



ASL Carbonia

**Servizio Sanitario Regione Sardegna
Azienda USL n. 7 Carbonia**

ANNO 2012

ATTO AZIENDALE

Documento:

**PARTE I
DISPOSIZIONI E CRITERI**

Allegato alla Delibera n. 1748 del 13/12/2012

Data:

Dicembre 2012

Versione:

V_01

Redazione:

Azienda USL n. 7
Direzione generale
Staff della Direzione

Atto Aziendale

Parte prima

Disposizioni e criteri

Sommario

Titolo I – Premessa e oggetto	5
<i>ART. 1 Atto aziendale</i>	5
<i>ART. 2 Finalità</i>	5
<i>ART. 3 Contenuti</i>	6
<i>ART. 4 Criteri</i>	6
<i>ART. 5 Disposizioni generali</i>	7
<i>ART. 6 Decorrenza e rinvii</i>	7
Titolo II - ASL N° 7 di Carbonia	9
<i>ART. 7 Elementi identificativi</i>	9
<i>ART. 8 Ambito territoriale</i>	9
<i>ART. 9 Patrimonio</i>	11
<i>ART. 10 Visione e missione</i>	12
<i>ART. 11 Principi</i>	12
<i>ART. 12 Tutela e produzione-erogazione</i>	14
<i>ART. 13 Integrazione e presa in carico</i>	15
<i>ART. 14 Governo clinico e governo economico</i>	15
Titolo III – Ruolo della azienda nel SSR	17
<i>ART. 15 RAS e azienda</i>	17
<i>ART. 16 Rapporti con le aziende sanitarie regionali e le istituzioni locali</i>	18
<i>ART. 17 Istanze sociali</i>	18
<i>ART. 18 Coinvolgimento degli operatori</i>	19
<i>ART. 19 Informazione e comunicazione</i>	19

Titolo IV – Funzionamento e governo	21
ART. 20 <i>Governo aziendale</i>	21
ART. 21 <i>Direttore generale</i>	22
ART. 22 <i>Collegio sindacale</i>	23
ART. 23 <i>Direzione aziendale</i>	25
ART. 24 <i>Direttore sanitario</i>	26
ART. 25 <i>Direttore amministrativo</i>	27
ART. 26 <i>Collegio di direzione</i>	28
ART. 27 <i>Consiglio delle Professioni Sanitarie</i>	29
ART. 28 <i>Direttore di dipartimento</i>	31
ART. 29 <i>Comitato di dipartimento</i>	32
ART. 30 <i>Direttore di distretto</i>	33
ART. 31 <i>Ufficio coordinamento attività distrettuali (UCAD)</i>	34
ART. 32 <i>Comitato di distretto</i>	35
ART. 33 <i>Direzione di Presidio Ospedaliero</i>	36
ART. 34 <i>Conferenze di servizi</i>	37
ART. 35 <i>Organismi di valutazione</i>	37
ART. 36 <i>Conferenza provinciale</i>	39
Titolo V – Organizzazione della azienda	40
ART. 37 <i>Riferimenti e criteri</i>	40
ART. 38 <i>Aree organizzative</i>	40
ART. 39 <i>Strutture</i>	42
ART. 40 <i>Strutture complesse</i>	42
ART. 41 <i>Strutture semplici</i>	43
ART. 42 <i>Dipartimenti</i>	43
ART. 43 <i>Organizzazione dipartimentale</i>	44
ART. 44 <i>Tipologia e classificazione dei dipartimenti</i>	45
ART. 45 <i>Dipartimenti interaziendali</i>	46
ART. 46 <i>Flessibilità e trasversalità</i>	47
ART. 47 <i>Programma, progetto, area tematica, gruppo di lavoro</i>	48
ART. 48 <i>Regolamento di dipartimento</i>	49

ART. 49	<i>Configurazione organizzativa</i>	50
Titolo VI – Gestione della azienda		51
ART. 50	<i>Atti di governo e atti di gestione</i>	51
ART. 51	<i>Deleghe</i>	52
ART. 52	<i>Pubblicità e trasparenza</i>	53
ART. 53	<i>Incarichi</i>	53
ART. 54	<i>Posizioni organizzative del Comparto</i>	54
ART. 55	<i>Programmazione, controllo e sistema di budget</i>	55
ART. 56	<i>Contabilità e bilancio</i>	56
ART. 57	<i>Valutazione delle risorse umane</i>	57
ART. 58	<i>Forniture di beni e servizi e contratti</i>	58
ART. 59	<i>Negoziante e controllo prestazioni sanitarie e sociosanitarie</i>	59
ART. 60	<i>Integrazione e cooperazione e macroaree</i>	60
ART. 61	<i>Forme e modalità di integrazione e cooperazione</i>	61
ART. 62	<i>Cooperazione con altri enti e organismi</i>	61
ART. 63	<i>Soggetti privati e terzo settore</i>	62
ART. 64	<i>Relazioni sindacali</i>	63
ART. 65	<i>Dotazione organica e piano occupazionale pluriennale</i>	63

TITOLO I – PREMESSA E OGGETTO

ART. 1 Atto aziendale

Per la LR 10/2006 organizzazione e funzionamento delle aziende del servizio sanitario sono disciplinati dall'atto aziendale, come previsto dal D. Lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni. L'atto aziendale "individua in particolare le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico - professionale soggette a rendicontazione analitica, le competenze dei relativi responsabili e disciplina l'organizzazione delle ASL secondo il modello dipartimentale, nonché i compiti e le responsabilità dei direttori di dipartimento e di distretto sociosanitario".

L'atto aziendale, adottato in conformità ai principi e criteri direttivi emanati dalla Regione Autonoma della Sardegna (RAS), si configura quale espressione della capacità giuridica pubblica e della autonomia delle ASL nell'ambito del Servizio Sanitario Regionale (SSR), e quale strumento di autogoverno rivolto alla disciplina degli assetti organizzativi e dei criteri di funzionamento delle aziende, sulla base delle proprie specificità e secondo quanto stabilito dall'art. 9 della LR 10/2006.

L'atto aziendale, secondo quanto disposto dall'art. 3 comma 1 bis del D. Lgs. 502/1992, garantisce, in particolare, il perseguimento degli obiettivi del servizio sanitario e la rispondenza al pubblico interesse delle attività aziendali, assicura, inoltre, imparzialità, trasparenza, efficienza, efficacia ed economicità nel governo e nella gestione della azienda.

L'AA è atto di diritto privato, ha rilevanti implicazioni interne ed esterne, e informa i soggetti con i quali l'azienda interagisce, sulla sua organizzazione e funzionamento.

Il presente documento, da qui in poi indicato con la sigla AA, atto aziendale o atto, rappresenta, in conformità alle disposizioni richiamate, l'atto aziendale della Azienda Sanitaria Locale n. 7 di Carbonia.

ART. 2 Finalità

La ASL di Carbonia, cui le disposizioni dell'atto si riferiscono, è ente senza scopo di lucro del Servizio Sanitario della Regione Sardegna, la cui azione si ispira alla efficacia delle prestazioni, alla qualità dei servizi erogati e all'efficiente utilizzo delle risorse.

Le scelte, contenute nell'atto aziendale, mirano alla formulazione e alla realizzazione, nel rispetto delle norme, e in coerenza con la programmazione nazionale e regionale, di soluzioni e modelli organizzativi e operativi rivolti a garantire ai cittadini risposte idonee a soddisfare i bisogni di salute della popolazione del territorio di riferimento, nel rispetto dei criteri di economicità.

ART. 3 Contenuti

Per il conseguimento di dette finalità, nel documento si tracciano gli assetti organizzativi, i criteri di funzionamento e di gestione, e le relazioni della azienda al proprio interno, nei rapporti con le altre aziende, e nei rapporti con la RAS e con gli altri enti e soggetti operanti nel sistema.

L'AA riserva particolare attenzione a:

- competenze e poteri degli organi aziendali,
- assetti organizzativi e articolazioni di governo,
- relazioni con le altre aziende sanitarie e con gli altri soggetti operanti nel sistema.

Per quanto sopra contenuti e disposizioni dell'AA:

- specificano le regole per l'articolazione organizzativa della azienda, e individuano le strutture soggette a rendicontazione analitica, dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, e le principali relazioni tra queste strutture;
- prevedono il regime dei poteri decisionali e gestionali attribuiti ai responsabili delle strutture, in rapporto alle competenze, responsabilità e funzioni delle stesse;
- disciplinano l'organizzazione della azienda secondo il modello dipartimentale, in coerenza con le disposizioni contenute nell'art. 17 bis del D. Lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni;
- definiscono competenze e responsabilità dei responsabili delle articolazioni aziendali, per i riflessi interni, e per quelli esterni;
- prevedono il rinvio a regolamenti attuativi per disciplinare nei dettagli le più rilevanti tematiche organizzative e di funzionamento, e i principali meccanismi di coordinamento e di gestione.

ART. 4 Criteri

Per superare le tendenze alla frammentazione, e le criticità conseguenti, gli assetti delineati nell'AA rispettano i principi di organizzazione per macrostrutture, con la previsione di articolazioni complesse e semplici, secondo modelli prefigurati, e con l'affidamento di queste a soggetti con adeguata autonomia gestionale e decisionale, e corrispondenti livelli di responsabilità.

L'AA concentra, di conseguenza, l'attenzione sul modello dipartimentale e sul distretto, e sui modi con cui valorizzare il governo clinico e quello economico, la separazione delle funzioni di tutela e di produzione, l'integrazione dell'assistenza e la presa in carico dei cittadini, quali riferimenti per il governo e per le strategie aziendali.

Nella formulazione e realizzazione di soluzioni e modelli operativi per assistere i cittadini, l'AA assume i principi della responsabilizzazione diffusa, del decentramento, del rispetto dei ruoli, e delle chiare relazioni organizzative; l'atto aziendale si deve, di conseguenza, leggere, interpretare e applicare secondo criteri e prospettive coerenti.

ART. 5 Disposizioni generali

Contenuti e disposizioni dell'AA riguardano le materie espressamente previste dalle normative di riferimento, e forniscono il disegno dell'organizzazione dei servizi sulla base dell'attuale quadro normativo nazionale e regionale; l'AA, di conseguenza, anche in assenza di una formulazione esplicita, rinvia alle variazioni di tale quadro normativo la disciplina di contenuti e profili in precedenza non previsti, ovvero non compatibili con il nuovo quadro normativo.

Verificandosi quest'ultima ipotesi, l'atto dovrà essere modificato, in tempi brevi, in relazione ai contenuti e ai profili divenuti non compatibili, o da integrare.

Le modifiche dell'atto determinate a seguito di variazioni nel quadro normativo di riferimento, o, comunque, a seguito di nuove esigenze intervenute, sono effettuate e formalizzate con le regole previste dalle disposizioni che regolano la materia.

L'AA rinvia a regolamenti attuativi la disciplina in dettaglio di argomenti e temi che sono necessari per l'attuazione dei principi in esso contenuti. I regolamenti aziendali approvati in precedenza si applicano, nel rispetto dei principi di conservazione degli atti e di continuità nella gestione, limitatamente alle disposizioni compatibili e non in contrasto con il presente atto.

Sono inefficaci e non applicabili le disposizioni dei regolamenti in contrasto, oltre che con l'AA, con le norme e le disposizioni sovra ordinate nel rispetto della gerarchia delle fonti.

ART. 6 Decorrenza e rinvii

Il presente atto entra in vigore dalla data di recepimento da parte della Giunta Regionale, secondo il procedimento previsto dalla legge, e da tale data integra e modifica le disposizioni pre-vigenti dell'ordinamento aziendale, e annulla quelle divenute incompatibili.

Nel caso di profonde innovazioni rispetto agli assetti precedenti, l'atto può, comunque, disciplinare la transizione ai nuovi assetti, prevedendo tempi e modi per l'entrata in vigore di nuove disposizioni con impatto critico per l'organizzazione e per il funzionamento della azienda.

Per quanto non contemplato nell'AA, si rinvia alla LR 10/2006, alle norme fondamentali di riforma del servizio sanitario nazionale di cui al D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i., a quelle concernenti la organizzazione amministrativa e del pubblico impiego di cui al D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i., alle leggi di riordino del servizio sanitario regionale, e ai contratti collettivi nazionali che disciplinano il rapporto di lavoro dei dirigenti e del personale del comparto della sanità.

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

Il Direttore Generale può, comunque, integrare e disciplinare con atti regolamentari, coerenti con il presente atto, ogni aspetto della attività aziendale.

TITOLO II - ASL N° 7 DI CARBONIA

ART. 7 Elementi identificativi

L'Azienda Sanitaria Locale N° 7 di Carbonia (di seguito denominata ASL di Carbonia, ASL 7 o azienda) è stata costituita il 01.10.1995, ai sensi della LR 5/95. Ai sensi e per gli effetti dell'art. 3 comma 1-bis del D. Lgs. 229/99 l'azienda è dotata di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale.

L'ambito territoriale della azienda è quello corrispondente alla attuale Provincia di Carbonia - Iglesias, e comprende 23 Comuni, con una estensione di circa 1495 Km², (pari al 6,21% dell'intera superficie della Sardegna); la popolazione indicata all'Istat a gennaio 2010 è di 129840 abitanti.

La sede legale è ubicata a Carbonia in via Dalmazia N° 83. Le sedi operative sono organizzate sul territorio in funzione delle esigenze e dei bisogni sanitari da soddisfare, e la loro ubicazione è indicata nella Carta dei Servizi dell'azienda.

Variazioni della sede aziendale, o trasformazioni dell'ambito territoriale in conformità alle norme, non costituiscono modifiche dell'AA; devono, tuttavia, essere portate a conoscenza con opportune forme, e pubblicate nel sito aziendale e nella Carta dei Servizi.

Il logo aziendale, è il seguente:



ASLCarbonia

È lo stemma della Regione Sardegna: scudo ovale ornato da una cornice cesellata, suddiviso da una croce rossa in quattro cantoni, in ognuno dei quali è raffigurato una testa di moro bendato rivolta a sinistra di chi guarda.

Al logo così costituito si affianca il nome della ASL di Carbonia.

Ai sensi dell'art. 3, comma 6 del D. Lgs. 502/1992 e successive modificazioni e integrazioni il legale rappresentante dell'azienda è il Direttore Generale.

Il sito ufficiale internet della azienda è all'indirizzo web: [//www.aslcarbonia.it](http://www.aslcarbonia.it). Il codice fiscale – partita IVA è: 02261310920.

ART. 8 Ambito territoriale

L'ambito territoriale coincide con quello della attuale Provincia di Carbonia - Iglesias, ed è costituito dal territorio dei Comuni sotto indicati, per i quali si riportano gli abitanti e il distretto socio-sanitario di appartenenza.



PROVINCIA DI CARBONIA IGLESIAS

Distretto di Iglesias			Distretto di Carbonia		
N	Comune	Residenti	N	Comune	Residenti
1	Buggerru	1110	1	Calasetta	2901
2	Domusnovas	6430	2	Carbonia	29764
3	Fluminimaggiore	2992	3	Carloforte	6420
4	Gonnesa	5161	4	Giba	2151
5	Iglesias	27493	5	Masainas	1353
6	Musei	1522	6	Narcao	3390
7	Villamassargia	3684	7	Nuxis	1657
			8	Perdaxius	1476
			9	Piscinas	862
			10	Portoscuso	5268
			11	San Giovanni Suergiu	6140
			12	Santadi	3604
			13	Sant'Anna Arresi	2709
			14	Sant'Antioco	11630
			15	Tratalias	1102
			16	Villaperuccio	1121
	Totale	48392		Totale	81548

DISTRETTI SOCIO SANITARI – COMUNI - RESIDENTI

Rispetto al 1/1/2007 la popolazione subisce una leggera flessione (-0,87%).

ART. 9 Patrimonio

Il patrimonio della azienda è costituito da tutti i beni materiali e immateriali, immobili e mobili che risultano dal libro dei cespiti.

Ai sensi e per gli effetti di quanto disposto dall'art. 5, comma 2, del D. Lgs. 229/99, l'azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni immobili e mobili utilizzati per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione se non nei modi e limiti stabiliti dalla legge.

L'azienda riconosce la valenza strategica del patrimonio quale strumento di qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizi. In tale prospettiva, investe nel mantenimento, nel potenziamento e nell'adeguamento del proprio patrimonio ricorrendo a tutte le forme possibili di finanziamento, anche mediante processi di alienazione del patrimonio disponibile e il trasferimento di diritti reali.

Ancorché non costituenti tecnicamente parte del patrimonio, i beni di terzi in possesso della azienda, e quelli comunque utilizzati per l'assistenza, sono oggetto di attività di gestione e tutela compatibili con la natura del titolo di possesso e dei relativi rapporti giuridici in essere.

ART. 10 Visione e missione

Visione - Nell'ambito del servizio sanitario regionale, l'azienda propone una visione sistemica e organica della sanità rivolta a valorizzare il sistema di offerta, per una migliore tutela della salute e del benessere sociale della popolazione residente nel territorio di competenza.

