

A.S.U.R.
AZIENDA SANITARIA UNICA REGIONALE

ATTO AZIENDALE

(art.5 LR 13/03)

2005

INDICE

TITOLO I - ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI

Le ragioni della scelta	Pag. 3
Costituzione, sede legale, logo	Pag. 4
Patrimonio	Pag. 4
Missione	Pag. 4
Visione	Pag. 5

TITOLO II - IL GOVERNO

Gli Organi	Pag. 5
<i>Il Direttore Generale</i>	Pag. 6
<i>Il Collegio Sindacale</i>	Pag. 6
<i>Il Collegio dei Direttori di Zona</i>	

Le politiche per la salute	
<i>Obiettivi di salute</i>	Pag. 7
<i>La centralità del cittadino</i>	Pag. 8
<i>Il governo clinico</i>	Pag. 8
<i>La continuità dei percorsi di cura</i>	Pag. 10
<i>Approccio integrato socio-sanitario</i>	Pag. 11

Le politiche gestionali	
<i>Le funzioni di committenza e produzione</i>	Pag. 11
<i>Il ciclo programmatico e controllo</i>	Pag. 12
<i>Il processo budget</i>	Pag. 14
<i>Il governo economico-finanziario</i>	Pag. 15
<i>Il sistema dei controlli</i>	Pag. 15
<i>Il decentramento funzionale</i>	Pag. 17
<i>Il sistema delle deleghe e delle attribuzioni di responsabilità e poteri</i>	Pag. 17
<i>La gestione e lo sviluppo delle risorse umane</i>	Pag. 18
<i>La valutazione</i>	Pag. 19
<i>La Dirigenza aziendale</i>	Pag. 20
<i>Tipologia degli incarichi dirigenziali</i>	Pag. 20
<i>La libera professione</i>	Pag. 21

Il sistema delle relazioni	
<i>Premessa</i>	Pag. 22
<i>Le relazioni esterne: gli Enti locali</i>	Pag. 22
<i>Le relazioni esterne: le Organizzazioni Sindacali</i>	Pag. 22
<i>Le relazioni esterne: le Aziende Ospedaliere e le Università</i>	Pag. 23
<i>Le relazioni esterne: i soggetti erogatori privati</i>	Pag. 24
<i>Le relazioni esterne: il terzo settore</i>	Pag. 24
<i>Le relazioni con gli altri attori del sistema sanità</i>	Pag. 25
<i>Le relazioni esterne: il mondo economico</i>	Pag. 25
<i>Le relazioni interregionali</i>	Pag. 25

TITOLO III- L'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

Impianto organizzativo di base	
<i>I criteri generali di organizzazione</i>	Pag. 26
<i>Modelli funzionali: rete ed area vasta</i>	Pag. 27
<i>I criteri per l'individuazione delle strutture organizzative</i>	Pag. 28
<i>Articolazione organizzativa</i>	Pag. 28

La Direzione	
<i>Il Direttore Sanitario</i>	Pag. 30
<i>Il Direttore Amministrativo</i>	Pag. 31
<i>Il Responsabile dei Servizi Integrazione socio-sanitari</i>	Pag. 32

