzione (Dipartimento di Prevenzione) si richiamano i criteri di organizzazione previsti dalla DGR 26-1653 del 29.06.2015.

I Dipartimenti di Prevenzione costituiscono la struttura operativa aziendale preposta a garantire la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita, sviluppo di interventi di sanità pubblica umana ed animale mediante azioni coordinate con le altre strutture territoriali ed ospedaliere.

Ai sensi degli artt. 7 ss. del D.lgs 502/92 s.m.i. il Dipartimento di Prevenzione aggrega le strutture organizzative 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.

Tali strutture, articolate in complesse o semplici a valenza dipartimentale (S.S.D.), in rapporto all'omogeneità della disciplina di riferimento, alle funzioni attribuite, nonché alle caratteristiche e alle dimensioni del bacino di utenza (numero dei pazienti assistiti, numero e complessità delle strutture da sottoporre a controllo, numero delle

aziende zootecniche e dei capi di bestiame, etc.), devono sviluppare reciproche forme di integrazione operativa nell'ambito dei rispettivi programmi di attività che prevedono l'esercizio di funzioni affini.

L'eventuale previsione dei suddetti servizi in forma di struttura semplice dipartimentale determina, per evidenti esigenze di riequilibrio delle posizioni funzionali, la riorganizzazione delle strutture semplici dedicate a funzioni di rango subordinato.

Le strutture organizzative dell'area di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare operano quali centri di responsabilità, dotati di autonomia tecnico-funzionale ed organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale e rispondono del perseguimento degli obiettivi dipartimentali e aziendali, dell'attuazione delle disposizioni normative e regolamentari regionali, nazionali ed internazionali, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite (art. 7 quater D.lgs 502/92, come modificato dal D.L. 158/2012, convertito con legge 189/2012).

Tutte le articolazioni organizzative territoriali che esercitano funzioni e che erogano prestazioni di prevenzione sono ricondotte nell'ambito del Dipartimento di Prevenzione. Al medesimo afferiscono inoltre le funzioni ed i servizi di Medicina Legale.

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione, nominato tra i direttori delle strutture complesse afferenti al dipartimento, mantiene la titolarità della struttura complessa cui è preposto.

3.4 Le strutture complesse e semplici

Le strutture organizzative, laddove non previste da specifiche disposizioni normative o atti di programmazione regionale, devono essere costituite solo in presenza di elementi oggettivi che le giustifichino (bacino di utenza e posti letto, 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 di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie (budget). La denominazione e le funzioni di pertinenza delle strutture cliniche e territoriali devono corrispondere alle discipline di cui al D.P.R. 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 di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie (budget negoziato con il Direttore del Dipartimento) costituite limitatamente:

- all’esercizio di funzioni sanitarie strettamente riconducibili alle discipline ministeriali di cui al D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i., la cui complessità organizzativa non giustifica l’attivazione di strutture complesse;
- al fine di organizzare e gestire in modo ottimale spazi ed attrezzature utilizzate da più unità operative e personale eterogeneo, appartenente a strutture complesse diverse.

Le strutture semplici costituiscono articolazioni organizzative interne delle strutture complesse alle quali è attribuita responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie(budget negoziato con il Direttore della Struttura Complessa); devono svolgere un’attività specifica e pertinente a quelle della struttura complessa di cui costituiscono articolazione, ma non complessivamente coincidente con le attività di questa.

Per evitare la proliferazione di strutture organizzative le Aziende Sanitarie devono favorire la valorizzazione delle competenze e professionalità ricorrendo al conferimento di incarichi dirigenziali di natura professionale anche di alta specializzazione, ove la gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie non abbia carattere effettivamente preminente e determinante per l’attività svolta.

Ai fini della razionalizzazione del sistema di offerta e della riduzione della spesa e, 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 ed i rapporti giuridici, economici e gerarchici che ne permettono l’operatività.

Analogamente è regolato, tramite convenzioni tra le Aziende Sanitarie interessate, l’espletamento delle funzioni a carattere sovrazonale; anche tali convenzioni non possono essere stipulate a titolo oneroso.

Entro i limiti numerici di cui al successivo paragrafo 3.5, le Aziende Sanitarie prevedono una struttura organizzativa, unica per tutta l’Azienda, per la gestione delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della prevenzione, della riabilitazione e ostetrica. Dette strutture sono individuate come complesse o semplici in relazione alla sussistenza o meno dei succitati elementi oggettivi che ne giustificano la complessità (il numero di dipendenti gestiti, il bacino di utenza, i posti letto, ecc.)

Considerata la loro valenza strategica le Aziende devono porre particolare cura nella gestione dei sistemi informativi e dei relativi flussi, mediante la definizione, nei succitati limiti numerici, di un assetto organizzativo adeguato.

