

Deliberazione della Giunta Regionale 28 dicembre 2012, n. 21-5144

Approvazione principi e criteri per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie regionali e applicazione 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 dell'Assessore Monferino:

Premesso che:

l'art. 3, co. 1-bis, del D.Lgs. 502/1992 s.m.i. stabilisce che l'organizzazione e il funzionamento delle Aziende Sanitarie "sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali";

l'Intesa Stato-Regioni del 3/12/2009 (Patto per la Salute 2010-2012), art. 12, comma 1, lett. b) e la legge 191/2009 (Legge finanziaria 2010), comma 72, lett. b), nell'ambito delle misure volte al contenimento della spesa complessiva per il personale degli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, hanno previsto la fissazione di parametri standard per l'individuazione delle strutture semplici e complesse, nonché delle posizioni organizzative e di coordinamento delle aree della dirigenza e del personale del comparto del Servizio Sanitario Nazionale, nel rispetto delle disponibilità dei fondi per il finanziamento della contrattazione integrativa, così come rideterminati ai sensi della medesima normativa;

con D.G.R. n. 1-415 del 2.08.2010 è stato approvato l' Accordo, sottoscritto in data 29 luglio 2010, tra il Ministero della Salute, il Ministero dell'Economia e delle Finanze e la Regione Piemonte, unitamente all'allegato Piano di rientro di riqualificazione e riorganizzazione e di individuazione degli interventi per il perseguimento dell'equilibrio economico ai sensi dell'articolo 1, comma 180 della legge 30 dicembre 2004, n. 311;

con D.G.R. n. 44-1615 del 28.02.2011, come modificata con D.G.R. n. 49-1985 del 29.04.2011, è stato adottato l'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo, ai sensi della legge n. 191/2009, commi da 93 a 97;

con la nota prot. DGPROG – 04/04/2012 – 0000046-P il Ministero della Salute ha trasmesso all'Amministrazione Regionale il documento avente ad oggetto " Standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art. 12, comma 1, lett. b) patto per la salute 2010-2012, approvato nella seduta del 26/03/2012 dal "Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse di cui all'intesa Stato –Regioni del 23.03.2005";

con la successiva nota prot. DGPROGS n. 0017867-P-16/07/2012, avente ad oggetto "Applicazione parametri standard per le strutture semplici e complesse ai sensi dell'art. 12, comma 1, lettera b) patto per la salute 2010 - 2012", il Ministero della Salute ha fornito indicazioni in merito alle modalità e ai tempi per l'applicazione, da parte delle Regioni, dei predetti parametri standard , precisando, in particolare, che le regioni che hanno sottoscritto un accordo con Piano di rientro dei disavanzi sanitari sono tenute ad emanare, entro il 31.12.2012, apposite direttive ai fini dell'adozione da parte delle Aziende Sanitarie di specifici provvedimenti di riorganizzazione aziendale, per contenere il numero complessivo sia delle strutture semplici che di quelle complesse entro i previsti standard; la nota ministeriale ha inoltre precisato che l'adeguamento ai parametri standard riguarda tutte le strutture semplici e complesse e che lo standard è da intendersi riferito al livello regionale;

gli standard, come definiti dal richiamato Comitato, sono i seguenti:

- Strutture complesse ospedaliere: 17,5 posti letto per 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;

ritenuto necessario impartire alle Aziende Sanitarie regionali le direttive per conformare il contingente numerico di strutture aziendali ai predetti standard, considerate, altresì, le recenti disposizioni regionali in materia sanitaria;

considerato, in particolare, che:

con le modifiche apportate dall'art. 2 della l.r. 3/2012 all'art. 23 della l.r. 18/2007, si è dato impulso alla cooperazione interaziendale, con la realizzazione di reti integrate di offerta, anche a livello interprovinciale, per conseguire il massimo livello possibile di efficacia sanitaria ed efficienza organizzativa, individuando, quali strumenti di attuazione, le Federazioni sovrazionali, a cui aderiscono tutte le Aziende Sanitarie regionali della medesima area territoriale di riferimento;

il PSSR 2012-2015, approvato con D.C.R. n. 167-14087 del 3.04.2012, ha disposto il riordino del SSR, mediante la realizzazione di reti ospedaliere integrate, con l'istituzione di ambiti interaziendali comprendenti le Aziende Sanitarie che insistono sulla medesima area sovrazionale, e la specializzazione istituzionale delle strutture del sistema, mediante la diversificazione dei centri e l'attribuzione delle competenze per livelli di complessità delle prestazioni ed intensità delle cure;

