



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

**ATTO AZIENDALE PER LA DISCIPLINA
DELL'ORGANIZZAZIONE E DEL FUNZIONAMENTO
DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA-ASP**

Sommario	
Titolo I - L'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA – ASP	4
Art. 1 - Costituzione, estensione territoriale, sede legale, logo e patrimonio	4
Art. 2 - Il territorio aziendale e la sua popolazione	5
Art. 3 - Il contesto	9
Art. 4 - La missione	11
Art. 5 - La visione strategica	12
Art. 6 - I valori fondanti	13
Art. 7 - I principi dell'organizzazione aziendale	16
Titolo II - L'AZIENDA E I COLLEGAMENTI CON IL CONTESTO	20
Art. 8 - Il Sistema Sanitario Regionale	20
Art. 9 - La partecipazione dei cittadini	22
Art. 10 - La valorizzazione del capitale sociale interno all'Azienda	23
Art. 11 - Erogatori accreditati. Privato sociale.Fornitori	24
Titolo III - LE FUNZIONI DELL'AZIENDA	24
Art. 12 - La programmazione	24
Art. 13 - La committenza	25
Art. 14 - La produzione	27
Art. 15 - Le verifiche di qualità ed il miglioramento continuo	28
Art. 16 - Il controllo e la valutazione	29
Titolo IV - ASSETTO ISTITUZIONALE E ORGANI AZIENDALI	30
Art. 17 - Assetto istituzionale	30
Art. 18 - Gli organi dell'Azienda	30
Titolo V - LA DIREZIONE AZIENDALE	32
Art. 19 - Il Direttore Amministrativo	32
Art. 20 - Articolazioni della Direzione Amministrativa	33
Art. 21 - Il Direttore Sanitario	36
Art. 22 - Articolazione della Direzione Sanitaria	38
Titolo VI - IL GOVERNO AZIENDALE	41
Art. 23 - Sistema di governo	41
Art. 24 - Il governo economico finanziario	42
Art. 25 - Il governo clinico	43
Art. 26 - La tecnostruttura di staff	45
Art. 27 - I programmi	50
Titolo VII - GLI ORGANISMI COLLEGIALI	52
Art. 28 - Il Collegio di Direzione	52
Art. 29 - Il Consiglio dei Sanitari	53
Art. 30 - Il Comitato Etico	56

Titolo VIII - IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI	57
Art. 31 - Principi e criteri dell'attività aziendale	57
Art. 32 - Criteri per la definizione dell'assetto organizzativo: livelli di complessità delle strutture ed incarichi professionali	59
Art. 33 - Organizzazione dipartimentale: il Dipartimento e il Direttore di Dipartimento	60
Art. 34 - Il Comitato di Dipartimento	62
Art. 35 - Le reti integrate dei servizi	62
Art. 36 - Macroaree organizzativo-funzionali dell'Azienda	65
Art. 37 - Area della prevenzione	66
Art. 38 - Area dell'assistenza territoriale	67
Art. 39 - I Distretti della Salute	67
Art. 40 - Il Dipartimento Misto di Salute Mentale	72
Art. 41 - Il Dipartimento Misto dell'Assistenza Farmaceutica	73
Art. 42 - Area dell'Assistenza Ospedaliera	73
Art. 43 - Il conferimento degli incarichi	74
Art. 44 - Le posizioni organizzative del comparto	75
Art. 45 - Sistema di valutazione e di controllo	75
Art. 46 - Procedure di acquisto	76
Titolo IX – NORME FINALI E TRANSITORIE	77
Art. 47 - Norme Finali e Transitorie	77

Titolo I

L'AZIENDA SANITARIA LOCALE DI POTENZA – ASP

Art. 1 - Costituzione, estensione territoriale, sede legale, logo e patrimonio

- 1.1.** L'Azienda Sanitaria Locale di Potenza (ASP) è stata istituita con la Legge Regionale di Basilicata n.12 del 1° luglio 2008. Essa è subentrata, sostituendole, dal 1 gennaio 2009, alle Aziende Sanitarie UU.SS.LL. n. 1 di Venosa, n. 2 di Potenza e n. 3 di Lagonegro, soppresse.
- 1.2.** Secondo quanto stabilito dalle norme statali, regionali e dagli atti regolamentari interni, l'Azienda ha personalità giuridica pubblica, è dotata di autonomia imprenditoriale e agisce mediante atti di diritto privato.
- 1.3.** L'ambito territoriale aziendale corrisponde all'intero territorio della Provincia di Potenza: 100 comuni con una superficie di 6546 Km².
- 1.4.** La sede legale dell'Azienda è in Potenza , alla via Torraca n. 2.
- 1.5.** Il legale rappresentante dell'ASP è il Direttore Generale.
- 1.6.** Il logo ufficiale aziendale è il seguente:



SERVIZIO SANITARIO REGIONALE
BASILICATA
Azienda Sanitaria Locale di Potenza

Il logo aziendale è rappresentato da un'ellisse che racchiude al suo interno la sigla “ASP” affiancata dall'immagine che definisce i confini della Regione Basilicata con la evidenziazione geografica della provincia di Potenza.

I colori utilizzati sono il rosso ed il blu.

L'immagine della Regione Basilicata e la forma geometrica chiusa dell'ellisse stanno ad indicare che l'Azienda è parte integrante del Sistema Sanitario Regionale ed è impegnata per assicurare “prossimità” a tutti i cittadini.

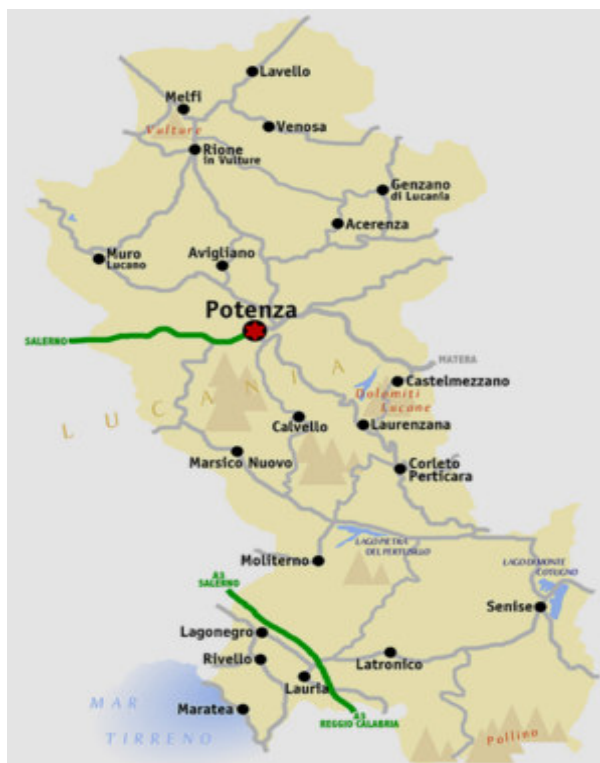
I colori sono quelli della città di Potenza capoluogo della provincia e sede dell'azienda.

- 1.7.** Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili, immobili ed immateriali delle disciolte ASL nonché da quelli acquisiti, a titolo oneroso o gratuito, successivamente.
- 1.8.** L'Azienda dispone del proprio patrimonio nel rispetto delle leggi e della normativa nazionali e regionali.
- 1.9.** Fanno parte altresì del capitale dell'Azienda le risorse umane e professionali.

Art. 2 – Il Territorio aziendale e la sua popolazione

2.1. Il territorio di competenza dell'Azienda è l'intera Provincia di Potenza e rappresenta una realtà complessa in rapporto all'assetto orografico del territorio e alle problematiche socio-economiche che la connotano.

Il territorio della provincia si caratterizza per la molteplicità delle tipologie degli ambienti che lo compongono: al suo interno sono presenti poli industriali e diverse aree industriali, aree protette e parchi, l'area urbana di Potenza capoluogo di provincia in cui sono concentrati la maggior parte dei servizi della pubblica amministrazione. E' suddiviso in 100 comuni con una popolazione complessiva di circa **387.300 abitanti** (dati riferiti all'anno 2008) distribuiti su una superficie di **6.546 Km²** in gran parte montuosa, intersecata da vallate, e servita da infrastrutture non sempre sufficienti a garantire adeguati collegamenti.

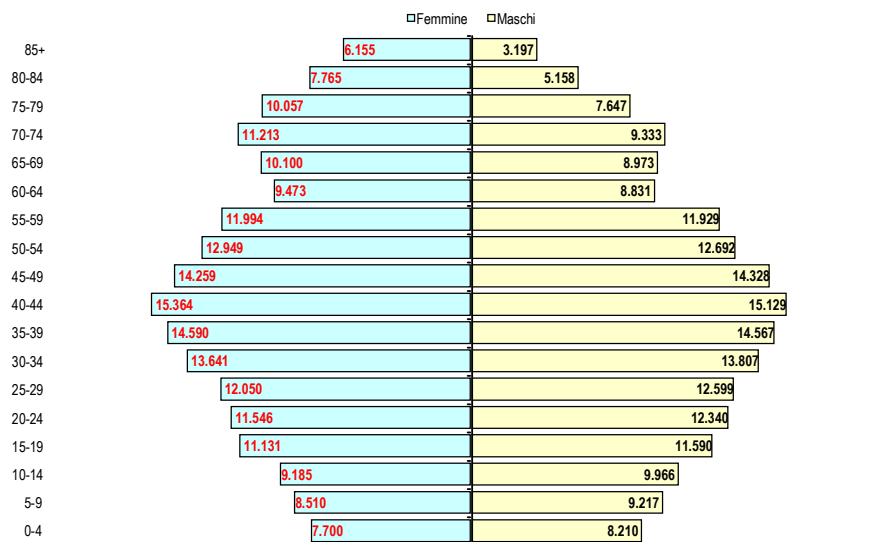


Aspetti demografici del territorio dell'ASP

Popolazione residente al 1° gennaio 2008					
Ambito territoriale	Maschi	femmine	totale	Superficie Km ²	Densità ab/km ²
ex ASL 1	47.897=49,2%	49.398=50,8%	97.295	1.602,14	60,7
Ex ASL 2	104.897=48,9%	109.790=51,1%	214.687	3.310,37	64,9
Ex ASL 3	36.719=48,8%	38.494=51,2%	75.213	1633,08	46,1
ASP	189.513	197.682	387.195	6.545,59	59,2

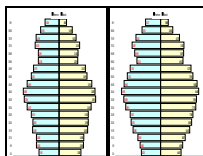
Piramide dell'età al 1 gennaio 2008

ASP

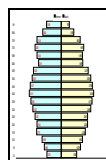


ex Asl 1

ex Asl 2

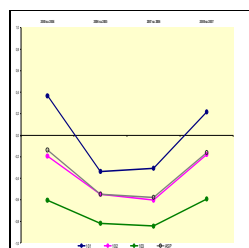


ex Asl 3



<i>Popolazione residente – Variazioni degli ultimi 5 anni</i>					
<i>Ambito territoriale</i>	<i>2004</i>	<i>2005</i>	<i>2006</i>	<i>2007</i>	<i>2008</i>
<i>ex ASL1</i>	97.360	97.716	97.386	97.086	97.295
<i>ex ASL2</i>	217.991	217.567	216.377	215.071	214.687
<i>ex ASL3</i>	77.403	76.935	76.305	75.661	75.213
ASP	392.754	392.218	390.068	387.818	387.195

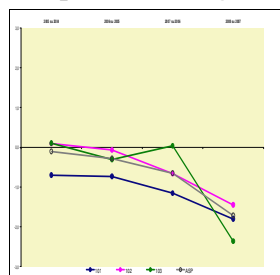
Variazione percentuale della popolazione residente negli anni 2004/2008



Indice di Dipendenza - Variazioni degli ultimi 5 anni

Ambito territoriale	2004	2005	2006	2007	2008
ex ASL1	56,0	55,6	55,2	54,5	53,5
ex ASL2	51,8	51,8	51,8	51,4	50,7
ex ASL3	54,9	55,0	54,8	54,8	53,5
ASP	53,4	53,4	53,2	52,9	52,0

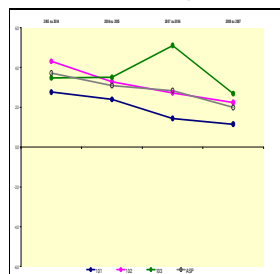
Variazione percentuale dell'indice di dipendenza negli anni 2004/2008



Indice di Vecchiaia - Variazioni degli ultimi 5 anni

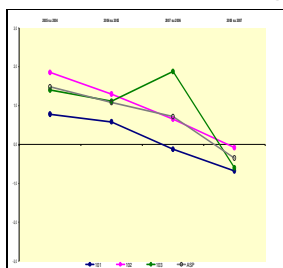
Ambito territoriale	2004	2005	2006	2007	2008
ex ASL1	119,9	123,2	126,2	128,0	129,5
ex ASL2	134,6	140,4	145,0	149,0	152,3
ex ASL3	155,6	161,0	166,6	175,1	179,8
ASP	134,5	139,5	143,8	147,8	150,8

Variazioni percentuali dell'indice di vecchiaia negli anni 2004/2008



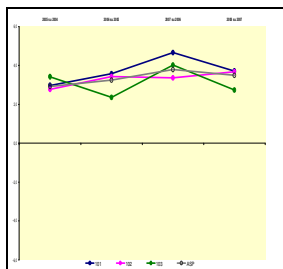
Indice di Invecchiamento - Variazioni degli ultimi 5 anni					
Ambito territoriale	2004	2005	2006	2007	2008
ex ASL1	19,6	19,7	19,8	19,8	19,7
ex ASL2	19,6	19,9	20,2	20,3	20,3
ex ASL3	21,6	21,9	22,1	22,5	22,4
ASP	20,0	20,3	20,5	20,6	20,6

Variazione percentuale dell'indice di invecchiamento negli anni 2004/2008



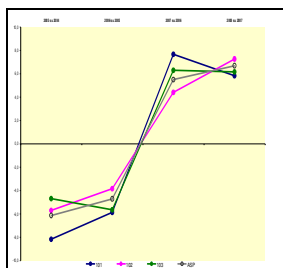
Indice di Struttura attiva - Variazioni degli ultimi 5 anni					
Ambito territoriale	2004	2005	2006	2007	2008
ex ASL1	80,8	83,2	86,2	90,2	93,5
ex ASL2	87,9	90,3	93,4	96,5	100,1
ex ASL3	92,6	95,8	98,0	102,0	104,8
ASP	87,0	89,5	92,4	95,9	99,3

Variazione percentuale dell'indice di struttura attiva negli anni 2004/2008:



Indice di Ricambio - Variazioni degli ultimi 5 anni					
Ambito territoriale	2004	2005	2006	2007	2008
ex ASL1	72,9	67,0	63,0	67,9	71,8
ex ASL2	79,9	75,3	72,4	75,6	81,1
ex ASL3	89,7	85,5	80,6	85,7	91,0
ASP	80,0	75,1	71,6	75,5	80,6

Variazione percentuale dell'indice di ricambio negli anni 2004/2008:



Indice di dipendenza totale o di carico sociale. E' un indicatore del rapporto tra la popolazione in età non attiva e quella in età attiva, cioè tra le persone che, per ragioni di età non sono economicamente autonome (anziani e giovani), e, in questo senso, sono dipendenti, e coloro che, trovandosi in una età attiva, sono economicamente autonomi e pertanto debbono sostenere anche coloro che non lo sono. Tale indicatore ha rilevanza economica e sociale, anche se le fasce di età prescelte sono del tutto convenzionali; infatti nei paesi economicamente avanzati sono numerose le persone che pur essendo in età lavorativa risultano dipendenti da altri (studenti, disoccupati o precocemente disoccupati). In linea di massima a indici di dipendenza elevati corrispondono contesti all'interno dei quali la popolazione non attiva domina su quella attiva con conseguente ricaduta in termini di occupazione, redistribuzione del reddito e consumi.

Indice di vecchiaia. E' un indicatore significativo del rapporto tra classi anziane e nuove generazioni, spesso utilizzato anche per valutare sinteticamente il grado di invecchiamento di una popolazione.

Indice di invecchiamento. E' un indicatore che serve a quantificare la percentuale di persone con un'età > a 65anni sul totale della popolazione.

Indice di struttura attiva. Il denominatore di questo indicatore è rappresentato dalle 25 generazioni in attività più giovani che sono destinate a sostituire le 25 generazioni più anziane, anch'esse in attività al momento della stima dell'indicatore. Un indicatore inferiore al 100% indica una popolazione in cui la fascia in età lavorativa è giovane; ciò è un vantaggio in termini di dinamismo e capacità di adattamento e sviluppo della popolazione, ma può essere anche considerato in modo negativo per la mancanza di esperienza lavorativa e per il pericolo rappresentato dalla ridotta disponibilità di posti di lavoro lasciati liberi dagli anziani che divengono pensionati.

Indice di ricambio. L'indice misura il rapporto percentuale tra la popolazione della classe 60-64 anni e quella dei 15-19 anni. Un indice di ricambio superiore a 100 significa che il numero di coloro che teoricamente hanno interrotto l'attività professionale (ad esempio: pensionati) è superiore al numero di quanti hanno iniziato a lavorare nello stesso lasso temporale.

Art. 3 - Il Contesto

3.1. *Le popolazioni della provincia* presentano ampie differenze culturali, persino etniche, che si traducono in rapporti di non completa coesione. Vasti strati di popolazione e dell'opinione pubblica dimostrano un crescente radicamento alle loro realtà locali e ai loro ambiti territoriali che si manifestano con l'esigenza di sostituire ai meccanismi di delega forme più dirette di partecipazione alla vita delle organizzazioni pubbliche. Tuttavia, nei singoli ambiti territoriali, la relazione con il contesto sociale di riferimento non prescinde da un patrimonio acquisito di "partecipazione sociale". Sul piano comportamentale è evidente la volontà di "prendere parte" ai processi sociali orientati ad influenzare la qualità della vita e lo stato di salute delle persone.

I soggetti che tradizionalmente entrano nel processo di partecipazione sociale al sistema di produzione e utilizzo dei servizi sono:

- a) *organismi istituzionali;*
- b) *persone fisiche o giuridicamente rappresentate (singolo Cittadino/utente, Società*

- varie, *Organizzazioni sindacali, partiti politici...*);
- c) *enti, istituzioni, imprese a vocazione sociale (cooperative sociali, organizzazioni no profit);*
 - d) *operatori della sanità pubblici e privati, singoli o rappresentati dai sindacati di categoria;*
 - e) *media locali (giornali, reti televisive, reti radiofoniche);*
 - f) *forme di associazionismo strutturato (Associazioni di rappresentanza sindacale: Confederazioni sindacali, Sindacati di Categoria, Patronati sindacali; Tribunale dei Diritti del malato, Organizzazioni di volontariato);*
 - g) *fondazioni, enti e club a vocazione sociale;*
 - h) *gruppi occasionali e spontanei (Comitati di difesa, Movimenti di opinione, Assemblee estemporanee).*

Le differenti comunità della provincia esprimono, sia pur per ambiti territoriali e contesti culturali distinti, elementi significativi riconducibili da una parte al capitale sociale nelle sue accezioni di reciprocità e di impegno civico, quali strumenti fondanti il vivere la società e dall'altra alla coesione sociale come ricchezza diffusa basata sull'identità. La ricchezza del capitale sociale e della coesione sociale (espressa per ambiti) rappresentano per l'Azienda un riferimento fondamentale per un processo generale di ridefinizione del proprio ruolo di attore del progetto di salute visto come patrimonio e impegno di tutta la comunità.

- 3.2.** *Il sistema regionale dei servizi.* Nel proprio impegno di programmazione l'Azienda assume come riferimento le strategie, gli indirizzi e i vincoli definiti dalla Regione. Gli obiettivi di salute fissati nel piano sanitario regionale e nei documenti attuativi regionali sono assunti come riferimento per la costruzione dei piani e dei patti per la salute, definiti congiuntamente con la conferenza dei Sindaci e le altre rappresentanze territoriali e con il coinvolgimento di tutti i soggetti che possono contribuire a migliorare le opportunità di salute riguardo ai problemi individuati come rilevanti. La valutazione dei problemi di salute della popolazione, le criticità del sistema dei servizi e gli indirizzi ed i vincoli stabiliti dalla Regione, sono gli elementi fondamentali su cui costruire con la conferenza dei Sindaci e le Rappresentanze istituzionali locali il Piano delle Azioni triennale e il Piano Annuale delle Attività, i Piani Annuali Distrettuali.
- 3.3.** *Le sinergie con il sistema di governo locale.* L'Azienda, anche attraverso il suo impegno nella direzione del sistema curante, intende offrire la massima collaborazione contribuendo a livello tecnico e organizzativo alla qualità del lavoro della Conferenza dei Sindaci e del Comitato dei Sindaci di Distretto, espressioni del governo locale e ricercando chiarezza nei ruoli all'interno dei quali spetta all'Azienda stessa la gestione dei servizi e la ricerca di percorsi sinergici tra tutti i protagonisti del sistema di promozione della salute.
- 3.4** *La partecipazione del tessuto sociale e produttivo del territorio* E' indubbio che le autonomie locali siano interlocutori sociali rappresentativi per l'Azienda degli interessi della collettività: ad esse il riconoscimento di un ruolo progettuale e di garanzia, di chiarezza e di coerenza nel non confondere salute e sanità, strategia e gestione concreta, ma anche capacità di mettere in rete le iniziative finalizzate alla qualità della vita. La comunità come potenzialità interna esprime un ricchissimo "capitale sociale" fatto di senso civico, di disponibilità a collaborare, di valori di solidarietà e di accoglienza. Su questi valori l'Azienda intende sviluppare percorsi di collaborazione per la definizione dei ruoli e delle possibili sinergie. In particolare si vuole ricercare, attraverso progetti comuni e collaborazioni strutturate, la partecipazione del mondo

produttivo e delle istituzioni pubbliche, come la scuola, le forze dell'ordine e le altre istituzioni a sfondo sociale. Ambiti di lavoro privilegiati sono la promozione della salute, la ricerca di nuove modalità organizzative attraverso lo scambio di competenze, la sperimentazione di forme nuove e più adeguate di intervento e di servizio. Al terzo settore in particolare (sia esso volontario che produttivo) è rivolta l'attenzione per una diversa logica di progettazione e gestione dei servizi. Si intende agire riconoscendo ad esso un ruolo non sostitutivo né integrativo, ma protagonista nell'offerta di servizi in un rapporto di progettualità partecipata con il governo complessivo delle autonomie locali e della sanità, per quanto di competenza, acquisendo sia il principio della sussidiarietà che quello del valore delle differenze all'interno dei criteri generali e specifici di qualità che saranno concordati.

L'organizzazione *low cost* di alcuni servizi va analizzata con grande attenzione: la prospettiva, che presuppone la valorizzazione delle professioni e il loro rapporto con la vitalità sociale, rispetto ai controlli burocratico-formali, può avere un futuro importante.

Art. 4 – La Missione

- 4.1.** L'Azienda è un Ente Pubblico senza scopi di lucro che, attraverso specifici interventi sanitari, concorre alla realizzazione della missione del Servizio Sanitario della Regione Basilicata dando soddisfazione ai bisogni e alle aspettative di salute dei cittadini, *garantendo le prestazioni previste dai livelli essenziali di assistenza nonché quelle integrative eventualmente stabilite dalla Regione Basilicata secondo i principi di equità nell'accesso, adeguatezza e tempestività delle cure, rispetto della dignità umana ed in condizioni di sicurezza.* Nel favorire la disponibilità e l'accesso all'intera gamma di tipologie di assistenza, servizi e prestazioni compresi nei livelli essenziali di assistenza, come definiti dalla programmazione nazionale, regionale e locale, l'Azienda svolge il ruolo di produttore diretto dei servizi e di acquirente di prestazioni da soggetti accreditati ponendosi come centro di una rete di erogatori autonomi, ma coordinati.
- 4.2.** L'attività dell'Azienda è inoltre finalizzata a contribuire alla promozione, al mantenimento ed allo sviluppo dello stato di salute della comunità per la quale opera, non limitandosi dunque a garantire prestazioni sanitarie ma perseguendo l'obiettivo "salute" inteso quale miglioramento complessivo della qualità della vita della popolazione, favorendo l'attività di prevenzione e concorrendo all'eliminazione degli ostacoli al reinserimento sociale delle persone che soffrono situazioni di marginalità.
- 4.3.** L'Azienda deve essere capace di esercitare con autorevolezza un ruolo di governance clinica di sistema, orientando le missioni dei singoli produttori, monitorando e valutando l'appropriatezza dei consumi tramite l'esercizio di un efficace ruolo di *moral persuasion*. Competenze bilanciate tra governo della produzione e dei consumi favoriranno lo sviluppo di competenze complessive di tutela della salute.
- 4.4.** L'Azienda gestisce le risorse che le sono affidate informando la propria attività a criteri di efficacia, di efficienza ed economicità e di equità, operando con trasparenza e favorendo la partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati. Essa persegue la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive dedicate alla gestione e produzione di servizi sanitari.

- 4.5. L'Azienda realizza *attività formative* e in collaborazione con la Regione Basilicata, con l'Azienda Ospedaliera Regionale, l'IRCS regionale e l'Università di Basilicata ed altri Enti, promuovendo attività di ricerca e di sviluppo dell'innovazione tecnologica ed organizzativa.
- 4.6. L'Azienda persegue *l'integrazione* fra le attività di assistenza sanitaria e gli interventi di natura sociale, in collaborazione con gli enti locali, nelle forme previste dalla normativa e dalla programmazione regionale, concordate localmente.
- 4.7. L'Azienda è impegnata a ricercare *forme di integrazione* con le altre aziende sanitarie regionali e con i servizi sociali di competenza degli enti locali nonché forme di partecipazione e collaborazione con i portatori di interessi sociali operanti sul territorio, per arricchire il capitale sociale già fortemente radicato nella provincia e sviluppare la capacità di differenziazione e di specializzazione delle risposte che possono contribuire al miglioramento della qualità della vita e delle opportunità di salute dei cittadini. La complessità e pluralità dei bisogni, i rapidi mutamenti della struttura socio-demografica necessitano di forti capacità di lettura dei bisogni di salute e flessibilità, variabilità ed integrazione di risposte e percorsi nell'offerta, impensabili per un unico soggetto, da cui la necessità di sviluppare alleanze con tutti i soggetti sia pubblici che privati operanti nel campo sanitario, produttivo, sociale e assistenziale, culturale, formativo e della qualità della vita. L'Azienda promuove una gestione improntata ad una ricerca continua di nuove modalità di offerta di servizi coerenti con l'evolversi della domanda e del bisogno, con la nuova cultura della salute e con l'innovazione continua e rapida delle conoscenze scientifiche e tecniche in campo medico.
- 4.8. Al fine di conseguire più elevati gradi di efficienza ed efficacia l'azienda, nel rispetto della normativa in materia, promuove forme innovative di gestione quali le sperimentazioni gestionali, mediante la costituzione di società a partecipazione pubblico-privato, di consorzi fra aziende e con altri enti pubblici e privati, oppure ricorrendo allo strumento convenzionale tra enti diversi e fondazioni Onlus.

Art. 5 - La Visione Strategica

- 5.1. La visione strategica dell'Azienda è rivolta a perseguire la tutela della salute degli individui e della popolazione realizzando un sistema organizzativo capace di assicurare caratteristiche di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità ai servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni e attese, orientato al miglioramento continuo della qualità della propria offerta e rivolto alla ricerca della soddisfazione del cittadino e degli operatori, in un contesto di ottimizzazione della gestione delle risorse disponibili. Per la realizzazione della sua prospettiva strategica l'Azienda deve ricercare ed offrire il contributo dell'insieme degli attori, istituzionali e non, capaci di determinare il raggiungimento dei suoi obiettivi. A tal fine individua nella concertazione e nella rendicontazione con le organizzazioni sindacali e le organizzazioni di rappresentanza dei cittadini, gli strumenti di relazione ottimale.
- 5.2. L'Azienda, per orientare le proprie azioni, si configura come un'organizzazione a rete, al tempo stesso differenziata ed integrata al suo interno e con le altre aziende sanitarie con cui intende rapportarsi per rendere disponibili alla popolazione servizi di qualità sostenibili nel tempo: un'organizzazione che cura il proprio capitale professionale e che sia capace di fornire opportunità di crescita e di sviluppo ai professionisti che sappiano distinguersi per capacità, autorevolezza e impegno.

