

Allegato al D.A. n. 1675 del 31/04/2019



Linee guida per l'Adeguamento degli atti aziendali al documento di riordino della rete ospedaliera approvato con D.A. n. 22 dell'11 gennaio 2019. Indirizzi operativi.

1. Premessa

Come è noto, con il D.A. n. 629 del 31 marzo 2017 era stato approvato il riordino della rete ospedaliera, comprensivo di documento metodologico, relative tabelle di sintesi e cronoprogramma degli interventi per la riconduzione delle strutture complesse entro i parametri e gli *standard* del D.M. n. 70 del 2 aprile 2015.

La Giunta di Governo, con la deliberazione n. 522 del 28 dicembre 2017, ha dato mandato all'Assessore per la Salute di procedere alla riorganizzazione della rete ospedaliera, al fine di porre in essere ulteriori processi di rifunzionalizzazione e/o integrazione sia nel settore pubblico che in quello privato accreditato e contrattualizzato, in osservanza e in coerenza con le previsioni del citato D.M. n. 70/2015.

L'obiettivo prefissato e perseguito dalla Regione è stato quello, in esito all'approvazione della rete ospedaliera, di procedere ad un riallineamento del numero delle strutture complesse allo standard previsto, per singola disciplina, dal D.M. n. 70/2015, dando attuazione alle azioni di sviluppo contenute nel documento metodologico allegato al D.A. n. 629/2017, che aveva natura di strumento programmatico dinamico, a valenza pluriennale, in grado di rispondere agli intervenuti bisogni di salute.

Al fine di orientare le scelte programmatiche nel triennio 2016/2018 a livello regionale e aziendale, è stato effettuato un costante monitoraggio finalizzato a valutare lo stato di attuazione e l'efficacia degli interventi, congiuntamente ad una aggiornata rivalutazione dei dati di attività desunti dai flussi ministeriali relativi all'anno 2017, tenuto conto altresì dei volumi di attività per specifici processi, dell'appropriatezza dei ricoveri e delle prestazioni.

Il principio ispiratore del percorso che ha condotto all'elaborazione di un nuovo documento di programmazione ospedaliera è stato, dunque, quello di una coerente interpretazione del citato D.M. n. 70/2015 ed il rispetto delle indicazioni fornite dall'AGENAS, in uno al superamento di criticità residue, ivi compresi alcuni conteziosi in essere, in modo tale da sviluppare pienamente, nel triennio 2019/2021, le attività di razionalizzazione della rete esistente.

Pertanto, a conclusione del percorso sopra delineato, con il D.A. n. 22 del 19 gennaio 2019, previa deliberazione della Giunta di Governo n. 329 del 14 settembre 2018, è stato approvato il nuovo documento di riordino della rete ospedaliera, comprensivo di:



1. documento metodologico per la riorganizzazione del Sistema di Rete dell'Emergenza Urgenza della Regione Siciliana;
2. tabelle di dettaglio sull'organizzazione della rete ospedaliera "Focus per presidio";
3. tabelle di dettaglio sull'organizzazione per bacini della rete;
4. cronoprogramma *standard* discipline ex D.M. n. 70/2015;
5. cronoprogramma riorganizzazione reti tempo dipendenti e reti assistenziali;
6. cronoprogramma riorganizzazione PPI/PTE.

Nel nuovo documento, le strutture ospedaliere della Regione sono state classificate, secondo i livelli di complessità crescente previsti dallo stesso D.M., in presidi ospedalieri di base, in Dipartimenti di emergenza urgenza e di accettazione di primo e di secondo livello nonché in presidi ospedalieri di zone disagiate, come dettagliato negli allegati sopra elencati che costituiscono parte integrante del D.A.

In esito al processo di rifunionalizzazione e di riallineamento delle strutture complesse sopra richiamato, la nuova rete ospedaliera approvata con il D.A. n. 22/2019 ha ricondotto il numero delle UU.OO.CC., in linea di massima, entro il parametro previsto dal documento LEA del 26 marzo 2012; mentre, per quanto attiene le strutture semplici e semplici dipartimentali, pur se indicate nel documento di programmazione, la Giunta regionale, con la summenzionata deliberazione n. 329/2018, ha previsto che le stesse, per esigenze organizzative ed assistenziali, possano essere riorganizzate in sede di predisposizione dell'adeguamento dell'atto aziendale, fermo restando il rispetto del parametro strutture complesse/semplici (1,31 per U.O.C.) indicato nel citato documento LEA del 26 marzo 2012 che è da intendersi riferito a livello regionale.