Gli organismi collegiali	
<i>Il Comitato Etico</i>	Pag. 32
<i>Il Nucleo di Valutazione</i>	Pag. 33
La Tecnostruttura	
<i>Le funzioni di staff</i>	Pag. 33
<i>Il controllo di gestione</i>	Pag. 33
<i>I sistemi informativi</i>	Pag. 34
<i>Area Amministrativo Tecnico e logistica</i>	Pag. 35
Le Zone Territoriali	
<i>Ambiti e funzioni</i>	Pag. 37
<i>Il Direttore di Zona</i>	Pag. 38
<i>Il Collegio di Direzione di Zona</i>	Pag. 39
<i>Modelli e strumenti di programmazione zonale</i>	Pag. 39
<i>La Conferenza dei Sindaci</i>	Pag. 39
I Distretti	
<i>Ambiti e funzioni</i>	Pag. 40
<i>Il Direttore del Distretto</i>	Pag. 41
<i>L'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali</i>	Pag. 42
<i>Modelli e strumenti di programmazione distrettuali</i>	Pag. 42
<i>Il Comitato dei Sindaci</i>	Pag. 43
Il Presidio Ospedaliero	
<i>Ambiti e funzioni</i>	Pag. 43
<i>Il Direttore di Presidio Ospedaliero</i>	Pag. 44
<i>I Dipartimenti Ospedalieri</i>	Pag. 45
Il Dipartimento di Prevenzione	Pag. 45
Il Dipartimento di Salute Mentale	Pag. 46
Il Dipartimento delle dipendenze patologiche	Pag. 47
Il Dipartimento delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, della professione ostetrica	Pag. 48
TITOLO IV – ASPETTI DELLA GESTIONE	
Gestione degli acquisti beni e servizi	Pag. 49
Gestione liquidatoria	Pag. 50
TITOLO V – DISPOSIZIONI FINALI E DI RINVIO	
Premessa	Pag. 50
Periodo transitorio	Pag. 51
Elenco atti collegati	Pag. 51

Titolo I

Elementi identificativi e caratterizzanti

Le ragioni della scelta

Il sistema regionale marchigiano è storicamente caratterizzato dai seguenti elementi:

- rilevante ed estesa copertura assistenziale in tutti gli ambiti del comparto socio-sanitario;
- necessità di recuperare una dimensione aziendale in grado di ottimizzare i processi produttivi e di integrarli all'interno di un sistema a rete;

Questo scenario ha prodotto negli ultimi anni una situazione di disequilibrio a cui il governo regionale ha risposto, attraverso la L.R. n.13/03, con un riassetto istituzionale complessivo del sistema.

Il quadro di frammentazione istituzionale ed operativa appena delineato, l'esigenza di assicurare una transizione veloce e decisa, la necessità di proporre a tutti gli attori esterni ed interni un disegno facilmente intelligibile nel quale collocarsi rapidamente, l'opportunità di semplificare i meccanismi attuativi, sono tutti elementi che hanno fatto propendere per la soluzione dell'azienda unica, basata sulle seguenti connotazioni:

1. fusione delle 13 ASL in un'unica Azienda sanitaria regionale (ASUR);
2. articolazione dell'ASUR in 13 Zone Territoriali, dirette da un Direttore di Zona nominato dalla Giunta Regionale;
3. struttura organizzativa a "rete" finalizzata ad attività aventi ambito prevalentemente aziendale per i servizi amministrativi/tecnico/logistici, ambito di area vasta e zonale per i servizi sanitari e socio sanitari;
4. valorizzazione del ruolo di indirizzo e controllo svolto dagli enti locali;
5. costante e continuo coinvolgimento dei professionisti in una logica di partecipazione e supporto ai processi decisionali.

L'obiettivo perseguito intende garantire un impianto dove le esigenze e i contributi della rappresentanza politico-istituzionale, razionalità aziendali e razionalità dei processi tecnici possano trovare un temperamento tale da assicurare alla collettività marchigiana un sistema sanitario equo e sostenibile.

Proprio perché l'orizzonte istituzionale di riferimento è molto distante dalla tradizionale architettura dei sistemi sanitari, il processo di trasformazione necessario si presenta senza precedenti.

Costituzione, Sede Legale, Logo

Costituzione

Ai sensi dell'art. 2 della L.R. del 20 giugno 2003, n. 13, è stata costituita l'Azienda Sanitaria Unica Regionale (di seguito denominata ASUR) Ai sensi e per gli effetti dell'art. 3, comma 1 bis del D.Lgs 502/92 e s.m.i., l'ASUR è dotata di personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale. Nasce dalla fusione per incorporazione nell'Azienda USL 7 di Ancona delle altre dodici Aziende USL esistenti alla data di entrata in vigore. È articolata al suo interno in 13 Zone Territoriali i cui ambiti sono definiti nell'Allegato alla L.R. n.13/03.

