

Atto Aziendale**LR 28/07/2006 n. 10, ART. 9**

PREMESSA	2
TITOLO 1	4
INTRODUZIONE ALL'ATTO AZIENDALE	4
TITOLO 2	6
VALORI PRINCIPI E PRIORITA'	6
TITOLO 3 CRITERI DI ORGANIZZAZIONE	12
TITOLO 4	20
PRINCIPI E CRITERI PER LA DEFINIZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE	20
TITOLO 5	29
CONFIGURAZIONE ORGANIZZATIVA	29
TITOLO 6 FUNZIONAMENTO E GOVERNO	46
TITOLO 5 INTEGRAZIONE ORIZZONTALE	47
TITOLO 8 GESTIONE DELL'AZIENDA	51
TITOLO 9: REGOLE ATTUATIVE	59

PREMESSA

Per chiunque viva nel territorio d'Ogliastro, l'Azienda Sanitaria Locale rappresenta una realtà importante, in termini sanitari, prima, economici, culturali e sociali poi. Grazie a chi la sorregge con il proprio lavoro, con l'impegno professionale e politico o con la propria forza ed entusiasmo, l'Azienda Sanitaria di Lanusei rappresenta una realtà viva ed in continua evoluzione, patrimonio di tutti gli Ogliastrini.

L'atto Aziendale è un atto di diritto privato che definisce il percorso operativo e di sviluppo di una Azienda Sanitaria Locale, ne rappresenta la colonna vertebrale su cui si articola l'intera gestione.

In particolare l'Atto Aziendale definisce "le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale soggette a rendicontazione analitica, le competenze dei relativi responsabili e disciplina l'organizzazione delle ASL secondo il modello dipartimentale, nonché i compiti e le responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto sociosanitario" (L.R. 10/2006).

L'Atto Aziendale trova il proprio riferimento normativo nella Legge regionale 28 luglio 2006, n. 10 e nel decreto legislativo n. 502 del 1992 (e successive modifiche ed integrazioni), successivamente integrati dalla legge regionale 7 novembre 2012, n. 21 (Disposizioni urgenti in materia sanitaria connesse alla manovra finanziaria e modifica di disposizioni legislative sulla sanità), e dal decreto legge 13 settembre 2012 n.158 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute". Inoltre è predisposto nel rispetto della DGR 43/12 del 31/10/2012 contenente le "Linee guida per la redazione degli atti aziendali delle aziende del sistema sanitario".

Far funzionare al meglio una azienda sanitarie è una sfida molto complessa, perché complesse e numerose sono le esigenze da soddisfare, i problemi da risolvere, i diritti da tutelare.

L'articolo 32 della Costituzione Italiana recita "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti"

La difficoltà più grande, la responsabilità maggiore di chi opera nella sanità, è quella di decidere, in un contesto di risorse scarse, o comunque insufficienti rispetto alle esigenze da soddisfare, la scala della priorità dei problemi da risolvere.

Qualsiasi scelta determina conseguenze importanti ed è per questo che è fondamentale vivere il contesto in cui si opera, metabolizzarlo, conoscerne i bisogni, sentirne le urla ma anche i sussurri....

L'atto aziendale pertanto non rappresenta uno sterile esercizio di stile, un adempimento amministrativo, ma è lo strumento operativo che consente la messa in pratica delle scelte

aziendali, rappresenta i binari che guideranno l'azienda nel suo operare, le direttrice che incanala il lavoro di tutti gli operatori, a qualsiasi livello essi operino.

La buona sanità è fatta di buoni atti, ma è fatta soprattutto dalle persone. E' fatta da operatori sanitari che si identificano nell'azienda, che apportano nel lavoro professionalità, passione e umanità; è fatta da cittadini che la riconoscono e la apprezzano, da amministratori pubblici che credono nel territorio e lottano per difenderlo.

L'atto aziendale deve essere incentrato nel miglior modo possibile sulla realtà che dovrà indirizzare.

Deve tenere conto di tutti gli aspetti che influenzano l'erogazione dei servizi sanitari: epidemiologia, densità e composizione della popolazione, orografia, collegamenti, strutture presenti nel territorio, aspetti economici, sociali, culturali, demografici.

Deve accompagnare le persone nel miglioramento continuo dei servizi erogati, nella razionalizzazione delle risorse, nella diffusione della cultura della salute, della prevenzione.

Deve indirizzare verso il migliore utilizzo delle risorse, umane e finanziarie.

L'Atto Aziendale rappresenta pertanto la colonna vertebrale della nostra Azienda, sulla quale si innestano nervi, muscoli e soprattutto il cuore di noi operatori.

Nella speranza di avere fatto un buon lavoro.....

Il Direttore Generale
Dott. Francesco Pintus

TITOLO 1

INTRODUZIONE ALL'ATTO AZIENDALE

Art.1. Denominazione, sede legale, logo, patrimonio della Asl Lanusei

La ASL 4 Lanusei, istituita in applicazione della Legge Regionale del 26 gennaio 1995, n. 5 "Norme di riforma del servizio sanitario regionale" è dotata di personalità giuridica pubblica e di autonomia imprenditoriale ai sensi delle disposizioni legislative regionali di istituzione del SSR.

2.La sede legale è Lanusei in via Piscinas 5, cap. 0845 Lanusei.

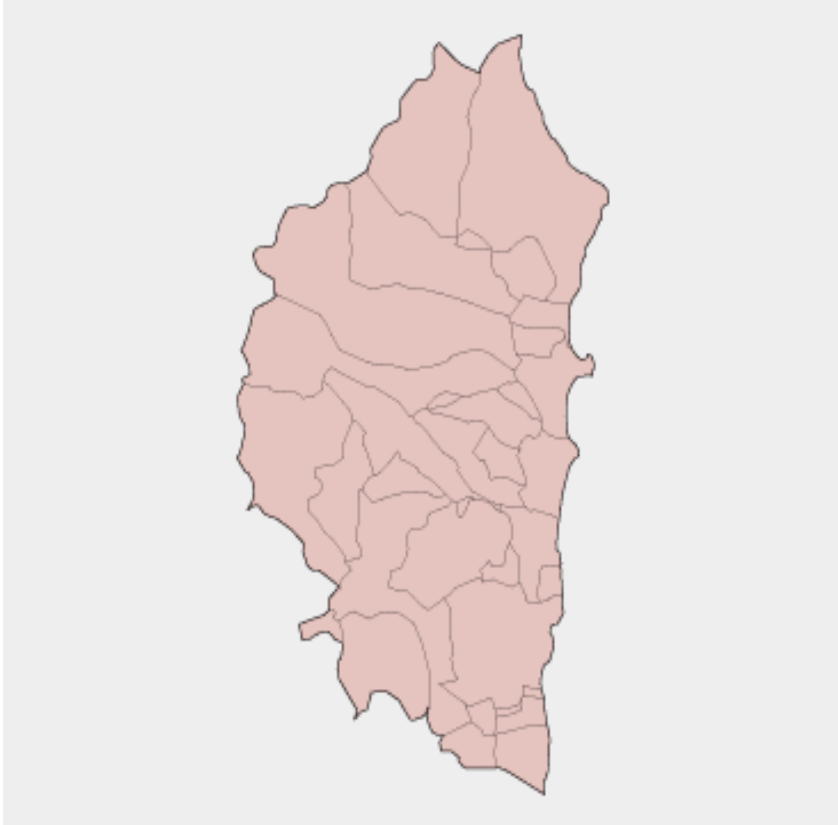
3. Il logo ufficiale è il seguente:



4. Il patrimonio dell'azienda è costituito da tutte le risorse, materiali e immateriali, che concorrono a svolgere le attività aziendali e al perseguimento delle sue finalità istituzionali. In particolare l'Azienda dispone del patrimonio composto da tutti i beni mobili e immobili iscritti nei suoi libri contabili.

Art. 2. Ambito territoriale della Asl di Lanusei

1. La ASL 4 di Lanusei insiste in un territorio composto dai seguenti 23 comuni distribuiti in solo Distretto territoriale: Arzana, Bari Sardo, Baunei, Cardedu, Elini, Gairo, Girasole, Ilbono, Jerzu, Lanusei, Loceri, Lotzorai, Osini, Perdasdefogu, Seui, Talana, Tertenia, Tortolì, Triei, Ulassai, Urzulei, Ussassai, Villagrande Strisaili.



TITOLO 2

PRINCIPI E PRIORITA'

Art. 3 – La Missione

Nel territorio di competenza, la ASL4 garantisce la tutela della salute dei cittadini, in accordo alle disposizioni e ai programmi nazionali e regionali, e secondo gli indirizzi della Conferenza Provinciale di cui all'art. 15 della LR 10, rendendo equamente accessibile ed omogenea l'offerta dei servizi e delle prestazioni di assistenza.

La missione si esplicita nel soddisfare bisogni e aspettative di salute, direttamente o tramite l'acquisto di prestazioni e servizi, assicurando i livelli essenziali di assistenza, erogando le prestazioni integrative stabilite dalla RAS e i servizi socioassistenziali delegati dagli enti locali, con universalità ed equità nell'accesso, appropriatezza e tempestività delle cure, rispetto della dignità umana, e garanzie di sicurezza.

L'azienda promuove la ricerca di nuove modalità di offerta di servizi, coerenti con l'evolversi dei bisogni e della cultura della salute, con il progresso delle conoscenze scientifiche e tecniche in campo medico, e favorisce lo spirito di collaborazione in luogo della mera competizione.

I principi ispiratori dell'azione sono:

- Il concetto del “prendersi cura” del cittadino utente, finalizzato alla tutela globale e alla promozione della salute, in modo articolato e complesso e in tutte le fasi della vita umana.
- Il senso di appartenenza degli operatori, dipendenti e convenzionati, attraverso la formazione continua, la collaborazione professionale, l'integrazione e la partecipazione responsabile.
- Le collaborazioni con i fornitori e con il privato accreditato in vista del miglioramento qualitativo e quantitativo dell'offerta.
- L'attuazione dei percorsi per l'accreditamento secondo quanto stabilito dalla RAS.
- Le integrazioni, le alleanze e le sinergie con le altre aziende sanitarie regionali ed i servizi sociali degli enti locali, nonché con gli altri portatori di interesse, finalizzate alla costruzione di un sistema a rete, e al miglioramento dei servizi e delle prestazioni.
- La partecipazione responsabile dei cittadini-utenti, anche attraverso le loro organizzazioni e associazioni, e la loro attiva e positiva interazione con i professionisti della azienda.
- Il decentramento finalizzato ad accrescere il grado di integrazione e di raccordo dell'intero sistema, e a valorizzare le interdipendenze professionali e operative essenziali ai percorsi sanitari.

- La promozione della salute a monte dei percorsi di cura orientati al recupero della salute lesa, attraverso la ricerca, la realizzazione e attivazione di Percorsi di Orientamento alla Salute.
- la separazione dei ruoli e il coordinamento delle due missioni, di tutela e di produzione/erogazione;
- l'integrazione e la presa in carico;
- il collegamento tra le due dimensioni del governo aziendale, quella clinica e quella economica;

Art. 4 - Tutela e produzione

Nell'ambito di un sistema sanitario, il coordinamento di funzioni di tutela e di produzione, è condizione indispensabile per allocare le risorse secondo i bisogni di assistenza. Ciò implica che prestazioni e servizi, acquistati o prodotti, rispondano a requisiti di qualità e appropriatezza, e derivino da programmi predisposti, o valutati, da soggetti diversi dai produttori, nel rispetto dei vincoli di bilancio, e della compatibilità tra produzione ed erogazione e relativi sistemi di remunerazione.

Tutela e relative funzioni di domanda o committenza, sono attribuite o delegate, di conseguenza, a strutture aziendali diverse da quelle di produzione.

A garanzia del cittadino-utente e del servizio, organizzazione e funzionamento della ASL4 si basano su elementi idonei allo sviluppo di rapporti di interazione e scambio tra soggetti che interpretano i bisogni, traducendoli in domanda di servizi e prestazioni, e soggetti produttori.

Tenendo conto di questi obiettivi, delle risorse disponibili, e dei sistemi di remunerazione, l'azienda motiva i propri operatori e dimensiona l'offerta in base ai bisogni e alle effettive necessità degli utenti; a tale fine, si avvale del sistema budgetario di cui all'art. 28, comma 3, della LR 10, e lo indirizza in modo coerente e compatibile.

Art. 5 – Integrazione e presa in carico

Per la lettera c del 4° comma dell'articolo 9 della LR 10, l'AA garantisce “.. un assetto organizzativo delle ASL che tenga conto del necessario stretto collegamento tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale, nonché della indispensabile integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria, prevedendo in particolare l'articolazione in distretti e la compresenza in esse di uno o più presidi ospedalieri”.

L'integrazione implica che organizzazione e funzionamento siano adeguati alla continuità dei percorsi di assistenza e cura; in questa prospettiva la ASL4 assume la presa in carico come valore strategico, e come obiettivo prioritario da perseguire, a partire dalle disposizioni del presente atto.

La presa in carico è condizione per integrare gli interventi, e per correlare l'insieme dei processi assistenziali necessari; la presa in carico implica la razionalizzazione nella accessibilità ai

servizi, e la realizzazione di percorsi senza soluzione di continuità, in cui gli utenti sono orientati e guidati secondo i propri bisogni assistenziali e lo stato di salute.

La ASL4 promuove e valorizza tutte le soluzioni in grado di assicurare la continuità dei percorsi di cura, e, soprattutto, privilegia, con iniziative e progetti compatibili, la mobilità delle risorse nella rete, piuttosto che la mobilità degli utenti.

Art. 6 - Governo clinico ed economico

Il governo complessivo della azienda implica l'interazione, e relativa compatibilità, tra dimensione clinica e dimensione economica, e si attua perseguendo i Lea in termini qualitativi e quantitativi, nel rispetto dell'equilibrio economico.

Il governo clinico ha come principali obiettivi il miglioramento della pratica clinica e dell'assistenza sanitaria, e la valutazione della qualità di quanto realmente fornito. I suoi elementi sono indicativamente: efficacia e appropriatezza, linee guida, audit clinico, formazione permanente, gestione del rischio, trasparenza, qualità tecnica, qualità percepita, verificabilità dei risultati, integrazione professionale e continuità dei percorsi assistenziali.

Il governo economico ha come presupposti la sostenibilità finanziaria, e l'equilibrio tra valore dei risultati conseguiti e sacrifici sostenuti in termini di risorse utilizzate.

Nella ASL4 governo economico e governo clinico si sviluppano secondo criteri articolati e capillari, elaborati e integrati a livello di direzione generale, e relativo staff, e di tutte le strutture complesse e semplici, con soluzioni basate sulla gestione budgetaria, e sulla responsabilizzazione dei dirigenti e delle risorse umane.

Attraverso l'attribuzione di specifiche responsabilità gestionali alla componente professionale, e la sua partecipazione all'elaborazione delle strategie aziendali tramite il collegio di direzione, la ASL4 promuove soluzioni idonee a garantire, in particolare:

- a. l'appropriatezza clinica ed organizzativa e la qualità tecnica erogata e percepita delle prestazioni fornite;
- b. l'accessibilità ai servizi e la continuità assistenziale.

In relazione al governo economico l'azienda ricerca percorsi rivolti a favorire, garantire e monitorare

- c. l'equilibrio tra finanziamenti assegnati e i LEA;
- d. l'equilibrio tra costi di produzione ed erogazione dei servizi e sistemi di remunerazione.

Art. 7 - Coinvolgimento responsabile

Il coinvolgimento responsabile dei cittadini, degli operatori e degli utenti, dei soggetti accreditati, nelle questioni concernenti la salute, in quanto diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, rappresenta un tema centrale nelle strategie aziendali, e riguarda diversi

aspetti e profili: i principi ispiratori del sistema sanitario, la programmazione dell'assistenza, il monitoraggio dei processi, la verifica sistematica dei servizi offerti e del loro gradimento.

I profili collegati che interessano operatori interni e professionisti convenzionati sono disciplinati nel successivo articolo 11, quelli relativi ai soggetti accreditati sono richiamati nell'articolo 50.