Lo stesso D.A. stabilisce che le Aziende e gli Enti del Servizio Sanitario Regionale dovranno ottemperare alle disposizioni programmatiche in esso previste, in ossequio ai tempi definiti dai cronoprogrammi, previo adeguamento dei rispettivi atti aziendali.

Si rende, pertanto, necessario adeguare gli atti aziendali vigenti (e per l'I.R.C.C.S. "Centro Neurolesi Bonino-Pulejo" di Messina, il regolamento di organizzazione) al documento di riordino della rete ospedaliera approvato con il citato D.A. n. 22/2019.

Ciò premesso, entro quarantacinque giorni dal ricevimento della presente direttiva, le SS.LL. avranno cura di adottare idoneo atto deliberativo per l'adeguamento del rispettivo atto aziendale al documento di riordino della rete ospedaliera approvato dal citato D.A. n. 22/2019, nel rispetto delle vigenti previsioni contenute nella contrattazione collettiva in materia di relazioni sindacali e previa attività di informazione della Conferenza dei Sindaci e/o del Sindaco territorialmente competente.

L'atto deliberativo di cui sopra dovrà essere trasmesso, ai sensi dell'art. 16 della l.r. n. 5/2009, a questo Assessorato, che provvederà a verificarne la conformità alla sopravvenuta rete ospedaliera regionale e, più in generale, alla programmazione sanitaria nazionale e regionale e, salva l'acquisizione di chiarimenti e/o di elementi integrativi che, ai sensi del comma 4 dello stesso art. 16, si rendessero necessari, e previa acquisizione del parere obbligatorio della Giunta regionale, ad approvarne il testo definitivo.



Per tutte le superiori finalità, si richiamano preliminarmente gli indirizzi già impartiti con il D.A. n. 736 dell'11 marzo 2010 siccome integrato dal successivo D.A. n. 1360 del 3 agosto 2015, di cui si riportano - ai fini di un'agevole consultazione e per ragioni di uniformità ed omogeneità, fermo restando i rimanenti contenuti obbligatori dell'atto aziendale di cui all'art. 3 del D. Lgs. n. 502/1992 e ss.mm.ii. - i paragrafi relativi alla struttura organizzativa delle Aziende, opportunamente aggiornati, ove necessario, alle sopravvenute disposizioni normative e regolamentari.

2. I Dipartimenti

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

I Dipartimenti strutturali hanno la responsabilità gestionale diretta delle risorse loro assegnate, dei processi di programmazione e di controllo e sono sovraordinati alle Unità Operative che li compongono.

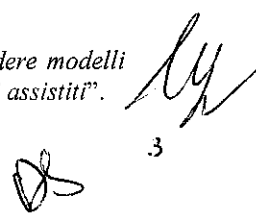
I Dipartimenti funzionali hanno invece, come principale obiettivo quello di migliorare la pratica clinico-assistenziale, favorendo l'acquisizione e il mantenimento di competenze tecnico-professionali adeguate, definendo percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali (P.D.T.A.) e verificandone la reale applicazione, riducendo le difformità nelle pratiche clinico-assistenziali che possono caratterizzare le diverse articolazioni organizzative afferenti. Il dipartimento funzionale ha responsabilità specifiche nell'orientare la formazione in modo funzionale all'applicazione delle linee di indirizzo.

L'Azienda regola il funzionamento dei dipartimenti strutturali e funzionali. Le funzioni di Direttore di Dipartimento sono attribuite ad uno dei Direttori di struttura complessa che lo compongono. Il Direttore del Dipartimento mantiene la direzione e le funzioni della struttura di cui è titolare, fatto salvo quanto previsto dall'art. 9 co. 6 della l.r. n. 5/09 e ss.mm.ii. per le AA.SS.PP. "metropolitane" di Catania, Messina e Palermo¹.

Nelle Aziende ospedaliere - comprese quelle universitarie, per le quali in ogni caso si richiama il contenuto dei vigenti Protocolli d'intesa con le rispettive Università - i Dipartimenti, strutturali o funzionali, devono essere costituiti da almeno tre UU.OO.CC. e da una U.O.S.D., già tutte attivate.

