



ASLSanluri

Atto Aziendale

Aver cura della salute è educare a fare le cose che occorrono e dissuadere dal fare quelle che nuocciono; perseguire altri scopi, è aprire una spirale di bisogni crescenti, mai completamente soddisfatti, creare apparenze e non curare.

L'atto aziendale stabilisce regole e riferimenti certi per i programmi futuri della ASL6, tenendo conto, contemporaneamente, di questi principi e dei bisogni dei cittadini, per definire scelte e soluzioni operative per l'assistenza compatibili con le necessità di oggi, e con quelle prevedibili di domani.

Il miglior sistema sanitario, tuttavia, è un sistema modesto, irrazionale, costoso, poco efficace, se coloro cui è rivolto ne hanno una visione incerta per le logiche, le finalità, il funzionamento, le reali opportunità e convenienze, e per ciò che implica il curare.

In aggiunta alle regole, alla loro conoscenza, e ad una formazione degli operatori mirata, l'educazione e gli stili di vita sono prioritari in rapporto alla salute, per conoscere ciò che rileva, per evitare abusi e tutto quanto può, senza ragione utile, portare a nuove e pericolose malattie, o dipendenze.

In una visione positiva di progresso e crescita per il Medio-Campidano, piace condividere l'augurio che l'atto aziendale sia il punto di partenza di un percorso di rinnovamento, necessario e non procrastinabile, da costruire insieme a operatori, cittadini e istituzioni, e secondo ragione ed evidenza. La meta di questo percorso sarà, per tutti i portatori di interesse, un'azienda sanitaria moderna e aperta, che opera con equità e umanità, e si rende credibile con i fatti, non con le parole.

*Marco Sulcis
Luciano Oppo
Savina Ortu*

Atto Aziendale

LR 28/07/2006 n. 10, ART. 9

Atto Aziendale	II
INDICE	II
TITOLO 1 PREAMBOLO	2
<i>Art. 1 - Oggetto</i>	2
<i>Art. 2 – Natura e contenuti</i>	2
<i>Art. 3 – Principi e priorità</i>	3
<i>Art. 4 – Modifiche e attuazione</i>	4
<i>Art. 5 – Azienda, sede, territorio, logo e patrimonio</i>	5
TITOLO 2 VALORI, PRINCIPI, PRIORITÀ	7
<i>Art. 6 - Missione e visione</i>	7
<i>Art. 7 - Tutela e produzione</i>	8
<i>Art. 8 – Integrazione e presa in carico</i>	9
<i>Art. 9 - Governo clinico ed economico</i>	10
<i>Art. 10 - Coinvolgimento responsabile</i>	10
<i>Art. 11 - Partecipazione degli operatori</i>	12
<i>Art. 12 - Corporate governance</i>	12
<i>Art. 13 - Valorizzazione della azienda</i>	13
TITOLO 3 CRITERI di ORGANIZZAZIONE	14
<i>Art. 14 - Strutture organizzative</i>	14
<i>Art. 15 - Processi e strutture</i>	15
<i>Art. 16 - Strutture complesse</i>	15
<i>Art. 17 - Strutture semplici</i>	15
<i>Art. 18 - Programmi e Progetti</i>	16
<i>Art. 19 - Dipartimenti</i>	17
<i>Art. 20 - Modello dipartimentale</i>	17
<i>Art. 21 - Distretti</i>	18
<i>Art. 22 - Contesto organizzativo del distretto</i>	20
<i>Art. 23 - Presidio ospedaliero</i>	20
TITOLO 4 CONFIGURAZIONE ORGANIZZATIVA	22
<i>Art. 24 - Generalità</i>	22
<i>Art. 25 - Macroaree</i>	22
<i>Art. 26 - Direzione generale</i>	23
<i>Art. 27 - Area territoriale-distrettuale</i>	25

<i>Art. 28 - Area della prevenzione</i>	28
<i>Art. 29 - Area ospedaliera</i>	32
<i>Art. 30 - Area amministrativa e delle attività di supporto</i>	34
<i>Art. 31 - Flessibilità</i>	35
TITOLO 5 ORGANI AZIENDALI e DIREZIONE	37
<i>Art. 32 - Direttore Generale</i>	37
<i>Art. 33 - Collegio sindacale</i>	38
<i>Art. 34 - Direzione</i>	39
<i>Art. 35 - Direttore sanitario</i>	39
<i>Art. 36 - Direttore amministrativo</i>	40
TITOLO 6 FUNZIONAMENTO e GOVERNO	41
<i>Art. 37 - Governo aziendale</i>	41
<i>Art. 38 - Ruolo della direzione generale</i>	41
<i>Art. 39 - Collegio di direzione</i>	42
<i>Art. 40 - Consiglio delle professioni sanitarie</i>	43
<i>Art. 41 - Direttore dei servizi socio-sanitari</i>	44
<i>Art. 42 - Direttore servizio di assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni tecnico-sanitarie</i>	45
<i>Art. 43 - Direttore di dipartimento e comitato</i>	45
<i>Art. 44 - Direttore del distretto, Ucad, Comitato</i>	47
<i>Art. 45 - Direttore del presidio</i>	49
TITOLO 7 INTEGRAZIONE ORIZZONTALE	50
<i>Art. 46 - Collaborazione interaziendale</i>	50
<i>Art. 47 - Sorveglianza e tutela</i>	50
<i>Art. 48 - Dipartimenti interaziendali</i>	51
<i>Art. 49 - Consorzi</i>	51
<i>Art. 50 - Collaborazioni con soggetti privati</i>	51
<i>Art. 51 - Sperimentazioni gestionali ed organizzative</i>	52
<i>Art. 52 - Altre relazioni</i>	53
TITOLO 8 GESTIONE della AZIENDA	54
<i>Art. 53 - Deleghe</i>	54
<i>Art. 54 - Atti di indirizzo e atti di gestione</i>	54
<i>Art. 55 - Pubblicità e trasparenza</i>	55
<i>Art. 56 - Incarichi</i>	55
<i>Art. 57 - Programmazione e budget</i>	56
<i>Art. 58 - Valutazione</i>	57
<i>Art. 59 - Sistema premiante</i>	58
<i>Art. 60 - Comunicazione e informazione</i>	58

<i>Art. 61 - Relazioni sindacali</i>	<i>59</i>
<i>Art. 62 - Contratti</i>	<i>59</i>
<i>Art. 63 - Contabilità e bilancio</i>	<i>60</i>
TITOLO 9 REGOLE ATTUATIVE	61
<i>Art. 64 - Entrata in vigore</i>	<i>61</i>
<i>Art. 65 - Regolamenti attuativi</i>	<i>61</i>

L'atto aziendale è il documento con cui le ASL definiscono organizzazione e funzionamento delle proprie strutture, ma è soprattutto il luogo in cui missione e visione strategica assumono il rilievo formale necessario per indirizzare le scelte di politica sanitaria, e per orientare le opportunità di salute per i cittadini.

Potrebbe sembrare pleonastico assegnare all'atto aziendale questo ruolo, essendo la tutela della salute un diritto stabilito dalla Costituzione; tuttavia, perchè il dettato costituzionale non sia un mero enunciato, occorrono principi e regole per stabilire come, con quali modalità, con quali possibilità e quali risorse questo diritto può essere, di fatto, esercitato.

In questa prospettiva l'atto aziendale deve proporsi come uno strumento partecipato, dinamico e aperto per affrontare e gestire i complessi rapporti che derivano da bisogni sanitari e sociosanitari in continua evoluzione; per realizzare queste finalità la ASL6 ha previsto specifiche disposizioni e profili, tra cui, in particolare:

- l'attivazione dell'Ufficio di Pubblica Tutela, dell'URP e dei Punti Unificati di Accesso ai servizi alla persona (articoli. 7, 10, 21 e 26);
- l'informazione e comunicazione al cittadino, anche attraverso la pubblicazione nel sito internet delle informazioni sui servizi disponibili e delle modalità di accesso agli stessi (articoli 21, 26 e 60);
- la trasparenza dell'azione amministrativa, e la semplificazione delle procedure per una migliore e più puntuale fruibilità dei servizi socio-sanitari (articoli. 4, 5 e 55).

Nell'atto aziendale della ASL6 il principio della partecipazione è esteso agli operatori, e troverà momenti di particolare rilevanza nella formazione dei regolamenti attuativi, con cui si dovranno disciplinare nei dettagli attività, processi e rapporti tra le diverse parti della azienda.

TITOLO 1

PREAMBOLO

Art. 1 - Oggetto

1. Per la LR 10/2006 (LR 10) organizzazione e funzionamento delle aziende sanitarie 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".
2. In ottemperanza alle disposizioni richiamate, il presente documento, da qui in poi indicato con la sigla AA, rappresenta l'atto aziendale della Azienda Sanitaria Locale n. 6 di Sanluri.
3. L'AA delinea gli assetti organizzativi e le relazioni della azienda al proprio interno, nei rapporti con le altre aziende, e in quelli con la RAS e gli altri enti e soggetti operanti nel sistema.
4. In relazione a questo fine, valori, principi e priorità, stabiliti da SSN, da SSR e da norme e provvedimenti attuativi, implicano elementi da valorizzare, obiettivi da assumere, azioni da sviluppare; l'AA nel promuoverne contenuti e percorsi, tiene conto:
 - del PSN e del PRSS,
 - del territorio di appartenenza,
 - dei bisogni di assistenza,
 - di soluzioni idonee per rispondere ai bisogni,
 - di priorità espresse nelle sedi sovraordinate.
5. PSN, PRSS, territorio, bisogni e priorità sottolineano che organizzazione e funzionamento, attribuzioni di responsabilità e strumenti di governo si configurano in armonia con il complesso sistema di relazioni che caratterizza la sanità, e in base ai legami tra questa, il contesto di riferimento della azienda, e la realtà socioeconomica regionale.

Art. 2 – Natura e contenuti

1. L'AA è atto di diritto privato; è predisposto ed adottato nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dalla RAS, ha rilevanti implicazioni interne ed esterne, e informa i soggetti con i quali l'azienda interagisce, sulla sua organizzazione e funzionamento.
2. A tal fine l'AA riserva particolare attenzione a:
 - a. competenze e poteri degli organi aziendali,
 - b. assetti organizzativi e articolazioni di governo,
 - c. relazioni con le altre aziende sanitarie e con gli altri soggetti operanti nel sistema.

3. Contenuti e disposizioni dell'AA sono vincolati per alcune tematiche, per altre, invece, prevale l'autonomia delle aziende; questa deve esplicitarsi, tuttavia, nel rispetto dei criteri e principi stabiliti dalle norme. L'AA:
- A. specifica le regole per l'articolazione organizzativa, e individua le strutture soggette a rendicontazione analitica, dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale, e le principali relazioni tra queste strutture;
 - B. prevede il regime dei poteri decisionali e gestionali attribuiti ai responsabili delle strutture, in rapporto alle competenze, responsabilità e funzioni delle stesse;
 - C. disciplina l'organizzazione della azienda secondo il modello dipartimentale, in coerenza con l'art. 17 bis del D. Lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni;
 - D. definisce competenze e responsabilità dei responsabili delle articolazioni aziendali, per i riflessi interni, e per quelli esterni;
 - E. prevede il rinvio a regolamenti attuativi per disciplinare nei dettagli le più significative tematiche organizzative e di funzionamento, e i principali meccanismi di coordinamento.

Art. 3 – Principi e priorità

1. Per quanto indicato e richiesto specificamente dall'articolo 9 comma 4° della LR 10, l'AA:
 - A. afferma valori, principi e priorità sui quali si ispirano organizzazione e funzionamento, tra cui quelli previsti dall'art. 9 comma 4°, lettere a, b, c, i;
 - B. individua criteri e strumenti caratterizzanti l'organizzazione, in sintonia con l'art. 9 comma 4°, lettere c, f, i, g, m;
 - C. individua criteri e strumenti per il funzionamento, tra cui quelli previsti dall'art. 9 comma 4°, lettere d, e, h;
 - D. disciplina le relazioni con gli altri soggetti che operano nel SSR, in una prospettiva di integrazione di attività e compiti, e tenendo conto dell'art. 9, comma 4°, lettera l.
2. 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 dipartimentali secondo modelli prefigurati, e con l'affidamento di queste a soggetti con adeguata autonomia gestionale e decisionale, e corrispondenti livelli di responsabilità.
3. L'AA concentra, di conseguenza, l'attenzione sul modello dipartimentale e sul distretto, e sulle modalità 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, quali riferimenti per il governo e per le strategie aziendali.
4. L'AA tiene conto dei principi della responsabilizzazione diffusa, del decentramento, del rispetto dei ruoli, e delle chiare relazioni organizzative; si deve, pertanto, leggere, interpretare ed applicare secondo criteri e prospettive coerenti.

Art. 4 – Modifiche e attuazione

1. L'AA è adottato, o modificato con le modalità previste dall'articolo 9 comma 3 della LR 10.
2. Per esplicitare la sua funzione, salvo il rimborso delle spese sostenute allo scopo, l'AA è messo a disposizione e portato a conoscenza di chiunque interessato. L'AA, e gli eventuali documenti a corredo, sono, inoltre, resi accessibili e scaricabili attraverso il sito aziendale.
3. L'AA rinvia a regolamenti attuativi la disciplina di argomenti, temi e dettagli che sono necessari per l'attuazione dei principi in esso contenuti. I regolamenti attuativi, di organizzazione, previsti dall'AA sono indicati nella successiva tabella; ricorrendo la necessità e l'opportunità, potranno essere disciplinati con regolamento ulteriori aspetti o materie nel rispetto dei principi contenuti nel presente atto.

RIF.	Titolo
A	Organi aziendali e direzione
B	Direzione aziendale e staff
C	Area delle attività amministrative e di supporto
D	Area della prevenzione
E	Area ospedaliera
F	Area territoriale-distrettuale
G	Organismi collegiali
H	Valutazione delle risorse umane
I	Acquisti di beni e servizi
L	Contabilità

Regolamenti attuativi

4. I regolamenti sono distinti da una lettera di riferimento che individua un'area o tema, ciascuna area è articolata in sezioni; le sezioni disciplinano gruppi significativi di attività e processi, come, ad esempio, quelli riconducibili ad un dipartimento. Le sezioni individuano e disciplinano, altresì, articolazioni organizzative non contenute nel presente atto in conformità a quanto stabilito dagli indirizzi.
5. Ogni sezione, se approvata, può regolare in modo autonomo le materie in essa contenute e disciplinate.
6. L'articolo 65 fornisce la tempistica per l'adozione dei regolamenti, e disciplina la transizione tra regolamenti vigenti e regolamenti da adottare.

Art. 5 – Azienda, sede, territorio, logo e patrimonio

1. L'Azienda Sanitaria Locale n. 6 di Sanluri, richiamata dall'art. 2 lettera f) della LR 10, d'ora in poi indicata con le espressioni "azienda" o "ASL6", è costituita con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale nell'ambito del Servizio Sanitario della Regione Autonoma della Sardegna (RAS).
2. L'azienda è ente senza scopo di lucro, la cui azione si ispira alla efficacia delle prestazioni, alla qualità dei servizi erogati e all'efficiente utilizzo delle risorse.
3. La ASL6 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, e ai sensi della LG n. 241/90.
4. La sede legale è in Sanluri, con indirizzo via Ungaretti, 9; 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.
5. L'ambito territoriale è quello della Provincia del Medio Campidano, e comprende i seguenti 28 Comuni: Arbus, Barumini, Collinas, Furti, Genuri, Gesturi, Gonnosfanadiga, Guspini, Las Plassas, Lunamatrona, Pabillonis, Pauli Arborei, Samassi, San Gavino, Sanluri, Sardara, Segariu, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villacidro, Villamar, Villanovaforru, Villanovafranca.
6. 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.
7. In conformità agli indirizzi della RAS, il logo identificativo della azienda è individuato apponendo al logo del SSR, unico per l'intero servizio, il nome della azienda. Il logo ufficiale è il seguente:



8. Il patrimonio è costituito da tutti i beni materiali ed immateriali, mobili ed immobili che risultano dal libro dei cespiti; fermi restando i vincoli di legge, l'ASL6 dispone del proprio patrimonio secondo le norme del codice civile.

9. Per raggiungere gli scopi istituzionali, l'azienda può svolgere qualunque attività consentita dalle norme e accendere debiti con le modalità previste dalle leggi.
10. La ASL6 può avvalersi di beni di terzi in locazione, leasing o comodato d'uso, effettuare o concedere lo sfruttamento di brevetti, marchi e invenzioni industriali attinenti la funzione e l'oggetto dell'attività aziendale, e realizzare accordi di carattere tecnico o commerciale con soggetti terzi nelle forme consentite.

TITOLO 2

VALORI, PRINCIPI, PRIORITÀ

Art. 6 - Missione e visione

1. Nel territorio di competenza, la ASL6 garantisce la tutela della salute dei cittadini, in accordo alle disposizioni e ai programmi nazionali e regionali, e secondo gli indirizzi della Conferenza Provinciale di cui all'art. 15 della LR 10, rendendo equamente accessibile ed omogenea l'offerta dei servizi e delle prestazioni di assistenza.
2. La missione si esplicita nel soddisfare bisogni e aspettative di salute, direttamente o tramite l'acquisto di prestazioni e servizi, assicurando i livelli essenziali di assistenza, erogando le prestazioni integrative stabilite dalla RAS e i servizi socioassistenziali delegati dagli enti locali, con universalità ed equità nell'accesso, appropriatezza e tempestività delle cure, rispetto della dignità umana, e garanzie di sicurezza. In particolare in merito ai più importanti aspetti del rapporto tra sanità aziendale e diritti delle persone, l'AA realizza azioni mirate a:
 - a. La tutela del diritto alla salute e benessere del cittadino anche attraverso l'attivazione dell'Ufficio di pubblica tutela, dell'Ufficio di Relazione con il Pubblico e dei Punti unificati d'accesso ai servizi alla persona, a garanzia della presa in carico globale della persona in condizioni di bisogno e della continuità nell'assistenza (artt. 7, 10, 21 e 26);
 - b. La costante informazione e la comunicazione al cittadino, anche attraverso la tempestiva pubblicazione nel sito internet di tutte le informazioni sui servizi disponibili e delle modalità di accesso agli stessi (artt. 21, 26, e 60);
 - c. La trasparenza dell'azione, anche attraverso la pubblicazione nel sito internet degli atti assunti, delle attività svolte e dei risultati ottenuti, nonché la semplificazione delle procedure anche via internet e tramite le nuove tecnologie di comunicazione, per una migliore e più puntuale fruibilità dei servizi socio-sanitari (att.4, 5 e 55).
3. L'azienda promuove la ricerca di nuove modalità di offerta di servizi, coerenti con l'evolversi dei bisogni e della cultura della salute, con il progresso delle conoscenze scientifiche e tecniche in campo medico, e favorisce lo spirito di collaborazione in luogo della mera competizione.
4. Nella visione strategica hanno rilievo:
 - A. Il concetto del "prendersi cura" del cittadino utente, finalizzato alla tutela globale e alla promozione della salute, in modo articolato e complesso e in tutte le fasi della vita umana.