Per quanto riguarda i cittadini e gli utenti, il coinvolgimento comprende soluzioni orientate al feedback, e rivolte a trasformazioni partecipate e condivise dei processi assistenziali, fino a soluzioni di vera e propria garanzia del diritto alla tutela della salute, e delle modalità del suo esercizio.

L'azienda promuove consultazioni con le persone, e con le loro associazioni, e, in particolare, con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, al fine di:

- a. migliorare la qualità percepita,
- b. assicurare controlli di qualità, specie con riferimento ai percorsi di accesso ai servizi;
- c. promuovere la sperimentazione e l'utilizzo di indicatori di qualità condivisi dall'utenza;
- d. sperimentare modalità di raccolta e di analisi dei "segnali di disservizio";
- e. raccogliere indicazioni, rilievi e proposte per il miglioramento dell'offerta.

Per perseguire tali obiettivi, l'azienda garantisce il costante impegno da parte di ogni articolazione aziendale, e l'impiego di strumenti previsti allo scopo, tra questi: la Carta Servizi, l'URP, l'Ufficio di Pubblica Tutela (UPT) di cui all'art. 4 comma 2 lettera a) della LR 10.

Per rafforzare il valore strategico del coinvolgimento responsabile dei cittadini e degli utenti, l'azienda:

- a. valorizza il ruolo di partecipazione nelle funzioni di programmazione e di elaborazione dei PLUS, mediante una continua e puntuale informazione;
- b. attiva un ampio e costante ricorso a forme di coinvolgimento nei processi di valutazione delle attività, con la costituzione di gruppi di lavoro o di tavoli tecnici di consultazione;
- c. valuta, nel rispetto delle leggi, le esperienze nella attivazione di forme di partecipazione degli utenti, quali elementi di preferenza per l'attribuzione di incarichi dirigenziali;
- d. attribuisce alla valorizzazione della partecipazione degli utenti, specifici obiettivi, modulati secondo le caratteristiche del centro di responsabilità coinvolto e del suo ruolo;
- e. promuove iniziative specifiche di formazione e di aggiornamento del personale adibito al contatto con il pubblico, da realizzare anche con il concorso e la collaborazione delle rappresentanze professionali e sindacali;
- f. organizza una Conferenza di consultazione almeno una volta l'anno, come momento di verifica e proposta per i diversi portatori d'interesse del territorio di competenza.

L'azienda, infine, si fa parte diligente affinché il privato accreditato, con cui intrattiene rapporti e convenzioni, promuova forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori, riguardanti l'accessibilità ai servizi e la verifica delle attività svolte.

Art. 8 - Partecipazione degli operatori

Nell'ambito del coinvolgimento responsabile indicato dalla LR 10, la ASL4 promuove e crea le condizioni per una partecipazione ampia e diffusa degli operatori nei processi e nelle decisioni aziendali.

La partecipazione capillare degli operatori è funzionale, non solo al governo clinico, ma anche all'insieme articolato di processi e attività che riguardano l'utenza, e, in senso lato, il funzionamento del sistema e la sua capacità di perseguire gli obiettivi.

Da un punto di vista formale la partecipazione trova espressione in riferimento ai seguenti specifici profili:

- a. Collegio di direzione,
- b. Comitati di dipartimento,
- c. Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali,
- d. Consiglio delle professioni sanitarie.

L'azienda, per conseguire lo scopo, sviluppa, sistemi per favorire la circolazione interna delle informazioni, promuove forme adeguate di coinvolgimento a carattere continuo, oppure, occorrendo, a carattere episodico, e attiva processi di comunicazione interna bidirezionale.

Le informazioni riguardano gli obiettivi e le strategie aziendali, la conoscenza dei piani, delle azioni e delle scelte che hanno rilevanza per il sistema sanitario locale e regionale, e, in genere, per l'ambito di operatività della ASL4.

L'azienda, inoltre, sviluppa all'interno e tra le articolazioni aziendali, reti di comunicazione finalizzate ad accrescere la partecipazione degli operatori, a migliorare la qualità delle prestazioni, e a favorire l'interazione e l'ascolto.

Art. 9 – Logica di Gruppo (corporate governance)

Ai sensi dell'art. 16 della LR 10, la RAS agisce nei confronti delle aziende sanitarie regionali, tramite l'Assessorato all'igiene e sanità e l'Agenzia regionale per la sanità, in logica di gruppo (corporate governance).

La logica di gruppo si manifesta indirizzando le attività, assegnando risorse per il conseguimento di specifici risultati, verificando il raggiungimento degli obiettivi stabiliti, e controllando la gestione delle aziende sanitarie regionali.

La ASL4, nella formulazione della programmazione aziendale, assume come riferimenti gli obiettivi di salute stabiliti nei piani regionali, le strategie, gli indirizzi ed i vincoli definiti dalla RAS; per l'esercizio della funzione di corporate governance, in particolare e per quanto di competenza, partecipa:

- a. ai lavori degli organismi collegiali previsti in ambito regionale negli atti di programmazione e nella vigente normativa;
 - b. alla consultazione periodica delle direzioni generali aziendali, secondo le modalità previste dalla RAS;
-

- c. ad ogni altra iniziativa collegiale o singola, richiesta o indicata dalla RAS per il governo del SSR.

Art. 10 - Valorizzazione della azienda

Per l'art. 9 comma 4, lettera b) della LR 10, la ASL4 è elemento costitutivo e strumento operativo del SSR, nel cui ambito coopera per realizzare gli obiettivi in esso contenuti, e si attiva per valorizzare il proprio ruolo, fornendo risposte e contributi, in relazione ai processi di programmazione sanitaria, alla costruzione e funzionamento della rete regionale dei servizi.

La partecipazione al sistema implica un insieme di doveri verso la RAS e le altre aziende, tra cui:

- a. rendere operativi i processi in risposta ai bisogni di assistenza individuati,
- b. qualificare le proprie strutture, i propri professionisti, i propri processi,
- c. tener conto delle preferenze espresse dai propri cittadini ed utenti.

Le risorse delle aziende sono, allo scopo, considerate funzionali allo sviluppo globale del SSR; così, ad esempio, l'emergenza-urgenza, le funzioni organizzate secondo il modello hub & spoke, i trapianti. Nel contesto, e reciprocamente, le competenze e professionalità di natura sanitaria e non, di cui si avvale la ASL4, sono a disposizione del SSR.

Sempre in un'ottica di gruppo, l'azienda attua le politiche regionali in tema di formazione e aggiornamento del personale, di attività di ricerca e innovazione, di informazione e comunicazione per i cittadini, di facilitazione nell'accesso ai servizi, di individuazione di strumenti e soluzioni per il governo clinico, ecc..

In relazione a quanto sopra, organizzazione e funzionamento della azienda si conformano alle esigenze e necessità conseguenti, e potranno essere oggetto, occorrendo, di modifiche opportune e compatibili, da attuarsi con le modalità previste dalla LR 10.

TITOLO 3

CRITERI DI ORGANIZZAZIONE

Art. 11 - Strutture organizzative

Una struttura organizzativa è una articolazione aziendale in cui sono aggregate competenze professionali e risorse umane, tecnologiche e strutturali, per l'esercizio di definite attività di amministrazione, programmazione, committenza e produzione, collegate a processi sanitari, oppure a questi strumentali o di supporto.

Nella ASL4 le strutture organizzative, o unità operative, si caratterizzano per valenza strategica e per complessità; valenza strategica e complessità sono le caratteristiche che concorrono alla individuazione di posizioni con responsabilità di coordinamento, di organizzazione e di gestione delle professionalità e delle risorse aggregate.

Per la complessità hanno rilievo:

- a. consistenza e qualità delle risorse professionali,
- b. dimensione e sofisticazione del sistema tecnico,
- c. costi di produzione.

Per la valenza strategica hanno rilievo:

- d. interfaccia con istituzioni o organismi esterni,
- e. volume delle risorse,
- f. rilevanza dei problemi,
- g. livello di intersettorialità.

In relazione alla intensità assunta dalla complessità e dalla valenza strategica, ed alla ampiezza degli ambiti di autonomia e responsabilità attribuiti, le strutture possono essere "graduate": quelle semplici, che sono di norma parte di strutture complesse, possono costituire, ad esempio, articolazioni del dipartimento o del distretto; eccezionalmente le strutture semplici possono configurarsi come strutture semplici a valenza dipartimentale, pur non essendo articolazioni del dipartimento.

L'Atto Aziendale definisce le strutture organizzative complesse e quelle semplici distrettuali, dipartimentali o a valenza dipartimentale, mentre rinvia ai regolamenti l'individuazione delle strutture semplici che sono parte delle strutture complesse.

Art. 12 - Processi e strutture

L'azienda individua nei processi di competenza, e nel miglioramento qualitativo degli output di processo, il cardine della propria articolazione organizzativa.

A tal fine, assumendo l'utente finale come punto di partenza, e la risposta ai suoi bisogni di salute quale percorso, si individuano:

- a. la sequenza delle attività necessarie,
- b. i rapporti tra clienti e fornitori interni ed esterni,
- c. le articolazioni organizzative di riferimento per le attività e i rapporti di cui ai punti precedenti,
- d. le matrici delle relazioni tra le articolazioni coinvolte.

Le articolazioni organizzative si giustificano se si correlano ad aggregazioni di attività rivolte al prodotto/servizio e al suo fruitore, mentre i livelli di responsabilità si graduano in rapporto alle fasi di processo presidiate, e alla natura e complessità dei relativi output.

Art. 13 - Strutture complesse

Sono complesse le articolazioni che:

- a. svolgono processi che mobilitano risorse significative, per quantità e qualità, in settori di attività o ambiti riconoscibili, individuati come prioritari dalla programmazione regionale o locale, o che si basano su conoscenze e competenze relative a discipline riconosciute;
- b. esercitano attività rilevanti a supporto della direzione generale, in genere per il conseguimento di obiettivi prioritari connessi con la pianificazione e con lo sviluppo e la crescita aziendale;
- c. coordinano processi professionali ad elevata complessità ed integrazione, anche trasversalmente a diverse strutture dell'azienda.

I responsabili di struttura complessa, pur essendo interdipendenti, mantengono la loro autonomia operativa. Ad essi competono le attività e i processi derivanti dalle specifiche competenze professionali, e la direzione e organizzazione della struttura affidata.

I dirigenti con incarico di direzione di struttura complessa sono responsabili dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse loro attribuite, dei risultati conseguiti, nonché in ambito assistenziale, della appropriatezza degli interventi clinici erogati.

Art. 14 - Strutture semplici

Sono semplici le articolazioni che:

- a. assicurano attività riconducibili a processi o fasi chiaramente individuabili tra quelli della struttura complessa di riferimento;
 - b. si caratterizzano in base ad elementi di significativo valore economico, per le tecnologie e per le risorse umane gestite.
-

Le strutture semplici comportano responsabilità nella gestione di risorse umane, e tecniche necessarie allo svolgimento delle attività di competenza, e si configurano, di norma, come articolazioni di struttura complessa, di dipartimento o distretto.

Le strutture semplici possono essere istituite quando, congiuntamente:

- a. sono presenti gli elementi che le giustificano, tra cui rilevanza dei processi presidiati e di risorse professionali utilizzate, organizzazione autonoma,
- b. le attività richiedono personale dedicato, risorse proprie e gestione separata con relativa responsabilità.

Le strutture semplici si graduano in base alla circostanza che siano articolazioni di livelli organizzativi quali il dipartimento o il distretto, ovvero che siano articolazioni di strutture complesse aggregate al dipartimento o al distretto.

Nel primo caso la struttura semplice è qualificata come dipartimentale o distrettuale, mantiene la sua autonomia organizzativa e operativa nell'ambito della struttura di appartenenza, con, eventualmente, la responsabilità di risorse finanziarie.

I dirigenti con incarico di direzione delle strutture semplici dipartimentali o distrettuali, sono responsabili dell'efficiente ed efficace gestione delle risorse attribuite, dei risultati conseguiti, nonché, in ambito assistenziale, della appropriatezza degli interventi clinici erogati.

Art. 15 - Programmi e Progetti

Per migliorare efficienza ed efficacia delle soluzioni organizzative, oppure per garantire unitarietà ai processi, o per qualificare le risposte assistenziali, l'azienda può individuare competenze e responsabilità trasversali attraverso i Programmi e i Progetti.

Obiettivo del Programma, o del Progetto, è assicurare unitarietà di programmazione, organizzazione e valutazione per processi in aree di particolare complessità, o per percorsi assistenziali, che richiedono il contributo coordinato ed integrato di competenze e professionalità riferibili ad articolazioni organizzative diverse.

Programmi e Progetti integrano e rendono funzionali attività svolte da differenti unità operative, anche a livello interaziendale, e possono essere articolati in sottoprogrammi, o sottoprogetti, in base a specifiche esigenze organizzative ed assistenziali.

La responsabilità del Programma, o del Progetto, è affidata a figure di coordinamento di elevata competenza professionale, che sono valutati in relazione alla qualità tecnica dei risultati conseguiti o fatti conseguire.

La durata dei Programmi e Progetti è limitata nel tempo, in genere più lunga per i primi che non per i secondi; il Programma o il Progetto ha termine una volta raggiunto l'obiettivo, o venute meno le ragioni per le quali è stato attivato.

I singoli Programmi e Progetti confluiscono nella programmazione aziendale di cui all'articolo 57 dell'AA, e non configurano forme di sovraordinazione gerarchica o funzionale.

Art. 16 - Dipartimenti

Per l'articolo 9 comma 4, lettera f della LR 10, "il dipartimento rappresenta il modello ordinario di gestione operativa, a livello aziendale o interaziendale, di tutte le attività delle aziende"; per l'articolo 17, comma 1 della LR 10 è, insieme al distretto, l'elemento cardine dell'organizzazione delle aziende sanitarie.

I dipartimenti svolgono attività finalizzate a garantire l'offerta di assistenza sanitaria, in relazione:

- a. al rilievo nel SSR dei processi di competenza,
- b. al ruolo di tali processi in rapporto alle politiche sanitarie, al PRSS e al PSN,
- c. alla capacità di rispondere alla domanda di salute espressa per il tramite dei distretti, e delle altre strutture che svolgono compiti di committenza.

Il dipartimento è struttura di coordinamento delle strutture aggregate e di direzione delle risorse assegnate, in relazione allo svolgimento di processi complessi, e, più specificamente, di orientamento, consulenza e supervisione, di governo unitario dell'offerta e delle risorse in relazione all'area disciplinare di appartenenza.

Secondo la tipologia, il dipartimento è costituito da articolazioni aziendali che svolgono processi comuni, simili o affini per i profili tecnici e disciplinari; questi processi si caratterizzano per omogeneità, o complementarietà o affinità delle attività, oppure sono rivolti al conseguimento di un comune risultato.

L'AA prevede, oltre ai dipartimenti strutturali di cui all'articolo 9 comma 4 lettera f della LR 10, anche quelli funzionali finalizzati al coordinamento dello sviluppo organizzativo di strutture omologhe o complementari.

A tale fine i dipartimenti funzionali, che non sono dotati di risorse e budget dipartimentale, definiscono percorsi assistenziali, linee guida, protocolli comuni e/o integrati, per garantire la continuità assistenziale, le attività di supporto ai processi sanitari, la razionalizzazione nell'uso delle risorse, e il loro sviluppo.

Art. 17 - Modello dipartimentale

Il modello dipartimentale implica l'esigenza di:

- a. attribuire le risorse al dipartimento piuttosto che alle singole strutture;
 - b. individuare le risorse utilizzate dalle singole strutture (ad esempio: beni strumentali, posti letto, ecc.) solo al fine di stabilire riferimenti per le attività di competenza;
-

- c. attribuire gli organici ai dipartimenti, indicando le risorse umane destinate alle singole strutture;
- d. precisare che le funzioni di responsabilità dei dirigenti delle strutture, sono esercitate secondo le linee guida adottate dal dipartimento, con piena autonomia in relazione alle discipline e specializzazioni coinvolte;

Nel dipartimento le strutture afferenti mantengono la loro autonomia e responsabilità, all'interno di un modello gestionale ed organizzativo comune, volto a fornire risposte unitarie, efficienti e globali alle richieste di prestazioni e servizi di utenti interni o esterni.