In coerenza con quanto previsto dal D.Lgs. n. 517/1999 l'organizzazione dipartimentale ad attività integrata (DAI) rappresenta di regola il modello ordinario di gestione dell'Azienda Ospedaliera Universitaria e deve essere fondata sul principio di eguaglianza di diritti e doveri del personale universitario e aziendale nell'espletamento delle attività assistenziale e, pertanto, la dirigenza universitaria e aziendale dovrà essere, parimenti, coinvolta e responsabilizzata dalla direzione aziendale in merito al perseguimento degli obiettivi assistenziali.

¹ "Gli atti aziendali delle Aziende sanitarie provinciali di Catania, Messina e Palermo possono prevedere modelli organizzativi differenziati in ragione delle dimensioni del territorio di competenza e del numero di utenti assistiti".



Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.

Per le Aziende Sanitarie Provinciali, è confermata l'indicazione secondo cui costituiscono "Dipartimenti strutturali dell'area territoriale": 1) il Dipartimento di Prevenzione; 2) il Dipartimento di Prevenzione Veterinaria; 3) il Dipartimento di Salute Mentale. Inoltre, al fine di assicurare la piena e concreta integrazione in ambito ospedaliero e territoriale, è possibile prevedere l'istituzione di ulteriori Dipartimenti, strutturali o funzionali, che dovranno sempre essere costituiti - secondo criteri di omogeneità e tenuto conto della *mission* aziendale - da almeno tre UU.OO.CC. e una U.O.S.D. già attivate. La loro individuazione deve essere funzionale all'efficacia, all'efficienza e all'economicità dell'Azienda Sanitaria Provinciale e deve essere altresì valutata con riferimento all'appropriatezza e alla razionalizzazione dei percorsi assistenziali, specie per quel che concerne l'organizzazione dipartimentale in ambito ospedaliero.

E', altresì, possibile prevedere - previo accertamento della sussistenza delle risorse, anche umane, e dei presupposti strutturali e tecnologici - l'organizzazione dell'assistenza secondo il modello "per intensità di cure".

Nelle Aziende a più elevato livello assistenziale (DEA di II livello), per le quali il D.M. n. 70/2015 preveda modelli organizzativi di sempre maggiore specializzazione e percorsi assistenziali ad elevata complessità, a volte non presenti nello stesso DEA di II livello (vedasi, per esempio, neurochirurgia o cardiocirurgia), è possibile ricorrere, previa intesa tra il *management* delle Aziende interessate, all'istituzione di Dipartimenti Interaziendali funzionali, nei termini e secondo le modalità indicate nel "Documento metodologico per la riorganizzazione del Sistema di rete dell'Emergenza-Urgenza", allegato 1 al D.A. n. 22/2019.

3. Le strutture complesse e le strutture semplici.

La definizione dell'assetto organizzativo prevista nell'atto aziendale e, in particolare, la determinazione del numero delle strutture complesse e delle strutture semplici, deve tenere conto delle risorse umane, tecnologiche e finanziarie disponibili, delle direttive assessoriali in tema di fabbisogno del personale e di dotazioni organiche e, in ogni caso, deve essere rapportata alle complessive esigenze dei processi di programmazione, di *budget* e di controllo, nel rispetto dei parametri per l'individuazione delle UU.OO.CC. e delle UU.OO.SS. di cui al documento del Comitato LEA del 26 marzo 2012, nonché degli *standard* individuati, per ciascuna disciplina, dal D.M. n. 70 del 2 aprile 2015 e dell'equilibrio di bilancio in relazione alle risorse negoziate con l'Assessorato.

Ai fini di una razionalizzazione delle strutture semplici e delle strutture semplici dipartimentali, si ritiene doverosa l'assunzione di iniziative indirizzate ad una maggiore valorizzazione della carriera "professionale" rispetto a quella "gestionale", quale strategia di intervento per agevolare l'adeguamento dell'organizzazione aziendale al D.M. n. 70/2015 e determinare a livello regionale le condizioni per avviare il superamento dell'attuale modello organizzativo per micro struttura, particolarmente dispendioso in termini di risorse umane, stante, altresì, la necessità di osservare le sopravvenute disposizioni comunitarie in tema di articolazione e di turni di lavoro.