- 5.3. Per il perseguimento della missione e la realizzazione della propria visione strategica, l'azione dell'Azienda si avvale di sinergie con le altre aziende sanitarie della Regione ed in particolare con l'Azienda Sanitaria di Matera, con l'Azienda Ospedaliera regionale, l'IRCCS - CROB.
- L'Azienda vede nell'integrazione sovradistrettuale per aree territoriali il modo di realizzare economie di scopo e di scala finalizzate ad assicurare assistenza di elevata qualità e a costi sostenibili a tutta la popolazione della provincia, in un quadro organizzativo generale in cui le scelte di sviluppo differenziate e complementari dei diversi *Distretti della Salute* si accordano in un modello a rete integrata con nodi sovraordinati (modello Hub&Spoke).
- 5.4. L'integrazione in aree territoriali interdistrettuali e/o sovradistrettuali avviene su tre livelli e secondo le previsioni del presente Atto aziendale:
- a) *Livello di programmazione o di governo, finalizzato all'individuazione di funzioni/servizi con bacino di utenza sovra distrettuale, alla definizione della loro distribuzione e del rispettivo sistema di governo.*
 - b) *Livello organizzativo-gestionale, per la definizione delle migliori modalità d'uso delle risorse disponibili e con estensione a tutto il territorio di tale processo di ottimizzazione.*
 - c) *Livello professionale, indispensabile alla promozione delle migliori pratiche assistenziali. Il livello professionale è realizzato nell'ambito dei servizi secondo il modello delle clinical networking (reti cliniche integrate) e affida alla Direzione Sanitaria aziendale la pianificazione delle azioni specifiche da realizzare in coerenza con gli obiettivi di miglioramento della qualità concordati a livello di Direzione Generale.*

Art. 6 - I valori Fondanti

- 6.1. L'Azienda per la sua particolare natura, perseguendo il benessere attraverso la promozione della salute comune e la valenza etica della sua attività, ha il dovere di esplicitare con chiarezza **i valori e i principi** cui devono uniformarsi i comportamenti aziendali. I "valori fondanti", intesi come i valori che orientano i comportamenti delle persone che lavorano nell'Azienda e che contribuiscono al raggiungimento della sua missione, costituiscono il comune ed esplicito punto di riferimento per la individuazione dell'interesse generale e per la formulazione di giudizi di valore su ciò che debba essere considerato giusto, migliore, preferibile, opportuno, compatibile. Essi sono:
- 6.2. **La centralità del cittadino** e il rispetto della dignità umana impongono a tutti i dipendenti aziendali di concentrare l'attenzione, l'impegno e la pratica professionale sulla ricerca della soddisfazione del beneficiario (persona o servizio), sviluppando rapporti di fiducia e comprensione dei reciproci punti di vista nonché dei vincoli esistenti. Di qui l'obbligo di rendere facilmente disponibili ed accessibili le informazioni necessarie ai beneficiari dei servizi perché possano scegliere, orientarsi ed accedere alle prestazioni di cui hanno necessità, e di impegnarsi, con il loro contributo, nel miglioramento continuo della qualità dei servizi. Elementi cruciali di tale atteggiamento sono l'ascolto, il rispetto della cultura e della storia delle persone, lo stimolo alle informazioni di ritorno, la ricerca del consenso come contributo alla qualità dell'azione, l'esplicitazione delle ragioni delle scelte e la chiarezza nelle attese reciproche.

A tal fine è necessario che le persone che prestano la propria attività in nome e per conto dell'Azienda operino per:

- a) ascoltare e valutare le ragioni degli interlocutori, rendere più efficace e funzionale agli obiettivi istituzionali la comunicazione; esporre chiaramente la posizione e il punto di vista propri e dell'organizzazione; rendere sistematicamente disponibili informazioni e notizie utili alla scelta consapevole delle prestazioni e dei servizi, delle sedi e delle modalità di erogazione degli stessi; adeguare la comunicazione alla cultura, all'ambiente, all'esperienza degli interlocutori; esplicitare le caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi e delle prestazioni che si impegna a rispettare; stimolare informazioni di ritorno sui servizi erogati al fine di migliorarne conseguentemente la qualità.
- b) subordinare l'organizzazione dei servizi alle necessità dei destinatari dell'assistenza.
- c) ricercare l'appropriatezza clinica e organizzativa, privilegiare le prestazioni che, a parità di efficacia ed efficienza, sono meno invasive, rispettino l'integrità della persona e il suo mantenimento nel proprio contesto sociale.

6.3. *L'equità.* L'Azienda si impegna a garantire l'equità, la riduzione delle disuguaglianze nella accessibilità e fruibilità dei servizi per la salute, al fine di affermare il diritto di ogni persona di aspirare al migliore stato di salute, in un sistema di garanzie fondato sull'eguaglianza dei diritti e dei doveri. Garantirà pertanto, a parità di bisogno, pari tempestività nell'accesso alle prestazioni, ai servizi, agli strumenti messi a disposizione dell'Azienda dal Servizio Sanitario, per assicurare alla popolazione di riferimento livelli di assistenza adeguati, appropriati e di buona qualità, economicamente sostenibili per la comunità.

Nello specifico: l'operatore aziendale dovrà rispettare ed applicare le regole di funzionamento dell'Azienda e del suo sistema di riferimento; sfruttare tutte le opportunità di miglioramento dell'efficacia, dell'efficienza e della qualità delle prestazioni e dei servizi prodotti, sistematizzando le soluzioni adottate; motivare e supportare il processo di allocazione competitiva delle risorse sulla base dell'idoneità alla soluzione dei problemi prioritari; esplicitare e motivare i comportamenti e le decisioni rendendoli comprensibili agli interlocutori; selezionare le richieste compatibili con l'interesse generale e coerenti con gli obiettivi prioritari; esplicitare i conflitti di interesse in modo che a parità di condizioni corrispondano uguali comportamenti.

6.4. *L'equilibrio compatibile* tra i servizi offerti e risorse disponibili, nel quadro degli indirizzi della politica gestionale della Regione Basilicata, da ottenersi attraverso il metodo della programmazione dell'impiego delle risorse, in funzione del soddisfacimento prioritario dei bisogni fondamentali della salute, che tengano conto anche del rapporto costo-efficacia, sulla base delle evidenze scientifiche e nell'ambito dei livelli di assistenza programmati, individuati dal Piano Sanitario Nazionale e dal Piano Sanitario Regionale.

6.5. *La trasparenza.* L'Azienda si impegna a garantire la libera circolazione delle idee e delle informazioni sulle procedure, sulle risorse e sui risultati ottenuti, la visibilità e la comprensibilità del processo decisionale, internamente ed esternamente all'azienda, l'esplicitazione dei livelli di responsabilità ed autonomia dei professionisti, in modo da sviluppare rapporti di fiducia e comprensione dei reciproci punti di vista nonché dei vincoli di sistema.

Nello specifico, il dipendente aziendale deve essere costantemente disponibile a confrontarsi, motivare e diffondere il proprio punto di vista e le ragioni delle decisioni; definire regole esplicite nell'acquisizione e nella cessione di servizi o prestazioni e nel diffonderne la conoscenza; manifestare le proprie opinioni in modo da migliorare la qualità del servizio, il rendimento delle risorse, il miglioramento delle condizioni di lavoro, la soddisfazione dei beneficiari dei servizi e degli operatori che contribuiscono a produrli o al fine di ridurre la dissonanza organizzativa; mantenere una costante relazione informativa sullo stato di avanzamento verso gli obiettivi e sul grado di loro raggiungimento; stimolare con gli strumenti riconosciuti più efficaci la distribuzione e il ricevimento di informazioni utili al miglioramento organizzativo; esplicitare e rendere contestabili i diversi livelli di autonomia e di responsabilità decisionale; dichiarare esplicitamente obiettivi, attese ed impegni.

- 6.6. *L'adeguatezza, la flessibilità, la sicurezza.*** E' impegno aziendale adeguare il comportamento professionale e organizzativo e l'uso delle risorse ai cambiamenti interni ed esterni all'Azienda, rendere sensibili l'azione e l'intervento al bisogno assistenziale o organizzativo cui devono dare risposta, operare garantendo la sicurezza dei prodotti, dei processi e degli ambienti di lavoro, intesi come insieme di tecnologie, regole, procedure e comportamenti che devono assicurare la massima tutela per i pazienti che usufruiscono dei servizi e gli operatori che vi lavorano.

Nello specifico i dipendenti dell'ASP daranno peso ed importanza ai punti di vista di quanti contribuiscono o beneficiano, direttamente o indirettamente, dei servizi; facilitano i cambiamenti nelle situazioni di lavoro ogni volta che questi, nel rispetto delle forme e dei contenuti delle regole contrattuali, siano motivati da oggettive necessità di migliorare l'assistenza erogata, l'efficienza d'uso e il rendimento delle risorse disponibili; contestualizzano le regole e le procedure al fine di garantire la massima specificazione del comportamento; sviluppano la capacità di rispondere in condizioni non standard, e standardizzano le soluzioni estemporanee migliori; adeguano approcci e comportamenti professionali ed organizzativi alle evidenze di errore in presenza di rischi di degradazione del servizio; non condizionano la realizzazione di un compito alla esclusiva coerenza con il ruolo ricoperto da chi la può assicurare, e successivamente favorire la revisione organizzativa in modo da minimizzare i rischi di ripetizione dell'evenienza.

- 6.7. *L'affidabilità.*** L'Azienda assumerà solamente impegni che sarà in grado di rispettare. Gli impegni vanno assunti in ragione delle disponibilità finanziarie, delle competenze e della capacità di adeguare continuamente e coerentemente i comportamenti, le azioni, le politiche e i servizi erogati alle reali necessità della popolazione servita, rispettando le priorità e gli obiettivi fissati e dichiarati. Gli impegni vengono dichiarati a priori ed assunti limitatamente alle aree nelle quali si è in grado di assicurare, mantenere e sviluppare adeguati livelli di competenza. Gli impegni assunti sono rispettati, sia nei confronti dell'esterno che dell'interno, entro i tempi stabiliti.

Nello specifico, il personale aziendale gestirà anche i problemi e le situazioni estemporanee e di emergenza, minimizzando i rischi di degrado del servizio e sistematizzando le soluzioni adottate; renderà disponibile per altre istanze aziendali che ne abbiano bisogno le conoscenze e le competenze di cui dispone. Renderà infine disponibile per altre istituzioni con cui l'Azienda ha rapporti e per i cittadini le proprie conoscenze e competenze; svilupperà la competenza del gruppo di appartenenza; assicurerà la coerenza delle azioni e dei risultati nonché efficienza e tempestività nell'assolvimento degli impegni assunti

- 6.8. L'efficacia.** Gli strumenti, i tempi, le azioni prescelte dall'Azienda dovranno essere supportate da evidenze di efficacia in termini di risultati di salute e capaci di raggiungere gli obiettivi assistenziali ed organizzativi voluti, avendo cura di adeguare continuamente tipo e modo di intervento in funzione dell'ulteriore miglioramento continuo dei risultati raggiunti.

Nello specifico: l'Azienda e i suoi operatori adotteranno un sistema di selezione delle priorità di intervento rendendo palesi i criteri di scelta delle priorità adottate per risolvere i problemi e dare soddisfazione alle aspettative dei cittadini/utenti. La capacità di scelta presuppone lo sviluppo formativo dei professionisti e l'utilizzo appropriato delle risorse in relazione all'efficacia degli interventi sanitari. A tal riguardo appare fondamentale la capacità di individuare nel tumultuoso progredire della ricerca scientifica gli aspetti più significativi e supportati da evidenze cliniche, da trasferire nella pratica clinica.

L'utilizzo dei servizi è il risultato di una relazione fra il professionista e l'utente, che ha una propria rappresentazione del problema di salute ed ha aspettative, di frequente, diverse rispetto ai risultati. Solo una corretta informazione dell'utente riesce a migliorare questo rapporto e a ridurre problemi di incomprensione, false aspettative, rivendicazioni ed un uso scorretto ed inappropriato delle risorse.

- 6.9. L'etica.** L'etica intesa come dimensione dei singoli e del sistema che, nel rispetto dei contenuti del presente atto, si dovrà concretizzare:

- nella riduzione delle disuguaglianze,
- nel rendere accessibili e fruibili a tutti i servizi per la salute, al fine di dar concretezza all'aspettativa di ogni persona di aspirare al migliore stato di salute, in un sistema di garanzie fondato sull'eguaglianza dei diritti e dei doveri;
- nell'essere trasparente, e cioè nel garantire la libera circolazione delle informazioni sulle risorse impiegate e sui risultati ottenuti;
- nell'assicurare la visibilità dei processi decisionali nelle politiche aziendali;
- nel diffondere i criteri (*evidenze di efficacia*) su cui si basano le scelte di governo clinico e di politica sanitaria;
- nell'esplicitare i livelli di responsabilità ed autonomia dei professionisti, in modo da sviluppare rapporti di fiducia e comprensione dei reciproci punti di vista nonché dei vincoli di sistema;
- nell'essere affidabile, ossia nella capacità di rispettare gli impegni presi in ragione delle competenze disponibili e adeguare continuamente e coerentemente i comportamenti, le azioni, le politiche e i servizi erogati alle reali necessità (bisogni) della popolazione servita, rispettando le priorità e gli obiettivi a tal fine fissati e dichiarati.

L'etica del sistema ed il benessere organizzativo perseguiti dall'azienda sono le due facce della stessa medaglia, che dovranno trovare collocazione nella **carta etica aziendale**.

Art. 7 - I Principi dell'Organizzazione Aziendale

- 7.1.** L'Azienda intende ridisegnare un sistema relativo ai bisogni di salute più vicino alle necessità del cittadino. Partendo da tale presupposto l'Azienda tende a rinforzare e qualificare ulteriormente le strutture già esistenti e a crearne di nuove a cui saranno

assegnate precise competenze gestionali, al fine di incrementare l'efficacia e l'adeguatezza delle azioni intraprese.

- 7.2. La configurazione organizzativa dell'Azienda, le sue dinamiche di funzionamento e di relazione dovranno basarsi su alcuni principi che siano congruenti e funzionali ai valori dichiarati.

- 7.3 *Il principio della complessità* rappresenta la chiave di lettura dei processi gestionali e in primo luogo della definizione delle strategie. L'Azienda si connota come partner attivo e propositivo nella definizione, costruzione e realizzazione-valutazione di un progetto sociale di salute, in una condizione di parità con il complesso dei soggetti istituzionali, sociali, produttivi presenti nel contesto territoriale. Particolarmente rilevante in questa logica è l'integrazione progettuale ed organizzativa con le altre Aziende Sanitarie regionali (ASM, Azienda Ospedaliera Regionale S. Carlo, IRCCS-CROB) che condividono i valori fondamentali del servizio pubblico. Attraverso gli accordi interaziendali e la contrattazione (accordi o contratti) si definiscono gli spazi della quantità e della qualità dell'offerta, i meccanismi della collaborazione e gli spazi possibili per la competizione, intesa come tensione al Miglioramento Continuo. Promuovere un processo partecipato per la salute significa favorire la scelta di decisioni comuni e la responsabilità congiunta di tutti i protagonisti.

Le competenze distintive dell'Azienda Sanitaria Locale di Potenza – ASP si esplicano nell'analisi dei bisogni di salute della popolazione di riferimento, nelle azioni di prevenzione e tutela delle condizioni di vita, nella cura della malattia, nel recupero della disabilità e del disagio sociale coerentemente con gli obiettivi di salute espressi dall'O.M.S. e contenuti nel documento “la salute per tutti, obiettivi per il XXI secolo”.

- 7.4 *Il principio della “promozione”* interverrà in tutto l'agire tecnico e organizzativo dell'Azienda; promozione di conoscenza, di autonomia, di sviluppo della responsabilità sociale e individuale, come condizioni per ridefinire il valore della libertà di scelta, come premessa all'integrazione delle risorse e la valorizzazione della centralità dell'individuo e della comunità nella realizzazione del progetto individuale e sociale di salute. In tal senso viene ribadito un ruolo fondamentale dell'ASP nella “promozione e tutela della salute” delle comunità locali, in un'ottica di integrazione con gli altri enti a ciò concorrenti. Attraverso la definizione di alleanze strategiche si intende costruire un sistema articolato in grado di rispondere alla domanda diversificata e complessa del cittadino. Il “focus” è rappresentato dai bisogni di salute del cittadino. Le risposte sono articolate in un sistema di azioni di prevenzione, di cure primarie integrate e progettate sulla famiglia e il contesto locale, di cure ospedaliere in grado di rispondere alle diverse situazioni e bisogni.

Per agire in tale direzione l'Azienda si propone:

- a) *di ricercare e sviluppare collegamenti stretti con l'intero contesto sociale e con tutte le eccellenze a vario titolo presenti nel campo dei servizi;*
- b) *di intervenire in modo prioritario sulla domanda sociale, attraverso una sua attenta comprensione e valutazione e un conseguente corretto orientamento secondo il principio della responsabilità;*
- c) *di porre i bisogni dei cittadini al centro delle decisioni aziendali assumendo il principio della sussidiarietà e della responsabilizzazione sociale;*
- d) *di investire in innovazione organizzativa, tecnologica e gestionale secondo il principio del miglioramento continuo;*
- e) *di investire sul patrimonio professionale disponibile, creando un ambiente che*

favorisca l'espressione del potenziale umano e professionale di tutti gli operatori e privilegi le professionalità migliori.

- 7.5. *Il principio dell'integrazione.* L'integrazione assicura la composizione delle ragioni di prossimità e di accessibilità dei servizi con quelle di efficacia e di efficienza. L'integrazione dà la possibilità di produrre più servizi di migliore qualità con le stesse risorse e di aumentare le risorse per l'assistenza diretta recuperandole dalla riduzione dei costi delle funzioni intermedie e di amministrazione generale.

L'integrazione può assumere diverse modalità di realizzazione:

- a) *integrazione strutturale* o concentrazione della funzione e/o della erogazione del servizio presso una sola delle potenziali sedi di erogazione, da riservarsi alle funzioni amministrative o sanitarie a prevalente natura tecnico-logistica e di supporto, che di norma non influenzano in alcun modo l'accessibilità ai servizi oppure funzioni o servizi destinati a rispondere a problemi di scarsa frequenza (scarsità della casistica) che per essere soddisfatti con qualità richiedono un sistema tecnico (competenze e conoscenze) complesso e sofisticato, ad elevato costo d'investimento e/o che, per mantenere un'adeguata qualità tecnica, richiede il trattamento di un volume di casistica superiore ad una soglia limite.
- b) *integrazione organizzativa e funzionale*: mantiene una pluralità di sedi erogative, ma omogeneizza, coordina ed integra le azioni in modo da garantire, a parità di ogni altra condizione, equità nei risultati. Può essere con o senza sovraordinazione di uno dei nodi rispetto agli altri.

I possibili livelli di integrazione sono:

Sovraziendale e/o di sistema, è l'integrazione con la Regione e/o le altre Aziende sanitarie regionali, la cui finalità è quella di mettere a disposizione le competenze e le funzioni di un'Azienda a favore delle consorelle.

Una forma di integrazione di particolare importanza e rilevanza è quella socio-sanitaria in cui l'azienda sanitaria ricerca e valorizza i collegamenti e gli scambi con l'intero contesto sociale in cui opera (sussidiarietà, volontariato ecc) e privilegia i rapporti con le istituzioni e le iniziative di spicco e di qualità (Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico, Aziende Sanitarie, Università, Enti della Ricerca, Onlus, ecc. operanti in ambito scientifico, sanitario e socio-assistenziale), senza limiti e condizionamenti per stimolare il confronto e l'individuazione dei propri elementi distintivi, anche con accordi ed intese formali;

Aziendale, è una messa in comune delle competenze e/o delle risorse presenti in una sede erogativa dell'Azienda o in uno dei livelli assistenziali, al fine di ottimizzare il rendimento delle risorse e/o al fine di integrare in un unico processo assistenziale competenze appartenenti a diversi segmenti aziendali (*lavoro in equipe*). Le tipologie di integrazione di tale genere sono: *integrazione ospedaliera, integrazione distrettuale, integrazione ospedale/territorio.*

- 7.6. *Il principio della non ridondanza.* La ridondanza organizzativa è la duplicazione di un servizio che non è giustificato da un volume di prestazioni che satura la sua capacità produttiva e/o da un miglioramento della sua accessibilità a servizi di adeguata qualità.
- 7.7. *Il principio della differenziazione delle vocazioni distintive.* E' il bilanciamento del

principio precedente e consiste nell'individuare, per ognuno dei punti in cui l'azienda eroga i suoi servizi, attività specializzate e momenti distintivi capaci di caratterizzarlo e renderlo non solo facilmente distinguibile ed identificabile, ma anche di giustificarne la stessa esistenza. Tale principio consente di impedire che in nome del principio della non ridondanza prendano vigore ipotesi di semplicistica concentrazione delle attività ed il loro accorpamento in sedi numericamente troppo limitate.

- 7.8. *Il principio dell'inclusività.* Fa riferimento alla realizzazione di condizioni organizzative che, ogni qualvolta sia tecnicamente possibile, consentano di erogare la prestazione/ servizio su più nodi, indipendentemente dalla dotazione strutturale ed esclusiva dell'insieme delle risorse necessitanti alla produzione delle prestazioni/servizi. I programmi e gli investimenti saranno legati ai risultati di salute. Il territorio deve esser concepito in modo unitario per una offerta di servizi garantiti dall'Azienda tenendo presenti l'accessibilità, la sicurezza dell'offerta e il volume di attività come garanzia di efficacia. In sintesi deve essere attivato un meccanismo di deburocratizzazione dei percorsi di accesso ai servizi che elimini duplicazioni e ridondanze, in un'ottica di ottimizzazione d'uso delle risorse localmente distribuite.
- 7.9. *Il principio della partecipazione.* Ogni operatore dell'Azienda deve poter partecipare al processo di individuazione delle strategie e ancor più delle soluzioni operative idonee a realizzare gli obiettivi. La partecipazione alla formazione delle decisioni non avviene quando tutti i punti di vista sono rappresentati nelle decisioni finali, bensì quando questa ne ha tenuto il debito conto. In altre parole, dal momento che è possibile, anzi auspicabile, che la ricchezza delle posizioni interne all'Azienda ne includa anche di incompatibili tra di loro, non è sempre possibile che tutte prevalgano. La selezione delle soluzioni possibili, a livello progettuale, avviene all'interno dei luoghi formali di decisione. Questi sono individuati negli organismi di governo delle varie articolazioni aziendali. Quanto più l'articolazione aziendale si allontana dal livello della struttura complessa, tanto più le modalità di esercizio della responsabilità decisionale devono essere gestite non secondo l'autorità, ma l'autorevolezza, fino a configurare dei veri e propri "board" di consulenza formale al titolare delle decisioni. Il sistema organizzativo deve stimolare la partecipazione alle decisioni di chi non ha responsabilità organizzative, mentre tale partecipazione è obbligatoria per chi ha responsabilità organizzative.
- 7.10. *Il principio del corretto funzionamento interno.* L'organizzazione deve perseguire la netta distinzione fra le funzioni di governo (programmazione, indirizzo e controllo), di committenza (negoiazione e tutela), di produzione e gestione per le quali vengono definite precise competenze e responsabilità partendo dalla Direzione Generale fino ai livelli operativi dell'Azienda.
- a) La responsabilità diffusa ai vari livelli della dirigenza si basa sul valore dei professionisti e sull'impegno alla visibilità dei risultati e dei conseguenti meccanismi di riconoscimento formale. Le responsabilità vengono definite con modalità formali che ne esplicitano e definiscono la contestabilità ai diversi livelli e alla eventuale sostituzione dei soggetti che le assumono con altri in grado di offrire migliori garanzie. Il processo di valutazione, che prelude alla conferma o alla sostituzione, deve essere ispirato a criteri di imparzialità e radicarsi sulle scelte operate dal singolo responsabile. Tale principio deve applicarsi nei confronti di tutti i livelli di responsabilità legati all'esercizio della funzione di governo aziendale di tipo sia clinico-assistenziale, sia economico-finanziario. Da ciò discende l'esigenza di procedere al conferimento di responsabilità nel modo

più chiaro possibile e di prevedere procedure funzionali all'applicazione del principio citato. Da questo punto di vista l'utilizzo della delega, in particolare nei confronti della Direzione delle strutture organizzative complesse, appare come lo strumento più rispondente allo scopo, poiché la delega può essere agganciata ad un mandato e ritirata, nel caso di mancato rispetto dei contenuti del medesimo. Il conferimento di responsabilità tramite la definizione di specifici mandati rappresenta, tra l'altro, un modo concreto per esprimere la natura privatistica dell'atto aziendale, poiché sostituisce a quello esistente un sistema di regole più flessibile. La delega di specifiche responsabilità ai vari livelli della dirigenza deve associarsi al riconoscimento di corrispondenti gradi di autonomia. Anche quest'ultima componente deve trovare una definizione in termini espliciti, se si vuole che la responsabilità assegnata assuma un valore sostanziale e non semplicemente formale. Da questo punto di vista, una prima rilevante distinzione va effettuata rispetto alle funzioni di committenza e di produzione.

- b) L'approccio aziendale per processi è lo strumento fondamentale per la definizione delle relazioni organizzative. I processi in cui si struttura tutta l'attività aziendale sono costruiti tenendo conto delle finalità proprie dell'Azienda, cioè dei risultati di salute da perseguire. I servizi di supporto si organizzano per facilitare la realizzazione dei processi sanitari costituendo per questi parte attiva e integrante.
- c) La semplificazione dei processi gestionali è un altro criterio che guarda l'attività come risultato della responsabilità diffusa e dell'organizzazione dell'attività per processi operativi.

7.11. *La cultura organizzativa dell'Azienda* mirerà inoltre ad affermare i concetti di seguito elencati:

- a) mantenere ferma e valorizzare la propria concezione della *qualità-sicurezza* intesa non solo come obbligo normativo da realizzare in coerenti soluzioni tecnico-organizzative, ma come vera e propria linea d'azione strategica;
- b) arricchire i percorsi di formazione permanente e aggiornamento professionale attraverso il coinvolgimento di strutture sia interne che esterne all'Azienda;
- c) attivare i circuiti di *informazione-comunicazione* per l'ascolto ed il monitoraggio del livello di soddisfazione dei cittadini-utenti e degli operatori;
- d) valorizzare le competenze e l'impegno dei professionisti dell'Azienda nel rispetto di tutti senza alcuna distinzione di cultura e di religione e nella salvaguardia dei principi che assicurano pari opportunità uomo-donna.

Titolo II

L'AZIENDA E I COLLEGAMENTI CON IL CONTESTO

Art. 8 - Il Sistema Sanitario Regionale.

- 8.1.** L'Azienda considera centrale l'impegno di rispondere al territorio e ai suoi bisogni attraverso una collaborazione continua di tutto il sistema pubblico e privato di servizi presenti sul territorio. Intende pertanto sviluppare forme di garanzia e trasparenza nonché percorsi di qualificazione e miglioramento continuo con tutte le istituzioni di servizio sanitario e sociale proseguendo in tal senso l'attività già avviata con la "Carta

Interaziendale dei Servizi” tra le Aziende di ricovero pubbliche e private.

- 8.2. Quello locale è certamente il primo livello per la ricerca delle sinergie progettuali, ma l’attenzione è anche ai livelli più elevati, regionale e nazionale in un sistema chiaro e condiviso di regole di appartenenza.
- 8.3. Essenziale è il rapporto con il S.S.R.:
- a) Le risorse aziendali devono essere considerate come funzionali allo sviluppo dell'intero S.S.R. Così ad esempio, l'emergenza-urgenza, le funzioni organizzate secondo il modello *hub & spoke*, ma anche le competenze di natura sanitaria e non sanitaria, che risiedono presso l'Azienda, sono da considerarsi a disposizione dell'intero S.S.R.;
 - b) L'Azienda è tenuta a qualificare le sue strutture, i suoi professionisti, i suoi processi e a tener conto delle preferenze espresse dai propri cittadini ed utenti perchè questi costituiscono elementi qualificanti anche per il S.S.R. nel suo insieme. L'Azienda deve garantire la sua affidabilità (accountability) clinica, assistenziale, economica e finanziaria, anche tramite lo sviluppo dei propri sistemi informativi e la soddisfazione del relativo debito nei confronti della Regione, in quanto è chiamata a contribuire all'affidabilità dell'intero S.S.R.. L'Azienda considera strategico il sistema informativo e la comunicazione nei confronti dei cittadini, per orientare l’offerta ai bisogni di salute e generare una domanda sempre più appropriata: il comportamento dei soggetti, in seguito ad un bisogno di salute percepito, è influenzato da innumerevoli fattori. Le caratteristiche socio-demografiche della popolazione intese come età, sesso, razza, scolarità, reddito, le precedenti esperienze di utilizzo di servizi, le rappresentazioni del concetto di “salute”, influenzano la percezione e la tipologia di bisogno. Il contesto in cui i soggetti vivono, l’informazione fornita attraverso i più disparati canali e la rete sociale caratterizzano le diverse modalità ed espressioni della domanda e dell’utilizzo dei servizi;
 - c) l'azienda è chiamata ad attuare le politiche regionali in tema, ad esempio, di formazione e aggiornamento del personale, di attività di ricerca e innovazione, di informazione e comunicazione per i cittadini, di facilitazione dell'accesso ai servizi, di strumenti per il governo clinico;
 - d) rientra tra i doveri dell'azienda l'impegno di dare concreta attuazione ai risultati delle concertazioni che la Regione effettua con le varie rappresentanze sindacali, associazioni di categoria, aziende di servizi (es. le Poste Italiane), rappresentanze dei cittadini, ecc.
- 8.4 L'Azienda riconosce come centrale il rapporto con l'ASM, l'Azienda Ospedaliera Regionale San Carlo, l'IRRCCS-CROB: con esse intende costruire la pianificazione strategica territoriale dei servizi, condividere le modalità di relazione con le istituzioni locali, coordinare i programmi di lavoro, sviluppare standard qualitativi dei servizi, definire i livelli, stipulare protocolli d’intesa e le modalità concrete di offerta anche con i privati, ispirando il lavoro comune alla lealtà e alla condivisione dei valori generali e specifici del servizio pubblico.
- 8.5 Il principio guida della collaborazione è sancito dalla ricerca di modalità confrontabili di offerta e dalla creazione delle condizioni per qualificare l’offerta in relazione alla complessità tecnica e all’intensità assistenziale secondo logiche di economie di scala.