Le relazioni interne al dipartimento e quelle tra dipartimento e altre articolazioni aziendali si configurano secondo logiche "negoziali", con la formalizzazione, anche a fini budgetari, degli scambi tra le strutture, e delle loro modalità di svolgimento, qualità, tempi, e valore (prezzi di trasferimento).

All'interno del dipartimento il modello gestionale armonizza la gerarchia organizzativa, e l'autonomia correlata alla specifica disciplina e area di specializzazione delle strutture afferenti; ciò implica l'esigenza di definire sia le relazioni tra strutture, sia i protocolli e le regole procedurali, soprattutto per gli aspetti clinici, didattici, di ricerca, etici, medici, legali, giuridici, economici e finanziari.

Art. 18 - Distretto

L'art. 17 comma 1 della LR 10 stabilisce: "Le ASL assicurano i livelli essenziali di assistenza nel territorio istituendo ed organizzando i distretti e i dipartimenti territoriali i quali operano in maniera integrata con la rete ospedaliera, il dipartimento dell'emergenza-urgenza e con il sistema integrato dei servizi alla persona."

Ai commi 3 e 4 del medesimo articolo sono indicati i criteri e i principi di riferimento per conseguire quanto sopra:

I distretti sociosanitari costituiscono l'articolazione territoriale dell'ASL e il luogo proprio dell'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale; essi sono dotati di autonomia tecnico-gestionale, nell'ambito degli obiettivi posti dall'atto aziendale, economico-finanziaria, nell'ambito delle risorse assegnate e di contabilità separata all'interno del bilancio aziendale. In sede di verifica del raggiungimento degli obiettivi dell'attività dei direttori generali delle ASL, definiti ai sensi dell'articolo 16, la Giunta regionale assegna specifico rilievo alla funzionalità operativa dei distretti.

I distretti concorrono a realizzare la collaborazione tra l'ASL ed i comuni e a favorire l'attuazione dei principi di cui all'articolo 1.

L'assistenza territoriale in base alla LR 10 presuppone non solo una articolazione strumentale specifica, il distretto, ma anche funzioni qualificate, e qualificanti, tra cui l'integrazione sociosanitaria, e l'interazione tra l'azienda e i Comuni.

L'art. 17 comma 5 della LR 10 individua funzioni specifiche e caratterizzanti; il distretto deve, assicurare, infatti:

- a) il governo unitario globale della domanda di salute espressa dalla comunità locale;
- b) la presa in carico del bisogno del cittadino, individuando i livelli appropriati di erogazione dei servizi;
- c) la gestione integrata, sanitaria e sociale, dei servizi, anche collaborando alla predisposizione e realizzazione del PLUS;
- d) l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai servizi direttamente gestiti, per le competenze loro attribuite dalla programmazione regionale e locale;
- e) la promozione, anche in collaborazione con il dipartimento di prevenzione, di iniziative di educazione sanitaria nonché di informazione agli utenti;
- f) la fruizione, attraverso i punti unici di accesso, dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari, assicurando l'integrazione con i servizi sociali e con i servizi ospedalieri;
- g) l'attuazione dei protocolli diagnostico terapeutici e riabilitativi adottati dall'azienda.

Per caratterizzare il distretto come articolazione organizzativa, sono necessarie alcune precisazioni, infatti, le espressioni distrettuale e distretto possono essere riferite alla assistenza territoriale, o alla struttura organizzativa di riferimento. Ciò si evince fin dalle prime frasi con cui il PRSS apre il capitolo intestato "Distretto":

L'assistenza sanitaria distrettuale comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale.

Il Distretto, dotato di autonomia tecnico gestionale ed economico-finanziaria nonché di adeguate risorse, è luogo di elezione per garantire l'integrazione sociosanitaria con particolare riferimento alle aree materno-infantile, disabilità, anziani, dipendenze, salute mentale, delle persone con HIV, con patologie cronico-degenerative e con patologie oncologiche.

Con riferimento ai compiti e alle attività del distretto il PRSS individua:

- il perseguimento degli obiettivi di salute così come definiti nei Plus,
- il governo del rapporto tra domanda e offerta di servizi sanitari e sociali,

- la garanzia e la tutela del cittadino, anche per il tramite dei PASS di cui all'art. 4 della LR 10, per quanto concerne l'informazione, l'orientamento, l'accesso ai servizi, la valutazione del bisogno, e la personalizzazione dell'assistenza,
- la promozione del coinvolgimento dei cittadini, e delle organizzazioni che li rappresentano, nelle problematiche di salute.

Correlando le indicazioni della LR 10 con quelle del PRSS, e tenendo conto delle dimensioni aziendali e del contesto, si evincono due differenti momenti organizzativi: uno implica strategie e indirizzi unitari, l'altro richiede un sistema articolato su base territoriale.

L'azienda necessita di strategie e indirizzi unitari con riferimento al governo della domanda e dell'offerta di servizi e di prestazioni, e di un sistema articolato capace di dare risposte a bisogni puntuali dei cittadini, o a tipologie di bisogni, piuttosto che a bisogni generici.

Il momento unitario e quello articolato rappresentano gli estremi di un continuum dove, in posizione centrale, le due prospettive si correlano e interagiscono in modo da assicurare risposte coerenti con quanto stabilito dalla LR 10 e dal PRSS, e con le esigenze di un sistema di assistenza, imperniato sulla presa in carico globale del paziente.

Si prefigurano, in sostanza, due dimensioni organizzative intersecate a matrice: verticale, a presidio dei risultati e dei processi di servizio e fra servizi; orizzontale, a presidio della qualità assistenziale e professionale delle articolazioni operative.

In questo modello gli eventuali squilibri sono corretti e armonizzati attraverso funzioni di raccordo, basate sull'analisi dei fenomeni e sulla valutazione dei risultati.

L'ambito di operatività e la dimensione organizzativa della assistenza territoriale, si adeguano alle specifiche esigenze, con garanzia di risposte omogenee su tutto il territorio della azienda, ed evitando improprie frammentazioni nella distribuzione delle attività e dei processi.

Art. 19 - Contesto organizzativo del distretto

Il contesto organizzativo in cui si esplica l'assistenza territoriale individua la presenza di strutture di produzione e di strutture di committenza, in alcuni casi di strutture che svolgono entrambe le funzioni; queste strutture rappresentano articolazioni dell'area distrettuale della azienda, oppure strutture di altre macroaree, o di soggetti terzi.

Tra le strutture di produzione dell'area territoriale si distinguono quelle che hanno una precisa identità, accompagnata da autonomia tecnica e gestionale, e sono coordinate da un proprio responsabile; queste strutture hanno, di norma, elevati livelli di specializzazione, e sviluppano relazioni negoziali con le altre strutture, piuttosto che gerarchiche.

I distretti, come articolazioni organizzative, si relazionano con queste strutture (come il DSMD e il Servizio Farmaceutico, ecc), secondo logiche orizzontali, funzionali e negoziali, e quantificano

i servizi, le prestazioni e relative modalità, che dovranno essere acquistate ed erogate agli utenti.

In questa dimensione è opportuno precisare che le strutture con autonomia tecnica e gestionale, costituiscono articolazioni della macroarea territoriale-distrettuale, non del distretto inteso come struttura complessa; le stesse strutture si organizzano e cooperano, tuttavia, in funzione dei bisogni e della domanda espressa dal distretto, e in base ai suoi contenuti economici.

In ambito territoriale altre strutture di produzione presentano, invece, minore autonomia tecnica e gestionale, anche perchè è difficile distinguere i compiti veri e propri di produzione da quelli necessari alla qualificazione e quantificazione dei bisogni.

Queste aree di produzione si configurano in funzioni proprie e caratteristiche del distretto come struttura, e comprendono:

- a. Cure primarie;
- b. Medicina generale,
- c. Pediatria di libera scelta,
- d. Continuità assistenziale,
- e. Prestazioni integrative e protesiche,
- f. Specialistica ambulatoriale;
- g. Disabili e soggetti fragili.

Art. 20 - Presidio ospedaliero

Il presidio ospedaliero è la struttura mediante la quale l'azienda assicura l'assistenza ospedaliera, l'assistenza specialistica ambulatoriale, e il pronto soccorso; garantisce, inoltre, l'accesso ai ricoveri ospedalieri, nei casi in cui non è appropriato intervenire in ambito ambulatoriale e/o domiciliare, e deve essere attivato il ricovero.

Le attività connesse al presidio ospedaliero sono svolte attraverso unità operative di diagnosi, riabilitazione e cura, corrispondenti a quanto individuato nel PRSS.

Il presidio ospedaliero è dotato di autonomia economico finanziaria e gestionale, mediante l'attribuzione di uno specifico budget, che è determinato tenendo conto dell'attività svolta. Il presidio ospedaliero ha evidenze contabili separate nell'ambito del sistema budgetario aziendale.

Il presidio ospedaliero è affidato alla responsabilità di una direzione sanitaria di presidio, configurata in struttura complessa, con i compiti descritti al successivo articolo 45.

TITOLO 4

PRINCIPI E CRITERI PER LA DEFINIZIONE DELL'ORGANIZZAZIONE

Art. 21 – Organi della ASL

21.1 - Il Direttore Generale

Il Direttore Generale ai sensi dell'art. 3 del D.Lgs, n.502/92 e s,m,i. è l'organo al quale sono riservati i poteri di rappresentanza della ASL e la responsabilità della gestione complessiva dell'Azienda. Il Direttore Generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Consiglio dei Sanitari. Si avvale altresì del Collegio di Direzione e delle strutture collocate in staff alla Direzione generale. Esercita ed è responsabile delle funzioni di programmazione, indirizzo e controllo di valenza aziendale, adottando gli atti corrispondenti, nonché ogni altro atto che possa considerarsi di "alta amministrazione" o di "governo" dell'Azienda. In particolare provvede:

- a. alla definizione delle strategie e dei programmi da attuare in relazione agli obiettivi fissati dalla Regione Sardegna ed alla missione aziendale, anche negoziando intese di programma con Enti terzi. Per tali attività è coadiuvato dal Collegio di Direzione; • all'adozione di atti a contenuto regolamentare e a valenza generale;
- b. ad assumere le decisioni di alta organizzazione, compresa l'adozione dell'atto aziendale ed i suoi aggiornamenti;
- c. all'istituzione, modifica o disattivazione delle Strutture Dipartimentali e delle Strutture Complesse, in coerenza con quanto previsto dal PSR o dalle altre disposizioni regionali in materia;
- d. all'adozione di tutti gli atti deliberativi relativi al piano pluriennale di attività e di quelli relativi alla programmazione finanziaria e di bilancio, alla definizione di programmi e direttive generali per la gestione amministrativa e per l'acquisizione di beni e servizi;
- e. alla nomina e alla revoca del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario aziendali;
- f. alla nomina e alla revoca dei Direttori di Dipartimento;
- g. all'affidamento e alla revoca degli incarichi dirigenziali;
- h. all'assegnazione alle strutture delle risorse umane, strumentali ed economico-finanziarie finalizzate,
- i. all'attuazione dei programmi aziendali, nonché all'assegnazione degli obiettivi ai Responsabili delle stesse;

- j. alla verifica dei risultati di gestione, del raggiungimento degli obiettivi assegnati anche ai fini della retribuzione di risultato, con il supporto dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- k. alla verifica dell'attività professionale e dell'idoneità all'attribuzione di incarichi, avvalendosi del Collegio Tecnico;
- l. agli indirizzi, valutazioni strategiche e decisioni inerenti questioni rilevanti in materia di gestione del patrimonio, ed in particolare di acquisizione, trasformazione ed alienazione di beni immobili, nonché di accettazione di eredità, legati e donazioni;
- m. all'adozione degli atti di programmazione riguardanti la dotazione organica;
- n. alla definizione delle politiche e dei criteri inerenti alla gestione del personale e all'assunzione di atti di indirizzo inerenti alla formazione professionale e manageriale;
- o. alla definizione di politiche in tema di relazioni sindacali, nei diversi tavoli di trattativa e alla stipula dei contratti integrativi aziendali;
- p. all'affidamento di specifici incarichi di consulenza, limitatamente alle situazioni in cui le competenze disponibili in Azienda non siano ritenute idonee agli scopi perseguiti;
- q. all'adozione degli atti formali di tutela in sede giudiziale e di ogni decisione in merito alla promozione e resistenza alle liti, nonché conseguenti al potere di conciliare e transigere in sede giudiziale e stragiudiziale ogni tipo di controversia.

In caso di assenza, legittimo impedimento o vacanza dall'ufficio del Direttore Generale, le relative funzioni sono svolte dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario su delega del Direttore Generale medesimo. In mancanza di delega espressa, le relative funzioni sono svolte dal Direttore più anziano di età.

Il Direttore Generale esercita le proprie funzioni direttamente, ovvero, delegandole ai Direttori Amministrativo e Sanitario ed alle figure dirigenziali incaricate della responsabilità di strutture mediante la formalizzazione di apposito provvedimento di delega.

Gli atti di gestione, sia del Direttore Generale sia della dirigenza aziendale, sono atti di diritto privato, retti dal principio di libertà nei limiti previsti dal Codice Civile e dalle leggi speciali e nel rispetto dei principi di legalità, imparzialità, buon andamento, semplificazione e trasparenza di cui alla L. n. 241/90 e s.m.i.

Il Direttore Generale nomina, in rapporto fiduciario, il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo secondo le modalità previste dalla normativa vigente.

21.2 - Il Collegio sindacale

In base all'art. 11 della legge regionale n.10 del 28 luglio 2006, il collegio sindacale ha compiti di vigilanza sulla regolarità amministrativa e contabile delle ASL. Le sue attribuzioni e la sua composizione sono disciplinati dal comma 13 dell'articolo 3 e dall'articolo 3 ter del decreto legislativo n. 502 del 1992, e successive modifiche e integrazioni. Le modalità di funzionamento

del collegio sindacale sono specificate dall'atto aziendale, sulla base degli indirizzi di cui al comma 3 dell'articolo 9 della L.R. 10.

Il collegio sindacale dura in carica tre anni ed è composto da cinque membri, di cui due designati dalla Regione, uno designato dal Ministro dell'economia e delle finanze, uno dal Ministro della salute e uno designato dalla Conferenza.

Ai componenti del collegio sindacale si applicano le medesime cause di incompatibilità previste per i direttori generali. Sono inoltre incompatibili coloro che ricoprono l'ufficio di direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo delle aziende sanitarie, nonché coloro che hanno ascendenti o discendenti, ovvero parenti o affini sino al quarto grado che nell'azienda sanitaria locale ricoprono l'ufficio di direttore generale, direttore sanitario, direttore amministrativo, oppure svolgano funzioni dirigenziali nell'istituto di credito tesoriere dell'azienda medesima.