4

Avuto riguardo, pertanto, ai vincoli normativi statali (D.M. n. 70/2015, documento LEA del 26 marzo 2012) e regionali (D.A. n. 22/2019), nonché ai vigenti CC.CC.NN.LL., le direzioni aziendali avranno cura di effettuare un'attenta analisi:

1) del corretto dimensionamento delle unità operative semplici e delle unità operative semplici dipartimentali;

2) dell'efficienza produttiva in termini di quantità e/o di costo dei fattori produttivi impiegati, con particolare riguardo al fattore produttivo "risorse umane", posto che il personale rappresenta una delle maggiori voci di costo aziendale;

3) della possibilità di sostituire incarichi di direzione di strutture semplici con incarichi professionali, con una contestuale modifica della graduazione delle funzioni, nel rispetto delle relazioni sindacali e nei limiti della disponibilità dei rispettivi fondi contrattuali, nella considerazione che la riduzione del numero delle strutture semplici consentirà maggiori spazi di disponibilità alla graduazione degli incarichi professionali.

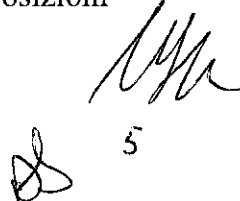
Il processo di ridefinizione delle unità operative complesse e semplici in ambito ospedaliero dovrà, altresì, essere effettuato nel rispetto delle previsioni quantitative e della tempistica previste dal D.A. n. 22/2019, avendo cura, tuttavia, di assumere ogni idonea misura organizzativa per assicurare i livelli assistenziali già garantiti da unità operative, complesse o semplici, non più previste, accorpate o da accorpare nel rispetto del cronoprogramma ivi previsto.

Rimane nella disponibilità dell'Assessorato la possibilità, per quanto attiene le strutture semplici e le strutture semplici dipartimentali, di autorizzare, su richiesta delle singole Aziende, per motivate esigenze organizzative e assistenziali, soluzioni diverse, a saldi invariati e nel rispetto del rapporto numerico strutture complesse/semplici (1,31 per U.O.C.) indicato nel documento LEA del 26 marzo 2012.

Per le UU.OO.CC. non ospedaliere rimane fermo il parametro, da riferirsi a livello regionale, di una struttura complessa ogni 13.515 abitanti, previsto dal citato documento LEA del 26 marzo 2012.

Non rientrano, comunque, nei parametri per l'individuazione delle UU.OO.CC. e delle UU.OO.SS. di cui al documento del Comitato LEA del 26 marzo 2012 i servizi amministrativi e le unità operative in *staff* alla direzione aziendale o alle dirette dipendenze di quest'ultima nè le UU.OO.CC. "Centrali operative 118" previste nelle Aziende ospedaliere di riferimento, in ragione del loro ambito di operatività sovraziendale.

Le strutture complesse e/o semplici, di ruolo sanitario, con o senza posti letto, sono costituite, oltre che dal responsabile, da un numero di dirigenti, con esclusivo impegno lavorativo nella struttura stessa, adeguato, rispettivamente, al numero dei posti letto in dotazione o al volume di attività e tale da consentire l'osservanza delle disposizioni comunitarie in tema di articolazione e di turni lavoro.



Resta inteso che all'attivazione di nuove unità operative previste nella programmazione le Aziende potranno procedere in presenza della dotazione organica minima necessaria a garantire la buona funzionalità della struttura e, compatibilmente, con le disponibilità finanziarie; ove, in carenza di dotazione di personale dirigenziale e delle necessarie risorse umane, non potrà immediatamente procedersi all'attivazione di una o più strutture di nuova istituzione o, comunque, di funzioni aziendali, sarà cura delle direzioni generali fornire, attraverso un cronoprogramma, i riferimenti temporali entro i quali si intende provvedervi, previa dimostrazione della sussistenza delle condizioni minime prescritte e nel rispetto dei limiti derivanti dall'obbligo di assicurare l'equilibrio di bilancio per come negoziato con l'Assessorato che, a pena di decadenza del Direttore Generale, costituisce vincolo inderogabile.

Per le Aziende Ospedaliere Universitarie, ai fini dell'eventuale accorpamento di unità operative e fermo restando il rispetto delle previsioni del D.A. n. 22/2019, si dovrà tenere conto delle specifiche esigenze formative, avuto riguardo alla stretta correlazione dell'attività assistenziale con quella di didattica e di ricerca.