Art. 9 - La Partecipazione dei Cittadini

- 9.1.** L'Azienda considera fattore vincente la costruzione di percorsi privilegiati di coinvolgimento dei cittadini/beneficiari dei servizi all'interno dell'Azienda con l'obiettivo di raccogliere contributi significativi per la qualificazione dei servizi. Dà evidenza in questo modo al principio della centralità del cittadino, quale titolare del progetto di salute sia come singolo che come membro di contesti sociali e comunitari specifici, nella definizione delle prestazioni e dei percorsi di fruizione. Elementi centrali di tale impegno sono l'ascolto sia attraverso forme istituzionalizzate dirette, che attraverso la voce dei rappresentanti locali, l'informazione tempestiva e corretta degli eventi e delle scelte, la promozione di stili di vita nuovi e più adeguati attraverso la formazione e l'educazione alla salute, il coinvolgimento nei processi decisionali, la formalizzazione di livelli di qualità dei servizi e la definizione dei criteri e delle modalità di verifica e valutazione. Per il raggiungimento dei fini sopra esposti l'Azienda intende sviluppare le potenzialità di alcuni strumenti di partecipazione già adottati e/o previsti dalla normativa, come *la carta dei servizi*.
- 9.2.** *La Carta dei Servizi* dovrà essere espressione di un contratto condiviso, definito nel tempo, contenente impegni e forme concrete di verifica e valutazione con un ruolo centrale dei cittadini. Tutto il processo di attuazione della Carta dei Servizi, andrà sostenuto ed implementato attraverso l'attivazione di strutture specifiche; luoghi di consultazione e azioni volte a dare concretezza al diritto di partecipazione del cittadino.
- 9.3.** *Il Comitato Consultivo Misto*, garantisce la partecipazione dei cittadini alle valutazioni della qualità (percepita); ad esso l'Azienda riconosce un ampio spazio di partecipazione ai processi decisionali soprattutto a livello distrettuale in stretta connessione con il ruolo di committenza e tutela dello stesso distretto. Per questo il livello della partecipazione è riconosciuto nel distretto; in ognuno si costituiranno i rispettivi Comitati Consultivi Misti, mentre a livello aziendale si prevede un coordinamento di responsabili locali insieme ai Responsabili URP degli stessi distretti. L'impegno aziendale è anche di confronto permanente con tutti i livelli di partecipazione dei cittadini, verso l'associazionismo nell'ambito di una nuova cultura dei servizi, dove il beneficiario e il suo contesto si attivano per una progettualità comune. con funzioni consultive e di proposta, con lo scopo di favorire l'adeguamento delle strutture e dei servizi sanitari alle esigenze degli utenti; più in particolare svolge i seguenti compiti:
- valutare periodicamente l'andamento dei reclami;
 - fare proposte relative al miglioramento dei servizi nel settore dell'informazione, personalizzazione, umanizzazione e confort,
 - svolgere un'azione di monitoraggio e valutazione sulla qualità dei servizi nel settore dell'informazione, personalizzazione, umanizzazione e confort;
 - rafforzare e qualificare i rapporti di collaborazione fra Azienda Sanitaria e Organizzazioni di Volontariato e di tutela;
 - valutare lo stato di applicazione della Carta dei Servizi.
- 9.4.** *L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP)* rappresenta per l'Azienda il punto di incontro preliminare con i cittadini per una garanzia di informazione semplice, tempestiva, corretta e unitaria su tutto il territorio aziendale (con articolazioni distrettuali) e come strumento di ascolto attraverso i reclami e i suggerimenti, risorse queste riconosciute importanti per lo sviluppo del miglioramento continuo. I professionisti saranno chiamati a essere attenti ai segnali offerti dai cittadini.

- 9.5. *Il monitoraggio permanente della qualità percepita dai cittadini* sia nei servizi territoriali che in quelli ospedalieri, nonché approfondimenti specifici affidati alle tecniche del sondaggio e delle ricerche di mercato, è un altro strumento che l'Azienda intende valorizzare. I risultati ottenuti verranno utilizzati come strumenti per i professionisti e per l'Azienda per il proprio lavoro di qualificazione dei servizi e di orientamento delle scelte come modalità permanente di rapporto con la cittadinanza e con gli organismi di partecipazione.
- 9.6. *La comunicazione permanente* con i media e con tutte le istanze sociali viene garantita da un apposita struttura collocata nello Staff della Direzione Aziendale, affidata a professionisti del settore che operano di concerto con L'URP e le altre strutture aziendali.
- 9.7. *La formazione di una cultura della salute* viene garantita attraverso programmi generali e specifici di informazione, educazione e promozione di stili di vita salutari secondo gli orientamenti e le metodologie esplicitate dall'O.M.S. nelle dichiarazioni di Ottawa, Budapest, Vienna, Lubiana e riassunte nei 21 obiettivi per il XXI secolo e dal Piano Sanitario Nazionale. Particolare impegno sarà dedicato alla trasformazione dei luoghi di cura in luoghi di promozione della salute (progetto HPH).

Art. 10 - La Valorizzazione del Capitale Sociale interno all'Azienda

- 10.1. L'Azienda, sul versante del capitale sociale interno, intende perseguire, attraverso la partecipazione, quattro risultati fondamentali: lo sviluppo di competenze relazionali, la valorizzazione dell'esperienza dei professionisti, l'allargamento della partecipazione, lo sviluppo di sistemi interni di relazione.
- 10.2. *Lo sviluppo di competenze relazionali*, come parte integrante dell'atto sanitario. Obiettivo strategico dell'Azienda è la visibilità dell'attenzione al cittadino/beneficiario attraverso lo sviluppo di forme concrete di relazione quali *il consenso informato inteso come parte integrante dell'atto sanitario e di rispetto della libertà del cittadino* e la cura delle dimensioni ambientali, organizzative e relazionali della qualità del servizio offerto, proponendosi di inserire tali elementi nei processi valutativi dei professionisti.
- 10.3. *La valorizzazione dell'esperienza dei professionisti* al servizio dell'organizzazione e delle decisioni aziendali, in una logica di learning organization.
- Per tale finalità bisogna prevedere un investimento permanente (selezione, formazione, valutazione) sulla leadership a tutti i livelli (top management e quadri intermedi) affinché si sviluppino le condizioni per la circolazione tempestiva delle informazioni, l'ascolto, il coinvolgimento e l'utilizzo dei contributi di tutti i professionisti. E' convinzione dell'Azienda infatti che l'apprendimento organizzativo avviene quando i membri dell'organizzazione sono messi in condizione di mettere a disposizione informazioni, esperienze, scoperte, valutazioni come patrimonio consapevolmente offerto per rinforzare norme, valori, mappe cognitive che guidano l'agire collettivo e individuale (*cultura aziendale*).
- 10.4. *L'allargamento della partecipazione*, dando spazio, anche formale, alle esperienze e ai contributi di ogni professionista coinvolgendolo nei gruppi di lavoro e in tutte le altre forme di elaborazione progettuale, riconoscere i contributi e le esperienze attraverso la loro diffusione con gli strumenti interni (intranet e/o news aziendali), favorire la partecipazione a momenti esterni sia locali che regionali, che nazionali, la

pubblicizzazione delle esperienze.

- 10.5.** *Lo sviluppo di sistemi interni di relazione* tra i professionisti quali le reti informatiche (intranet, internet) e i forum di discussione e le connessioni con le reti scientifiche per lo sviluppo professionale e il miglioramento dei servizi.

Art. 11 - Erogatori accreditati. Privato Sociale. Fornitori

- 11.1.** L'Azienda considera elemento essenziale per la qualità del servizio la partnership e il coinvolgimento dei fornitori di beni e servizi. La qualità del prodotto/servizio offerto dall'Azienda è infatti determinato anche dalla congruenza dell'offerta dei fornitori rispetto al fine. Pertanto nelle relazioni contrattuali sarà cura dell'Azienda fornire la massima informazione sulle finalità istituzionali, determinare e valutare le garanzie necessarie alla qualità dell'offerta, adottare la contestabilità rispetto al raggiungimento dei risultati.
- 11.2.** Accanto alle garanzie formali previste dalla legge verranno richiesti ai fornitori e concordati, nei limiti in cui ciò risulti praticabile sulla scorta delle disposizioni vigenti, criteri di qualità trasparenti quali l'accreditamento e la certificazione, il rispetto delle norme di compatibilità ambientale e la disponibilità a partecipare al più generale disegno di tutela della salute. I fornitori sono, cioè, per l'Azienda una risorsa progettuale a supporto dei processi di produzione. Uno spazio particolare viene riservato ai fornitori di servizi del cosiddetto "terzo settore" che rappresenta per l'Azienda una risorsa per la definizione delle forme e dei modi di organizzazione dei servizi per la salute.
- 11.3.** L'Azienda intende sviluppare con il privato sociale la corresponsabilità nell'analisi dei bisogni e delle potenzialità sociali, nelle decisioni sulle forme dell'offerta, nella ricerca del miglioramento continuo. Obiettivo generale e criterio guida del lavoro dell'Azienda è quello di ridisegnare ruoli e competenze dei diversi soggetti, pubblici e privati, operanti nel sistema dei servizi socio-sanitari, definire con essi accordi e contratti dove la fornitura è parte di un progetto condiviso e si esplicita nella committenza, dove il principio della reciprocità valorizza le competenze distintive e chiama in causa la responsabilità di ognuno verso il risultato cui il rapporto di committenza stesso fa riferimento.

Titolo III LE FUNZIONI DELL'AZIENDA

Art. 12 - La Programmazione

- 12.1** L'Azienda, per poter garantire i livelli essenziali di assistenza della popolazione di riferimento, elabora e definisce le linee strategiche per il governo locale dei servizi sanitari, con il concorso delle altre Aziende Sanitarie regionali in una logica di sistema e di condivisione degli obiettivi, con la Conferenza dei Sindaci e le altre istituzioni locali e nel rispetto dei principi, degli obiettivi e delle compatibilità stabilite dalla programmazione Regionale.
- 12.2** Il processo di programmazione, basato sui principi della condivisione e del massimo

coinvolgimento degli operatori e di tutti i soggetti presenti nel governo, gestione e sviluppo della comunità territoriale, è sviluppato dall'Azienda per fasi logiche e circolari attraverso gli strumenti previsti dalla normativa nazionale e regionale di seguito rappresentati.

- 12.3** *Il Piano strategico aziendale* viene predisposto dalla Direzione Generale a cadenza triennale e contiene gli obiettivi di salute che si intendono realizzare e le strategie da porre in essere per il raggiungimento nonché la scansione temporale delle diverse azioni. Esso ricomprende quindi gli indirizzi di politica sanitaria e le scelte strategiche, il modello di organizzazione dei servizi e delle relazioni intersettoriali tra i diversi livelli decisionali. Elementi importanti a questo livello sono la localizzazione dei servizi nel rispetto della normativa e le relazioni tra sanitario e sociale di cui alla legge regionale 4/2007.
- 12.4** *Il Piano Attuativo Distrettuale o Territoriale* che comprende le modalità di organizzazione dei servizi sul territorio con cui il sistema sanitario intende raggiungere gli obiettivi di salute. E' approvato dal Direttore Generale su proposta dei Direttori di Distretto previo parere della Conferenza dei Sindaci, ha validità triennale, discende dalle linee e indicazioni del Piano Sanitario Regionale e rispecchia le linee programmatiche del Piano Strategico Aziendale.
- 12.5** *Il Piano Annuale delle Attività* adegua ed attualizza i programmi contenuti nel PAD e nel Piano triennale delle Azioni alle esigenze di compatibilità, alle emergenze e alle priorità condivise.
- 12.6** *I Piani per la Salute* avranno il compito di rendere concreta la integrazione socio-sanitaria sviluppando una reale partecipazione delle comunità locali, attraverso i loro rappresentanti e coinvolgendo tutti gli stake holders
- 12.7** Il processo di pianificazione impegna l'Azienda nella ricerca di alleanze con tutti gli attori sociali, pubblici e privati che con punti di vista diversi concorrono alla realizzazione del sistema curante sanitario regionale. La Direzione Aziendale dà operatività agli obiettivi determinati dalla pianificazione strategica, tramite *il processo di programmazione annuale* che orienta e vincola tutti i produttori sanitari, interni ed esterni all'Azienda, pubblici e privati.

Art. 13 - La Committenza

- 13.1** La funzione di committenza, trae esplicito mandato dalle istanze della comunità locale veicolate attraverso i Piani per la Salute e viene esercitata nei confronti di tutti i produttori di servizi sanitari, interni ed esterni all'Azienda, pubblici e privati.
- 13.2** La funzione di committenza racchiude in sé l'esercizio di quattro sotto-funzioni concettualmente distinte. La prima, già citata, è quella di fungere da tramite tra obiettivi e compiti assegnati all'Azienda dal Piano per la Salute (PPS) e il Piano annuale di attività dell'Azienda stessa. La seconda è quella di presiedere alla negoziazione e stipula degli accordi contrattuali con gli erogatori interni ed esterni. La terza è quella di garantire la compatibilità tra il Piano annuale di attività e la disponibilità di risorse finanziarie. La quarta consiste nel monitoraggio, controllo e verifica dei risultati nei confronti di ciascun soggetto erogatore, anche a garanzia dei diritti di cui il cittadino è portatore.

La valenza strategica della funzione di committenza esige che essa sia posta in capo all'alta Direzione aziendale (DG, DS, DA) affiancata a tal fine dai Direttori di Distretto, chiamati a fungere da interfaccia con i relativi Comitati di Distretto e a governare le prime forme di espressione della domanda di servizi sanitari. L'esercizio di tali sottofunzioni esige l'utilizzo di competenze e strumenti che possono essere reperiti nell'ambito dell'organizzazione aziendale. Ciò tuttavia non deve avvenire a scapito di una evidente, univoca attribuzione delle responsabilità della funzione di committenza.

Essa va tenuta ben distinta, in particolare dalla funzione di produzione, spettante ai Direttori di Dipartimento e di macrostruttura organizzativa. In proposito occorre chiarire l'ambiguità che può nascere attorno alla figura del Direttore di Distretto. A tal fine si ritiene opportuno sottolineare che la funzione di committenza viene esercitata dai Direttori di Distretto e dell'alta direzione aziendale. Si tratta quindi di una funzione collegiale. La responsabilità della produzione riconducibile alle attività distrettuali viene esercitata dai direttori delle strutture operanti nel territorio che devono tendere ad una organizzazione dipartimentale e, per gli aspetti relativi all'integrazione e al coordinamento, dal singolo Direttore di Distretto.

13.3 Le funzioni aziendali di staff ed il Collegio di Direzione assicurano il supporto di conoscenze e competenze indispensabili per la definizione dei piani annuali di attività, sulla base dei quali costruire gli accordi contrattuali con le strutture produttrici

13.4 L'Azienda intende sviluppare la funzione di committenza attivando l'esercizio di più funzioni concettualmente distinte:

- ◇ *definire i bisogni di salute della popolazione di riferimento;*
- ◇ *definire le priorità e fungere da tramite tra obiettivi e compiti assegnati all'Azienda dal Piano Sanitario Nazionale e Regionale e dal Piano annuale di attività dell'Azienda stessa;*
- ◇ *definire la tipologia quantitativa e qualitativa dei prodotti-servizi necessari ed appropriati per rispondere ai bisogni di salute della popolazione di riferimento;*
- ◇ *definire le competenze distintive della propria organizzazione (produttori interni);*
- ◇ *definire le competenze distintive dei produttori esterni;*
- ◇ *orientare la produzione, partecipare e presiedere alla negoziazione del budget per gli erogatori interni e alla stipula degli accordi e dei contratti con gli erogatori esterni;*
- ◇ *costruire e mantenere alleanze con gli utenti, con i professionisti, con le autorità locali, con i rappresentanti delle associazioni dei cittadini utenti;*
- ◇ *garantire la compatibilità tra il Piano annuale di attività e la disponibilità di risorse finanziarie;*
- ◇ *attuare il monitoraggio, il controllo e la verifica dei risultati nei confronti di ciascun soggetto erogatore, anche a garanzia dei diritti di cui il cittadino è portatore;*
- ◇ *attuare il monitoraggio dei consumi di prestazioni da parte degli assistiti.*

13.5 La responsabilizzazione si traduce nella contestabilità, che a sua volta poggia sul presupposto della piena autonomia e, di conseguenza, della responsabilità nell'esercizio delle funzioni. Autonomia gestionale per puntare alla piena valorizzazione delle risorse umane e per attribuire a queste piena capacità operativa; imputabilità e contestabilità dei risultati raggiunti per disegnare un'organizzazione aziendale orientata verso la costruzione di un sistema premiante che riconosce il primato del merito e della capacità.

Il principio è quello della contrattualità con i soggetti produttori, che avranno la forma di accordi o di contratti di fornitura con i soggetti esterni e di accordi di budget con i dipartimenti dell'azienda; sia con gli accordi/contratti di fornitura che con gli accordi di budget dove vengono stabilite le caratteristiche quali-quantitative delle attività da realizzare, la quantità delle risorse che l'azienda si impegna a mettere a disposizione, i sistemi incentivanti o sanzionatori, gli eventuali meccanismi di revisione ed assestamento dei medesimi. I contenuti degli accordi/contratti di fornitura e degli accordi di budget sono informati a criteri e regole omogenei sia per i fornitori interni che per quelli esterni all'azienda, pubblici e privati.

13.6 La Direzione Aziendale assolve alla propria funzione di committenza presiedendo alla negoziazione e stipula degli accordi contrattuali con gli erogatori interni ed esterni, che garantiscono le compatibilità tra il piano annuale delle attività e le risorse disponibili. La programmazione annuale con gli erogatori interni è attuata mediante *il processo di budget* con il quale, in base alle risorse umane, tecnologiche, finanziarie disponibili assegnate alle articolazioni aziendali, individuate dal documento organizzativo aziendale, vengono assegnati gli specifici obiettivi di attività da conseguire nel rispetto degli standard di qualità attesi.

13.7 Con cadenza periodica vengono prodotte, in modo sistematico, le informazioni di attività e di utilizzo delle risorse per verificare che l'andamento della produzione e della gestione sia in linea con gli obiettivi previsti ed adottare, in caso contrario, le misure correttive necessarie.

Art. 14 - La Produzione

14.1 L'azienda opera con una evidente distinzione tra i compiti di governo e committenza che spettano alla Direzione Aziendale nelle sue articolazioni, e quelli di produzione assegnati ai soggetti istituzionali deputati a decidere sul come produrre (intendendo in questo le modalità tecnico-organizzative e la garanzia della qualità attraverso la responsabilità del governo clinico).

14.2 Tale distinzione permette di individuare con chiarezza le responsabilità del settore produttivo:

- il fornitore, negoziata la quantità, risponde della qualità e in generale degli aspetti di efficienza e di efficacia produttiva;
- il responsabile della pianificazione operativa e del controllo di gestione risponde delle risorse assegnate e dei risultati attesi;
- la struttura operativa risponde del risultato conseguito non solo sotto il profilo quantitativo (n° delle prestazioni) ma anche sotto l'aspetto qualitativo (nell'ottica della qualità tecnica, organizzativa e relazionale) con particolare riguardo all'integrazione tra i produttori ed alle dimensioni della domanda.

14.3 La produzione è effettuata direttamente dai servizi e dalle strutture dell'Azienda o è acquistata all'esterno, sia da pubblico, che dal privato. All'interno dell'Azienda la responsabilità complessiva della funzione di produzione è in capo al responsabile designato per l'area. Il ruolo di produttore è assegnato al Presidio Ospedaliero (che lo esercita attraverso i Dipartimenti Ospedalieri), ai Dipartimenti di Prevenzione, al DSM,

al Servizio Farmaceutico e al complesso delle funzioni territoriali organizzate nell'Area Cure Primarie o in Unità Operative distrettuali, come i SERT.

- 14.4** Si prefigura una relazione dove l'alta Direzione Aziendale, assieme ai Direttori di Distretto ed ai Responsabili di Programma, definisce, con il Collegio di Direzione, le strategie e gli obiettivi ed organizza le risorse; quindi negozia con le strutture a cui è affidata la produzione i livelli quali-quantitativi dell'offerta ed i risultati attesi secondo criteri di qualità tecnica, organizzativa e relazionale sui quali, il ruolo di tutela si esercita attraverso il rapporto continuo con i cittadini.

Art. 15 - Le Verifiche di Qualità ed il Miglioramento Continuo

- 15.1** La costruzione di un sistema di garanzia della qualità, intesa nella sua accezione di sistematicità e sicurezza di offerta di servizi di qualità, deve rappresentare per l'Azienda il metodo ordinario di programmazione e gestione.

- 15.2** Sono impegni di gestione la costruzione e lo sviluppo di modalità operative finalizzate a offrire tali garanzie previa dichiarazione preliminare dei livelli di qualità dell'offerta. Gli elementi guida di tali modalità operative sono legati ai principi propri del sistema di qualità; dire ciò che si fa, farlo, documentarlo e migliorarlo. Sono pertanto impegni aziendali:

- la costruzione del sistema qualità aziendale come strumento di negoziazione sociale (di offerta e di richiesta di credito) attraverso il percorso dell'accreditamento secondo i criteri normativi nazionali e regionali;
- la documentazione permanente della qualità come condizione per l'analisi delle non conformità e l'avvio delle azioni di miglioramento continuo;
- lo sviluppo di modalità permanenti di apprendimento organizzativo tramite la comunicazione interna, il riconoscimento dei successi e degli errori, l'analisi e la rielaborazione in chiave organizzativa delle esperienze;
- la messa a punto e la verifica permanente delle azioni preventive capaci di anticipare gli eventi critici e le non conformità;
- la diffusione della cultura del miglioramento continuo attraverso il problem solving, il coinvolgimento e la responsabilizzazione dei professionisti, l'evidenza dei risultati raggiunti;
- l'avvio di esperienze finalizzate al riconoscimento delle eccellenze, attraverso le modalità proprie dell'accreditamento delle eccellenze stesse (EFQM, Accredитamento professionale) e lo sviluppo di azioni strutturate di benchmarking con altre eccellenze;
- favorire azioni professionali e organizzative di autovalutazione (su check list interne, regionali, internazionali), di revisione professionale tra pari con le società scientifiche e le associazioni professionali di audit inteso come ciclo di verifica completo condotto dai professionisti sulla base di standard espliciti e validati e riconoscere il valore delle valutazioni nei sistemi premianti;
- l'integrazione delle azioni finalizzate alla garanzia e al miglioramento continuo della qualità nel sistema documentale aziendale per la valutazione delle prestazioni e del potenziale dei professionisti, anche in relazione ai risultati attesi nell'area tecnico-professionale.

- 15.3** Nella consapevolezza che la qualità del risultato è per molti versi funzione della qualità dei propri professionisti (formati, motivati, riconosciuti, incentivati), l'Azienda intende utilizzare come leva per il successo di tali azioni di sviluppo

organizzativo, la formazione, l'aggiornamento professionale e l'accreditamento professionale.

- 15.4** In particolare l'accreditamento professionale viene sviluppato dall'Azienda anche attraverso la "revisione tra pari", volontaria e con il possibile coinvolgimento tecnico delle società scientifiche e delle associazioni professionali, e il confronto con analoghi processi internazionali. Durante il percorso valutatori esperti e autorevoli effettuano una verifica per facilitare il cambiamento ed il miglioramento, in modo da garantire un'eccellenza professionale a sostegno del contesto organizzativo e a garanzia dell'efficacia delle prestazioni.

Art. 16 - Il Controllo e la Valutazione

- 16.1.** L'azienda attribuisce alla valutazione delle risorse impiegate e dei risultati prodotti una rilevante importanza strategica anche e soprattutto ai fini di una razionale differenziazione delle scelte e di una corretta allocazione di risorse.
- 16.2.** A tal fine adotta un *sistema di controllo* volto alla ottimizzazione dei costi, attuato per e con il coinvolgimento dei professionisti e finalizzato a contribuire alle decisioni finali. Si tratta di uno strumento che, tenendo presenti anche altri criteri di riferimento ispirati alla missione aziendale, dovrà garantire la migliore qualificazione possibile della performance assistenziale e la migliore tutela possibile del bisogno dei cittadini utenti.
- 16.3.** Ferma restando la competenza in materia di controllo sulle attività delle aziende sanitarie riservata dalla normativa a enti e organismi esterni e al collegio sindacale, l'Azienda nell'ambito della sua autonomia intende garantire al suo interno l'attivazione di forme di controllo la cui responsabilità è affidata alle funzioni di staff ed in particolare per la parte economico-gestionale allo staff della programmazione e controllo e per le parti organizzativa, relazionale e tecnico-professionale allo staff dell'organizzazione e sviluppo.
- 16.4** *Il controllo di qualità* è finalizzato alle verifiche di appropriatezza dell'assistenza sanitaria erogata dall'azienda, e della sua capacità di conseguire il miglior bilancio fra benefici prodotti e rischi corsi espressi in termini di salute, con piena soddisfazione dell'utenza e secondo modalità coerenti sia con i principi etici della società di cui l'azienda è espressione, sia con quanto reso disponibile dal progresso delle conoscenze scientifiche sanitarie.
- 16.5** *Il controllo e la valutazione delle prestazioni e del personale* (con particolare riferimento alla dirigenza) sulla base di criteri e indicatori predeterminati intesi:
- come strumenti di misurazione dei risultati conseguiti rispetto ai risultati attesi nell'area tecnico/professionale, nei rapporti istituzionali, nell'area organizzativa e gestionale, nonché degli aspetti qualitativi delle prestazioni che costituiscono il valore aggiunto dello stile manageriale e culturale espresso nell'esercizio delle prestazioni assegnate anche in riflesso della soddisfazione dell'utenza;
 - come strumento di arricchimento dello stesso controllo di gestione, nell'interesse dell'azienda e del personale, nonché di implementazione dell'informazione e delle conoscenze;
 - come trasparente strumento di garanzia dell'efficacia e dell'efficienza organizzativa della performance;

- come presupposto per una corretta applicazione di un sistema premiante o sanzionatorio;
- come “processo” funzionale alla costruzione di percorsi di sviluppo professionale in rapporto alle capacità dimostrate.

16.6 *Il controllo della “customer satisfaction”* (soddisfazione del cliente) che, riprendendo anche quanto indicato dalla Direttiva 24 Marzo 2004 del Ministro della Funzione Pubblica, analizza il punto di vista dell’utenza ed è finalizzato alla acquisizione ed alla valutazione delle proposte, delle doglianze, degli indici di gradimento o di insoddisfazione dei cittadini sulle attività dell’azienda. Viene espresso in particolare a livello degli appositi organismi partecipativi istituiti dall’azienda (Comitato Misto Consultivo, URP), ferme restando le altre forme di comunicazione formali o informali fra azienda e utenza ed è finalizzato oltre che alla valutazione della qualità percepita alla assunzione di iniziative conseguenti necessarie od opportune a problematiche rilevate.

Titolo IV

ASSETTO ISTITUZIONALE E ORGANI AZIENDALI

Art. 17 - Assetto Istituzionale

17.1 Il governo della sanità nel territorio di competenza dell’Azienda è la risultante delle relazioni tra tre soggetti fondamentali: *Regione, Autonomie locali ed Azienda*, ognuno portatore di un definito ambito di responsabilità e di competenze definite dalla L.R. n.39 del 31/10/2001.