Le Zone Territoriali sono a loro volta articolate in Distretti e comprendono i Presidi Ospedalieri .

Sede Legale

La sede legale dell'azienda è in Ancona, con indirizzo via Caduti del Lavoro 40 e potrà essere trasferita dal Direttore Generale. Il sito web ufficiale è: www.asur.marche.it.

Logo

Il logo dell'ASUR ed il suo utilizzo sono regolamentati in apposito documento

Patrimonio

Il patrimonio dell'ASUR è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti come risultanti a libro cespiti. L'ASUR dispone del proprio patrimonio secondo le norme del codice civile, fermo restando che i beni immobili non possono essere sottratti alla loro destinazione senza parere favorevole della Regione ai sensi del comma 4 dell'art. 28 della L.R. n. 13/03.

L'ASUR riconosce la valenza strategica del patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione dell'offerta di servizio e, in questa prospettiva, adotta iniziative di investimento anche mediante processi di alienazione e trasferimento di diritti reali. Le dismissioni e i correlati investimenti sono programmati e analiticamente individuati ed obbediscono a vincoli di destinazione limitatamente a quanto previsto al comma 5 dell'art. 2.

L'ASUR può effettuare o concedere lo sfruttamento di brevetti, marchi ed invenzioni industriali attinenti alla funzione ed all'oggetto dell'attività aziendale.

Missione

L'ASUR ha come principale mandato istituzionale quello di garantire in modo costante ed uniforme la tutela della salute dei cittadini residenti nell'intero territorio della Regione Marche.

La dimensione regionale dell'ASUR la caratterizza nell'obiettivo di rendere omogenea ed equamente accessibile l'offerta dei servizi, attraverso una lettura unica e coerente dei bisogni di salute, garantendo risposte appropriate su più livelli di complessità, sempre attenta alle peculiarità ed alle problematiche locali.

L'ASUR intende realizzare un sistema efficiente, snello e capace di risposte rapide, in grado di produrre economie ed ottimizzazioni di sistema al fine di liberare risorse da destinare alla qualificazione sempre maggiore dell'offerta, in un'ottica di compatibilità e sostenibilità economica dell'intero sistema socio – economico regionale.

L'ASUR sostiene ed indirizza le Zone Territoriali/Distretti nel loro ruolo di attori protagonisti di nuove forme di governance nei rispettivi territori, garanti dei servizi forniti e di gestori delle strutture ed organizzazioni all'uopo deputate.

Assumendo i principi sopradetti, l'ASUR, attraverso la costante consultazione con le istituzioni locali, con le organizzazioni sindacali, con le associazioni degli utenti e con il terzo settore promuove, anche per il tramite delle Zone Territoriali, modalità di lavoro di rete ed il concetto di sussidiarietà con un livello di confronto e consultazione che permetta di verificare il livello dei servizi rispetto alla evoluzione della domanda e alle aspettative della comunità locale.

Visione

La visione strategica dell'ASUR è rivolta a consolidare un sistema organizzativo improntato sull'adeguatezza, sulla continuità e sulla qualità dei servizi offerti ai cittadini rispetto ai loro bisogni ed attese. Tale sistema è rivolto alla ricerca della soddisfazione dei cittadini e degli operatori, in un contesto di efficiente gestione delle risorse disponibili su soluzioni condivise dei problemi, di miglioramento continuo della qualità dei servizi offerti e di valorizzazione delle risorse professionali.

L'ASUR definisce il proprio assetto organizzativo e le modalità di funzionamento più appropriati per corrispondere alle indicazioni programmatiche del governo regionale con specifico riguardo agli obiettivi di prevenzione, clinico-assistenziali ed economico-finanziari individuati nel Piano Sanitario Regionale, favorendo la comunicazione tra professionisti e tra questi e il management aziendale.

In particolare, l'azione dell'ASUR è prioritariamente indirizzata sia alla promozione della salute e non solo all'erogazione di servizi, sia alle politiche per la qualità e l'innovazione, ricercando l'integrazione in rete delle competenze e professionalità.