la nuova logica organizzativa ha determinato la classificazione dei presidi ospedalieri della rete pubblica in tre livelli - ospedali di territorio, ospedali cardine, ospedali di riferimento - e l'articolazione della rete ospedaliera piemontese in sei aree sovrazionali, all'interno delle quali tutti gli ospedali, compresi gli istituti ex articolo 43 della legge 833/78 e gli IRCCS, devono funzionalmente integrarsi tra loro, a prescindere dalla propria natura giuridico-amministrativa;

visto il contesto normativo nazionale e regionale, così come delineatosi in relazione alla pressante necessità di contenimento dei costi del Servizio Sanitario Regionale, e ritenuto opportuno procedere alla revisione dei criteri di organizzazione, al fine di garantire che le Aziende Sanitarie, pur nella loro autonomia gestionale, operino in modo coordinato e coerente rispetto alle esigenze della programmazione sanitaria;

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 sovrazionale;

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

ritenuto opportuno che, al fine della valutazione della coerenza tra gli Atti Aziendali delle A.S.R. del medesimo ambito sovrazionale e del rispetto dei parametri standard ministeriali, il procedimento regionale di verifica sia avviato contestualmente per tutte le Aziende Sanitarie che insistono nell'area territoriale corrispondente alla Federazione sovrazionale di riferimento e che, contestualmente sia esaminato anche il piano di organizzazione della Federazione;

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

vista l'Intesa 3 dicembre 2009 tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano concernente il Nuovo patto per la salute per gli anni 2010-2012;

vista la legge 23 dicembre 2009 n. 191 (Legge finanziaria 2010);

vista la D.G.R. n. 1-415 del 2 agosto 2010;

vista la D.G.R. n. 44-1615 del 28 febbraio 2011;

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

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

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 approvare i 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, di cui all'allegato n. 1, parte integrante e sostanziale del presente provvedimento;

- di disporre che le Aziende sanitarie procedano, in conformità ai succitati principi e criteri, alla riadozione dell'Atto Aziendale entro 180 giorni dalla notifica del presente provvedimento;
 - 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;
 - di disporre che, al fine della valutazione della coerenza tra gli Atti Aziendali delle A.S.R. del medesimo ambito sovrazonale e del rispetto dei parametri standard ministeriali, il procedimento regionale di verifica sia avviato contestualmente per tutte le Aziende Sanitarie che insistono nell'area territoriale corrispondente alla Federazione sovrazonale di riferimento e che, contestualmente, sia esaminato anche il Piano di organizzazione della Federazione;
- La presente deliberazione sarà pubblicata sul Bollettino Ufficiale della Regione Piemonte a norma dell'art. 61 dello Statuto e dell'art. 5 della L.R. n. 22/2010.

(omissis)

Allegato

PRINCIPI E CRITERI PER L'ORGANIZZAZIONE DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI

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 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.

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 cui alla D.G.R. 80-1700 del 11.12.2000, 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. Indicazioni di carattere generale ed 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.

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. La rete ospedaliera e l'organizzazione per intensità delle cure.

La l.r. 18/2007, come modificata ed integrata con l.r. 3/2012, promuove il passaggio del servizio sanitario regionale da una fase caratterizzata dalla centralità aziendale e da logiche competitive ad una nuova fase, orientata alla cooperazione interaziendale ed alla realizzazione di reti integrate di offerta, anche a livello interprovinciale, per conseguire il massimo livello possibile di efficacia sanitaria ed efficienza organizzativa, ed individua, quali strumenti di attuazione, le Federazioni sovrazonali, a cui aderiscono tutte le A.S.R. della medesima area territoriale di riferimento.

Detto orientamento normativo trova ulteriore impulso nel P.S.S.R. (par. 3.2.2), che dispone il riordino del S.S.R. mediante la realizzazione di reti ospedaliere integrate, l'istituzione di ambiti interaziendali comprendenti le Aziende Sanitarie che insistono sulla medesima area sovrazonale e la specializzazione istituzionale delle strutture del sistema.

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).

L'evoluzione normativa in ambito sanitario ha pertanto condotto alla classificazione dei presidi ospedalieri della rete pubblica in tre livelli: ospedali di territorio, ospedali cardine, ospedali di riferimento (P.S.S.R. par. 5.3.3) e all'articolazione della rete ospedaliera piemontese in sei aree sovrazonali, all'interno delle quali tutti gli ospedali, compresi gli istituti ex articolo 43 della legge 833/78 e gli I.R.C.C.S., devono funzionalmente integrarsi tra loro, a prescindere dalla propria natura giuridico-amministrativa (P.S.S.R. par. 5.3.6).