- B. La qualificazione e il senso di appartenenza degli operatori, dipendenti e convenzionati, attraverso la formazione continua, la collaborazione professionale, l'integrazione e la partecipazione responsabile.
 - C. Le collaborazioni con i fornitori e con il privato accreditato in vista del miglioramento qualitativo e quantitativo dell'offerta.
 - D. L'attuazione dei percorsi per l'accreditamento secondo quanto stabilito dalla RAS.
 - E. Le integrazioni, le alleanze e le sinergie con le altre aziende sanitarie regionali ed i servizi sociali degli enti locali, nonché con gli altri portatori di interesse, finalizzate alla costruzione di un sistema a rete, e al miglioramento dei servizi e delle prestazioni.
 - F. La partecipazione responsabile dei cittadini-utenti, e la loro attiva e positiva interazione, anche attraverso le loro organizzazioni e associazioni, con i professionisti della azienda.
 - G. Il decentramento finalizzato ad accrescere il grado di integrazione e di raccordo dell'intero sistema, e a valorizzare le interdipendenze professionali e operative essenziali ai percorsi sanitari.
 - H. La promozione della salute a monte dei percorsi di cura orientati al recupero della salute lesa, attraverso la ricerca, la realizzazione e attivazione di Percorsi di Orientamento alla Salute.
5. Le strategie, che si rapportano alla visione, richiedono una specifica menzione dei principi e valori in relazione ai quali la ASL6 orienta la cultura aziendale, e individua i riferimenti per l'organizzazione e il funzionamento, per l'operatività e per la gestione:
- a. la separazione dei ruoli e il coordinamento delle due missioni, di tutela e di produzione/erogazione;
 - b. l'integrazione e la presa in carico;
 - c. il collegamento tra le due dimensioni del governo aziendale, quella clinica e quella economica;
 - d. il coinvolgimento responsabile in base a quanto indicato dall'art. 9, comma 4, lettera a) della LR 10;
 - e. l'esercizio da parte della RAS della corporate governance nei confronti delle aziende operanti nel SSR;
 - f. la valorizzazione delle aziende prevista dalla lettera b) del medesimo articolo e comma.

Art. 7 - Tutela e produzione

- 1. Nell'ambito di un sistema sanitario non regolato dalle logiche di mercato, il coordinamento di funzioni di tutela e di produzione, è condizione indispensabile per allocare le risorse secondo i bisogni di assistenza. Ciò implica che prestazioni e servizi, acquistati o prodotti, 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.
2. Tutela, e relative funzioni di domanda o committenza, sono attribuite o delegate, di conseguenza, a strutture aziendali diverse da quelle di produzione, e la loro commistione si limita a situazioni in cui la separazione dei ruoli non è convenientemente praticabile.
 3. A garanzia del cittadino-utente e del servizio, organizzazione e funzionamento della ASL6 si basano su elementi idonei allo sviluppo di rapporti di interazione e scambio tra soggetti che interpretano i bisogni, traducendoli in domanda di servizi e prestazioni, e soggetti produttori.
 4. Tenendo conto di questi obiettivi, delle risorse disponibili, e dei sistemi di remunerazione, l'azienda motiva i propri operatori e dimensiona l'offerta in base ai bisogni e alle effettive necessità degli utenti; a tale fine, si avvale del sistema budgetario di cui all'art. 28, comma 3, della LR 10, e lo indirizza in modo coerente e compatibile.

Art. 8 – Integrazione e presa in carico

1. Per la lettera c del 4° comma dell'articolo 9 della LR 10, l'AA garantisce "... un assetto organizzativo delle ASL che tenga conto del necessario stretto collegamento tra assistenza ospedaliera e assistenza territoriale, nonché della indispensabile integrazione tra assistenza sociale e assistenza sanitaria, prevedendo in particolare l'articolazione in distretti e la compresenza in essi di uno o più presidi ospedalieri".
2. L'integrazione implica che organizzazione e funzionamento siano adeguati alla continuità dei percorsi di assistenza e cura; in questa prospettiva la ASL6 assume la presa in carico come valore strategico, e come obiettivo prioritario da perseguire, a partire dalle disposizioni del presente atto.
3. La presa in carico è condizione per integrare gli interventi, e per correlare l'insieme dei processi assistenziali necessari; la presa in carico implica la razionalizzazione nella accessibilità ai servizi, e la realizzazione di percorsi senza soluzione di continuità, in cui gli utenti sono orientati e guidati secondo i propri bisogni assistenziali e lo stato di salute.
4. La ASL6 promuove e valorizza tutte le soluzioni in grado di assicurare la continuità dei percorsi di cura, e, soprattutto, privilegia, con iniziative e progetti compatibili, la mobilità delle risorse nella rete, piuttosto che la mobilità degli utenti.

Art. 9 - Governo clinico ed economico

1. Il governo complessivo della azienda implica l'interazione, e relativa compatibilità, tra dimensione clinica e dimensione economica, e si attua perseguendo i Lea in termini qualitativi e quantitativi, nel rispetto dell'equilibrio economico.
2. Il governo clinico ha come principali obiettivi il miglioramento della pratica clinica e dell'assistenza sanitaria, e la valutazione della qualità di quanto realmente fornito. I suoi elementi sono indicativamente: efficacia e appropriatezza, linee guida, audit clinico, formazione permanente, gestione del rischio, trasparenza, trasparenza, qualità tecnica, qualità percepita, verificabilità dei risultati, integrazione professionale e continuità dei percorsi assistenziali.
3. Il governo economico ha come presupposti la sostenibilità finanziaria, e l'equilibrio tra valore dei risultati conseguiti e sacrifici sostenuti in termini di risorse utilizzate.
4. Nella ASL6 governo economico e governo clinico si sviluppano secondo criteri articolati e capillari, elaborati e integrati a livello di direzione generale, e relativo staff, e di tutte le strutture complesse e semplici, con soluzioni basate sulla gestione budgetaria, e sulla responsabilizzazione dei dirigenti e delle risorse umane.
5. Attraverso l'attribuzione di specifiche responsabilità gestionali alla componente professionale, e la sua partecipazione all'elaborazione delle strategie aziendali tramite il collegio di direzione, la ASL6 promuove soluzioni idonee a garantire, in particolare:
 - l'appropriatezza clinica ed organizzativa e la qualità tecnica erogata e percepita delle prestazioni fornite;
 - l'accessibilità ai servizi e la continuità assistenziale.
6. In relazione al governo economico l'azienda ricerca percorsi rivolti a favorire, garantire e monitorare:
 - l'equilibrio tra finanziamenti assegnati e i LEA;
 - l'equilibrio tra costi di produzione ed erogazione dei servizi e sistemi di remunerazione.

Art. 10 - Coinvolgimento responsabile

1. Il coinvolgimento responsabile dei cittadini, degli operatori e degli utenti, dei soggetti accreditati, nelle questioni concernenti la salute, in quanto diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, rappresenta un tema centrale nelle strategie aziendali, e riguarda diversi aspetti e profili: i principi ispiratori del sistema sanitario, la programmazione dell'assistenza, il monitoraggio dei processi, la verifica sistematica dei servizi offerti e del loro gradimento.
2. I profili collegati che interessano operatori interni e professionisti convenzionati sono disciplinati nel successivo articolo 11, quelli relativi ai soggetti accreditati sono richiamati nell'articolo 50.

3. Per quanto riguarda i cittadini e gli utenti, il coinvolgimento comprende soluzioni orientate al feedback, e rivolte a trasformazioni partecipate e condivise dei processi assistenziali, fino a soluzioni di vera e propria garanzia del diritto alla tutela della salute, e delle modalità del suo esercizio.
4. L'azienda promuove consultazioni con le persone, e con le loro associazioni, e, in particolare, con gli organismi di volontariato e di tutela dei diritti, al fine di:
 - a. migliorare la qualità percepita,
 - b. assicurare controlli di qualità, specie con riferimento ai percorsi di accesso ai servizi;
 - c. promuovere la sperimentazione e l'utilizzo di indicatori di qualità condivisi dall'utenza;
 - d. sperimentare modalità di raccolta e di analisi dei "segnali di disservizio";
 - e. raccogliere indicazioni, rilievi e proposte per il miglioramento dell'offerta.
5. Per perseguire tali obiettivi, l'azienda garantisce il costante impegno da parte di ogni articolazione aziendale, e l'impiego di strumenti previsti allo scopo, tra questi: la Carta Servizi, l'URP, l'Ufficio di Pubblica Tutela (UPT) di cui all'art. 4 comma 2 lettera a) della LR 10.
6. Per rafforzare il valore strategico del coinvolgimento responsabile dei cittadini e degli utenti, l'azienda:
 - a. valorizza il ruolo di partecipazione nelle funzioni di programmazione e di elaborazione dei PLUS, mediante una continua e puntuale informazione;
 - b. attiva un ampio e costante ricorso a forme di coinvolgimento nei processi di valutazione delle attività, con la costituzione di gruppi di lavoro o di tavoli tecnici di consultazione;
 - c. valuta, nel rispetto delle leggi, le esperienze nella attivazione di forme di partecipazione degli utenti, quali elementi di preferenza per l'attribuzione di incarichi dirigenziali;
 - d. attribuisce alla valorizzazione della partecipazione degli utenti, specifici obiettivi, modulati secondo le caratteristiche del centro di responsabilità coinvolto e del suo ruolo;
 - e. promuove iniziative specifiche di formazione e di aggiornamento del personale adibito al contatto con il pubblico, da realizzare anche con il concorso e la collaborazione delle rappresentanze professionali e sindacali;
 - f. organizza una Conferenza di consultazione almeno una volta l'anno, come momento di verifica e proposta per i diversi portatori d'interesse del territorio di competenza.
7. L'azienda, infine, si fa parte diligente affinché il privato accreditato, con cui intrattiene rapporti e convenzioni, promuova forme di partecipazione dei cittadini e degli utilizzatori, riguardanti l'accessibilità ai servizi e la verifica delle attività svolte.

Art. 11 - Partecipazione degli operatori

1. Nell'ambito del coinvolgimento responsabile indicato dalla LR 10, la ASL6 promuove e crea le condizioni per una partecipazione ampia e diffusa degli operatori nei processi e nelle decisioni aziendali.
2. La partecipazione capillare degli operatori è funzionale, non solo al governo clinico, ma anche all'insieme articolato di processi e attività che riguardano l'utenza, e, in senso lato, il funzionamento del sistema e la sua capacità di perseguire gli obiettivi.
3. Da un punto di vista formale la partecipazione trova espressione in riferimento a specifici profili, come gli organi di cui al Titolo 6 dell'AA:
 - a. Collegio di direzione,
 - b. Comitati di dipartimento,
 - c. Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali,
 - d. Consiglio delle professioni sanitarie.
4. 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.
5. Le informazioni riguardano gli obiettivi e le strategie aziendali, la conoscenza dei piani, delle azioni e delle scelte che hanno rilevanza per il sistema sanitario locale e regionale, e, in genere, per l'ambito di operatività della ASL6.
6. L'azienda, inoltre, sviluppa all'interno e tra le articolazioni aziendali, reti di comunicazione finalizzate ad accrescere la partecipazione degli operatori, a migliorare la qualità delle prestazioni, e a favorire l'interazione e l'ascolto.

Art. 12 - Corporate governance

1. Ai sensi dell'art. 16 della LR 10, la RAS sviluppa nei confronti delle aziende sanitarie regionali, tramite l'Assessorato all'igiene e sanità e l'Agenzia regionale per la sanità, la funzione di corporate governance.
2. La corporate governance si manifesta indirizzando le attività, assegnando risorse per il conseguimento di specifici risultati, verificando il raggiungimento degli obiettivi stabiliti, e controllando la gestione delle aziende sanitarie regionali.
3. La ASL6, nella formulazione della programmazione aziendale, assume come riferimenti gli obiettivi di salute stabiliti nei piani regionali, le strategie, gli indirizzi ed i vincoli definiti dalla RAS; per l'esercizio della funzione di corporate governance, in particolare e per quanto di competenza, partecipa:
 - 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;

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

Art. 13 - Valorizzazione della azienda

1. Per l'art. 9 comma 4, lettera b) della LR 10, la ASL6 è elemento costitutivo e strumento operativo del SSR, nel cui ambito coopera per realizzare gli obiettivi in esso contenuti, e si attiva per valorizzare il proprio ruolo, fornendo risposte e contributi, in relazione:
 - A. ai processi di programmazione sanitaria,
 - B. alla costruzione e funzionamento della rete regionale dei servizi.
2. La partecipazione al sistema implica un insieme di doveri verso la RAS e le altre aziende, 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 ed utenti.
3. Le risorse delle aziende sono, allo scopo, considerate funzionali allo sviluppo globale del SSR; così, ad esempio, l'emergenza-urgenza, le funzioni organizzate secondo il modello hub & spoke, i trapianti. Nel contesto, e reciprocamente, le competenze e professionalità di natura sanitaria e non, di cui si avvale la ASL6, sono a disposizione del SSR.
4. L'azienda attua in un'ottica di gruppo le politiche regionali in tema di formazione e aggiornamento del personale, di attività di ricerca e innovazione, di informazione e comunicazione per i cittadini, di facilitazione nell'accesso ai servizi, di individuazione di strumenti e soluzioni per il governo clinico, ecc.
5. In relazione a quanto sopra, organizzazione e funzionamento della azienda si conformano alle esigenze e necessità conseguenti, e potranno essere oggetto, occorrendo, di modifiche opportune e compatibili, da attuarsi con le modalità previste dalla LR 10.

TITOLO 3

CRITERI di ORGANIZZAZIONE

Art. 14 - Strutture organizzative

1. Una struttura organizzativa è una articolazione aziendale in cui sono aggregate competenze professionali e risorse umane, tecnologiche e strutturali, per l'esercizio di definite attività di amministrazione, programmazione, committenza e produzione, collegate a processi sanitari, oppure a questi strumentali o di supporto.
2. Nella ASL6 le strutture organizzative, o unità operative, si caratterizzano per valenza strategica e per complessità; valenza strategica e complessità sono le caratteristiche che concorrono alla individuazione di posizioni con responsabilità di coordinamento, di organizzazione e di gestione delle professionalità e delle risorse aggregate.
3. Per la complessità hanno rilievo:
 - a. consistenza e qualità delle risorse professionali,
 - b. dimensione e sofisticazione del sistema tecnico,
 - c. costi di produzione.
4. Per la valenza strategica hanno rilievo:
 - a. interfaccia con istituzioni o organismi esterni,
 - b. volume delle risorse,
 - c. rilevanza dei problemi,
 - d. livello di intersettorialità.
5. In relazione alla intensità assunta dalla complessità e dalla valenza strategica, ed alla ampiezza degli ambiti di autonomia e responsabilità attribuiti, le strutture possono essere "graduate": quelle semplici, che sono di norma parte di strutture complesse, possono costituire, ad esempio, articolazioni del dipartimento o del distretto; eccezionalmente le strutture semplici possono configurarsi come strutture semplici a valenza dipartimentale, pur non essendo articolazioni del dipartimento, in tale caso sono denominate strutture semplici aziendali.
6. L'AA definisce le strutture organizzative complesse e quelle semplici dipartimentali ed aziendali, mentre rinvia ai regolamenti l'individuazione delle strutture semplici che sono parte delle strutture complesse. Costituiscono eccezione a tale regola le strutture semplici previste all'interno della struttura complessa distretto, individuate nell'atto aziendale al solo fine di definire l'organizzazione delle attività nei singoli distretti.

Art. 15 - Processi e strutture

1. L'azienda individua nei processi di competenza, e nel miglioramento qualitativo degli output di processo, il cardine della propria articolazione organizzativa.
2. A tal fine, assumendo l'utente finale come punto di partenza, e la risposta ai suoi bisogni di salute quale percorso, si individuano:
 - a. la sequenza delle attività necessarie,
 - b. i rapporti tra clienti e fornitori interni ed esterni,
 - c. le articolazioni organizzative di riferimento per le attività e i rapporti di cui ai punti precedenti,
 - d. le matrici delle relazioni tra le articolazioni coinvolte.
3. Le articolazioni organizzative si giustificano se si correlano ad aggregazioni di attività rivolte al prodotto/servizio e al suo fruitore, mentre i livelli di responsabilità si graduano in rapporto alle fasi di processo presidiate, e alla natura e complessità dei relativi output.