In questa prospettiva, i riferimenti per la vision sono:

consolidare una organizzazione capace di valorizzare appropriatezza, efficacia ed efficienza dei servizi offerti, e responsabilità degli operatori;

creare e rafforzare una rete di offerta centrata sul cittadino, rivolta a promuovere e qualificare l'integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria, riconoscendo le identità e specificità delle comunità locali;

implementare strumenti organizzativi orientati al miglioramento continuo della assistenza, garantendo elevati livelli di servizio, e realizzare i presupposti necessari al recupero e al mantenimento dell'equilibrio economico, orientando i comportamenti dei singoli e delle articolazioni aziendali al raggiungimento di obiettivi comuni e condivisi;

promuovere processi di risanamento e sviluppo sostenibile, rivolti alla promozione di soluzioni e percorsi di razionalizzazione, attraverso strategie al passo con le esigenze della popolazione e con il progresso tecnologico e scientifico proprio del settore sanitario.

Missione – L'azienda garantisce, nell'ambito dei livelli essenziali di assistenza, il massimo grado di benessere fisico, psichico, e sociale ai cittadini che si rivolgono ai propri servizi, con risposte razionali, omogenee e uniformi, e adeguate ai bisogni e alle aspettative.

L'Azienda Sanitaria Locale N° 7 di Carbonia concorre alla realizzazione della missione del Servizio Sanitario della Regione Sardegna, contribuendo alla tutela e promozione del benessere degli individui e della collettività nel territorio di competenza, e al mantenimento e miglioramento dello stato di salute, come diritto fondamentale della persona e interesse della collettività.

In questo ambito l'azienda assume la centralità del cittadino quale valore fondante della propria azione, e assicura, direttamente o tramite le strutture accreditate, la disponibilità e l'accesso a servizi e prestazioni compresi nei livelli essenziali, rivolgendo particolare attenzione ai soggetti fragili.

ART. 11 Principi

L'azienda persegue le proprie finalità utilizzando la capacità di agire di diritto privato, salvo i casi in cui la legge preveda l'esercizio di funzioni di diritto pubblico; in queste ipotesi, opera secondo i principi del procedimento amministrativo.

Per raggiungere gli scopi istituzionali, l'azienda può svolgere qualunque attività consentita dalle norme e accendere debiti con le modalità previste dalle leggi, e può avvalersi, oltre che del proprio patrimonio, di beni di terzi in locazione, leasing o comodato d'uso; può, inoltre, effettuare o concedere lo sfruttamento di brevetti, marchi e invenzioni industriali attinenti la funzione e l'oggetto della attività aziendale, e realizzare accordi di carattere tecnico o commerciale con soggetti terzi nelle forme consentite.

Tutte le attività della azienda, e, in particolare, l'organizzazione e l'esercizio delle funzioni di tutela e di quelle di produzione-erogazione si ispirano ai seguenti principi:

- *Eguaglianza*: ogni persona ha il diritto di ricevere l'assistenza e le cure più appropriate senza discriminazione di sesso, razza, lingua, ceto, religione o opinioni politiche;
- *Continuità*: i servizi sono erogati in maniera continuata e senza interruzioni, nell'ambito delle modalità di funzionamento definite da norme e regolamenti nazionali, regionali e aziendali;
- *Partecipazione*: l'azienda riconosce la centralità del cittadino quale titolare del diritto alla salute, e garantisce la sua partecipazione, anche tramite le associazioni di volontariato e di tutela dei diritti dei cittadini, nella definizione della quantità e qualità delle prestazioni sanitarie e dei servizi offerti ed erogati;
- *Imparzialità*: nelle scelte e nelle decisioni sono garantite al cittadino equità di trattamento e di accesso;
- *Libertà di scelta*: nel rispetto delle leggi regionali e nazionali, il cittadino è libero di scegliere l'erogatore della prestazione o del servizio di cui necessita;
- *Efficienza ed efficacia*: con la pratica clinica dell'Evidence Based Medicine (EBM) e dell'Evidence Based Nursing (EBN) l'azienda pone in essere interventi sanitari mirati a produrre outcome positivi di salute, salvaguardando le risorse disponibili, utilizzandole nel miglior modo possibile, ed evitando sprechi e costi inutili.

Oltre alle regole e ai principi riferiti ai servizi offerti ai cittadini, l'azienda, nell'ambito delle attività di gestione, promuove e sostiene i seguenti principi:

- Valorizzazione delle risorse umane, quale elemento distintivo della azienda, con opportunità di crescita professionale e di carriera per chi sa distinguersi per capacità e impegno, e contribuisce in modo leale e responsabile al rafforzamento della mission e al conseguimento degli obiettivi aziendali;
- Integrazione con gli Enti locali nell'ambito della programmazione sanitaria e socio sanitaria a livello locale;
- Collaborazione con le altre strutture sanitarie regionali, con lo scopo di accrescere e migliorare le opportunità di promozione e di tutela della salute;

- Promozione dell'innovazione gestionale e tecnologica rivolta a migliorare la qualità della assistenza; in questo ambito, adeguamento e aggiornamento tecnologico rappresentano lo strumento strategico di potenziamento e di miglioramento della offerta dei servizi;
- Partecipazione del Collegio di Direzione, degli uffici di coordinamento distrettuale, e del collegio delle professioni sanitarie per la realizzazione della funzione di tutela e della funzione di produzione erogazione secondo quanto previsto dalla LR 10/2006.

ART. 12 Tutela e produzione-erogazione

L'ASL di Carbonia, in linea con la sua vocazione territoriale e con le finalità e con gli obiettivi della programmazione nazionale e regionale in ambito sanitario, assicura:

- la funzione di tutela, con cui garantisce i livelli di assistenza sanitaria essenziali e uniformi sul proprio territorio in coerenza con le evidenze epidemiologiche e l'analisi dei bisogni, attraverso la programmazione dei servizi erogati direttamente e/o acquistati, e attraverso la stipulazione di contratti e convenzioni con altri erogatori pubblici e privati;
- la funzione di produzione-erogazione, con cui organizza il sistema di offerta e di erogazione dei servizi necessari e appropriati nel rispetto delle compatibilità economiche e finanziarie definite in ambito regionale, e per quanto previsto dall'art. 28, comma 3, lett. a) della LR 10/2006.

Nell'ambito di un sistema sanitario non regolato dalle logiche di mercato, il coordinamento delle funzioni di tutela e di produzione, è condizione indispensabile per allocare le risorse secondo i bisogni di assistenza.

Ciò implica che prestazioni e servizi, acquistati o prodotti, devono rispondere a requisiti di qualità e appropriatezza, e derivare da programmi predisposti, o valutati, da soggetti diversi dai produttori, nel rispetto dei vincoli di bilancio, e della compatibilità tra produzione ed erogazione e relativi sistemi di remunerazione.

In particolare:

- il perseguimento dei LEA da parte della azienda, rispetta le compatibilità economiche e finanziarie definite dalla RAS con il sistema di finanziamento per quote capitarie, sia a livello globale, sia per singoli livelli assistenziali;
- la produzione/erogazione dei servizi è realizzata in coerenza con i sistemi di remunerazione previsti.

In questa prospettiva, tutela, e relative funzioni di domanda o committenza, sono attribuite, o delegate, a strutture aziendali diverse da quelle di produzione, e la loro commistione si limita a situazioni in cui la separazione dei ruoli non è utile o non è praticabile.

A garanzia del cittadino-utente e del soddisfacimento delle necessità di assistenza, organizzazione e funzionamento della ASL 7 si basano, di conseguenza, su elementi idonei allo sviluppo di rapporti di interazione e scambio tra soggetti che interpretano e valutano i bisogni, traducendoli in domanda di servizi e prestazioni, e soggetti produttori.

Tenendo conto di questi obiettivi, delle risorse disponibili, e dei sistemi di remunerazione, l'azienda motiva i propri operatori e dimensiona l'offerta in base ai bisogni e alle effettive necessità degli utenti; a tale fine, si avvale del sistema budgetario di cui all'art. 28, comma 3, della LR 10/2006, e lo indirizza in modo coerente e compatibile.

ART. 13 Integrazione e presa in carico

L'azienda promuove e valorizza tutte le soluzioni in grado di assicurare la continuità dei percorsi di cura, e, in questo ambito, privilegia, con iniziative e progetti compatibili, la mobilità delle risorse nella rete, piuttosto che la mobilità degli utenti.

Nel contesto assume specifico rilievo il ruolo della azienda in relazione al raccordo, in ambito locale, degli interventi sanitari e sociali richiamati dall'articolo 14 della LR 10/2006.

L'integrazione implica che organizzazione e funzionamento della azienda siano adeguati alla continuità dei percorsi di assistenza e cura; in questa prospettiva la ASL 7 assume la presa in carico come valore strategico, e come obiettivo prioritario da perseguire, secondo le disposizioni del presente atto.

La presa in carico è, infatti, condizione per integrare gli interventi, e per correlare l'insieme dei processi assistenziali necessari; la presa in carico implica la razionalizzazione nella accessibilità ai servizi, e la realizzazione di percorsi senza soluzione di continuità, in cui gli utenti sono orientati e guidati secondo i propri bisogni assistenziali e lo stato di salute.

ART. 14 Governo clinico e governo economico

Il governo complessivo della azienda implica l'integrazione tra la dimensione clinica e la dimensione economica, tenendo presente che le finalità istituzionali si realizzano nel garantire i LEA con qualità e quantità con la ricerca costante dell'equilibrio economico.

L'azienda adotta i principi e le logiche del governo clinico basato sull'appropriatezza intesa come capacità di assicurare, utilizzando le risorse disponibili in modo efficiente, servizi e prestazioni efficaci, in grado, cioè, di rispondere alla domanda di salute espressa e inespressa della popolazione.

Il governo clinico si fonda sulla collaborazione e condivisione multidisciplinare e multiprofessionale e sulla responsabilizzazione degli operatori e dei cittadini, e implica:

- la definizione di precise linee di responsabilità, individuali e collettive;
- la trasparenza e la comparazione dei risultati clinici ottenuti;

- lo svolgimento di audit clinici e organizzativi;
- la formazione continua;
- l'utilizzo della medicina basata sull'EBM ed EBN per la ricerca della appropriatezza delle prestazioni sanitarie e l'adozione di programmi per il miglioramento della salute;
- l'accreditamento istituzionale delle strutture e degli operatori;
- il coinvolgimento attivo dell'utenza per la segnalazione degli "incidenti clinici" finalizzata alla corretta gestione del rischio clinico;
- la valutazione degli esiti assistenziali;
- la predisposizione di linee guida e l'adattamento locale di linee guida definite a livello nazionale e internazionale.

Il governo economico – finanziario della azienda ha la funzione di presidiare la compatibilità tra i livelli assistenziali programmati, e l'allocazione/disponibilità delle risorse per l'esercizio delle attività di produzione erogazione e committenza, dirette e indirette.

L'azienda assume la strategia di integrare il governo clinico all'interno dei propri sistemi operativi attraverso il budget, la valutazione dei dirigenti, il sistema premiante, e il controllo di gestione.

Il coordinamento tra governo clinico e governo economico è disciplinato attraverso specifici profili e criteri descritti in seguito.

TITOLO III – RUOLO DELLA AZIENDA NEL SSR

ART. 15 RAS e azienda

Per l'art. 9 comma 4, lettera b) della LR 10/2006, la ASL 7 è elemento costitutivo e strumento operativo del SSR, nel cui ambito coopera per realizzare le finalità e gli obiettivi dallo stesso proposti; in questo ambito l'azienda valorizza il proprio ruolo e fornisce risposte e contributi, in relazione a:

- processi di programmazione sanitaria,
- costruzione e funzionamento della rete regionale dei servizi.

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

- rendere operativi i processi in risposta ai bisogni di assistenza individuati,
- qualificare le proprie strutture, i propri professionisti, i propri processi,
- tener conto delle preferenze espresse dai propri cittadini e utenti,
- attuare in un'ottica di gruppo le politiche regionali in tema di formazione e aggiornamento del personale, di ricerca e innovazione, di informazione e comunicazione per i cittadini e per gli utenti, di facilitazione nell'accesso ai servizi, di individuazione di strumenti e soluzioni per il governo clinico, ecc.

Per l'art. 1 della LR 10/2006, alla Regione competono le funzioni di programmazione, finanziamento, organizzazione e controllo delle attività sanitarie, mentre alle aziende sanitarie è attribuita la responsabilità di garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza.

Il compito delle aziende sanitarie è di gestire le risorse assegnate per il raggiungimento degli obiettivi stabiliti dalla programmazione regionale, e, nell'ambito dell'autonomia attribuita dalle normative nazionali e regionali, di definire i conseguenti programmi di attuazione e operativi.

Per il conseguimento dello scopo, nella formulazione della programmazione aziendale, la ASL di Carbonia assume come riferimenti gli obiettivi di salute stabiliti nei piani regionali, le strategie, gli indirizzi e i vincoli definiti dalla RAS.

Per lo sviluppo della *corporate governance*, l'azienda partecipa:

- ai lavori degli organismi collegiali in ambito regionale, previsti negli atti di programmazione e nella vigente normativa regionale;
- alla consultazione periodica delle direzioni generali aziendali, secondo le modalità previste dalla RAS;
- a ogni altra iniziativa collegiale o singola, richiesta o indicata dalla RAS per il governo del SSR.

ART. 16 Rapporti con le aziende sanitarie regionali e le istituzioni locali

All'interno del proprio ambito di autonomia, l'azienda sviluppa forme di collaborazione, sinergie e integrazioni con le altre aziende sanitarie regionali e con le istituzioni locali, in vista del miglioramento dei servizi resi ai cittadini.

In considerazione del ruolo degli enti locali, l'azienda, oltre agli adempimenti previsti dalle norme, valorizza la partecipazione della Conferenza Provinciale Sanitaria e Sociosanitaria nelle fasi di programmazione e predisposizione dei piani aziendali, mediante un costante ricorso a forme di coinvolgimento nei processi di valutazione delle attività e dei risultati e una continua e puntuale informazione.

L'azienda persegue l'obiettivo di tutela e promozione della salute dei propri assistiti garantendo, oltre al concorso nella definizione dei PLUS, una partecipazione condivisa delle scelte con le Amministrazioni Locali.

ART. 17 Istanze sociali

L'azienda mette in atto tutte le soluzioni necessarie per la valorizzazione delle istanze sociali nella programmazione e nella verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate.

Il ruolo delle Associazioni di Volontariato, che operano con finalità di tutela sociosanitaria, garantendo la loro presenza e l'impegno all'interno delle strutture sanitarie e a sostegno dei cittadini, è riconosciuto attraverso forme di collaborazione costante.

E' inoltre prevista, secondo quanto stabilito dall'art. 4 della LR 10/2006, l'istituzione di un Ufficio di Pubblica Tutela – UPT – presso le strutture aziendali, gestito da operatori esterni alla azienda (volontari) scelti in conformità a requisiti di competenza, indipendenza e imparzialità.

La partecipazione responsabile dei cittadini e degli utenti nelle questioni riguardanti le scelte di salute è sviluppata in maniera costante dalla azienda attraverso:

- l'attuazione di interventi di informazione, comunicazione, educazione e promozione della salute con la realizzazione di campagne di comunicazione sui programmi di screening, la redazione di brochure e altro materiale informativo utile per l'orientamento del cittadino alla fruizione dei servizi;
- la realizzazione e l'adeguamento della segnaletica e della cartellonistica in conformità alle esigenze e alla immagine della azienda nel SSR regionale;
- l'istituzione nei presidi ospedalieri e nei distretti di Punti di Accesso ai Servizi Sanitari (PASS), con finalità sia di accoglienza e guida dei cittadini nel sistema, sia di accesso ai percorsi clinici necessari al paziente;

- il monitoraggio della qualità dei servizi e delle performance aziendali attraverso appositi strumenti;
- la rilevazione di gradimento da parte degli utenti e la partecipazione agli Audit Civici;
- l'aggiornamento costante della Carta dei Servizi e la gestione degli Uffici Relazione col Pubblico (URP);
- la garanzia del dovere di trasparenza della pubblica amministrazione attraverso la pubblicazione di tutti gli atti prodotti dalla azienda, anche tramite il sito aziendale;
- il supporto degli operatori, rafforzato da una adeguata comunicazione interna, che informi e coinvolga il personale sulle linee strategiche della azienda.

ART. 18 Coinvolgimento degli operatori

Nell'ambito del coinvolgimento responsabile indicato dalla LR 10/2006, la ASL 7 promuove e crea le condizioni per una partecipazione ampia e diffusa degli operatori nei processi e nelle decisioni aziendali.

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

La partecipazione degli operatori trova espressione, inoltre, in riferimento a specifici profili e organismi della azienda quali: Collegio di direzione, Comitati di dipartimento, Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, Consiglio delle professioni sanitarie, ecc..

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

Le informazioni riguardano gli obiettivi e le strategie aziendali, la conoscenza dei piani, delle azioni e delle scelte che hanno rilevanza per il sistema sanitario locale e regionale, e, in genere, per i diversi ambiti e livelli di operatività della azienda.