Per l'assolvimento della missione e la realizzazione della propria visione strategica, l'ASUR si configura come un'organizzazione di tipo reticolare, differenziata ed integrata internamente, adatta a supportare le caratteristiche di appropriatezza, di tempestività, di efficacia, di adeguatezza, di qualità e di privacy dei servizi offerti ai cittadini.

La partecipazione dei professionisti alle decisioni aventi rilevanza strategica, organizzativa e gestionale costituisce connotazione fondamentale dell'azione aziendale ed è assicurata attraverso il Collegio di Direzione di Zona, i Comitati di Dipartimento, gli Uffici di Coordinamento delle Attività Distrettuali.

Titolo II

Il Governo

Gli Organi

Il Direttore Generale

Il Direttore Generale è l'organo di vertice della struttura organizzativa aziendale alla quale competono tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza legale dell'Azienda ai sensi dell'art. 3 comma 6 del D.Lgs n. 502/92, come da ultimo modificato dall'art. 3 del D.Lgs n. 229/99.

Ha il compito primario di impostare e regolare l'assetto organizzativo ed il funzionamento dell'Azienda e di governare il sistema delle relazioni della struttura con il contesto istituzionale e socio - economico di riferimento.

Presidia la dimensione politico-strategica aziendale, governa il livello gestionale-operativo anche attraverso le Zone Territoriali, avvalendosi della collaborazione del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Responsabile dei Servizi di Integrazione Socio Sanitaria. In particolare, promuove l'attuazione delle politiche aziendali finalizzate al soddisfacimento dei bisogni di salute della popolazione nel rispetto dei vincoli determinati dalle risorse disponibili di cui garantisce l'uso ottimale secondo criteri di pertinenza, evidenza di efficacia, sicurezza, appropriatezza, efficienza ed equità nelle opportunità di fruizione dei servizi.

Il Collegio Sindacale

Il Collegio Sindacale aziendale è nominato dal Direttore Generale ed è composto da cinque membri in possesso dei requisiti di cui all'art. 3 ter del D.Lgs 502/92 e s.m.i., così designati:

- due dalla Giunta Regionale;
- uno dal Ministro dell'Economia;
- uno dal Ministro della Salute;
- uno dalla Conferenza Regionale Permanente Socio – Sanitaria.

Il Collegio Sindacale, nel corso della prima seduta, elegge tra i componenti il Presidente.

Il Collegio Sindacale vigila sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti, controlla l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico, accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio d'esercizio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili. Effettua, inoltre, periodicamente, verifiche di cassa. Fornisce al Direttore Generale indicazioni utili alla corretta gestione aziendale e provvede ad ogni altro adempimento previsto dalla legislazione vigente.

Il Collegio Sindacale riferisce trimestralmente alla Giunta Regionale sui risultati della propria attività e denuncia immediatamente alla stessa eventuali gradi irregolarità nella gestione o situazioni di disavanzo.

I componenti il Collegio Sindacale possono procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e controllo; i risultati devono essere comunque sottoposti all'organo collegiale per l'assunzione delle conseguenti determinazioni.

Il Collegio Sindacale dura in carica tre anni.

Il Collegio dei Direttori di Zona

Il Collegio dei Direttori di Zona è composto dai Direttori delle 13 Zone Territoriali ed è presieduto dal Direttore più anziano.

Rappresenta il momento della promozione, del confronto e del coordinamento delle strategie complessive del governo aziendale.