Art. 18 – Gli Organi dell’Azienda

Sono organi dell’Azienda: *il Direttore Generale, e il Collegio Sindacale.*

18.1 Il Direttore Generale

18.1.a Il Direttore Generale rappresenta legalmente l’Azienda, assicura il perseguimento delle finalità istituzionali e degli obiettivi strategici avvalendosi delle strutture organizzative, delle funzioni di Staff e degli organismi consultivi e di controllo.

Coadiuvato dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, garantisce il governo complessivo dell’Azienda. Esercita – coerentemente con i principi, gli obiettivi, gli indirizzi e le direttive definite dai diversi livelli di governo e di programmazione del sistema dei servizi sanitari – i poteri organizzativi e gestionali attribuiti dalle leggi; presiede allo svolgimento di tutte le funzioni necessarie alla direzione, all’organizzazione e all’attuazione dei compiti di istituto nel rispetto dei principi di imparzialità e trasparenza, nonché dei criteri di efficacia, di efficienza e di economicità della gestione.

Per il perseguimento e la realizzazione delle finalità istituzionali e degli obiettivi strategici, il Direttore generale interviene sugli assetti organizzativi dell'Azienda; ridefinisce le unità operative – sanitarie e non – per la gestione di attività facenti capo alle unità operative medesime ovvero di valenza dipartimentale ed assegna o modifica gli ambiti di competenza e le attribuzioni stesse. Può costituire strutture temporanee o permanenti per la gestione di programmi o di attività che richiedano competenze specifiche appartenenti ad unità operative diverse.

Il Direttore Generale individua e nomina i responsabili delle funzioni di Staff, avvalendosi di professionalità sia interne che esterne all'Azienda, utilizzando le risorse appositamente destinate.

18.1.b. Il Direttore Generale assicura, in coerenza con i principi, obiettivi, indirizzi e direttive definite dai diversi livelli di governo e di programmazione del sistema dei servizi sanitari, il perseguimento della missione aziendale, anche attraverso l'attività degli organismi e delle strutture organizzative dell'Azienda. Il Direttore Generale è altresì responsabile della realizzazione dei programmi e dei progetti strategici, con riferimento agli obiettivi del Piano Sociale e Sanitario Regionale e del Piano Attuativo Locale.

18.1.c Per favorire il coordinamento tra le funzioni di governo aziendale e le strutture preposte alla gestione, il Direttore si avvale di specifiche posizioni di staff deputate alla verifica di coerenza tra le decisioni gestionali poste in essere dai dirigenti responsabili e gli obiettivi ed i vincoli indicati dalla programmazione aziendale, nonché di supervisione inerente la corretta attuazione delle decisioni stesse. Tali funzioni di Staff supportano la Direzione Generale nei processi di pianificazione e controllo economico, politiche del personale e sviluppo organizzativo, committenza e contratti di fornitura col privato accreditato, sicurezza-prevenzione-protezione, tecnologie informatiche e della comunicazione.

18.1.d. Il Direttore nomina i dirigenti responsabili delle diverse articolazioni organizzative e attribuisce gli incarichi professionali, in conformità a quanto disciplinato dalle norme e dai contratti di lavoro.

18.2 Il Collegio Sindacale

18.2.a. Il Collegio Sindacale è organo dell'Azienda, nominato dal Direttore Generale, .

La composizione, i compiti e la durata sono quelli ad esso attribuiti dalle leggi nazionali e regionali.

Titolo V

LA DIREZIONE AZIENDALE

La Direzione Aziendale è costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

Per il governo complessivo dell'Azienda e per la realizzazione delle finalità strategiche – di programmazione, innovazione, indirizzo e controllo – vengono utilizzate anche le strutture di Staff.

Art. 19 - Il Direttore Amministrativo

- 19.1.** Il Direttore Amministrativo, nominato dal Direttore Generale secondo le procedure di cui all'art. 17 della L.R.39/2001, esercita le funzioni assegnategli dalle leggi nazionali e regionali. Contribuisce alla direzione dell'Azienda partecipando ai processi di pianificazione annuale. Fornisce altresì parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza.
- 19.2.** Il Direttore Amministrativo coadiuva il Direttore Generale nella definizione e direzione del sistema di governo economico finanziario, adottando le necessarie misure organizzative generali e garantendo il corretto svolgimento delle funzioni di supporto tecnico, amministrativo e logistico.
- 19.3** In quanto Direttore del Dipartimento Amministrativo, supporta tutte le strutture organizzative aziendali attraverso il coordinamento e l'integrazione delle azioni di tipo tecnico-amministrativo, assegnando il personale disponibile nonché le risorse strumentali e tecniche alle diverse strutture amministrative facenti parte del Dipartimento medesimo.
- 19.4** Il Direttore Amministrativo assicura la legittimità degli atti; verifica e controlla la rispondenza delle attività delle unità operative del proprio Dipartimento alle decisioni e agli obiettivi fissati dal Direttore Generale, adottando, in caso di inerzia, i conseguenti provvedimenti, anche di carattere sostitutivo. Definisce gli orientamenti operativi, delle strutture assegnate al governo economico-finanziario aziendale, sviluppando le competenze mediante la costante ricerca della qualità dei processi e dell'innovazione dei sistemi di gestione, allo scopo di perseguire i migliori risultati in termini di efficienza e appropriatezza organizzativa nell'uso delle risorse.
- 19.5.** Per i medesimi scopi mette a disposizione, attraverso idonee strutture tecniche e professionali, le informazioni di base necessarie a valutare la compatibilità e la congruenza tra piani di attività e risorse richieste.
- 19.6** Il Direttore Amministrativo è garante della correttezza, completezza e trasparenza degli atti dell'Azienda e dei relativi processi di formazione. Cura lo sviluppo e l'implementazione delle reti che presiedono al sistema informativo-comunicativo per il supporto alle attività decisionali proprie dei livelli di governo aziendale, nonché per i necessari collegamenti con il livello regionale.
- 19.7** In caso di assenza o impedimento temporaneo, il Direttore Amministrativo è sostituito da un dirigente amministrativo nominato dal Direttore Generale, su sua proposta.

Art. 20 - Articolazioni della Direzione Amministrativa

- 20.1.** Il Dipartimento Amministrativo si articola in aree dipartimentali costituite da UU.OO. omogenee, affini, o complementari che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale. Le UU.OO. costituenti le Aree Dipartimentali sono aggregate in una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volta a dare risposte unitarie, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati. A tal fine, adottano regole comuni sul piano delle attività, della didattica, della ricerca, e sul piano etico e giuridico-economico.
- 20.2.** Le Aree Dipartimentali Amministrative esercitano funzione di supporto nell'area di competenza nei confronti della Direzione Strategica, nonché di tutte le altre strutture aziendali, garantendo l'espletamento delle funzioni amministrative, anche in forma decentrata presso i Presidi, i Distretti, e le altre articolazioni operative.
- 20.3.** La responsabilità di ciascuna Area dipartimentale è in capo al Responsabile di una delle strutture complesse facenti parte della stessa.
- 20.4.** Ogni U.O. è dotata di una propria autonomia organizzativa - operativa finalizzata al raggiungimento degli obiettivi stabiliti dal Responsabile dell'Area Dipartimentale..
- 20.5.** Le U.O. amministrative si articolano in Settori di Attività. Il Responsabile dell'Area Dipartimentale assicura la organizzazione e le funzioni delle UU.OO. definendo i modelli organizzativi e gestionali, sentito il Comitato del Dipartimento amministrativo formato dai Responsabili delle singole UU.OO. con funzioni consultive e propositive.
- 20.6.** Il Comitato del Dipartimento in particolare svolge le seguenti funzioni:
propone il Regolamento di Dipartimento;
 - programma la razionale utilizzazione del personale;
 - programma la gestione delle attrezzature, dei presidi e delle risorse economiche assegnate all'area di interesse dipartimentale;
 - definisce le linee guida utili per un più corretto indirizzo tecnico-scientifico;
 - fornisce al Direttore Generale i piani di aggiornamento e riqualificazione del personale, programma e coordina le attività di didattica e di educazione sanitaria;
 - programma gli obiettivi da realizzare nel corso dell'anno;
 - programma il bisogno delle risorse sia per il personale che per la dotazione strumentale in rapporto ad una valutazione di priorità;
 - propone i gruppi operativi interdipartimentali, indicandone la durata, gli obiettivi e le modalità organizzative;
 - valuta e propone l'eventuale inserimento di Unità Operative nel Dipartimento.
- 20.7.** Le Aree dipartimentali amministrative sono le seguenti e sono articolate nelle Unità Operative in ognuna di esse riportate:
- Area dipartimentale della segreteria direzionale:
- 1a) U.O. segreteria direzionale
1b) U.O. affari generali
1c) U.O. Ufficio legale e contenzioso
- Area dipartimentale della Gestione delle risorse umane e finanziarie:
- 2a) U.O. Gestione del Personale
2b) U.O. Economico-finanziaria

Area dipartimentale tecnico-logistica:

3a) U.O. Provveditorato

3b) U.O. Economato

3c) U.O. Attività Tecniche e Gestione del Patrimonio

20.8. L'Area dipartimentale della segreteria direzionale collabora con il Direttore Generale, il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo e cura:

- i rapporti con la tecnostruttura di staff della Direzione Strategica nel suo complesso, con riferimento alle attività inerenti agli adempimenti relativi alla corrispondenza ed al suo smistamento, alle relazioni esterne, alla segreteria telefonica e alla gestione dell'agenda appuntamenti;
- le segreterie della Direzione Generale, Sanitaria ed Amministrativa e del Collegio Sindacale;
- gli adempimenti connessi alle proposte di deliberazioni, ordinanze e provvedimenti provenienti dalle diverse articolazioni aziendali per l'approvazione da parte del Direttore Generale;
- la tenuta del libro delle deliberazioni del Direttore Generale;
- la trasmissione delle deliberazioni assunte ai soggetti proponenti per il seguito di competenza;
- la verifica della regolarità del procedimento amministrativo e della generale rispondenza del contenuto alle normative vigenti;
- gli adempimenti connessi all'acquisizione dei pareri obbligatori sugli atti deliberativi o provvedimenti da parte degli organismi competenti;
- gli adempimenti connessi alla regolare tenuta del protocollo e archivio della Direzione Generale e al rilascio di atti depositati presso il predetto archivio, secondo le norme regolamentari sul diritto di accesso;
- gli affari legali ed il contenzioso;
- la gestione di convenzioni varie;
- i servizi vari generali, il servizio postale, il servizio di trasporto di atti e documenti.

20.9. Le UU.OO. delle Aree dipartimentali amministrative svolgono funzioni specialistiche di settore, per l'attuazione degli indirizzi programmatici espressi dalla Direzione Generale e/o dalla Direzione Amministrativa, ed assicurano la gestione corrente delle attività di loro competenza.

20.10. Le funzioni amministrative, ai fini della massima flessibilità organizzativa, possono essere, con atto di organizzazione, diversamente accorpate o articolate a livello centrale, anche in rapporto al numero di operatori in servizio. Esse devono:

- Assicurare adeguato e specifico supporto amministrativo alla gestione dei Distretti e dei Presidi Ospedalieri, mediante l'attivazione di uffici in loco posti alle dipendenze funzionali dei rispettivi responsabili;
- Assumere veste di delegazioni decentrate operanti nell'ambito dell'assetto organizzativo delle corrispondenti funzioni centrali;
- Consentire di instaurare e gestire i rapporti giuridici assegnati alle proprie competenze;
- Salvaguardare la unitarietà del bilancio aziendale, ancorché sia attivata la

contabilità separata dei Presidi Ospedalieri e dei Distretti della salute.

20.11. Il Direttore di U.O. è sovraordinato ai dirigenti che afferiscono alla U.O. che dirige e svolge le seguenti funzioni previste dal D. Lgs. 165/2001 e successive modificazioni ed integrazioni:

- a) dirige l'Unità Operativa cui è preposto e ne assume la responsabilità in ordine al raggiungimento degli obiettivi assegnati;
- b) formula proposte al Responsabile dell'Area Dipartimentale cui afferisce ai fini della elaborazione di programmi, di direttive, di schemi di deliberazioni o altri atti di competenza;
- c) cura l'attuazione dei programmi definiti dalla Direzione Generale e/o Amministrativa ed a tal fine, predispone progetti la cui gestione è affidata ai dirigenti o ad altri funzionari sott'ordinati, indicando le risorse occorrenti alla realizzazione di ciascun progetto;
- d) esercita i poteri di spesa, nei limiti di quanto a lui assegnato, e definisce i tetti di spesa che i dirigenti o funzionari sott'ordinati possono impegnare;
- e) determina, nell'ambito di criteri generali fissati dalla Direzione Generale e/o Amministrativa le modalità organizzative dell'U.O. e l'articolazione degli orari informando, secondo le modalità di legge e di contratto, le organizzazioni sindacali;
- f) adotta gli atti di gestione del personale assegnato all'U.O. e provvede all'attribuzione al personale dei trattamenti accessori previsti dai contratti di lavoro;
- g) se delegato dal Direttore Amministrativo, può promuovere o resistere alle liti nelle materie assegnate alla competenza dell'U.O. ed ha il potere di conciliare e transigere d'intesa con gli "Affari Legali e Contenzioso".
- h) verifica e controlla le attività dei dirigenti assegnati all'U.O., con potere sostitutivo in caso di inerzia degli stessi, proponendo misure nei loro confronti, nel caso di inosservanza delle direttive e di risultati negativi;
- i) fornisce le risposte ai rilievi da parte dell'organo di controllo sulle materie di competenza, o sui provvedimenti preposti;
- j) può chiedere ad altre amministrazioni pareri consultivi sulle materie di competenza.

Il Dirigente di U.O. svolge, inoltre, le seguenti funzioni:

- predispone i programmi di lavoro dell'U.O. e ne verifica lo stato di attuazione;
- adotta direttive per lo svolgimento delle attività e per la razionale utilizzazione delle risorse umane e strumentali assegnate all'U.O.;
- sovrintende agli adempimenti e vigila sull'osservanza dei doveri di ufficio da parte del personale;
- cura l'istruttoria e la predisposizione degli atti di competenza del Direttore Generale;
- emana gli atti meramente esecutivi di quelli adottati dal Direttore Generale e dal Direttore Amministrativo di competenza dell'U.O. da lui diretta;
- adotta gli atti ricognitivi e dichiarativi quali registrazioni, certificazioni, accertamenti e valutazioni tecniche;
- risponde al Responsabile dell'Area Dipartimentale di appartenenza e al Direttore Amministrativo dell'attività svolta, della realizzazione dei programmi e dei progetti, della gestione del personale e delle risorse a lui assegnate.
- riferisce periodicamente al Direttore Amministrativo ed al Responsabile

dell'Area Dipartimentale di afferenza su eventuali cause che abbiano ostacolato il regolare svolgimento delle attività.

20.12. Il Dirigente di Settore di attività svolge in particolare le seguenti funzioni:

1. dirige il settore di attività cui è preposto e ne assume la responsabilità;
2. dirige e coordina i sistemi informatico-statistici del settore in collegamento e secondo le direttive dell'apposito ufficio di staff;
3. esercita poteri di spesa, per quanto di competenza, nonché i poteri di gestione per la realizzazione dei progetti adottati dal Direttore Amministrativo e dal Dirigente dell'U.O.;
4. attribuisce i trattamenti economici accessori, per quanto di competenza, nel rispetto dei contratti collettivi;
5. individua i responsabili dei procedimenti che fanno capo al Settore;
6. formula proposte al Dirigente dell'U.O. in ordine ai criteri generali di organizzazione;
7. predispone i piani di lavoro del Settore, nell'ambito del programma dell'U.O., ovvero sulla base degli indirizzi di massima del dirigente dell'U.O.;
8. dispone le misure necessarie per lo svolgimento delle attività ed organizza il personale assegnato al settore in maniera razionale anche con l'ausilio delle risorse strumentali a disposizione;
9. vigila sull'osservanza dei doveri di ufficio da parte del personale assegnato al settore;
10. cura l'istruttoria e la predisposizione degli atti di competenza;
11. dà esecuzione agli atti e provvedimenti che riguardano il settore;
12. risponde al Dirigente dell'U.O. del raggiungimento degli obiettivi del settore, nonché della efficiente ed efficace gestione delle risorse umane e strumentali;
13. dispone l'organizzazione del settore verificando i carichi di lavoro e attribuendoli in maniera equilibrata tra il personale assegnato; n)predispone proposte inerenti la migliore organizzazione ed il più efficiente utilizzo delle risorse del settore;
14. esercita il potere disciplinare su tutto il personale assegnato al settore irrogando direttamente la sanzione della censura al personale non dirigente, se dovuta, nel rispetto delle disposizioni di legge e di contratto;
15. predispone gli schemi di regolamento concernenti l'attività del settore;
16. svolge le altre attività a lui assegnate o delegate dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo, dal Responsabile dell'Area Dipartimentale di appartenenza e/o dal Dirigente dell'U.O. di appartenenza.

La ulteriore articolazione interna è demandata all'adozione di appositi atti.

Art. 21 – Il Direttore Sanitario

21.1. Il Direttore Sanitario, nominato dal Direttore Generale secondo le procedure di cui alla

L. R. 39/2001, esercita le funzioni assegnategli dalle leggi nazionali e regionali. Contribuisce alla direzione dell'Azienda partecipando ai processi di pianificazione annuale.

21.2. Il Direttore Sanitario concorre, all'interno della Direzione Generale, al governo complessivo dell'Azienda garantendo che il sistema decisionale relativo alle politiche di sviluppo adottate, l'individuazione delle azioni operative e la loro gestione, avvengano nel rispetto dell'obbligo di qualità tecnica, professionale e relazionale, secondo l'approccio del governo clinico, contemplati nei principi di organizzazione del Servizio Sanitario Regionale.

21.3. Il Direttore Sanitario:

- esprime parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza;
- dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari;
- promuove e verifica la qualità delle prestazioni erogate;
- verifica e controlla la rispondenza delle attività delle unità operative sanitarie alle decisioni ed agli obiettivi fissati dal Direttore generale ed ha potere sostitutivo, in caso di inerzia, nei confronti delle stesse;
- provvede a quanto demandato, dalla legge e dall'Atto aziendale, alla sua competenza.

21.4. L'azione del Direttore Sanitario si articola su tre livelli: *strategico, tattico ed operativo*. *Il primo livello* si sostanzia con l'essere componente della Direzione Strategica. In questo ambito il Direttore Sanitario coadiuva il Direttore Generale nella definizione delle linee strategiche e delle politiche sanitarie aziendali. Governa la gestione del rischio clinico, la pianificazione e la formazione. Fornisce parere obbligatorio sugli atti relativi alle materie di competenza ed adotta gli atti a lui delegati. Nello svolgimento delle sue funzioni si avvale degli Uffici di Staff della Direzione Generale e di tutti i servizi dell'Azienda.

Il secondo e terzo livello si sostanziano nella conduzione della Direzione Sanitaria dell'Azienda, intesa quale struttura organizzativa che conferisce coerenza d'azione alle differenti competenze tecniche che occorre mobilitare e coordinare per assicurare un sistema di produzione dell'assistenza integrato e rispettoso dei principi del governo clinico. Si manifestano nella formulazione di indirizzi per la produzione di prestazioni che assicurino globalità e continuità della presa in carico, per la promozione e verifica della qualità delle prestazioni erogate, per la verifica e controllo della rispondenza delle attività delle unità operative sanitarie alle decisioni ed agli obiettivi fissati, nonché per l'attività di direzione dei servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico sanitari.

21.5. La Direzione Sanitaria pertanto, si può servire di funzioni di staff necessarie a ricoprire adeguatamente la missione nei tre livelli sopra richiamati.

21.6. Nello specifico, ai sensi della legge, al Direttore Sanitario sono attribuiti i seguenti compiti e funzioni:

- partecipa all'identificazione della domanda di assistenza sanitaria e dei bisogni dell'utenza e fornisce parere obbligatorio in merito alla programmazione sanitaria aziendale;
- verifica e controlla la rispondenza delle attività delle unità operative sanitarie alle decisioni ed agli obiettivi fissati dal Direttore Generale, adottando, in caso di inerzia, i conseguenti provvedimenti anche di carattere sostitutivo;

- propone l'istituzione, la modifica e la soppressione delle articolazioni sanitarie dell'Azienda;
 - dirige sul piano strategico i servizi dell'Azienda ai fini organizzativi ed igienico-sanitari svolgendo attività di indirizzo e coordinamento, supporto e verifica, nei confronti dei rispettivi responsabili e promuovendo l'integrazione dei servizi stessi: nell'esercizio di tali funzioni è sovraordinato ai responsabili dei servizi sanitari;
 - stabilisce gli indirizzi per l'adozione di provvedimenti straordinari;
 - esprime pareri sulle progettazioni edilizie dell'Azienda in merito agli aspetti igienico sanitari e funzionali; < propone gli atti di programmazione sanitaria aziendale; < presiede il Consiglio dei sanitari; < presiede le commissioni per il conferimento degli incarichi di direttore di strutture complesse sanitarie;
 - formula proposte al Direttore Generale per le materie di competenza ai fini della elaborazione dei Piani Pluriennali, dei programmi annuali, dei progetti di attività e della relazione sanitaria aziendale, nonché per la nomina dei responsabili delle strutture sanitarie;
 - propone al Direttore Generale l'adozione dei criteri generali di organizzazione dei servizi sanitari ed emana le relative disposizioni attuative;
 - propone gli atti regolamentari a valenza aziendale in materia sanitaria (dipartimenti, comitato etico, comitato per il buon uso del sangue, gestione rifiuti sanitari, libera professione, ecc.);
 - collabora al controllo di gestione dell'Azienda, verifica la qualità dei servizi sanitari e delle prestazioni erogate e pianifica l'allocazione delle risorse umane e tecnico strumentali nell'ambito dei servizi sanitari, nel rispetto della programmazione sanitaria aziendale;
 - promuove l'attività di formazione, aggiornamento e riqualificazione del personale dei servizi sanitari al fine del perseguimento degli obiettivi aziendali;
 - promuove iniziative di ricerca finalizzate nell'ambito dei servizi aziendali.
- 21.7.** In caso di assenza o impedimento temporaneo, il Direttore Sanitario è sostituito da un Direttore di Struttura complessa nominato dal Direttore Generale, su sua proposta.
- 21.8.** Al fine di facilitare il raccordo tra la Direzione sanitaria e le aree territoriali di cui si compone l'Azienda, il Direttore generale può nominare, in ciascuna area territoriale, un Dirigente con funzioni di raccordo tra i distretti della salute e le altre strutture aziendali insistenti nell'area medesima. Tale Dirigente assume le funzioni di vicario (o referente) del Direttore Sanitario per quell'ambito territoriale. I dirigenti chiamati a svolgere tali funzioni avranno la titolarità di una posizione valorizzata nell'ambito della graduazione delle funzioni.

Art. 22 - Articolazioni della Direzione Sanitaria

22.1. *La Direzione dell'assistenza infermieristica ed ostetrica* e delle attività di supporto

22.2 presiede al governo e allo sviluppo delle risorse infermieristiche e delle attività di supporto all'attività assistenziale. L'organizzazione in forma dipartimentale dei servizi infermieristici avviene in conformità alla DGR n. 2131 del 08/10/2001. Ad essa è preposto un dirigente, operatore professionale proveniente dall'area infermieristica.

22.2.1. L'assistenza infermieristica è una componente del processo assistenziale pertanto, per

le parti di rispettiva competenza, si integra con l'area medica, sociale, riabilitativa e di sanità pubblica. La sua *mission*, in coerenza con quella aziendale, è di garantire l'organizzazione ed il coordinamento delle attività necessarie a rispondere al bisogno specifico di assistenza infermieristica degli utenti dei servizi offerti dalla Azienda Sanitaria Locale. Ciò attraverso lo sviluppo dei processi e dei programmi di competenza, la definizione, la direzione e la valutazione del sistema di governo dell'assistenza infermieristica e tecnica generale e specialistica di natura preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa.

- 22.2.2.** La Direzione dei Servizi Infermieristici promuove dunque la qualità e l'efficienza delle attività assistenziali dirette alla prevenzione, alla cura ed alla riabilitazione, utilizzando metodologie di pianificazione dell'assistenza per obiettivi. Garantisce lo sviluppo dei processi e dei programmi di competenza e la definizione, la direzione e la valutazione del sistema di governo dell'assistenza infermieristica; assume la responsabilità del governo clinico-assistenziale, relativamente ai processi di nursing aziendali, nell'ambito dei programmi di assistenza.
- 22.2.3.** A tal fine la Direzione dei Servizi Infermieristici collabora con i Direttori di Dipartimento, di Presidio ospedaliero, di Distretto, assicurando il supporto e il coordinamento nella gestione delle risorse professionali di competenza tramite *i responsabili infermieristici* di dipartimento, di distretto e di presidio ospedaliero .
- 22.2.4.** Nei Distretti, nei Presidi Ospedalieri, nei Dipartimenti è individuato *un responsabile dell'area infermieristica*, il quale assicura la continuità assistenziale e presidia i punti di integrazione della rete dei servizi . In adesione alla programmazione aziendale il *responsabile dell'area infermieristica* svolge, nell'ambito dell'articolazione in cui opera, funzione di pianificazione organizzativa e di direzione delle attività assistenziali in stretto rapporto e con il coordinamento della Direzione sanitaria.
- 22.2.5.** La Direzione dei Servizi Infermieristici coordina *i responsabili di area infermieristica*, al fine di sviluppare processi assistenziali coerenti con le strategie aziendali. Promuove l'organizzazione delle risorse professionali, nel rispetto degli accordi sindacali e delle necessità di integrazione multiprofessionale, con particolare attenzione allo sviluppo e alla valorizzazione delle professioni sanitarie non mediche, anche attraverso una coerente metodologia di programmazione, selezione, inserimento, valutazione delle risorse professionali afferenti ed un appropriato utilizzo dei sistemi premianti.
- 22.2.6.** Il *responsabile dell'area infermieristica*, pur nel rispetto degli indirizzi generali trasmessigli dalla Direzione dei servizi infermieristici, dà attuazione ai programmi del Direttore della Struttura in cui opera e con questi si coordina per poter utilmente presiedere alla funzione di governo dell'assistenza infermieristica, e di supporto e promuove *l'organizzazione delle risorse professionali specifiche*, nel rispetto degli accordi sindacali e della necessità di integrazione multiprofessionale.
- A livello dei Dipartimenti ospedalieri e territoriali, il responsabile di area infermieristica assicura adeguati livelli di assistenza infermieristica per le funzioni di base e specialistiche nonché attività per l'erogazione dei servizi/attività tecnico-ispettive, predisponendo modelli organizzativi e assistenziali per facilitare la continuità dell'assistenza e l'erogazione di prestazioni, valutando i processi specifici e realizzando gli inerenti programmi di formazione.
- 22.3.** ***La Direzione dei servizi tecnico-sanitari e della riabilitazione*** presiede al governo e allo sviluppo delle risorse tecnico-assistenziali, tecnico-diagnostiche, tecnico-riabilitative di supporto all'attività assistenziale. L'organizzazione in forma

dipartimentale dei servizi tecnico-sanitari e della riabilitazione avviene in conformità alla DGR n. 2131 del 08/10/2001. Ad essa è preposto un dirigente, operatore professionale proveniente dall'area tecnico-sanitaria.