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

ART. 19 Informazione e comunicazione

La ASL di Carbonia assume le attività di informazione e comunicazione come strumenti imprescindibili per realizzare la propria missione.

Informazione e comunicazione implicano processi a elevata qualificazione professionale, essenziali per garantire:

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

Nelle attività di informazione e comunicazione, qualunque sia la forma adottata, l'azienda garantisce, oltre al rispetto puntuale delle norme di legge poste a protezione della riservatezza dei dati personali, anche il perseguimento di standard aggiuntivi in materia di rispetto della persona malata e dei suoi familiari.

TITOLO IV – FUNZIONAMENTO E GOVERNO

ART. 20 Governo aziendale

Il governo aziendale si attua, e si esercita, con il concorso di diversi punti di vista tecnici e professionali nella elaborazione e verifica dei programmi di sviluppo e di organizzazione dei servizi. Integrazione e sintesi si realizzano attraverso:

- il ruolo della direzione generale coadiuvata dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo, la partecipazione di diverse componenti professionali e tecniche, anche in forma collegiale,
- le competenze funzionali attribuite alle macroaree, dipartimenti, presidi, distretti, strutture,
- la valorizzazione della separazione dei ruoli.

Concorrono al rafforzamento del sistema le competenze tecniche e professionali del direttore dei servizi sociosanitari (all'art. 14, comma 2 della LR 10/2006), quelle delle strutture di staff della direzione aziendale, e le competenze del direttore del servizio delle professioni sanitarie.

Per il comma 4 lettera d dell'articolo 9 della LR 10/2006, la collegialità che la ASL 7 assume per il governo della azienda, si esplica, in particolare, in ordine a:

negoziazione e stipulazione degli accordi e dei contratti con i produttori di prestazioni e servizi sanitari,
garanzia della compatibilità tra il programma sanitario annuale di cui al comma 4 dell'articolo 13 e la disponibilità delle risorse finanziarie,
controllo e verifica dei risultati nei confronti di ciascun soggetto erogatore di prestazioni e servizi,
sviluppo del sistema di programmazione e controllo di cui al comma 3 dell'articolo 13 e all'articolo 28 della stessa legge.

Per quanto sopra il governo aziendale si attua attraverso le funzioni strategiche e di indirizzo, e il concorso al razionale esercizio di queste funzioni, assicurato dai ruoli e dalle competenze di diversi soggetti, organismi, e profili, richiamati in questo capitolo.

La direzione aziendale, composta dal direttore generale, dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo, supporta le attività tipiche della direzione strategica, e fa fronte alle esigenze di coordinamento e standardizzazione dei processi.

A tal fine, si avvale di strutture organizzative che sono parte integrante del sistema delle funzioni di supporto, valutazione, ricerca e sviluppo riferite a tutti i processi aziendali.

Il direttore generale, il direttore sanitario e il direttore amministrativo stabiliscono gli obiettivi della azienda e delle articolazioni aziendali sulla base della propria visione strategica, in conformità al sistema delle norme, valorizzando la collegialità e il sistema complesso di relazioni che ne è il presupposto e il necessario corollario; in questo ambito promuovono il feedback conseguente al monitoraggio dei risultati, in una prospettiva di miglioramento della qualità, della efficienza e della efficacia della azione di governo.

ART. 21 Direttore generale

Il Direttore Generale è il legale rappresentante della azienda, risponde della gestione complessiva aziendale mediante la definizione dei programmi di attività, la verifica e il controllo dei risultati conseguiti anche in relazione agli obiettivi affidati, e garantisce l'imparzialità e il buon andamento della azione amministrativa.

Il Direttore Generale è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, i quali concorrono, con la formulazione di proposte e pareri, alla direzione strategica della azienda, ciascuno assumendosi la diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza.

In caso di vacanza dell'ufficio del Direttore Generale o nei casi di assenza o di impedimento, le relative funzioni sono svolte dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario su delega del Direttore Generale o, in assenza di delega, dal Direttore più anziano per età (D. Lgs 502/1992 art. 3).

Al Direttore Generale è riservata l'adozione degli atti e delle attività espressamente indicati dalla legislazione vigente, e, in particolare:

- nomina, sospensione e decadenza del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo;
- nomina dei componenti il Collegio Sindacale, su designazione delle amministrazioni competenti e della Conferenza dei Sindaci, e convocazione della prima riunione;
- adozione dell'atto aziendale e dei regolamenti aziendali;
- nomina, sospensione e revoca dei direttori o dei responsabili delle strutture aziendali;
- conferimento, sospensione e revoca degli ulteriori incarichi di responsabilità aziendale;
- indizione delle elezioni dei componenti il Consiglio delle Professioni Sanitarie;
- avvio del procedimento per l'elezione dei componenti elettivi dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali;
- programmazione economico-finanziaria e di bilancio previsti dagli articoli 27 e 28 della LR 10/2006;

- programmazione sanitaria e socio-sanitaria locale previste dall'art.13 della LR 10/2006, e ogni altro atto riguardante la definizione di obiettivi, priorità, piani, programmi e direttive generali per l'attività aziendale;
- atti di disposizione del patrimonio, eccedenti l'ordinaria amministrazione secondo la legislazione vigente;
- definizione e adozione della dotazione organica aziendale;
- verifica, anche attraverso la valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse, della imparzialità e del buon andamento della azione amministrativa;
- verifica della qualità dei servizi anche attraverso strutture a ciò preposte;
- individuazione delle risorse umane, materiali, economiche e finanziarie da destinare alle macro-articolazioni funzionali e, in tale ambito, ai distretti e ai dipartimenti;
- definizione degli incarichi di collaborazione esterna;
- provvedimenti di mobilità interna dei dirigenti dell'Azienda;
- nomina dei componenti dei Collegi Tecnici e degli Organismi di Valutazione;
- accordi di lavoro integrativi aziendali;
- accordi e contratti con i soggetti erogatori pubblici e privati di cui agli articoli 8 e 9, c. 4, lett. d della LR 10/2006;
- approvazione del progetto di bilancio d'esercizio, del bilancio e della relazione sulla gestione.

Il Direttore Generale, nell'ambito del perseguimento dei fini istituzionali attribuiti alla azienda, esercita le relative funzioni attraverso l'adozione di provvedimenti amministrativi e con atti di diritto privato aventi rilevanza esterna.

Le funzioni attribuite al Direttore Generale si esercitano in conformità delle regole e dei principi esplicitati nelle disposizioni riportate sotto il Titolo: Gestione della azienda.

ART. 22 Collegio sindacale

Il Collegio Sindacale esercita i poteri di ispezione e controllo sugli atti della azienda.

Il Collegio Sindacale vigila sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti, esercita i poteri di accertamento circa la regolare tenuta della contabilità e la conformità del Bilancio d'esercizio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa.

Con cadenza trimestrale, il Collegio Sindacale riferisce alla Regione sui risultati della propria attività, e denuncia immediatamente alla stessa le situazioni di disavanzo e i casi di gravi irregolarità nella gestione.

Il Collegio Sindacale, con cadenza semestrale, trasmette alla Conferenza Provinciale Sanitaria e Sociosanitaria una relazione sull'andamento delle attività aziendali.

Per le regole di funzionamento del Collegio Sindacale, disciplinate dagli articoli 3 e 3 ter del D. Lgs. 502/92 salvo quanto previsto dall'art. 11 della LR 10/2006, si applicano le seguenti disposizioni:

- Elezioni del Presidente del Collegio Sindacale: durante la prima seduta il Collegio Sindacale procede alla elezione tra i propri componenti del Presidente, il quale provvede alla convocazione delle successive sedute; nel caso di cessazione del Presidente dalle proprie funzioni, le convocazioni sono effettuate dal membro più anziano per età fino alla nomina del nuovo Presidente;
- Cessazione dall'incarico dei componenti il Collegio Sindacale: i singoli componenti cessano dall'incarico per decorrenza dei termini, per dimissioni e per decadenza dichiarata dal Direttore Generale, a causa del sopravvenire di alcuna delle condizioni ostative o delle situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente, o della mancata partecipazione, senza giustificato motivo, ad almeno tre sedute, o dell'assenza, ancorché giustificata, protratta per oltre sei mesi. In tali casi il Direttore Generale procede alla sostituzione del componente cessato, previa acquisizione della designazione da parte dell'organo competente. Qualora si verifichi la mancanza di due o più componenti, il Direttore Generale procede alla ricostituzione dell'intero Collegio Sindacale;
- Adunanze del Collegio Sindacale: le sedute sono valide quando è presente la maggioranza dei componenti;
- Verbalizzazione delle attività: il Collegio tiene un libro delle adunanze e delle deliberazioni in cui verbalizza lo svolgimento di ogni seduta, annotando i controlli eseguiti e registrando i risultati delle verifiche eseguite e degli accertamenti compiuti. I verbali di ogni seduta sono sottoscritti dai componenti presenti, e sono conservati negli atti del medesimo senza obbligo di trasmissione alla Regione;
- Poteri di controllo: i componenti possono procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e controllo i cui risultati devono essere comunque sottoposti all'organo collegiale per l'assunzione delle conseguenti determinazioni;
- Controlli a campione: nell'ambito delle proprie funzioni di controllo sugli atti, il Collegio Sindacale può eseguire controlli a campione. A tale fine definisce, preventivamente e periodicamente, dandone atto nel libro delle adunanze, i criteri di campionamento, definiti su base oggettiva e casuale, che intende adottare. Il Collegio indica le indagini a campione eseguite, i criteri applicati e i risultati conseguiti anche nella relazione trimestrale;

- Invio atti al Collegio Sindacale: tutti gli atti adottati dal Direttore Generale o su delega del medesimo, ad eccezione di quelli conseguenti ad atti già esecutivi, sono trasmessi al Collegio Sindacale entro dieci giorni dalla loro adozione;
- Esame degli atti: il Collegio Sindacale, entro il termine perentorio di quindici giorni dal ricevimento, formula e trasmette gli eventuali rilievi sull'atto ricevuto; se il Direttore Generale ritiene di adeguarsi ai rilievi trasmessi, entro il termine di dieci giorni, adotta i provvedimenti conseguenti, e ne dà immediata notizia al Collegio; in caso contrario è tenuto comunque a motivare le proprie valutazioni e decisioni e a comunicarle al Collegio;
- Esame del bilancio d'esercizio: il Collegio Sindacale redige la relazione sul Bilancio d'esercizio, entro il termine perentorio di quindici giorni dal ricevimento della deliberazione di approvazione del progetto di Bilancio;
- Certificazioni relative agli adempimenti previsti a carico della direzione aziendale: il collegio dispone le certificazioni sulla correttezza degli atti predisposti dalla direzione aziendale relativamente agli adempimenti richiesti dalla vigente normativa, ivi comprese le Intese tra lo Stato e le Regioni, con particolare riferimento agli atti relativi al personale.

Ai sensi dell'art. 55 del D. Lgs. 150 del 2009, compete al Collegio "il controllo sulla compatibilità dei costi della contrattazione collettiva integrativa con i vincoli di bilancio e quelli derivanti dalla applicazione delle norme di legge, con particolare riferimento alle disposizioni inderogabili che incidono sulla misura e sulla corresponsione dei trattamenti accessori".

ART. 23 Direzione aziendale

Il Direttore Generale, il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo costituiscono la Direzione Aziendale e dirigono, ai fini organizzativi, i servizi a supporto della direzione aziendale.

Il Direttore Generale è l'organo responsabile del governo complessivo della azienda; il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario partecipano con il Direttore Generale alla direzione della azienda, assumono la diretta responsabilità delle funzioni loro attribuite, e concorrono ai processi decisionali della Direzione Aziendale mediante proposte e pareri.

In particolare, il Direttore Sanitario sovrintende al governo clinico e alle funzioni di tutela e di produzione erogazione, il Direttore Amministrativo sovrintende al governo economico e alle funzioni amministrative e di supporto.

Il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario sono i soggetti ispiratori e attuatori, unitamente al Direttore Generale, della funzione di pianificazione, contribuendo alla definizione delle scelte strategiche, di programmazione e di gestione, quali riferimenti per i dirigenti, per la committenza dei servizi e per la valutazione dei risultati.

Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo sono direttamente coinvolti e rispondono delle varie fasi di cui si compone il processo di budgeting della azienda, tra cui la definizione delle scelte di pianificazione e programmazione, la negoziazione degli obiettivi, il monitoraggio e l'eventuale revisione degli obiettivi stabiliti.

Competono alla Direzione Aziendale le responsabilità in ordine al governo clinico e al governo economico e finanziario della azienda; con il supporto delle strutture aziendali competenti, la Direzione Aziendale garantisce il costante e tempestivo monitoraggio dell'andamento dei costi rispetto agli obiettivi programmati, e pone in essere azioni idonee ad assicurare il rispetto della compatibilità tra risorse disponibili e prestazioni e azioni programmate.

In questi ambiti, la direzione aziendale responsabilizza attraverso il sistema premiante il proprio staff e tutte le strutture aziendali, in ordine a:

- valutazione delle ricadute assistenziali ed economiche dei provvedimenti che l'azienda intende adottare, dandone menzione negli atti;
- rispetto formale e sostanziale degli adempimenti previsti dalla normativa nazionale e regionale;
- assolvimento del debito informativo nei confronti dello Stato e della Regione, e rispetto dei tempi previsti per la trasmissione dei dati, della loro qualità e completezza.

ART. 24 Direttore sanitario

Il Direttore Sanitario svolge le attività previste dalle norme; in particolare, concorre, con la formulazione di proposte e pareri, alle decisioni della Direzione Generale, partecipa ai processi di programmazione e di pianificazione sanitaria, nonché alle attività di controllo nell'ambito della Direzione Aziendale e degli organismi collegiali di cui fa parte, dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi e quelli igienico sanitari.

Il Direttore Sanitario assume diretta responsabilità dei processi, delle attività e delle funzioni attribuiti alla sua competenza.

Nel sovrintendere alla funzione di produzione e di erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie, il Direttore Sanitario coordina e supporta i responsabili delle strutture sanitarie, promuove l'integrazione fra i diversi servizi, monitora e verifica i volumi e la qualità delle attività di assistenza.

Il Direttore Sanitario sovrintende alla funzione di tutela della salute attraverso il perseguimento dei Lea, e promuove l'accesso tempestivo e appropriato ai servizi, la continuità dell'assistenza, l'integrazione dei percorsi assistenziali fra presidi e servizi territoriali, e l'appropriatezza e la qualità delle prestazioni acquisite da soggetti terzi, in collaborazione con i Direttori di Dipartimento, Direttori di Distretto, Direttori di Presidio, e con il Direttore dei Servizi Socio Sanitari.

Al Direttore Sanitario sono attribuite le competenze specifiche di seguito descritte:

- Presiede il Consiglio delle Professioni Sanitarie;
- Sovrintende le attività di sperimentazione clinica e di ricerca sanitaria;
- Coordina l'attività dei distretti, dei dipartimenti sanitari e delle altre strutture sanitarie;
- Individua, all'interno della azienda, competenze e relative responsabilità tecnico professionali di supporto ai competenti servizi amministrativi per l'acquisizione di beni e servizi necessari alle attività di assistenza;
- È responsabile sia della qualità sia dell'efficienza tecnica e operativa dei servizi sanitari prodotti e di quelli acquistati;
- Promuove la funzione di committenza, e la sua valorizzazione anche attraverso l'attribuzione di specifici obiettivi e risorse alle strutture sanitarie;
- Valuta, su proposta dell'Organismo Indipendente di Valutazione, la performance individuale dei Direttori di Macrostruttura, di Presidio Ospedaliero, di Distretto e dei Dipartimenti Strutturali.

ART. 25 Direttore amministrativo

Il Direttore Amministrativo concorre alle funzioni di direzione della azienda, svolgendo le attività previste dalle norme; in particolare, concorre, con la formulazione di proposte e pareri, alle decisioni della Direzione Generale, partecipa alla pianificazione strategica e alla definizione delle linee di indirizzo e delle politiche aziendali, nonché alle attività di controllo nell'ambito della Direzione Aziendale e degli organismi collegiali di cui fa parte, dirige i servizi tecnici, amministrativi, logistici e di supporto della azienda.

Valuta, su proposta dell'Organismo Indipendente di Valutazione, la performance individuale dei Direttori di Macrostruttura dell'area amministrativa, quindi dei responsabili dei dipartimenti amministrativi e dello staff.

Il Direttore Amministrativo assume diretta responsabilità dei processi, delle attività e delle funzioni attribuiti alla sua competenza.

In particolare, coordina le attività amministrative, quelle tecniche, logistiche e di supporto curando gli aspetti giuridici ed economico finanziari, il buon andamento e l'imparzialità della azione amministrativa, le strategie di gestione del patrimonio, l'integrazione organizzativa, in base alle istruzioni impartite dalla direzione generale e nel rispetto delle attribuzioni della dirigenza aziendale.

Assicura, inoltre, la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali della azienda.