Art. 16 - Strutture complesse

1. Sono complesse le articolazioni che:
 - a. svolgono processi che mobilitano risorse significative, per quantità e qualità, in settori di attività o ambiti riconoscibili, individuati come prioritari dalla programmazione regionale o locale, o che si basano su conoscenze e competenze relative a discipline riconosciute;
 - b. esercitano attività rilevanti a supporto della direzione generale, in genere per il conseguimento di obiettivi prioritari connessi con la pianificazione e con lo sviluppo e la crescita aziendale;
 - c. coordinano processi professionali ad elevata complessità ed integrazione, anche trasversalmente a diverse strutture dell'azienda.
2. I responsabili di struttura complessa, pur essendo interdipendenti, mantengono la loro autonomia operativa. Ad essi competono le attività e i processi derivanti dalle specifiche competenze professionali, e la direzione e organizzazione della struttura affidata.
3. 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. 17 - Strutture semplici

1. Sono semplici le articolazioni che:
 - a. assicurano attività riconducibili a processi o fasi chiaramente individuabili tra quelli della struttura complessa di riferimento;

- b. si caratterizzano in base ad elementi di significativo valore economico, per le tecnologie e per le risorse umane gestite.
2. Le strutture semplici comportano responsabilità nella gestione di risorse umane, e tecniche necessarie allo svolgimento delle attività di competenza, e si configurano, di norma, come articolazioni di struttura complessa, di dipartimento o distretto.
 3. Le strutture semplici possono essere istituite quando, congiuntamente:
 - a. sono presenti gli elementi che le giustificano, tra cui rilevanza dei processi presidiati e di risorse professionali utilizzate, organizzazione autonoma,
 - b. le attività richiedono personale dedicato, risorse proprie e gestione separata con relativa responsabilità.
 4. Le strutture semplici si graduano in base alla circostanza che siano articolazioni di livelli organizzativi quali il dipartimento o il distretto, ovvero che siano articolazioni di strutture complesse aggregate al dipartimento o al distretto.
 5. Nel primo caso la struttura semplice è qualificata come dipartimentale o distrettuale, mantiene la sua autonomia organizzativa e operativa nell'ambito della struttura di appartenenza, con, eventualmente, la responsabilità di risorse finanziarie.
 6. I dirigenti con incarico di direzione delle strutture semplici dipartimentali o distrettuali, sono responsabili dell'efficiente ed efficace gestione delle risorse attribuite, dei risultati conseguiti, nonché, in ambito assistenziale, della appropriatezza degli interventi clinici erogati.

Art. 18 - Programmi e Progetti

1. Per migliorare efficienza ed efficacia delle soluzioni organizzative, oppure per garantire unitarietà ai processi, o per qualificare le risposte assistenziali, l'azienda può individuare competenze e responsabilità trasversali attraverso i Programmi e i Progetti.
2. Obiettivo del Programma, o del Progetto, è assicurare unitarietà di programmazione, organizzazione e valutazione per processi in aree di particolare complessità, o per percorsi assistenziali, che richiedono il contributo coordinato ed integrato di competenze e professionalità riferibili ad articolazioni organizzative diverse.
3. Programmi e Progetti integrano e rendono funzionali attività svolte da differenti unità operative, anche a livello intraaziendale, e possono essere articolati in sottoprogrammi, o sottoprogetti, in base a specifiche esigenze organizzative ed assistenziali.
4. La responsabilità del Programma, o del Progetto, è affidata a figure di coordinamento di elevata competenza professionale, che sono valutati in relazione alla qualità tecnica dei risultati conseguiti o fatti conseguire.
5. La durata dei Programmi e Progetti è limitata nel tempo, in genere più lunga per i primi che non per i secondi; il Programma o il Progetto ha termine una volta raggiunto l'obiettivo, o venute meno le ragioni per le quali è stato attivato.
6. I singoli Programmi e Progetti confluiscono nella programmazione aziendale di cui all'articolo 57 dell'AA, e non configurano forme di sovraordinazione gerarchica o funzionale.

Art. 19 - Dipartimenti

1. Per l'articolo 9 comma 4, lettera f della LR 10, "il dipartimento rappresenta il modello ordinario di gestione operativa, a livello aziendale o interaziendale, di tutte le attività delle aziende"; per l'articolo 17, comma 1 della LR 10 è, insieme al distretto, l'elemento cardine dell'organizzazione delle aziende sanitarie.
2. I dipartimenti svolgono attività finalizzate a garantire l'offerta di assistenza sanitaria, in relazione:
 - A. al rilievo nel SSR dei processi di competenza,
 - B. al ruolo di tali processi in rapporto alle politiche sanitarie, al PRSS e al PSN,
 - C. alla capacità di rispondere alla domanda di salute espressa per il tramite dei distretti, e delle altre strutture che svolgono compiti di committenza.
3. Il dipartimento è struttura di coordinamento delle strutture aggregate e di direzione delle risorse assegnate, in relazione allo svolgimento di processi complessi, e, più specificamente, di orientamento, consulenza e supervisione, di governo unitario dell'offerta e delle risorse in relazione all'area disciplinare di appartenenza.
4. Secondo la tipologia, il dipartimento è costituito da articolazioni aziendali che svolgono processi comuni, simili o affini per i profili tecnici e disciplinari; questi processi si caratterizzano per omogeneità, o complementarietà o affinità delle attività, oppure sono rivolti al conseguimento di un comune risultato.
5. L'AA prevede, oltre ai dipartimenti strutturali di cui all'articolo 9 comma 4 lettera f della LR 10, anche quelli funzionali finalizzati al coordinamento dello sviluppo organizzativo di strutture omologhe o complementari.
6. A tale fine i dipartimenti funzionali, che non sono dotati di risorse e budget dipartimentale, definiscono percorsi assistenziali, linee guida, protocolli comuni e/o integrati, per garantire la continuità assistenziale, le attività di supporto ai processi sanitari, la razionalizzazione nell'uso delle risorse, e il loro sviluppo.

Art. 20 - Modello dipartimentale

1. Il modello dipartimentale implica l'esigenza di:
 - A. attribuire le risorse al dipartimento piuttosto che alle singole strutture;
 - B. individuare le risorse utilizzate dalle singole strutture (ad esempio: beni strumentali, posti letto, ecc.) solo al fine di stabilire riferimenti per le attività di competenza;
 - C. attribuire gli organici ai dipartimenti, indicando le risorse umane destinate alle singole strutture;
 - D. precisare che le funzioni di responsabilità dei dirigenti delle strutture, sono esercitate secondo le linee guida adottate dal dipartimento, con piena autonomia in relazione alle discipline e specializzazioni coinvolte;

2. Nel dipartimento le strutture afferenti mantengono la loro autonomia e responsabilità, all'interno di un modello gestionale ed organizzativo comune, volto a fornire risposte unitarie, efficienti e globali alle richieste di prestazioni e servizi di utenti interni o esterni.
3. Le relazioni interne al dipartimento e quelle tra dipartimento e altre articolazioni aziendali si configurano secondo logiche "negoziali", con la formalizzazione, anche a fini budgetari, degli scambi tra le strutture, e delle loro modalità di svolgimento, qualità, tempi, e valore (prezzi di trasferimento).
4. All'interno del dipartimento il modello gestionale armonizza la gerarchia organizzativa, e l'autonomia correlata alla specifica disciplina e area di specializzazione delle strutture afferenti; ciò implica l'esigenza di definire sia le relazioni tra strutture, sia i protocolli e le regole procedurali, soprattutto per gli aspetti clinici, didattici, di ricerca, etici, medici, legali, giuridici, economici e finanziari.

Art. 21 - Distretti

1. L'art. 17 comma 1 della LR 10 stabilisce:

Le ASL assicurano i livelli essenziali di assistenza nel territorio istituendo ed organizzando i distretti e i dipartimenti territoriali i quali operano in maniera integrata con la rete ospedaliera, il dipartimento dell'emergenza-urgenza e con il sistema integrato dei servizi alla persona.
2. Ai commi 3 e 4 del medesimo articolo sono indicati i criteri e i principi di riferimento per conseguire quanto sopra:
 3. I distretti sociosanitari costituiscono l'articolazione territoriale dell'ASL e il luogo proprio dell'integrazione tra assistenza sanitaria e assistenza sociale; essi sono dotati di autonomia tecnico-gestionale, nell'ambito degli obiettivi posti dall'atto aziendale, economico-finanziaria, nell'ambito delle risorse assegnate e di contabilità separata all'interno del bilancio aziendale. In sede di verifica del raggiungimento degli obiettivi dell'attività dei direttori generali delle ASL, definiti ai sensi dell'articolo 16, la Giunta regionale assegna specifico rilievo alla funzionalità operativa dei distretti.
 4. I distretti concorrono a realizzare la collaborazione tra l'ASL ed i comuni e a favorire l'attuazione dei principi di cui all'articolo 1.
3. L'assistenza territoriale in base alla LR 10 presuppone non solo una articolazione strumentale specifica, il distretto, ma anche funzioni qualificate, e qualificanti, tra cui l'integrazione sociosanitaria, e l'interazione tra l'azienda e i Comuni.
4. L'art. 17 comma 5 della LR 10 individua funzioni specifiche e caratterizzanti; il distretto deve, assicurare, infatti:
 - a) il governo unitario globale della domanda di salute espressa dalla comunità locale;
 - b) la presa in carico del bisogno del cittadino, individuando i livelli appropriati di erogazione dei servizi;
 - c) la gestione integrata, sanitaria e sociale, dei servizi, anche collaborando alla predisposizione e realizzazione del PLUS;
 - d) l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali attivati dai medici di medicina generale, dai pediatri di libera scelta e dai servizi direttamente gestiti, per le competenze loro attribuite dalla programmazione regionale e locale;
 - e) la promozione, anche in collaborazione con il dipartimento di prevenzione, di iniziative di educazione sanitaria nonché di informazione agli utenti;

- f) la fruizione, attraverso i punti unici di accesso, dei servizi territoriali sanitari e sociosanitari, assicurando l'integrazione con i servizi sociali e con i servizi ospedalieri;
 - g) l'attuazione dei protocolli diagnostico terapeutici e riabilitativi adottati dall'azienda.
5. Le espressioni distrettuale e distretto possono essere riferite alla assistenza territoriale, o alla struttura organizzativa di riferimento. Ciò si evince fin dalle prime frasi con cui il PRSS apre il capitolo intestato "Distretto":
- L'assistenza sanitaria distrettuale comprende tutte le attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, erogate in regime domiciliare, ambulatoriale, diurno, semiresidenziale e residenziale.
- Il Distretto, dotato di autonomia tecnico gestionale ed economico-finanziaria nonché di adeguate risorse, è luogo di elezione per garantire l'integrazione sociosanitaria con particolare riferimento alle aree materno-infantile, disabilità, anziani, dipendenze, salute mentale, delle persone con HIV, con patologie cronico-degenerative e con patologie oncologiche.
6. Con riferimento ai compiti e alle attività del distretto il PRSS individua:
- il perseguimento degli obiettivi di salute così come definiti nei Plus,
 - il governo del rapporto tra domanda e offerta di servizi sanitari e sociali,
 - la garanzia e la tutela del cittadino, anche per il tramite dei PASS di cui all'art. 4 della LR 10, per quanto concerne l'informazione, l'orientamento, l'accesso ai servizi, la valutazione del bisogno, e la personalizzazione dell'assistenza,
 - la promozione del coinvolgimento dei cittadini, e delle organizzazioni che li rappresentano, nelle problematiche di salute.
7. Correlando le indicazioni della LR 10 con quelle del PRSS, e tenendo conto delle dimensioni aziendali e del contesto, si evincono due differenti momenti organizzativi: uno implica strategie e indirizzi unitari, l'altro richiede un sistema articolato su base territoriale.
8. L'azienda necessita di strategie e indirizzi unitari con riferimento al governo della domanda e dell'offerta di servizi e di prestazioni, e di un sistema articolato capace di dare risposte a bisogni puntuali dei cittadini, o a tipologie di bisogni, piuttosto che a bisogni generici.
9. Il momento unitario e quello articolato rappresentano gli estremi di un continuum dove, in posizione centrale, le due prospettive si correlano e interagiscono in modo da assicurare risposte coerenti con quanto stabilito dalla LR 10 e dal PRSS, e con le esigenze di un sistema di assistenza, imperniato sulla presa in carico globale del paziente.
10. Si prefigurano, in sostanza, due dimensioni organizzative intersecate a matrice: verticale, a presidio dei risultati e dei processi di servizio e fra servizi; orizzontale, a presidio della qualità assistenziale e professionale delle articolazioni operative.
11. In questo modello gli eventuali squilibri sono corretti e armonizzati attraverso funzioni di raccordo, basate sull'analisi dei fenomeni e sulla valutazione dei risultati.
12. L'ambito di operatività e la dimensione organizzativa della assistenza territoriale, si adeguano alle specifiche esigenze, con garanzia di risposte omogenee su tutto il territorio della azienda, ed evitando improprie frammentazioni nella distribuzione delle attività e dei processi.

Art. 22 - Contesto organizzativo del distretto

1. Il contesto organizzativo in cui si esplica l'assistenza territoriale individua la presenza di strutture di produzione e di strutture di committenza, in alcuni casi di strutture che svolgono entrambe le funzioni; queste strutture rappresentano articolazioni dell'area distrettuale della azienda, oppure strutture di altre macroaree, o di soggetti terzi.
2. Tra le strutture di produzione dell'area territoriale si distinguono quelle che hanno una precisa identità, accompagnata da autonomia tecnica e gestionale, e sono coordinate da un proprio responsabile; queste strutture hanno, di norma, elevati livelli di specializzazione, e sviluppano relazioni negoziali con le altre strutture, piuttosto che gerarchiche.
3. I distretti, come articolazioni organizzative, si relazionano con queste strutture (come il DSMD e il Servizio Farmaceutico, ecc), secondo logiche orizzontali, funzionali e negoziali, e quantificano i servizi, le prestazioni e relative modalità, che dovranno essere acquistate ed erogate agli utenti.
4. In questa dimensione è opportuno precisare che le strutture con autonomia tecnica e gestionale, costituiscono articolazioni della macroarea territoriale-distrettuale, non dei distretti intesi come strutture complesse; le stesse strutture si organizzano e cooperano, tuttavia, in funzione dei bisogni e della domanda espressa dai distretti, e in base ai suoi contenuti economici.
5. In ambito territoriale altre strutture di produzione presentano, invece, minore autonomia tecnica e gestionale, anche perchè è difficile distinguere i compiti veri e propri di produzione da quelli necessari alla qualificazione e quantificazione dei bisogni.
6. Queste aree di produzione si configurano in funzioni proprie e caratteristiche del distretto come struttura, e comprendono:
 - a. Medicina generale, Pediatria di libera scelta, Continuità assistenziale, Erogazione di prestazioni integrative e protesiche, Specialistica ambulatoriale;
 - b. Disabili e soggetti fragili.
7. Per evitare dispersioni di risorse, tenendo conto delle dimensioni territoriali, il coordinamento di queste funzioni, finalizzato ad assicurare uniformità, omogeneità e integrazione, è unificato, se necessario, a livello aziendale nell'ambito dello staff di direzione, e dovrà svolgersi nel rispetto delle competenze delle direzioni di distretto con riferimento a: risultati, risorse utilizzate e processi operativi adottati.

Art. 23 - Presidio ospedaliero

1. Il presidio ospedaliero è la struttura mediante la quale l'azienda assicura l'assistenza ospedaliera, l'assistenza specialistica ambulatoriale, e il pronto soccorso; garantisce, inoltre, l'accesso ai ricoveri ospedalieri, nei casi in cui non è possibile intervenire in ambito ambulatoriale e/o domiciliare.
2. Le attività connesse al presidio ospedaliero sono svolte attraverso unità operative di diagnosi, riabilitazione e cura, corrispondenti a quanto individuato nel PRSS.
3. Il presidio ospedaliero è dotato di autonomia economico finanziaria e gestionale, mediante l'attribuzione di uno specifico budget, che è de-

terminato tenendo conto dell'attività svolta. Il presidio ospedaliero ha evidenze contabili separate nell'ambito del sistema budgetario aziendale.

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

TITOLO 4

CONFIGURAZIONE ORGANIZZATIVA

Art. 24 - Generalità

1. La configurazione organizzativa, qui definita, concorre a razionalizzare attività e processi, in un'ottica di unitarietà di governo, di integrazione, e di presidio di volumi di produzione, attuali e prevedibili, evitandone, in particolare, la frammentazione.
2. Le articolazioni si basano su adeguati volumi di attività, e sono riferite a discipline e competenze rilevanti nella programmazione sanitaria, oppure correlate a servizi e prestazioni indispensabili per assicurare le condizioni minime di tutela e i LEA, oppure collegate agli obiettivi del PRSS. Per le strutture di degenza si ha riguardo, inoltre, ai posti letto, ai tassi di occupazione, e, eventualmente, alla mobilità passiva.
3. Nell'ambito della propria autonomia organizzativa, e nel rispetto di criteri, vincoli e prescrizioni della RAS, l'azienda configura i dipartimenti sulla base di percorsi logici che tengono conto dei richiami di cui alle lettere g, h, i del comma 4 dell'articolo 9 della LR 10:
 - g) l'individuazione dei servizi e delle strutture che devono essere aggregati in dipartimenti, nonché i motivi che giustificano la costituzione dei dipartimenti stessi, tenuto conto, a tal fine, delle dimensioni demografiche, territoriali ed economiche dell'azienda e in funzione degli obiettivi e delle strategie aziendali;
 - h) le condizioni che giustificano l'accorpamento, in capo ad un'unica figura, di più funzioni o l'individuazione di ulteriori responsabilità limitatamente ai servizi di nuova istituzione;
 - i) la valorizzazione della funzione di governo delle attività cliniche o governo clinico, comprensiva della collaborazione multiprofessionale e della responsabilizzazione e partecipazione degli operatori, in particolare in relazione ai principi di efficacia, appropriatezza ed efficienza.
4. I dipartimenti nella ASL6 sono individuati in coerenza, e sono funzionali ai bisogni assistenziali; per il soddisfacimento di tali bisogni sono correlati, inoltre, ad obiettivi, che sono motivo per la loro istituzione, quali: il miglioramento di processi, risultati, e relazioni all'interno e tra le strutture, e la razionalizzazione nell'utilizzo delle risorse.