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.

L'attuazione della nuova logica organizzativa imposta dal P.S.S.R. rende opportuna la revisione dei tradizionali 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 interaziendale, 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 permanenza di presidi ospedalieri autonomi si giustifica solo in relazione a dimensioni organizzative di rilievo (con almeno 120 P.L., purchè sede di D.E.A. di primo livello, e non diversamente integrabili per la tipologia di attività svolta).

Si configura come struttura complessa la direzione dei presidi ospedalieri autonomi o di un gruppo di presidi funzionalmente accorpati.

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) che acquisisce funzioni strategiche di governance locale, al fine di armonizzare la gestione dei presidi ospedalieri compresi nella rete interaziendale.

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.

Per favorire il collegamento con il territorio, in ogni presidio ospedaliero è individuata una funzione ospedaliera per la gestione delle dimissioni (nucleo ospedaliero di continuità delle cure), che si raccorda con l'omologa funzione istituita presso i distretti (nucleo distrettuale di continuità delle cure).

3.2 Distretti e Direzione distrettuale

La rete territoriale è costituita dai distretti (P.S.S.R. 3.3.2).

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.

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).

Ai sensi dell'art. 19 della l.r. 18/2007 le A.S.L. articolano il proprio territorio in distretti, comprendenti ciascuno una popolazione non inferiore a 70.000 abitanti, fatte salve eventuali eccezioni per le zone a scarsa densità abitativa o con particolari caratteristiche territoriali.

I Distretti con bacino d'utenza non inferiore a 70.000 abitanti sono configurati come struttura complessa; ove abbiano un bacino d'utenza minore devono essere previsti come struttura semplice.

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.

La "presa in carico" del paziente, dall'inizio fino al completamento del suo percorso di salute, senza soluzione di continuità nell'assistenza erogata dai vari soggetti coinvolti nel processo, costituisce elemento centrale del processo di continuità assistenziale.

Nel Distretto è costituito, pertanto, il nucleo distrettuale di continuità delle cure per la presa in carico, la realizzazione dei percorsi integrati di cura e il successivo monitoraggio nelle varie fasi del processo, che si raccorda con l'omologa funzione istituita in ciascun presidio ospedaliero per la gestione delle dimissioni (nucleo ospedaliero di continuità delle cure).

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.

Al fine di omogeneizzare procedure e percorsi adottati dai diversi distretti aziendali devono essere previste, senza oneri aggiuntivi a carico del bilancio aziendale, adeguate modalità di coordinamento tra i medesimi, ove non compresi in un dipartimento territoriale.

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, sulla base dei requisiti prescritti dall'art. 3 sexies del D.lgs. 502/1992 s.m.i.

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 ospedaliere;
- 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;
- 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.

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.

I responsabili dei gruppi di progetto possono partecipare alle riunioni del Collegio di direzione con le modalità previste dalla regolamentazione aziendale.

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.

La corresponsione della maggiorazione della retribuzione di posizione - parte variabile - prevista dai vigenti C.C.N.L. con oneri a carico del bilancio aziendale è

attribuita esclusivamente ai direttori dei dipartimenti costituiti ai sensi delle presenti linee guida, non essendo assimilabili all'organizzazione dipartimentale altre funzioni di coordinamento di strutture complesse, comunque denominate.

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 a livello inter-ospedaliero.

La realizzazione del modello di rete ospedaliera prevista dal P.S.S.R. suggerisce che i dipartimenti ospedalieri (compresi quelli ad attività integrata) e transmurali siano, ove possibile, definiti in ambito interaziendale, con riferimento all'area sovrazonale corrispondente alle federazioni.

In alternativa, le Aziende possono prevedere forme di coordinamento tra dipartimenti aziendali per orientare, per intensità di cure, attività omogenee o di strutture omologhe a diversa complessità, operanti nell'area sovrazonale corrispondente alla federazione di riferimento, senza creare strutture organizzative sovraordinate rispetto ai dipartimenti aziendali e senza oneri aggiuntivi.