ART. 26 Collegio di direzione

Il Collegio di Direzione è un organismo a valenza tecnica, deputato a formulare proposte e a fornire consulenza alla Direzione Aziendale nel perseguimento della missione aziendale e nel governo complessivo della azienda: dalla programmazione alla organizzazione, dalla gestione allo sviluppo, dall'attività clinica alla valutazione e verifica di obiettivi e risultati.

Ai sensi del D. Lgs. 502/1992, art.17 e della LR 10/2006, art. 20, al Collegio di Direzione sono attribuite le seguenti funzioni:

- partecipa all'elaborazione del programma aziendale di formazione continua del personale;
- estende la cultura e la pratica per il corretto governo delle attività cliniche o governo clinico;
- previene eventuali conflitti di interessi tra attività istituzionale e attività libero professionale;
- contribuisce alla gestione delle liste di prenotazione;
- garantisce il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi;
- promuove una cultura collaborativa nei confronti delle altre aziende sanitarie, in particolare con riguardo alla mobilità infraregionale e allo sviluppo della rete dei servizi.

Il Collegio di Direzione svolge, inoltre, attività propositive e consultive che attengono al governo complessivo della azienda, nella dimensione clinica ed economica, e in quella di integrazione tra l'assistenza territoriale (collettiva e distrettuale) e ospedaliera. Con riferimento alla funzione di tutela, il Collegio di Direzione collabora nella definizione del sistema di risposta ai bisogni della popolazione servita, mediante la produzione/erogazione diretta e il ricorso a servizi e prestazioni resi da altri soggetti pubblici e privati.

Il Collegio di Direzione contribuisce alla definizione degli atti di programmazione di cui all'art. 13 della LR 10/2006, compresi gli eventuali piani di riequilibrio della gestione.

Il Collegio di Direzione, presieduto dal Direttore Generale, salvo delega al Direttore Amministrativo o al Direttore Sanitario per la trattazione di temi rientranti nella loro specifica competenza, è composto dai dirigenti sotto elencati:

- Direttori Sanitario e Amministrativo della azienda;
- Direttori dei Distretti;
- Direttori dei Presidi Ospedalieri;
- Direttori dei Dipartimenti;
- Direttore dei Servizi Socio-Sanitari;
- Direttore del Servizio delle Professioni Sanitarie;
- Coordinatore dello staff, nel caso in cui lo stesso non sia configurato come dipartimento;

- Direttore della struttura complessa Assistenza farmaceutica, se non è previsto il Dipartimento del Farmaco;
- Medico Convenzionato, scelto dal Direttore Generale tra i componenti degli uffici di coordinamento delle attività distrettuali.

In relazione alla importanza delle tematiche da trattare, o al loro rilievo tecnico, il Direttore Generale e/o la regolamentazione attuativa possono stabilire la presenza di altre figure professionali, tra cui responsabili dello staff di direzione e di altre strutture aziendali.

Il Collegio si riunisce, di norma, almeno una volta a trimestre, ed esprime pareri e proposte in seduta collegiale, mentre l'esame istruttorio degli argomenti può essere sviluppato anche mediante gruppi di lavoro.

In particolare il Collegio si esprime sulle proposte relative a:

- atti di programmazione di cui all'art. 13 della LR 10/2006, compresi gli eventuali piani di riequilibrio della gestione;
- bilancio annuale di previsione, con allegato piano annuale di fabbisogno del personale;
- budget di tutela;
- budget delle macro-articolazioni organizzative della azienda, corrispondenti alla direzione generale con lo staff, all'area amministrativa, logistica e di supporto, e ai macrolivelli assistenziali: prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera.

Il Collegio ha facoltà di esaminare e valutare i documenti gestionali ed economici, previsti dal sistema informativo sanitario nazionale e da quello regionale, e relazionare sulle tematiche più rilevanti e significative.

ART. 27 Consiglio delle Professioni Sanitarie

Il Consiglio delle Professioni Sanitarie svolge funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal Direttore Sanitario.

Il Consiglio, organismo elettivo e rappresentativo delle varie componenti professionali delle aziende sanitarie, esprime pareri e formula proposte in merito alle attività di assistenza.

Ai sensi della LR 10/2006, art. 19 comma 2, il Consiglio delle Professioni Sanitarie esprime il parere non vincolante per le seguenti attività:

- assistenza sanitaria, intendendo con tale termine i programmi riferiti alle macro-articolazioni dei Lea (assistenza collettiva, distrettuale e ospedaliera);
- programma sanitario annuale e triennale, ivi compresi i programmi pluriennali e annuali relativi agli investimenti;
- relazione sanitaria aziendale;
- programmi annuali e pluriennali di formazione.

Il Consiglio delle Professioni Sanitarie per il 4° comma del richiamato articolo 19, è formato da componenti eletti nelle aree sanitarie, e rappresentativi in percentuale: per il 40% dell'area medica ospedaliera, per il 30% dell'area extraospedaliera. Il restante 30% è composto da dirigenti del ruolo sanitario, del personale infermieristico, e del personale tecnico sanitario.

Nella ASL di Carbonia il Consiglio delle Professioni Sanitarie è formato da 20 membri, di questi:

- N° 8 membri rappresentano la componente medica ospedaliera;
- N° 6 membri rappresentano l'area medica territoriale, in particolare: 2 Dirigenti Medici territoriali, 1 Dirigente Medico di area veterinaria, 1 Dirigente Medico della specialistica ambulatoriale, 1 Medico di Medicina Generale e della Continuità Assistenziale, 1 Pediatra di Libera Scelta;
- N. 6 membri rappresentano: 3 componenti del Servizio delle Professioni Sanitarie, 1 tecnico di laboratorio, radiologia o anatomia patologica, 2 dirigenti sanitari di ruolo diverso da quello medico.

Compongono di diritto il Consiglio delle Professioni Sanitarie il Direttore Sanitario che lo presiede e, senza diritto di voto, il Presidente dell'Ordine dei Medici o un suo delegato.

Il Consiglio delle Professioni Sanitarie dura in carica tre anni.

Le elezioni del nuovo Consiglio, disciplinate da apposito regolamento, sono indette dal Direttore Generale nei sessanta giorni antecedenti la data di scadenza e almeno trenta giorni prima della data di svolgimento. Le elezioni devono aver luogo entro trenta giorni dalla data di cessazione del precedente Consiglio.

All'atto dell'indizione il Direttore Generale fissa la data, le sedi e gli orari delle votazioni. Il Direttore Generale costituisce, inoltre, l'ufficio elettorale composto dal Direttore Amministrativo con funzioni di presidente, o da un suo delegato, e da due dipendenti della azienda, estratti a sorte tra il personale appartenente al ruolo amministrativo, di cui uno con funzioni di segreteria.

I servizi competenti della azienda, nei quindici giorni antecedenti l'elezione, depositano presso l'ufficio elettorale l'elenco dei soggetti che hanno diritto di voto, attivo e passivo, per ogni categoria professionale. I medesimi elenchi devono essere affissi nell'albo della sede amministrativa della azienda.

Tutti i dipendenti di ruolo, appartenenti alle diverse categorie sanitarie, sono elettori eleggibili.

I componenti del Consiglio delle Professioni Sanitarie sono eletti con scrutinio segreto e ciascun elettore indica un numero di nominativi non superiore al 50% di quello dei rappresentanti alla cui elezione è chiamato a concorrere. A conclusione delle votazioni, i seggi elettorali eseguono pubblicamente lo spoglio delle schede e redigono il verbale delle elezioni.

Risultano eletti, per le singole categorie professionali, i candidati che hanno riportato il maggior numero di voti, a parità di numero di voti risulta eletto il candidato più anziano per età. Concluse le fasi dello spoglio elettorale e resi noti i risultati, il Direttore Generale provvede alla nomina del Consiglio delle Professioni Sanitarie.

Nel caso di cessazione dalla carica di componente del Consiglio subentra il candidato che, nella medesima lista, risulta il primo tra i non eletti.

ART. 28 Direttore di dipartimento

Per la lettera f dell'articolo 9 della LR 10/2006 sono organi del dipartimento il direttore e il comitato. Il direttore del dipartimento è nominato dal Direttore Generale sulla base di una terna di candidati selezionata dal comitato di dipartimento, per la durata di tre anni rinnovabili una sola volta.

Il direttore del dipartimento ha la gestione complessiva del budget, è responsabile del raggiungimento degli obiettivi assegnati, assicura il coordinamento organizzativo e gestionale, è garante della continuità assistenziale e della qualità dell'assistenza e ne assicura la verifica e il miglioramento continuo, promuove l'aggiornamento continuo tecnico scientifico del personale, rimane titolare della struttura complessa cui è preposto.

Con riferimento all'articolo 9 comma 4, lettera f, della LR 10/2006, il responsabile sanitario di una struttura complessa non può essere nominato direttore di dipartimento ove non dichiara, preventivamente, di mantenere le funzioni assistenziali; il direttore sanitario direttore di dipartimento decade, se, per qualunque motivo, non intende o non può svolgere le funzioni assistenziali.

Ai sensi dell'art. 17 bis, comma 2, del D. Lgs 502/1992, l'incarico di direttore di dipartimento comporta l'attribuzione di responsabilità professionali e gestionali in ordine alla razionale e corretta gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti.

Il direttore è sovraordinato ai direttori di struttura per gli aspetti di natura gestionale attinenti il dipartimento, e può avvalersi di un ufficio dipartimentale di staff secondo le modalità previste nel regolamento attuativo di competenza.

Rappresenta il dipartimento nei rapporti con gli altri organi dell'azienda e con gli interlocutori esterni, e presiede e dirige il comitato di dipartimento.

Nei dipartimenti in cui è previsto il comitato come organo costitutivo, la nomina del direttore ha carattere provvisorio e temporaneo se non è ancora costituito il comitato e se non risultano regolamentati l'organizzazione e il funzionamento del dipartimento.

Se non è formalizzato il regolamento, l'incarico provvisorio di direttore di dipartimento, scelto dal direttore generale tra i responsabili delle strutture complesse afferenti, dura il tempo necessario per formare il regolamento, costituire il comitato, e garantire il funzionamento del dipartimento secondo la previsione normativa.

La durata dell'incarico provvisorio è prevista in sei mesi, e può essere prorogata, una sola volta, per altri sei mesi. L'incarico provvisorio termina, in ogni caso, con la formalizzazione del regolamento, con la costituzione del comitato, e con la nomina, "a regime", del direttore di dipartimento.

Per gli incarichi assimilati a quello di Direttore di Dipartimento, previsti dalle norme e dai contratti di lavoro, si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni dei commi precedenti. In particolare, per l'incarico assimilato, si fa riferimento alle disposizioni relative ai compiti, alle responsabilità e alle prerogative, e alla durata dell'incarico, e eventuale rinnovo, previste per il direttore di dipartimento.

Per quanto riguarda le procedure di nomina dell'incaricato e l'organizzazione e il funzionamento della struttura cui l'incarico assimilato si riferisce, si applicano, in quanto compatibili, le disposizioni relative ai dipartimenti funzionali di cui agli articoli 42 e successivi.

ART. 29 Comitato di dipartimento

Il comitato di dipartimento è organo collegiale di supporto al direttore del dipartimento. È convocato dal direttore del dipartimento con le modalità previste dal regolamento di dipartimento; lo stesso regolamento specifica:

- la partecipazione alle sedute del comitato del personale del dipartimento e di dirigenti della azienda, nei casi in cui tale partecipazione è ritenuta utile per la trattazione degli argomenti all'ordine del giorno;
- forme e criteri di collegamento con gli altri dipartimenti aziendali e i distretti, e con dipartimenti di altre aziende sanitarie regionali.

Il comitato di dipartimento deve riunirsi almeno una volta a trimestre ed esprimersi in modo formale in merito alla programmazione delle attività e al budget assegnato. Concorre, inoltre, al monitoraggio e alla verifica delle attività, e alla nomina del direttore del dipartimento, proponendo una terna di nominativi, individuata con voto a scrutinio segreto in cui ciascun membro può indicare un solo candidato.

In base alla LR 10/2006, il comitato è composto:

- dai direttori delle strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale che compongono il dipartimento;
- dal responsabile del personale sanitario non medico, se presente;
- da uno a tre rappresentanti del personale medico/veterinario;
- da un rappresentante del personale dirigente sanitario laureato non medico, ove presente;

- da un rappresentante del restante personale sanitario.

Nel rispetto delle disposizioni richiamate, e a loro eventuale integrazione, tenendo conto del contesto, i regolamenti attuativi stabiliscono la composizione effettiva del comitato, e le modalità di elezione della componente elettiva, determinando la proporzione fra la componente di diritto del comitato e la componente elettiva, quest'ultima non può comunque superare il 50%.

Il comitato si fa parte diligente per assicurare la partecipazione di tutte le categorie professionali operanti nel dipartimento ai processi relativi alla programmazione delle attività, e a quelli relativi alla definizione dell'assetto organizzativo e gestionale del dipartimento; per la partecipazione alle tematiche più importanti, si procede con conferenze di servizio, o soluzioni equivalenti.

Qualora il comitato di dipartimento non dovesse procedere alla designazione della terna necessaria alla nomina del direttore, la direzione aziendale formalizza l'inadempienza riferita a un atto dovuto, e indica un termine per provvedere, decorso il quale assume i provvedimenti sostitutivi necessari.

ART. 30 Direttore di distretto

Al direttore di distretto compete la responsabilità della gestione complessiva dei servizi territoriali con riferimento particolare alle funzioni delineate dal comma 5 dell'art. 17 della LR 10/2006, e a quanto previsto dall'articolo 9, comma 4 lettera d); il direttore ha il compito di garantire i processi di integrazione tra le attività sanitarie distrettuali, quelle distrettuali e ospedaliere, quelle sociosanitarie, e assicura, inoltre, la rappresentanza verso l'esterno (Enti Locali, Associazioni, etc.) e le relazioni con il comitato di distretto.

In coerenza con l'evoluzione della funzione di tutela sanitaria della popolazione, il direttore del distretto è la figura dirigenziale incaricata dell'espletamento, in un ambito territoriale definito, della funzione di governo della domanda e delle azioni di salute rispetto alle diverse fasi della malattia (dal primo accesso alla riabilitazione).

Il direttore del distretto, nell'ambito della funzione di tutela affidata al distretto, si configura come il "garante" delle attività sanitarie e di supporto connesse ai percorsi terapeutici dei pazienti.

In quanto tale è responsabile della realizzazione, nell'ambito territoriale di competenza, degli indirizzi strategici della azienda, nonché della direzione delle risorse attribuite e dell'attività svolta dalle strutture afferenti in vista del perseguimento degli obiettivi.

Il ruolo del Direttore di Distretto è definito con maggiori dettagli nella seconda parte dell'atto, in corrispondenza alla configurazione organizzativa di cui all'articolo 49, dove sono esplicitate le funzioni proprie dell'area territoriale distrettuale e il modello organizzativo adottato dalla azienda.

ART. 31 Ufficio coordinamento attività distrettuali (UCAD)

In base al comma 6 articolo 17 della LR 10/2006, il direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali; questo è presieduto dal Direttore del Distretto ed è composto dalle seguenti figure professionali:

- un medico di medicina generale, un pediatra di libera scelta, uno specialista ambulatoriale convenzionato interno con particolari e certificate attitudini e competenze organizzative, individuati dal direttore generale, su una rosa di nomi proposta del direttore del distretto, tra i medici di medicina generale, gli specialisti pediatri e gli specialisti ambulatoriali interni operanti nel distretto;
- gli eventuali coordinatori in ambito distrettuale delle attività di assistenza infermieristica, delle attività di assistenza riabilitativa, e della integrazione sociosanitaria;
- i responsabili delle strutture operanti a livello di distretto;
- il referente delle funzioni amministrative, tecniche logistiche e di supporto a livello distrettuale.

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

Possono partecipare alle attività dell'Ufficio di Coordinamento:

- Il Direttore del Dipartimento delle Attività Territoriali (Dipartimento dei Distretti);
- Il Direttore dei Servizi Socio Sanitari.

Il regolamento attuativo dell'UCAD stabilisce i criteri e le modalità di funzionamento dell'ufficio di coordinamento, e disciplina le modalità di elezione e nomina della componente elettiva, in relazione a quanto previsto dai contratti collettivi nazionali della medicina generale e della pediatria di libera scelta.

L'UCAD ha funzioni propositive, tecnico-consultive, di interrelazione funzionale e tecnico-operativa rispetto alla rete dei servizi e delle attività distrettuali, contribuendo, in particolare, alla realizzazione degli obiettivi del distretto, per gli aspetti sanitari e sociosanitari.

Mediante la definizione dei percorsi assistenziali e la valutazione della loro applicazione, opera, in particolare, per il miglioramento delle attività distrettuali nell'ambito dell'integrazione interprofessionale, dell'accesso alle prestazioni sanitarie, della continuità assistenziale e della appropriatezza del ricorso ai servizi sanitari.

ART. 32 Comitato di distretto

Il Comitato di Distretto è un organismo previsto dalla LR 10/2006, volto ad assicurare il pieno coinvolgimento degli Enti Locali in materia sanitaria e sociosanitaria, con funzioni consultive e propositive per la programmazione delle attività distrettuali, e per la valutazione del livello di soddisfazione rispetto ai servizi erogati.