- 22.3.1.** L'Assistenza dei Servizi tecnico-sanitari e della riabilitazione è una componente del processo assistenziale pertanto, per le parti di rispettiva competenza, si integra con l'area medica, sociale, riabilitativa e di sanità pubblica. La sua *mission*, in coerenza con quella aziendale, è di garantire l'organizzazione ed il coordinamento delle attività necessarie a rispondere al bisogno specifico di assistenza degli utenti dei servizi offerti dalla Azienda. Ciò attraverso lo sviluppo dei processi e dei programmi di competenza, la definizione, la direzione e la valutazione del sistema di governo dell'assistenza tecnica generale e specialistica di natura preventiva, curativa, palliativa e riabilitativa.
- 22.3.2.** La Direzione dei Servizi tecnico-sanitari e della riabilitazione promuove dunque la qualità e l'efficienza delle attività assistenziali dirette alla prevenzione, alla cura ed alla riabilitazione, utilizzando metodologie di pianificazione dell'assistenza per obiettivi. Garantisce lo sviluppo dei processi e dei programmi di competenza e la definizione, la direzione e la valutazione del sistema di governo dell'assistenza tecnica; assume la responsabilità del governo clinico – assistenziale, relativamente ai processi di assistenza tecnica aziendali, nell'ambito dei programmi di assistenza.
- 22.3.3.** A tal fine la Direzione collabora con i Direttori di Dipartimento, di Presidio ospedaliero, di Distretto, assicurando il supporto e il coordinamento nella gestione delle risorse professionali di competenza tramite *i responsabili* di dipartimento, di distretto e di presidio ospedaliero .
- 22.3.4.** Nei singoli Distretti, Presidi Ospedalieri e Dipartimenti è individuato *un responsabile dell'area tecnico-sanitaria e della riabilitazione*, il quale assicura la continuità assistenziale e presidia i punti di integrazione della rete dei servizi. In adesione alla programmazione aziendale il *responsabile* in parola svolge, nell'ambito dell'articolazione in cui opera, funzione di pianificazione organizzativa e di direzione delle attività assistenziali in stretto rapporto e con il coordinamento della Direzione sanitaria.
- 22.3.5.** La Direzione coordina *i singoli responsabili di area tecnico-sanitaria* al fine di sviluppare processi assistenziali coerenti con le strategie aziendali. Promuove l'organizzazione delle risorse professionali, nel rispetto degli accordi sindacali e delle necessità di integrazione multiprofessionale, con particolare attenzione allo sviluppo e alla valorizzazione delle professioni sanitarie non mediche, anche attraverso una coerente metodologia di programmazione, selezione, inserimento, valutazione delle risorse professionali afferenti ed un appropriato utilizzo dei sistemi premianti.
- 22.3.6.** Il *responsabile dell'area tecnico-sanitaria e della riabilitazione* , pur nel rispetto degli indirizzi generali trasmessigli dalla propria Direzione, dà attuazione ai programmi del Direttore della Struttura in cui opera e con questi si coordina per poter utilmente presiedere alla funzione di governo dell'assistenza tecnica e di riabilitazione, e di supporto e promuove *l'organizzazione delle risorse professionali specifiche*, nel rispetto degli accordi sindacali e della necessità di integrazione multiprofessionale. A livello dei Dipartimenti ospedalieri e territoriali, *il responsabile di area tecnico-sanitaria e della riabilitazione* assicura adeguati livelli di assistenza di propria competenza per le funzioni di base e specialistiche nonché attività per l'erogazione dei servizi/attività tecnico-ispettive, predisponendo modelli organizzativi e assistenziali per

facilitare la continuità dell'assistenza e l'erogazione di prestazioni, valutando i processi specifici e realizzando gli inerenti programmi di formazione.

A tal fine si coordina con il responsabile tecnico dell'area di vigilanza ed ispezione del Dipartimento di Prevenzione.

La ulteriore articolazione interna è demandata all'adozione di appositi atti.

Titolo VI

IL GOVERNO AZIENDALE

Art. 23 - Sistema di Governo

Il governo aziendale *si ispira*, oltre che ai valori generali espressi, *a tre modalità di lavoro* così sintetizzabili:

- a) considerare l'Azienda come un sistema unitario e unificante,
- b) lavorare per processi o percorsi,
- c) tendere alla semplificazione.

L' Azienda quale sistema unitario. La scelta scaturisce dall'esigenza di dare ordine, dare un senso logico alle cose, collegarle tra loro e renderne evidente il significato strategico. Il riferimento metodologico generale è European Foundation for Quality Management, con la consapevolezza che ogni processo di sviluppo organizzativo nasce dalla capacità diagnostica, guidata da valori espliciti e dalla chiara definizione di strategie di miglioramento continuo. I risultati in termini di qualità dell'offerta, di efficienza gestionale, di riconoscimento dei vari fruitori e della comunità rappresentano per l'Azienda la chiave di lettura dell'organizzazione interna e la premessa per le azioni di sviluppo. La **unitarietà** del sistema azienda è cioè la condizione per ottenere coerenza di gestione e consenso interno ed esterno alle azioni progettuali. Rappresenta infine l'opportunità per costruire il riferimento contrattuale e lo spazio per la comunicazione con i professionisti dell'azienda.

Lavorare per processi. E' la condizione per dare centralità al fruitore e al risultato finale del servizio reso. Per processo aziendale si intende infatti una sequenza di azioni eseguite da più professionisti che utilizzano risorse per ottenere un unico obiettivo: il soddisfacimento del bisogno di salute dei cittadini. L'impegno aziendale nell'ottica dei processi si sviluppa attraverso la definizione dei grandi processi che guidano l'azione istituzionale sul versante del governo (programmazione, comunicazione e marketing, qualità) e dei processi primari e della produzione diretta dei servizi.

La gestione per processi sarà perseguita dall'Azienda con la finalità di:

- a) ottimizzare la propria efficacia ed efficienza interna;
- b) mettere al centro il risultato e il fruitore del servizio valutando il risultato stesso con il suo metro;
- c) superare la modalità di lavoro per compiti orientando il lavoro dei singoli professionisti al risultato;
- d) orientare il lavoro aziendale alle priorità di salute e alla ricerca delle sinergie di sistema;

e) sviluppare la cultura del lavoro di gruppo per obiettivi e risultati.

L'Azienda, coerentemente con le finalità ed i valori aziendali, privilegerà, a qualsiasi livello una organizzazione strutturata per processi o percorsi assistenziali con la individuazione chiara dei livelli di responsabilità. Le attività di supporto, quelle amministrative e quelle dei meccanismi operativi, saranno funzionali alla efficienza ed efficacia dei processi sanitari. Attraverso l'azione di accreditamento ciascun processo sarà declinato rispetto ai propri fruitori, ai livelli di qualità dei risultati e alle modalità più efficaci di realizzazione; il tutto come condizione per la misurazione delle relative performance.

Tendere alla semplificazione. L'Azienda intende sviluppare un processo di sostanziale semplificazione attraverso un sistema di deleghe che porti ad una responsabilizzazione diffusa dove a fronte di precisi spazi di autonomia corrispondano livelli espliciti di valutazione con le relative conseguenze; intende porre attenzione alla lettura delle esperienze, all'utilizzo dell'informazione, al confronto inter ed intra- organizzativo come valore per la sua stessa crescita; alla comunicazione come strumento di valorizzazione delle differenze. La cultura dei processi e dei percorsi che si intende sviluppare come preconditione per il successo, rappresenta la strada per il superamento delle ridondanze organizzative, delle frammentazioni e delle logiche burocratiche, ma anche l'opportunità per definire in modo più preciso il significato tecnico e sociale dell'agire organizzativo da parte di tutti i professionisti.

Questi principi testimoniano la centralità di meccanismi operativi efficaci come collegamenti laterali ai processi primari su cui sviluppare sistemi operativi in grado di supportare una effettiva gestione dei processi. Fanno parte dei meccanismi operativi:

- pianificazione strategica,
- programmazione e controllo;
- gestione della qualità;
- governo delle risorse umane,
- gestione dell'informazione;
- comunicazione.

I processi operativi sono assicurati dalle tecnostrutture di staff.

L'esigenza di unitarietà di interventi a livello aziendale e di un raccordo tra la gestione del sistema di produzione e la programmazione dello sviluppo dei servizi evidenzia la necessità che la direzione generale predisponga ulteriori strumenti aggregativi in grado di coinvolgere professionalmente le unità produttive, assicurandone il coordinamento e la verifica dell'attività esercitata.

Tali strutture vengono definite: Programmi e Uffici.

Art. 24 - Il Governo Economico Finanziario

L'Azienda si impegna a garantire, nell'ambito del piano locale territoriale per la salute, i livelli di assistenza programmati e concordati con la Regione sia in termini di servizi ed attività che in termini di risorse economiche. L'espressione in termini economici-finanziari e patrimoniali delle scelte operate costituisce il contenuto del Bilancio Pluriennale di previsione e del Bilancio Economico Preventivo con separata indicazione dei servizi socio-assistenziali e nel quale vengono, tra l'altro, indicati gli investimenti da attuarsi nell'esercizio, le prestazioni che si intendono erogare, i dati analitici relativi al personale e le articolazioni del budget con i corrispondenti obiettivi e risorse.

L'Azienda riconosce ed attua la divisione delle funzioni di indirizzo di programmazione e controllo assegnate al Direttore Generale, dalle funzioni di gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa riservate ai Dirigenti. Ad essi è riconosciuta autonomia gestionale ed operativa a cui è collegata una diretta responsabilizzazione sui risultati raggiunti, valutati in relazione alle risorse impiegate.

L'Azienda persegue i suoi obiettivi con gli strumenti della pianificazione, programmazione e gestione per budget delle risorse disponibili che vengono assegnate alle varie articolazioni aziendali. L'allocazione delle risorse, all'interno dell'Azienda, fa capo alla Direzione Aziendale in funzione di programmazione e governo.

Art. 25 - Il Governo Clinico

Il governo clinico rappresenta l'approccio fondamentale allo sviluppo, alla gestione e alla valutazione della qualità complessiva dei servizi resi. Rappresenta una delle linee del governo aziendale assieme a quella economico-finanziaria e del governo strategico globale. Il contributo del governo clinico alla vita aziendale si realizza nell'esercizio del miglioramento continuo dei servizi erogati e nella ricerca e salvaguardia di sempre più elevati standard assistenziali da parte dei professionisti e dell'organizzazione. Esso ridefinisce e orienta tutte le dimensioni della qualità nella convinzione che il servizio offerto esplicita i suoi livelli di accettabilità su più dimensioni, da quella tecnica a quella relazionale, organizzativa, economica e ambientale. Alla Direzione Sanitaria spetta il compito di presidiare il livello aziendale di applicazione del miglioramento e di raggiungimento del livello di efficacia, con particolare riferimento alla qualità e appropriatezza (adeguatezza) della performance assistenziale, creando un sistema in grado di comunicare: ricevere i segnali dai dipartimenti/unità operative, elaborarli se necessario, e diffonderli verso tutte le funzioni interessate, a tutti i livelli aziendali.

La necessità di governo clinico, non dipende dalla entità di risorse a disposizione, nasce da una questione sostanzialmente etica e mira a definire e governare in maniera equa il livello della risposta sanitaria: *poiché è impossibile dare il massimo a tutti, ci si deve impegnare per garantire a tutti un livello minimo di assistenza, che sia il più alto possibile.* Esistono ancora grandi opportunità di miglioramento per i professionisti impegnati nell'assistenza sanitaria, in particolare per cercare di ridurre gli errori evitabili, la sottoutilizzazione di alcuni servizi, il sovrautilizzo di altri, la variabilità nell'erogazione dei servizi.

Il governo clinico permette di accrescere l'appropriatezza, di ridurre la variabilità e di migliorare l'adesione a standard di trattamento appropriati: consente di ridurre la distanza tra efficacia pratica (effectiveness) ed efficacia teorica (efficacy), migliorando direttamente il comportamento professionale e razionalizzando l'organizzazione. L'obiettivo finale è una medicina basata sulle prove di efficacia e non solo sui modelli delle linee guida, ed è pertanto necessario che i percorsi siano basati su revisioni realmente sistematiche della letteratura, sia dal punto di vista professionale e sia per i modelli organizzativi del contesto nel quale tali percorsi verranno applicati.

Il governo clinico propone la condivisione di una organizzazione del lavoro per processi con la consapevolezza che il servizio è appunto il risultato di processi di lavoro intesi come sequenza di azioni interconnesse e finalizzate per le quali agiscono professionisti, si utilizzano tecnologie sia hard (macchine) che soft (linee guida, procedure assistenziali), si consumano risorse, si adottano metodologie di lavoro conseguenti. Agire il governo clinico come metodo nella costruzione e erogazione di servizi di qualità, secondo logiche

di processo, permette di intervenire su tutti questi elementi modificando e migliorando continuamente le azioni e i compiti, i livelli professionali, le interfacce, i metodi, le tecnologie.

La responsabilità del governo clinico è pertanto di ogni livello organizzativo e professionale e in primo luogo della filiera di responsabilità della produzione con un ruolo di direzione e di governo da parte del Direttore Sanitario.

La predisposizione dei percorsi è un processo ad altissimo contenuto professionale, che però non può essere lasciato in mano ai soli professionisti: infatti la qualità delle linee guida per la pratica clinica prodotte da società scientifiche è ben lontana da standard metodologici accettabili. I professionisti devono essere motivati a mettere in gioco la loro professionalità per costruire ed utilizzare il governo clinico.

Si definisce percorso diagnostico terapeutico assistenziale il macroprocesso che corrisponde alla intera gestione di un problema di salute ed include anche l'assistenza alla persona per la cura e per eventuali disabilità e il sostegno psicologico e sociale.

Compiutamente, la gestione dei percorsi assistenziali dovrebbe favorire la integrazione della componente territoriale con quella ospedaliera. Le difficoltà di integrazione e di coinvolgimento dei professionisti spesso portano a formulare percorsi assistenziali diversificati per attività ospedaliere e territoriali. E' obiettivo aziendale produrre percorsi assistenziali unificanti, capaci di legare ospedale e territorio, in un *continuum* di processo.

I percorsi assistenziali hanno lo scopo di eliminare il più possibile i ritardi e gli sprechi, contenere le variazioni non necessarie e/o non motivate dei trattamenti, assicurare la continuità e il coordinamento dell'assistenza, ridurre al minimo i rischi per i pazienti e migliorare gli esiti.

Per implementare un percorso assistenziale corretto è necessario:

- un approccio interprofessionale, multidisciplinare e spesso inter-strutture (Ospedale/ Distretto) ;
- scelte professionali basate il più possibile sulla evidenza;
- l'adattamento del percorso alle esigenze locali e la sua condivisione;
- la suddivisione del percorso in fasi di durata definita;
- la puntualizzazione della sequenza degli atti professionali coinvolti (chi deve fare cosa e quando) nelle diverse fasi ;
- la identificazione del nome del responsabile attuativo del percorso, come punto di riferimento di tutti gli attori del percorso e del paziente;
- la specificazione degli indicatori di processo e di esito con cui sarà valutata l'attuazione del percorso; sia promosso il coinvolgimento dell'utente .

I percorsi assistenziali sono gli strumenti di coordinamento ed integrazione che favoriscono la continuità nel trattamento, la formazione degli operatori e l'individuazione delle migliori modalità per l'utilizzazione delle risorse. Studi significativi hanno documentato l'esistenza di anomalie variabili e talora gravi problemi di qualità nei servizi sanitari che non adottano i percorsi assistenziali basati sulle evidenze. Gli stessi studi hanno evidenziato che 20-25 patologie assorbono l' 80-90% delle prestazioni sanitarie . Pertanto la mancata adozione dei percorsi assistenziali non è legata all'indefinito numero di applicazioni, ma ad una resistenza culturale.

E' bene ribadire che i percorsi assistenziali richiedono la scomposizione dell'intero percorso assistenziale in fasi, obbligano pertanto a chiarire i criteri clinici e organizzativi

applicati per inserire l'utente in una fase e trasferirlo alla fase successiva, permettono di identificare lentezze e attese riducibili, attività poco utili o troppo costose, ripetizioni, rischi evitabili. Rispetto ad altre forme di gestione per processi i percorsi assistenziali hanno il vantaggio di favorire i criteri di appropriatezza professionale degli interventi orientati agli esiti di salute, evidenziando che il vero prodotto di una organizzazione sanitaria non sono le prestazioni (output), ma gli esiti (outcome).

Per favorire la crescita dei processi professionali e dei percorsi assistenziali appare necessaria la costituzione di un gruppo di coordinamento aziendale, collocato nell'ufficio qualità, che assicuri l'omogeneità dell'approccio in tutta l'azienda.

Tale gruppo di coordinamento si occuperà sia degli aspetti progettuali (formazione del personale, inserimento delle iniziative nel budget, reperimento e valutazione delle linee guida), sia degli aspetti operativi (organizzazione di incontri sui percorsi, predisposizione di documenti e moduli, elaborazione dati, elaborazione segnalazioni dall'URP). Il gruppo di coordinamento avrà come obiettivo la elaborazione di un manuale operativo aziendale sui percorsi assistenziali.

La gestione per processi presuppone l'individuazione del responsabile di processo.

Art. 26 - La Tecnostruttura di Staff

26.1. Lo staff è uno strumento di integrazione aziendale, posizionato al di fuori del flusso di autorità formale (flussi di linee), che esprime scelte di indirizzo strategico per l'intera organizzazione, su mandato diretto della Direzione Generale ed è vincolato alla realizzazione di obiettivi strategici.

I compiti assegnati allo staff superano i vincoli legati alla separazione convenzionale tra ruolo sanitario e ruolo amministrativo, in quanto la funzione espressa investe nuove competenze specialistiche e trasversali. Gli organi di staff non gestiscono processi produttivi correnti; sono piuttosto aggregazioni professionali di specialisti permanentemente assegnati a funzioni il cui tratto comune è quello del mantenimento e sviluppo del know-how.

La Funzione Strategica non si sovrappone né si sostituisce ai ruoli sanitario e amministrativo ma ne somma le funzioni, per cui, se "amministrativo" e "sanitario" sono le connotazioni che individuano i processi in linea, "strategico" è la connotazione che identifica i processi in staff.

Le funzioni e le conseguenti Posizioni Dirigenziali di staff sono legate a competenze di alta specializzazione e ad esperienze professionali acquisite nelle materie specifiche, confermate da curriculum individuali e vincolate al rapporto fiduciario; pertanto sono individuate dalla Direzione Generale indipendentemente dal ruolo dalle stesse svolto nell'Azienda.

Qualora queste funzioni non siano individuabili tra le professionalità presenti all'interno dell'Azienda, possono essere reperite all'esterno, purché ugualmente legate a competenze di alta specializzazione e ad esperienze professionali acquisite nelle materie specifiche e confermate da curriculum individuali.

In considerazione degli importanti cambiamenti strutturali ed infrastrutturali che attualmente coinvolgono l'Azienda, diventa determinante l'aggregazione delle Funzioni Strategiche a staff della Direzione Generale, al fine di ottenere il miglioramento dei sistemi di governo dell'intera organizzazione.

26.2. Le Aree di staff vanno considerate come strumenti flessibili. La loro funzione di supporto ai processi decisionali esige che possano essere variamente integrate e

riorganizzate, attivate e dismesse, secondo le esigenze aziendali con specifici provvedimenti del Direttore Generale. Esse concorrono al conseguimento di specifici risultati, pertanto, non tutte le *aree di staff* previste nel presente Atto aziendale devono essere necessariamente e contemporaneamente attivate, la loro individuazione risponde a criteri di ampia managerialità, la loro attivazione avverrà gradualmente in rapporto alle effettive necessità ed esigenze aziendali ed in rapporto ad una adeguata valutazione costo/beneficio. Aree di staff che dovessero aver esaurita la loro funzione possono essere dismesse.

26.3. Le funzioni di staff sono così individuate:

- ***Organizzazione e Sviluppo;***
- ***Programmazione e Controllo;***
- ***Sicurezza, prevenzione, protezione e conformità strutturale.***

26.4. La Funzione di staff *Organizzazione e Sviluppo*, supporta la Direzione Generale nei processi di innovazione, reingegnerizzazione, sviluppo organizzativo e delle risorse umane, ricerca della qualità. Si può articolare nelle seguenti Aree di staff :

Area di staff per la ricerca della qualità,
Area di staff Sviluppo delle Risorse,
Area di staff Comunicazione e Relazioni esterne,
Area di staff Innovazione e Ricerca

26.4.1. L'area di staff per la ricerca della qualità assolve i compiti di implementazione e verifica della qualità che, in adesione alle impostazioni dei P.S.N. 2003/2005 e 2006/2008 deve riguardare un insieme di aspetti del servizio che comprendono sia la dimensione tecnica, che quella umana, economica e clinica delle cure e va perseguita attraverso la realizzazione di una serie articolata di obiettivi, dalla efficacia clinica, alla competenza professionale e tecnica, all'efficienza gestionale, all'equità degli accessi, alla appropriatezza dei percorsi terapeutici. Compito dell'Area è dunque la implementazione e verifica, attraverso la predisposizione di adeguati indicatori della qualità percepita e della qualità partecipata (*in collaborazione con l'Area della Comunicazione*) della qualità delle relazioni organizzative (*in collaborazione con l'Area Sviluppo organizzativo e gestione delle Risorse Umane*) della qualità tecnica, della appropriatezza e della efficacia delle prestazioni.

Sarà inoltre compito dell'Area di staff *Qualità* monitorare e garantire l'evoluzione del percorso di *autorizzazione-accreditamento istituzionale* impostato dalla Regione Basilicata con la DGR 2753/2005.

L'Area cura, anche, la verifica e revisione della qualità delle prestazioni anche di carattere logistico-alberghiero erogate all'utenza; e svolge, attraverso la VRQ, attività di supporto alla programmazione e controllo.

L'area della *Qualità* si articola in VRQ e Qualità tecnica; Qualità percepita; Accreditamento istituzionale; Sicurezza e Rischio clinico; Miglioramento continuo.

26.4.2. L'area di staff Sviluppo delle Risorse cura, in stretta connessione con l'Area *Innovazione e Ricerca*, le attività connesse alla reingegnerizzazione di tutti i procedimenti aziendali, e quelle relative alla valorizzazione e gestione delle Risorse umane (piani di formazione, definizione dei criteri per il sistema permanente di valutazione, definizione dei percorsi di carriera e dei profili professionali, le relazioni sindacali relative al personale). Tale area permette di avere a disposizione una struttura in grado di predisporre specifici studi sull'organizzazione dell'azienda, al fine di migliorarne sia i processi amministrativi, che di gestione delle risorse e di erogazione

delle prestazioni. Essa, in via generale, ha il compito di esaminare tutti i procedimenti dell'azienda allo scopo di pervenire ad una loro semplificazione, ovvero alla rimozione di ostacoli che ritardino l'erogazione delle prestazioni.

Ha inoltre il compito di gestire i rapporti con le organizzazioni sindacali, di raccogliere e verificare con periodicità i carichi di lavoro rilevanti dai Responsabili delle U.O., dei Dipartimenti, dei Distretti Sanitari di Base e dei Presidi Ospedalieri al fine di verificare la produttività delle singole U.O.

Infine, allo scopo di valorizzare le risorse umane dell'azienda, l'area propone, nel rispetto della normativa contrattuale, forme di incentivazione per il personale, nonché programmi di formazione ed aggiornamento, avvalendosi del supporto dei responsabili delle Unità Operative.

L'Area predispone inoltre i progetti e gli studi in materia di risorse umane e di organizzazione richiesti dalla Direzione Generale.

L'area *“Sviluppo delle Risorse”* si articola in *gestione delle risorse umane; sviluppo organizzativo; formazione del personale e benessere organizzativo; relazioni sindacali.*

26.4.3. *L'area di staff Comunicazione e Relazioni esterne* assicura le attività connesse ai processi di comunicazione interna ed esterna e le attività connesse alla promozione ed allo sviluppo dell'immagine aziendale, nel rispetto di quanto previsto dalla legge n. 150/2000.

L'area di staff *Comunicazione e Relazioni esterne* si articola in *URP – Relazioni Esterne; Carta dei Servizi; Gestione reclami; Ufficio stampa.*

26.4.4. *L'area di staff Innovazione e ricerca*, in stretta connessione con l'Area Sviluppo delle Risorse e con l'Area per la ricerca della qualità, ha il compito di promuovere iniziative, programmi, attività capaci non solo di rimuovere e progressivamente eliminare ogni residua inefficienza, ma anche di sviluppare innovazioni produttive per l'azienda. Contrariamente a quanto si considera da più parti, e cioè che la sanità rappresenti una componente onerosa della spesa pubblica per cui si pone l'accento sulla necessità di ridurne l'impatto sulla pubblica finanza, questa azienda si impegna a dimostrare come, al contrario, la sanità possa diventare, attraverso la innovazione e la ricerca, un settore trainante dell'economia, un vero e proprio volano per lo sviluppo dell'economia reale, sia per l'occupazione che produce, sia per le attività di ricerca che è in grado di mettere in campo nel settore farmaceutico, tecnologico, biologico e in altri settori. Lungo queste direttrici si svilupperà l'attività aziendale di programmazione, che peraltro, nel rispetto della normativa, sarà sottoposta alla condivisione regionale.

L'area di staff Innovazione e ricerca si articola in Benchmarking Progetti e programmi assistenziali; Attività di ricerca; Progetti di sviluppo organizzativo.

26.5. *La funzione di staff Programmazione e Controllo* supporta la Direzione Generale nella predisposizione dei programmi aziendali, nelle attività di governo e nella definizione degli obiettivi da assegnare alle strutture operative. Collabora altresì alla verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati. Si può articolare nelle seguenti Aree di staff:

- *Area di staff Osservatorio epidemiologico e Pianificazione strategica;*
- *Area di staff Internal Audit e Attività ispettive;*
- *Area di staff Budget e Controllo di Gestione;*
- *Area di staff Sistema informativo Automatizzato.*

26.5.1. *L'area di staff Osservatorio epidemiologico e Pianificazione strategica* supporta la Direzione aziendale nelle attività di programmazione in ragione delle effettive

necessità che trovano radicamento nella conoscenza dei bisogni supportata dai dati epidemiologici.

Elabora tutte le statistiche aziendali, predispone la pianificazione strategica del Direttore Generale e i piani attuativi, partecipa al Governo clinico e alla definizione degli obiettivi da assegnare alle strutture aziendali. Perché possa assolvere correttamente tale compito le sono trasmessi i provvedimenti e le direttive di carattere generale emanati dalla Direzione Strategica, i programmi e i progetti dalla stessa elaborati, gli obiettivi di rendimento e di risultato della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa, incluse le decisioni organizzative e di gestione del personale.

L'area di staff Osservatorio epidemiologico e Pianificazione strategica si articola in Osservatorio epidemiologico e Statistica sanitaria; Pianificazione strategica delle attività e degli obiettivi e governo clinico; Verifica e gestione mobilità attiva e passiva; Supporto corretta codifica delle prestazioni; reportistica SDO.

26.5.2. *L'area di staff Internal Audit e Attività Ispettive* assolve i compiti di verifica ispettiva sul rispetto delle direttive, procedure e percorsi aziendali. In tal senso la verifica ispettiva può assumere anche valenza sanzionatoria, ma deve essere intesa innanzitutto come attività di consulenza, guida e sostegno al recupero delle corrette procedure aziendali.

L'Area svolge le attività ispettive disposte direttamente dalla Direzione strategica, e/o previste da appositi programmi di vigilanza; cura ed organizza l'audit interno; verifica il rispetto della normativa e delle direttive aziendali, dei comportamenti etici.

L'area di staff Internal Audit e Attività Ispettive, in assolvimento dei compiti affidatigli matura una piena e completa conoscenza delle Strutture ed articolazioni aziendali ed è in grado di valutare il grado di partecipazione ed il contributo che ciascuna di esse può offrire al raggiungimento degli obiettivi aziendali. Essa, pertanto, supporta la Direzione Generale nella predisposizione dei programmi di governo aziendale nonché nella definizione degli obiettivi delle strutture operative in sinergia con l'Area della Programmazione.

L'area di staff Internal Audit e Attività Ispettive si articola in: Internal Audit ; Ispettorato interno; Controllo e tutela della privacy; Controllo e Tutela dei comportamenti etici; pianificazione e gestione CEA e Strutture Convenzionate.

26.5.3. *L'area di staff Budget e Controllo di Gestione* supporta il processo di budget, assolve i compiti di verifica e di controllo della produzione sia in termini di appropriatezza (in stretta connessione con le Aree Osservatorio epidemiologico e Pianificazione strategica e Internal Audit) che di economicità. Verifica il rispetto dei budget, opera verifiche sulle attività rese da terzi e sulla mobilità sanitaria, opera (sempre in stretta connessione con le Aree Osservatorio epidemiologico e Pianificazione strategica e Internal Audit) il controllo sulle determinanti della spesa farmaceutica. Assolve in generale i compiti del controllo interno e pertanto raccoglie e analizza i dati di gestione e attraverso idonee elaborazioni e adeguati indicatori; valuta la significatività degli scostamenti, l'efficienza nell'impiego delle risorse e la produttività dei fattori operativi impiegati. Redige periodici rapporti sulla gestione e sullo stato di avanzamento del budget; redige il rapporto annuale finale che attua il sistematico confronto tra i dati di budget e di consuntivo, capace di porre in evidenza gli scostamenti nei costi, nei risultati e nei rendimenti a livello sia di centri di responsabilità sia delle fondamentali strutture dell'Azienda.

La struttura tecnico-contabile del controllo di gestione, oltre ad avvalersi dei dati e delle informazioni desumibili dalla contabilità economico-patrimoniale, dalla

contabilità analitica, dalla metodologia di budget e da altre parti del sistema informativo dell'Azienda Sanitaria, si fonda sulla rilevazione analitica degli scostamenti. La rilevazione analitica degli scostamenti avviene per confronto tra dati di budget e dati consuntivi, con riguardo ai volumi delle risorse complessivamente utilizzate, ai singoli fattori operativi impiegati e ai risultati ottenuti.