La costituzione dei 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,

incentivi, responsabilità, etc.), nonché gli aspetti economici. Il regolamento definisce nel dettaglio gli aspetti organizzativi;

4. nomina del Direttore di dipartimento da parte del Direttore generale dell'Azienda 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;
5. nomina da parte dei Direttori generali delle altre aziende di un referente aziendale, scelto fra i direttori delle strutture complesse della propria azienda afferenti al dipartimento, per rappresentare le esigenze aziendali in ambito dipartimentale e quelle dipartimentali in ambito aziendale. Il referente è componente di diritto del Collegio di direzione della propria Azienda. La nomina non dà luogo alla corresponsione di indennità ulteriore a quella corrisposta quale responsabile di struttura complessa.

3.3.2 Organizzazione dipartimentale dell'area territoriale e della prevenzione

Per i dipartimenti territoriali si richiamano, per quanto compatibili, i criteri di organizzazione previsti per l'area ospedaliera.

Oltre alle aggregazioni dipartimentali previste dalla normativa nazionale può essere previsto l'assetto dipartimentale anche per le altre strutture sanitarie territoriali.

Per aree di attività sanitaria a forte integrazione deve essere previsto un unico ambito dipartimentale (es. Dipartimento di Salute Mentale e Patologia delle Dipendenze).

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 strutture complesse o strutture 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).

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.

La funzione della Direzione integrata della Prevenzione (P.S.S.R. par. "L'organizzazione della prevenzione") è attribuita al Direttore del Dipartimento di Prevenzione. Quest'ultimo individua, per il governo unitario della prevenzione, modalità di coordinamento ed integrazione con le altre aree sanitarie coinvolte in attività di prevenzione, che non comportino l'attivazione di strutture organizzative.

3.4 Le strutture complesse e semplici

Le strutture organizzative, laddove non previste da specifiche norme, devono essere costituite solo in presenza di elementi oggettivi che le giustificano (bacino di utenza 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. 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 aziende afferenti alla medesima area sovrazonale devono tendenzialmente uniformare la tipologia delle strutture, sia per quanto riguarda la denominazione che le relative funzioni.

Le strutture semplici a valenza dipartimentale sono articolazioni organizzative con specifiche responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie 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 (es. blocco operatorio).

Le strutture semplici costituiscono, di norma, articolazioni organizzative interne delle strutture complesse alle quali è attribuita responsabilità di gestione di risorse umane e tecniche; 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 possono prevedere una struttura organizzativa, unica per tutta l'Azienda, per la gestione delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della prevenzione, della riabilitazione e ostetrica .

Nel rispetto dei predetti limiti numerici, ove ne sussistano i requisiti oggettivi, le Aziende Sanitarie possono attivare strutture amministrative e di supporto per l'esercizio delle funzioni non demandate alle Federazioni sovrazionali ai sensi della l.r. 3/2012, quali, a titolo esemplificativo, la gestione delle risorse economico-finanziarie e la gestione delle risorse umane; può essere prevista una struttura organizzativa, unica per tutta l'Azienda, per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo all'interno dei presidi, ed un'ulteriore struttura organizzativa, unica per tutta l'Azienda, per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo dell'area territoriale.

L'organizzazione delle strutture amministrative 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 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;

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.

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 minimi 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.

In sede di verifica regionale degli atti aziendali, il rispetto dei suddetti parametri sarà valutato complessivamente, con riguardo alle Aziende Sanitarie che insistono nell'area sovrazonale corrispondente alla federazione di riferimento.

Il rispetto dei parametri standard impone, inoltre, che siano computate nel numero complessivo:

- le strutture organizzative delle federazioni sovrazonali
- le strutture amministrative e di supporto delle A.O. e A.O.U.

Le strutture operative di natura sovrazonale previste da disposizioni nazionali o regionali, ove esercitino la relativa funzione per ambiti più vasti dell'area territoriale delle federazioni, sono computate, ai fini dell'applicazione dei parametri standard, a livello regionale.

Per le strutture ospedaliere l'applicazione dei parametri deve essere effettuata con riferimento ai posti letto programmati.

Il rispetto dei suddetti parametri standard è valutato dall'Amministrazione Regionale in relazione al numero di strutture a regime, completato il processo di attribuzione delle funzioni alle federazioni.

Pertanto, l'Atto Aziendale riporta, distinte rispetto alle strutture a regime, le strutture ancora attive nella fase transitoria, ma destinate alla soppressione con il passaggio della funzione alla Federazione sovrazonale.

Anche il Piano di Organizzazione delle Federazioni sovrazonali (vedi par. 3.6) sarà valutato in relazione al numero di strutture a regime.

Il numero dei dipartimenti (di qualunque tipologia) non dovrà superare il limite massimo del 15% delle strutture complesse dell'area sovrazonale corrispondente a ciascuna Federazione.