In particolare, l'art. 3-quater, comma 4, del D. Lgs. 502/92 stabilisce che compete al Comitato di distretto sociosanitario, come organismo rappresentativo delle amministrazioni comunali presenti nel distretto, quanto segue:

- parere sulla proposta di PLUS, formulata dal direttore del distretto;
- parere, limitatamente alle attività socio-sanitarie, sull'atto di approvazione del PLUS, per la coerenza con le priorità stabilite a livello regionale;
- diffusione dell'informazione relativa ai settori socio-sanitari e socio-assistenziali e promozione, a livello di indirizzo politico, della integrazione e del coordinamento delle attività collegate.

Il Comitato è istituito in ogni ambito distrettuale comprendente più Comuni o più Circostrizioni Comunali ed è composto dai Sindaci dei Comuni o da loro delegati.

Il Comitato di Distretto sociosanitario verifica l'andamento delle attività di competenza del distretto, formula osservazioni e proposte al Direttore Generale sulla organizzazione e sulla gestione dei servizi e delle strutture di livello distrettuale.

Tale organismo esprime parere obbligatorio sul programma delle attività distrettuali, proposto dal Direttore di Distretto e approvato dal Direttore Generale, d'intesa, limitatamente alle attività socio sanitarie, con il Comitato medesimo.

La seduta di insediamento di ciascun Comitato avviene su convocazione del Direttore Generale; la stessa seduta è presieduta dal Direttore Generale o da un suo delegato.

Il Comitato di Distretto elegge al proprio interno il presidente con atto adottato a maggioranza dei componenti a scrutinio segreto. Nella seduta di insediamento il Comitato procede, a scrutinio segreto, alla elezione del proprio presidente; risulta eletto il candidato che ha riportato il maggior numero di voti.

Il Comitato si riunisce obbligatoriamente almeno due volte l'anno, nonché su richiesta del Direttore Generale o di almeno un terzo dei componenti il Comitato stesso.

Il Comitato è convocato dal suo Presidente ai fini dell'espressione dei pareri citati, previsti dalla legge, o qualora lo richieda il Direttore Generale, o lo richieda, in forma scritta, almeno un terzo dei componenti, indicando gli argomenti da trattare con relative proposte.

Per le sedute del Comitato è prevista la convocazione in forma scritta, con l'ordine del giorno, trasmessa almeno 48 ore prima della data prevista; i sindaci possono delegare un proprio rappresentante, e uno stesso rappresentante può rappresentare più sindaci. Escluso il caso della nomina del Presidente, il Comitato delibera a maggioranza se è presente la metà più uno dei componenti in prima convocazione, o di un terzo più uno in seconda convocazione.

Le deliberazioni sono validamente assunte con il voto favorevole della metà più uno dei presenti, in caso di parità prevale il voto del Presidente.

Alle sedute del Comitato partecipano, senza diritto di voto, il Direttore Generale o un suo delegato, il Direttore dei Servizi Sociosanitari, e il Direttore del Distretto.

ART. 33 Direzione di Presidio Ospedaliero

La Direzione di Presidio Ospedaliero, oltre agli specifici compiti attribuiti da norme e regolamenti:

- è garante, da un punto di vista strettamente organizzativo e gestionale, della erogazione integrata delle prestazioni sanitarie ospedaliere;
- assicura, all'interno del presidio ospedaliero, la corretta organizzazione ed esecuzione dei programmi assistenziali orizzontali, a supporto e integrazione delle linee verticali responsabili della produzione delle singole prestazioni.

Secondo il grado di sviluppo dell'organizzazione dipartimentale all'interno dell'ospedale, le funzioni del Direttore di Presidio possono essere modulate nella gamma che va da funzioni concernenti l'integrazione dei percorsi clinico assistenziali, a quelle di coordinamento complessivo riguardo alle linee produttive.

Lo sviluppo dei dipartimenti caratterizza, in particolare, le responsabilità della direzione di presidio per le risorse comuni alle diverse strutture, soprattutto per quanto riguarda la loro gestione e disponibilità.

In un quadro articolato e coordinato di responsabilità, la direzione sanitaria del presidio concorre a definire criteri, percorsi, e linee guida in ordine:

- alle risposte date dai dipartimenti, dalle strutture, e dagli operatori ai bisogni e alle necessità degli utenti;
- alle condizioni di utilizzo delle risorse disponibili in coerenza con quanto previsto da disposizioni e programmi nazionali e regionali;
- alla verifica di appropriatezza della produzione e della erogazione delle prestazioni, nell'area della degenza, in contrapposizione costruttiva e propositiva rispetto al ruolo dei dipartimenti, delle strutture e dei produttori terzi (altre aziende pubbliche e privato accreditato).

In coerenza con gli indirizzi regionali, la direzione di presidio dovrà essere affidata a un sanitario; nella ASL 7 le funzioni amministrative, tecniche, logistiche e di supporto necessarie per l'operatività del presidio sono assicurate dai dipartimenti amministrativi con proprie risorse, che dovranno raccordarsi con la direzione del presidio.

ART. 34 Conferenze di servizi

Le Conferenze di Servizi sono ambiti di confronto, di carattere trasversale finalizzati alla valutazione e analisi della programmazione aziendale, dell'impatto degli obiettivi regionali e relative modalità di attuazione, e del grado di avanzamento progressivo degli stessi, favorendo il più possibile il dialogo, la conoscenza e il confronto fra le componenti amministrative e sanitarie, e le componenti coinvolte nei diversi livelli di assistenza.

Le Conferenze si riuniscono su richiesta del Direttore Generale, con riguardo ai seguenti temi di approfondimento:

- informazione strategica, vale a dire, ogni informazione di ordine istituzionale di provenienza regionale, nazionale o locale, che comporti ricadute sulla programmazione o sulla gestione aziendale;
- conoscenza di fatti o circostanze che possono costituire criticità reali o potenziali in grado di limitare o impedire il conseguimento dei risultati attesi ovvero di condizionare la gestione ordinaria aziendale, e che richiedono l'individuazione e la condivisione delle soluzioni più opportune;
- verifica periodica dello stato di avanzamento della programmazione aziendale.

ART. 35 Organismi di valutazione

In ambito aziendale sono previsti i seguenti organismi per la valutazione e verifica dei risultati e delle attività svolte dai dirigenti:

- l'Organismo di Valutazione competente per la verifica e valutazione annuale concernente i risultati di gestione dei responsabili delle articolazioni organizzative aziendali e dei risultati raggiunti dai dirigenti e da tutto il personale, in relazione agli obiettivi affidati,
- il Collegio Tecnico competente per le valutazioni tecniche e professionali da eseguirsi in particolari momenti della carriera, come alla scadenza degli incarichi conferiti, dopo il decorso di cinque anni per i dirigenti di nuova assunzione, ecc..

In linea con quanto previsto per tutte le amministrazioni pubbliche, la misurazione e la valutazione della performance sono volte al miglioramento della qualità dei servizi offerti, nonché alla crescita delle competenze professionali, attraverso la valorizzazione del merito e l'erogazione dei premi per i risultati conseguiti dai singoli e dalle unità organizzative in un quadro di pari opportunità, di diritti e di doveri, di trasparenza dei risultati e delle risorse impiegate.

Il D. Lgs. 150/2009 contiene i principali riferimenti in merito all'organismo di valutazione, e alle regole e ai criteri da applicarsi per la valutazione collettiva e per quella individuale; se non specificamente indicato, le disposizioni richiamate in questo paragrafo sono riferite al citato Decreto, cui l'azienda si uniforma tenendo conto delle specificità del servizio sanitario.

Per l'art. 14 l'azienda si dota di un Organismo Indipendente di Valutazione (OIV), al fine di:

- monitorare il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni,
- elaborare una relazione annuale sullo stato dello stesso;
- comunicare tempestivamente le criticità riscontrate ai competenti organi interni di governo e amministrazione della azienda, nonché alla Corte dei Conti, all'Ispettorato per la funzione pubblica e alla Commissione di cui all'articolo 13,
- validare la Relazione sulla performance di cui all'articolo 10, assicurandone la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale della azienda,
- garantire la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi previsti dai contratti collettivi nazionali, dai contratti integrativi, dai regolamenti interni della azienda, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità,
- proporre, sulla base del sistema di misurazione e valutazione della performance, alla Direzione della azienda, la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione agli stessi delle premialità previste,
- promuovere la corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dalla Commissione di cui all'art. 13,
- promuovere e garantire l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità di cui al Titolo II;
- verificare i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

L'OIV è nominato dal Direttore Generale per un periodo di tre anni. L'incarico dei componenti può essere rinnovato una sola volta.

L'OIV è costituito da un organo monocratico ovvero collegiale composto da 3 componenti dotati di elevata professionalità ed esperienza, maturate nel campo del management, della valutazione della performance e della valutazione del personale delle amministrazioni pubbliche.

Per i componenti dell'OIV si applicano i requisiti di compatibilità previsti da leggi e regolamenti.

Presso l'Organismo Indipendente di Valutazione è costituita una struttura tecnica permanente per la misurazione della performance, con i criteri e le modalità previste dal comma 9, art. 14 del D. Lgs. 150/2009; il responsabile della struttura tecnica permanente deve possedere una specifica professionalità ed esperienza nel campo della misurazione della performance nelle amministrazioni pubbliche.

Per i Collegi Tecnici che espletano valutazioni tecniche e professionali le principali fonti normative e disciplinari sono date dall'articolo 15, comma 5, del D. Lgs. 502/92 e dai contratti collettivi di lavoro; le stesse fonti lasciano piena discrezionalità al Direttore Generale sulla composizione dei Collegi.

Nella ASL di Carbonia tale composizione è funzionale alle finalità e alle caratteristiche della valutazione da effettuare, ed è coerente con i profili professionali e la disciplina professionale di appartenenza dei valutati.

ART. 36 Conferenza provinciale

L'articolo 15 della LR 10/2006 disciplina la Conferenza Provinciale Sanitaria e Sociosanitaria quale organismo fondamentale per il funzionamento e governo delle aziende sanitarie locali, e quale strumento di raccordo tra i programmi e le strategie aziendali e i bisogni e le aspettative della popolazione del territorio di competenza della azienda. In questo ambito la Conferenza Provinciale:

- esercita le funzioni di indirizzo e verifica periodica dell'attività delle ASL, anche formulando proprie valutazioni e proposte e trasmettendole al direttore generale e alla Regione;
- esprime parere obbligatorio sull'atto aziendale e sulle modifiche dello stesso, sul programma sanitario annuale e sul programma sanitario triennale delle ASL, sui bilanci annuale e pluriennale di previsione e sul bilancio d'esercizio, sugli accordi tra le aziende sanitarie e l'università, in attuazione dei protocolli d'intesa, trasmettendo alla Regione eventuali osservazioni;
- valuta, entro il 30 giugno di ogni anno, l'attuazione degli obiettivi previsti dal PLUS e dalla programmazione locale.

Per il comma 2d dell'articolo 15 della LR 10/2006 la Conferenza Provinciale svolge, inoltre, un ruolo critico in relazione ai profili di cui ai commi 4 e 5 dell'articolo 10 della stessa legge, in particolare, in sede di verifica del raggiungimento di risultati e obiettivi 18 mesi dopo la nomina del Direttore Generale, nell'ipotesi di decadenza e sostituzione del Direttore Generale di cui al comma 5, e in caso di manifesta inattuazione del programma sanitario annuale e triennale.

TITOLO V – ORGANIZZAZIONE DELLA AZIENDA

ART. 37 Riferimenti e criteri

Nell'atto aziendale sono riportati riferimenti e criteri per la costruzione di un modello organizzativo che consente di rendere coerenti i profili proposti dalle direttive della RAS con le specificità della ASL di Carbonia, e di meglio esprimere e valorizzare le esigenze di governo, di funzionamento e di gestione in relazione agli obiettivi e agli indirizzi strategici della Direzione Aziendale.

Il modello organizzativo previsto, oltre a confermare i livelli della macrostruttura organizzativa, costituiti da: Direzione aziendale, Uffici di staff, Attività Amministrative, Middle Management, Linee, introduce le Aree organizzative, con le modalità e i criteri di seguito esplicitati, al fine di migliorare la lettura degli assetti e la rappresentazione delle aree di responsabilità collegate ai processi assistenziali, amministrativi, tecnici e di supporto.

ART. 38 Aree organizzative

Le articolazioni organizzative aziendali sono riconducibili a cinque distinte aree di riferimento.

Tali aree sono individuate tenendo conto delle forme e modalità di erogazione dell'assistenza, della tipologia dei processi produttivi, e della natura delle attività sanitarie, amministrative, tecniche, logistiche e di supporto attribuite.

Le aree comprendono macroarticolazioni organizzative, costituite da dipartimenti, distretti, presidi ospedalieri, che sono sede delle attività e dei processi di competenza e rispondono al vertice aziendale; le stesse aree rappresentano, inoltre, i riferimenti per gli assetti organizzativi, per il governo e il funzionamento della azienda, per le prestazioni da produrre e da erogare, per quelle da acquistare, per il controllo della loro qualità e appropriatezza, e per i budget.

Le aree di cui alla successiva rappresentazione grafica sono:

- A. *direzione aziendale*, che comprende attività e processi di staff attraverso i quali l'azienda definisce gli obiettivi strategici e indirizza e dirige l'organizzazione al perseguimento dei propri fini, e attività e processi riconducibili a dipartimenti a carattere misto (ospedale – territorio), definiti aziendali;
- B. *amministrativa, tecnica, logistica e di supporto*, preposta all'organizzazione e all'espletamento di attività dirette al funzionamento dell'azienda, strumentali e accessorie a quelle sanitarie, al controllo, nonché alla fornitura e mantenimento delle risorse necessarie alle diverse attività;
- C. *prevenzione*, preposta agli interventi per la tutela e per la prevenzione della salute individuale o collettiva;
- D. *territoriale distrettuale*, preposta all'organizzazione, produzione ed erogazione di prestazioni di assistenza a livello extraospedaliero;

- E. *ospedaliera*, preposta all'organizzazione, produzione ed erogazione di prestazioni di assistenza a livello ospedaliero, ed emergenza.

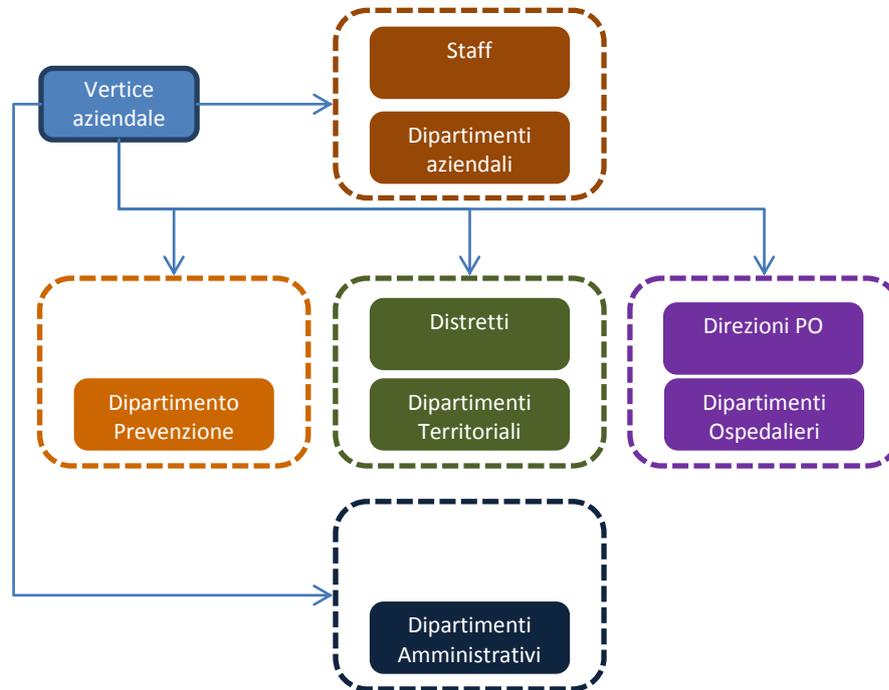


FIGURA 1 – AREE ORGANIZZATIVE di RIFERIMENTO

Tenendo conto del D. Lgs. 502/1992, dei Lea, della LR 10/2006 e del PRSS, processi, e relative attività, si sviluppano ulteriormente per il tramite di articolazioni organizzative che fanno riferimento alle aree e alle macroarticolazioni indicate. La specificazione per aree non ha alcuna implicazione gerarchica, costituendo solo una prospettiva per rappresentare l'organizzazione della azienda, e per descriverne le regole e i principi di funzionamento.

I dipartimenti, i distretti, i presidi soggetti a rendicontazione analitica e dotati di autonomia gestionale o tecnico-professionale, e le loro articolazioni, costituiscono, quindi, l'articolazione organizzativa con cui la ASL 7 persegue i propri obiettivi; l'AA descrive l'articolazione organizzativa, costituita da distretti, presidi, e dipartimenti che aggregano strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale, in corrispondenza delle aree in precedenza indicate, e rinvia alla regolamentazione attuativa, o ad atti della direzione generale, per l'individuazione di ulteriori articolazioni in cui si sviluppano quelle principali.