Nelle strutture pubbliche ospedaliere individuate dai vigenti Protocolli d'intesa con le Università quali sedi specifiche di attività per la funzione di didattica, di ricerca e assistenziale, potrà farsi luogo alla clinicizzazione - ricorrendone i requisiti dell'indispensabilità e dell'essenzialità ai fini dell'attività didattica - delle sole unità operative che, così come richiesto dal Ministero della Salute e da quello dell'Economia, saranno espressamente individuate, in sede di rivisitazione dei protocolli stessi, come strutture preposte al soddisfacimento di esigenze, oltre che di natura assistenziale, anche di didattica e di ricerca, ove nell'Azienda Ospedaliera Universitaria di riferimento non siano disponibili strutture essenziali per quest'ultima tipologia di attività. In tali casi nell'attribuzione della direzione di strutture complesse o dipartimentali si dovrà fare applicazione dei principi che ispirano la valutazione comparativa dei partecipanti, favorendo, altresì, la concorrenza tra la dirigenza universitaria e quella aziendale, ove quest'ultima sia in possesso di abilitazione scientifica nazionale.

Nell'ambito delle aree metropolitane di Catania, Messina e Palermo, si riconferma la facoltà di prevedere, ove ritenuto necessario, l'istituzione, all'interno di ciascuna delle rispettive Aziende ospedaliere universitarie, di una struttura complessa deputata alla funzione di coordinamento e di integrazione delle attività didattiche/formative delle Università e di quelle assistenziali delle corrispondenti Aziende Sanitarie Provinciali, anche al fine di assicurare la piena attuazione dei vigenti Protocolli d'intesa.

4. L'attività territoriale.

A seguito delle modifiche apportate dall'art. 9 della l.r. n. 5 del 28 gennaio 2014 agli artt. 11 e 12 della l.r. n. 5/09, si conferma che l'attività territoriale, erogata dai distretti sanitari, è coordinata dalla direzione aziendale, la quale si avvale, a tal fine, dei direttori degli stessi distretti.



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

Nell'ambito dei distretti sanitari operano i Presidi Territoriali di Assistenza (P.T.A.) che, tenuto conto delle specificità dei diversi territori, perseguono la finalità dell'integrazione fisica, organizzativa e operativa dei servizi territoriali secondo quanto previsto dalle linee guida sulla riorganizzazione dell'attività territoriale di cui al D.A. n. 723 del 10 marzo 2010, adottato in attuazione dell'art. 12, co. 8 della l.r. n. 5/09 e ss.mm.ii.; sempre nei distretti si realizzano i modelli organizzativi di assistenza integrata delineati dalla legge n. 189/2012 e dagli AA.CC.NN. per i medici di assistenza primaria, per i pediatri di libera scelta e per gli specialisti convenzionati interni.

Nei distretti sanitari non possono essere previste unità operative complesse, fatto salvo quanto stabilito per le AA.SS.PP. di Catania, Messina e Palermo dal già citato art. 9, co. 6 della l.r. n. 5/09 e ss.mm.ii.

Nei distretti ove insistono Istituti penitenziari, si raccomanda l'istituzione di un'unità operativa dedicata alla programmazione, al coordinamento e al monitoraggio delle funzioni sanitarie svolte all'interno degli stessi Istituti, trasferite al S.S.R. a seguito del D. Lgs. n. 222/2015.

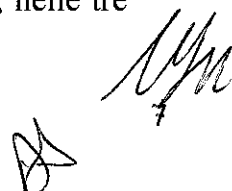
5. Le attività ospedaliere.

Si ritiene utile richiamare l'art. 15, co. 13, lett. f-bis) del D.L. n. 95/2012, convertito con modificazioni dalla legge n. 135/2012, ai sensi del quale nelle Aziende ospedaliere, nelle Aziende Ospedaliere Universitarie di cui all'art. 2 del D. Lgs. n. 517 del 21 dicembre 1999 e ss.mm.ii. e negli IRCCS pubblici costituiti da un unico presidio, le funzioni e i compiti del Direttore Sanitario Aziendale e del Dirigente Medico di Presidio sono svolte da un unico soggetto avente i requisiti previsti dalla legge per entrambe le funzioni.

A seguito delle modifiche apportate dall'art. 9 della l.r. n. 5 del 28 gennaio 2014 n. 5 agli artt. 11 e 12 della l.r. n. 5/09, l'attività dei distretti ospedalieri è coordinata dalla direzione aziendale, che si avvale dei dirigenti medici e amministrativi responsabili delle funzioni igienico/organizzative e di quelle amministrative dei presidi.