Art. 25 - Macroaree

1. Correlando processi, attività e fasi, e articolazioni organizzative al loro presidio, le strutture aziendali di cui al Titolo 3 sono riconducibili ad una delle macroaree di seguito descritte; se le attività di competenza interessano più macroaree, il riferimento è dato dalle attività prevalenti.
2. Le macroaree si individuano in rapporto alle forme e modalità di erogazione dell'assistenza, alla tipologia dei processi produttivi ed alle attività gestionali necessarie per assicurare i livelli di assistenza e i compiti connessi alla missione aziendale.
3. Tenuto conto delle indicazioni del d. lgs. 502/1992, dei Lea, della LR 10 e del PRSS, processi, e relative attività, si raggruppano e si organizzano all'interno di articolazioni comprese nelle seguenti macroaree:

- a. territoriale-distrettuale, preposta all'organizzazione, produzione ed erogazione di prestazioni di assistenza a livello extraospedaliero;
 - b. ospedaliera, preposta all'organizzazione, produzione ed erogazione di prestazioni di assistenza a livello ospedaliero, e pronto soccorso;
 - c. prevenzione, preposta agli interventi per la tutela e per la prevenzione della salute individuale o collettiva;
 - d. tecnica, amministrativa, logistica e di supporto, preposta all'organizzazione e all'espletamento di attività dirette al funzionamento dell'azienda, strumentali ed accessorie a quelle sanitarie, al controllo, nonché alla fornitura e mantenimento delle risorse necessarie alle diverse attività;
4. La direzione generale, come insieme di risorse umane e strumentali con cui l'azienda persegue le proprie finalità e dirige le attività, si configura anch'essa come macroarea.
 5. La configurazione organizzativa con i dipartimenti, i distretti, i presidi soggetti a rendicontazione analitica e dotati di autonomia gestionale o tecnico-professionale, e le strutture complesse e semplici, dipartimentali o distrettuali, con cui la ASL6 persegue i propri obiettivi, è descritta in relazione a queste macroaree; le altre strutture semplici sono indicate nei regolamenti attuativi.
 6. Le macroaree, con le attività e i processi di competenza, rappresentano i riferimenti per gli assetti organizzativi, per il governo e il funzionamento della azienda, per le prestazioni da produrre ed erogare, per quelle da acquistare, per il controllo della loro qualità e appropriatezza, e per i budget.
 7. Come indicato dalla RAS la determinazione delle dotazioni organiche è rinviata ad atti separati, coordinati con appositi indirizzi regionali. La configurazione organizzativa dell'azienda non può, tuttavia, prescindere dagli adeguamenti delle dotazioni organiche, previsti e prevedibili, in relazione agli atti di programmazione della RAS, e della azienda, per i diversi livelli di assistenza e per il territorio di competenza.

Art. 26 - Direzione generale

1. L'area della direzione generale comprende lo staff, che, svolge, secondo gli indirizzi della RAS, i compiti propri di uno staff di direzione e le seguenti specifiche funzioni e attività:
 - Affari generali
 - Affari legali
 - Programmazione e controllo
 - Acquisto di prestazioni sanitarie (definizione fabbisogni di prestazioni da acquisire da soggetti accreditati, contrattazione, valutazione dei servizi acquisiti)
 - Relazioni esterne
 - Qualità e appropriatezza
 - Sviluppo organizzativo e valutazione del personale, dirigente e non
 - Formazione
 - Sistema informativo

- Technology assessment
 - Risk management
 - Servizio sociosanitario di cui all'art. 14 della LR 10/2006
 - Centro epidemiologico aziendale (CEA)
 - Adempimenti ex d. lgs. 626/94
 - Servizio aziendale di assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni tecnico-sanitarie.
2. Lo staff comprende, inoltre, le funzioni di coordinamento interdistrettuale con finalità strategiche e di indirizzo, relative a cure primarie, disabili e soggetti fragili, "..... con il compito di predisporre linee guida e protocolli e/o percorsi assistenziali, basati sulle evidenze cliniche, di definire i livelli qualitativi delle prestazioni, di verifica e standardizzazione della qualità dei servizi e delle prestazioni rese dalle unità operative distrettuali".
3. Per lo staff, in relazione allo svolgimento delle funzioni descritte, la ASL6 prevede le strutture complesse e le strutture semplici a valenza dipartimentale di cui alla successiva tabella:

N	C/S	Denominazione
1	C	Affari generali e legali
2	C	Programmazione e controllo
3	C	Sviluppo organizzativo e sistema informativo
4	S	Valorizzazione risorse umane, comunicazione, relazioni esterne
5	C	Servizio di assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni tecnico-sanitarie
6	C	Servizio sociosanitario art. 14 LR 10/06

Direzione generale – Strutture complesse (C) e semplici aziendali (S)

4. Le funzioni indicate dalla RAS, e quelle ulteriori richieste dalle strategie aziendali, per le quali l'AA non individua una struttura specifica, sono assegnate alle strutture dello staff con delibera, tenendo anche conto delle professionalità e competenze disponibili; l'accorpamento di funzioni può essere collegato, infatti, a specifici obiettivi e programmi, nonché al ruolo e alle caratteristiche delle strutture, e alle competenze e professionalità dei responsabili. In alternativa le funzioni necessarie possono essere affidate con incarichi professionali come previsto dalle norme.
5. Per quanto concerne il CEA e il technology assessment, l'azienda colloca il primo nell'ambito dello staff della direzione generale, e il secondo nell'area tecnica e logistica del dipartimento amministrativo.
6. L'ASL6 colloca la comunicazione nell'ambito dello staff di direzione, con le relazioni esterne e la valorizzazione delle risorse umane; tenuto conto del contesto, la scelta è coerente e adeguata al rilievo attribuito alla funzione, anche per la tutela del diritto del cittadino alla salute e al benessere, e in relazione ai profili contenuti nell'art. 4 comma 2 della LR 10.
7. In questa previsione la struttura relativa dovrà, tra l'altro, gestire l'URP, e relazionarsi con il responsabile dell'Ufficio di Pubblica Tutela (UPT), coordinando le risorse aziendali dedicate alla funzione; dovrà,

- inoltre, interagire con i responsabili dei PASS garantendo che le procedure attivate rispondano alle esigenze di cui alla norma citata.
8. Nell'ambito del Servizio Affari Generali e Legali, in aggiunta alle funzioni indicate dalla RAS, l'AA disciplina e razionalizza ulteriori funzioni e attività qualificate, non sempre in modo appropriato, come amministrative.
 9. Queste funzioni ed attività, svolte all'interno di strutture sanitarie (ad esempio: quelle necessarie al dipartimento di prevenzione, al dipartimento di salute mentale, al presidio ospedaliero e al distretto), rappresentano risposte ad esigenze ed incombenze, di natura non sanitaria, cui, per necessità, si provvede, talvolta, anche con personale sanitario.
 10. Tali attività e funzioni sono accorpate nella ASL6 all'interno del Servizio Affari generali e legali, al fine di: evitare frammentazioni, riqualificare le risorse umane, valorizzare le componenti professionali collegate alle discipline coinvolte, e avviare la razionalizzazione complessiva delle risorse disponibili.
 11. L'accorpamento investe anche funzioni e attività amministrative del presidio ospedaliero, per le quali gli indirizzi suggeriscono adeguamenti organizzativi e nuove relazioni con la direzione sanitaria, e comporta, inoltre, l'esigenza di tener conto degli assetti derivanti dalla creazione di una specifica struttura dedicata ai servizi tecnici e logistici.
 12. Si prevede, quindi, la trasformazione delle strutture preesistenti, nate dalla precedente normativa (direzione amministrativa di presidio, direzione amministrativa di distretto), e l'accorpamento di funzioni non sanitarie svolte all'interno di strutture sanitarie, in una unica struttura semplice del Servizio Affari generali e legali; questa struttura svolge le funzioni e le attività non sanitarie che interessano direttamente la produzione ed erogazione di servizi sanitari, e che non ricadono nelle competenze delle strutture amministrative centrali, o della logistica e delle attività di supporto.
 13. La predetta struttura sviluppa processi a supporto delle tre macroaree di assistenza e, ove occorre, dell'area amministrativa centrale, senza, tuttavia, costituirne il terminale periferico. In particolare assicura nei confronti delle direzioni di presidio, di distretto e di dipartimento, le prestazioni e i servizi burocratici e amministrativi occorrenti, dislocando presso le loro strutture risorse e professionalità necessarie, e concordando con i responsabili le modalità per il loro esercizio.
 14. Lo staff della direzione generale è diretto da un coordinatore; nel regolamento attuativo contrassegnato con la lettera B dell'art.4, punto 3, e con il titolo: "Direzione aziendale e staff", sono specificati requisiti e competenze necessarie per il ruolo, oltre alle regole ed ai criteri di funzionamento dello staff e delle strutture afferenti.

Art. 27 - Area territoriale-distrettuale

1. L'area territoriale-distrettuale è preposta alla organizzazione, produzione ed erogazione dell'assistenza sanitaria in ambito extraospedaliero, di prestazioni di primo intervento o di emergenza, di prestazioni di diagnosi, di cura e di riabilitazione in forma generica o specialistica, di tipo ambulatoriale, residenziale, semiresidenziale, domiciliare, o integrata con i servizi domiciliari, e di prestazioni sociosanitarie.
2. Oltre al coordinamento dei processi relativi ai bisogni assistenziali individuali extraospedalieri, l'area ha come compiti principali l'organizza-

zione e la razionalizzazione dei processi di continuità assistenziale, integrazione, presa in carico.

3. In base agli atti di programmazione sanitaria, l'assistenza distrettuale implica lo svolgimento delle seguenti attività e funzioni:
 - a. medicina di base, pediatria di libera scelta e continuità assistenziale;
 - b. emergenza sanitaria territoriale;
 - c. salute mentale;
 - d. assistenza farmaceutica;
 - e. attività e servizi di assistenza domiciliare;
 - f. assistenza specialistica ambulatoriale;
 - g. attività e servizi per la prevenzione e cura delle dipendenze;
 - h. attività e servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia, compresa l'assistenza alle disabilità fisiche e psichiche;
 - i. attività e servizi per le persone disabili adulte e anziane;
 - j. attività e servizi per le patologie da HIV;
 - k. attività e servizi per patologie croniche e assistenza ai pazienti nella fase terminale della vita;
 - l. medicina scolastica.
4. La struttura di riferimento e raccordo delle attività e processi assistenziali in area territoriale-distrettuale è il distretto; la ASL6 assicura le funzioni di competenza nei due distretti sociosanitari di Guspini e di Sanluri.
5. Il distretto di Guspini comprende, al momento della stesura di questo documento, il territorio dei seguenti comuni: Arbus, Gonnosfanadiga, Guspini, Pabillonis, San Gavino, Sardara, Villacidro.
6. Il distretto di Sanluri comprende, al momento della stesura di questo documento, il territorio dei seguenti comuni: Barumini, Collinas, Furtei, Genuri, Gesturi, Las Plassas, Lunamatrona, Pauli Arborei, Samassi, Sanluri, Segariu, Serramanna, Serrenti, Setzu, Siddi, Tuili, Turri, Ussaramanna, Villamar, Villanovaforru, Villanovafranca
7. Il distretto è punto centrale di committenza e integrazione anche quando non svolge direttamente la produzione dei servizi assistenziali.
8. La medicina di base, la pediatria di libera scelta, la continuità assistenziale, le attività e i servizi di assistenza domiciliare, l'assistenza specialistica ambulatoriale, le attività e i servizi per le persone disabili e per gli anziani, nonché per le patologie croniche e l'assistenza ai pazienti in fase terminale, e la medicina scolastica sono funzioni che rispondono direttamente al responsabile di distretto per i risultati raggiunti, per le risorse assegnate e per i processi operativi realizzati.
9. Ciascun distretto aziendale è articolato nelle seguenti strutture semplici assimilate a quelle semplici dipartimentali:

N	S	Denominazione
1	SD	Consultori, tutela della salute della donna, della infanzia, della famiglia
2	SD	Cure primarie
3	SD	Cure domiciliari, patologie croniche, non autosufficienza
4	SA	Emergenza sanitaria territoriale
5	SD	Neuropsichiatria infantile
6	SD	Riabilitazione e disabilità

Area territoriale-distrettuale – Strutture semplici distrettuali (SD) e semplici aziendali (SA)

10. Le strutture semplici elencate, costituiscono articolazioni di ciascun distretto; i responsabili di queste strutture rispondono ai direttori di distretto per le attività, per le risorse e per i budget, mentre il coordinamento delle stesse è assicurato attraverso i dipartimenti funzionali, se previsti, in alternativa è assicurato tramite lo staff di direzione, secondo i criteri indicati negli indirizzi della RAS.
11. Consultori, neuropsichiatria infantile e pediatri di libera scelta fanno parte del dipartimento funzionale “Materno Infantile”, insieme alle strutture ospedaliere di “Ostetricia e ginecologia” e “Pediatria – Neonatologia e nido”; il DMI, in collaborazione con il dipartimento di prevenzione, garantisce le attività vaccinali.
12. La struttura territoriale per l'emergenza sanitaria, struttura semplice aziendale alle dipendenze del direttore sanitario dell'azienda, è aggregata al distretto in quanto il DEU è organizzato come dipartimento funzionale.
13. Ancorché le attività di produzione diretta di prestazioni di riabilitazione siano contenute, i carichi di lavoro e le problematiche di gestione e controllo di attività di riabilitazione affidate all'esterno sono elevati. Con la concentrazione in una specifica struttura, insieme alle disabilità, si vogliono razionalizzare e coordinare i processi coinvolti e quelli collegati.
14. La riabilitazione territoriale fa parte, con la riabilitazione ospedaliera e la lungodegenza, del dipartimento funzionale di riabilitazione.
15. Nel regolamento attuativo contrassegnato con la lettera “F” è specificata l'attribuzione alle strutture indicate di attività e processi correlati alle funzioni di cui al precedente punto 4, in relazione alle competenze proprie del distretto, tra cui quelle elencate alle lettere a, b, e, f, h, i, j, k, l.
16. Per le attività amministrative e di supporto che occorrono per il funzionamento delle strutture dell'area territoriale-distrettuale, si rinvia all'articolo 26.
17. Le strutture che svolgono altre attività nell'area territoriale, senza costituire articolazioni del distretto, si raccordano con il direttore del distretto per gli aspetti organizzativi e funzionali; le attività coinvolte riguardano: Salute mentale e dipendenze, Assistenza farmaceutica, Diabetologia e Malattie Dismetaboliche. Si raccordano con il distretto, inoltre, le attività ospedaliere collegate a reti territoriali di assistenza, come ad esempio l'oncologia, e le attività di competenza dell'area della prevenzione.

18. Per la salute mentale è previsto un dipartimento strutturale, denominato “Dipartimento della salute mentale e dipendenze” (DSMD) articolato in due strutture complesse:
- a. CSM, struttura complessa per la tutela della salute mentale, con competenze generali, e specifiche legate alla organizzazione e gestione dei Centri per la Salute Mentale e delle altre strutture in cui sono erogati i trattamenti assistenziali, e la riabilitazione mentale per il recupero dei pazienti, o per il mantenimento di stati di equilibrio;
 - b. SerD, struttura complessa per l’assistenza e tutela correlate alle dipendenze, cui fanno capo i bisogni assistenziali connessi, e la gestione delle strutture in cui sono erogati i trattamenti.
19. Il Servizio Farmaceutico aziendale è costituito da una struttura complessa che ha in carico le attività di competenza nell’area territoriale. Il Servizio risponde alla direzione di distretto per i compiti relativi all’assistenza territoriale, e alla direzione sanitaria aziendale per gli aspetti gerarchici, per il coordinamento delle risorse e il loro uso, nonché per la definizione degli obiettivi e per i budget; il Servizio si coordina infine con la direzione sanitaria del presidio ospedaliero e con le strutture preposte per le funzioni di competenza dell’area ospedaliera.
20. Diabetologia e Malattie Dismetaboliche (DMD) è organizzata in struttura aziendale a valenza complessa, che risponde alla direzione sanitaria della azienda e si relaziona alle altre strutture, territoriali ed ospedaliere, per il coordinamento dei bisogni assistenziali di competenza; il dipartimento di medicina di cui al successivo articolo 29 fornisce le risorse per le attività di degenza, se necessarie. La diabetologia è struttura territoriale-distrettuale; la stessa necessita di adeguare i propri organici fino ad un rapporto con la popolazione allineato a valori, che devono tenere conto dei livelli di bisogno della popolazione, e della necessità di incrementare l’offerta qualificando i medici di base, e educando i cittadini alla salute per le patologie correlate.
21. Nel regolamento attuativo contrassegnato con la lettera “F”, sotto il titolo: “Area territoriale-distrettuale”, si specificano le strutture semplici in cui sono articolate le strutture complesse in precedenza indicate, le competenze e le professionalità richieste per le diverse posizioni, e il funzionamento complessivo dell’area.