ART. 39 Strutture

L'articolazione organizzativa micro si basa su strutture organizzative complesse e semplici a valenza dipartimentale, e dove non ricorrono i presupposti e gli elementi che le giustificano, ricorrendo, eventualmente, ad altri profili organizzativi (strutture semplici come articolazioni di strutture complesse, programmi, gruppi di lavoro, aree tematiche) e contrattuali (incarichi professionali, posizioni organizzative).

In merito alla organizzazione micro si richiama l'articolo 9 della LR 10/2006 che prevede, alla lettera h, la possibilità di accorpamento di più funzioni in capo a una unica figura, o di individuazione di ulteriori responsabilità limitatamente ai servizi di nuova istituzione, con l'intento di evitare la creazione di strutture non giustificate dalla dimensione funzionale e/o economica.

Nella ASL di Carbonia una struttura organizzativa è una articolazione aziendale in cui sono aggregate competenze professionali e risorse umane, tecnologiche e strutturali, per l'esercizio di definite attività di amministrazione, programmazione, committenza e produzione.

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

ART. 40 Strutture complesse

Sono complesse le articolazioni che:

- svolgono processi che mobilitano risorse significative, per quantità e qualità, in settori di attività o ambiti riconoscibili, individuati come prioritari dalla programmazione nazionale e regionale, o che si basano su conoscenze e competenze relative a discipline riconosciute;
- esercitano attività rilevanti a supporto della direzione generale, di norma, per il conseguimento di obiettivi prioritari connessi con la pianificazione e con lo sviluppo e la crescita aziendale;
- hanno una dotazione di personale medico e/o laureato non medico, o di personale amministrativo e/o tecnico, il cui coordinamento richiede funzioni di direzione;
- coordinano processi a elevata complessità e integrazione.

I responsabili di struttura complessa, pur rispondendo al responsabile del dipartimento di cui le strutture sono parte, hanno una rilevante autonomia operativa. A essi competono le attività e i processi derivanti dalle specifiche competenze professionali, e la direzione e organizzazione della struttura affidata.

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

ART. 41 Strutture semplici

Le strutture semplici sono parte di strutture complesse, e possono costituire anche articolazioni del dipartimento o del distretto come strutture complesse; se hanno maggiori ambiti di autonomia le strutture semplici sono definite dipartimentali.

In sintonia con le norme e i contratti collettivi di lavoro, le strutture semplici sono articolazioni che comportano responsabilità nella gestione di risorse umane necessarie allo svolgimento delle attività di competenza, e che:

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

Le strutture semplici possono essere istituite quando, congiuntamente:

- sono presenti gli elementi che le giustificano, tra cui rilevanza dei processi presidiati, di risorse professionali impiegate, di risorse materiali utilizzate, organizzazione autonoma;
- le attività presidiate richiedono personale dedicato, risorse proprie e gestione separata con relativa responsabilità;
- qualità e appropriatezza delle prestazioni possono essere valorizzate attraverso lo sviluppo professionale e disciplinare delle attività riconducibili ai processi presidiati.

Le strutture semplici si graduano in base alla circostanza che siano articolazioni a valenza dipartimentale, ovvero che siano articolazioni di strutture complesse o del dipartimento come struttura complessa, nel cui ambito esercitano la propria autonomia organizzativa e operativa.

Le strutture semplici a valenza dipartimentale, oltre alle peculiarità comuni alle altre strutture semplici, sviluppano processi, metodi e tecniche che si propongono come complementari e/o integrativi rispetto ai compiti di altre unità aggregate al dipartimento; possono essere attivate per le specializzazioni non riconducibili alle strutture complesse presenti, in carenza dei requisiti dimensionali richiesti per la costituzione di una struttura complessa.

I dirigenti con incarico di direzione delle strutture semplici a valenza dipartimentale, hanno maggiori ambiti di autonomia, e sono responsabili dell'efficiente ed efficace gestione delle risorse attribuite, dei risultati conseguiti, nonché, in ambito assistenziale, della appropriatezza degli interventi clinici erogati.

ART. 42 Dipartimenti

Il dipartimento è struttura sovraordinata e di coordinamento delle strutture aggregate, e, più specificamente, di orientamento, di consulenza e di supervisione, di governo unitario dell'offerta per l'area disciplinare di appartenenza, e, con le modalità previste nel regolamento di dipartimento, delle risorse assegnate.

Secondo la tipologia, il dipartimento è costituito da articolazioni aziendali che svolgono processi comuni, simili o affini per i profili tecnici e disciplinari, o processi che richiedono un coordinamento unitario delle funzioni attribuite alle unità operative afferenti; questi processi possono caratterizzarsi:

- per omogeneità, o complementarietà o affinità delle attività,
- per essere rivolti al conseguimento di un comune risultato,
- per strategicità rispetto al governo della azienda, o di un'area assistenziale e/o organizzativa.

L'AA prevede, oltre ai dipartimenti strutturali di cui all'articolo 9 comma 4 lettera f della LR 10/2006, anche quelli funzionali finalizzati al coordinamento dello sviluppo organizzativo di strutture omologhe o complementari.

Per l'articolo 9 comma 4, lettera f della LR 10/2006, "il dipartimento rappresenta il modello ordinario di gestione operativa, a livello aziendale o interaziendale, di tutte le attività delle aziende"; per l'articolo 17, comma 1 della LR 10/2006 il dipartimento è, insieme al distretto, l'elemento cardine dell'organizzazione delle aziende sanitarie.

I dipartimenti svolgono attività finalizzate a garantire l'offerta di assistenza sanitaria, in via diretta o indiretta, e si qualificano, di conseguenza, in base a:

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

ART. 43 Organizzazione dipartimentale

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

All'interno del dipartimento il modello gestionale armonizza, a un tempo, la gerarchia organizzativa, e l'autonomia delle strutture correlata alla disciplina e all'area di specializzazione di competenza; il dipartimento, di conseguenza, svolge un ruolo attivo e responsabile per definire le relazioni tra strutture, i protocolli e le regole procedurali, soprattutto per gli aspetti clinici, didattici, di ricerca, etici, medici, legali, giuridici, economici e finanziari.

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

Il modello dipartimentale implica l'esigenza di dare risposte per:

- disciplinare, all'interno di ciascun dipartimento, il sistema e i criteri di attribuzione e gestione delle risorse;
- individuare le risorse materiali e strumentali attribuite e/o utilizzate dalle singole strutture (ad esempio: beni strumentali, posti letto, ecc.);
- attribuire gli organici ai dipartimenti, tenendo conto della loro tipologia, e indicare le risorse umane destinate alle singole strutture;
- specificare un sistema di responsabilità dei dirigenti delle strutture afferenti, in cui si da rilievo, nel rispetto della autonomia collegata alle discipline e specializzazioni coinvolte, al ruolo del direttore del dipartimento e del comitato se istituito, e ai compiti delle strutture aggregate.

ART. 44 Tipologia e classificazione dei dipartimenti

Nell'ambito della ASL di Carbonia sono previsti:

1. *Dipartimenti strutturali*, costituiti dalla aggregazione delle strutture complesse e semplici dipartimentali, dotati di autonomia tecnico professionale e gestionale nell'ambito degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite.
2. *Dipartimenti funzionali*, finalizzati al coordinamento di strutture omologhe o complementari, già aggregate nei dipartimenti e/o nei distretti.

Le linee guida RAS per gli atti aziendali prevedono la possibilità di attivare: "dipartimenti funzionali finalizzati esclusivamente al coordinamento dello sviluppo organizzativo di strutture omologhe o complementari, già aggregate nei dipartimenti strutturali e/o nei distretti. A tale fine i dipartimenti funzionali, che non sono dotati di risorse e budget dipartimentale, definiscono i percorsi assistenziali/linee guida/protocolli comuni e/o integrati, per garantire la continuità assistenziale (in particolare per l'integrazione tra l'assistenza distrettuale e ospedaliera) e lo sviluppo integrato delle risorse professionali".

I dipartimenti funzionali riflettono, di norma, esigenze organizzative e assistenziali proposte dalle normative nazionali e regionali, ovvero dalla programmazione nazionale e regionale; in altri casi rispondono a necessità di coordinamento e governo dell'azienda.

Per i *dipartimenti funzionali* non è previsto il comitato di dipartimento, tuttavia, la regolamentazione attuativa dovrà stabilire modalità e criteri di partecipazione, con riferimento alle attività di programmazione e alla gestione delle risorse e del budget derivato, e prevedere forme di rappresentanza allargata alle componenti professionali che operano nel dipartimento.

I *dipartimenti funzionali* comprendono strutture incardinate gerarchicamente in altri dipartimenti o nei distretti; possono comprendere, inoltre, strutture interaziendali individuate dalla programmazione nazionale e regionale per l'organizzazione e coordinamento di reti assistenziali e di sistema che interessano più aziende.

Nella ASL 7 i *dipartimenti* si classificano come *territoriali*, se sono così denominati da norme e regolamenti, e/o se svolgono funzioni di assistenza territoriale distrettuale, ancorché in modo non esclusivo. Si classificano come *ospedalieri*, se sono così denominati da disposizioni relative al servizio sanitario, e/o se svolgono prevalente attività di assistenza ospedaliera ed emergenza, ancorché in modo non esclusivo.

I *dipartimenti territoriali* assicurano, per le materie di competenza, rapporti di stretta interazione con i distretti, e garantiscono il necessario supporto alla pianificazione sociosanitaria nei PLUS, forniscono assistenza e consulenza tecnica alle istituzioni locali, partecipano, se richiesti, alle attività della Conferenza Provinciale Sanitaria, contribuiscono con le proprie risorse alla formazione e realizzazione di programmi integrati.

I *dipartimenti ospedalieri*, a loro volta, assicurano, per le materie di competenza, rapporti di stretta interazione con le direzioni sanitarie dei presidi ospedalieri, e garantiscono il necessario supporto, anche tramite le risorse attribuite, per la valorizzazione e la razionalizzazione dei processi di assistenza ospedaliera, e di quelli integrati ospedale territorio.

I *dipartimenti aziendali* svolgono, di norma, funzioni e attività che interessano più aree assistenziali, promuovendone l'integrazione, e condividendone, per quanto di competenza di ciascuna area, ruoli, doveri, responsabilità.

I *dipartimenti amministrativi* aggregano strutture che svolgono compiti inerenti l'area amministrativa, tecnica, logistica e di supporto.

ART. 45 Dipartimenti interaziendali

I *dipartimenti interaziendali* possono essere istituiti in ambito regionale, a mente dell'articolo 9 della LR 10/2006, con funzioni di coordinamento organizzativo e gestionale di unità operative afferenti a più aziende sanitarie; gli stessi dipartimenti, se di tipo sanitario, sono garanti della continuità assistenziale e della qualità della assistenza erogata, con riferimento al territorio di competenza e ai processi presidiati.

Per la loro istituzione e per la loro organizzazione e funzionamento si prevedono atti di organizzazione di competenza della RAS, o, comunque, sovraordinati, ed eventuali attività delegate alle aziende sanitarie per la formazione di protocolli di intesa, e per l'attuazione dei criteri e delle modalità relative alla loro attivazione.

L'atto aziendale recepisce i provvedimenti di istituzione, organizzazione e funzionamento dei dipartimenti interaziendali definiti in ambito sovraordinato, che interessano strutture o unità organizzative della azienda, e integra l'ordinamento della azienda con il rinvio agli stessi provvedimenti, quali riferimenti per la legittimità degli atti necessari per l'attuazione e l'operatività dei citati provvedimenti e atti collegati.

Il recepimento e l'integrazione di cui al comma precedente non necessitano, pertanto, di modifiche al presente atto; le modifiche sono necessarie, invece, qualora risulti variata la configurazione organizzativa descritta nella seconda parte dell'atto e richiamata al successivo articolo 49.

ART. 46 Flessibilità e trasversalità

L'azienda assume flessibilità e trasversalità come criteri per assicurare la rispondenza degli assetti alle esigenze assistenziali, e per limitare le conseguenze della parcellizzazione dei processi, e/o della frammentazione eccessiva delle attività.

Flessibilità e trasversalità, nel rispetto di norme, protocolli e indirizzi sperimentati e consolidati, si esplicano con soluzioni e assetti organizzativi che possono meglio adattarsi alle circostanze, e, soprattutto, alle necessità assistenziali.

In relazione al tema, si richiama, ancora, l'art. 9, comma 4, lett. h) della LR 10/2006, secondo il quale è possibile prevedere "le condizioni che giustificano l'accorpamento, in capo ad un'unica figura, di più funzioni". Queste condizioni assumono, di fatto, particolare rilievo con riferimento alla individuazione delle strutture complesse e semplici, e alla necessità che la specializzazione delle funzioni mediche non provochi fenomeni di parcellizzazione, con conseguenti problemi organizzativi, di assistenza, e diseconomie di gestione.

In questo ambito è possibile attribuire a una unità organizzativa di riferimento funzioni di direzione e/o di coordinamento di processi unitari o omogenei che interessano, ad esempio, più presidi ospedalieri, oppure più distretti, oppure l'ospedale e il territorio, ovvero predisporre programmi e progetti per l'avvio di soluzioni innovative che possono interessare più aree aziendali o interaziendali.

Flessibilità e trasversalità, come criteri generali di organizzazione e di gestione, dovranno essere rese concrete, in particolare, in relazione all'utilizzo di risorse comuni a più entità organizzative, e/o alla gestione di processi assistenziali che perseguono gli stessi LEA o obiettivi interconnessi, con soluzioni e accorgimenti, che integrano il modello dipartimentale, intesi a valorizzare il coordinamento di funzioni, le regole di accesso e uso delle risorse, le sinergie, i risultati assistenziali, e la riduzione dei conflitti.

Per valorizzare flessibilità e trasversalità, limitando rigidità e vincoli, con specifici atti di organizzazione le strutture afferenti ai dipartimenti, e gli stessi dipartimenti, possono, di conseguenza, essere chiamati a presidiare e coordinare attività e processi ricadenti in più funzioni, con riferimento al territorio della azienda, o ai luoghi e situazioni in cui si manifesta la necessità.

L'azienda persegue il criterio della flessibilità e della trasversalità anche attraverso la concentrazione di processi e attività comuni, posti a servizio e supporto di diverse strutture, quali quelli svolti dal servizio delle professioni sanitarie, dai servizi amministrativi, dal servizio farmaceutico, ecc.. In area ospedaliera si valorizza, secondo questa prospettiva, la realizzazione di dipartimenti aziendali e di dipartimenti interpresidio.

Flessibilità e trasversalità implicano, quindi, la caratterizzazione di entità organizzative che sviluppino funzioni orizzontali e si relazionano con entità organizzative verticali, e la formulazione conseguente e coerente di regolamenti, protocolli e procedure operative.

ART. 47 Programma, progetto, area tematica, gruppo di lavoro

Le esigenze di coordinamento che implicano processi trasversali a più unità operative dipartimentali, distrettuali, aziendali, o interaziendali, possono essere gestite attraverso gli strumenti *del programma, del progetto, del gruppo di lavoro o dell'area tematica*, in coerenza con le disposizioni che ne regolano i profili, e con i contratti di lavoro.

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

Queste soluzioni possono essere particolarmente utili nei casi di esigenze trasversali a più strutture, come ad esempio quelle presupposte da una rete, oppure nel caso di nuovi bisogni che implicano attività preliminari di sperimentazione, di analisi e di valutazione per la costruzione e la messa a regime di nuovi processi e relative competenze.

Obiettivo del programma, o del progetto, è assicurare unitarietà di programmazione, organizzazione e valutazione per processi in aree di particolare complessità, o per percorsi assistenziali che richiedono il contributo coordinato e integrato di competenze e professionalità riferibili a più articolazioni organizzative.

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

Oltre ai programmi e ai progetti si può prevedere la specificazione di aree tematiche e/o di gruppi di lavoro, finalizzati a rendere più efficaci e incisivi gli sviluppi delle attività e dei processi, e le risposte ai bisogni. L'individuazione di un'area tematica, o di un gruppo di lavoro, deve essere opportunamente motivata in rapporto alle esigenze, agli obiettivi che si intendono conseguire, ai risultati, e ai tempi.

L'area tematica, o il gruppo di lavoro, può correlarsi al coordinamento di processi caratterizzati da specifici contenuti disciplinari, ovvero da attività non omogenee sotto l'aspetto disciplinare finalizzate al conseguimento di obiettivi o di risultati specifici, comuni a più unità operative.

Con riferimento a questi istituti e profili, si valutano: la capacità di risposta ai bisogni, l'attribuzione e specificazione di compiti, di competenze e di responsabilità, nonché individuazione delle risorse umane e materiali necessarie, in relazione agli aspetti organizzativi e di funzionamento, e a quelli economici e contrattuali.