L'area effettua, attraverso gli appositi nuclei o collegi, le valutazioni previste dalle norme che regolano l'affidamento e revoca degli incarichi dirigenziali dai vigenti contratti collettivi di lavoro, nonché le valutazioni del personale del comparto ed il rispetto del principio della trasparenza dell'azione amministrativa sancito dalla legge 241/90 e s.m.i.

All'Area sono trasmessi i provvedimenti e le direttive di carattere generale emanate dalla Direzione Strategica, i programmi e i progetti della stessa elaborati, gli obiettivi, gli obiettivi di rendimento e di risultato della gestione finanziaria, tecnica ed amministrativa, incluse le decisioni organizzative e di gestione personale.

L'Area di staff Budget e Controllo di Gestione si articola in Supporto al processo di budget; Controllo di gestione. Svolge inoltre funzioni di supporto e di valutazione.

26.5.4. *L'area di staff Sistema Informativo automatizzato e Tecnologia dell'Informazione* contribuisce alla definizione delle strategie della programmazione e del controllo delle attività aziendali, mediante la selezione quali/quantitativa delle informazioni provenienti dall'interno e dall'esterno dell'Azienda, intese come base fondamentale per un consapevole esercizio della funzione di governo, da parte della Direzione Generale. Il sistema Informativo e Tecnologia dell'Informazione svolge i propri compiti sia nell'area di gestione dei flussi informativi correnti, sia in quella di gestione della rete informatica e telematica.

I flussi informativi correnti comprendono tutte le attività dirette ad alimentare la trasmissione dei dati che, per indicazione ministeriale e/o regionale, devono essere obbligatoriamente rilevati nell'Azienda. A questi si aggiungono tutte le informazioni necessarie ad un consapevole esercizio della funzione di governo, ossia le informazioni prodotte in modo routinario in rapporto alla rilevazione di problemi di natura sanitaria e organizzativa; le informazioni utili per la loro interpretazione; la ricerca e lo sviluppo di nuove attività; la revisione di quelle in uso, sia in rapporto ad informazioni sulla loro efficacia, sia in rapporto ad aspetti più economici e di efficienza.

La gestione della rete informatica e telematica e del parco macchine dell'Azienda comprende le attività di manutenzione, raccolta, individuazione ed evasione di richieste di nuove implementazioni; la predisposizione di capitolati di gara e relativa consulenza nel corso della stessa, per prodotti hardware e software; la predisposizione di protocolli per l'analisi del fabbisogno di tecnologie informatiche; la gestione degli applicativi, ivi comprese la manutenzione ordinaria e la manutenzione straordinaria degli stessi; la scelta degli applicativi standard per word processing, gestione dei database, foglio elettronico, grafica e la loro diffusione; la formazione del personale dell'Azienda sulla realizzazione di specifici progetti di informatizzazione. Compete a tale Area di staff il coordinamento delle attività relative all'attuazione di quanto previsto dalla legge n. 675 del 31.12.1996 e successive modificazioni, in ordine al trattamento dei dati personali.

L'area di staff Sistema Informativo automatizzato si articola in Supporto alla definizione dei bisogni informativi aziendali; Verifica e gestione dei flussi informativi; Monitoraggio attività dei servizi; Gestione della rete informatica e Telematica.

26.6. *La funzione di staff Sicurezza, prevenzione, protezione e conformità strutturale* provvede all'individuazione e valutazione dei fattori di rischio negli ambienti di lavoro

e all'individuazione delle misure per la sicurezza. Promuove attività di verifica e sorveglianza di tutti gli impianti complessi esistenti in azienda. Elabora i piani d'emergenza. Suggerisce misure preventive e protettive da attuare in conseguenza della valutazione dei rischi individuati; Elabora procedure di sicurezza per il corretto svolgimento delle attività aziendali; propone programmi di informazione e formazione dei lavoratori; fornisce ai lavoratori informazioni sui rischi connessi alle attività dell'azienda in generale e sui rischi specifici cui sono esposti in relazione all'attività svolta e sulle misure protettive e preventive adottate e da adottare.

Organizza e promuove, in applicazione della normativa vigente, accertamenti sanitari a favore dei lavoratori dipendenti per valutarne lo stato di salute e la compatibilità con le mansioni espletate. Valuta la idoneità alle funzioni. Gestisce, nei modi di legge, la cartella clinica del personale e provvede al monitoraggio dello stato vaccinale.

Promuove la verifica, *prima di ogni autorizzazione e/o accreditamento*, del possesso da parte delle strutture da autorizzare dei requisiti previsti dalle disposizioni di legge regionale, sia sulla base della documentazione tecnica esibita sia sulla base di interventi di sopralluogo.

Sovrintende al monitoraggio ambientale, al coordinamento della gestione e smaltimento dei rifiuti, al controllo della qualità delle acque, al controllo delle concentrazioni inquinanti e delle contaminazioni batteriche. La funzione di staff Sicurezza, prevenzione, protezione e conformità strutturale si articola in: Valutazione dei rischi; Sorveglianza Sanitaria degli operatori; Procedure di sicurezza; Autorizzazioni e accreditamento; Gestione dei sistemi di autocontrollo ambientale.

Tali settori di attività possono avvalersi, per la loro attività, oltre che di personale dipendente, di consulenti esterni per le professionalità eventualmente non presenti in Azienda. Il Responsabile di tale *Funzione di staff* emana direttive nei confronti dei dirigenti e degli altri dipendenti individuati quali "*datori di lavoro*" ai sensi del D.Lgs.vo n.81/08 ed in generale a fornire attività di consulenza a tutte le strutture aziendali.

L'afferenza e le valutazioni dei titolari delle funzioni di staff saranno definite da appositi atti.

Art. 27 - I Programmi

Per Programma aziendale si intende un complesso di attività che, attraverso idonee soluzioni organizzative, assicura l'unitarietà della programmazione, dell'organizzazione e della valutazione di processi organizzativi o di percorsi assistenziali relativi ad aree problematiche, "target" di interesse particolare, che richiedono competenze specifiche appartenenti ad unità operative diverse, programmi che possono essere temporaneamente definiti.

I Responsabili dei Programmi possono essere individuati tra coloro già impegnati nella produzione o reperiti al di fuori. Il Responsabile di programma contribuisce, attraverso il coordinamento dei servizi e/o settori interagenti nella "linea di servizio", a definire e garantire, su scala aziendale o distrettuale, un'omogenea realizzazione della strategia aziendale nell'approccio alle "problematiche target" del programma e governa e garantisce, presidiando i punti di interazione tra servizi e/o settori, l'interdisciplinarietà degli interventi, attraverso l'integrazione organizzativo/ funzionale tra livelli assistenziali ed entità organizzative diverse che risultano sequenzialmente interdipendenti o reciproche al percorso assistenziale tipico o auspicato per la

popolazione target del programma.

Tanto al fine di ricercare e promuovere la compatibilità tra la propria funzione di committenza (dare attuazione al contenuto del programma) e l'esercizio delle autonome competenze delle strutture di produzione, al cui governo clinico sono affidate la standardizzazione e l'omogeneità nelle procedure e degli esiti, in una visione unitaria degli obiettivi definiti nella programmazione regionale ed aziendale.

I programmi possono essere federati in un dipartimento funzionale.

Alcuni programmi di livello aziendale sono individuabili da subito, altri saranno formalizzati in seguito, in raccordo con gli atti della programmazione regionale e nazionale. Tra i programmi di livello aziendale da attivare possono essere annoverati almeno un programma per "l'ospedale per intensità di cura", un programma per l'integrazione ospedale/territorio, un programma per lo sviluppo della sicurezza integrata, per il governo dei rischi, per la innovazione, la ricerca e la sostenibilità, un programma per l'implementazione della diagnostica strumentale sul territorio, un programma di assistenza per il post acuto, un programma di assistenza e tutela delle fragilità e delle dipendenze.

Il programma per "l'ospedale per intensità di cura" avrà l'obiettivo di pervenire ad un modello organizzativo ed assistenziale dell'ospedale concepito per evolvere dalla cura della malattia dell'individuo alla presa in carico globale dei problemi di salute, strutturato, laddove possibile, per aree di pazienti con un fabbisogno assistenziale omogeneo, secondo un ordine di intensità del bisogno.

Il programma per l'integrazione ospedale/territorio dovrà dare concreti contenuti alla presa in carico dell'assistito e delineare percorsi che partendo dai punti di accoglienza siano capaci di veicolare la domanda di assistenza in un continuum attraverso tutta la scala delle prestazioni aziendali, dalle più semplici alle più sofisticate. Tale programma potrà dirsi concretamente realizzato solo se l'Azienda saprà definire programmi di assistenza capaci di dare risposta lungo tutto il percorso assistenziale delle più frequenti ed importanti evenienze come lo Scompenso cardiaco, le Emergenze coronariche, l'Ictus, il Diabete, l'Ipertensione, le Esigenze oncoematologiche, il Percorso nascita. Il necessario collante di tali programmi assistenziali va individuato nella Telemedicina, da sviluppare sia a livello intraaziendale che al livello sovraziendale.

Il programma per lo sviluppo della sicurezza integrata, per il governo dei rischi, per la innovazione, la ricerca e la sostenibilità avrà l'obiettivo di promuovere le diverse dimensioni della clinica governance basata sulle prove di efficacia.

Il programma per l'implementazione della diagnostica strumentale sul territorio che avrà il compito di coniugare l'appropriatezza l'equità e la qualità delle prestazioni con le necessità

Il programma di assistenza per il post acuto con l'obiettivo di creare unità di degenza per accogliere pazienti provenienti dai reparti per acuti, già definiti da un punto di vista diagnostico, ma ancora non completamente stabilizzati da un punto di vista clinico. Il programma si rivolge alla soddisfazione di tutto un complesso di patologie croniche e degenerative, che si caratterizzano per riacutizzazioni periodiche e recidivanti, il cui ricovero in reparti per acuti non soddisferebbe appieno le esigenze di appropriatezza e di economicità della prestazione.

Il programma di assistenza e tutela delle fragilità e delle dipendenze avrà come obiettivo la creazione di una rete di servizi con il compito di sviluppare l'integrazione multidisciplinare e circuiti assistenziali capaci di farsi carico di tutte quelle fragilità che non accedono alla diretta competenza dei servizi di psichiatria e del DSM e che pertanto rischiano di non trovare accoglienza e sostegno in circuiti assistenziali adeguati. Si pensi al SERT, alle complesse problematiche delle dipendenze, e di tutte quelle problematiche che necessitano di competenze multidisciplinari (e non psichiatriche) per migliorare la capacità di prevenzione e ridurre i disturbi secondari della sofferenza mentale, relazionale e del maladattamento sociale. L'afferenza e le valutazioni dei responsabili di programmi saranno definite da appositi atti.

Titolo VII

GLI ORGANISMI COLLEGIALI

Art. 28 - Il Collegio di Direzione

- 28.1** Il Collegio di Direzione dell'Azienda assicura lo svolgimento dei compiti di cui alla legge regionale 39/2001 e ss. mm. ii.
- 28.2** Il Direttore Generale si avvale del Collegio di Direzione per il governo delle attività cliniche, per la programmazione e valutazione delle attività tecnico sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria, per l'elaborazione del programma di attività dell'Azienda, nonché per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale e per l'espressione di pareri in ordine a protocolli clinico assistenziali, diagnostici e terapeutici.
- 28.3** Il Collegio di Direzione concorre alla formulazione dei programmi di formazione, delle soluzioni organizzative per l'attuazione della attività libero-professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici.
- 28.4** Il Collegio di Direzione è composto oltre che dal Direttore Generale che lo presiede, dai seguenti membri di diritto, cui spetta il diritto di voto:
Direttore Sanitario,
Direttore Amministrativo
Direttori dei Distretti della Salute
Direttori dei presidi ospedalieri
Direttori dei dipartimenti
Dirigente dell'assistenza infermieristica
Dirigente dei servizi tecnici e della riabilitazione
Dirigenti di altre strutture aziendali individuate dal Direttore Generale
- 28.5** Il Presidente, ha facoltà di invitare al Collegio, senza diritto al voto, altri dirigenti aziendali in ragione degli adempimenti in discussione. Al Collegio possono inoltre essere invitati a partecipare, senza diritto di voto, esperti che si ritiene possano essere competenti nella trattazione di singoli argomenti.
- 28.6** Le sedute del Collegio di direzione sono valide se è presente la metà più uno dei suoi componenti.

- 28.7** Le determinazioni del Collegio sono assunte a maggioranza dei suoi componenti. Nel caso di parità di voto prevale il voto del Presidente
- 28.8** I componenti assenti sono tenuti a motivare e giustificare la propria assenza.
- 28.9** Il Collegio di Direzione è convocato dal suo Presidente almeno una volta ogni trimestre.
- 28.10** Al fine di assicurare l'efficienza del suo funzionamento, il Collegio può prevedere l'istituzione di Comitati esecutivi o finalizzati all'implementazione degli strumenti del governo clinico. In tal caso, la composizione del comitato deve essere rappresentativa di quella del Collegio.
- 28.11** Il Collegio di Direzione concorre alla definizione entro il mese di febbraio di ciascun anno del programma di attività dell'Azienda e garantisce l'efficace e tempestivo svolgimento del processo di definizione e realizzazione degli obiettivi sanitari e di budget, in conformità agli indirizzi della programmazione regionale e aziendale, ed alla corrispondente valutazione dei risultati conseguiti, anche mediante la relazione sanitaria aziendale. In caso di mancato o inefficace svolgimento dei compiti, il Direttore Generale procede, previa diffida e compatibilmente con le scelte contenute nel presente atto, alla revoca degli incarichi dei componenti e ad una diversa composizione del Collegio.
- 28.12** Il sistema di funzionamento del Collegio di Direzione è disciplinato da apposito regolamento, elaborato dal Collegio ed adottato dal Direttore Generale.
- 28.13** In caso di decisioni del Direttore Generale assunte in difformità rispetto al parere del Collegio di Direzione, il Direttore Generale esplicita, all'interno delle motivazioni che sono alla base della formazione dell'atto, le ragioni della diversa valutazione.

Art. 29 - Il Consiglio dei Sanitari

- Il Consiglio dei Sanitari è un organismo con funzioni consultive in materia tecnica e sanitaria. E' presieduto dal Direttore Sanitario dell'Azienda e i suoi componenti, espressione delle categorie sanitarie sia di livello dirigenziale che dell'area del comparto, sono scelti dal personale dipendente, per area di appartenenza, mediante elezione a suffragio universale.
- Il Consiglio svolge attività di consulenza tecnico – sanitaria relativamente alle scelte riguardanti il funzionamento dei servizi sanitari ed in particolare:
 - a) per le attività tecnico sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo e per gli investimenti ad esse attinenti (parere obbligatorio, non vincolante)*
 - b) sulle attività di assistenza sanitaria*
- I pareri di cui al precedente comma se non espressi entro 15 giorni dal ricevimento della richiesta si intendono resi favorevolmente.
- Il Consiglio dei Sanitari dura in carica cinque anni; e si riunisce, di norma, ogni 90 giorni.
- Il Direttore generale può partecipare alle riunioni del Consiglio.
- Il profilo legislativo dell'Organismo di cui si tratta è delineato nella L.R. 39/2001 e ss. mm. ii.
- Il Consiglio dei Sanitari è composto:

- n. 6 dirigenti medici dipendenti dell'Azienda di cui uno del Dipartimento di Prevenzione (sanità umana);
- n. 1 dirigente medico veterinario;
- n. 1 medico specialista ambulatoriale;
- n. 1 medico di medicina generale;
- n. 1 medico pediatra di libera scelta;
- n. 6 dirigenti sanitari laureati non medici del ruolo sanitario in rappresentanza di ciascuna figura professionale operante nell'Azienda (psicologi, biologi, sociologi, chimici, fisici, farmacisti);
- n. 1 farmacista titolare convenzionato con l'Azienda;
- n. 1 operatore del Servizio infermieristico;
- n. 1 operatore del Servizio Tecnico-sanitario di laboratorio biomedico;
- n. 1 operatore del Servizio Tecnico-sanitario di radiologia
- n. 1 operatore del Servizio della Riabilitazione;
- n. 1 operatore del Servizio Area Vigilanza ed Ispezione

I medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta ed il farmacista convenzionato sono eletti rispettivamente dai medici di medicina generale, pediatri di libera scelta e dai farmacisti convenzionati operanti nel territorio aziendale.

- Ai sensi dell'articolo 3 comma 12 del Decreto Legislativo 502/92 e ss.mm.ii., vista la Legge Regionale 39/2001 e ss.mm.ii.:
 - a) Il Presidente di norma convoca il Consiglio dei Sanitari ogni 90 giorni, salvo i casi di motivata urgenza.
 - b) Il Consiglio è validamente costituito quando sono presenti la metà più uno dei suoi componenti.
 - c) Ogni votazione è valida perdurando la costituzione sopraindicata. Le decisioni vengono prese a maggioranza dei presenti.
 - d) La richiesta di riunione straordinaria presentata da almeno la metà dei membri del Consiglio deve trovare concreta attuazione entro 8 giorni dal momento della notifica al Presidente. Le richieste di convocazione straordinaria devono essere adeguatamente motivate ed indicare l'ordine del giorno.
 - e) La mancata partecipazione alle riunioni del Consiglio dei Sanitari deve essere giustificata.
 - f) La convocazione deve effettuarsi mediante comunicazione personale, tramite fax o raccomandata a mano ed essere notificata almeno 5 giorni prima della riunione. Nella comunicazione deve essere indicato l'ordine del giorno della seduta.
 - g) L'avviso deve contenere l'indicazione del luogo, giorno ed ora della riunione.
 - h) In relazione a questioni specifiche, il Presidente può invitare a partecipare alle sedute, altri operatori esterni al consiglio, senza diritto di voto.
 - i) Il Presidente è tenuto a mettere a disposizione dei componenti il Consiglio dei Sanitari tutte le delibere, i provvedimenti, le proposte e i piani di ristrutturazione, di riorganizzazione, ecc.. Tali atti devono essere a disposizione dei consiglieri almeno 5 giorni prima della riunione del Consiglio onde mettere in grado i componenti di esprimere il previsto parere obbligatorio.
 - j) Il Consiglio dei Sanitari può formulare proposte. Tali proposte vengono inviate al Direttore Generale per una sua valutazione. Il Consiglio impegna il Direttore Generale a dare risposta ai sensi della Legge 241/90.

- k) E' facoltà del Direttore Generale partecipare alle sedute del Consiglio dei Sanitari.
 - l) Il Presidente del Consiglio dei Sanitari designa uno o più componenti dello stesso con funzione di relatori sugli atti da esaminare.
 - m) Sulla relazione il Presidente apre la discussione assegnando la parola ai singoli componenti secondo l'ordine della richiesta di intervento. Ogni componente ha diritto, di norma, ad una singola replica con un massimo di 5 minuti di tempo, salvo diversa regolamentazione del Presidente del Consiglio dei Sanitari.
 - n) Al termine della discussione si provvede alla votazione palese per alzata di mano.
 - o) Il segretario redige il verbale delle riunioni del Consiglio che deve contenere:
 - 1. Luogo, data e Ordine del giorno della riunione;
 - 2. Cognome e Nome dei componenti presenti;
 - 3. Constatazione della regolarità della riunione;
 - 4. Riassunto del parere espresso dai relatori e dell'intervento dei singoli componenti, il testo del parere approvato dal Consiglio dei Sanitari nelle singole deliberazioni, con l'indicazione della maggioranza risultante in ciascuna votazione;
 - 5. Dichiarazioni di eventuali operatori non componenti il Consiglio invitati.
 - p) Il verbale, debitamente firmato dal segretario e dal presidente deve essere posto a disposizione dei singoli consiglieri entro cinque giorni dalla seduta; questi ultimi possono prenderne visione in ogni momento.
 - q) Copia conforme del verbale deve essere comunque inviata ai singoli membri del Consiglio dei Sanitari contestualmente alla convocazione della successiva seduta.
 - r) Tutte le riunioni del Consiglio dei Sanitari sono pubbliche.
- Possono essere eletti quali componenti del Consiglio dei Sanitari i dipendenti dell'Azienda Unità Sanitaria Locale ASP con rapporto di lavoro o di convenzione a tempo indeterminato.
- Partecipano, quindi, alla elezione del Consiglio dei sanitari, i dipendenti, ciascuno per la categoria di appartenenza, dei ruoli:
- dirigenti medici ospedalieri,
 - dirigenti medici territoriali,
 - medici in rapporto di convenzione,
 - personale laureato sanitario,
 - dirigenti medici veterinari,
 - personale infermieristico,
 - personale tecnico - sanitario.
- Tutti i componenti del Consiglio dei Sanitari sono eletti sulla base di liste distinte, formate in ordine alfabetico, per ciascuna delle categorie da nominare, nelle quali possono candidarsi gli operatori della azienda in possesso dei requisiti sopra descritti.
- Le elezioni sono indette dal Direttore Generale, previo avviso da pubblicare almeno 30 giorni prima della data fissata, garantendone la massima diffusione, anche attraverso l'affissione negli appositi spazi riservati all'interno dell'Azienda e la notifica alle parti sociali.
- L'avviso deve contenere tutte le informazioni necessarie in merito alle elezioni: data, ora e sede. Le operazioni di voto si svolgono nell'arco di una sola giornata e sono a

scrutinio segreto. L'Azienda mette a disposizione idonei locali, affinché dette operazioni avvengano in modo regolare, rispettando il principio della segretezza.

- Contestualmente, il Direttore Generale costituisce una Commissione elettorale composta dal Direttore Amministrativo, o suo delegato, con funzioni di Presidente, e da quattro dipendenti dell'azienda estratti a sorte tra il personale appartenente ai ruoli non interessati alle elezioni, di cui uno con funzioni di segretario. Alla Commissione compete la predisposizione dell'elenco dei dipendenti aventi il diritto di voto, suddivisi per categoria, nonché la verifica dei requisiti di eleggibilità. Gli elenchi sono affissi all'albo dell'Azienda almeno 10 giorni prima della data delle elezioni.

La Commissione elettorale costituisce, nelle sedi dove avvengono le elezioni, i seggi elettorali composti da 3 scrutatori, di cui uno anche con funzioni di presidente ed uno di segretario, sorteggiati tra il personale che non risulti candidato.

Compete al seggio elettorale l'espletamento di tutti gli adempimenti ed operazioni connesse al voto, nonché le operazioni di spoglio che devono essere eseguite pubblicamente.

- Ogni elettore partecipa con voto limitato al proprio profilo professionale, indicando un numero di nominativi non superiore a quello dei rappresentanti alla cui elezione è chiamato a concorrere, esprimendo la preferenza indicando il nominativo del candidato.

Sulla base delle risultanze dello spoglio il Direttore Generale procede alla nomina degli eletti; risultano eletti coloro che hanno ottenuto il maggior numero dei voti validamente espressi.

In caso di parità di voti risulta eletto quello con più anzianità di servizio.

In caso di dimissioni o di cessazione dalla carica si provvede alla sostituzione secondo l'ordine che è risultato dalla votazione.

Qualora, a causa dell'esaurimento della lista, non sia più possibile procedere alla sostituzione di un eletto cessato, il Direttore Generale indice nuove elezioni esclusivamente per il profilo professionale carente.

- Il Consiglio dei Sanitari dura in carica 5 anni.
- Il Consiglio dei Sanitari decaduto conserva le proprie funzioni sino al rinnovo e comunque non oltre i 120 giorni dalla scadenza naturale.
- Il Direttore Generale provvede allo scioglimento del Consiglio dei sanitari qualora lo stesso per tre volte consecutive non abbia raggiunto il numero legale (metà + 1).
- I componenti del Consiglio dei Sanitari possono essere eletti per un massimo di due volte consecutivamente.
- I componenti che non partecipano al Consiglio, per tre volte, senza aver comunicato il motivo dell'assenza, vengono dichiarati decaduti.

Art. 30 - Il Comitato Etico

30.1 Il Comitato Etico è un organismo indipendente.

30.2 Il Comitato ha la responsabilità di garantire la tutela dei diritti, della sicurezza e del benessere delle persone che partecipano alle sperimentazioni che si svolgono presso una qualsiasi articolazione organizzativa del Sistema Sanitario, pubblica e privata, nell'area di ricerca clinica, in conformità al riconoscimento ottenuto dalle istituzioni preposte, di fornire pubblica garanzia di tale tutela ed approva eventuali protocolli clinici

assistenziali, diagnostici e terapeutici sottoposti dalla Direzione Generale.

- 30.3** Il Comitato è istituito nel rispetto dei requisiti previsti dalla normativa vigente e degli indirizzi regionali.
- 30.4** E' composto da membri esterni e interni alla Azienda
- 30.5** I membri del Comitato Etico sono nominati dal Direttore Generale.
- 30.6** L'istituzione, l'organizzazione e il funzionamento del Comitato Etico rispondono a criteri di indipendenza.
- 30.7** Il Comitato svolge le seguenti funzioni prioritarie:
- a) *Valuta ed esprime parere sui protocolli di sperimentazione clinica e farmacologica con farmaci, radiofarmaci, tessuti e 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) *Ha funzione consultiva in relazione a questioni etiche connesse con le attività scientifiche e assistenziali, allo scopo di proteggere e promuovere i valori della persona umana.*
 - f) *Esercita vigilanza e monitoraggio sulle decisioni adottate e sulle sperimentazioni approvate, nell'ambito del territorio in cui si svolge la sperimentazione, secondo i contenuti della normativa specifica.*
 - g) *Può, inoltre, proporre in accordo con la Direzione Sanitaria aziendale, iniziative di formazione e aggiornamento di operatori sanitari relativamente a temi in materia di bioetica, ricerca e sperimentazione clinica e promuovere iniziative di sensibilizzazione su tematiche in materia bioetica rivolte ai cittadini*
- 30.9** Il Comitato Etico si avvale di una Segreteria di carattere scientifico e/o amministrativo e può essere interaziendale.

Titolo VIII

IL MODELLO DI ORGANIZZAZIONE E DI FUNZIONAMENTO DEI SERVIZI

Art. 31 -Principi

- 31.1** L'attività dell'Azienda è informata al principio della separazione delle responsabilità di governo, programmazione, indirizzo e controllo da quelle di produzione e di organizzazione e gestione delle risorse a tal fine mobilitate, in un quadro di chiara determinazione delle autonomie e responsabilità della Dirigenza e dei vari livelli operativi dell'Azienda, nella logica della responsabilizzazione diffusa e dell'autonomia gestionale delle singole articolazioni organizzative, con la massima valorizzazione della

dirigenza e di tutte le risorse professionali.

- 31.2** Un ulteriore principio cardine è quello della responsabilità dei risultati, in base al quale, all'interno di un quadro preciso e trasparente di regole, ciascun soggetto titolare di funzioni di governo o gestione dell'Azienda è tenuto a rendere conto dei risultati del proprio agire a tutti i portatori di diritti, verso i quali l'attività aziendale è rivolta.
- 31.3** Le funzioni e le responsabilità di cui al comma precedente saranno oggetto di specifica definizione in atti di organizzazione.
- 31.4** Al fine di realizzare un chiaro ed esplicito sistema delle autonomie e delle responsabilità che faciliti l'efficienza e la tempestività dell'azione e promuova la diffusione di una cultura partecipativa, sono individuate le specifiche aree di responsabilità, nonché le eventuali attribuzioni di competenze. Ai medesimi fini, ciascuna area di responsabilità adotta un atto di auto-organizzazione sottoposto all'approvazione della Direzione Generale e depositato presso la struttura cui si riferisce. La valutazione dei dirigenti viene effettuata sulla base di criteri predefiniti che fanno riferimento al grado di coerenza esistente tra comportamenti individuali e valori, obiettivi e direttive aziendali, ai principi organizzativi, alle capacità di natura tecnico-professionale e infine alla capacità di assicurare il raggiungimento degli obiettivi attraverso sinergie di cooperazione. Il pieno riconoscimento delle autonomie e delle responsabilità, unitamente ad un sistema di valutazione predefinito ed ispirato a criteri di imparzialità, preludono alla conferma o alla sostituzione dei dirigenti.
- 31.5** Il Direttore Generale può devolvere le proprie funzioni, con riferimento ad ambiti settoriali di attività o all'adozione di singoli atti, secondo principi e modalità che faranno riferimento sia al principio dell'attribuzione sia a quello della delega, seguendo le modalità esplicitate con appositi provvedimenti.
- 31.6** In coerenza al principio di cui al punto 1., la gestione dell'Azienda è informata a criteri di programmazione sulla base delle linee del Piano Sociale e Sanitario Regionale e della specificazione locale data alla stessa dalla Conferenza dei Sindaci.
- 31.7** Strumento fondamentale del sistema direzionale di programmazione e controllo è rappresentato dal processo di budget, anche con riferimento al complesso delle responsabilità direzionali (risultati raggiunti in rapporto alle risorse impiegate) e delle responsabilità operative ai vari livelli.
- 31.8** Ulteriore principio cardine è quello della flessibilità organizzativa e procedurale che consenta l'adeguamento delle attività in modo da fornire risposte idonee a fronteggiare fenomeni stagionali, momentanei o eccezionali, o per esigenze collegate all'attuazione di specifici programmi sanitari attraverso la costituzione di Strutture temporanee.
- 31.9** L'Azienda persegue le proprie finalità agendo mediante atti di diritto privato, salvo nei casi in cui la legge le attribuisca espressamente poteri pubblicistici, come tali da esercitare nelle forme tipiche del procedimento amministrativo.
- 31.10** Gli atti di diritto privato sono retti dal principio di libertà delle forme, nei limiti previsti dal Codice Civile e dalle leggi speciali e nel rispetto dei principi di legalità, imparzialità, buon andamento e semplificazione delle attività aziendali.