Di seguito le modalità di funzionamento del collegio sindacale:

- a. elezione del presidente del collegio: nella prima seduta il collegio sindacale procede all'elezione tra i propri componenti del presidente, che provvede alle successive convocazioni. Nel caso di cessazione del presidente dalle proprie funzioni, le convocazioni sono effettuate dal membro più anziano di età
- b. fino alla nomina del nuovo presidente;
- a. cessazione dall'incarico dei componenti il collegio: i singoli componenti del collegio sindacale
- c. cessano dall'incarico per decorrenza dei termini, per dimissioni e per decadenza dichiarata dal
- d. direttore generale, a causa del sopravvenire di alcuna delle condizioni ostative o delle situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente, ovvero della mancata partecipazione, senza
- e. giustificato motivo, ad almeno tre sedute del collegio o dell'assenza, ancorché giustificata, protratta per oltre sei mesi. In tali casi, il direttore generale procede alla sostituzione del componente del collegio sindacale cessato dall'incarico, previa acquisizione della designazione da parte dell'organo competente. Qualora si verifichi la mancanza di due o più componenti, il direttore generale procede alla ricostituzione dell'intero collegio;
- a. adunanze del collegio: le adunanze del collegio sono valide quando è presente la maggioranza dei componenti;
- b. verbalizzazione delle attività del collegio: il collegio tiene un libro delle adunanze e delle deliberazioni in cui verbalizza lo svolgimento di ogni seduta, annotando i controlli eseguiti e registrando i risultati delle verifiche e degli accertamenti compiuti. I verbali di ogni seduta sono sottoscritti dai componenti del collegio presenti e sono conservati negli atti del medesimo senza obbligo di trasmissione alla Regione;

- c. poteri di controllo: i componenti del collegio sindacale possono procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e controllo i cui risultati devono essere comunque sottoposti all'organo collegiale per l'assunzione delle conseguenti determinazioni;
- d. controlli a campione: nell'ambito delle proprie funzioni di controllo sugli atti dell'azienda sanitaria, il collegio può eseguire controlli a campione. A tale fine definisce, preventivamente e periodicamente, dandone atto nel libro delle adunanze, i criteri di campionamento che intende adottare, definiti su base oggettiva e casuale; il collegio deve indicare le indagini a campione eseguite, i criteri applicati e i risultati conseguiti anche nella relazione trimestrale;
- e. invio atti al collegio: tutti gli atti adottati dal direttore generale o su delega del medesimo, ad
- f. eccezione di quelli conseguenti ad atti già esecutivi, sono trasmessi al collegio sindacale entro dieci giorni dalla loro adozione;
- a. esame degli atti: il collegio, entro il termine perentorio di quindici giorni dal ricevimento, formula e trasmette gli eventuali rilievi sull'atto ricevuto; se il direttore ritiene di adeguarsi ai rilievi trasmessi, entro il termine di dieci giorni, adotta i provvedimenti conseguenti, dandone immediata notizia al collegio medesimo; in caso contrario è tenuto comunque a motivare le proprie valutazioni e a comunicarle al collegio;
- b. esame del bilancio di esercizio: il collegio, entro il termine perentorio di quindici giorni dal ricevimento della deliberazione di approvazione del progetto di bilancio, redige la relazione sul bilancio;
- c. certificazioni relative agli adempimenti previsti a carico della direzione aziendale: il collegio dispone le certificazioni sulla correttezza degli atti predisposti dalla direzione aziendale relativamente agli adempimenti richiesti dalla vigente normativa, ivi comprese le Intese tra lo Stato e le Regioni, con particolare riferimento agli atti relativi al personale.

Art. 22 – Direzione Aziendale

22.1 - La Direzione Generale

Unitamente al Direttore Generale, fanno parte della Direzione Aziendale, il Direttore sanitario ed il Direttore Amministrativo che concorrono al governo strategico dell'Azienda coadiuvando il Direttore Generale nell'attività di pianificazione e controllo strategico e nell'esercizio di tutti i poteri di indirizzo ad esso spettanti. Il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, ciascuno per quanto di loro competenza, su indicazione del Direttore Generale, possono, in via straordinaria e temporanea, assumere o avocare la direzione delle strutture aziendali e, in qualsiasi fase del procedimento, la trattazione diretta di affari che rivestono particolare rilevanza, adottando correlativamente tutti gli atti necessari. In caso di assenza o impedimento del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, le loro funzioni possono essere svolte, in

via temporanea, rispettivamente da un dirigente sanitario e da un dirigente amministrativo, nominati dal Direttore Generale su proposta del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo.

22.2 - Il Direttore sanitario

Il Direttore Sanitario è nominato dal Direttore Generale. Assume, ai sensi delle previsioni di cui all'art. 3 del D.Lgs. 502/92 s.m.i., la diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza concorrendo, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale. In particolare:

- a. concorre al governo aziendale e partecipa ai processi di pianificazione strategica e di pianificazione annuale;
- b. concorre, con il Direttore Amministrativo, all'elaborazione della pianificazione attuativa locale in aderenza agli indirizzi espressi dal Direttore Generale;
- c. formula proposte al Direttore Generale, per le parti di competenza, anche ai fini della elaborazione dei piani pluriennali, dei programmi annuali e dei piani di attività, nonché per la nomina dei responsabili delle strutture organizzative di valenza sanitaria;
- d. indirizza le strutture sanitarie dell'Azienda, in conformità alle linee generali di programmazione ed alle disposizioni del Direttore Generale, al fine di garantire efficacia organizzativa ed igienico sanitaria e ottenere il miglior impiego delle competenze tecnico-professionali e gestionali presenti ai vari livelli dirigenziali;
- e. cura l'organizzazione ed assicura il monitoraggio e la verifica del volume e della qualità dell'attività assistenziale, sempre nell'ambito degli indirizzi strategici generali, avvalendosi delle indicazioni dei Direttori/Responsabili di distretto e delle proposte elaborate dal Collegio di Direzione;
- f. promuove l'accesso tempestivo ed appropriato ai servizi e favorisce la continuità dell'assistenza, integrando i percorsi clinico - assistenziali tra l'area territoriale e quella ospedaliera;
- g. propone, avvalendosi del supporto delle Unità di staff della Direzione Aziendale, un piano annuale del governo clinico che evidenzia gli interventi prioritari finalizzati ad assicurare la qualità clinica delle prestazioni erogate nonché il loro costante miglioramento;
- h. presiede il Consiglio dei Sanitari;
- i. svolge ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla
 - b. legislazione vigente, dal presente atto, dai regolamenti aziendali attuativi, ovvero delegatagli dal
 - c. Direttore Generale.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Sanitario, le sue funzioni sono svolte temporaneamente da un Direttore di Distretto, Presidio Ospedaliero o di Dipartimento o da altro

Dirigente nominato dal Direttore Generale su proposta del Direttore Sanitario stesso. L'esercizio di tali funzioni di supplenza riveste carattere aggiuntivo e non esclusivo.

22.3 - Il Direttore amministrativo

Il Direttore Amministrativo è nominato dal Direttore Generale, lo coadiuva indirizzando le strutture tecnico-amministrative dell'Azienda, in conformità alle linee generali di programmazione ed alle disposizioni del Direttore Generale, al fine di garantire efficacia organizzativa e ottenere il miglior impiego delle competenze tecnico-professionali e gestionali presenti ai vari livelli dirigenziali. Inoltre:

- a. concorre al governo aziendale e partecipa ai processi di pianificazione strategica e di pianificazione annuale;
- b. coadiuva il Direttore Generale nella definizione e direzione del sistema di governo economico finanziario aziendale, garantendo l'efficace ed efficiente espletamento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo e logistico;
- a. assicura il funzionamento dei servizi amministrativi dell'Azienda in conformità agli indirizzi generali di programmazione e alle disposizioni del Direttore Generale;
- c. definisce gli orientamenti operativi delle strutture assegnate al governo economico-finanziario aziendale;
- a. stimola lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presiedono al sistema informatico di supporto alle attività direzionali proprie dei diversi livelli di governo aziendale;
- b. promuove programmi specifici per la formazione del personale amministrativo.

In caso di assenza o impedimento del Direttore Amministrativo le sue funzioni sono svolte temporaneamente da un Dirigente nominato dal Direttore Generale su proposta del Direttore Amministrativo stesso. L'esercizio di tali funzioni di supplenza riveste carattere aggiuntivo e non esclusivo.

Art. 23 –Organismi collegiali

23.1 - Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione è istituito per l'esercizio dei compiti e delle funzioni di cui all'art. 17 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. Il Collegio di Direzione si riunisce almeno una volta al trimestre ed è composto dai seguenti dirigenti:

- a. i direttori sanitario e amministrativo aziendali;
 - b. il/i direttore/i dei distretti;
 - c. il/i direttore/i di presidio ospedaliero;
 - d. i direttori dei dipartimenti;
 - e. il direttore del servizio di assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni tecnico-sanitarie;
 - f. il direttore dei servizi socio-sanitari;
-

- b. il coordinatore dello staff della direzione generale, nei casi in cui non sia previsto l'apposito dipartimento;
- c. il direttore della struttura complessa relativa all'assistenza farmaceutica, se non previsto un dipartimento farmaceutico;
- d. un medico convenzionato, scelto dal direttore generale tra i componenti degli uffici di coordinamento delle attività distrettuali.

Possono essere chiamati a partecipare alle sedute del collegio di direzione, in relazione a specifiche tematiche: i dirigenti facenti parte dello staff della direzione generale; i direttori delle strutture complesse e semplici dipartimentali.

Il Collegio di Direzione è presieduto dal direttore generale salvo delega ad uno dei direttori per la trattazione di temi rientranti nella loro specifica competenza.

23.2 - Il Consiglio delle professioni sanitarie

Secondo l'art. 19 della legge 10 del 28/07/2012 il Consiglio delle professioni sanitarie è organismo consultivo-elettivo delle ASL, delle aziende ospedaliere e delle aziende ospedaliero-universitarie. Esso esprime pareri e formula proposte nelle materie per le quali l'atto aziendale lo preveda. Il Consiglio delle professioni sanitarie esprime il parere obbligatorio in particolare sulle attività di assistenza sanitaria e gli investimenti ad esse attinenti, sulla relazione sanitaria aziendale e sui programmi annuali e pluriennali delle aziende. Il parere è espresso entro il termine di quindici giorni dal ricevimento degli atti trascorso inutilmente il quale si intende acquisito come positivo. Il direttore generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità al parere espresso dal Consiglio delle professioni sanitarie. Il Consiglio delle professioni sanitarie dura in carica tre anni ed il funzionamento ed i compiti sono disciplinati da normativa specifica alla quale si rimanda.

23.3 - I Comitati di dipartimento

I direttori dei dipartimenti si avvalgono di un comitato composto:

- a. dai direttori delle strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale che lo compongono;
- b. dal responsabile del personale sanitario non medico, ove previsto;
- c. da uno a tre rappresentanti del personale medico/veterinario;
- d. da un rappresentante del personale dirigente sanitario laureato non medico/veterinario, ove presente;
- e. da un rappresentante del restante personale sanitario.

Le modalità di funzionamento del comitato di dipartimento sono definite mediante apposito regolamento che deve prevedere:

- b. la possibilità di partecipazione alle sedute del comitato del personale del dipartimento stesso e di dirigenti della ASL, nei casi in cui tale partecipazione sia ritenuta utile per la trattazione degli argomenti all'ordine del giorno;
- a. la possibilità di prevedere forme di collegamento con gli altri dipartimenti aziendali e con gli omologhi dipartimenti di altre ASL e di altre aziende sanitarie regionali presenti nel proprio territorio.

23.4 - L'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali

L'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali contribuisce mediate proposte e pareri alla realizzazione degli obiettivi del distretto, nella dimensione sanitaria e socio-sanitaria.

L'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali è presieduto dal direttore del distretto e composto dalle seguenti figure professionali:

- a. un medico di medicina generale, un pediatra di libera scelta, uno specialista ambulatoriale
- b. convenzionato interno con particolari e certificate attitudini e competenze organizzative con funzioni, individuati dal direttore generale, su una rosa di nomi proposta dal direttore del distretto, tra i medici di medicina generale, gli specialisti pediatri e gli specialisti ambulatoriali interni operanti nel distretto;
- c. gli eventuali coordinatori delle attività di assistenza infermieristica, di assistenza riabilitativa e delle attività socio-sanitarie del distretto;
- d. i responsabili delle strutture operanti a livello di distretto;
- e. il referente delle funzioni amministrative distrettuali.

Possono partecipare all'ufficio di coordinamento:

- a. il direttore del dipartimento dei distretti, se previsto, o, in sua assenza, il direttore sanitario aziendale;
- b. il direttore aziendale dei servizi socio-sanitari.

L'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali è integrato, per quanto previsto dai contratti collettivi nazionali della medicina generale e pediatria di libera scelta, dai componenti elettivi individuati nell'ambito delle rispettive categorie professionali, con elezioni indette dal direttore generale dell'azienda.

art. 24 –Altri organismi

24.1 - La Conferenza Provinciale Sanitaria e Sociosanitaria

La Conferenza Provinciale Sanitaria e Sociosanitaria è un organismo con funzioni consultive, propositive e valutative sulla programmazione aziendale nei limiti e secondo le modalità disciplinate dalla normativa regionale. In particolare contribuisce, nell'ambito della programmazione regionale, alla definizione delle linee di indirizzo per l'impostazione programmatica delle attività e verifica l'andamento generale delle attività medesime. I sindaci dei Comuni ricompresi nell'ambito delle aree distrettuali previste dal presente atto provvedono,

inoltre, ai sensi dell'art. 3-quater del D, Lgv, n. 502/92 e s.m.i., a rilasciare parere in ordine alla programmazione delle attività distrettuali medesime con particolare enfasi sulle funzioni di contenuto sociosanitario.

24.2 - L'Organismo indipendente di valutazione (OIV)

Secondo quanto stabilito dal Decreto Legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 "Attuazione della legge 4 marzo 2009, n. 15, in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni", all'art. 14: ogni amministrazione, singolarmente o in forma associata, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, si dota di un Organismo indipendente di valutazione della performance. L'Organismo indipendente di valutazione è nominato dal Direttore Generale con specifico atto. Le attività di competenza nonché la metodologia di funzionamento sono oggetto di apposito regolamento attuativo interno alla quale si rimanda.

24.3 - Il Comitato etico

Il Comitato Etico costituisce lo strumento per proteggere e promuovere i valori della persona umana attraverso una funzione consultiva in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali in tutti i settori in cui opera l'Azienda. L'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento del Comitato Etico rispondono a criteri di indipendenza. Il Comitato svolge le seguenti funzioni prioritarie:

- a. Valuta ed esprime pareri sui protocolli di sperimentazione clinica e farmacologica con farmaci, tessuti ed ogni altro materiale biologico ammesso, dispositivi medici e sui protocolli finalizzati allo studio della qualità di vita o di pratiche specifiche;
- b. Valuta ed esprime parere sugli studi di bioequivalenza e di biodisponibilità consentiti e sugli studi osservazionali ed epidemiologici ed inoltre, su ogni altro studio che richieda l'espressione di consenso informato da parte dei soggetti coinvolti, da svolgere nell'ambito di competenza;
- c. Valuta ed autorizza le strutture private ad effettuare sperimentazioni cliniche;
- d. Valuta ed autorizza le sperimentazioni cliniche da effettuare da parte dei Medici di Medicina Generale e dei pediatri di libera scelta;
- e. Può proporre iniziative di formazione ed aggiornamento di operatori sanitari relativamente a temi di bioetica, ricerca e sperimentazione clinica e promuovere iniziative di sensibilizzazione su tematiche in materia bioetica rivolte ai cittadini.

Il Comitato Etico si avvale di una Segreteria di carattere scientifico ed amministrativo. Il Comitato Etico Aziendale pur nell'autonomia e indipendenza proprie della sua natura, in conformità alla logica di unitarietà e integrazione del Servizio Sanitario Regionale, tiene conto nelle proprie valutazioni, dai giudizi espressi da eventuali Comitati Etici a livello regionale, e degli indirizzi del Comitato Nazionale Bioetica.

TITOLO 5

CONFIGURAZIONE ORGANIZZATIVA

Art. 25 – art. Generalità

La configurazione organizzativa, qui definita, concorre a razionalizzare attività e processi, in un'ottica di unitarietà di governo, di integrazione, e di presidio di volumi di produzione, attuali e prevedibili, evitandone, in particolare, la frammentazione.

Le articolazioni si basano su adeguati volumi di attività, e sono riferite a discipline e competenze rilevanti nella programmazione sanitaria, oppure correlate a servizi e prestazioni indispensabili per assicurare le condizioni minime di tutela e i LEA, oppure collegate agli obiettivi del PRSS. Per le strutture di degenza si ha riguardo, inoltre, ai posti letto, ai tassi di occupazione, e, eventualmente, alla mobilità passiva.

Nell'ambito della propria autonomia organizzativa, e nel rispetto di criteri, vincoli e prescrizioni della RAS, l'azienda configura i dipartimenti sulla base di percorsi logici che tengono conto dei richiami di cui alle lettere g, h, i del comma 4 dell'articolo 9 della LR 10:

l'individuazione dei servizi e delle strutture che devono essere aggregati in dipartimenti, nonché i motivi che giustificano la costituzione dei dipartimenti stessi, tenuto conto, a tal fine, delle dimensioni demografiche, territoriali ed economiche dell'azienda e in funzione degli obiettivi e delle strategie aziendali;

le condizioni che giustificano l'accorpamento, in capo ad un'unica figura, di più funzioni o l'individuazione di ulteriori responsabilità limitatamente ai servizi di nuova istituzione;

la valorizzazione della funzione di governo delle attività cliniche o governo clinico, comprensiva della collaborazione multiprofessionale e della responsabilizzazione e partecipazione degli operatori, in particolare in relazione ai principi di efficacia, appropriatezza ed efficienza.