Art. 28 - Area della prevenzione

1. L’area della prevenzione promuove le azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana ed animale, mediante iniziative coordinate con le altre aree e con i servizi competenti in materia di tutela dell’ambiente. A tal fine persegue obiettivi di promozione della salute, di prevenzione della malattia e della disabilità, di miglioramento della qualità della vita, anche attraverso la prevenzione primaria e secondaria, in base a quanto previsto dalle norme nazionali e regionali e dal PRSS.
2. L’area della prevenzione, in analogia alla classificazione nazionale dei Lea, per quanto previsto nel Piano dei Servizi Sanitari, e tenuto conto della collocazione in staff del CEA, comprende:
 - medicina legale

- progettazione e coordinamento delle iniziative di educazione sanitaria e di prevenzione rivolta alle persone, sviluppate con la collaborazione delle aree di assistenza distrettuale ed ospedaliera (art. 17, comma 5, lett. e);
 - integrazione salute e ambiente;
 - tutela della salute delle attività sportive.
3. E' compito del dipartimento, infine, favorire l'integrazione orizzontale con organismi ed enti quali l'ARPAS e gli Istituti Zooprofilattici, e con altre aziende per potenziare sorveglianza e tutela.
4. La configurazione organizzativa del dipartimento di prevenzione deve tenere conto dell'impianto formale e legale definito all'art. 7-quater, comma 2, del d. lgs. 502/92, e all'art. 17, comma 2, della LR 10; deve tenere conto, inoltre, degli indirizzi della RAS che prevedono il mantenimento delle funzioni di seguito indicate, nell'ambito di sei strutture corrispondenti:
- igiene e sanità pubblica;
 - igiene degli alimenti e della nutrizione;
 - prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro;
 - sanità animale;
 - igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
 - igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.
5. Gli stessi indirizzi prevedono la possibile istituzione di nuove strutture per l'espletamento delle ulteriori funzioni assegnate al dipartimento.
6. In una prospettiva non formale, ma di contenuto, in cui hanno rilievo i bisogni, la loro evoluzione nel tempo, e la capacità dell'azienda di dare risposte con efficienza ed efficacia, organizzazione e funzionamento del dipartimento di prevenzione devono essere ridisegnate e adeguate tenendo conto di queste esigenze:
- a. evitare la eccessiva parcellizzazione e frammentazione, con la costituzione di strutture molto piccole e dotate di risorse inconsistenti;
 - b. attivare una organizzazione più flessibile e meno rigida rispetto al passato, capace di aggredire le nuove problematiche con priorità modulate sulla loro incidenza sulla salute collettiva, e con metodiche adeguate alle attuali conoscenze dei fenomeni e delle relazioni causa-effetto;
 - c. creare, pur nel rispetto delle regole formali, i presupposti di un modello organizzativo il cui punto di forza è la capacità di coniugare le istanze nazionali ed internazionali in tema di prevenzione, con quelle locali; tra queste hanno significato: educazione alla salute, stili di vita, sicurezza alimentare per i prodotti locali e per quelli importati.
7. Considerato che la prevenzione evolve verso una tendenziale diminuzione dell'incidenza delle funzioni tradizionali rispetto alla totalità delle funzioni dipartimentali, e, soprattutto, richiede interventi multidisciplinari piuttosto che interventi basati su professionalità specifiche ed esclusive, appare opportuno:
- individuare le priorità e garantire operatività al loro esercizio,

- riequilibrare la dotazione delle risorse in base all'evoluzione dei bisogni assistenziali e alle nuove attività di competenza,
 - dimensionare gli organici, attuali e quelli che saranno assegnati dalla RAS, secondo una prospettiva dipartimentale e con un mix di professionalità adeguate ai nuovi compiti e ai rischi.
8. In questa prospettiva la ASL6 concentra l'attenzione sulle seguenti attività/funzioni:
- Sistemi informativi dipartimentali, banche dati e archivi informatizzati.
 - Promozione della qualità dei servizi.
 - Adempimenti per nuove attività produttive.
 - Pianificazione e valutazione di priorità per le attività secondo dati epidemiologici riferiti alle competenze del dipartimento.
 - Promozione, educazione e comunicazione per la salute.
 - Supporto, per le attività di competenza, alla trasformazione del tessuto produttivo nel medio campidano, e alla acquisizione di nuovi modelli culturali e conoscenze, compatibili con i rischi per la salute indotti da queste trasformazioni.
 - Attuazione, in concorso con le altre strutture aziendali, del piano nazionale di prevenzione (patologie cardiovascolari, complicanze da diabete, diagnosi precoce dei tumori, vaccinazioni, prevenzione incidenti, compresi quelli domestici).
9. Al fine di realizzare trasformazioni nell'ambito della prevenzione, coerenti con gli indirizzi espressi da organismi nazionali e internazionali, il dipartimento è oggetto di una riorganizzazione, che investe sia il presente atto, sia i programmi e le attività delle diverse articolazioni, mirata alla redistribuzione e al rafforzamento di funzioni di tipo trasversale, alla riqualificazione delle strutture secondo criteri multiprofessionali e multidisciplinari, alla individuazione di nuove articolazioni per compiti, attività e funzioni che non trovano adeguata collocazione nei servizi tradizionali.
10. Nel quadro evolutivo in corso, si dovrà prevedere una incisiva collaborazione multidisciplinare tra le figure professionali coinvolte; in questa prospettiva il regolamento del dipartimento dovrà disciplinare organizzazione e funzionamento, evitando di escludere categorie professionali che possono essere necessarie, oppure di orientare attività e processi in modo restrittivo, in base alle specializzazioni di determinate categorie professionali.
11. Per quanto concerne in particolare gli alimenti, il dipartimento ha il compito di garantire la sicurezza alimentare in una prospettiva, allineata agli indirizzi emergenti nella UE, che parte dai luoghi di acquisto o consumo, per risalire alle cause di pericolo, e integra le problematiche di sicurezza alimentare oltre i temi che sono oggetto delle competenze dei servizi tradizionali, e al di là dei nuovi confini di responsabilità per i produttori e i distributori.
12. La sicurezza alimentare implica una multidimensionalità di approccio che deve consentire di valutare e di ridurre i rischi lungo l'intera catena che porta alla utilizzazione dell'alimento; ciò richiede la capacità di intervenire in tutti i processi e le attività che sono a monte dei consumi, individuando le cause di pericolo, qualunque sia la loro natura.
13. Tra le nuove articolazioni, la Promozione, Educazione e Comunicazione per la Salute, assicura la progettazione e il coordinamento di iniziative

di promozione della salute e educazione sanitaria e di prevenzione rivolta alle persone, da sviluppare con la collaborazione delle aree di assistenza distrettuale ed ospedaliera, in relazione a:

- a. programmi di prevenzione secondaria, e screening oncologico;
 - b. promozione della salute e di sani stili di vita;
 - c. realizzazione e partecipazione a progetti nei diversi contesti di vita quotidiana, quali la scuola, il mondo del lavoro, i luoghi di cura, i punti vendita, i mass media, le piazze e i luoghi di aggregazione;
 - d. attuazione e supporto ad iniziative di comunicazione e sensibilizzazione sui temi della prevenzione e della promozione della salute.
14. Si tratta di struttura ad elevata complessità in quanto ha il mandato di organizzare la propria attività in forma integrata con le aree di assistenza distrettuale ed ospedaliera.
15. Tra le nuove articolazioni si prevede, inoltre, la struttura per l'integrazione ambiente e salute; mentre, per quanto concerne la riqualificazione, è previsto di adeguare la capacità di risposta del dipartimento, in relazione, soprattutto, alla prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, da realizzarsi con il rafforzamento della relativa struttura, e con l'acquisizione anche di competenze non sanitarie in una dimensione multidisciplinare e multiprofessionale.
16. Atteso che gli indirizzi prevedono per la ASL6, una articolazione del dipartimento di prevenzione con non più di quattro strutture complesse, tra cui una è riservata all'area medica e una all'area veterinaria, la terza è individuata nella struttura di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, in considerazione dell'importanza crescente dei bisogni collegati, e dell'adeguamento della dotazione di risorse previsto.
17. Nella prospettiva rappresentata, in cui sono state esposte le motivazioni per la modernizzazione della prevenzione, anche con soluzioni organizzative innovative, la ASL6 propone, inoltre, la nuova struttura per la Promozione, Educazione e Comunicazione per la Salute come complessa, considerandola strategica per un diverso e più razionale approccio in tema di prevenzione, con i cittadini che sono parti attive fin dall'infanzia.
18. Per l'esercizio delle attività e dei processi connessi alle competenze indicate, sono previste le seguenti strutture complesse e semplici dipartimentali:

N	C/S	Denominazione
1	C	Igiene e sanità pubblica
2	S	Igiene alimenti e nutrizione
3	S	Igiene alimenti origine animale e derivati
4	S	Igiene allevamenti e produzioni zootecniche
5	C	Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro
6	C	Sanità animale
7	C	Promozione, educazione e comunicazione per la salute
8	S	Ambiente e salute

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

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

Art. 29 - Area ospedaliera

1. L'area ospedaliera gestisce la produzione e l'erogazione delle prestazioni di ricovero a ciclo continuativo e/o diurno, nonché delle prestazioni specialistiche ambulatoriali organizzate ed integrate con le altre attività di assistenza sanitaria e sociosanitaria erogate nei distretti; l'area collabora e svolge attività di controllo in relazione alle prestazioni di competenza rese dal privato accreditato, e da altre aziende pubbliche fornitrici.
2. Oltre alle attività del pronto soccorso, competono all'area le attività per il coordinamento con gli ospedali regionali di alta specializzazione, in relazione alla attivazione e al funzionamento del modello hub and spoke, e alla formulazione di programmi ed iniziative conseguenti, e coerenti con la riqualificazione della rete ospedaliera e la razionalizzazione dell'offerta.
3. L'area ospedaliera, attraverso la direzione sanitaria del presidio, concorre con la direzione generale, e le altre strutture preposte, a rafforzare la dimensione applicativa e operativa del principio della separazione delle funzioni di tutela da quelle di produzione, assicurando il controllo e la valutazione:
 - dell'attività svolta in relazione alla accessibilità, alla qualità, alla appropriatezza;
 - dei volumi di offerta necessari per soddisfare i bisogni;
 - dell'impiego ottimale delle risorse assegnate, in rapporto alle necessità della popolazione.
4. Per l'esercizio dei processi e delle funzioni di competenza, l'area ospedaliera è articolata e organizzata con i criteri e i principi che sono di seguito indicati; per le modalità operative e il funzionamento si rinvia al regolamento attuativo, indicato con la lettera "E", avente come titolo: "Area ospedaliera".
5. Il presidio ospedaliero aziendale è ubicato a San Gavino Monreale; il presidio ha autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con rendicontazione e budget separati.
6. Come indicato negli indirizzi della RAS, i dipartimenti in area ospedaliera sono istituiti quando sussistono le condizioni che li giustificano, ed in presenza di almeno tre strutture, di cui almeno due complesse e una semplice dipartimentale. A loro volta le strutture complesse devono avere consistenza, per la rilevanza dei processi e/o per le risorse impiegate.
7. Nell'ospedale aziendale operano, oltre alla direzione di presidio di cui all'art. 45, il dipartimento di chirurgia, il dipartimento di medicina, il dipartimento dei servizi.
8. Di seguito si riportano le strutture complesse e semplici dipartimentali del dipartimento di chirurgia:

N	C/S	Denominazione
1	C	Anestesia e rianimazione
2	C	Chirurgia generale
3	S	Oculistica
4	C	Ortopedia e traumatologia
5	C	Ostetricia e ginecologia
6	S	Urologia
7	S	Diagnostica e terapia endoscopica

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

9. Le ulteriori discipline eventualmente necessarie per l'area sono o saranno attivate, tenendo conto delle loro caratteristiche, nell'ambito delle strutture complesse indicate, oppure daranno luogo allo sviluppo di soluzioni organizzative che possono non comportare la creazione di specifiche strutture.
10. Le strutture complesse e quelle semplici dipartimentali del dipartimento di medicina sono le seguenti:

N	C/S	Denominazione
1	C	Cardiologia e UTIC
2	C	Medicina generale e lungodegenza
3	C	Nefrologia e dialisi
4	S	Neurologia
5	C	Pediatria, neonatologia, nido
6	C	Riabilitazione
7	S	Oncologia

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

11. Il dipartimento di medicina ha una dimensione organizzativa che tiene conto delle discipline previste a regime dal PRSS; eventuali ulteriori discipline saranno attivate nell'ambito delle strutture indicate, o con altre soluzioni organizzative.
12. Il dipartimento dei servizi comprende le seguenti strutture complesse e semplici dipartimentali:

N	C/S	Denominazione
1	C	Radiologia
2	C	Laboratorio
3	C	Pronto Soccorso e osservazione breve
4	C	Centro trasfusionale
5	S	Farmacia

Dipartimento dei Servizi – Strutture complesse (C) e semplici dipartimentali (S)

13. Le articolazioni del dipartimento dei servizi rispondono al proprio responsabile per i contenuti disciplinari e professionali, e sono coordinate, per gli aspetti organizzativi e interdisciplinari, dal direttore del dipartimento. Per le prestazioni che interessano l'area territoriale-distrettuale il dipartimento dei servizi si relaziona con il distretto e con le altre strutture territoriali.
14. Nell'ambito del dipartimento dei servizi opera la farmacia ospedaliera; la stessa si coordina con il servizio farmaceutico aziendale, come indicato all'art.27. Nell'area ospedaliera operano, inoltre, strutture trasversali, descritte nell'area territoriale-distrettuale, oppure altre strutture aziendali con compiti amministrativi, tecnici e di supporto che si correlano con i dipartimenti ospedalieri secondo le necessità organizzative e operative.

Art. 30 - Area amministrativa e delle attività di supporto

1. L'area amministrativa e delle attività di supporto comprende le attività e funzioni riguardanti:
 - contabilità e bilancio
 - provveditorato
 - amministrazione del personale
 - logistica
 - servizi alberghieri (ove non esternalizzati) e/o monitoraggio di servizi di supporto esternalizzati
 - servizi generali (trasporti interni, portineria, vigilanza, ecc.)
 - servizi tecnici (manutenzione immobili e impianti, edilizia sanitaria, ingegneria clinica)
 - amministrazione del patrimonio.
2. Alcuni processi di competenza interessano l'azienda nel suo insieme, e attengono, di norma, ad attività come la contabilità e il bilancio, il provveditorato, e l'amministrazione del personale; altri si correlano strettamente ai processi sanitari, tanto da concorrere al conseguimento di specifici e individuati output, condizionandone la qualità e/o l'esito.
3. Questi due gruppi si organizzano all'interno delle seguenti aree: A) servizi amministrativi, e B) servizi tecnico-logistici; le aree dei servizi amministrativi e dei servizi tecnici e logistici sono organizzate nelle seguenti strutture complesse:
 - a. Contabilità e bilancio
 - b. Risorse umane
 - c. Provveditorato
 - d. Servizi tecnico-logistici.
4. La struttura di cui alla lettera d., Servizi tecnico-logistici, raccoglie, secondo i suggerimenti contenuti negli indirizzi, una molteplicità di funzioni sviluppatasi per necessità di varia natura e in modo episodico senza un disegno organico e strutturato; al suo interno sono individuate professionalità e competenze specifiche, correlate alla logistica e alle tecnologie, tra cui l'ingegneria clinica.
5. Le quattro strutture complesse dell'area amministrativa centrale e di quella tecnico-logistica, unitamente alla quinta struttura complessa de-

scritta, sono aggregate nel dipartimento amministrativo, come è indicato nella successiva tabella.

N	C/S	Denominazione
1	C	Contabilità e bilancio
2	C	Provveditorato
3	C	Risorse umane
4	C	Servizi tecnico-logistici (logistica, servizi alberghieri, monitoraggio di servizi di supporto esternalizzati, servizi generali, servizi tecnici, amministrazione del patrimonio)

Dipartimento amministrativo – Strutture complesse (C)

6. Il dipartimento per le attività amministrative e di supporto è di natura funzionale; per lo stesso dipartimento si prevede la gestione budgetaria e la rendicontazione analitica limitatamente alle attività strumentali e di supporto ai processi sanitari (escluso quindi le attività non direttamente coinvolte nella produzione ed erogazione dei servizi sanitari); non è prevista, invece, l'attivazione del comitato di dipartimento.
7. Nel regolamento attuativo contrassegnato con la lettera C, avente titolo: "Area delle attività amministrative e di supporto", sono esplicitate le strutture semplici in cui si articolano le strutture complesse, il funzionamento del dipartimento, le competenze e le professionalità richieste per la copertura degli incarichi.

Art. 31 - Flessibilità

1. Tenuto conto di compiti e dimensioni che caratterizzano la ASL6, la configurazione organizzativa adottata si basa sulla flessibilità, quale criterio per assicurare la rispondenza degli assetti alle esigenze assistenziali, evitando inefficienze, ridondanze, sprechi, soprattutto articolazioni che si basano su attività burocratiche, inutili o di non adeguato rilievo nella gestione dei processi.
2. Il criterio della flessibilità è proposto nel rispetto di norme, protocolli e indirizzi sperimentati e consolidati, e dovrà esplicitarsi con soluzioni e assetti organizzativi adattati e adattabili alle circostanze, e, soprattutto, alle necessità assistenziali. In forza di questo criterio, le strutture principali fungono da elemento di coordinamento e raccordo, ed evitano l'eccessiva frammentazione, quando la costituzione di specifiche strutture è di fatto limitata o impossibile.
3. In relazione al tema, si richiama l'art. 9, comma 4, lett. h), secondo il quale è possibile prevedere "le condizioni che giustificano l'accorpamento, in capo ad un'unica figura, di più funzioni". Queste condizioni assumono particolare rilievo con riferimento alla individuazione delle strutture complesse e semplici ospedaliere, e alla necessità che la specializzazione delle funzioni mediche non provochi fenomeni di parcellizzazione, con conseguenti problemi organizzativi e diseconomie di gestione.
4. Nelle circostanze opportune, inoltre, la individuazione di una struttura di riferimento potrà dare importanti contributi per il coordinamento di processi unitari o omogenei che interessano, ad esempio, i presidi di più aziende, oppure più distretti, oppure l'ospedale e il territorio, ovve-

ro programmi e progetti di rilievo per l'avvio di soluzioni innovative che possono interessare più aziende.

5. La flessibilità, come criterio generale, dovrà essere resa concreta in relazione all'utilizzo di risorse comuni a più strutture, individuando, anche in mancanza di dipartimenti, accorgimenti e soluzioni di riduzione dei conflitti e regole d'accesso e d'uso.
6. Il criterio della flessibilità deve essere applicato anche per le attività di produzione affidate direttamente ai distretti, nei casi in cui la loro consistenza giustifichi soluzioni interdistrettuali, piuttosto che la duplicazione di strutture in ciascun distretto.
7. La ASL6 persegue il criterio della flessibilità anche attraverso la diffusione e valorizzazione di attività e processi trasversali o orizzontali quali: il servizio di assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni tecnico-sanitarie, il dipartimento amministrativo, il servizio farmaceutico, ecc.
8. A tal fine le strutture di produzione ed erogazione della assistenza si organizzano correlandosi alle articolazioni e funzioni orizzontali, quantificando e qualificando le prestazioni e i servizi di cui necessitano, e definendo protocolli e procedure operative.