Art. 32 - Criteri per la definizione dell'assetto organizzativo: livelli di complessità delle strutture ed incarichi professionali

32.1. L'articolazione di base dell'Azienda rispetta l'assetto organizzativo voluto dalla Regione Basilicata, finalizzato a garantire il soddisfacimento dei bisogni sanitari in materia di:

- a) assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- b) assistenza distrettuale;
- c) assistenza ospedaliera;

secondo un modello a rete aziendale che si raccordi con quello regionale, al fine di perseguire l'obiettivo della continuità dell'assistenza e quello dell'integrazione tra ospedale e territorio.

32.2. L'Azienda adotta il modello dipartimentale quale aggregazione di Strutture Complesse e Semplici, omogenee, analoghe affini o complementari che perseguono comuni finalità.

I Dipartimenti sono costituiti da Strutture Complesse e da Strutture Semplici a valenza dipartimentale.

Le Strutture Complesse aggregano risorse professionali e assicurano la direzione ed organizzazione delle attività di competenze, nel rispetto degli indirizzi aziendali, degli obiettivi e dei criteri definiti nell'ambito del Dipartimento di appartenenza.

Il Direttore Generale può prevedere Strutture Semplici quali articolazioni delle Strutture Complesse sanitarie o amministrative per la gestione di attività facenti capo alle Unità Operative medesime o quali Strutture di valenza dipartimentale, nonché articolare strutture temporanee o permanenti per la gestione di programmi particolari o di attività che richiedono competenze specifiche appartenenti ad unità operative diverse.

A seguito di intese tra Aziende, possono essere costituite strutture complesse uniche interaziendali.

L'individuazione di una Struttura Aziendale è legata a due criteri fondamentali:

- Valenza strategica
- Complessità organizzativa

La valenza strategica di una Struttura Organizzativa è identificata dal livello di interfaccia con istituzioni e organismi esterni all'Azienda, dal volume delle risorse da allocare, dalla rilevanza delle prestazioni da svolgere all'interno dell'organizzazione, dal grado di intersectorialità che caratterizza gli interventi.

La complessità organizzativa è data dal numero e dalla omogeneità delle risorse professionali, dal dimensionamento tecnologico e dai costi di produzione rapportati al peso economico e qualitativo delle prestazioni fornite.

Fatti salvi i casi normati a livello nazionale e quelli in cui la Giunta Regionale abbia provveduto attraverso il Piano Sanitario Regionale o con apposito regolamento, le Strutture Organizzative aziendali sono individuate dal Direttore Generale sulla base dei fattori di cui al punti "a" e "b" e attraverso una valutazione complessiva che riviene dalla convergenza delle seguenti variabili:

- posizionamento strategico o grado di priorità operativa che riveste nel medio e lungo periodo e nell'ambito complessivo delle azioni che si intendono aggregare per ottenere la struttura;
- riconducibilità ad un sistema tecnico-professionale fatto di conoscenze e competenze che si intendono aggregare;

- rilevanza, intensità e frequenza dei rapporti istituzionali da garantire con istituzioni, organi e organismi esterni all'Azienda;
- consistenza quantitativa e qualitativa delle risorse da allocare, monitorare, organizzare e gestire.

Le Strutture Organizzative vengono individuate in rapporto alla consistenza che assumono le variabili citate e all'ampiezza degli ambiti di autonomia e responsabilità.

Le Strutture Organizzative, pertanto, sono state distinte in:

Strutture Complesse (S.C.);

Strutture Semplici a valenza Dipartimentale (S.S.D.);

Strutture Semplici che sono articolazioni interne alle Strutture Complesse (S.S.).

- 32.3.** *Gli Incarichi Professionali di alta specializzazione* prevedono il riconoscimento e l'esercizio di elevate competenze tecnico-professionali tese a produrre servizi e/o prestazioni particolarmente complessi, di livello aziendale.
- 32.4.** *Gli Incarichi Professionali* sono incarichi caratterizzati per lo sviluppo di attività omogenee che richiedono una particolare competenza specialistico – funzionale all'interno della disciplina o ambito professionale di appartenenza.
- 32.5.** *Incarichi Professionali di base* sono conferiti al dirigente neo assunto, vanno esercitati nel rispetto degli indirizzi del responsabile della struttura e con funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività.
- 32.6** Nel rispetto della L.R. 39/2001 e delle linee guide di cui alla D.G.R. 2489/2000 saranno evitate, di norma, la costituzione di Dipartimenti comprendenti una sola Struttura Complessa e la duplicazione di Strutture Complesse analoghe, (fatte salve quelle necessarie per assicurare i requisiti e l'autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria degli Ospedali Sede di PSA di cui al P.S.R. 1997/1999, quelle indicate dalle direttive di cui alla DGR 1645 del 25 settembre 2009 e quelle connesse alla complessità, alla criticità, all'ampiezza territoriale e alle dimensioni del bacino di utenza). La ulteriore articolazione interna è demandata all'adozione di appositi atti.

Art. 33 - Organizzazione dipartimentale: *Il Dipartimento e il Direttore di Dipartimento*

- 33.1** Il Dipartimento è la struttura organizzativa fondamentale dell'Azienda preposta alla produzione dei servizi e delle prestazioni assistenziali ed all'organizzazione ed alla gestione delle risorse necessarie alla produzione degli stessi.
- 33.2** I Dipartimenti sono strutture complesse che aggregano una pluralità di strutture organizzative, complesse e semplici, ed assicurano la qualità dell'assistenza e la gestione unitaria delle risorse al fine di soddisfare gli obiettivi negoziati a livello aziendale, adottando soluzioni organizzative che garantiscano servizi rispondenti alle necessità assistenziali ed alle preferenze della persona, tecnicamente appropriati sul piano clinico ed organizzativo.
- 33.3** L'ASP per comporre adeguatamente le ragioni del decentramento territoriale dei servizi e quelle dell'unitarietà del loro governo predilige dipartimenti trasversali ed integrati, costruiti con l'aggregazione di unità operative e/o sedi erogative afferenti ai diversi ambiti territoriali aziendali, al fine di favorire l'integrazione e l'omogeneizzazione su scala aziendale dei processi di produzione, erogazione ed accesso ai servizi. Le unità operative possono essere aggregate in dipartimenti secondo criteri di interdipendenza/complementarietà nell'ambito dei processi assistenziali (specifici target

di popolazione, patologia/eziologia unificata, organo/apparato/distretto anatomico) ovvero ad affinità/omogeneità del sistema tecnico di riferimento (dipartimento di specialità o di area assistenziale omogenea).

L'Azienda istituisce dipartimenti aziendali unici per funzione e, volendo porre enfasi sul processo assistenziale e garantire una presa in carico del paziente uniforme su tutto il territorio provinciale, globale e continuativa, predilige, ogni qualvolta sia tecnicamente fattibile ed economicamente opportuno, i dipartimenti costruiti sulla base di un criterio d'organo/apparato/eziologia unificata.

- 33.4** I Dipartimenti hanno autonomia tecnico-professionale e gestionale, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite ed operano secondo il piano annuale di attività, gestendo le risorse negoziate con la Direzione Generale nell'ambito della negoziazione annuale.
- 33.5** I Dipartimenti sono la principale sede operativa di attuazione e di gestione delle attività relative al Governo Clinico.
- 33.6** Gli obiettivi generali dell'organizzazione dipartimentale sono:
- a) favorire un governo unitario dell'assistenza;
 - b) assicurare il governo clinico del sistema di produzione dei servizi sanitari;
 - c) perseguire l'ottimizzazione dell'uso delle risorse;
 - d) ricercare, realizzare, valutare le innovazioni organizzative capaci di sfruttare adeguatamente le innovazioni tecnologiche;
 - e) promuovere il mantenimento e lo sviluppo delle conoscenze e delle competenze tecniche e professionali;
 - f) facilitare la valorizzazione e la partecipazione degli operatori al processo decisionale relativo alle scelte strategiche, organizzative e gestionali garantire una corretta, continua e capillare diffusione delle informazioni.
- 33.7** I dipartimenti, di tipo strutturale o funzionale, possono essere:
- Dipartimenti centrali;
 - Dipartimenti ospedalieri;
 - Dipartimenti territoriali interdistrettuali;
 - Dipartimenti misti;
 - Dipartimenti interaziendali.
- 33.8** Il Direttore rappresenta il dipartimento nei rapporti con gli Organi dell'Azienda e con gli interlocutori esterni.
- 33.9** Presiede e dirige il Comitato di Dipartimento al fine di perseguire l'integrazione tra le diverse unità organizzative, l'ottimizzazione dell'organizzazione e della gestione delle risorse assegnate, lo sviluppo e l'uniforme applicazione di procedure comuni e il raggiungimento degli obiettivi negoziati con la direzione generale. Egli è responsabile dal punto di vista delle procedure in ordine al corretto utilizzo dei metodi e strumenti del governo clinico, e dal punto di vista gestionale per quanto concerne l'utilizzo appropriato delle risorse assegnate per il raggiungimento degli obiettivi.
- 33.10** Il Direttore di dipartimento è un direttore di struttura complessa nominato dal Direttore generale nel rispetto della normativa regionale e risponde funzionalmente al Direttore Sanitario aziendale che ne opera la valutazione di prima istanza.
- 33.11** Il Direttore di dipartimento è tenuto a realizzare il proprio programma nell'arco del triennio di durata del proprio mandato ed è annualmente verificato relativamente allo

stato di attuazione.

- 33.12** Il Direttore di dipartimento è sovraordinato ai direttori di unità operativa per gli aspetti di natura gestionale attinenti il dipartimento e mantiene di norma la direzione della struttura alla quale appartiene, salvo deroga motivata dal Direttore generale all'atto della nomina. E' supportato dalla Direzione Sanitaria attraverso le sue articolazioni ospedaliere e/o territoriali, dalla Direzione infermieristica e tecnica e di riabilitazione, dalla Direzione dell'assistenza farmaceutica, come del resto, dalla Direzione Amministrativa mediante le sue articolazioni e può avvalersi di un ufficio dipartimentale di staff secondo le modalità stabilite dal regolamento di dipartimento.

Art.34 -Il Comitato di Dipartimento

- 34.1.** Il Comitato di dipartimento è l'organismo decisionale del dipartimento. Assicura la partecipazione degli operatori ai processi di programmazione delle attività e alla definizione dell'assetto organizzativo – gestionale del dipartimento.

In particolare:

- a) garantisce l'individuazione di modelli organizzativi coerenti per l'insieme delle strutture organizzative del dipartimento e favorisce iniziative per il miglioramento dell'integrazione tra le unità operative;
 - b) definisce i criteri per l'individuazione delle priorità degli interventi di sviluppo delle risorse professionali, strutturali e tecnologiche, che il direttore propone all'attenzione del Collegio di Direzione, e ne assicura l'applicazione in sede di predisposizione del piano annuale delle attività;
 - c) definisce i criteri per l'individuazione dei fabbisogni prioritari di formazione e di ricerca e predispone i relativi piani annuali; d) approva il piano annuale di dipartimento risultante dal processo di budgeting;
- 34.2.** Il Comitato è presieduto e convocato dal Direttore del dipartimento, che ne stabilisce l'ordine del giorno, secondo le modalità e la cadenza temporale previste da successivo regolamento.
- 34.3.** Per supportare la direzione operativa è previsto un ufficio del dipartimento composto dal Direttore di Dipartimento, dai rappresentanti delle Direzioni tecniche, un Referente amministrativo ed eventuali altre figure individuate dal Direttore per tematiche di particolare rilievo.
- 34.4.** In caso di particolare numerosità dei componenti del Comitato, potrà essere prevista l'istituzione di un organismo esecutivo, rappresentativo del Comitato stesso, secondo le modalità previste nel regolamento attuativo.
- 34.5.** La composizione e le specifiche di funzionamento dei comitati sono disciplinate da apposito regolamento, adottato dal Direttore Generale, ferma restando la composizione minima di cui alle linee di indirizzo regionali.

Art. 35 - Le reti integrate dei servizi

35.1. La programmazione delle reti

- a) L'azienda Sanitaria, nel suo insieme e in ciascuna delle proprie aree operative, assume il modello di sistema di rete integrata di persone, strutture, tecnologie e processi, finalizzata al soddisfacimento di tutte le parti interessate al più alto livello possibile, compatibilmente con la complessità e la sostenibilità del

sistema stesso. Le reti integrate dei servizi hanno l'obiettivo di garantire ai cittadini la migliore qualità assistenziale nell'erogazione dei servizi disponibili nei diversi ambiti territoriali del sistema sanitario aziendale e regionale, assicurando equità di accesso, efficienza allocativa e operativa ed efficacia complessiva degli esiti sulla salute.

- b) L'organizzazione dei servizi secondo il modello delle reti integrate dei servizi si basa sul presupposto che le competenze tecniche e professionali e le risorse tecnologiche necessarie ed appropriate per affrontare i problemi di salute della popolazione di riferimento debbano essere disponibili ed accessibili da qualsiasi punto della stessa. Infatti nell'attuale contesto organizzativo sanitario, al fine dei perseguire efficienza, efficacia e sostenibilità del sistema, l'evento assistenziale si costituisce sempre di meno come fatto "singolare" e sempre di più come processo inserito in una rete di servizi con cui il sistema si "prende cura" del bisogno espresso.
- c) Il sistema delle reti integrate presuppone l'abbandono del concetto di "localizzazione" della struttura operativa e del suo significato di proprietà esclusiva della sede di appartenenza per assumere quello di luogo di produzione di eventi assistenziali funzionale all'esigenza della rete, al servizio di comunità "allargate" di pazienti.
- d) Alla base della programmazione e della riorganizzazione delle reti ci sono le relazioni funzionali fra i singoli nodi di produzione, con la precisa definizione delle caratteristiche che ciascuno di questi deve possedere per garantire la sua funzione nell'ambito della rete. Questo modello organizzativo presuppone la cooperazione fra le singole unità produttive all'interno della rete di cui fanno parte, secondo i diversi livelli di complessità dell'intervento loro attribuito.

35.2. I modelli operativi

- a) I modelli operativi di configurazione di una rete integrata di servizi si distinguono in base alla intensità e complessità dell'assistenza erogata e gli eventuali rapporti gerarchici nelle relazioni funzionali fra i punti di produzione dei servizi.
- b) I modelli organizzativi che l'Azienda intende adottare sono essenzialmente il modello "hub & spoke" che prevede la concentrazione dell'erogazione dell'assistenza di maggiore complessità in centri di eccellenza ("hub") e l'organizzazione del sistema di invio da centri periferici funzionalmente subordinati ("Spoke"), e il modello delle reti cliniche integrate, il cui sistema di produzione viene gestito senza individuare una gerarchia fra i diversi nodi della rete.

35.3. I Livelli di organizzazione

- a) La logica sottostante l'organizzazione di una rete di servizi in cui competenze professionali e risorse tecnologiche sono orientate sia verso la popolazione residente in un determinato ambito di riferimento sia verso categorie specifiche di utilizzatori, può essere applicata sia a livello dell'intero sistema sanitario regionale che al sistema dei servizi aziendali e distrettuali, così come alle singole strutture operative. A qualsiasi livello organizzativo devono essere rispettati i criteri di appropriatezza, efficacia, sicurezza, equità ed efficienza nella erogazione delle prestazioni assistenziali.

- b) In considerazione del contesto socio-economico, culturale e normativo in cui è inserita l'Azienda, si individuano in maniera prioritaria le seguenti reti assistenziali da attivare a livello regionale, con il coinvolgimento delle altre strutture del Sistema Sanitario Regionale:
- Rete delle patologie oncologiche
 - Rete delle patologie neurologiche
 - Rete delle patologie cardiovascolari
 - Rete dei Servizi per la Salute Mentale
 - Rete delle patologie reumatologiche
 - Rete delle patologie oftalmiche
 - Rete delle cure palliative e terapia del dolore
 - Rete della terapia intensiva neonatale
 - Rete dei Servizi Diagnostici (Diagnostica per immagini, Patologia Clinica, Anatomia Patologica)
 - Rete della Terapia Intensiva neonatale
- c) Oltre alle reti previste nel punto precedente, l'azienda adotta lo stesso modello per l'erogazione assistenziale all'interno del proprio ambito di competenza, mediante specifici percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali per patologie:
- Diabete mellito
 - Scompenso cardiaco
 - Broncopneumopatia cronico-ostruttiva
 - Ictus
 - Malattie neurodegenerative
 - Demenza senile
 - Osteoartropatie cronico-degenerative
 - Nefropatie croniche
 - Disturbi alimentari
 - Alcolismo e patologie correlate
 - Ortopedia e riabilitazione ortopedica
 - Gozzo e patologie tiroidee
 - Sterilità

35.4. I percorsi assistenziali nella rete dei servizi

- a) Per il raggiungimento degli obiettivi di qualità assistenziale che una rete integrata di servizi si propone è fondamentale che l'organizzazione dell'intero sistema e di ciascuno dei suoi componenti adotti il modello del percorso assistenziale, in grado di garantire le esigenze di continuità, coordinamento, uniformità e condivisione del processo di cura.
- b) Nel percorso assistenziale vengono rilevati i bisogni, espliciti o impliciti, del paziente con uno specifico problema di salute allo scopo di attivare una serie di azioni per soddisfarli. I bisogni, e le conseguenti attività di cura, sono raggruppati in categorie di cura (categorie assistenziali principali o funzioni) in base a criteri predefiniti. Tali categorie sono presenti, in numero variabile in base ad esigenze specifiche, nel percorso assistenziale e nelle sue diverse fasi.
- c) Le categorie di cura generalmente presenti in un percorso assistenziale definito in base alle prove di evidenza clinica sono i seguenti:
1. Valutazione
 2. Presa in carico/pianificazione
 3. Comunicazione/informazione/consenso/educazione

4. Sicurezza
5. Indagini diagnostiche
6. Consulenze
7. Terapia Medica
8. Terapia Chirurgica
9. Interventi e procedure assistenziali.

Le prime quattro categorie rappresentano i bisogni fondamentali di ogni paziente a prescindere dalla complessità del problema di salute presentato, e sono alla base di tutte le altre categorie assistenziali, pertanto queste devono essere sempre presenti in un percorso assistenziale.

- d) In ogni percorso assistenziale è possibile individuare diverse “fasi” o “episodi di cura” quali processi temporali predefiniti. Generalmente vengono individuate le seguenti fasi:

FASE I: Accesso e presa in carico

- Valutazione del problema clinico ai fini dell’inserimento nel percorso assistenziale
- Presa in carico nel percorso assistenziale

FASE II: Cura e trattamento

- Erogazione delle prestazioni diagnostiche, terapeutiche e assistenziali necessarie per la risoluzione del problema clinico trattato

FASE III: Dimissione e Follow-up

- Conclusione del percorso assistenziale o di una sua fase
- Monitoraggio del problema di salute e/o attivazione di un nuovo percorso assistenziale.

La qualità dell’assistenza erogata nel percorso deve garantire almeno i criteri di appropriatezza, efficacia, sicurezza, efficienza ed equità.

35.5. Situazione delle reti e dei percorsi assistenziali interaziendali.

Allo stato, tutte le Aziende Sanitarie Regionali e l’IRCCS-CROB hanno condiviso le reti e definito i percorsi assistenziali riportati nell’allegato A).

Art. 36 –Macroaree organizzativo-funzionali dell'Azienda

36.1. L'articolazione di base dell'Azienda è la seguente:

- a) *area della prevenzione:*
Dipartimenti di Prevenzione;
- b) *area dell’assistenza territoriale:*
Distretti della Salute, Dipartimento misto di Salute Mentale e Dipartimento misto della Assistenza Farmaceutica
- c) *area dell’assistenza ospedaliera:*
Dipartimenti ospedalieri e Dipartimenti funzionali transmurali;

36.2. Nell’Azienda è istituita inoltre la struttura operativa unitaria, a carattere interaziendale, transmurale e trasversale della rete regionale dell’emergenza – urgenza già denominata “Basilicata Soccorso”, organizzata e gestita dal Dipartimento interaziendale regionale di emergenza urgenza, la cui costituzione avverrà in conformità alla D.G.R.B. n.1537 del 31/08/2009.

Art. 37 - Area della Prevenzione

L'area della prevenzione, nel rispetto dell'art. 3, comma 3 della L. R. n. 12/2008 viene riorganizzata e strutturata in:

a) Dipartimento di prevenzione collettiva della salute umana

b) Dipartimento di prevenzione della Sanità e benessere animale

raccordati a livello centrale dal Direttore di uno dei due dipartimenti, individuato dal Direttore generale, cui competerà l'onere di promuovere la sottoscrizione di protocolli di integrazione e collaborazione interdipartimentale.

Ciascun dipartimento è organizzato in aree funzionali secondo le tipologie definite dalla Regione Basilicata con le leggi regionali 27/1996 e 3/1999.

Il Dipartimento di prevenzione collettiva della salute umana sarà articolato in:

- area dell'igiene, epidemiologia e sanità pubblica;
- area dell'igiene degli alimenti e della nutrizione;
- area della medicina del lavoro e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- area della Prevenzione, Protezione ed impiantistica nei luoghi di lavoro

Nell'ambito dell'attività del Dipartimento di prevenzione collettiva della salute umana saranno previste, a valenza dipartimentale, strutture semplici deputate alla medicina legale, strutture semplici dedicate alla medicina dello sport nonché strutture semplici deputate alle politiche vaccinali.

Per ciascuna area del *Dipartimento di prevenzione collettiva della salute umana* le attività si svolgono presso distinte unità operative territoriali, di livello distrettuale.

L'assetto previsto corrisponde alla situazione attuale che vede strutture complesse per ambito distrettuale corrispondente alle disciolte Aziende. Tale assetto può essere rivisto anche sotto il profilo della tipologia delle strutture organizzative alla luce del definitivo assetto territoriale distrettuale.

Le unità organizzative territoriali di ciascun area funzionale sono coordinate da uno dei direttori afferenti all'area medesima, mentre il coordinamento tra le diverse aree è garantito mediante appositi protocolli d'intesa.

Il Dipartimento di prevenzione della Sanità e benessere animale sarà articolato in:

- area della sanità animale (**Area A**)
- area della igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati (**Area B**)
- area dell'igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche (**Area C**)

Per ciascuna area del Dipartimento di Prevenzione della sanità e benessere animale le attività si svolgono presso distinte unità operative territoriali, di livello distrettuale.

L'assetto previsto corrisponde alla situazione attuale che vede strutture complesse per ambito distrettuale corrispondente alle disciolte Aziende. Tale assetto può essere rivisto anche sotto il profilo della tipologia delle strutture organizzative alla luce del definitivo assetto territoriale distrettuale.

Le unità organizzative territoriali di ciascun area funzionale sono coordinate da uno dei direttori afferenti all'area medesima, mentre il coordinamento tra le diverse aree è garantito mediante appositi protocolli d'intesa.

Art. 38 - Area dell'Assistenza Territoriale:

- **Distretti della Salute**
- **Dipartimento Misto di Salute Mentale**
- **Dipartimento Misto dell'Assistenza Farmaceutica**

Art. 39 - I Distretti della Salute

L' Area distrettuale costituisce il livello ottimale di programmazione dal basso su cui costruire un rapporto integrato tra servizi sanitari e servizi sociali e alla persona, lavorando in sede di programmazione di zona all'analisi dei bisogni, all'offerta dei servizi, alla individuazione di obiettivi di crescita del benessere territoriale. Il Distretto della Salute garantisce l'assistenza sanitaria, socio-sanitaria e di integrazione sociale.

L'ASP organizza i "Distretti della Salute " nel rispetto della Direttiva regionale affidata alla DGR 1645/2009; l'allocazione definitiva dei Distretti della Salute è subordinata alla definizione da parte della Regione degli ambiti territoriali delle istituende Comunità Locali.

In via transitoria, sino all'individuazione definitiva degli ambiti territoriali delle Comunità Locali, i territori dei distretti socio-sanitari coincidono con le perimetrazioni previste dalla tabella A della Legge Regionale n.30/94 e la sede di ciascun distretto della salute rimane quella della corrispondente Azienda Sanitaria USL soppressa.

I Distretti attivati presso le Aziende Sanitarie UU.SS.LL. sopresse rimangono operativi ed esercitano le attività proprie delle USIB.I direttori delle predette strutture mantengono inalterato l'attuale livello di responsabilità. Con successivi provvedimenti sarà data attuazione alla struttura organizzativa dettata dalla DGR 1645/09.

Il Distretto assicura l'assistenza primaria nella rete dei servizi territoriali e si pone come organizzazione che realizza un elevato livello di integrazione tra le diverse strutture che erogano le prestazioni sanitarie e tra queste e i servizi socio-assistenziali e offre una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione. Oltre ad assicurare l'erogazione dei servizi attraverso interventi diretti di produzione o indiretti, tramite l'esternalizzazione di alcuni servizi, svolge il ruolo di regolatore della domanda di salute sulla base dell'analisi dei bisogni della popolazione e della definizione degli obiettivi.

Il distretto della salute è una macroorganizzazione complessa assimilabile a quella dipartimentale ed in particolare ad un dipartimento strutturale al quale va riconosciuto un ambito di autonomia, risorse, patrimonio e gestione, alla stessa stregua delle altre macrostrutture aziendali (dipartimento di prevenzione e presidi ospedalieri).

Il distretto della salute è il luogo di governo della domanda, di garanzia dei LEA socio-sanitari e di presa in carico dei bisogni complessivi, in particolare rispetto alle fragilità e ai soggetti non autosufficienti.

In tale ambito il distretto opera in un ruolo di governance, adottando progetti di salute legati all'evidenza scientifica della medicina e adotta strumenti validati per il miglioramento continuo della qualità (Governo Clinico).

I Distretti della salute costituiscono la sede di raccordo e di organizzazione della rete dei servizi sanitari e socio-sanitari territoriali , nonché punto di riferimento per il cittadino per l'accesso ai servizi e luogo prioritario per l'integrazione sanitaria e sociosanitaria.

I Distretti sviluppano percorsi di cura e di assistenza propri nell'ottica della continuità assistenziale e dell'uso flessibile e integrato delle risorse.

La sede dei distretti è definita dal Direttore Generale sentito il parere della conferenza dei Sindaci , art. 4 L.R. 12/2008 e tiene conto:

- della numerosità della popolazione
- delle condizioni geomorfologiche ,
- della viabilità (es.: stato delle strade e tempi di percorrenza)
- del sistema delle comunicazioni locali (es.: n. di corse delle autolinee)
- della congruità con zonizzazioni esistenti (distretti scolastici)
- della delimitazione territoriale dei piani di offerta integrata di servizi (P.O.I.S.)

39.1. Funzioni del Distretto

Il Distretto della Salute esercita compiti di pianificazione e gestione integrata dei servizi sanitari, socio-sanitari e sociali sul territorio di riferimento e formula le conseguenti proposte per la programmazione aziendale. Elabora la pianificazione-programmazione attraverso l'adozione del piano attuativo distrettuale (PAD) per la parte sanitaria e socio-sanitaria e attraverso la definizione della dotazione strutturale delle risorse, (strumentali, tecnologiche e umane) necessarie alla elaborazione del piano intercomunale dei servizi sociali e socio - sanitari (PISS).