I dipartimenti nella ASL4 sono individuati in coerenza, e sono funzionali ai bisogni assistenziali; per il soddisfacimento di tali bisogni sono correlati, inoltre, ad obiettivi, che sono motivo per la loro istituzione, quali: il miglioramento di processi, risultati, e relazioni all'interno e tra le strutture, e la razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse.

Art. 26 – Macroaree

Correlando processi, attività e fasi, e articolazioni organizzative al loro presidio, le strutture aziendali di cui al Titolo 3 sono riconducibili ad una delle macroaree di seguito descritte; se le attività di competenza interessano più macroaree, il riferimento è dato dalle attività prevalenti.

Le macroaree si individuano in rapporto alle forme e modalità di erogazione dell'assistenza, alla tipologia dei processi produttivi ed alle attività gestionali necessarie per assicurare i livelli di assistenza e i compiti connessi alla missione aziendale.

Tenuto conto delle indicazioni del d.lgs. 502/1992, dei Lea, della LR 10 e del PRSS, processi e attività della azienda si raggruppano e organizzano all'interno di articolazioni comprese nelle seguenti macroaree:

Rif.	Macroaree
A	Organi aziendali e direzione
B	Direzione aziendale e staff
C	Area delle attività amministrative e di supporto
D	Area della prevenzione
E	Area territoriale (Distretto – DSM)
F	Area ospedaliera
G	Organismi collegiali
H	Valutazione delle risorse umane
I	Acquisti di beni e servizi
L	Contabilità

territoriale-distrettuale, preposta all'organizzazione, produzione ed erogazione di prestazioni di assistenza a livello extraospedaliero;

ospedaliera, preposta all'organizzazione, produzione ed erogazione di prestazioni di assistenza a livello ospedaliero, e pronto soccorso;

prevenzione, preposta agli interventi per la tutela e per la prevenzione della salute individuale o collettiva;

tecnica, amministrativa, logistica e di supporto, preposta all'organizzazione e all'espletamento di attività dirette al funzionamento dell'azienda, strumentali ed accessorie a quelle sanitarie, al controllo, nonché alla fornitura e mantenimento delle risorse necessarie alle diverse attività.

La direzione generale, come insieme di risorse umane e strumentali con cui l'azienda persegue le proprie finalità e dirige le attività, si configura anch'essa come macroarea.

La configurazione organizzativa con i dipartimenti, i distretti, i presidi soggetti a rendicontazione analitica e dotati di autonomia gestionale o tecnico-professionale, e le strutture complesse e semplici, dipartimentali o distrettuali, con cui la ASL4 persegue i propri obiettivi, è descritta in relazione a queste macroaree; le altre strutture semplici sono indicate nei regolamenti attuativi.

Le macroaree, con le attività e i processi di competenza, rappresentano i riferimenti per gli assetti organizzativi, per il governo e il funzionamento della azienda, per le prestazioni da produrre ed erogare, per quelle da acquistare, per il controllo della loro qualità e appropriatezza, e per i budget.

Come indicato dalla RAS la determinazione delle dotazioni organiche è rinviata ad atti separati, coordinati con appositi indirizzi regionali. La configurazione organizzativa dell'azienda non può, tuttavia, prescindere dagli adeguamenti delle dotazioni organiche, previsti e prevedibili, in

relazione agli atti di programmazione della RAS, e della azienda, per i diversi livelli di assistenza e per il territorio di competenza

Art. 27 – Direzione Generale

L'area della direzione generale comprende lo staff, che, svolge, in base agli indirizzi della RAS, i compiti propri di uno staff di direzione e le seguenti specifiche funzioni e attività:

- a. Affari generali
- b. Affari legali
- c. Programmazione e controllo
- d. Acquisto di prestazioni sanitarie (definizione fabbisogni di prestazioni da acquisire da soggetti accreditati, contrattazione e valutazione dei servizi acquisiti)
- e. Relazioni esterne
- f. Qualità e appropriatezza
- g. Sviluppo organizzativo e valutazione del personale, dirigente e non
- h. Formazione
- i. Sistema informativo
- j. Technology assessment
- k. Risk management
- l. Servizio sociosanitario di cui all'art. 14 della LR 10/2006
- m. Centro epidemiologico aziendale (CEA)
- n. Adempimenti ex d. lgs. 626/94
- o. Servizio aziendale di assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni tecnico-sanitarie.

Per lo staff, in relazione allo svolgimento delle funzioni descritte, la ASL4 prevede le strutture complesse e le strutture semplici a valenza dipartimentale di cui alla successiva tabella:

N	C/S	Denominazione
1	C	Programmazione e controllo e CEA
2	C	Affari generali e legali
3	S	Sviluppo Organizzativo e Risorse Umane
4	C	Servizio delle professioni sanitarie
5	S	Servizio sociosanitario art. 14 LR 10/06
6	S	Informazione, comunicazione e relazioni esterne
7	S	Servizio prevenzione e protezione

Direzione generale – Strutture complesse (C) e semplici a valenza dipartimentale(S)

Le funzioni indicate dalla RAS, e quelle ulteriori richieste dalle strategie aziendali, per le quali l'AA non individua una struttura specifica, sono assegnate alle strutture dello staff con delibera motivata, tenendo anche conto delle professionalità e competenze disponibili. L'accorpamento di funzioni può essere collegato, infatti, a specifici obiettivi e programmi, nonché al ruolo e alle caratteristiche delle strutture, e alle competenze e professionalità dei responsabili.

Il Centro Epidemiologico Aziendale (CEA) è collocato nell'ambito del Servizio Programmazione e Controllo che già gestisce i flussi informativi aziendali e le diverse banche dati aziendali.

L'ASL4 colloca la Comunicazione nell'ambito dello staff di direzione, insieme alla informazione e alle relazioni esterne; tenuto conto del contesto, la scelta è coerente e adeguata al rilievo attribuito dagli indirizzi alla funzione, anche per la tutela del diritto del cittadino alla salute e al benessere, e in relazione ai profili contenuti nell'art. 4 comma 2 della LR 10.

In questa previsione la struttura relativa dovrà, tra l'altro, gestire l'URP, e relazionarsi con il responsabile dell'Ufficio di Pubblica Tutela (UPT), coordinando le risorse aziendali dedicate alla funzione; dovrà, inoltre, interagire con i responsabili dei PASS garantendo che le procedure attivate rispondano alle esigenze di cui alla norma citata.

Lo staff della direzione generale può essere diretto da un coordinatore individuato tra i responsabili delle strutture complesse dello staff. Nel regolamento attuativo contrassegnato con la lettera B e con il titolo: "Direzione generale e staff", sono specificate le regole di funzionamento delle strutture afferenti.

Art. 28 – Area della Prevenzione

L'area della prevenzione promuove le azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale, mediante iniziative coordinate con le altre aree e con i servizi competenti in materia di tutela dell'ambiente. A tal fine persegue obiettivi di promozione della salute, di prevenzione della malattia e della disabilità, di miglioramento della qualità della vita, anche attraverso la prevenzione primaria e secondaria, in base a quanto previsto dalle norme nazionali e regionali e dal PRSS.

L'area della prevenzione, in analogia alla classificazione nazionale dei Lea, per quanto previsto nel Piano dei Servizi Sanitari, e tenuto conto della collocazione in staff del CEA, comprende inoltre:

- a. medicina legale
- b. progettazione e coordinamento delle iniziative di educazione sanitaria e di prevenzione rivolta alle persone, sviluppate con la collaborazione delle aree di assistenza distrettuale ed ospedaliera (art. 17, comma 5, lett. e);
- c. integrazione salute e ambiente;
- d. tutela della salute delle attività sportive.

E' compito del dipartimento, infine, favorire l'integrazione orizzontale con organismi ed enti quali l'ARPAS e gli Istituti Zooprofilattici, e con altre aziende per potenziare sorveglianza e tutela.

La configurazione organizzativa del dipartimento di prevenzione deve tenere conto dell'impianto formale e legale definito all'art. 7-quater, comma 2, del d. lgs. 502/92, e all'art. 17, comma 2, della LR 10; deve tenere conto, inoltre, degli indirizzi della RAS che prevedono il mantenimento delle funzioni di seguito indicate, nell'ambito di sei strutture corrispondenti:

1. igiene e sanità pubblica;
2. igiene degli alimenti e della nutrizione;
3. prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro;
4. medicina Legale;
5. sanità animale;
6. igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
7. igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Gli stessi indirizzi prevedono la possibile istituzione di nuove strutture per l'espletamento delle ulteriori funzioni assegnate al dipartimento.

In una prospettiva non formale, ma di contenuto, in cui hanno rilievo i bisogni, la loro evoluzione nel tempo, e la capacità dell'azienda di dare risposte con efficienza ed efficacia, organizzazione e funzionamento del dipartimento di prevenzione devono essere ridisegnate e adeguate tenendo conto di queste esigenze:

- a. evitare la eccessiva parcellizzazione e frammentazione, con la costituzione di strutture molto piccole e dotate di risorse inconsistenti;
- b. attivare una organizzazione più flessibile e meno rigida rispetto al passato, capace di aggredire le nuove problematiche con priorità modulate sulla loro incidenza sulla salute collettiva, e con metodiche adeguate alle attuali conoscenze dei fenomeni e delle relazioni causa-effetto;
- c. creare, pur nel rispetto delle regole formali, i presupposti di un modello organizzativo il cui punto di forza è la capacità di coniugare le istanze nazionali ed internazionali in tema di prevenzione, con quelle locali; tra queste hanno significato: educazione alla salute, stili di vita, sicurezza alimentare per i prodotti locali e per quelli importati.

Considerato che la prevenzione evolve verso una tendenziale diminuzione dell'incidenza delle funzioni tradizionali rispetto alla totalità delle funzioni dipartimentali, e, soprattutto, richiede interventi multidisciplinari piuttosto che interventi basati su professionalità specifiche ed esclusive, appare opportuno:

- a. individuare le priorità e garantire operatività al loro esercizio,
 - b. riequilibrare la dotazione delle risorse in base all'evoluzione dei bisogni assistenziali e alle nuove attività di competenza,
-

- c. dimensionare gli organici, attuali e quelli che saranno assegnati dalla RAS, secondo una prospettiva dipartimentale e con un mix di professionalità adeguate ai nuovi compiti e ai rischi.

In questa prospettiva la ASL4 concentra l'attenzione sulle seguenti attività/funzioni:

- a. Sistemi informativi dipartimentali, banche dati e archivi informatizzati.
- b. Promozione della qualità dei servizi.
- c. Adempimenti per nuove attività produttive.
- d. Pianificazione e valutazione di priorità per le attività secondo dati epidemiologici riferiti alle competenze del dipartimento.
- e. Promozione, educazione e comunicazione per la salute.
- f. Supporto, per le attività di competenza, alla trasformazione del tessuto produttivo ogliastrino, e alla acquisizione di nuovi modelli culturali e conoscenze, compatibili con i rischi per la salute indotti da queste trasformazioni.
- g. Attuazione, in concorso con le altre strutture aziendali, del piano nazionale di prevenzione (patologie cardiovascolari, complicanze da diabete, diagnosi precoce dei tumori, vaccinazioni, prevenzione incidenti, compresi quelli domestici).

Al fine di realizzare le trasformazioni necessarie nell'ambito della prevenzione, il dipartimento è oggetto di una riorganizzazione, che investe sia il presente atto, sia i programmi e le attività delle diverse articolazioni, mirata alla redistribuzione e al rafforzamento di funzioni di tipo trasversale, alla riqualificazione delle strutture secondo criteri multiprofessionali e multidisciplinari, alla individuazione di nuove articolazioni per compiti, attività e funzioni che non trovano adeguata collocazione nei servizi tradizionali.

Per quanto concerne in particolare gli alimenti, il dipartimento ha il compito di garantire la sicurezza alimentare in una prospettiva, allineate agli indirizzi emergenti nella UE, che parte dai luoghi di acquisto o consumo, per risalire alle cause di pericolo, e integra le problematiche di sicurezza alimentare oltre i temi che sono oggetto delle competenze dei servizi tradizionali, e al di là dei nuovi confini di responsabilità per i produttori e i distributori.

Nel quadro evolutivo in corso, si dovrà prevedere una incisiva collaborazione multidisciplinare tra le figure professionali coinvolte; in questa prospettiva il regolamento del dipartimento dovrà disciplinare organizzazione e funzionamento, evitando di escludere categorie professionali che possono essere necessarie, oppure di orientare attività e processi in modo restrittivo, in base alle specializzazioni di determinate categorie professionali.

Tra le nuove articolazioni si prevede la medicina legale; mentre, per quanto concerne la riqualificazione, è previsto di adeguare la capacità di risposta del dipartimento, in relazione, soprattutto, alla prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, da realizzarsi con il rafforzamento della relativa struttura, e con l'acquisizione anche di competenze non sanitarie in una dimensione multidisciplinare e multiprofessionale.

Atteso che gli indirizzi prevedono per la ASL4, una articolazione del dipartimento di prevenzione con non più di tre strutture complesse, tra cui una è riservata all'area medica e una all'area veterinaria, la terza è individuata nella struttura di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, in considerazione dell'importanza crescente dei bisogni collegati, e dell'adeguamento della dotazione di risorse previsto.

Per l'esercizio delle attività e dei processi connessi alle competenze indicate, sono previste le seguenti strutture complesse e semplici dipartimentali:

N	C/S	Denominazione
1	C	Igiene e sanità pubblica
2	S	Igiene alimenti e nutrizione
3	S	Igiene alimenti origine animale e derivati
4	S	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche
5	S	Medicina legale
6	C	Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro
7	C	Sanità animale

Dipartimento di Prevenzione – Strutture complesse (C) e semplici dipartimentali (S)

Nel regolamento attuativo contrassegnato con la lettera D, avente titolo: "Area della prevenzione", sono indicate le strutture semplici afferenti alle strutture complesse, il funzionamento del dipartimento, il sistema delle relazioni con enti ed organismi terzi, le professionalità, le competenze e le esperienze richieste per la copertura degli incarichi, e le modalità per realizzare strutture complesse interaziendali.

Art. 29 – Area Territoriale (Distretto e DSMD)

L'area territoriale-distrettuale è preposta alla organizzazione, produzione ed erogazione dell'assistenza sanitaria in ambito extraospedaliero, di prestazioni di primo intervento o di emergenza, di prestazioni di diagnosi, di cura e di riabilitazione in forma generica o specialistica, di tipo ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale, domiciliare, o integrata con i servizi domiciliari, e di prestazioni sociosanitarie.

Oltre al coordinamento dei processi relativi ai bisogni assistenziali individuali extraospedalieri, l'area ha come compiti principali l'organizzazione e la razionalizzazione dei processi di continuità assistenziale, integrazione, presa in carico.

In base agli atti di programmazione sanitaria, l'assistenza distrettuale prevede lo svolgimento delle seguenti attività e funzioni:

- a. medicina di base, pediatria di libera scelta e continuità assistenziale;
- b. salute mentale;
- c. assistenza farmaceutica;
- d. attività e servizi di assistenza domiciliare;
- e. assistenza specialistica ambulatoriale;
- f. attività e servizi per la prevenzione e cura delle dipendenze;
- g. attività e servizi per le persone disabili adulte e anziane;
- h. attività e servizi per le patologie da HIV;
- i. attività e servizi per patologie croniche e assistenza ai pazienti nella fase terminale della vita;
- j. medicina scolastica.

La struttura di riferimento e raccordo delle attività e processi assistenziali in area territoriale-distrettuale è il distretto; la ASL4 assicura le funzioni di competenza nel distretto sociosanitario di Tortolì.

29.1 – Il Distretto

Il Distretto di Tortolì comprende, al momento della stesura di questo documento, il territorio dei seguenti comuni: Arzana, Barisardo, Baunei, Cardedu, Elini, Gairo, Girasole, Ilbono, Jerzu, Lanusei, Loceri, Lotzorai, Osini, Perdasdefogu, Seui, Talana, Tertenia, Tortolì, Triei, Ulassai, Urzulei, Ussassai, Villagrande Strisaili.