Sono esclusi dal computo i dipartimenti interaziendali a valenza regionale e i Dipartimenti di Prevenzione, essendone espressamente e specificamente disciplinate, ai sensi degli art. 7 ss. del D.lgs 502/92 s.m.i., composizione e costituzione in ogni A.S.L.

3.6 Assetto organizzativo delle Federazioni sovrazionali

L'art. 23 l.r. 18/2007, come modificato dall'art. 2, comma 3, della l.r. 3/2012 stabilisce che la Federazione Sovrazonale (F.S.), a cui aderiscono tutte le A.S.R. dell'area sovrazonale, è una società consortile a responsabilità limitata di diritto privato.

Alla F.S. sono attribuite, progressivamente ed in tempi successivi, secondo i principi di economicità, trasparenza, efficienza ed efficacia, le funzioni di:

- a) piani di acquisto annuali e pluriennali e approvvigionamento di beni e servizi, ad eccezione dei servizi socio-sanitari;
- b) gestione del materiale, dei magazzini e della logistica;
- c) sviluppo e gestione delle reti informative e digitalizzazione del sistema;
- d) gestione del patrimonio immobiliare per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni, in coerenza con gli indirizzi regionali;
- e) programmazione degli investimenti e valutazione delle tecnologie sanitarie, in coerenza con gli indirizzi regionali;
- f) gestione del patrimonio tecnologico per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, acquisizione, riallocazione e dismissione (H.T.A. e H.T.M.);
- g) gestione e organizzazione dei centri di prenotazione;
- h) gestione degli affari legali.

Oltre alle funzioni di cui al comma 3, la Giunta Regionale individua, qualora necessario per incrementare ulteriormente il livello di efficacia e di efficienza del servizio sanitario regionale, i servizi amministrativi, logistici, tecnico-economici e di supporto le cui funzioni vengono espletate dalla F.S.

In ottemperanza all'assunto normativo le Federazioni sovrazionali definiscono e trasmettono all'Amministrazione Regionale il proprio piano di organizzazione, applicando, per quanto compatibili, i criteri previsti per le Aziende Sanitarie, al fine di consentire il coerente inquadramento del personale funzionalmente assegnato, che

rimane incardinato, dal punto di vista giuridico-normativo ed economico, nelle aziende di provenienza (l.r. 3/2012).

In particolare, nella previsione delle strutture organizzative delle Federazioni sovrazionali si applicano i criteri previsti per la costituzione di strutture complesse amministrative e di supporto di cui al par. 3.4.

L'affidamento dell'incarico di direzione di struttura complessa è effettuato previa definizione di criteri e procedure atte a garantire la massima trasparenza nella valutazione delle candidature dei dirigenti in possesso dei requisiti prescritti, e, per il conferimento dell'incarico, non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato di cui all'art. 15-septies, D.lgs. 502/1992 s.m.i.

3.7 Raccordo tra Aziende Sanitarie e Federazione sovrazionale in ordine alla progressiva attivazione delle funzioni ex art. 3 l.r. 3/2012

Gli Atti Aziendali delle Aziende Sanitarie non devono riportare tra le funzioni aziendali quelle attribuite, ai sensi dell'art. 3 l.r. 3/2012, alle Federazioni sovrazionali e, conseguentemente, non possono prevedere strutture ad esse dedicate.

Le Aziende Sanitarie mantengono, tuttavia, dette funzioni nelle more del completamento dell'iter di trasferimento, nei limiti delle attività non ancora prese in carico dalla Federazione sovrazionale, prevedendo tassativamente la cessazione delle strutture aziendali con l'attivazione, presso la Federazione, delle strutture dedicate alle corrispondenti funzioni.

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, e comprende il personale funzionalmente assegnato alle Federazioni sovrazionali.

La dotazione organica aziendale deve rispettare i tetti di spesa previsti, per ciascuna Azienda Sanitaria, dall'Amministrazione Regionale e, senza oneri aggiuntivi, può essere modificata, 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. Verifica regionale

Al fine della valutazione della coerenza tra gli Atti Aziendali delle A.S.R. del medesimo ambito sovrazonale e del rispetto dei parametri standard ministeriali, il procedimento regionale di verifica sarà avviato contestualmente per tutte le Aziende Sanitarie che insistono nell'area territoriale corrispondente alla Federazione di riferimento; contestualmente è esaminato anche il piano di organizzazione della Federazione sovrazonale.

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).