L'organizzazione delle strutture amministrative/tecniche e di supporto deve conformarsi al principio della distinzione tra indirizzo e controllo da un lato, e attuazione e gestione dall'altro (art. 4, comma 4, D.lgs n. 165/2001, s.m.i.). La previsione di strutture complesse di tale tipologia, fermo restando il possesso dei requisiti di complessità sopra specificati, deve essere strettamente connessa:

- al compimento di atti di gestione aventi rilevanza esterna;
- alla gestione di procedimenti amministrativi complessi che richiedono, eventualmente, l'integrazione dell'attività di diverse strutture;
- alla necessità di accentrare in un'unica struttura organizzativa attività specialistiche o particolarmente complesse richiedenti elevata professionalità;
- all'esercizio di funzioni la cui gestione, come capofila, sia stata affidata all'Azienda sanitaria con specifici provvedimenti regionali attuativi dell'art. 23 della l.r. 18/2007, come modificato dalla l.r. 20/2013 (es. D.G.R n. 34-189 del 28.07.2014).

Ferma restando l'applicazione delle specifiche disposizioni normative e contrattuali in materia, alle quali si rinvia, l'affidamento dell'incarico di direzione delle strutture complesse, comprese quelle amministrative e di supporto, viene effettuato, a seguito della revisione dell'assetto organizzativo, previa definizione di criteri e procedure atte a garantire la massima trasparenza nella valutazione delle candidature dei dirigenti in possesso dei requisiti prescritti.

Per il conferimento dell'incarico di struttura complessa non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato di cui all'articolo 15-septies, D. lgs. 502/1992 s.m.i.

Gli atti Aziendali recepiscono le disposizioni regionali che definiscono le modalità per la verifica annuale e finale dei dirigenti medici e sanitari (art. 15, comma 5, del D.lgs. 502/92) e i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa (art. 15, comma 7 bis, del D.lgs. 502/92).

3.5 Contingente numerico di strutture organizzative aziendali: adeguamento agli standard nazionali

La definizione del contingente numerico di strutture aziendali deve essere conforme agli standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art. 12, comma 1, lett. b), Patto per la salute 2010-2012, approvati, dal Comitato

permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, in data 26.03.2012, che risultano i seguenti:

Strutture complesse ospedaliere: 17,5 posti letto struttura complessa ospedaliera.

Strutture complesse non ospedaliere (strutture dell'area professionale, tecnica ed amministrativa e strutture sanitarie territoriali): 13.515 residenti per struttura complessa non ospedaliera.

Strutture semplici: 1,31 strutture semplici per struttura complessa.

Tutti i parametri standard ministeriali sopra indicati sono da intendersi riferiti al livello regionale.

Per le strutture ospedaliere l'applicazione dei suddetti parametri è effettuata con riferimento ai posti letto programmati. Per la determinazione di tale tipologia di strutture si fa rinvio alla D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014, come integrata con n. DGR n. 1-924 del 23.01.2015. Le strutture ospedaliere devono essere specificamente individuate per stabilimento.

Il parametro concernente le strutture complesse non ospedaliere (13.515 residenti per struttura) deve essere applicato, a livello regionale, per la determinazione delle seguenti strutture operative:

- strutture operative non ospedaliere di natura sovrazonale e regionale ;
- strutture amministrative/tecniche professionali e di supporto delle Aziende Ospedaliere (di seguito AO/AOU);
- strutture dell'area territoriale e della prevenzione, nonché amministrative/tecniche professionali e di supporto delle Aziende Sanitarie Locali (di seguito ASL).

Pertanto si ritiene opportuno che le strutture operative di natura sovrazonale e regionale e le strutture amministrative/tecniche professionali e di supporto delle Aziende Ospedaliere (AO/AOU) siano previamente decurtate dal numero di strutture derivante dall'applicazione a livello regionale dello standard ministeriale per consentirne l'attribuzione alle Aziende Sanitarie di pertinenza.

Ne consegue la necessità, ai fini della sua applicazione a livello di singola ASL, di rideterminare lo standard aziendale, in ragione di una SC non ospedaliera per 18.000 residenti, con riferimento esclusivamente alle Aziende Sanitarie di medie e grandi dimensioni, ossia con popolazione residente maggiore di 250.000 unità.

Infatti l'applicazione alle Aziende Sanitarie con popolazione fino a 250.000 residenti dello standard come sopra rideterminato non consentirebbe alle medesime l'adeguata

organizzazione delle pertinenti funzioni. Dette Aziende Sanitarie pertanto applicano lo standard aziendale di una SC non ospedaliera per 13.515 residenti .

Le ASL devono applicare lo standard come sopra specificato per individuare le strutture non ospedaliere di competenza (amministrative/tecniche professionali e di supporto, territoriali e della prevenzione). Le strutture di natura sovrazonale e regionale previste da disposizioni nazionali o regionali devono essere specificamente indicate nell'Atto aziendale e non devono essere computate nello standard aziendale.

Il numero di strutture complesse amministrative/tecniche professionali e di supporto delle ASL, delle AO e delle AOU non può eccedere il 10% del totale delle strutture complesse aziendali (ospedaliere, come risultanti ai sensi delle D.D.G.R. 1-600 del 19.11.2014 e 1-924 del 23.01.2015 e non ospedaliere, come risultanti dall'applicazione dello standard aziendale come sopra individuato). E' comunque garantito il numero minimo di 4 strutture complesse amministrative/tecniche professionali e di supporto.