Il coordinamento del programma, del progetto, dell'area tematica, del gruppo di lavoro è affidato, di norma, a un dirigente responsabile di struttura; in caso di particolari esigenze professionali e disciplinari, documentabili, il coordinamento può essere affidato ad altre figure con elevata competenza professionale, che sono valutate in relazione alla qualità tecnica dei risultati conseguiti o fatti conseguire, in sintonia con quanto previsto da norme e contratti di lavoro.

La durata del programma, del progetto, dell'area tematica e del gruppo di lavoro è limitata nel tempo, e, in genere, ha termine una volta raggiunto l'obiettivo, o venute meno le ragioni che ne hanno determinato l'attivazione; perdurando la necessità può, tuttavia, essere prorogata.

Programmi, progetti, aree tematiche, e gruppi di lavoro sono definiti attraverso atti di organizzazione o con la programmazione aziendale, e non configurano forme di sovra ordinazione gerarchica o funzionale. In particolari circostanze, e con riferimento a decisioni, e alla realizzazione di percorsi e procedure collegate a materie e temi di competenza, rappresentano, tuttavia, un indispensabile e, talvolta necessario, riferimento per pareri, e per attività di consulenza e di supporto tecnico.

Per programmi, progetti, aree tematiche, e gruppi di lavoro interaziendali si fa riferimento alla disciplina prevista per i dipartimenti interaziendali, in quanto compatibile.

ART. 48 Regolamento di dipartimento

In conformità con i principi e i criteri stabiliti dalle norme e dall'atto aziendale, e nel rispetto degli atti di organizzazione del Direttore Generale, i singoli dipartimenti si dotano di un regolamento di attuazione composto di due parti; la prima è formata per tipologia ed è comune per tutti i dipartimenti della ASL 7 appartenenti a un tipo (strutturali, funzionali).

La seconda parte del regolamento disciplina le peculiarità del dipartimento e i meccanismi di relazione e operativi, con riferimento a:

- strutture semplici attivate nel dipartimento, e soluzioni organizzative di cui all'art. 47,
- componente elettiva del comitato,
- aree disciplinari, competenze e responsabilità in base ai Lea, e attribuzione delle stesse alle entità organizzative e professionali del dipartimento,
- competenze e responsabilità collegate alla gestione e al funzionamento del dipartimento, anche in raccordo con le disposizioni dell'articolo 29,
- sistema e criteri di attribuzione e gestione delle risorse,
- sistema budgetario (per dipartimento, per struttura o misto),
- sistema di gestione delle risorse materiali e strumentali più significative,
- criteri per l'attribuzione e la gestione degli organici.

La seconda parte del regolamento è automaticamente integrata, o modificata in conformità, con riferimento a disposizioni sovraordinate secondo la gerarchia delle fonti, o ad atti del Direttore Generale che si riflettono sugli elementi in precedenza elencati. Il Direttore del Dipartimento, con il supporto del Comitato di Dipartimento, garantisce l'aggiornamento costante del regolamento conseguente a queste integrazioni e modifiche.

Il regolamento, formalizzato dalla Direzione Generale, è predisposto con la partecipazione attiva e propositiva del Dipartimento e dei suoi organi; in caso di negligenza o inerzia la Direzione Generale esercita i poteri sostitutivi necessari per la sua predisposizione.

La predisposizione di un nuovo regolamento e la sua formalizzazione sono effettuate in caso di modifiche sostanziali che possono riguardare l'assetto del Dipartimento, le regole di funzionamento, le competenze delle strutture.

ART. 49 Configurazione organizzativa

La configurazione organizzativa si basa su strutture definite come complesse o semplici, con le peculiarità descritte negli articoli precedenti, e articolate per dipartimenti e per distretti, con riferimento alle aree di cui all'articolo 38.

La configurazione organizzativa della azienda, descritta in dettaglio nella parte seconda del presente documento, costituisce parte integrante e sostanziale dell'atto aziendale.

Nella seconda parte dell'AA, oltre alla articolazione della azienda con i distretti, i presidi, i dipartimenti, le strutture complesse, e le strutture semplici a valenza dipartimentale, rappresentati per aree, sono descritte le funzioni delle strutture con l'indicazione sommaria di attività, competenze, responsabilità.

Per le strutture semplici che costituiscono articolazioni di strutture complesse, o articolazioni di dipartimenti senza esserne elementi costitutivi, si rinvia ai regolamenti di cui all'articolo 48, o agli atti di organizzazione del Direttore Generale.

I regolamenti di dipartimento esplicitano, con maggiori dettagli attività, competenze e responsabilità delle unità ed entità organizzative e professionali che operano nei dipartimenti.

TITOLO VI – GESTIONE DELLA AZIENDA

ART. 50 Atti di governo e atti di gestione

La ASL 7 assume la separazione tra atti di governo e atti di gestione quale principio di riferimento per l'organizzazione, il funzionamento e la gestione della azienda.

Gli atti di governo sono di esclusiva competenza del direttore generale, che ha la responsabilità della gestione globale della azienda, e si avvale, nell'esercizio delle sue funzioni, delle competenze del direttore sanitario, del direttore amministrativo, e degli altri soggetti e organi con i quali si attua il governo aziendale.

Per il D. Lgs 165/2001 e s.m.i. gli atti di gestione sono di esclusiva competenza dei dirigenti, individuati, di norma, tra quelli responsabili di dipartimento, distretto, presidio e struttura complessa e semplice.

Gli atti di governo sono assunti dal direttore generale nella forma delle deliberazioni, quelli di competenza dei dirigenti nella forma delle determinazioni.

Le deliberazioni sono assunte sulla base di proposte; tali proposte sono istruite dalle strutture competenti e riportano: il nominativo del responsabile del procedimento, la dichiarazione sottoscritta dal responsabile della struttura interessata circa la legittimità e regolarità tecnica e contabile (formale e sostanziale) della proposta, la valutazione delle ricadute assistenziali ed economiche del provvedimento.

Le proposte riportano i pareri dei direttori amministrativo e sanitario, e sono deliberate dal direttore generale, di norma in seduta comune con gli stessi direttori, salvo i casi di giustificato impedimento di uno dei due o di urgenza.

Le deliberazioni adottate dal Direttore Generale, o su delega del medesimo, che, ai sensi della normativa vigente, non sono sottoposte al controllo preventivo della Giunta Regionale (LR 10 - 2006, art. 29, c. 1), diventano immediatamente esecutive.

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

Le determinazioni dei dirigenti possono impegnare l'azienda verso l'esterno, e presentano le seguenti peculiarità:

- hanno come contenuto l'attuazione di direttive, programmi e progetti definiti nell'ambito della programmazione e delle strategie aziendali,
- sono indispensabili per la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa della struttura organizzativa cui competono,
- non rientrano nelle competenze esclusive del direttore generale.

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

ART. 51 Deleghe

Nel rispetto della separazione tra atti di governo e atti di gestione il direttore generale può delegare specifiche funzioni, ambiti di attività, singoli atti o procedimenti, che non siano a lui riservati in modo esclusivo, a dirigenti della azienda.

La delega è assunta con atto scritto e motivato nel quale si individuano i destinatari, i contenuti della delega, la durata temporale, le modalità di esercizio, e gli obiettivi che si intendono conseguire.

I termini e i contenuti della delega sono portati a conoscenza del Collegio Sindacale, del Collegio di Direzione e di chiunque abbia interesse a prenderne visione.

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

Per gli atti di diritto pubblico la delega è manifestata con provvedimento amministrativo conforme ai requisiti formali e sostanziali dell'atto pubblico, del quale deve essere data pubblicità. La delega per gli atti di diritto privato è manifestata in forme idonee in relazione all'attività delegata, e ai requisiti di pubblicità per l'efficacia dell'atto.

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

L'esercizio delle funzioni delegate si esercita nel rispetto:

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

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

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

ART. 52 Pubblicità e trasparenza

Tutte le deliberazioni del direttore generale e le determinazioni dei dirigenti sono pubblicate nei termini e con le modalità previste dalla legge; successivamente, determinazioni e delibere sono rese accessibili in apposita area archivio sul sito web della azienda.

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

ART. 53 Incarichi

Ai dirigenti possono essere attribuite in conformità alle norme e ai CCNL responsabilità di:

- struttura complessa tra cui dipartimento, distretto, e direzione di presidio ospedaliero,
- struttura semplice a valenza dipartimentale,
- struttura semplice,
- incarico professionale.

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

Per la qualificazione delle tipologie organizzative elencate e del loro livello, si fa riferimento al Titolo 5 e alla parte seconda del presente atto, in cui sono indicate le strutture complesse e quelle semplici dipartimentali; si fa riferimento alla regolamentazione attuativa e/o a specifici atti di organizzazione per il dettaglio delle ulteriori tipologie organizzative attivate.

Le tipologie organizzative di cui al comma precedente rappresentano, in sintonia con i contratti di lavoro, la base di riferimento con cui la direzione generale attribuisce gli incarichi, ed effettua la graduazione delle funzioni dirigenziali, con le connesse responsabilità e la attribuzione del trattamento economico di posizione.

L'esclusività del rapporto di lavoro costituisce criterio preferenziale per il conferimento ai dirigenti del ruolo sanitario di incarichi di direzione di struttura semplice, semplice dipartimentale e complessa, salvo quanto previsto dall'art. 21 della LR 10/2006. I dirigenti responsabili di struttura decadono dall'incarico nel caso in cui, successivamente al conferimento dello stesso, optino per il rapporto di lavoro non esclusivo.

In caso di modifiche al quadro normativo vigente, che implicino una diversa disciplina degli incarichi e dei criteri relativi alla esclusività del rapporto di lavoro per gli incarichi di direzione di cui al comma precedente, il direttore generale può provvedere con atti di organizzazione a regolamentare la materia.

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

Gli incarichi sono conferibili anche a soggetti esterni all'Azienda, secondo le modalità e nei limiti di cui all'art. 15-septies del D. Lgs. 502/92 e s.m.i., e in coerenza con il quadro normativo vigente.

Gli incarichi sono conferiti con appositi contratti individuali a tempo determinato, che ne disciplinano l'oggetto, i contenuti, i risultati da conseguire, la durata e la retribuzione.

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

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

Nell'affidamento di incarichi dirigenziali per i quali la normativa non preveda conoscenze ed esperienze riconducibili obbligatoriamente a una disciplina di specialità, o a un titolo professionale specifico, la ASL 7 si attiene a criteri di valutazione curriculare, con particolare riguardo a esperienze formative e professionali coerenti con l'incarico, e al possesso di adeguate competenze tecniche e gestionali.

Le procedure e i criteri di affidamento, graduazione, valutazione e revoca degli incarichi, sono disciplinati da apposito regolamento. Il regolamento disciplina, altresì, la durata degli incarichi e i termini e le modalità per eventuali rinnovi.

La revoca dell'incarico avviene con atto scritto e motivato a seguito dell'accertamento della sussistenza di una delle cause previste dalle vigenti disposizioni normative, regolamentari e contrattuali, e con le procedure previste dalle norme, dai contratti collettivi e dai regolamenti.

ART. 54 Posizioni organizzative del Comparto

Alcune funzioni professionali, individuate come incarichi di Posizione Organizzativa o di coordinamento dai contratti collettivi di lavoro, sono affidate al personale appartenente alle categorie dell'area del Comparto, in possesso dei requisiti previsti da leggi, regolamenti e contratti.

L'individuazione, la graduazione e il conferimento di Posizioni Organizzative sono finalizzati alla ottimizzazione dei processi aziendali, attraverso il riconoscimento e l'esercizio di specifiche competenze tecnico professionali.

Le procedure e i criteri di affidamento, graduazione, valutazione e revoca delle Posizioni Organizzative e degli incarichi di coordinamento, sono disciplinati da apposito regolamento. Il regolamento disciplina, altresì, la durata degli incarichi e i termini e le modalità per eventuali rinnovi.

ART. 55 Programmazione, controllo e sistema di budget

L'articolo 28 della LR 10/2006 definisce il sistema di programmazione e controllo delle aziende sanitarie, e individua gli strumenti di cui si compone: programma sanitario pluriennale e annuale, sistema informativo, sistema budgetario, contabilità analitica, sistema degli indicatori.

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

La programmazione aziendale valorizza i ruoli del Comitato di Distretto e della Conferenza Provinciale Sanitaria e Sociosanitaria, quali organi di rappresentanza degli enti locali, ai quali sono attribuiti compiti di indirizzo, proposta, e vigilanza.

Il modello di programmazione adottato dalla ASL di Carbonia, supportato dal sistema informativo e dal sistema degli indicatori, è valorizzato dalla conoscenza, lettura e analisi di problemi con valenza sanitaria e socio sanitaria, rilevati nel territorio, e delle cause che li determinano, e dall'esame degli ambienti e degli stili di vita, e delle correlazioni con la salute.

Il modello consta di una fase di pianificazione rivolta alla definizione di obiettivi di salute, di assistenza e di gestione, coerenti con i bisogni della popolazione, e alla qualificazione del sistema di risposte necessarie e delle relative priorità, razionalizzando l'impiego delle risorse disponibili.

L'ulteriore fase è costituita, attraverso il coinvolgimento dei professionisti e degli operatori, dalla definizione di azioni conseguenti, dalla formazione e sviluppo di programmi di raccordo delle azioni, e dalla attivazione di sistemi di controllo e di feedback coerenti.

Queste fasi trovano espressione e sintesi, rispettivamente, nella pianificazione strategica e nel sistema budgetario in cui si esprime e si manifesta la autonomia delle strutture e dei dirigenti, e si valorizzano i rapporti negoziali, verticali e orizzontali, finalizzati a rendere coerenti obiettivi e attribuzioni di risorse.

Con il budget le risorse disponibili sono quantificate e assegnate per aree di riferimento, quindi per presidi e distretti e, infine, per dipartimenti e per strutture, in vista del raggiungimento degli obiettivi generali definiti nei documenti di programmazione della azienda; contestualmente si procede, quindi, a declinare gli obiettivi in attività specifiche di competenza di ciascuna articolazione aziendale, a definire i risultati attesi, e le risorse umane, tecnologiche e finanziarie necessarie per conseguirli.

Per il modello di budget, per i meccanismi operativi e per i dettagli si rinvia alla regolamentazione attuativa. Questa, in particolare, oltre a disciplinare il sistema di monitoraggio e la tempistica, e i criteri da adottare nel caso di obiettivi congiunti e/o di obiettivi che richiedono il concorso di più strutture, dovrà specificare le procedure da attivare nel caso di eventi imprevisti (obiettivi divenuti impossibili, attività non realizzabili, e simili).

La regolamentazione attuativa e il modello di budget valorizzano i feedback e le azioni correttive, quali strumenti di interazione e di indirizzo per le decisioni da assumere, proponendo soluzioni e rappresentazioni coerenti e non finalizzate alla mera rendicontazione.

Il sistema di controllo è articolato nelle seguenti funzioni, svolte dagli organi, strutture e uffici previsti dalle norme e dal presente atto:

- la valutazione e il controllo strategico rivolti a monitorare l'effettiva attuazione delle scelte contenute nella programmazione nazionale e regionale e negli atti di indirizzo;
- la verifica della regolarità amministrativa e contabile e il controllo rivolti alla osservanza delle leggi, alla economicità della gestione, alla regolare tenuta della contabilità e dei bilanci, e alla valutazione di efficacia ed economicità delle attività della azienda e delle unità organizzative;
- la valutazione delle risorse umane.

ART. 56 Contabilità e bilancio

L'ordinamento contabile aziendale e la gestione dei proventi e dei costi sono disciplinati dalle disposizioni di legge e regolamentari, dal presente AA, e dagli indirizzi regionali di programmazione e rendicontazione; in tema di rendicontazione, di contabilità e bilancio, l'azienda, occorrendo, predisporre regolamenti per disciplinare con opportuni dettagli profili, procedure e percorsi critici.

Tali regolamenti integrano le disposizioni citate per le situazioni in cui, a opportuna garanzia delle risorse pubbliche, è necessario definire specifici profili organizzativi in materia contabile, e individuare responsabilità associate ad adempimenti e obblighi.

I regolamenti definiscono, occorrendo, i rapporti tra le diverse strutture aziendali, finalizzati al corretto funzionamento di processi contabili e di rendicontazione trasversali a più strutture, e al conseguimento dei relativi output.

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

Il Collegio Sindacale, entro 15 giorni dal ricevimento, redige la relazione sul progetto di bilancio; la Conferenza esprime il proprio parere obbligatorio entro 20 giorni dal ricevimento, trascorsi i quali il parere si intende formulato come positivo.

Il Direttore Generale, entro 10 giorni dalla ricezione della relazione del Collegio Sindacale e del parere della Conferenza provinciale sanitaria e sociosanitaria, adotta la delibera di approvazione del bilancio di esercizio; lo stesso, accompagnato dalla relazione del Collegio Sindacale e dall'eventuale parere della Conferenza, è trasmesso alla Regione per il controllo preventivo.

ART. 57 Valutazione delle risorse umane

I sistemi di valutazione della azienda si uniformano alle disposizioni vigenti per il pubblico impiego, e, in questo ambito, a quelle previste per le aziende sanitarie.