6. Servizi amministrativi e tecnici.

Per le funzioni amministrative delle Aziende, da rimodulare eventualmente in rapporto ai bacini di utenza, secondo un modello gestionale, anche interaziendale, nelle tre aree metropolitane, si conferma la previsione delle seguenti UU.OO.CC.:



- 1) affari generali;
- 2) risorse umane;
- 3) economico finanziario e patrimoniale;
- 4) tecnico;
- 5) provveditorato.

7. Coordinamento degli staff aziendali. Uffici di supporto al Decisore.

Per gli *staff* della direzione aziendale, si ribadisce che essi non possono prevedere al loro interno strutture complesse, fatto salvo il coordinamento degli stessi, che deve essere attribuito al responsabile di una delle strutture che vi insistono e che può configurarsi come struttura complessa laddove siano presenti non meno di 5 (cinque) UU.OO.SS.

Internazionalizzazione e ricerca sanitaria.

Al fine di implementare la capacità delle Aziende del S.S.R. di attrarre fondi nazionali e comunitari sulla ricerca sanitaria e sulla sanità pubblica, cogliendo e valorizzando le opportunità di finanziamento offerte dai numerosi programmi e bandi pubblicati dalla Commissione europea, dai Ministeri o da altri organismi competenti, si raccomanda l'istituzione, all'interno degli *staff* delle direzioni generali delle aziende sanitarie, di una unità operativa semplice vocata all'internazionalizzazione e alla ricerca sanitaria, dotata di personale professionalmente dedicato e adeguato, con compiti di coordinamento e di supporto per i ricercatori, sia nella fase di presentazione dei progetti che in quella di gestione e rendicontazione.

La stessa unità, opportunamente implementata della presenza di un componente esperto in materia di appalti pubblici, dovrà occuparsi - a integrazione e supporto delle attività poste in essere dai servizi amministrativi e tecnici di volta in volta competenti alla relativa istruttoria - della individuazione dei più appropriati e innovativi sistemi di scelta del contraente (dialogo competitivo, partenariato per l'innovazione, *global service*, *e-procurement*, etc.) di cui alla vigente normativa in materia di contratti pubblici di lavori, servizi e forniture.

Energy manager.

Questa figura fornisce il necessario supporto al decisore (e pertanto alle dirette dipendenze del Direttore Generale) in merito al miglior utilizzo dell'energia nelle strutture di pertinenza.

Secondo quanto previsto dalla Circolare M.I.S.E. del 18 dicembre 2014, il Responsabile, qualora non sia possibile individuare una figura interna dotata di competenze adeguate o che abbia sufficiente disponibilità temporale per svolgere al meglio la funzione di gestione razionale dell'energia, può essere un professionista esterno dotato di adeguata e comprovata esperienza, preferibilmente munito del titolo di Responsabile del Sistema di Gestione dell'Energia.



Stante la rilevanza e la peculiarità delle competenze attribuibili all'*Energy Manager* (scelte strategiche di politica energetica; contratti di Servizio Gestione Energia; monitoraggio dei consumi energetici e idrici; monitoraggio dei consumi della flotta aziendale; gestione delle tematiche energetiche del patrimonio aziendale; formazione del personale in materia di risparmio energetico; implementazione di un Sistema di Gestione Energia ISO 50001), è opportuno che alla predetta figura venga affiancata una unità operativa semplice di *Energy Management* Aziendale.

Il Direttore Generale è tenuto, per il tramite dell'*Energy Manager*, ad eseguire ed attuare le direttive assessoriali elaborate sulla base della linea di attività convenzionale instaurata in materia con l'AGENAS

Qualità e gestione del rischio clinico.

Stante la necessità di garantire elevati *standard* di sicurezza e di qualità delle cure, anche ai sensi della legge n. 24/2017 e migliorare i processi di *governance* clinica, si rende necessario prevedere un'unità operativa dedicata alla Qualità e alla gestione del rischio clinico, che, in considerazione dell'importanza strategica rivestita e per salvaguardarne l'autonomia, può essere configurata come struttura semplice e posta in stretta connessione e alle dipendenze della direzione strategica dell'Azienda. Ai predetti fini, assume rilievo strategico la figura dell'Ingegnere Clinico, che dovrà essere previsto presso ciascuna delle suddette strutture

Audit

Ai fini dell'implementazione dei percorsi attuativi di certificabilità (PAC) si rende necessario prevedere un'unità operativa dedicata allo svolgimento delle attività di audit, in diretta connessione con la direzione strategica aziendale.

Protezione dei dati personali.