TITOLO 5

ORGANI AZIENDALI e DIREZIONE

Art. 32 - Direttore Generale

1. Il direttore generale è responsabile della gestione complessiva dell'azienda e ne ha la rappresentanza legale; esercita i poteri attribuitigli dall'ordinamento o direttamente, oppure, nei casi consentiti, delegandoli al direttore sanitario o al direttore amministrativo.
2. Il direttore generale, inoltre, può delegare ai dirigenti aziendali le funzioni a lui riservate in modo non esclusivo.
3. Per le condizioni e modalità per l'esercizio di funzioni e poteri, e per il ricorso alle deleghe, si rinvia al regolamento attuativo contrassegnato dalla lettera A, con il titolo: "Organi aziendali e direzione".
4. La delega dovrà prevedere la durata e le modalità di verifica del mandato, ed essere portata a conoscenza del collegio sindacale, degli organi collegiali e dei direttori o responsabili delle strutture aziendali. Se la delega ha effetti esterni, nel regolamento attuativo dovranno, inoltre, essere previste opportune forme di comunicazione.
5. In caso di vacanza dell'ufficio, o nei casi di assenza o di impedimento, le funzioni del direttore generale sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età.
6. E' riservata al direttore generale l'adozione dei seguenti atti:
 - nomina, sospensione e decadenza del direttore sanitario e del direttore amministrativo;
 - nomina dei membri del collegio sindacale, su designazione delle amministrazioni competenti, e prima convocazione del collegio;
 - atto aziendale e regolamenti;
 - nomina dei direttori o dei responsabili dei dipartimenti, dei distretti, delle strutture complesse e semplici e degli staff;
 - conferimento, sospensione e revoca di altri incarichi di responsabilità aziendale;
 - avvio del procedimento per le elezioni dei componenti il consiglio delle professioni sanitarie;
 - avvio del procedimento per l'elezione dei componenti elettivi dell'UCAD;
 - atti della programmazione sanitaria e sociosanitaria previsti dall'art. 13 della LR 10, nonché ogni altro atto riguardante la definizione di obiettivi, priorità, piani, programmi e direttive generali per l'attività aziendale;
 - atti di programmazione e bilancio previsti dagli art. 27 e 28 della LR 10;
 - individuazione delle risorse umane, materiali ed economico-finanziarie da destinare alle macro-articolazioni funzionali di cui al titolo 4, 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 il collegio tecnico e il nucleo 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;
 - provvedimenti di disposizione del patrimonio eccedenti l'ordinaria amministrazione.
7. Le deliberazioni del direttore generale 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 della proposta, gli eventuali costi determinati dal provvedimento.
8. Le proposte di cui al punto precedente riportano il parere dei direttori amministrativo e sanitario, e sono deliberate dal direttore generale, di norma in seduta comune con i direttori amministrativo e sanitario, salvo i casi di giustificato impedimento di uno dei due o di urgenza. Di tale seduta è redatto apposito verbale.

Art. 33 - Collegio sindacale

1. Nella prima seduta, convocata dal direttore generale, il collegio sindacale procede alla elezione tra i propri componenti del presidente, che provvede alle successive convocazioni; nel caso di cessazione del presidente dalle proprie funzioni, le convocazioni sono effettuate dal membro più anziano di età fino alla nomina del nuovo presidente.
2. I componenti del collegio sindacale cessano dall'incarico per decorrenza dei termini, per dimissioni e per decadenza dichiarata dal direttore generale per il sopravvenire di condizioni ostative o situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente, o per la mancata partecipazione, senza giustificato motivo, ad almeno tre sedute del collegio, o per l'assenza, ancorché giustificata, protratta per oltre sei mesi.
3. In tali casi, il direttore generale procede alla sostituzione del componente cessato, previa acquisizione della designazione da parte dell'organo competente. Se si verifica la mancanza di due o più componenti, il direttore generale procede alla ricostituzione dell'intero collegio.
4. Le adunanze del collegio sono valide quando è presente la maggioranza dei componenti.
5. Il collegio tiene un libro delle adunanze e delle deliberazioni in cui verbalizza la svolgimento di ogni seduta, annotando i controlli eseguiti e registrando i risultati delle verifiche e degli accertamenti compiuti; i verbali di ogni seduta sono sottoscritti dai componenti del collegio e sono conservati negli atti del medesimo senza obbligo di trasmissione alla Giunta regionale.
6. Il collegio sindacale svolge le funzioni previste dalle norme, e, inoltre:
 - riferisce almeno trimestralmente alla Giunta regionale sui risultati della propria attività;
 - denuncia immediatamente alla stessa le situazioni di disavanzo e i casi di gravi irregolarità nella gestione;

- trasmette una relazione semestrale sull'andamento dell'attività dell'azienda alla conferenza territoriale.
- 7. I componenti del collegio sindacale possono procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e controllo i cui risultati devono essere comunque sottoposti all'organo collegiale per l'assunzione delle conseguenti determinazioni.
- 8. Il collegio 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 deve indicare le indagini a campione eseguite, i criteri applicati e i risultati conseguiti anche nella relazione trimestrale.
- 9. Tutti gli atti adottati dal direttore generale o su delega del medesimo sono trasmessi al collegio sindacale entro dieci giorni dalla adozione.
- 10. Il collegio, entro il termine perentorio di quindici giorni dal ricevimento, formula e trasmette gli eventuali rilievi sull'atto; se il direttore ritiene di adeguarsi ai rilievi trasmessi, entro il termine di dieci giorni adotta i provvedimenti conseguenti, dandone immediata notizia al collegio; in caso contrario è tenuto comunque a motivare le proprie valutazioni ed a comunicarle al collegio.

Art. 34 - Direzione

1. Nello svolgimento dei propri compiti, il direttore generale è coadiuvato dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario ciascuno per le proprie competenze; e con essi costituisce la direzione aziendale. La direzione aziendale garantisce, nella sua collegialità, l'unitarietà delle funzioni di indirizzo, programmazione e controllo.
2. La direzione concorre al governo aziendale di cui al Titolo successivo, con i compiti e le attribuzioni stabiliti per ciascuno dei direttori dalle norme e dal presente atto. Alla direzione spettano, in particolare, le funzioni di direzione strategica, e, in questo ambito, direttore generale, direttore sanitario e direttore amministrativo assumono responsabilità collegiale; il primo è responsabile del governo complessivo della azienda, mentre i secondi sono preposti, rispettivamente, al governo assistenziale ed a quello economico.

Art. 35 - Direttore sanitario

1. Il direttore sanitario concorre alle funzioni di direzione della azienda, svolgendo le attività previste dalle norme, e, in particolare:
 - partecipa al processo di programmazione e controllo;
 - assume diretta responsabilità dei processi, delle attività e funzioni attribuiti alla sua competenza;
 - concorre, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni del direttore generale;
 - partecipa con il direttore amministrativo, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda;
 - partecipa alla funzione di committenza, anche attraverso l'attribuzione di obiettivi e risorse alle strutture sanitarie;

- coordina i servizi sanitari in conformità alle disposizioni del direttore generale e nel rispetto delle attribuzioni della dirigenza aziendale;
- assicura il perseguimento dei Lea, e in tale ambito, assume specifica responsabilità per rafforzare il sistema di tutela e garanzia dell'utenza;
- è responsabile sia della qualità che dell'efficienza tecnica ed operativa della produzione di prestazioni, dei servizi orientati al singolo o alla collettività;
- coordina l'attività dei distretti, dei dipartimenti sanitari e delle altre strutture sanitarie;
- presiede il consiglio delle professioni sanitarie;
- sovrintende alle attività di sperimentazione clinica e di ricerca sanitaria;
- individua all'interno dell'azienda le competenze e le relative responsabilità tecnico-professionali di supporto ai competenti servizi amministrativi per l'acquisizione dei beni e dei servizi direttamente connessi all'assistenza;
- svolge le altre attività demandategli dalla normativa vigente.

Art. 36 - Direttore amministrativo

1. Il direttore amministrativo concorre alle funzioni di direzione della azienda, svolgendo le attività previste dalle norme, e, in particolare:
 - partecipa al processo di programmazione e controllo;
 - partecipa con il direttore sanitario, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda;
 - assume diretta responsabilità di processi, attività e funzioni attribuiti alla sua competenza;
 - concorre, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni del direttore generale;
 - coordina le attività amministrative 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 la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali della azienda.

TITOLO 6

FUNZIONAMENTO e GOVERNO

Art. 37 - Governo aziendale

1. Il governo aziendale si attua, e si esercita, in modo da assicurare il concorso di diversi punti di vista tecnici e professionali alle fasi di elaborazione e di verifica dei programmi di sviluppo e di organizzazione dei servizi, realizzandone l'integrazione nelle strategie aziendali.
2. Il coordinamento e l'azione di sintesi sono realizzati attraverso: la direzione generale, la partecipazione collegiale di diverse componenti professionali e tecniche, l'autonomia di macroaree, dipartimenti, presidi, distretti, strutture complesse, e la separazione dei ruoli.
3. Questo sistema è ulteriormente rafforzato dalle competenze tecniche e professionali del direttore dei servizi sociosanitari di cui all'art. 14, comma 2 della LR 10, e da quelle del direttore del servizio di assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni sanitarie, e dalle altre strutture di staff costituenti articolazioni della direzione generale.
4. Per il comma 4 lettera d dell'articolo 9 della LR 10, la collegialità che la ASL6 assume per il governo della azienda, si esplica, in particolare, "in ordine alla negoziazione e alla stipulazione degli accordi e dei contratti con i produttori di prestazioni e servizi sanitari, alla garanzia della compatibilità tra il programma sanitario annuale di cui al comma 4 dell'articolo 13 e la disponibilità delle risorse finanziarie, al controllo e alla verifica dei risultati nei confronti di ciascun soggetto erogatore di prestazioni e servizi, allo sviluppo del sistema di programmazione e controllo di cui al comma 3 dell'articolo 13 e all'articolo 28".
5. Il governo aziendale si attua attraverso le funzioni strategiche e di indirizzo della direzione generale, e il concorso al razionale esercizio di queste funzioni, assicurato da:
 - direzione aziendale e staff, tra cui: direttore dei servizi sociosanitari e direttore del servizio assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni tecnico-sanitarie
 - organi di dipartimento
 - organi di distretto
 - responsabili del presidio ospedaliero
 - collegio di direzione
 - consiglio delle professioni sanitarie.

Art. 38 - Ruolo della direzione generale

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

2. 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.
3. Il direttore generale, il direttore sanitario ed il direttore amministrativo stabiliscono obiettivi e servizi della direzione generale in base alla propria visione strategica, e in conformità all'ordinamento.
4. Salvo i vincoli imposti dalle norme, l'attribuzione di funzioni all'interno dello staff di direzione, è flessibile ed elastica, permettendo, ove necessario, una rapida ed efficace integrazione di attività e processi indispensabili.

Art. 39 - Collegio di direzione

1. Il collegio di direzione è l'organismo deputato a supportare la direzione nel perseguimento della missione aziendale e nel governo complessivo della azienda.
2. Le sue funzioni sono quelle previste dall'art. 17 del D. Lgs. 502/1992 e dall'art. 20 della LR 10:
 - partecipare all'elaborazione del programma aziendale di formazione continua del personale,
 - estendere la cultura e la pratica di un corretto governo delle attività cliniche o governo clinico;
 - prevenire l'instaurazione di condizioni di conflitto di interessi tra attività istituzionale ed attività libero professionale;
 - favorire la gestione delle liste di prenotazione delle prestazioni;
 - garantire il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi;
 - promuovere una cultura collaborativa nei confronti delle altre aziende sanitarie, soprattutto per la mobilità intraregionale e per lo sviluppo della rete dei servizi.
3. Il Collegio di direzione è presieduto dal direttore generale, salvo delega ad uno dei direttori per le materie di competenza; si rinvia al regolamento attuativo contrassegnato con la lettera "G", intitolato "Organismi collegiali" per la composizione e le attribuzioni del collegio, per le modalità per l'esercizio delle funzioni di proposta e consultive, e per il governo complessivo della azienda nella dimensione clinica e in quella economica.
4. Il collegio si adopera per favorire l'integrazione della assistenza territoriale (distrettuale e collettiva), e di quella ospedaliera, e può contribuire alla definizione di atti di programmazione di cui all'articolo 13 della LR 10, compresi gli eventuali piani di riequilibrio della gestione.
5. Fanno parte del collegio di direzione:
 - i direttori sanitario ed amministrativo della azienda;
 - i direttori dei distretti;
 - i direttori dei presidi ospedalieri;
 - i direttori dei dipartimenti strutturali e funzionali;

- il direttore del servizio di assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni tecnico-sanitarie;
 - il direttore dei servizi socio-sanitari;
 - un medico convenzionato, scelto dal Direttore Generale tra i componenti degli uffici di coordinamento delle attività distrettuali.
6. In relazione alla importanza delle funzioni di competenza, il regolamento attuativo disciplina la presenza di diverse figure professionali, tenendo conto delle problematiche da trattare, tra cui responsabili dello staff di direzione e delle strutture complesse.
7. Il collegio si riunisce, di norma, una volta al trimestre, ed esprime pareri e proposte in seduta collegiale, mentre l'esame istruttorio degli argomenti è sviluppato anche mediante gruppi di lavoro.
8. In particolare il collegio si esprime sulle proposte dei seguenti atti:
- atti di programmazione di cui all'art. 13 della LR 10, 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 ai macrolivelli assistenziali: prevenzione, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera, alla direzione generale con lo staff, e all'area amministrativa e di supporto.
9. Il collegio può 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. 40 - Consiglio delle professioni sanitarie

1. Ai sensi dell'articolo 19 comma 1° della LR 10: "Il Consiglio delle professioni sanitarie è organismo consultivo-elettivo delle ASL, delle aziende ospedaliere e delle aziende ospedaliero-universitarie; esso esprime pareri e formula proposte nelle materie per le quali l'atto aziendale lo preveda".
2. Il Consiglio esprime parere con le modalità e i criteri di cui al comma 2° dell'articolo 19 della LR 10, nelle seguenti materie:
- programma sanitario triennale e annuale, ivi compresi i programmi relativi agli investimenti;
 - relazione sanitaria aziendale;
 - attività di assistenza sanitaria, intendendo con tale termine i programmi riferiti alle macro-articolazioni dei Lea (assistenza collettiva, distrettuale e ospedaliera);
 - programma pluriennale e annuale di formazione.
3. Nella ASL 6, la componente elettiva del consiglio delle professioni sanitarie consta di 23 membri ripartiti nelle seguenti 3 categorie:
- a. dirigenti medici ospedalieri, dipendenti a tempo indeterminato: n. 9 componenti;

- b. dirigenti medici extraospedalieri, dipendenti o incaricati a tempo indeterminato: n. 7 componenti ripartiti nei seguenti gruppi:
 - b1. 2 dirigenti medici extraospedalieri,
 - b2. 1 dirigente medico veterinario,
 - b3. 1 medico specialista ambulatoriale,
 - b4. 1 medico di medicina generale,
 - b5. 1 medico di continuità assistenziale,
 - b6. 1 medico pediatra di libera scelta,
 - c. professionisti appartenenti all'area della dirigenza sanitaria non medica e alle aree del personale infermieristico e tecnico sanitario e della riabilitazione, dipendenti a tempo indeterminato: n. 7 componenti così ripartiti nei seguenti gruppi:
 - c1. 3 dirigenti sanitari non medici di cui almeno uno del profilo Farmacista e uno del profilo Psicologo,
 - c2. 3 rappresentanti dell'area delle professioni infermieristiche,
 - c3. 1 rappresentante dell'area delle professioni tecnico sanitarie e della riabilitazione.
4. Sono elettori i dipendenti del ruolo sanitario assunti a tempo indeterminato dalla ASL6; sono elettori, inoltre, i medici di medicina generale e di continuità assistenziale, i pediatri di libera scelta ed i medici specialisti ambulatoriali, con incarico a tempo indeterminato attribuito dalla azienda.
5. Ciascun elettore vota nell'ambito del gruppo di appartenenza esprimendo un solo voto di preferenza; a tal fine le elezioni si svolgono attraverso assemblee elettorali distinte per ogni gruppo. Per la categoria a) i dirigenti medici ospedalieri costituiscono l'elettorato attivo dei dirigenti medici eleggibili. Per gli altri gruppi la lista è unica, anche nel caso in cui vi siano riserve per particolari profili professionali.
6. La proclamazione degli eletti è effettuata con atto deliberativo adottato dal Direttore Generale; per quanto non previsto nel presente Atto e nel Regolamento attuativo, si applicano le disposizioni normative generali che regolamentano la materia elettorale.
7. Il regolamento attuativo aziendale contrassegnato dalla lettera "G", intitolato: "Organismi collegiali", contiene le disposizioni di dettaglio relative alle specifiche procedure elettorali, tra cui la composizione ed il funzionamento dei seggi, nonché alle modalità di funzionamento del Consiglio.

Art. 41 - Direttore dei servizi socio-sanitari

- 1. Il direttore dei servizi sociosanitari è nominato dal direttore generale (art. 14 comma 2 della LR 10); deve avere competenze, esperienze e professionalità qualificate, secondo quanto richiesto dalle norme.
- 2. Fa parte dello staff di direzione e partecipa al processo di pianificazione strategica, esercita le funzioni attribuite alla sua competenza e concorre, con la formulazione di proposte e pareri, al governo aziendale.

3. In particolare, il direttore dei servizi socio-sanitari:
- coadiuva la direzione aziendale, fornendo pareri nelle materie di competenza;
 - partecipa alla programmazione, alla definizione e alla realizzazione dei PLUS;
 - svolge attività di consulenza nei confronti dei responsabili delle strutture, con riferimento agli aspetti organizzativi dei servizi sociali e socio-sanitari e dei programmi di intervento di area specifica;
 - fornisce le informazioni e realizza le attività necessarie per il controllo di gestione ed il controllo di qualità dei servizi e delle prestazioni di competenza;
 - può assumere la diretta responsabilità di iniziative e progetti specifici nelle discipline di competenza.