In conformità a tali disposizioni la ASL 7 garantisce sistemi di valutazione omogenei per tutto il personale, e adotta politiche retributive selettive e differenziate, collegate ai risultati della valutazione degli incarichi, delle attività, di specifici programmi e progetti, delle competenze, e dei comportamenti rilevanti nell'ambito della prestazione lavorativa.

L'obiettivo è rivolto a realizzare una gestione meritocratica delle risorse umane, premiante, equa e in grado di garantire elementi di rinforzo, anche economico, correlati alle responsabilità rivestite, ai risultati conseguiti, e ai comportamenti.

Nel contempo, anche a garanzia e tutela dei diritti degli utenti, a fronte di risultati mancati e di comportamenti incongrui rispetto a quelli attesi, l'azienda adotta provvedimenti di vario ordine e grado, coerenti con quanto previsto da norme e regolamenti, correlati alla posizione rivestita, agli esiti dei percorsi di valutazione, e al rilievo delle mancanze.

I sistemi di valutazione, che la Asl di Carbonia implementa, sono incentrati sulla valutazione del personale dirigenziale e del personale del comparto titolare di incarichi, rispettivamente, di coordinamento e di posizione organizzativa, in base ad elementi in cui hanno adeguato rilievo le qualità professionali e quelle comportamentali, e la capacità di gestire le risorse, di valutare i propri collaboratori e di conseguire gli obiettivi assegnati.

Per il restante personale della azienda la valutazione, incentrata su elementi in cui hanno adeguato rilievo le qualità professionali e comportamentali, rappresenta uno strumento fondamentale per lo sviluppo delle risorse umane e per il raggiungimento degli obiettivi della azienda, supportato anche dalla attribuzione di incentivi economici.

La valutazione annuale del personale della azienda si inserisce nel ciclo della performance previsto dall'art. 4 del D.lgs. 150/2009. In questo ambito i sistemi di valutazione adottati dalla azienda si correlano sia alla dimensione organizzativa (art. 8 del D.lgs. 150/2009), sia a quella individuale (art. 9 del D.lgs. 150/2009) della performance, e costituiscono il necessario presupposto per l'applicazione dei sistemi premianti previsti dalle norme vigenti.

Ogni operatore e professionista è valutato nel rispetto delle disposizioni di legge e regolamentari, degli indirizzi regionali in tema di valutazione, e del regolamento aziendale di valutazione cui si fa rinvio.

I sistemi di valutazione sono disciplinati attraverso i regolamenti attuativi, concernenti la valutazione annuale di cui al D. Lgs 150/2009 e la valutazione tecnica e professionale. Gli stessi regolamenti esplicitano le modalità di partecipazione del valutato al processo di valutazione.

ART. 58 Forniture di beni e servizi e contratti

Per forniture di beni e servizi di importo superiore alla soglia comunitaria, si applicano le norme comunitarie e statali di recepimento. Per gli acquisti sottosoglia si applicano le norme in vigore; in questo ambito gli acquisti in economia sono disciplinati da apposito regolamento.

Il regolamento per gli acquisti in economia individua il valore soglia per le forniture per le quali si può procedere con acquisti in economia, e stabilisce criteri in relazione a:

- modalità per il ricorso alle spese in economia e ambiti applicabili,
- procedure applicabili e applicate, e motivazioni che hanno portato alla scelta del fornitore,
- formalizzazione del procedimento e reportistica,
- controlli e procedure in caso di inadempienza parziale o totale del fornitore,
- rinnovi e proroghe.

I contratti per le spese in economia sono conclusi nel momento in cui si è raggiunto l'accordo con il contraente; per gli stessi è necessaria la forma scritta, che può realizzarsi anche con scambio di corrispondenza e trasmissione di ordinativi, secondo gli usi in commercio.

Con riferimento al sistema degli acquisti, l'azienda impronta la propria azione ai principi generali della trasparenza e della massima concorrenzialità, con la costante applicazione dei criteri di economicità, di efficacia e di efficienza, e assicura il positivo rapporto costi/benefici.

Per le forniture di beni e servizi gli operatori e i dirigenti della azienda garantiscono, nel rispetto delle norme applicabili:

- attività di programmazione degli acquisti di beni, servizi e lavoro, con azioni e strategie efficaci e rivolte a conseguire sensibili e dimostrabili economie nella gestione;
- ricorso alle convenzioni Consip e al Mercato Elettronico, in particolare laddove obiettive ragioni di convenienza prevalgono su specifiche esigenze dell'azienda;
- adesione alle convenzioni stipulate dal CAT;
- espletamento di gare aggregate per le tipologie di beni e servizi che presentano un sufficiente grado di standardizzazione da poter soddisfare esigenze comuni e di carattere generale;
- ricorso a sistemi integrati di acquisizione con altre aziende sanitarie tramite unioni d'acquisto o altre forme di aggregazione della domanda;
- utilizzo di moderni strumenti tecnologici collegati al e-commerce.

La programmazione delle forniture e dei servizi è sviluppata su base triennale ed è aggiornata e adeguata di anno in anno, sia per dare conto delle variazioni nelle esigenze, sia per valutare i bisogni prevedibili nel nuovo triennio, sulla base dei contratti di fornitura in essere e di quelli da stipulare sulla base della programmazione del triennio precedente.

La programmazione delle forniture e dei relativi approvvigionamenti si esprime in sintonia con la programmazione sanitaria annuale e triennale, e in coerenza con il sistema budgetario.

Sono escluse dalla programmazione le forniture di beni, servizi e lavori classificate come acquisti da eseguirsi in economia, o a carattere di urgenza, che sono oggetto di contrattazione secondo le modalità e i criteri riportati nel regolamento per gli acquisti in economia.

ART. 59 Negoziazione e controllo prestazioni sanitarie e sociosanitarie

In base all'art. 8 della LR 10/2006, comma 1, le ASL definiscono gli accordi con le strutture pubbliche ed equiparate e stipulano contratti con quelle private e con i professionisti accreditati, tenuto conto dei piani annuali preventivi e nell'ambito dei livelli di spesa stabiliti dalla programmazione regionale, assicurando trasparenza, informazione e correttezza dei procedimenti decisionali.

La Giunta regionale definisce appositi indirizzi per la formulazione dei programmi di attività delle strutture interessate alla stipula di accordi e contratti e predispone uno schema-tipo degli stessi.

Tali accordi e contratti sono finalizzati ad assicurare i livelli essenziali di assistenza in rapporto a prestazioni e servizi che la ASL non eroga direttamente, o che necessitano di essere integrati con il ricorso a strutture terze.

In questo ambito la negoziazione delle prestazioni con erogatori pubblici e privati accreditati e il sistema dei controlli rappresentano strumenti fondamentali per la razionalizzazione delle spese.

Con la negoziazione la ASL 7 si pone l'obiettivo prioritario di migliorare l'appropriatezza delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie rese in risposta ai bisogni di salute, allocando le risorse di cui dispone al livello più appropriato di assistenza, e favorendo il potenziamento di modalità di assistenza alternative al ricovero.

Presupposto indispensabile per il raggiungimento degli obiettivi della negoziazione è la capacità di conoscere e interpretare non solo la domanda espressa, ma anche quella inespressa, oltre che conoscere le potenzialità di offerta presenti nel proprio territorio.

In relazione agli acquisti di prestazioni sanitarie e sociosanitarie, le unità operative competenti della azienda predispongono piani di controllo in cui si individuano aree con criticità, si indicano soluzioni per potenziare efficacia, tempestività e continuità delle azioni di controllo, si propongono azioni per migliorare appropriatezza e corretto accesso alle strutture e alle prestazioni.

Il sistema dei controlli è prioritariamente rivolto a: rispetto delle condizioni contrattate con gli erogatori, accreditamento, consumo dei farmaci, e protesica.

Sia la negoziazione, sia il sistema dei controlli, implicano la collaborazione delle strutture e delle professionalità, interne ed esterne alla azienda, coinvolte nella valutazione e qualificazione dei bisogni, dei sistemi di risposta, del monitoraggio e del controllo, e sono supportati da valutazioni statistiche ed epidemiologiche relative al territorio di competenza.

ART. 60 Integrazione e cooperazione e macroaree

Per l'art. 16, comma 3 della LR 10/2006: "La Regione persegue l'unitarietà, l'uniformità e il coordinamento delle funzioni del servizio sanitario regionale, promuove l'integrazione e la cooperazione fra le aziende sanitarie e favorisce il coordinamento a livello regionale delle politiche del personale e delle politiche finalizzate all'acquisto, anche attraverso aziende capofila, di beni e servizi e allo sviluppo dell'innovazione tecnologica e del sistema informativo sanitario regionale".

In questa previsione l'azienda ricerca opportune sinergie con tutti i soggetti che operano nel SSR, e assume, come metodo di lavoro, l'analisi, il controllo e la riorganizzazione delle attività anche attraverso aggregazioni e integrazioni interaziendali, in vista del conseguimento di obiettivi di salute correlati alla compatibilità finanziaria.

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

- recepire e istituire strutture interaziendali;
- recepire e istituire dipartimenti interaziendali, mediante aggregazione di strutture delle aziende interessate;
- delegare ad altre aziende attività che non è conveniente sviluppare autonomamente, ad esempio, per mancanza di specifiche professionalità, o per la necessità di realizzare economie di scala.

L'orientamento alla collaborazione interaziendale implica la possibilità di configurare strutture organizzative, secondo forme e modalità che coinvolgono più aziende del SSR; inoltre, queste forme e modalità saranno privilegiate quando:

- il processo svolto su base aziendale non offre sufficienti garanzie di risultato;
- il costo su base aziendale risulta non sostenibile per la scala dimensionale;
- il processo svolto su base aziendale non risponde ai principi del SSR (non assicura i LEA in base alle necessità della popolazione residente, o di parte di essa, non garantisce universalità ed equità, ecc.).

In questo contesto ha particolare rilievo la LR 3/2009 con l'obiettivo della costituzione di macroaree, per la gestione comune di funzioni, processi e attività amministrative.

Per assicurare l'operatività di un sistema basato su macroaree che svolgono compiti comuni a più aziende, le funzioni attribuite alle articolazioni della azienda possono essere modulate o integrate, ove ci sia la necessità, con atti di organizzazione, funzionali alle esigenze di coordinamento con i costituenti nuovi organismi, e ai nuovi compiti e ruoli eventualmente attribuiti alle aziende del servizio sanitario regionale.

ART. 61 Forme e modalità di integrazione e cooperazione

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

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

Una delle forme di aggregazione e cooperazione è costituita dal dipartimento interaziendale, che aggrega strutture complesse e semplici appartenenti ad aziende diverse. Per realizzare questa tipologia devono sussistere le condizioni previste dalle norme e dagli indirizzi della RAS.

La collaborazione tra aziende del servizio sanitario può essere realizzata con la forma del Consorzio, o di società partecipata; questa soluzione è, anzi, preferibile quando processi e attività:

- possono essere esercitati meglio su base interaziendale per le medesime considerazioni riportate nell'articolo precedente;
- presuppongono scambi rilevanti con soggetti terzi, tanto da far preferire una forma tecnica, giuridica ed economica più adatta alla costituzione e gestione dei rapporti conseguenti;
- hanno sufficiente consistenza e giustificano i costi di realizzazione e gestione del Consorzio o di una distinta organizzazione societaria.

Per gli aspetti organizzativi conseguenti a integrazione e cooperazione tra aziende del servizio sanitario, si fa riferimento alle disposizioni contenute nel Titolo V del presente atto, in quanto applicabili.

ART. 62 Cooperazione con altri enti e organismi

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

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

Per il conseguimento dello scopo, e in vista anche della possibilità di perseguire i LEA con maggiore efficienza ed efficacia, le funzioni attribuite alle articolazioni della azienda possono essere modulate o integrate, ove ci sia la necessità, con atti di organizzazione, sulla base di esigenze di coordinamento con gli enti citati, e con altri operanti nella sorveglianza e nella tutela.

ART. 63 Soggetti privati e terzo settore

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

In questa prospettiva, e per favorire l'apertura del sistema sanitario pubblico a forme di collaborazione con soggetti privati, vantaggiose per gli utenti e per il sistema, la ASL 7 promuove:

- nuove soluzioni gestionali che consentano maggiore flessibilità, e siano funzionali al soddisfacimento dei bisogni degli utenti, e allo sviluppo e alla implementazione dell'offerta di assistenza;
- sperimentazioni gestionali e organizzative al fine di ricercare più efficienti modelli di governo della spesa sanitaria.

Le nuove soluzioni gestionali possono riguardare anche i rapporti con i soggetti erogatori privati, mediante i contratti di cui all'art. 8-quinquies del D. Lgs. 502/1992 e all'art. 8 della LR 10/2006.

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

- i servizi che possono essere erogati dai soggetti accreditati;
- l'apporto delle professionalità di cui si avvalgono i soggetti erogatori, alle attività istituzionali dell'azienda, nelle forme consentite dalle norme e dai CCNL;
- l'apporto delle professionalità delle aziende sanitarie alle attività del soggetto erogatore privato accreditato.

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

Analogo spirito di collaborazione, con la ricerca di strumenti adeguati di valorizzazione dei rapporti e delle potenzialità per la salute, caratterizza le relazioni della azienda con il terzo settore.

Il terzo settore rappresenta per la ASL di Carbonia un importante riferimento per il raggiungimento di obiettivi rilevanti per il SSR, ed è un interlocutore privilegiato in quanto costituito dal complesso di soggetti che concorrono e partecipano in modo competente e complementare alla gestione dei servizi e degli interventi per la salute.

L'azienda sviluppa, di conseguenza, relazioni con formazioni sociali del terzo settore, secondo direttrici mirate a favorire lo sviluppo del servizio sanitario; in particolare, si relaziona con le diverse componenti del terzo settore (Cooperazione sociale, Organismi di volontariato, Associazioni di promozione sociale, ecc.), tenendo conto dei ruoli e delle funzioni da queste svolte nel SSR, e delle rispettive competenze ed esperienze nell'ambito dei servizi sanitari e sociosanitari.

ART. 64 Relazioni sindacali

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

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

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

Pertanto l'azienda favorisce la partecipazione del personale, attraverso le rappresentanze sindacali, per affrontare le diverse problematiche di gestione, per valutare le condizioni di lavoro, e per migliorare quantitativamente e qualitativamente l'offerta dei servizi e delle prestazioni.

Per le modalità di consultazione delle organizzazioni sindacali e per la contrattazione si rinvia alle disposizioni di legge e contrattuali; alla delegazione di parte pubblica della azienda non possono partecipare i dipendenti aziendali accreditati come componenti della delegazione di parte sindacale.

ART. 65 Dotazione organica e piano occupazionale pluriennale

La dotazione organica esplicita l'esigenza di personale necessario per garantire la funzionalità a regime dell'organizzazione aziendale, individuando le professionalità necessarie per presidiare le funzioni, le attività e le competenze che risultano dalla configurazione organizzativa riportata nella seconda parte dell'atto aziendale.

L'individuazione delle professionalità risponde al principio di specializzazione, ed è determinata, soprattutto per la dirigenza, tenendo conto dei titoli di specializzazione previsti dall'ordinamento, per lo svolgimento delle diverse funzioni, attività e competenze.

La dotazione organica, da svilupparsi nell'ambito dei tetti economici determinati dalla RAS, tiene conto dei seguenti elementi:

- degli standard previsti dalla regolamentazione sull'accreditamento;
- del dimensionamento prospettico delle attività;

- dei rapporti di collaborazione tra le aziende (mediante l'utilizzo comune di risorse professionali), dei processi di esternalizzazione dei servizi e del programmato ricorso a soggetti erogatori esterni.

Nella determinazione della dotazione organica hanno particolare rilievo:

- la prevista riduzione complessiva della capacità ricettiva ospedaliera e del tasso di ospedalizzazione,
- il processo di riordino della rete ospedaliera, con il superamento delle duplicazioni di specialità non giustificate dal bacino di riferimento, e con l'accorpamento funzionale delle risorse non mediche per i reparti con dotazioni al di sotto di soglie minime di convenienza economica,
- lo sviluppo di soluzioni interaziendali con riferimento alle attività amministrative.

Con la dotazione organica l'azienda determina le risorse professionali necessarie per assicurare i LEA, nel rispetto dei vincoli di compatibilità con il finanziamento regionale globale e articolato per livelli assistenziali.

Ai fini della compatibilità per livello assistenziale, si fa riferimento a tutti i costi aziendali imputabili al livello, che comprendono sia i costi diretti, sia quelli indiretti, tra cui le quote attribuite al livello assistenziale per il costo del personale dello staff e del personale dell'area amministrativa.

La dotazione organica si attua attraverso il Piano occupazionale pluriennale in cui si esplicitano:

- la revisione dell'attuale dotazione organica per effetto sia della revisione organizzativa contenuta nel presente atto, sia della programmazione del livello qualitativo e quantitativo delle attività;
- la valutazione economica della revisione della dotazione organica;
- le modalità di transizione dall'attuale dotazione a quella futura, anche mediante la gestione del turnover.