Il distretto è punto centrale di committenza e integrazione anche quando non svolge direttamente la produzione dei servizi assistenziali.

La medicina di base, la pediatria di libera scelta, la continuità assistenziale, le attività e i servizi di assistenza domiciliare, l'assistenza specialistica ambulatoriale, le attività e i servizi per le persone disabili e per gli anziani, nonché per le patologie croniche e l'assistenza ai pazienti in fase terminale, e la medicina scolastica sono funzioni che rispondono direttamente al responsabile del distretto per i risultati raggiunti, per le risorse assegnate e per i processi operativi realizzati.

Il distretto è articolato nelle seguenti strutture semplici assimilate a quelle semplici dipartimentali:

N	S	Denominazione
1	S	Cure primarie e specialistica ambulatoriale

2	S	Assistenza domiciliare e non autosufficienza
3	S	Centro Terapia del Dolore
4	C	Diabetologia

Area territoriale-distrettuale – Strutture semplici a valenza dipartimentale (S) del distretto

Nel regolamento attuativo contrassegnato con la lettera “E” è specificata l’attribuzione alle strutture indicate di attività e processi correlati, in relazione alle competenze proprie del distretto.

Le strutture che svolgono altre attività nell’area territoriale, senza costituire articolazioni del distretto, si raccordano con il direttore del distretto per gli aspetti organizzativi e funzionali. Le attività coinvolte riguardano: Salute mentale e dipendenze, Assistenza farmaceutica, Diabetologia e Malattie Dismetaboliche; si raccordano con il distretto, inoltre, le attività ospedaliere a forte valenza territoriale, come l’oncologia, e le attività di competenza dell’area della prevenzione.

29.2 – Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze

Il Dipartimento Salute Mentale e Dipendenze è un dipartimento strutturale, con due strutture complesse e una struttura semplice dipartimentale:

- a. CSM (Centro Salute Mentale), struttura complessa per la tutela della salute mentale, con competenze generali, e specifiche legate alla organizzazione e gestione dei CSM (Centri di Salute Mentale) e delle strutture correlate in cui sono erogati i trattamenti di cura e di prevenzione.
- b. Dipendenze, struttura complessa per la cura, l’assistenza e la tutela delle persone con problematiche di dipendenza cui fanno capo i bisogni assistenziali connessi e la gestione degli stabilimenti in cui sono erogati i trattamenti correlati.
- c. Riabilitazione psico-sociale, struttura semplice dipartimentale per il trattamento delle fasi di recupero funzionale ed organico delle persone con alterazioni della salute mentale, e per la gestione delle strutture e delle attività necessarie al loro reinserimento sociale; la struttura si correla con i dipartimenti aziendali e i servizi distrettuali, e, in particolare con il PUA.
- d.

N	S	Denominazione
1	S	Centro Salute Mentale
2	S	Servizio Dipendenze

3	S	Riabilitazione psico-sociale
---	---	------------------------------

Area territoriale - DSMD - Strutture complesse (C) e semplici dipartimentali (S)

Nel regolamento attuativo contrassegnato con la lettera "E" è specificata l'attribuzione alle strutture indicate di attività e processi in relazione alle competenze proprie del Dipartimento.

Art. 30- Area ospedaliera

L'area ospedaliera gestisce la produzione e l'erogazione delle prestazioni di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno, nonché delle prestazioni specialistiche ambulatoriali organizzate ed integrate con le altre attività di assistenza sanitaria e sociosanitaria erogate nei distretti; l'area collabora e svolge attività di controllo in relazione alle prestazioni di competenza rese dal privato accreditato, e da altre aziende pubbliche fornitrici.

Oltre alle attività del pronto soccorso, competono all'area le attività per il coordinamento con gli ospedali regionali di alta specializzazione, in relazione alla attivazione e al funzionamento del modello hub and spoke, e alla formulazione di programmi ed iniziative conseguenti, e coerenti con la riqualificazione della rete ospedaliera e la razionalizzazione dell'offerta.

30.1 Direzione Sanitaria di Presidio

La direzione sanitaria del presidio, concorre con la direzione generale, a rafforzare la dimensione applicativa e operativa del principio della separazione delle funzioni di tutela da quelle di produzione, assicurando in particolare:

- a) il controllo dell'attività svolta in relazione alla accessibilità, alla qualità, alla appropriatezza delle prestazioni;
- b) l'organizzazione e la gestione del blocco operatorio;
 - a. il controllo dei volumi di offerta necessari per soddisfare i bisogni;
 - b. gli aspetti igienico-organizzativi, la conservazione della documentazione clinica e l'organizzazione complessiva dell'attività dei Presidi Ospedalieri;
 - c. la prevenzione delle infezioni ospedaliere;
 - d. la gestione e il controllo delle attività di smaltimento dei rifiuti ospedalieri;
 - e. il supporto tecnico all'attività dei Dipartimenti Sanitari per gli aspetti organizzativi e gestionali, compresi quelli di edilizia sanitaria;
 - f. il coordinamento dei percorsi assistenziali;

Il Direttore sanitario del Presidio partecipa al Collegio di Direzione aziendale per l'espletamento delle funzioni allo stesso attribuite ai sensi dell'art.17 D.Lgs. 502/92 e successive modificazioni e integrazioni.

30.2 dipartimenti ospedalieri

Il presidio ospedaliero Nostra Signora della Mercede di Lanusei ha autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con rendicontazione e budget separati ed è organizzato secondo il modello dipartimentale.

I dipartimenti in area ospedaliera sono istituiti quando sussistono le condizioni che li giustificano, ed in presenza di almeno tre strutture, di cui almeno due complesse e una semplice dipartimentale. A loro volta le strutture complesse devono avere una certa consistenza, per la rilevanza dei processi e/o per le risorse impiegate.

Nell'ospedale aziendale di Nostra Signora della Mercede operano, oltre alla direzione di presidio, il "dipartimento di emergenza", il "dipartimento di assistenza ospedaliera", il "dipartimento di integrazione ospedale-territorio". Vi è inoltre il "dipartimento materno infantile" che opera anch'esso in logica di integrazione ospedale territorio.

La risposta all'emergenza sanitaria viene garantita dal Dipartimento Emergenza che assicura gli interventi del 118, le funzioni di pronto soccorso, l'assistenza rianimatoria, l'assistenza rianimatoria/cardiologica e l'osservazione in degenza temporanea al fine di definire il percorso diagnostico-terapeutico con prescrizione di ricovero/dimissione.

Di seguito si riportano le strutture complesse e semplici dipartimentali del dipartimento di emergenza con previsione per la cardiologia UTIC di inserimento in un dipartimento interaziendale attraverso la collaborazione con altre aziende sanitarie della Regione Sardegna:

N	C/S	Denominazione
1	C	Anestesia e rianimazione
2	C	Cardiologia e UTIC
3	C	Pronto Soccorso
4	C	Emergenza 118

Dipartimento di Emergenza – Strutture complesse (C) e semplici dipartimentali (S)

Il dipartimento di assistenza ospedaliera gestisce le attività di ricovero ordinario, ricovero diurno e ricovero in day surgery oltreché le attività in regime di specialistica ambulatoriale. Le strutture complesse e semplici dipartimentali del dipartimento di assistenza ospedaliera sono le seguenti:

N	C/S	Denominazione
1	C	Medicina generale
2	C	Chirurgia generale
3	C	Ortopedia
4	C	Riabilitazione e lungodegenza
5	C	Nefrologia e Dialisi

Dipartimento di Assistenza ospedaliera – Strutture complesse (C) e semplici dipartimentali (S)

Il dipartimento di integrazione ospedale-territorio raggruppa le strutture che operano su entrambi i livelli di assistenza, ospedaliera e territoriale.

Le strutture complesse e semplici dipartimentali del dipartimento di integrazione ospedale territorio sono le seguenti:

N	C/S	Denominazione
1	C	Radiologia
2	C	Laboratorio
3	S	Centro trasfusionale
4	C	Farmacia

Dipartimento di integrazione Ospedale-territorio – Strutture complesse (C) e semplici dipartimentali (S)

Il Dipartimento Materno Infantile opera per la salvaguardia della salute del bambino a partire dalla nascita ed in età evolutiva; promuove la maternità consapevole e la salute della donna contribuendo alla tutela della unicità e peculiarità del rapporto genitore/bambino da un punto di vista organico e psichico. Promuove la definizione di percorsi assistenziali, in particolare il percorso nascita.

Il Dipartimento Materno Infantile è composto dalle seguenti strutture con previsione di inserimento in un dipartimento interaziendale attraverso la collaborazione con altre aziende sanitarie della Regione Sardegna:

N	C/S	Denominazione
1	C	Ostetricia e ginecologia
2	C	Pediatria e neonatologia
3	S	Consultori e tutela infanzia, donna, famiglia, medicina scolastica, Neuropsichiatria infantile e della adolescenza

Dipartimento di Materno Infantile – Strutture complesse (C) e semplici dipartimentali (S)

Si prevede la possibilità che il dipartimento Materno Infantile possa essere st in un attraverso essere costituito Le strutture complesse e semplici dipartimentali del dipartimento sono le seguenti:

Nel regolamento attuativo contrassegnato con la lettera “F” è specificata l’attribuzione alle strutture indicate di attività e processi in relazione alle competenze proprie dei dipartimenti ospedalieri.

30.2 Altri dipartimenti

Oltre ai dipartimenti strutturali sopra indicati è individuato il dipartimento funzionale di riabilitazione. Il Dipartimento funzionale di riabilitazione è composto dalle seguenti strutture (già individuate nei dipartimenti strutturali):

N	C/S	Denominazione
1	C	Riabilitazione
2	S	Consultori e tutela infanzia, donna, famiglia, medicina scolastica, Neuropsichiatria infantile e della adolescenza

Dipartimento funzionale riabilitazione– Strutture complesse (C) e semplici dipartimentali (S)

Art. 31 - Area amministrativa e delle attività di supporto

L’area amministrativa e delle attività di supporto comprende le attività e funzioni riguardanti:

- a. contabilità e bilancio
- b. provveditorato
- c. amministrazione del personale
- d. logistica

- e. servizi alberghieri (ove non esternalizzati) e/o monitoraggio di servizi di supporto esternalizzati
- f. servizi generali (trasporti interni, portineria, vigilanza, ecc.)
- g. servizi tecnici (manutenzione immobili e impianti, edilizia sanitaria, ingegneria clinica)
- h. amministrazione del patrimonio.

Alcuni processi di competenza interessano l'azienda nel suo insieme, e attengono, di norma, ad attività come la contabilità e il bilancio, il provveditorato, e l'amministrazione del personale; altri si correlano strettamente ai processi sanitari, tanto da concorrere al conseguimento di specifici e individuati output, condizionandone la qualità e/o l'esito.

Questi due gruppi si organizzano all'interno delle seguenti aree: A) servizi amministrativi, e B) servizi tecnico-logistici; le aree dei servizi amministrativi e dei servizi tecnici e logistici sono organizzate nelle seguenti strutture complesse:

1. Contabilità e bilancio
2. Risorse umane
3. Provveditorato
4. Servizi tecnico-logistici
5. Servizi amministrativi di supporto alle attività sanitarie

La struttura di cui alla lettera d., Servizi tecnico-logistici, raccoglie, secondo i suggerimenti contenuti negli indirizzi, una molteplicità di funzioni sviluppatesi per necessità di varia natura e in modo episodico senza un disegno organico e strutturato; al suo interno sono individuate professionalità e competenze specifiche, correlate alla logistica e alle tecnologie, tra cui l'ingegneria clinica.

In aggiunta a queste funzioni ed attività, l'AA disciplina e razionalizza ulteriori funzioni e attività qualificate, non sempre in modo appropriato, come amministrative.

Queste funzioni ed attività, svolte all'interno di strutture sanitarie (ad esempio: quelle necessarie al dipartimento di prevenzione, al dipartimento di salute mentale, al presidio ospedaliero e al distretto), rappresentano le risposte organiche ad esigenze ed incombenze, di natura non sanitaria, cui, per necessità, si provvede, talvolta, anche con personale sanitario.

Tali attività e funzioni sono accorpate nella ASL4 in contesti unitari, organici, ed omogenei al fine di: evitare frammentazioni, riqualificare le risorse umane, e valorizzare le componenti professionali collegate alle discipline coinvolte.

La razionalizzazione investe anche funzioni e attività amministrative del presidio ospedaliero, per le quali gli indirizzi suggeriscono adeguamenti organizzativi e nuove relazioni con la direzione sanitaria, e comporta, inoltre, l'esigenza di tener conto degli assetti derivanti dalla creazione di una specifica struttura dedicata ai servizi tecnici e logistici.

Si prevede, quindi, la trasformazione delle strutture preesistenti, nate dalla precedente normativa (direzione amministrativa di presidio, direzione amministrativa di distretto), e l'accorpamento di funzioni non sanitarie svolte all'interno di strutture sanitarie, in una unica struttura complessa aziendale che risponde al direttore amministrativo; questa struttura svolge le funzioni e le attività non sanitarie, che interessano direttamente la produzione ed erogazione di servizi sanitari, e che non ricadono nelle competenze delle strutture amministrative centrali, o della logistica e delle attività di supporto.

La relativa struttura complessa, denominata: "Attività amministrative per le strutture sanitarie", sviluppa processi a supporto delle tre macroaree di assistenza e, ove occorre, dell'area amministrativa centrale, senza, tuttavia, costituirne il terminale periferico. In particolare assicura nei confronti delle direzioni di presidio, di distretto e di dipartimento, le prestazioni e i servizi burocratici e amministrativi occorrenti, dislocando presso le loro strutture risorse e professionalità necessarie, e concordando con i responsabili le modalità per il loro esercizio.

In deroga al limite di quattro strutture complesse contenuto negli indirizzi, l'AA individua, quindi, una quinta struttura complessa, giustificata tecnicamente da attività e processi diffusi in tutta l'azienda; queste attività e processi sono presi in considerazione dagli indirizzi in relazione al solo presidio ospedaliero.

Tale deroga rientra, per altro, nella previsione degli indirizzi non essendo esclusa come possibilità, ed essendo compatibile con l'espressione: "prevedendo, di massima, la seguente articolazione"; evita, infine, la dispersione e dequalificazione delle risorse amministrative e offre opportunità di miglioramento e di carriera, attualmente escluse.

Le quattro strutture complesse dell'area amministrativa centrale e di quella tecnico-logistica, unitamente alla quinta struttura complessa descritta, sono aggregate nel dipartimento amministrativo, come è indicato nella successiva tabella.

N	C/S	Denominazione
1	C	Contabilità e bilancio
2	C	Provveditorato
3	C	Risorse umane
4	C	Servizi tecnico-logistici
5	C	Servizio attività amministrative territoriali e ospedaliere

Il dipartimento per le attività amministrative e di supporto è di natura funzionale; per lo stesso dipartimento si prevede la gestione budgetaria e la rendicontazione analitica limitatamente alle

attività strumentali e di supporto ai processi sanitari (escluso quindi le attività non direttamente coinvolte nella produzione ed erogazione dei servizi sanitari); non è prevista, invece, l'attivazione del comitato di dipartimento.

Nel regolamento attuativo contrassegnato con la lettera C, avente titolo: "Area delle attività amministrative e di supporto", sono esplicitate le strutture semplici in cui si articolano le strutture complesse, il funzionamento del dipartimento, le competenze e le professionalità richieste per la copertura degli incarichi.

Art. 32 - Flessibilità

Tenuto conto di compiti e dimensioni che caratterizzano la ASL4, la configurazione organizzativa adottata si basa sulla flessibilità, quale criterio per assicurare la rispondenza degli assetti alle esigenze assistenziali, evitando inefficienze, ridondanze, sprechi, soprattutto articolazioni che si basano su attività burocratiche, inutili o di non adeguato rilievo nella gestione dei processi.

Il criterio della flessibilità è proposto nel rispetto di norme, protocolli e indirizzi sperimentati e consolidati, e dovrà esplicitarsi con soluzioni e assetti organizzativi adattati e adattabili alle circostanze, e, soprattutto, alle necessità assistenziali. In forza di questo criterio, le strutture principali fungono da elemento di coordinamento e raccordo, ed evitano l'eccessiva frammentazione, quando la costituzione di specifiche strutture è di fatto limitata o impossibile.