Nell'ambito delle funzioni di tutela e di committenza dei servizi il distretto provvede a:

- a) Curare l'analisi della domanda e il governo dell'offerta in relazione ai bisogni di salute e di benessere delle persone, delle famiglie e delle comunità locali;
- b) Assicurare l'unitarietà e l'appropriatezza dei percorsi assistenziali, clinici e terapeutici e l'equità e continuità nell'erogazione delle prestazioni, promuovendo l'integrazione assistenziale delle attività della medicina territoriale con quelle delle strutture ospedaliere e extraospedaliere;
- c) Concorrere alla realizzazione della rete regionale integrata dei servizi di cittadinanza sociale di cui alla L.R. n. 4/2008, attuare i programmi di integrazione socio-sanitaria in collaborazione con i Comuni associati negli ambiti socio-territoriali, istituire unità di servizi e sportelli distrettuali per l'erogazione della globalità dei servizi sanitari e socio-territoriali (USIB)
- d) Curare l'integrazione funzionale e il coordinamento dei suoi interventi con le attività territoriali dei Dipartimenti di Prevenzione e del Dipartimento di Salute Mentale;
- e) Stabilire relazioni permanenti di collaborazione con le amministrazioni comunali , promuovere e garantire la partecipazione attiva dei cittadini e delle organizzazioni rappresentative degli interessi sociali.

La integrazione tra distretto ed ospedale mira al superamento della tradizionale visione ospedale-centrica, per trasferire al distretto una capacità di risposta appropriata e non differita a tutte le condizioni di cronicità, non autosufficienza e fragilità.

In tale contesto saranno particolarmente esaltate funzioni che troveranno collocazione all'interno dello stabilimento ospedaliero di Muro Lucano (2) e degli altri presidi aziendali strutturalmente idonei all'assistenza continuativa nelle 24 ore (Hospice, RSA, ecc).

Rientrano nell'assistenza distrettuale le seguenti attività che saranno strutturate in unità operative definite in specifici atti organizzativi che prevedono anche il livello di complessità (struttura complessa, struttura semplice, incarico professionale):

- a. Assistenza primaria
- b. Assistenza farmaceutica
- c. Assistenza domiciliare nelle sue varie forme ed intensità con particolare riferimento alle patologie cronico degenerative ed oncologiche
- d. Assistenza specialistica ambulatoriale e protesica
- e. Assistenza riabilitativa
- f. Assistenza consultoriale familiare pediatrica e psicologica
- g. Assistenza socio-sanitaria
- h. Assistenza dipendenze patologiche
- i. Assistenza residenziale e semiresidenziale territoriale.
- j. Assistenza penitenziaria

Oltre alle attività sopramenzionate nel distretto della salute vengono espletate funzioni amministrative attraverso strutture che svolgono le seguenti attività :

- a) Amministrative rivolte al proprio interno
- b) Amministrative rivolte all'utenza (rilascio tessere sanitarie, attestati di esenzione , centro di prenotazione etc.)

39.2 Il Direttore di Distretto

- ◇ Il Direttore di Distretto è responsabile della direzione e del coordinamento di tutte le attività distrettuali.
- ◇ Il Direttore di Distretto è nominato dal Direttore Generale, nel rispetto della normativa vigente.
- ◇ Il Direttore di Distretto è componente di diritto del Collegio di Direzione e per l'esercizio delle proprie funzioni, per la gestione del budget, dei provvedimenti propri e/o eventualmente delegati dal Direttore Generale si avvale di una struttura amministrativa di distretto. Si avvale altresì di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali .
- ◇ Il Direttore di distretto propone al Direttore Generale, sentito il parere del comitato dei sindaci del distretto, l'ambito territoriale delle "UU.SS.II.BB. " unità per i servizi integrativi base.
- ◇ Il Direttore di distretto, di concerto con i comuni rientranti nell'ambito distrettuale definisce e adotta il piano intercomunale dei servizi sociali e socio sanitari, in tale sede si procede alla verifica congiunta della disponibilità e congruità delle risorse finanziarie destinate alla realizzazione degli interventi integrati al fine di ottimizzarne l'impiego e di garantire la sostenibilità, la qualità e l'efficacia delle prestazioni.
- ◇ Il Piano intercomunale dei servizi sociali e socio-sanitari (PISS) è strumento di attuazione a livello locale delle strategie della rete regionale integrata ed è adottato in ciascun distretto della salute coincidente con la comunità locale di riferimento, mediante accordo di programma, sottoscritto dai Sindaci, dal

Direttore Generale dell'ASP nonché dagli altri soggetti pubblici eventualmente coinvolti.

- ◇ Il Piano intercomunale dei servizi socio-sanitari unifica e sostituisce a tutti gli effetti il programma delle Attività Territoriali di cui all'art. 3 comma 3, del D. Lgs. 19 giugno 1999 n. 229, e il Piano sociale di Zona di cui all'art. 19 della legge 8 novembre 2000 n.328.
- ◇ Esercita ogni altra funzione delegata dal Direttore generale nonché ogni altra funzione prevista dalla DGR 1645/09.

39.3 Organizzazione del Distretto

Per adempiere alle proprie funzioni il distretto amministra e valorizza le strutture e le risorse professionali, tecniche e finanziarie assegnate, anche tenendo presenti criteri di ponderazione della popolazione residente e costituisce centro di responsabilità e di autonomia tecnico-gestionale nel rispetto degli indirizzi unitari dell'azienda, mediante gli strumenti di programmazione e controllo e la gestione del budget assegnato, delle azioni programmate e delle attività delegate proprie del distretto.

Per favorire un'offerta unitaria, coordinata e multidimensionale degli interventi e per supportare l'organizzazione integrata degli interventi, in raccordo con i Comuni associati, *la sede della Direzione di Distretto coincide con quella dell' Ufficio del Piano Sociale.*

L' Ufficio del Piano Sociale, istituito dalla Conferenza Istituzionale dell'ambito socio-territoriale, è una struttura tecnica di supporto cui i Comuni associati conferiscono funzioni di coordinamento e di gestione amministrativa del Piano intercomunale dei servizi sociali e socio-sanitari.

Per affrontare capillarmente i bisogni, socio-sanitari e sociali dei cittadini in maniera organica e unitaria, i Distretti della Salute si articolano in *“unità per i servizi integrati di base”USIB.*

39.4 La Conferenza Istituzionale dell'ambito socio-territoriale

La conferenza istituzionale dell'ambito socio-territoriale rappresenta il luogo del confronto con le istanze istituzionali del territorio; è composta dai Sindaci dei Comuni associati dell'ambito socio-territoriale di competenza, ad essa partecipa il Direttore Generale della ASP.

Contribuisce alla definizione dei bisogni del territorio, alla elaborazione dei piani e progetti di salute, analizza i risultati di servizio e promuove la partecipazione dei cittadini. E' il livello territoriale dell'integrazione tra tutte le risorse presenti sul territorio e dell'orientamento delle stesse nella direzione della promozione della salute della popolazione, nonché dell'utilizzo coerente delle competenze tecniche socio-sanitarie presenti.

Esamina annualmente lo stato di attuazione del piano intercomunale dei servizi sociali e socio-sanitari e propone aggiornamenti ed adeguamenti di obiettivi e priorità per la programmazione aziendale e per la programmazione sociale, nonché interventi ed azioni finalizzate a migliorare le condizioni amministrative, organizzative e finanziarie di realizzazione.

Nell'ottica di realizzare un'offerta unitaria, coordinata e multidimensionale di interventi e servizi di assistenza sanitaria e di protezione sociale e per supportare l'organizzazione integrata degli interventi in raccordo con i Comuni associati nel distretto della salute, a norma dell'art.13 comma 5 e 6 della L. R.. 4/2007 "il Direttore di distretto e il Coordinatore tecnico dell'Ufficio del Piano Sociale sono sottoposti a valutazione annuale dalla Conferenza istituzionale dell'ambito socio-territoriale in ordine al conseguimento degli obiettivi di integrazione previsti dalla programmazione concertata", giudizio di cui il Direttore Generale terrà conto nella valutazione globale del Direttore della macrostruttura.

39.5 Ufficio di Coordinamento di Distretto

39.5.1 L'Ufficio di coordinamento del Distretto è lo strumento tecnico finalizzato al coordinamento delle attività distrettuali:

- collabora all'elaborazione delle politiche distrettuali;
- contribuisce alla definizione dei percorsi di analisi del territorio e dei relativi problemi; contribuisce all'elaborazione del programma delle azioni distrettuali con le relative modalità di verifica e valutazione;
- sviluppa azioni idonee all'integrazione professionale e organizzativa;
- valuta le risultanze della partecipazione dei cittadini, promuove e presidia le azioni di miglioramento conseguenti.

39.5.2 L'Ufficio di coordinamento del distretto, disciplinato da apposito regolamento, è presieduto dal Direttore di Distretto, è composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nelle unità organizzative di distretto e vi partecipa un medico di medicina generale, un pediatra di libera scelta e uno specialista ambulatoriale convenzionato.

39.6. I Comitati Consultivi Misti distrettuali

I Comitati Consultivi Misti promuovono l'utilizzo di indicatori di qualità e l'esecuzione di controlli di qualità dal lato della domanda, specie con riferimento ai percorsi d'accesso ai servizi ed alle liste di attesa.

Concorrono all'azione di vigilanza per il raggiungimento e la tenuta degli standard di sicurezza delle strutture sanitarie; sperimentano modalità efficaci di raccolta e di analisi delle segnalazioni di disservizio; redigono una relazione trimestrale delle azioni svolte e dei risultati raggiunti, da trasmettere all'Azienda ed al competente Dipartimento regionale.

Il Comitato Consultivo Misto dura in carica cinque anni. La composizione ed il funzionamento e le relazioni con gli organi e le strutture aziendali sono disciplinati da apposito regolamento. Esso è composto da:

- a. da rappresentanti delle associazioni riconosciute di tutela dei diritti degli utenti e delle organizzazioni di volontariato, designati dalla Presidenza dell'Assemblea regionale del volontariato;
- b. da rappresentanti delle Aziende Sanitarie, scelti fra il personale medico e delle professioni sanitarie, i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta;
- c. da esperti di valutazione, individuati di concerto con le organizzazioni sindacali dei lavoratori maggiormente rappresentative a livello regionale.

Art. 40 - Il Dipartimento Misto di Salute Mentale

E' preposto alla tutela della salute mentale, che assicura tutte le attività di assistenza psichiatrica, neuropsichiatria e psicologica per l'età evolutiva e adulta

L'organizzazione Dipartimentale deve:

- ◇ integrare le discipline che si occupano della salute mentale della popolazione (Psichiatria, Neuropsichiatria Infantile, Psicologia clinica e altre): il Dipartimento si deve porre come il garante del governo clinico della salute mentale di un determinato territorio;
- ◇ gestire e coordinare le azioni dei servizi pubblici e privati (privato sociale e privato imprenditoriale) presenti nel territorio di competenza secondo comuni scopi ed obiettivi;
- ◇ garantire risposte a tutta la cittadinanza, attivando specifici programmi per aree critiche della popolazione, per età (adolescenza e anziani), per marginalità sociale (carceri, senza fissa dimora, minoranze etniche), per problematicità psicopatologica (internati in OPG, non collaboranti, rischio suicidio);
- ◇ operare valorizzando la professionalità di tutti gli operatori, favorendo processi diffusi di responsabilizzazione (case management);
- ◇ ricercare il miglior livello di appropriatezza delle risposte fornite;
- ◇ partecipare ad azioni integrate tra Servizi socio-sanitari ed Enti Locali all'interno dei Piani di Zona e dei Piani per la Salute;
- ◇ coordinare le attività e i progetti rivolti alla salute mentale delle agenzie che a vario titolo, formale e informale, sono protagoniste locali della Salute Mentale: Aziende Sanitarie, Ente Locale, Cooperazione Sociale, associazioni degli utenti e dei familiari, mondo sindacale e imprenditoriale, associazioni culturali e ricreative;
- ◇ riconoscere come proprie risorse, non solo quelle assegnate dal Servizio sanitario, ma anche quelle derivanti dall'attivo coinvolgimento dei cittadini nei percorsi di cura attraverso processi di responsabilizzazione e decentramento (empowerment);
- ◇ consapevole della centralità, nei percorsi terapeutici, dei processi di inserimento lavorativo, esercitare un'opera di promozione affinché tutte le agenzie locali competenti operino per dare concreta realizzazione al diritto al lavoro per tutti i fruitori dei propri Servizi. A tal fine è necessario costruire percorsi di formazione, di ricerca di opportunità lavorative, di sostegno nei percorsi di inserimento, per tendere a forme sempre più accentuate di autonomia.

Sono costituiti dipartimenti funzionali di salute mentale con un rapporto di uno ogni 150.000 abitanti o frazione non inferiore a 70.000 abitanti.

Ogni dipartimento funzionale di salute mentale comprende:

- a) una struttura territoriale: il centro di salute mentale
- b) il servizio psichiatrico di diagnosi e cura
- c) strutture per attività semiresidenziali e residenziali.

Tali articolazioni interne dell'Azienda assumono, in base al livello di complessità, la connotazione organizzativa di struttura complessa o semplice.

Tutte le unità operative sono organizzate in un unico dipartimento strutturale di salute mentale. La definizione dell'articolazione interna è demandata all'adozione di appositi atti.

Art. 41 - Il Dipartimento Misto dell'Assistenza Farmaceutica

Il Dipartimento Assistenza Farmaceutica assicura la gestione ottimale dell'Assistenza farmaceutica. Come tale utilizza le sinergie a livello di Azienda nella messa a disposizione dei farmaci e facilita e supporta l'adozione di politiche farmaceutiche comuni a tutto il territorio regionale.

La formulazione delle politiche aziendali farmaceutiche, delle previsioni d'impiego e dei sistemi di monitoraggio è effettuata, a tutti i livelli aziendali, con le articolazioni del Dipartimento. Le politiche farmaceutiche aziendali sfruttano la coerenza delle azioni realizzabili nei diversi setting operativi (ospedaliero e territoriale) promuovono l'uso appropriato dei farmaci attraverso la diffusione delle evidenze scientifiche relative in contesti interdisciplinari e interprofessionali.

Il Dipartimento Assistenza Farmaceutica si articola in Assistenza Farmaceutica Territoriale ed Assistenza Farmaceutica Ospedaliera, con le diverse competenze di approvvigionamento, distribuzione e controllo dell'uso dei farmaci.

Il Dipartimento in parola:

- *con le sue articolazioni ospedaliere* – una struttura semplice o complessa per ogni presidio – presiede, seguendo le indicazioni e gli indirizzi del Direttore del Dipartimento e delle Direzioni mediche di Presidio Ospedaliero, alla funzione di governo dell'assistenza farmaceutica in ambiente ospedaliero e promuove *l'organizzazione delle risorse professionali specifiche*;
- *con le sue articolazioni distrettuali* – una struttura semplice o complessa per ogni Distretto della Salute – presiede, seguendo le indicazioni e gli indirizzi del Direttore del Dipartimento dell'Assistenza Farmaceutica e del Direttore delle Cure Primarie, alla funzione di governo dell'assistenza farmaceutica in ambiente distrettuale e promuove *l'organizzazione delle risorse professionali specifiche*.

Il Direttore del Dipartimento dell'Assistenza Farmaceutica e le sue articolazioni periferiche supportano i direttori di dipartimento e i professionisti che vi operano fornendo le competenze possedute all'interno dei dipartimenti.

La ulteriore articolazione interna è demandata all'adozione di appositi atti.

Art. 42 - Area dell'Assistenza Ospedaliera

L'area ospedaliera è la struttura tecnico-funzionale mediante la quale l'Azienda Sanitaria assicura nel proprio bacino territoriale l'erogazione dell'assistenza ospedaliera in modo unitario ed integrato sulla base dei principi di programmazione e di organizzazione regionale, perseguendo anche la formazione e la ricerca.

42.1 La rete ospedaliera dell'ASP comprende :

Il *Presidio ospedaliero unificato della ex Azienda USL n. 1* costituito dall'Ospedale di Melfi e dall'Ospedale di Venosa (1);

Il *Presidio ospedaliero di Villa d'Agri (della ex Azienda USL n. 2)*.

Il *Presidio ospedaliero unificato del lagonegrese* costituito dagli Ospedali di Lagonegro, Lauria e Maratea. (della ex Azienda USL n.3)

Il *Presidio ospedaliero di Chiaromonte (della ex Azienda USL n. 3)* (3)

1. Gli stabilimenti ospedalieri di Melfi, Villa d'Agri e Lagonegro sono sede di PSA. L'Ospedale di Venosa è temporaneamente dotato di pronto soccorso per 24 ore/die.
2. La rete ospedaliera aziendale è articolata, fino a diversa determinazione regionale, in Ospedali generalisti multidisciplinari e sede di PSA e in Ospedali a vocazione specialistica e/o dedicati all'assistenza post-acuta e alla cronicità.

La principale funzione dell'ospedale per acuti è quella di erogare prestazioni in fase diagnostica e/o terapeutica e/o riabilitativa, a pazienti, affetti da patologie in acuzie e post – acuzie, che necessitano di interventi che richiedono impegno specialistico e tecnologico, concentrati nel breve periodo, attraverso ricoveri o trattamenti ambulatoriali supportati da servizi sanitari e generali.

L'assistenza ospedaliera per acuti ha anche funzione di supporto per l'attuazione e lo sviluppo dell'assistenza primaria e della sua integrazione con i livelli secondario e terziario.

Le diverse strutture dell'ospedale opereranno a rete per processi e per intensità di cure.

Nella fase transitoria, coerentemente alle previsioni dell'art.17-bis del D.Lgs.vo n.229/99, i Presidi Ospedalieri adottano come sistema ordinario di gestione di tutte le attività il modello di articolazione per aree dipartimentali omogenee, con previsione di dipartimenti intrapresidio in numero variabile e comunque tale da garantire a tutte le strutture esistenti di appartenere ad un dipartimento di riferimento.

Trasversalmente in tutta l'Azienda i presidi ospedalieri sono organizzati in dipartimenti funzionali trasversali per patologia che coordinano le attività assistenziali svolte nelle strutture ospedaliere e territoriali aventi finalità comuni tramite percorsi e protocolli diagnostico-terapeutici.

I dipartimenti ospedalieri saranno coordinati dalla Direzione Medica di Presidio che ha valenza di tipo dipartimentale.

- 42.2** Ai sensi dell'art. 4, comma 9, del D. Lgs. n. 502/92, e smi, e dell'art. 36 della L. R. n. 39/2001, nel presidio ospedaliero è prevista la figura di un dirigente amministrativo, con compiti di coordinamento amministrativo di presidio.

In caso di carenza di dirigenti amministrativi il Direttore Generale attribuisce, temporaneamente, le funzioni di coordinamento a funzionari amministrativi.

La ulteriore articolazione interna è demandata all'adozione di appositi atti nel rispetto dei criteri indicati negli art.li.32, 33 e 35 che precedono.

I posti letto per acuti, riabilitazione e lungodegenza dell'ASP sono quelli definiti per le disciolte Aziende UU.SS.LL. n.1,n.2 e n.3 dalle DD.GG.RR. n 2192/2005, n. 193/2007, n. 513/2007.

Art. 43 - Il Conferimento degli Incarichi

- 43.1** Il sistema di conferimento degli incarichi dirigenziali di direzione di struttura o professionali è disciplinato dal Direttore Generale con apposito atto, nel rispetto delle disposizioni di legge e delle norme contenute nei contratti collettivi di lavoro, valutando, tra l'altro:

- a) *la natura e le caratteristiche dei programmi e degli obiettivi da realizzare;*
- b) *le attitudini personali e le capacità professionali, in relazione alle*

conoscenze e competenze specialistiche e all'esperienza già acquisita in precedenti incarichi, nonché le esperienze documentate di studio e di ricerca;

- c) la valutazione del grado di raggiungimento degli obiettivi assegnati e della professionalità espressa la capacità di governo e di sviluppo delle risorse professionali, la capacità di ottimizzazione l'uso delle risorse assegnate;*
- d) la capacità di gestire i rapporti con le persone (utenti e loro prossimi, colleghi e collaboratori);*
- e) la capacità di integrarsi con altre strutture organizzative che concorrono alla stessa linea di attività*

43.2 Gli incarichi dirigenziali sono conferibili, a tempo determinato, anche a soggetti esterni all'Azienda, secondo le modalità e nei limiti di cui all'art. 15-septies del D.Lgs. 502/92 e ss.mm.ii.. Gli incarichi sono conferiti con appositi contratti a tempo determinato, che ne disciplinano l'oggetto, i contenuti, la durata e la retribuzione.

Art. 44 - Le Posizioni Organizzative del Comparto

44.1 L'Azienda individua, per il personale del Comparto, le posizioni organizzative che implicano lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevata responsabilità e che corrispondono a funzioni aziendali caratterizzate da un alto livello di competenza, con assunzione diretta di autonoma responsabilità.

44.2 L'Azienda definisce, con apposito regolamento, concertato con le OO.SS. di riferimento, criteri di individuazione, graduazione, attribuzione e valutazione delle posizioni organizzative.

44.3 Le posizioni sono conferite, previa selezione interna, dal Direttore Generale.

Art. 45 – Sistema di valutazione e di controllo

45.1 Il Nucleo di Valutazione

Il Nucleo di Valutazione svolge le seguenti funzioni:

- analisi, preventiva e successiva, della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le missioni affidate, gli obiettivi prescelti, le scelte operative effettuate rispetto alle risorse umane, finanziarie e strutturali assegnate, nonché nella identificazione degli eventuali fattori ostativi e delle responsabilità relative alla mancata o parziale attuazione dei possibili rimedi;
- controllo delle attività svolte dalle articolazioni aziendali, in termini documentati e sintetici, attraverso la valutazione degli indicatori ed il loro confronto con i parametri di riferimento;
- verifica dei risultati raggiunti dai Dipartimenti in relazione agli obiettivi assegnati, ai fini dell'attribuzione di risultato ai Dirigenti e del fondo di produttività per il personale del Comparto.

Composizione e funzionamento del Nucleo di Valutazione sono definiti da apposito regolamento aziendale.

45.2 I Collegi Tecnici

Ai sensi dell'art. 15, 5° comma del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. e dell'art. 5 comma 13 del D.Lgs. 517/99 vengono individuati i Collegi Tecnici che procedono alla verifica e alla valutazione:

- di tutti i dirigenti alla scadenza dell'incarico loro conferito in relazione alle attività professionali svolte ed ai risultati raggiunti;
- dei dirigenti di nuova assunzione al termine del primo quinquennio di servizio;
- dei dirigenti che raggiungono l'esperienza professionale ultraquinquennale in relazione all'indennità di esclusività (dirigenza medica e sanitaria);
- dei dirigenti che, prima della scadenza dell'incarico, vengano proposti per un incarico di fascia economicamente superiore, se è trascorso più di un anno dalla verifica dell'incarico precedente.

Composizione e funzionamento dei Collegi Tecnici sono definiti da apposito regolamento aziendale.

Art. 46 – Procedure di acquisto

L'Azienda, allo scopo di riqualificare la programmazione e la gestione dei processi di approvvigionamento, sviluppa nei confronti dei propri fornitori strategie di "partnership", ritenendoli portatori di interesse verso le attività aziendali ed i risultati conseguiti.

L'attività di acquisizione ha luogo nel rispetto dei principi della programmazione annuale degli acquisti dei beni e della fornitura dei servizi, della coerenza con il sistema budgetario, della trasparenza e della massima concorrenzialità.

Tale attività deve essere improntata all'efficacia, efficienza, omogeneità, unitarietà, coerenza metodologica, correttezza e regolarità del processo di acquisto.

Gli acquisti di beni e servizi sono regolamentati dal D.lgs. n.163/2006 e successive modificazioni.

Il processo di acquisto prevede, in particolare, le seguenti fasi:

- identificazione dei bisogni;
- determinazione dell'ambito specifico che soddisfa il bisogno;
- pianificazione dell'attività correlata alla soddisfazione del bisogno;
- definizione di tecniche specifiche e di meccanismi di valutazione delle offerte;
- individuazione dei potenziali fornitori sul mercato;
- gestione del contratto.

Obiettivi dell'attività di acquisto

Gli obiettivi dell'attività di acquisto sono:

- ricercare, sulla base delle risorse disponibili, le migliori combinazioni economiche per ottenere più alti livelli qualitativi e quantitativi dei risultati;
- ottenere la piena soddisfazione dei propri clienti intesi nella triplice accezione di: cliente finale (assistito/paziente), cliente intermedio (operatore sanitario) e cliente esterno (fornitore).

Il raggiungimento di tali obiettivi dipende:

- dall'adozione delle tecnologie più aggiornate e affidabili per efficienza ed efficacia;
- dalla migliore organizzazione procedurale interna;
- dal coinvolgimento di tutto il personale al fine di sollecitarne l'apporto al miglioramento continuo del sistema;
- dalla maggiore pianificazione e programmazione possibile.

Attività della funzione di acquisto

Le attività della funzione acquisti sono:

- marketing di acquisto
- negoziazione contrattualistica
- gestione degli ordini
- monitoraggio dei processi di acquisto.

Procedure per l'acquisto di beni e servizi

Le Procedure per l'acquisto di beni e servizi sono sancite dalla Direzione Generale dell'Azienda tramite apposito Regolamento Interno.

Procedure per la programmazione dell'attività contrattuale

- a) Le Procedure per le attività contrattuali sono sancite dalla Direzione Generale dell'Azienda tramite apposito Regolamento Interno.

Titolo IX

Art. 47 - Norme Finali e Transitorie

- 47.1** Dopo l'approvazione del presente atto da parte della Giunta Regionale di Basilicata, il Direttore Generale, sentito il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, provvederà alla conseguente articolazione generale dell'Azienda con l'adozione di atti regolamentari interni.
- 47.2** Nelle more dell'adozione dei regolamenti di settore e sino all'applicazione a regime del presente atto aziendale, la continuità gestionale viene assicurata con i necessari adattamenti delle procedure attualmente in essere, ovvero con atti adottati dal Direttore Generale.
- 47.3** L'attuale assetto organizzativo dei distretti viene mantenuto fino alla nomina dei direttori dei Distretti della Salute.
- 47.4** Per quanto non contemplato nel presente atto aziendale si rinvia alle vigenti disposizioni normative e regolamentari.
- 47.5** Il presente atto e l'articolazione generale dell'Azienda potranno essere oggetto di modificazioni e/o integrazioni in presenza di variazioni legislative, di direttive regionali nonché per motivazioni di opportunità e necessità connesse al buon funzionamento dell'Azienda.
- Inoltre, il presente atto e l'articolazione generale dell'Azienda potranno essere oggetto

di processi di revisione ordinaria e/o straordinaria. Quelli di revisione ordinaria attengono alla verifica di adeguatezza e rispondenza organizzativa e potranno comportare modificazioni da sottoporre all'approvazione regionale. Quelli di revisione straordinaria, di contro, potranno discendere da mutamenti normativi e organizzativi. In presenza di mutamenti normativi, la revisione è cogente, con immediata applicazione, previa notifica alla Regione Basilicata; in caso di mutamenti organizzativi, la revisione passa per le procedure previste per quella ordinaria.

- 47.6** Il presente atto aziendale abroga e sostituisce i precedenti atti di organizzazione delle disciolte Aziende USL n. 1, USL n.2 e USL n.3, comprese le regolamentazioni esecutive degli stessi.

Note

(1) L'Ospedale di Venosa

La dizione “è temporaneamente dotato di Pronto Soccorso per 24 h/die”, definisce la situazione dell'Ospedale in esecuzione del D.G.R. di Basilicata n. 1158 del 16/7/2008 che così recita:.....”impegnare il Direttore Generale dell'AUSL n.1 di Venosa.....all'utilizzo del personale medico proveniente dalle UU.OO. di Medicina Generale, Geriatria, lungodegenza, Chirurgia Generale nell'ambito del pronto Soccorso h.24 – già previsto per il periodo transitorio-non appena completati gli organici; il Pronto Soccorso h.24 dovrà essere garantito continuamente nelle more del nuovo Piano Sanitario Regionale e/o di una revisione della L.R. n.21/99”

(2) il Presidio Ospedaliero di Muro Lucano

il Presidio Ospedaliero di Muro Lucano, ai sensi dell'art.15 della L.R. di Basilicata 1/2007, “è conferito all'Azienda USL n. 2 di Potenza che provvede alla sua piena utilizzazione quale Struttura Sanitaria distrettuale integrata, in conformità con le scelte programmatiche della Regione ed in aderenza all'evoluzione ai fabbisogni di salute del territorio di competenza”

(3) il Presidio Ospedaliero di Chiaromonte

nella D.G.R. di Basilicata n.643 del 2.4.2001, si fa, tra l'altro, riferimento alla previsione che i Presidi di Lagonegro e di Chiaromonte “condivideranno il ruolo di Ospedali per acuti”