Art. 42 - Direttore servizio di assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni tecnico-sanitarie

1. Fa parte della direzione generale, in posizione di staff, il direttore del servizio di assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni tecnico-sanitarie della azienda, servizio di cui alla LG 10/08/2000 n. 251
2. Il direttore del servizio assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni tecnico-sanitarie oltre al coordinamento delle diverse professionalità afferenti il servizio, ha, in particolare, la responsabilità del governo clinico per quanto riguarda il processo di nursing nell'ambito dei programmi di assistenza (infermieristica, tecnico-sanitaria e riabilitativa), orientati al singolo ed alla collettività.
3. Il direttore del servizio collabora con i responsabili delle strutture ospedaliere, territoriali e della prevenzione allo sviluppo di processi assistenziali coerenti con le strategie aziendali e nella gestione delle risorse professionali di competenza, compreso lo sviluppo del sistema premiante e della produttività, nel rispetto degli accordi sindacali.
4. La complessità degli ambiti di attività implica la necessità di operare con modalità di tipo cooperativo e di valorizzare le diverse professionalità che operano nel servizio. Per conseguire questo scopo il direttore del servizio si avvale di un comitato di coordinamento costruito in base alle specifiche necessità aziendali, e secondo i criteri stabiliti nel regolamento attuativo contrassegnato con la lettera "B".

Art. 43 - Direttore di dipartimento e comitato

1. Gli organi del dipartimento strutturale sono per la lettera f dell'articolo 9 della LR 10: il direttore ed il comitato.
2. Il direttore nominato con i criteri stabiliti nella disposizione citate, e con le funzioni in essa previste, rappresenta il dipartimento nei rapporti con gli altri organi dell'azienda e con gli interlocutori esterni; inoltre, presiede e dirige il comitato di dipartimento.
3. Il direttore è sovraordinato ai direttori di struttura per gli aspetti di natura gestionale attinenti il dipartimento, e può avvalersi di un ufficio di-

partimentale di staff secondo le modalità previste nel regolamento attuativo di competenza.

4. Il comitato di dipartimento è organo collegiale di supporto al direttore del dipartimento. E' convocato dal direttore del dipartimento con le modalità previste dal regolamento; il regolamento definisce i criteri di funzionamento del comitato, prevedendo, tra l'altro:
 - 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 con dipartimenti di altre Asl e di altre aziende sanitarie regionali operanti nel proprio territorio.
5. Il comitato di dipartimento deve riunirsi almeno una volta al 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.
6. 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.
7. I regolamenti attuativi stabiliscono le modalità di selezione della componente elettiva, e determinano la proporzione fra la componente di diritto del comitato e la componente elettiva, quest'ultima non può comunque superare il 50%.
8. Il comitato, in ogni caso, si fa parte diligente per assicurare la partecipazione di tutti gli operatori ai processi relativi alla programmazione delle attività e a quelli relativi alla definizione dell'assetto organizzativo e gestionale del dipartimento; per la partecipazione del personale alle tematiche più importanti, si procede con conferenze di servizio, o soluzioni analoghe.
9. Nei dipartimenti funzionali in cui non è previsto il comitato di dipartimento, la partecipazione degli operatori in relazione alle principali problematiche relative alle attività di competenza, ed alla formazione, è garantita da conferenze di servizio, o da soluzioni analoghe idonee a conseguire lo scopo.
10. Il dipartimento si costituisce, la prima volta, con la nomina del responsabile scelto dal direttore generale tra i responsabili delle strutture complesse afferenti. L'incarico ha termine con la formalizzazione del regolamento, la costituzione del comitato, l'indicazione di una terna di nomi e la nomina del responsabile come previsto dalla LR 10, o, in ogni caso, allo scadere di sei mesi.
11. Se dopo questo tentativo il dipartimento non può ancora funzionare secondo le previsioni della LR 10, il direttore generale procede ad una seconda nomina, escludendo il precedente responsabile; se anche questo tentativo non ha effetto, la direzione aziendale provvede diretta-

mente alla formazione del regolamento e alla elezione della componente non di diritto del comitato.

12. Qualora il comitato di dipartimento, per qualunque motivo, non dovesse procedere alla designazione della terna necessaria alla nomina del direttore, la direzione aziendale formalizza l'inadempienza, indica un termine per provvedere, decorso il quale assume i provvedimenti necessari per conseguire lo scopo, e, se necessario, nomina il direttore del dipartimento tra i responsabili delle strutture complesse, anche senza designazione di terna.
13. Con riferimento all'articolo 9 comma 4, lettera f, della LR 10, considerate le dimensioni della azienda, il responsabile di una struttura complessa non può essere nominato direttore di dipartimento ove non dichiarare, preventivamente, di mantenere le funzioni assistenziali; il direttore di un dipartimento decade, se, per qualunque motivo, non intende o non può svolgere le funzioni assistenziali.

Art. 44 - Direttore del distretto, Ucad, Comitato

1. In base all'articolo 17 della LR 10, all'interno del distretto operano: il direttore, l'ufficio di coordinamento, e il comitato.
2. 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, 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 ed ospedaliere, quelle sociosanitarie, e assicura, inoltre, la rappresentanza verso l'esterno (Enti Locali, Associazioni, etc.) e le relazioni con il comitato di distretto.
3. In coerenza con l'evoluzione della funzione di tutela sanitaria della popolazione, il direttore del distretto è la figura dirigenziale incaricata all'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).
4. Il direttore del distretto, nell'ambito della funzione di tutela affidata al distretto, si configura come il "garante" del complesso delle attività sanitarie e di supporto connesse al percorso terapeutico del paziente.
5. 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.
6. In base al comma 6 articolo 17 della LR 10, 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:
 - a. un medico di medicina generale, un pediatra di libera scelta, uno specialista ambulatoriale convenzionato interno con particolari e certificate attitudini e competenze, individuati dal direttore generale, su proposta del direttore del distretto, tra i medici di medicina generale, gli specialisti ambulatoriali, e i pediatri operanti nel distretto;
 - b. il coordinatore per le attività di assistenza infermieristica, il coordinatore per le attività di assistenza riabilitativa, e il coordinatore per l'integrazione sociosanitaria in ambito distrettuale;

- c. i responsabili delle strutture operanti a livello di distretto;
 - d. il referente delle funzioni amministrative e di supporto a livello distrettuale.
7. Si rinvia al regolamento attuativo contrassegnato con la lettera "F" per i criteri e le modalità di funzionamento dell'ufficio di coordinamento, e per la disciplina della selezione e nomina della componente elettiva, in coerenza con i contratti di lavoro, e con l'esigenza di una partecipazione estesa a tutte le componenti professionali operanti nel distretto.
 8. L'ufficio di coordinamento 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.
 9. Mediante la definizione dei percorsi assistenziali e la valutazione della loro applicazione, l'ufficio di coordinamento opera per il miglioramento delle attività distrettuali nell'ambito dell'integrazione interprofessionale, dell'accesso alle prestazioni sanitarie, della continuità assistenziale e dell'appropriatezza del ricorso ai servizi sanitari.
 10. Il comitato di distretto, previsto dalla LR 10 in armonia a quanto previsto dall'art. 3-quater, comma 4 del D. Lgs. 502/92 e SMI, svolge funzioni consultive e propositive sulla programmazione distrettuale delle attività e sul livello di soddisfazione rispetto ai servizi erogati. In particolare, il citato art. 3-quater stabilisce che compete al comitato di distretto sociosanitario, come organismo rappresentativo delle amministrazioni comunali presenti nel distretto, quanto segue:
 - parere sulla proposta, formulata dal direttore del distretto, relativa al PLUS;
 - parere, limitatamente alle attività socio-sanitarie, sull'atto del direttore generale con il quale viene approvato il suddetto PLUS, per la coerenza con le priorità stabilite a livello regionale;
 - diffusione dell'informazione sui settori socio-sanitari e socio-assistenziali e la promozione, a livello di indirizzo politico, delle relative attività in forma integrata e coordinata.
 11. Al comitato è trasmessa, a fini conoscitivi, la relazione annuale sulle attività distrettuali predisposta ai fini dell'elaborazione della relazione annuale della azienda.
 12. Il comitato è presieduto da un Presidente eletto nel suo seno a maggioranza dei componenti a scrutinio segreto. Fino alla nomina del Presidente, le sedute del comitato sono presiedute dal sindaco del comune sede di distretto; alle sedute del comitato partecipano, senza diritto di voto, il direttore generale o suo delegato, il direttore dei servizi socio-sanitari, e il direttore del distretto.
 13. Il comitato, entro 30 gg. dall'insediamento, approva il regolamento relativo alla propria organizzazione e funzionamento, compreso l'espletamento delle attività amministrative e di supporto da parte del comune che esprime la Presidenza, sentito il parere del direttore generale, del direttore dei servizi sociosanitari e del direttore del distretto.
 14. 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 per iscritto almeno un terzo dei componenti, indicando gli argomenti da trattare con relative proposte.
 15. Per le sedute del comitato è prevista la convocazione in forma scritta, con l'ordine del giorno, trasmessa almeno otto giorni 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.

Art. 45 - Direttore del presidio

1. Il direttore del presidio ospedaliero, oltre agli specifici compiti attribuiti da norme e regolamenti, svolge il ruolo di:
 - a. garante, da un punto di vista strettamente organizzativo e gestionale, dell'erogazione integrata delle prestazioni sanitarie ospedaliere;
 - b. responsabile, all'interno del presidio ospedaliero, della corretta organizzazione ed esecuzione dei programmi assistenziali orizzontali, frutto dell'integrazione delle linee verticali responsabili della produzione delle singole prestazioni;
2. Secondo il grado di sviluppo dell'organizzazione dipartimentale all'interno dell'ospedale, le funzioni del direttore di presidio sono modulate nella gamma che va dalle responsabilità complessive riguardo le linee produttive a quelle concernenti l'integrazione dei percorsi clinico-assistenziali.
3. Lo sviluppo dei dipartimenti caratterizza, in particolare, le responsabilità della direzione di presidio per le risorse comuni alle diverse strutture, in particolare per quanto riguarda la loro gestione e disponibilità.
4. In un quadro articolato e coordinato di responsabilità, la direzione sanitaria del presidio concorre a definire criteri, percorsi, e linee guida in ordine:
 - a. alle risposte date dai dipartimenti, dalle strutture, e dagli operatori ai bisogni e alle necessità degli utenti;
 - b. all'utilizzo delle risorse disponibili in rapporto a quanto richiesto da disposizioni nazionali e regionali;
 - c. alla verifica di appropriatezza della produzione e della erogazione delle prestazioni, nell'area della degenza, in contrapposizione costruttiva e positiva rispetto al ruolo dei dipartimenti, delle strutture e dei produttori terzi (altre aziende pubbliche e privato accreditato).
5. In coerenza con gli indirizzi regionali, la direzione di presidio dovrà essere affidata ad un sanitario; nella ASL6 il dipartimento delle attività amministrative e di supporto, dovrà assicurare con proprie risorse, che dovranno raccordarsi con la direzione del presidio, tutte le attività amministrative di competenza: tecniche, logistiche e di supporto, necessarie per l'operatività dell'ospedale.

TITOLO 7

INTEGRAZIONE ORIZZONTALE

Art. 46 - Collaborazione interaziendale

1. Per l'art. 16, comma 3 della LR 10: "La Regione persegue l'unitarietà, l'uniformità ed il coordinamento delle funzioni del servizio sanitario regionale, promuove l'integrazione e la cooperazione fra le aziende sanitarie e favorisce il coordinamento a livello regionale delle politiche del personale e delle politiche finalizzate all'acquisto, anche attraverso aziende capofila, di beni e servizi e allo sviluppo dell'innovazione tecnologica e del sistema informativo sanitario regionale".
2. L'azienda, pertanto, ricerca opportune sinergie con tutti i soggetti che operano nel SSR; per quanto concerne il conseguimento di obiettivi di salute correlati alla compatibilità finanziaria, in particolare, assume, come metodo di lavoro, l'analisi, il controllo e la riorganizzazione delle attività anche attraverso aggregazioni e integrazioni interaziendali.
3. La ASL6 valorizza la cooperazione, e mette in atto soluzioni che prevedono, tra l'altro, la possibilità di:
 - creare strutture complesse interaziendali, con personale operante nelle aziende partecipanti;
 - creare dipartimenti interaziendali, mediante l'aggregazione di strutture delle aziende interessate;
 - delegare ad altra azienda attività che non è conveniente sviluppare autonomamente per problemi funzionali (carenza di specifiche professionalità o dimensione delle attività che non giustifica l'acquisizione di tali professionalità) o economici (diseconomie di scala).
4. L'orientamento alla collaborazione interaziendale della ASL6 implica la possibilità, senza modifiche al presente atto e senza particolari vincoli, di configurare le strutture organizzative, secondo forme e modalità che coinvolgono più aziende del SSR; in particolare, in vista del miglioramento tecnico ed economico dei processi di assistenza o di quelli di supporto, queste forme e modalità saranno privilegiate quando:
 - A. il processo svolto su base aziendale non offre sufficienti garanzie di risultato;
 - B. il costo su base aziendale risulta non sostenibile per la scala dimensionale;
 - C. il processo in capo alle singole aziende non risponde ai principi del sistema sanitario, soprattutto in relazione alla universalità ed equità nell'accesso, e alla copertura assistenziale secondo le necessità di ciascuno.

Art. 47 - Sorveglianza e tutela

1. Per potenziare sorveglianza e tutela cooperando con altri istituti e organismi, la ASL6 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.

2. Per i compiti collegati all'inquinamento ambientale e ai riflessi sulla salute, la azienda persegue forme di integrazione strategica ed operativa con l'Agenzia Regionale per l'Ambiente (ARPA), cui compete il monitoraggio dei diversi fattori inquinanti.
3. Per il conseguimento dello scopo, e in vista anche della possibilità di perseguire i LEA con maggiore efficienza ed efficacia, la configurazione organizzativa può essere modulata, ove ci sia la necessità, senza particolari formalità, tenendo conto delle esigenze di coordinamento con gli enti citati, e con altri operanti nella sorveglianza e nella tutela.

Art. 48 - Dipartimenti interaziendali

1. Per garantire la continuità assistenziale e/o per realizzare economie di gestione possono essere previste forme di integrazione fra aziende sanitarie, denominate programmi interaziendali. I programmi interaziendali costituiscono la forma ordinaria di coordinamento e di integrazione fra processi ed attività che interessano e coinvolgono più aziende.
2. Oltre ai programmi interaziendali, aggregazione e integrazione possono richiedere modalità e criteri di collaborazione tra le aziende sanitarie regionali, da attuarsi con accordi di programma e/o contrattuali che prevedono la delega, oppure con l'associazione per lo svolgimento di compiti, attività e processi.
3. I dipartimenti hanno di norma estensione intraaziendale, il dipartimento interaziendale aggrega strutture complesse e semplici che appartengono ad aziende diverse. Per realizzare questa tipologia devono sussistere le condizioni previste dalle norme e dagli indirizzi della RAS.

Art. 49 - Consorzi

1. La collaborazione tra aziende sanitarie può essere realizzata con la forma del Consorzio; questa soluzione è, anzi, preferibile quando i processi e le attività:
 - A. possono essere esercitati meglio su base interaziendale per le medesime considerazioni riportate nel paragrafo precedente;
 - B. presuppongono interscambi rilevanti con soggetti terzi, tanto da far preferire una forma tecnica, giuridica ed economica più adatta alla costituzione e gestione dei rapporti conseguenti;
 - C. hanno sufficiente consistenza e giustificano i costi di realizzazione e gestione del Consorzio.

Art. 50 - Collaborazioni con soggetti privati

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

2. 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 ASL6 promuove:
 - nuove soluzioni gestionali che consentano maggiore flessibilità, funzionale al processo di aziendalizzazione, e al soddisfacimento dei bisogni degli utenti;
 - sperimentazioni gestionali e organizzative al fine di ricercare più efficienti modelli di governo della spesa sanitaria.
3. 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.
4. 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, in posizione di comando o con altra forma convenzionale, nel rispetto delle norme e dei CCNL;
 - l'apporto delle professionalità delle aziende sanitarie alle attività del soggetto erogatore privato accreditato.
5. A tal fine, e per quanto non in contrasto con la legislazione e programmazione nazionale e regionale, l'azienda persegue forme innovative di gestione, con l'intento di conseguire più elevati gradi di efficienza ed efficacia.
6. Questo obiettivo può estrinsecarsi, inoltre, con l'individuazione di soluzioni innovative, autorizzate dalla RAS, tra cui configurazioni societarie miste con il privato sociale ed il terzo settore, nell'ambito di profili consentiti dalla legge e dalle direttive comunitarie.

Art. 51 - Sperimentazioni gestionali ed organizzative

1. Il programma di sperimentazione è adottato dalla Regione motivando le ragioni di convenienza economica del progetto, di miglioramento della qualità dell'assistenza e di coerenza con le previsioni del PRSS.
2. La collaborazione tra strutture pubbliche e private, oltre ad essere uno stimolo utile alla realizzazione del modello aziendale, può contribuire a colmare il divario tra i bisogni, e la capacità di farvi fronte ricorrendo solo ai canali di finanziamento pubblico.
3. Con riferimento a questi istituti, la ASL6 favorisce la ricerca, l'applicazione, e l'individuazione di idonee tipologie correlate alla specificità dei progetti (concessione di costruzione e gestione, project financing, committenza integrata, accordi di sponsorizzazione e di collaborazione, appalto servizi, società miste, ecc).
4. Occorrendo, la ASL6, nell'attivare queste soluzioni, si farà parte diligente per rendere disponibile allo scopo e per garanzia verso i terzi, il patrimonio della azienda, o sue parti, nel rispetto delle norme e delle necessità assistenziali.