In relazione al tema, si richiama l'art. 9, comma 4, lett. h), secondo il quale è possibile prevedere "le condizioni che giustificano l'accorpamento, in capo ad un'unica figura, di più funzioni". Queste condizioni assumono particolare rilievo con riferimento alla individuazione delle strutture complesse e semplici ospedaliere, e alla necessità che la specializzazione delle funzioni mediche non provochi fenomeni di parcellizzazione, con conseguenti problemi organizzativi e diseconomie di gestione.

Nelle circostanze opportune, inoltre, la individuazione di una struttura di riferimento potrà dare importanti contributi per il coordinamento di processi unitari o omogenei che interessano, ad esempio, i presidi di più aziende, oppure il distretto, oppure l'ospedale e il territorio, ovvero programmi e progetti di rilievo per l'avvio di soluzioni innovative che possono interessare più aziende.

La flessibilità, come criterio generale, dovrà essere resa concreta in relazione all'utilizzo di risorse comuni a più strutture, individuando, anche in mancanza di dipartimenti, accorgimenti e soluzioni di riduzione dei conflitti e regole d'accesso e d'uso.

La ASL4 persegue il criterio della flessibilità anche attraverso la diffusione e valorizzazione di attività e processi trasversali o orizzontali quali: il SIT, il dipartimento amministrativo, il servizio farmaceutico, il DMI, ecc.

A tal fine le strutture di produzione ed erogazione della assistenza si organizzano correlandosi alle articolazioni e funzioni orizzontali, quantificando e qualificando le prestazioni e i servizi di cui necessitano, e definendo protocolli e procedure operative.

TITOLO 6

FUNZIONAMENTO E GOVERNO

Art. 33 - Governo aziendale

Il governo aziendale si attua, e si esercita, in modo da assicurare il concorso di diversi punti di vista tecnici e professionali alle fasi di elaborazione e di verifica dei programmi di sviluppo e di organizzazione dei servizi, realizzandone l'integrazione nelle strategie aziendali.

Il coordinamento e l'azione di sintesi sono realizzati attraverso: la direzione generale, la partecipazione collegiale di diverse componenti professionali e tecniche, l'autonomia di macroaree, dipartimenti, presidi, distretti, strutture complesse, e la separazione dei ruoli.

Questo sistema è ulteriormente rafforzato dalle competenze tecniche e professionali del direttore dei servizi sociosanitari di cui all'art. 14, comma 2 della LR 10, e da quelle del direttore del servizio di assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni sanitarie, e dalle altre strutture di staff costituenti articolazioni della direzione generale.

Per il comma 4 lettera d dell'articolo 9 della LR 10, la collegialità che la ASL4 assume per il governo della azienda, si esplica, in particolare, "in ordine alla negoziazione e alla stipulazione degli accordi e dei contratti con i produttori di prestazioni e servizi sanitari, alla garanzia della compatibilità tra il programma sanitario annuale di cui al comma 4 dell'articolo 13 e la disponibilità delle risorse finanziarie, al controllo e alla verifica dei risultati nei confronti di ciascun soggetto erogatore di prestazioni e servizi, allo sviluppo del sistema di programmazione e controllo di cui al comma 3 dell'articolo 13 e all'articolo 28".

Il governo aziendale si attua attraverso le funzioni strategiche e di indirizzo della direzione generale, e il concorso al razionale esercizio di queste funzioni, assicurato da:

- a. direzione aziendale e staff, tra cui: direttore dei servizi sociosanitari e direttore servizio LG 10/08/2000 n. 251
- b. organi di dipartimento
- c. organi di distretto
- d. responsabili del presidio ospedaliero
- e. collegio di direzione
- f. consiglio delle professioni sanitarie.

TITOLO 5

INTEGRAZIONE ORIZZONTALE

Art. 34 - Collaborazione interaziendale

Per l'art. 16, comma 3 della LR 10: "La Regione persegue l'unitarietà, l'uniformità ed il coordinamento delle funzioni del servizio sanitario regionale, promuove l'integrazione e la cooperazione fra le aziende sanitarie e favorisce il coordinamento a livello regionale delle politiche del personale e delle politiche finalizzate all'acquisto, anche attraverso aziende capofila, di beni e servizi e allo sviluppo dell'innovazione tecnologica e del sistema informativo sanitario regionale".

L'azienda, pertanto, ricerca opportune sinergie con tutti i soggetti che operano nel SSR; per quanto concerne il conseguimento di obiettivi di salute correlati alla compatibilità finanziaria, in particolare, assume, come metodo di lavoro, l'analisi, il controllo e la riorganizzazione delle attività anche attraverso aggregazioni e integrazioni interaziendali.

La ASL4 valorizza la cooperazione, e mette in atto soluzioni che prevedono, tra l'altro, la possibilità di:

- a. creare strutture complesse interaziendali, con personale operante nelle aziende partecipanti;
- b. creare dipartimenti interaziendali, mediante l'aggregazione di strutture delle aziende interessate;
- c. delegare ad altra azienda attività che non è conveniente sviluppare autonomamente per problemi funzionali (carezza di specifiche professionalità o dimensione delle attività che non giustifica l'acquisizione di tali professionalità) o economici (diseconomie di scala).

L'orientamento alla collaborazione interaziendale della ASL4 implica la possibilità, senza modifiche al presente atto e senza particolari vincoli, di configurare le strutture organizzative di cui al Titolo 4, secondo forme e modalità che coinvolgono più aziende del SSR; in particolare, in vista del miglioramento tecnico ed economico dei processi di assistenza o di quelli di supporto, queste forme e modalità saranno privilegiate quando:

- a. il processo svolto su base aziendale non offre sufficienti garanzie di risultato;
 - b. il costo su base aziendale risulta non sostenibile per la scala dimensionale;
 - c. il processo in capo alle singole aziende non risponde ai principi del sistema sanitario, soprattutto in relazione alla universalità ed equità nell'accesso, e alla copertura assistenziale secondo le necessità di ciascuno.
-

Art. 35 - Sorveglianza e tutela

Per potenziare sorveglianza e tutela cooperando con altri istituti e organismi, la ASL4 valorizza le interazioni con tutti gli attori del "sistema sanità" (Istituto Zooprofilattico, INAIL, ISPESL, ecc.), anche al fine dello sviluppo di reti di sorveglianza integrate.

Per i compiti collegati all'inquinamento ambientale e ai riflessi sulla salute, la azienda persegue forme di integrazione strategica ed operativa con l'Agenzia Regionale per l'Ambiente (ARPA), cui compete il monitoraggio dei diversi fattori inquinanti.

Per il conseguimento dello scopo, e in vista anche della possibilità di perseguire i LEA con maggiore efficienza ed efficacia, la configurazione organizzativa di cui al Titolo 4, può essere modulata, ove ci sia la necessità, senza particolari formalità, tenendo conto delle esigenze di coordinamento con gli enti citati, e con altri operanti nella sorveglianza e nella tutela.

Art. 36 - Dipartimenti interaziendali

Per garantire la continuità assistenziale e/o per realizzare economie di gestione possono essere previste forme di integrazione fra aziende sanitarie, denominate programmi interaziendali. I programmi interaziendali costituiscono la forma ordinaria di coordinamento e di integrazione fra processi ed attività che interessano e coinvolgono più aziende.

Oltre ai programmi interaziendali, aggregazione e integrazione possono richiedere modalità e criteri di collaborazione tra le aziende sanitarie regionali, da attuarsi con accordi di programma e/o contrattuali che prevedono la delega, oppure con l'associazione per lo svolgimento di compiti, attività e processi.

I dipartimenti hanno di norma estensione intraaziendale, il dipartimento interaziendale aggrega strutture complesse e semplici che appartengono ad aziende diverse. Per realizzare questa tipologia devono sussistere le condizioni previste dalle norme e dagli indirizzi della RAS.

Art. 37 - Consorzi

La collaborazione tra aziende sanitarie può essere realizzata con la forma del Consorzio; questa soluzione è, anzi, preferibile quando i processi e le attività:

- a. possono essere esercitati meglio su base interaziendale per le medesime considerazioni riportate nel paragrafo precedente;
- b. presuppongono interscambi rilevanti con soggetti terzi, tanto da far preferire una forma tecnica, giuridica ed economica più adatta alla costituzione e gestione dei rapporti conseguenti;

- c. hanno sufficiente consistenza e giustificano i costi di realizzazione e gestione del Consorzio.

Art. 38 - Collaborazioni con soggetti privati

Per il conseguimento degli obiettivi di salute la RAS considera funzionale ed opportuna la partecipazione delle aziende a forme di integrazione, sia sanitarie che amministrative, con gli altri attori del sistema al fine di evitare eccessi nella concorrenza, e di migliorare qualità e sostenibilità dei servizi offerti.

In questa prospettiva, e per favorire l'apertura del sistema sanitario pubblico a forme di collaborazione con soggetti privati, vantaggiose per gli utenti e per il sistema, la ASL4 promuove:

- a. nuove soluzioni gestionali che consentano maggiore flessibilità, funzionale al processo di aziendalizzazione, e al soddisfacimento dei bisogni degli utenti;
- b. sperimentazioni gestionali e organizzative al fine di ricercare più efficienti modelli di governo della spesa sanitaria.

Le nuove soluzioni gestionali possono riguardare i rapporti con i soggetti erogatori privati, mediante i contratti di cui all'art. 8-quinquies del d. lgs. 502/1992 e all'art. 8 della LR 10.

Lo spirito di collaborazione con i soggetti erogatori privati, operanti nell'ambito territoriale della azienda, trova espressione nella possibilità di disciplinare:

- a. i servizi che possono essere erogati dai soggetti accreditati;
- b. l'apporto delle professionalità di cui si avvalgono i soggetti erogatori, alle attività istituzionali dell'azienda, in posizione di comando o con altra forma convenzionale, nel rispetto delle norme e dei CCNL;
- c. l'apporto delle professionalità delle aziende sanitarie alle attività del soggetto erogatore privato accreditato.

A tal fine, e per quanto non in contrasto con la legislazione e programmazione nazionale e regionale, l'azienda persegue forme innovative di gestione, con l'intento di conseguire più elevati gradi di efficienza ed efficacia.

Questo obiettivo può estrinsecarsi, inoltre, con l'individuazione di soluzioni innovative, autorizzate dalla RAS, tra cui configurazioni societarie miste con il privato sociale ed il terzo settore, nell'ambito di profili consentiti dalla legge e dalle direttive comunitarie.

Art. 39 - Sperimentazioni gestionali ed organizzative

Il programma di sperimentazione è adottato dalla Regione motivando le ragioni di convenienza economica del progetto, di miglioramento della qualità dell'assistenza e di coerenza con le previsioni del PRSS.

La collaborazione tra strutture pubbliche e private, oltre ad essere uno stimolo utile alla realizzazione del modello aziendale, può contribuire a colmare il divario tra i bisogni, e la capacità di farvi fronte ricorrendo solo ai canali di finanziamento pubblico.

Con riferimento a questi istituti, la ASL4 favorisce la ricerca, l'applicazione, e l'individuazione di idonee tipologie correlate alla specificità dei progetti (concessione di costruzione e gestione, project financing, committenza integrata, accordi di sponsorizzazione e di collaborazione, appalto servizi, società miste, ecc).

Occorrendo, la ASL4, nell'attivare queste soluzioni, si farà parte diligente per rendere disponibile allo scopo e per garanzia verso i terzi, il patrimonio della azienda, o sue parti, nel rispetto delle norme e delle necessità assistenziali.

Art. 40 - Altre relazioni

Il terzo settore rappresenta per le aziende sanitarie un importante soggetto impegnato nel raggiungimento di obiettivi rilevanti per il SSR, e un interlocutore privilegiato in quanto costituito dal complesso di soggetti che concorrono in modo competente e complementare alla gestione dei servizi e degli interventi per la salute.

L'azienda sviluppa relazioni con formazioni sociali del terzo settore secondo direttrici che perseguono l'obiettivo di favorire lo sviluppo del sistema sanitario; in particolare, si relaziona con le diverse componenti del terzo settore (Cooperazione sociale, Organismi di volontariato, Associazioni di promozione sociale..., ecc.), tenendo conto dei ruoli e delle funzioni da queste svolte nel Sistema Sanitario Regionale, e dei settori di intervento nell'ambito dei servizi sanitari e sociosanitari.

TITOLO 8

GESTIONE DELL'AZIENDA

Art. 41 - Deleghe

Il direttore generale può delegare l'adozione di atti diritto pubblico, collegati all'esercizio delle sue competenze e riferiti a determinati settori di attività, al direttore sanitario o al direttore amministrativo; per gli atti di diritto privato, se la delega non è esclusa dalle norme o dall'AA, si procede, ricorrendone la necessità, con i criteri previsti dall'ordinamento civilistica in quanto compatibili.

La delega per gli atti di diritto privato, è manifestata in modi e forme idonee in relazione all'attività delegata, e nel rispetto delle esigenze di pubblicità per l'efficacia dell'atto; per gli atti di diritto pubblico è manifestata con provvedimento amministrativo conforme ai requisiti formali e sostanziali dell'atto pubblico, del quale deve essere data pubblicità nell'albo pretorio dell'azienda.

Il delegato ha la piena responsabilità, sia interna che esterna, ad ogni effetto di legge, della delega e degli atti compiuti.

L'esercizio delle funzioni delegate si esercita nel rispetto:

- a. della disciplina civilistica del mandato e della rappresentanza;
- b. dei principi di trasparenza dell'azione amministrativa;
- c. dei vincoli derivanti dall'equilibrio finanziario, del conto economico e del bilancio;
- d. degli interessi pubblici perseguiti dall'azienda.

L'attività delegata non è soggetta a controllo preventivo, tuttavia i provvedimenti illegittimi o inopportuni possono essere annullati d'ufficio dal direttore generale, o revocati con adeguata motivazione.

I regolamenti attuativi disciplinano, inoltre, le deleghe collegate alla gestione e all'esercizio di rami di attività o di settori aziendali, necessarie per l'esercizio della responsabilità da parte dei dirigenti, e per l'attuazione del principio della separazione tra atti di indirizzo e atti di gestione di cui all'articolo successivo; per le deleghe riferite a attività o atti rivolti al conseguimento di un obiettivo specifico, si applicano i criteri generali in precedenza indicati.

Art. 42 - Atti di indirizzo e atti di gestione

L'articolo 27 del D. Lgs 165/2001 dispone che le pubbliche amministrazioni adeguino i propri ordinamenti ai nuovi principi sulle competenze e responsabilità della dirigenza, e in relazione

alla distinzione tra atti di indirizzo e controllo e atti di attuazione e gestione, quando gli organi di vertice non sono espressione diretta o indiretta di rappresentanza politica.

Con riferimento a questi profili, la ASL4 sceglie di assumere la separazione tra atti di governo e atti di gestione, quale principio di riferimento dell'organizzazione e del funzionamento della azienda.

Gli atti di governo sono di esclusiva competenza del direttore generale, che si avvale del direttore sanitario, del direttore amministrativo, e degli altri soggetti ed organi con i quali si attua il governo aziendale.

Gli atti di gestione sono di esclusiva competenza dei dirigenti, individuati, di norma, tra quelli responsabili di dipartimento, distretto, presidio e struttura complessa.

Da quanto sopra si evince l'esigenza che le deleghe ai dirigenti siano correlate alle competenze sugli atti formali di natura pubblicistica connessi alle funzioni svolte.

Ai dirigenti, nei limiti delle attribuzioni di competenza della struttura organizzativa cui sono preposti, ed in base alla responsabilità determinata dall'incarico ricoperto, spetta, in generale, l'adozione di atti e provvedimenti nella forma di determinazioni.

Questi atti e provvedimenti comprendono quelli che impegnano l'azienda verso l'esterno, che:

- a. hanno come contenuto l'attuazione di direttive, programmi e progetti affidati dal direttore generale,
- b. sono indispensabili per la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa della struttura organizzativa cui competono,
- c. non rientrano nelle competenze esclusive del direttore generale.

Ai dirigenti spetta, inoltre, l'adozione di altri atti nelle materie eventualmente delegate dal direttore generale.