All'interno dello *staff* della Direzione Generale dovrà essere costituito l'Ufficio per la Protezione dei Dati personali, composto dal Responsabile-*Data Protection Officer*, che lo coordina, e da un numero adeguato di figure di supporto tecnico/amministrativo per il buon funzionamento dell'Ufficio stesso, per la cui istituzione potrà prevedersi il ricorso ad una posizione organizzativa.

In particolare, l'Ufficio per la Protezione dei dati personali potrà essere istituito - anche tenuto conto dell'esistenza o meno, all'interno dell'Azienda, di figure idonee al compito, nonché delle esigenze di terzietà e indipendenza tipiche della figura medesima - secondo una delle seguenti fattispecie:

- 1) struttura semplice da affidare a un dirigente interno in qualità di D.P.O.;
- 2) ufficio interno coordinato da un D.P.O. esterno;
- 3) ufficio interno coordinato da un incarico di funzione interna in qualità di D.P.O.



Nel caso in cui l'Azienda sia già dotata di un D.P.O. esterno - che in quanto tale assolva ai propri compiti in base ad un contratto di servizi - è preferibile mantenere valida detta forma di collaborazione, in modo da assicurare continuità operativa e conoscenza approfondita del percorso intrapreso.

Coordinamento delle sale operatorie.

Al fine di razionalizzare e implementare il migliore utilizzo delle sale operatorie si raccomanda l'istituzione in staff alla direzione sanitaria aziendale di una unità operativa semplice dedicata al coordinamento delle sale operatorie.

Attività di procurement per il trapianto d'organi.

Per detta attività potrà farsi ricorso ad un incarico dirigenziale di altissima professionalità, che a sua volta dovrà porsi in raccordo con l'istituendo Dipartimento regionale interaziendale ad indirizzo trapiantologico.

Bed management.

Per contrastare e gestire il fenomeno del sovraffollamento nei servizi di Pronto Soccorso e prevenirne le conseguenze negative ed eventuali eventi avversi, si rende necessario prevedere la funzione aziendale del "bed management", al fine di favorire il governo dei flussi dei pazienti all'interno dell'ospedale e pianificare la logistica dei posti letto dall'ingresso al Pronto Soccorso fino al ricovero nei reparti di degenza. La figura del "bed manager", che può essere svolta anche da un infermiere, dovrà essere dotata di competenze specifiche, oltre che cliniche, anche in ambito relazionale e manageriale, e avrà cura di assicurare, con il supporto di adeguati sistemi informatici a rete, la corretta gestione del flusso dei pazienti, con l'obiettivo specifico di evitarne i disagi e, soprattutto, il prolungato e ingiustificato stazionamento nel Pronto Soccorso.

8. Controllo di gestione e sistemi informativi aziendali.

Rilevato che si rende necessario implementare e migliorare i processi di *governance*, permangono i presupposti per la riconferma, come unica struttura complessa, dell'unità operativa deputata al controllo di gestione e ai sistemi informativi aziendali e statistici, che, rivestendo importanza strategica, deve essere posta in diretta connessione con il vertice decisionale dell'Azienda.

9. Servizio Legale

Si conferma per i servizi legali l'articolazione a livello di staff, alle dirette dipendenze del Direttore Generale dell'Azienda, quali strutture semplici. Tuttavia, al fine di pervenire ad una completa internalizzazione del contenzioso in tutti i gradi di giudizio, in ragione del volume e del valore delle cause trattate e da trattare, i servizi legali potranno assumere la configurazione di struttura complessa, purché dispongano di una comprovata e adeguata dotazione di figure professionali abilitate al patrocinio.



Per ciò che concerne le aziende sanitarie provinciali di Catania, Messina e Palermo, in attuazione della previsione recata dall'art. 9, co. 6, della l.r. n. 5/2009 e ss.mm.ii. ed in ragione del numero, della complessità e del valore degli affari da trattare, si conferma che i servizi legali possono configurarsi struttura complessa.

10. Ufficio del Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza (R.P.C.T.).

Il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e della Trasparenza, che rappresenta uno dei soggetti fondamentali per l'attuazione della normativa sulla prevenzione della corruzione e sulla trasparenza, deve possedere un'adeguata conoscenza del settore sotto tutti i profili (organizzativo, gestionale e sanitario) e, pertanto, deve occupare, di norma, una posizione dirigenziale di struttura complessa o di valenza dipartimentale (U.O.C., Dipartimento/Distretto/Presidio, UOSD), posto che la relativa funzione è aggiuntiva rispetto alla funzione e al ruolo del dirigente già ricoperti all'interno dell'organizzazione aziendale, ad invarianza di risorse economiche.