I Dipartimenti dell'area territoriale e della prevenzione sono esclusivamente quelli previsti dalla DGR 26-1653 del 29.06.2015: Dipartimento di Salute Mentale, Dipartimento Patologia delle Dipendenze, Dipartimento Materno Infantile, Dipartimento di Prevenzione.

Il numero dei restanti dipartimenti non deve superare il limite del 10% della somma delle strutture complesse ospedaliere e amministrative/tecniche professionali e di supporto. Il predetto limite numerico si applica anche per le AO/AOU. Sono esclusi dal computo i dipartimenti a valenza regionale (es. Dipartimento Interaziendale 118)

Con riferimento alla funzione di coordinamento interaziendale per la "Sicurezza antincendio e antisismica", gli esiti positivi prodotti dalla sperimentazione del modello di coordinamento ne consentono la più appropriata prosecuzione in forma di gruppo di progetto, anziché di dipartimento interaziendale funzionale, confermandosi le modalità, gli obiettivi e le funzioni di cui alla D.G.R. n. 31-6647 del 11.11.2013.

In considerazione della previsione di un Dipartimento di Prevenzione con competenza sull'intero territorio della Città di Torino le strutture afferenti, dovendo essere determinate con riferimento alla popolazione delle due ASL interessate, sono computate in parti uguali sul numero di strutture complesse di ciascuna di esse.

4. La dotazione organica allegata agli Atti Aziendali

La dotazione organica aziendale indica la consistenza numerica del personale dipendente, distinto per posizioni funzionali e qualifiche, evidenziando le posizioni di responsabilità di direzione di struttura complessa e semplice.

Nelle more dell'adozione di un modello regionale di definizione del fabbisogno di personale, le Aziende Sanitarie allegano all'Atto aziendale la dotazione organica rispondente ai tetti di spesa previsti dai provvedimenti regionali;

La dotazione organica può essere modificata, senza oneri aggiuntivi, mediante trasformazione di posti, al fine di consentirne l'adeguamento al variare delle esigenze assistenziali e gestionali. Le modifiche attuate mediante trasformazione di posti non sono sottoposte a verifica regionale.

5. Il Collegio di Direzione

Le Aziende adeguano l'Atto Aziendale alle disposizioni di cui agli artt. 3, comma 1-quater e 17 del D.lgs 502/92, come modificato dal D.L. 158/2012, convertito con legge 189/2012, concernenti il Collegio di Direzione.

6. Funzioni aziendali dettate da disposizioni nazionali o regionali

In considerazione della rispondenza a specifiche esigenze dettate da disposizioni nazionali o regionali, la descrizione e l'organizzazione di alcune funzioni, anche se non declinate in forma di struttura complessa o semplice, deve essere prevista nell'Atto Aziendale.

Tra queste si indicano, a titolo esemplificativo:

il Servizio Sociale Aziendale, per la cui configurazione organizzativa si fa rinvio alle previsioni della D.G.R. n. 50-12480 del 2.11.2009 "Linee di indirizzo per lo svolgimento delle funzioni sociali e l'organizzazione del Servizio Sociale Aziendale all'interno delle Aziende Sanitarie della Regione Piemonte";

la funzione di prevenzione della corruzione e trasparenza, per l'organizzazione della quale si richiama la Circolare del Dipartimento della Funzione Pubblica/ ANAC n. 1 del 25/1/2013. Forniscono supporto alla funzione il servizio ispettivo aziendale (art. 1, comma 62, legge 23/12/1996) e l'ufficio procedimenti disciplinari;

la funzione di gestione dei sinistri : le attività connesse alle varie fasi del processo di gestione dei sinistri di responsabilità civile verso terzi delle ASR devono essere organizzate e gestite secondo il modello organizzativo-gestionale definito nell'ambito

degli atti regionali che disciplinano il programma assicurativo per la gestione dei sinistri RCT/O delle Aziende Sanitarie Regionali (articolo 21 della legge regionale 14 maggio 2004, n. 9 e s.m.i. - Programma assicurativo per rischi di responsabilità civile delle aziende sanitarie regionali - D.G.R. n. 55-12646 del 23 novembre 2009 e s.m.i.).

7. Verifica regionale

Nel procedimento regionale di verifica è valutata la coerenza tra gli Atti Aziendali delle A.S.R. del medesimo ambito territoriale (P.S.S.R. 2012-2015, par. 5.1) e il rispetto dei parametri standard indicati dalla programmazione regionale, per assicurare, a livello regionale, la corretta applicazione dei parametri ministeriali.

L'esito positivo della suddetta verifica è propedeutico al recepimento degli Atti Aziendali da parte della Giunta Regionale, come previsto dalla D.C.R. 167-14087 del 03.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015). Può essere data attuazione alle previsioni dell'atto aziendale solo dopo il recepimento regionale.