Art. 43 - Pubblicità e trasparenza (aggiornare brunetta)

Tutti le deliberazioni del Direttore Generale e le determinazioni dei dirigenti sono pubblicate per 15 giorni consecutivi nell'albo aziendale, entro 10 giorni dalla loro adozione.

Gli atti che, ai sensi della vigente normativa, non sono sottoposti al controllo della Giunta regionale sono immediatamente esecutivi.

Al fine di dare concreta attuazione al principio di trasparenza e pubblicità dell'attività amministrativa, gli atti di cui al precedente comma 1, sono pubblicati integralmente sul sito web aziendale. La pubblicazione sarà attuata previo adeguamento della strumentazione informatica aziendale, da adottarsi non oltre 12 mesi dall'entrata in vigore dell'AA.

L'azienda nel predisporre e pubblicare i suddetti atti garantisce la tutela e protezione dei dati personali secondo il vigente ordinamento, limitandosi all'indicazione e pubblicazione dei dati personali esclusivamente nei casi previsti dalle norme.

Art. 44 – Incarichi

L'azienda attribuisce alla dirigenza delle articolazioni organizzative le tipologie di incarico previste dalle norme, e dai contratti collettivi di lavoro.

L'attribuzione degli incarichi avviene compatibilmente con la disponibilità di risorse finanziarie previste per lo scopo, nei limiti e con i criteri stabiliti dalle norme, dai CCNL, e dal presente atto.

L'azienda adotta regole di affidamento degli incarichi ai dirigenti, che prevedono l'individuazione ex-ante del profilo professionale collegato alla posizione da ricoprire.

Per il conferimento degli incarichi l'azienda adotta le procedure a tal fine previste in materia dalle vigenti norme, con le integrazioni che risultano dagli indirizzi della RAS, dall'assetto organizzativo individuato con il presente atto, e dai regolamenti.

Nell'affidamento di incarichi dirigenziali per i quali sia prevista dalla normativa una nomina fiduciaria, non riconducibile obbligatoriamente ad una disciplina di specialità, o a un titolo professionale, la ASL4 si attiene a criteri di valutazione curriculare, con particolare riguardo a esperienze formative e professionali, al possesso di adeguate competenze tecniche, gestionali e di valorizzazione degli operatori.

Nella attribuzione degli incarichi dirigenziali dovranno essere fornite motivazioni esplicite in relazione ad attitudini e elementi quali:

- a. capacità di gestire i rapporti con l'utenza, e la comunicazione;
- b. attitudine e capacità di conseguire risultati coerenti con gli obiettivi aziendali;
- c. capacità di governo delle risorse umane, finanziarie e professionali;
- d. tutela dell'utenza e sensibilità nella umanizzazione degli interventi;
- e. partecipazione ad attività di formazione permanente e di aggiornamento professionale.

Gli incarichi dirigenziali decadono nei casi previsti dalle norme e dai contratti, e in caso di modifiche organizzative che implicano differenti esigenze per le responsabilità gestionali e professionali.

Negli incarichi, come nella gestione delle risorse umane, assume particolare rilievo l'individuazione dei rapporti tra i responsabili di dipartimento, di distretto, di presidio ospedaliero, e i rapporti tra questi e i responsabili delle strutture complesse territoriali o ospedaliere; i regolamenti attuativi, secondo la previsione degli indirizzi della Ras, disciplinano questi aspetti, nonché i rapporti tra responsabili dei dipartimenti operanti a livello territoriale e di degenza, e i responsabili delle articolazioni con cui interagiscono.

Art. 45 - Programmazione e budget

La programmazione della azienda fa riferimento agli atti e agli indirizzi nazionali, regionali e locali. In tale ambito, assumono rilevanza il Piano Sanitario Nazionale, la programmazione sanitaria regionale e i Plus.

La programmazione aziendale valorizza i ruoli del comitato di distretto e della Conferenza Provinciale Sanitaria e Sociosanitaria, quali organi di rappresentanza degli enti locali, ai quali sono attribuiti compiti di indirizzo, proposta, vigilanza, e, in alcuni casi, di amministrazione attiva.

Il modello di programmazione di riferimento per la ASL 4 si fonda su due approcci complementari:

- a. il primo si basa sull'epidemiologia, intesa come studio e analisi di problemi con valenza sanitaria e socio sanitaria, rilevati nel territorio, e delle cause che li determinano;
- b. il secondo si fonda sullo studio degli ambienti e degli stili di vita.

Il primo approccio permette di indirizzare l'attenzione verso i sistemi di cura, il secondo permette di modulare le priorità e le azioni, anche con riferimento ad attività di prevenzione, di promozione della salute e all'integrazione sociosanitaria.

Il passaggio successivo implica la definizione di obiettivi di salute, di assistenza e di gestione, che orientano in modo puntuale le scelte verso i bisogni prioritari della popolazione, qualificano il sistema di azioni e ottimizzano l'impiego delle risorse disponibili.

L'azienda utilizza il sistema di governo per obiettivi, per il tramite di criteri di pianificazione e controllo, idonei a coinvolgere tutti i livelli di responsabilità.

Attraverso la funzione di committenza la ASL4 armonizza i flussi informativi che provengono dalla programmazione aziendale, e dai suggerimenti e dalle proposte tecniche e organizzative dei professionisti e degli operatori che operano nelle strutture di produzione e di erogazione.

Il passaggio ulteriore è dato dal sistema budgetario, inteso come metodo attraverso il quale si esprime e manifesta la autonomia delle strutture e dei dirigenti.

Le risorse disponibili sono assegnate alle macroaree aziendali per il raggiungimento delle finalità generali definite nei documenti di programmazione. Si procede, quindi a declinare gli obiettivi in attività specifiche di competenza di ciascuna articolazione, a definire i risultati attesi, e le risorse umane, quelle tecnologiche e finanziarie necessarie per conseguirli.

Il risultato del procedimento si configura nel sistema di budget, per il quale il presente atto definisce i criteri di massima, le strutture cui si applica e le relative modalità.

Art. 46 – Valutazione (vedi brunetta)

La ASL4, in sintonia con quanto previsto dal D. Lgs 286/99, adotta un processo di valutazione che prevede una duplice istanza. Ogni operatore e professionista è valutato, in prima istanza, dal responsabile diretto in merito al raggiungimento dei risultati attesi e alle capacità professionali espresse.

La valutazione di seconda istanza rappresenta il momento di verifica della coerenza e della correttezza metodologica della valutazione di prima istanza.

Per i dirigenti, la verifica di seconda istanza è realizzata attraverso gli organismi preposti (Collegio Tecnico e Nucleo di Valutazione), ai quali compete, inoltre, la definizione della metodologia e degli strumenti di valutazione.

Per i dirigenti componenti il collegio di direzione, e per gli altri dirigenti, che in base alla configurazione organizzativa sono responsabili di struttura e non hanno un superiore diretto, la valutazione di prima istanza è effettuata dal Nucleo di Valutazione.

Le procedure di valutazione sono improntate sulla base dei seguenti principi generali:

- a. trasparenza nei criteri e nei risultati;
- b. informazione e partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio.

Oggetto principale nella valutazione sono:

- a. risultati ottenuti;
- b. capacità dimostrata nel motivare, guidare e sviluppare le risorse umane assegnate;
- c. capacità dimostrata nell'assicurare la produzione di prestazioni e servizi caratterizzati da adeguati livelli di appropriatezza, efficacia, efficienza e qualità;
- d. capacità dimostrata nel promuovere e gestire le innovazioni, in grado di migliorare la qualità delle prestazioni e dei servizi.

L'azienda tende a realizzare una gestione "meritocratica" del personale, adottando sistemi di valutazione delle posizioni organizzative e delle prestazioni professionali equi e trasparenti.

I criteri di valutazione delle prestazioni si basano sul raggiungimento dei risultati previsti in sede di programmazione e sulle capacità professionali espresse, rispetto alle competenze previste per ricoprire il ruolo assegnato.

Si rinvia alle disposizioni di legge, agli indirizzi della Ras, e ai contratti collettivi di lavoro per la disciplina dell'organizzazione del sistema di valutazione e del sistema premiante di cui all'articolo successivo; e alle stesse disposizioni si uniforma il regolamento attuativo individuato dalla lettera H: "Valutazione delle risorse umane".

Art. 47 - Sistema premiante

La ASL4 adotta politiche retributive selettive e differenziate, collegate ai risultati della valutazione delle posizioni e delle prestazioni, per realizzare un sistema premiante equo ed in grado di garantire elementi di rinforzo, anche economico, per le responsabilità rivestite, per i risultati e per i comportamenti.

A fronte di risultati mancati e di comportamenti incongruenti rispetto a quelli definiti, l'azienda adotterà, anche a garanzia e tutela dei diritti degli utenti, provvedimenti di vario ordine e grado, correlati alla posizione rivestita e all'entità delle mancanze.

In attuazione dei principi precedentemente definiti, di quanto previsto dai CCNL, e disposto dagli indirizzi della RAS, l'azienda stabilisce con regolamento attuativo, contrassegnato dalla lettera H, i criteri, le modalità e le procedure relative alle valutazioni di dirigenti e operatori, e al sistema premiante.

Art. 48 - Comunicazione e informazione

La ASL4 assume le attività di comunicazione e di informazione come strumento imprescindibile per realizzare la propria missione. Comunicazione e informazione implicano processi ad elevata qualificazione professionale, essenziali per garantire:

- a. la piena sinergia con i servizi e le risorse del contesto sociale e territoriale in cui l'azienda opera;
- b. la partecipazione responsabile degli utenti alle scelte di politica sanitaria e alla definizione della programmazione sanitaria;
- c. la partecipazione consapevole degli operatori al governo clinico, in un quadro di collaborazione multiprofessionale;
- d. la piena conoscenza dei servizi offerti, delle condizioni per usufruirne, delle disposizioni normative che le regolano;
- e. la conoscenza del funzionamento e delle attività della azienda in tutte le loro articolazioni, in conformità con i principi posti dalla legge 241/1990 e in un'ottica di responsabilizzazione diffusa;
- f. la piena comprensione dei trattamenti terapeutici proposti e in atto da parte degli assistiti;
- g. l'attiva e cosciente adesione ai comportamenti e agli stili di vita necessari a prevenire o a curare le patologie.

Nell'attività di comunicazione e di informazione, in tutte le sue forme, l'azienda garantisce, oltre al rispetto puntuale delle norme di legge poste a salvaguardia della riservatezza dei dati

personali, anche il perseguimento di standard aggiuntivi in materia di rispetto della persona malata e dei suoi familiari.

Art. 49 - Relazioni sindacali

La ASL4 assegna rilievo particolare al sistema delle relazioni sindacali per lo sviluppo efficace delle strategie di gestione e di qualificazione delle risorse umane.

Adotta, quindi, politiche e stili relazionali improntati alla chiarezza e alla trasparenza delle proprie scelte e dei propri comportamenti e al coinvolgimento delle OO.SS., secondo criteri e prassi previsti nei CCNL e nel rispetto delle funzioni e delle responsabilità di ciascuno.

L'azienda considera strategico lo sviluppo delle relazioni sindacali con le organizzazioni rappresentative dei propri operatori, nell'ottica di configurare rapporti improntati a criteri di condivisione della missione, individuando nella dialettica costruttiva e nel confronto il metodo per facilitarne il conseguimento.

Pertanto l'azienda favorisce le attività di partecipazione del personale, attraverso le loro rappresentanze, per affrontare i problemi organizzativi, per valutare il lavoro e migliorare quantitativamente e qualitativamente l'offerta dei servizi e delle prestazioni.

Alla delegazione di parte pubblica della ASL4, non possono partecipare, i dipendenti aziendali accreditati come componenti della delegazione di parte sindacale.

Art. 50 - Contratti

Relativamente ai contratti di fornitura di beni e servizi l'azienda applica le normative previste, e impronta la propria azione ai principi generali della trasparenza e della massima concorrenzialità, con la costante valutazione dei criteri di economicità, di efficacia e di efficienza, assicurando il positivo rapporto costi/benefici.

Per le forniture di beni e servizi gli operatori e i dirigenti della azienda garantiscono:

- a. attività di programmazione degli acquisti con azioni e strategie efficaci e rivolte a conseguire sensibili e dimostrabili economie nella gestione;
- b. ricorso alle convenzioni Consip e al Mercato Elettronico laddove obiettive ragioni di convenienza prevalgono su specifiche esigenze dell'azienda;
- c. adesione obbligatoria alle convenzioni stipulate dal CAT;

- d. espletamento di gare aggregate con il supporto del CAT per le tipologie di beni e servizi che presentano un sufficiente grado di standardizzazione da poter soddisfare esigenze comuni e di carattere generale;
- e. ricorso a sistemi integrati di acquisizione con altre aziende sanitarie tramite unioni d'acquisto o altre forme di aggregazione della domanda;
- f. utilizzo di moderni strumenti tecnologici di e-commerce.

Per gli acquisti sottosoglia si applicano le norme in vigore, e si prevede la possibilità di acquisti in economia, previa predisposizione di apposito regolamento (RA "I": Acquisti di beni e servizi).

Art. 51 - Contabilità e bilancio

L'ordinamento contabile aziendale e la gestione dei proventi e dei costi sono disciplinati dalla LR 10, dal presente AA, dagli indirizzi regionali di programmazione e rendicontazione, e dal regolamento attuativo di Contabilità contrassegnato con la lettera "L".

Tale regolamento integra le disposizioni citate per le situazioni in cui, ad opportuna garanzia delle risorse pubbliche, risulta necessario precisare profili organizzativi in materia contabile, e individuare responsabilità associate ad adempimenti ed obblighi. Il regolamento definisce, altresì, i rapporti tra le diverse strutture aziendali, finalizzati al corretto funzionamento di processi trasversali di contabilità, e al conseguimento dei relativi output.

Il bilancio d'esercizio è approvato dal Direttore Generale, previa adozione del progetto di bilancio che è trasmesso al Collegio Sindacale e alla Conferenza provinciale sanitaria e socio sanitaria.

Il Collegio entro 15 giorni dal ricevimento del progetto di bilancio redige la relazione e la Conferenza esprime il proprio parere obbligatorio entro 20 giorni, trascorsi i quali il parere s'intende formulato come positivo.

Nei successivi 10 giorni è adottata la delibera di approvazione definitiva e trasmessa alla Regione nei termini del controllo preventivo, corredata della relazione e dell'eventuale parere.

TITOLO 9: REGOLE ATTUATIVE

Art. 52 - Entrata in vigore

Il presente atto aziendale entra in vigore dalla data di approvazione da parte della Giunta Regionale e da tale data sostituisce tutte le norme previgenti dell'ordinamento aziendale con esso incompatibili.

Per quanto non contemplato nell'AA, si rinvia alla LR 10, alle norme fondamentali di riforma del servizio sanitario nazionale di cui al D. Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, alla organizzazione amministrativa e del pubblico impiego di cui al D. Lgs. n. 165 del 2001 e successive modificazioni ed integrazioni, alle leggi di riordino del servizio sanitario regionale ed ai contratti collettivi nazionali di lavoro che disciplinano il rapporto di lavoro dei dirigenti e del personale del comparto della sanità.

Nel rispetto dei principi contenuti nell'AA, e senza alterarne criteri, regole e impianto complessivo, il direttore generale può apportare al presente atto le modifiche ed integrazioni per l'eliminazione di errori materiali, per eventuali formalità richieste nelle fasi del procedimento di approvazione, e per quanto contemplato dalle norme.

Art. 53 - Regolamenti attuativi

Il presente atto aziendale ha natura organizzativa generale. L'attuazione avviene attraverso:

- a. i regolamenti attuativi riassunti all'articolo 4, cui si fa esplicito riferimento nel testo del documento;
- b. ogni altro atto o regolamento richiesto dalla legislazione nazionale o dalle necessità organizzative e gestionali dell'azienda.

Sino alla adozione dei suddetti regolamenti, o sezioni ai sensi dell'art. 4, valgono le disposizioni regolamentari aziendali vigenti adottate con provvedimenti del Direttore Generale, in quanto compatibili con il presente AA.

I regolamenti aziendali di cui al comma 1 lettera a, e relative sezioni, devono essere adottati nel più breve tempo possibile, e, in ogni caso, entro 12 mesi dall'entrata in vigore del presente AA.