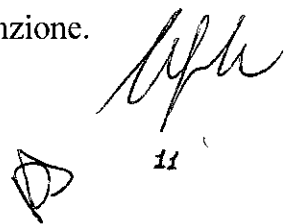
Pertanto, il RPCT deve essere un dirigente di ruolo dell'Azienda, con una adeguata conoscenza della sua organizzazione e del suo funzionamento, dotato della necessaria imparzialità e autonomia valutativa e in grado di interagire, nell'ambito della propria autonomia con la direzione strategica. Resta salva, transitoriamente, la possibilità di salvaguardare le professionalità - dirigente di struttura semplice o titolare di incarico di alta professionalità - che hanno svolto la funzione per almeno un triennio, previa adeguata motivazione circa l'assenza di altre figure compatibili.

Per salvaguardare l'indipendenza della funzione, il RPCT deve essere una figura di garanzia per l'istituzione sanitaria e non un incarico di natura fiduciaria e deve essere supportato da personale adeguatamente formato secondo le indicazioni di cui al Piano nazionale anticorruzione.

Le Aziende sono tenute a fare integrale applicazione, a partire dagli aspetti organizzativi, del compendio di direttive in materia di anticorruzione emanate dall'Assessore per la Salute, in espressa applicazione delle indicazioni fornite congiuntamente dall'ANAC e dall'AGENAS.

11. Tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro nell'ambito del Dipartimento di prevenzione.

La tutela della salute e della sicurezza dei lavoratori è una specifica competenza del S.S.R. e viene espletata territorialmente mediante l'attività dei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro (SPRESAL) e dei servizi di impiantistica e antinfortunistica (SIA), unità operative complesse afferenti l'area dipartimentale "Tutela della salute e sicurezza dei luoghi di lavoro" all'interno del Dipartimento di Prevenzione.



Handwritten signature and initials in the bottom right corner of the page.

Per l'organizzazione e il funzionamento di tali servizi si rinvia al contenuto della circolare assessoriale n. 1269 del 10-maggio 2010 e ss.mm.ii.

12. Le professioni sanitarie ex L. 42/1999.

Per quanto riguarda le Unità operative delle professioni sanitarie e del servizio sociale di cui alla legge regionale 15 gennaio 2010 n. 1, nel ribadire le indicazioni delle linee di indirizzo del 2015, si richiama il contenuto del D.A. 1636 del 10 agosto 2012, con il quale sono stati impartiti criteri attuativi di funzionamento delle rispettive unità operative.

13. Registro Tumori.

Con specifico riferimento all'articolazione territoriale del Registro Tumori ai sensi dell'art. 27 della l.r. n. 5/09 e s.m.i., le Aziende Ospedaliere Universitarie di Catania e Palermo e le AA.SS.PP. di Ragusa e Trapani avranno cura di applicare le disposizioni di cui al D.A. n. 389 del 13 marzo 2019.

14. La libera professione intramuraria.

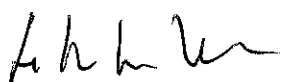
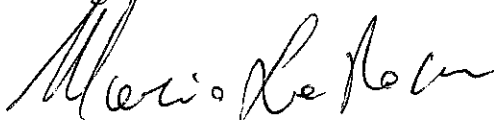
Le Aziende regolamentano le attività libero-professionali dei propri dirigenti secondo le disposizioni di legge e contrattuali vigenti, nonché secondo le linee di indirizzo regionali di cui al D.A. n. 337/2014 del 7 marzo 2014.

15. Disposizione finale.

Stante la circostanza secondo cui il nuovo modello organizzativo derivante dalla legislazione vigente incentiva le Aziende a ridisegnare il proprio assetto favorendo - anche in applicazione di quanto disposto dall'art. 15 della L. n. 241/1990 e ss.mm.ii. per lo svolgimento in collaborazione di attività di interesse comune - l'integrazione di risorse e l'organizzazione in reti interaziendali, è sempre ammessa e fatta salva la possibilità di ricorrere a forme di cooperazione tra Aziende, al fine di assicurare funzioni assistenziali e/o gestionali e/o amministrative e legali in ambito di bacino mediante accordi interaziendali

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

Il Dirigente Generale
Ing. Mario La Rocca



L'ASSESSORE
Avv. Ruggero Razza