Art. 52 - Altre relazioni

1. Il terzo settore rappresenta per le aziende sanitarie un importante soggetto impegnato nel raggiungimento di obiettivi rilevanti per il SSR, e un interlocutore privilegiato in quanto costituito dal complesso di soggetti che concorrono in modo competente e complementare alla gestione dei servizi e degli interventi per la salute.
2. L'azienda sviluppa relazioni con formazioni sociali del terzo settore secondo direttrici che perseguono l'obiettivo di favorire lo sviluppo del sistema sanitario; in particolare, si relaziona con le diverse componenti del terzo settore (Cooperazione sociale, Organismi di volontariato, Associazioni di promozione sociale..., ecc.), tenendo conto dei ruoli e delle funzioni da queste svolte nel Sistema Sanitario Regionale, e dei settori di intervento nell'ambito dei servizi sanitari e sociosanitari.

TITOLO 8

GESTIONE della AZIENDA

Art. 53 - Deleghe

1. 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.
2. La delega per gli atti di diritto privato, è manifestata in modi e forme idonee in relazione all'attività delegata, e nel rispetto delle esigenze di pubblicità per l'efficacia dell'atto; per gli atti di diritto pubblico è manifestata con provvedimento amministrativo conforme ai requisiti formali e sostanziali dell'atto pubblico, del quale deve essere data pubblicità nell'albo pretorio dell'azienda.
3. Il delegato ha la piena responsabilità, sia interna che esterna, ad ogni effetto di legge, della delega e degli atti compiuti.
4. Le funzioni delegate sono esercitate nel rispetto:
 - della disciplina civilistica del mandato e della rappresentanza;
 - dei principi di trasparenza dell'azione amministrativa;
 - dei vincoli derivanti dall'equilibrio finanziario, del conto economico e del bilancio;
 - degli interessi pubblici perseguiti dall'azienda.
5. 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.
6. 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, e per l'attuazione del principio della separazione tra atti di indirizzo e atti di gestione di cui all'articolo successivo; per le deleghe riferite a attività o atti rivolti al conseguimento di un obiettivo specifico, si applicano i criteri generali in precedenza indicati.

Art. 54 - Atti di indirizzo e atti di gestione

1. L'articolo 27 del D. Lgs 165/2001 dispone che le pubbliche amministrazioni adeguino i propri ordinamenti ai nuovi principi sulle competenze e responsabilità della dirigenza, e in relazione alla distinzione tra atti di indirizzo e controllo e atti di attuazione e gestione, quando gli organi di vertice non sono espressione diretta o indiretta di rappresentanza politica.
2. Con riferimento a questi profili, la ASL6 sceglie di assumere la separazione tra atti di governo e atti di gestione, quale principio di riferimento dell'organizzazione e del funzionamento della azienda.

3. Gli atti di governo sono di esclusiva competenza del direttore generale, che si avvale del direttore sanitario, del direttore amministrativo, e degli altri soggetti ed organi con i quali si attua il governo aziendale.
4. Gli atti di gestione sono di esclusiva competenza dei dirigenti, individuati, di norma, tra quelli responsabili di dipartimento, distretto, presidio e struttura complessa, o semplice dipartimentale.
5. Da quanto sopra si evince l'esigenza che le deleghe ai dirigenti siano correlate alle competenze sugli atti formali di natura pubblicistica connessi alle funzioni svolte.
6. Ai dirigenti, nei limiti delle attribuzioni di competenza della struttura organizzativa cui sono preposti, ed in base alla responsabilità determinata dall'incarico ricoperto, spetta, in generale, l'adozione di atti e provvedimenti nella forma di determinazioni.
7. Questi atti e provvedimenti comprendono quelli che impegnano l'azienda verso l'esterno, che:
 - hanno come contenuto l'attuazione di direttive, programmi e progetti affidati dal direttore generale,
 - sono indispensabili per la gestione finanziaria, tecnica e amministrativa della struttura organizzativa cui competono,
 - non rientrano nelle competenze esclusive del direttore generale.
8. Ai dirigenti spetta, inoltre, l'adozione di altri atti nelle materie eventualmente delegate dal direttore generale.

Art. 55 - Pubblicità e trasparenza

1. Tutti le deliberazioni del Direttore Generale e le determinazioni dei dirigenti sono pubblicate per 15 giorni consecutivi nell'albo aziendale, entro 10 giorni dalla loro adozione.
2. Gli atti che, ai sensi della vigente normativa, non sono sottoposti al controllo della Giunta regionale sono immediatamente esecutivi.
3. Al fine di dare concreta attuazione al principio di trasparenza e pubblicità dell'attività amministrativa, gli atti di cui al precedente comma 1, sono pubblicati integralmente sul sito web aziendale. La pubblicazione sarà attuata previo adeguamento della strumentazione informatica aziendale, da adottarsi non oltre 12 mesi dall'entrata in vigore dell'AA.
4. 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. 56 - Incarichi

1. L'azienda attribuisce ai dirigenti delle articolazioni organizzative le tipologie di incarico previste dalle norme, e dai contratti collettivi di lavoro.
2. L'attribuzione degli incarichi avviene compatibilmente con la disponibilità di risorse finanziarie previste per lo scopo, nei limiti e con i criteri stabiliti dalle norme, dai CCNL, e dal presente atto.

3. L'azienda adotta regole di affidamento degli incarichi ai dirigenti, che prevedono l'individuazione ex-ante del profilo professionale collegato alla posizione da ricoprire.
4. Per il conferimento degli incarichi l'azienda adotta le procedure a tal fine previste in materia dalle vigenti norme, con le integrazioni che risultano dagli indirizzi della RAS, dall'assetto organizzativo individuato con il presente atto, e dai regolamenti.
5. Nell'affidamento di incarichi dirigenziali per i quali non sia prevista dalla normativa una nomina riconducibile obbligatoriamente ad una disciplina di specialità, o a un titolo professionale specifico, la ASL6 si attiene a criteri di valutazione curriculare, con particolare riguardo a esperienze formative e professionali, al possesso di adeguate competenze tecniche, gestionali e di valorizzazione degli operatori.
6. Nella attribuzione degli incarichi dirigenziali dovranno essere fornite motivazioni esplicite in relazione ad attitudini e elementi quali:
 - capacità di gestire i rapporti con l'utenza, e la comunicazione;
 - attitudine e capacità di conseguire risultati coerenti con gli obiettivi aziendali;
 - capacità di governo delle risorse umane, finanziarie e professionali;
 - tutela dell'utenza e sensibilità nella umanizzazione degli interventi;
 - partecipazione ad attività di formazione permanente e di aggiornamento professionale.
7. Gli incarichi dirigenziali decadono nei casi previsti dalle norme e dai contratti, e in caso di modifiche organizzative che implicano differenti esigenze per le responsabilità gestionali e professionali.
8. Negli incarichi, come nella gestione delle risorse umane, assume particolare rilievo l'individuazione dei rapporti tra i responsabili di dipartimento, di distretto, di presidio ospedaliero, e i rapporti tra questi e i responsabili delle strutture complesse territoriali o ospedaliere; i regolamenti attuativi, secondo la previsione degli indirizzi della Ras, disciplinano questi aspetti, nonché i rapporti tra responsabili dei dipartimenti operanti a livello territoriale e di degenza, e i responsabili delle articolazioni con cui interagiscono.

Art. 57 - Programmazione e budget

1. 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.
2. La programmazione aziendale valorizza i ruoli del comitato di distretto e della Conferenza Provinciale Sanitaria e Sociosanitaria, quali organi di rappresentanza degli enti locali, ai quali sono attribuiti compiti di indirizzo, proposta, vigilanza, e, in alcuni casi, di amministrazione attiva.
3. Il modello di programmazione di riferimento per la ASL6 si fonda su due approcci complementari:
 - a. il primo si basa sull'epidemiologia, intesa come studio e analisi di problemi con valenza sanitaria e socio sanitaria, rilevati nel territorio, e delle cause che li determinano;

- b. il secondo si fonda sullo studio degli ambienti e degli stili di vita.
4. Il primo approccio permette di indirizzare l'attenzione verso i sistemi di cura, il secondo permette di modulare le priorità e le azioni, anche con riferimento ad attività di prevenzione, di promozione della salute e all'integrazione sociosanitaria.
 5. Il passaggio successivo implica la definizione di obiettivi di salute, di assistenza e di gestione, che orientano in modo puntuale le scelte verso i bisogni prioritari della popolazione, qualificano il sistema di azioni e ottimizzano l'impiego delle risorse disponibili.
 6. L'azienda utilizza il sistema di governo per obiettivi, per il tramite di criteri di pianificazione e controllo, idonei a coinvolgere tutti i livelli di responsabilità.
 7. Attraverso la funzione di committenza la ASL6 armonizza i flussi informativi che provengono dalla programmazione aziendale, e dai suggerimenti e dalle proposte tecniche e organizzative dei professionisti e degli operatori che operano nelle strutture di produzione e di erogazione.
 8. Il passaggio ulteriore è dato dal sistema budgetario, inteso come metodo attraverso il quale si esprime e manifesta la autonomia delle strutture e dei dirigenti.
 9. Le risorse disponibili sono assegnate alle macroaree aziendali per il raggiungimento delle finalità generali definite nei documenti di programmazione. Si procede, quindi a declinare gli obiettivi in attività specifiche di competenza di ciascuna articolazione, a definire i risultati attesi, e le risorse umane, quelle tecnologiche e finanziarie necessarie per conseguirli.
 10. Il risultato del procedimento si configura nel sistema di budget, per il quale il presente atto definisce i criteri di massima, le strutture cui si applica e le relative modalità.

Art. 58 - Valutazione

1. La ASL6, in sintonia con quanto previsto dal D. Lgs 286/99, adotta un processo di valutazione che prevede una duplice istanza. Ogni operatore e professionista è valutato, in prima istanza, dal responsabile diretto in merito al raggiungimento dei risultati attesi e alle capacità professionali espresse.
2. La valutazione di seconda istanza rappresenta il momento di verifica della coerenza e della correttezza metodologica della valutazione di prima istanza.
3. Per i dirigenti, la verifica di seconda istanza è realizzata attraverso gli organismi preposti (Collegio Tecnico e Nucleo di Valutazione), ai quali compete, inoltre, la definizione della metodologia e degli strumenti di valutazione.
4. Per i dirigenti componenti il collegio di direzione, e per gli altri dirigenti, che in base alla configurazione organizzativa sono responsabili di struttura e non hanno un superiore diretto, la valutazione di prima istanza è effettuata dal Nucleo di Valutazione.
5. Le procedure di valutazione sono improntate sulla base dei seguenti principi generali:
 - trasparenza nei criteri e nei risultati;

- informazione e partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione ed il contraddittorio.
6. Oggetto principale nella valutazione sono:
- risultati ottenuti;
 - capacità dimostrata nel motivare, guidare e sviluppare le risorse umane assegnate;
 - capacità dimostrata nell'assicurare la produzione di prestazioni e servizi caratterizzati da adeguati livelli di appropriatezza, efficacia, efficienza e qualità;
 - capacità dimostrata nel promuovere e gestire le innovazioni, in grado di migliorare la qualità delle prestazioni e dei servizi.
7. L'azienda tende a realizzare una gestione "meritocratica" del personale, adottando sistemi di valutazione delle posizioni organizzative e delle prestazioni professionali equi e trasparenti.
8. I criteri di valutazione delle prestazioni si basano sul raggiungimento dei risultati previsti in sede di programmazione e sulle capacità professionali espresse, rispetto alle competenze previste per ricoprire il ruolo assegnato.
9. Si rinvia alle disposizioni di legge, agli indirizzi della Ras, e ai contratti collettivi di lavoro per la disciplina dell'organizzazione del sistema di valutazione e del sistema premiante di cui all'articolo successivo; e alle stesse disposizioni si uniforma il regolamento attuativo individuato dalla lettera H: "Valutazione delle risorse umane".

Art. 59 - Sistema premiante

1. La ASL6 adotta politiche retributive selettive e differenziate, collegate ai risultati della valutazione delle posizioni e delle prestazioni, per realizzare un sistema premiante equo ed in grado di garantire elementi di rinforzo, anche economico, per le responsabilità rivestite, per i risultati e per i comportamenti.
2. A fronte di risultati mancati e di comportamenti incongruenti rispetto a quelli definiti, l'azienda adotterà, anche a garanzia e tutela dei diritti degli utenti, provvedimenti di vario ordine e grado, correlati alla posizione rivestita e all'entità delle mancanze.
3. In attuazione dei principi precedentemente definiti, di quanto previsto dai CCNL, e disposto dagli indirizzi della RAS, l'azienda stabilisce con regolamento attuativo, contrassegnato dalla lettera H, i criteri, le modalità e le procedure relative alle valutazioni di dirigenti e operatori, e al sistema premiante.

Art. 60 - Comunicazione e informazione

1. La ASL6 assume le attività di comunicazione e di informazione come strumento imprescindibile per realizzare la propria missione. Comunicazione e informazione implicano processi ad elevata qualificazione professionale, essenziali per garantire:
 - 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 tutte le loro articolazioni, in conformità con i principi posti dalla legge 241/1990 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.
2. Nell'attività di comunicazione e di informazione, in tutte le sue forme, l'azienda garantisce, oltre al rispetto puntuale delle norme di legge poste a salvaguardia della riservatezza dei dati personali, anche il perseguimento di standard aggiuntivi in materia di rispetto della persona malata e dei suoi familiari.

Art. 61 - Relazioni sindacali

1. La ASL6 assegna rilievo particolare al sistema delle relazioni sindacali per lo sviluppo efficace delle strategie di gestione e di qualificazione delle risorse umane.
2. Adotta, quindi, politiche e stili relazionali improntati alla chiarezza e alla trasparenza delle proprie scelte e dei propri comportamenti e al coinvolgimento delle OO.SS., secondo criteri e prassi previsti nei CCNL e nel rispetto delle funzioni e delle responsabilità di ciascuno.
3. 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.
4. Pertanto l'azienda favorisce la partecipazione del personale, attraverso le loro rappresentanze, per affrontare i problemi organizzativi, per valutare il lavoro e migliorare quantitativamente e qualitativamente l'offerta dei servizi e delle prestazioni.
5. Alla delegazione di parte pubblica della ASL6, non possono partecipare, i dipendenti aziendali accreditati come componenti della delegazione di parte sindacale.

Art. 62 - Contratti

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

- attività di programmazione degli acquisti con azioni e strategie efficaci e rivolte a conseguire sensibili e dimostrabili economie nella gestione;
 - ricorso alle convenzioni Consip e al Mercato Elettronico laddove obiettive ragioni di convenienza prevalgono su specifiche esigenze dell'azienda;
 - adesione obbligatoria alle convenzioni stipulate dal CAT;
 - espletamento di gare aggregate con il supporto del CAT per le tipologie di beni e servizi che presentano un sufficiente grado di standardizzazione da poter soddisfare esigenze comuni e di carattere generale;
 - 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 di e-commerce.
3. Per gli acquisti sottosoglia si applicano le norme in vigore, e si prevede la possibilità di acquisti in economia, previa predisposizione di apposito regolamento (Regolamento Attuativo "I": Acquisti di beni e servizi).

Art. 63 - Contabilità e bilancio

1. L'ordinamento contabile aziendale e la gestione dei proventi e dei costi sono disciplinati dalla LR 10, dal presente AA, dagli indirizzi regionali di programmazione e rendicontazione, e dal Regolamento Attuativo di Contabilità contrassegnato con la lettera "L".
2. Tale regolamento integra le disposizioni citate per le situazioni in cui, ad opportuna garanzia delle risorse pubbliche, risulta necessario precisare profili organizzativi in materia contabile, e individuare responsabilità associate ad adempimenti ed obblighi. Il regolamento definisce, altresì, i rapporti tra le diverse strutture aziendali, finalizzati al corretto funzionamento di processi trasversali di contabilità, e al conseguimento dei relativi output.
3. 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.
4. Il Collegio entro 15 giorni dal ricevimento del progetto di bilancio redige la relazione e la Conferenza esprime il proprio parere obbligatorio entro 20 giorni, trascorsi i quali il parere s'intende formulato come positivo.
5. Nei successivi 10 giorni è adottata la delibera di approvazione definitiva e trasmessa alla Regione nei termini del controllo preventivo, corredata della relazione e dell'eventuale parere.

TITOLO 9

REGOLE ATTUATIVE

Art. 64 - Entrata in vigore

1. Il presente atto aziendale entra in vigore dalla data di approvazione da parte della Giunta Regionale e da tale data sostituisce tutte le norme previgenti dell'ordinamento aziendale con esso incompatibili.
2. Per quanto non contemplato nell'AA, si rinvia alla LR 10, alle norme fondamentali di riforma del servizio sanitario nazionale di cui al D. Lgs. n. 502 del 1992 e successive modificazioni ed integrazioni, alla organizzazione amministrativa e del pubblico impiego di cui al D. Lgs. n. 165 del 2001 e successive modificazioni ed integrazioni, alle leggi di riordino del servizio sanitario regionale ed ai contratti collettivi nazionali di lavoro che disciplinano il rapporto di lavoro dei dirigenti e del personale del comparto della sanità.
3. Nel rispetto dei principi contenuti nell'AA, e senza alterarne criteri, regole e impianto complessivo, il direttore generale può apportare al presente atto le modifiche ed integrazioni per l'eliminazione di errori materiali, per eventuali formalità richieste nelle fasi del procedimento di approvazione, e per quanto contemplato dalle norme.

Art. 65 - Regolamenti attuativi

1. Il presente atto aziendale ha natura organizzativa generale. L'attuazione avviene attraverso:
 - a. i regolamenti attuativi riassunti all'articolo 4, cui si fa esplicito riferimento nel testo del documento;
 - b. ogni altro atto o regolamento richiesto dalle leggi, o dalle necessità organizzative e gestionali dell'azienda.
2. Sino alla adozione dei suddetti regolamenti, o sezioni ai sensi dell'art. 4, valgono le disposizioni regolamentari aziendali vigenti adottate con provvedimenti del Direttore Generale, in quanto compatibili con il presente AA.
3. I regolamenti aziendali di cui al comma 1 lettera a, e relative sezioni, devono essere adottati nel più breve tempo possibile, e, in ogni caso, entro 12 mesi dall'entrata in vigore del presente AA.