Ha funzioni consultive e propositive nei confronti del Direttore Generale in materia di programmazione e valutazione delle attività tecnico – sanitarie e ad elevata integrazione sanitaria con particolare riguardo:

- all'individuazione delle innovazioni di prodotto per soddisfare le necessità e le preferenze degli utilizzatori dei servizi, nell'ambito dei piani di attività dell'ASUR;
- alla definizione dei programmi di sviluppo delle risorse umane e delle azioni organizzative necessarie per l'attuazione delle strategie aziendali, inclusi i processi di mobilità del personale conseguenti alla riorganizzazione,

nonché la consistenza e le variazioni delle dotazioni organiche delle strutture operanti nei diversi ambiti;

- alla promozione dell'integrazione dei servizi dell'ASUR anche con quelli svolti da soggetti esterni, inclusa la definizione, il monitoraggio e la verifica degli accordi contrattuali con altre aziende sanitarie e con erogatori privati, nonché con gli enti locali, sia nell'ambito di programmi intersettoriali di prevenzione sia per le attività socio assistenziali;
- alla valutazione del raggiungimento degli obiettivi aziendali;
- alla definizione dei contenuti dell'Atto Aziendale;
- all'elaborazione di proposte ed istruzioni finalizzate ad assicurare comportamenti uniformi da parte delle strutture decentrate.

Il funzionamento del Collegio è disciplinato da apposito regolamento.

Le Politiche per la Salute

Obiettivi di salute

La finalità primaria di qualsiasi sistema sanitario consiste nel tutelare, promuovere e migliorare la salute dei propri cittadini. Per raggiungere questo scopo è necessario muoversi all'interno di due ambiti, tra loro comunicanti ma concettualmente distinti:

- da una parte un'azione di **politica della salute**, che vede coinvolti una pluralità di attori impegnati in maniera sinergica al raggiungimento di risultati, che trova radici profonde nella responsabilizzazione dei singoli soggetti e nella loro capacità di collaborare. Tali soggetti sono identificabili nei singoli cittadini, nelle istituzioni, nel volontariato, nell'associazionismo, nei produttori non profit e profit, negli operatori sanitari, nelle organizzazioni sociali e sindacali, negli organi di comunicazione. Gli interventi integrati da realizzare sono orientati a promuovere comportamenti, condizioni e stili di vita in grado di tutelare la salute dei singoli e della collettività, di permettere un utilizzo appropriato dei servizi sanitari, oltre che a contrastare le principali patologie. Il sistema deve essere in grado di affrontare le condizioni di cronicità in forma attiva anche attraverso processi di integrazione socio-sanitaria. L'interazione e l'integrazione tra i diversi attori si realizzano nel rispetto e nella valorizzazione delle competenze proprie di ogni soggetto;
- dall'altra parte la **politica delle cure** che vede direttamente coinvolte le organizzazioni sanitarie, i professionisti e gli operatori e si traduce nella produzione-erogazione di prestazioni e servizi sanitari. Obiettivo della politica delle cure deve essere la ricerca dei più elevati livelli di appropriatezza e di efficacia, sia con riferimento alle cure primarie che nell'erogazione di prestazioni altamente specialistiche e di eccellenza. L'offerta dei servizi sarà quindi condizionata da un lato da principi di equità, uniformità ed accessibilità, dall'altra da una costante rispondenza ai principi dell'evidenza clinica. Il punto di riferimento è costituito dai livelli essenziali di assistenza (LEA) standard definiti a livello nazionale e regionale, che la programmazione aziendale declinerà in standard – obiettivo contesto-specifici sulla base dei profili di salute rilevati ai diversi livelli territoriali.

Dall'individuazione degli obiettivi di salute prioritari discende la programmazione delle attività e dei servizi da erogare - su scala aziendale, zonale e distrettuale - temperando criteri di efficacia e sostenibilità economica.

Le informazioni necessarie all'individuazione di tali obiettivi di salute sono fornite dai flussi informativi e dalle indagini epidemiologiche e sono costruiti anche attraverso percorsi di audit comunitario ed istituzionale.

La centralità del cittadino

L'organizzazione aziendale deve essere costantemente orientata a riconoscere la centralità del cittadino nell'ambito della costruzione dei propri processi.

L'ASUR ritiene che le proprie politiche sanitarie possano essere compiutamente trasformate in appropriati servizi solamente se tale processo vede il pieno coinvolgimento dei cittadini che da soggetti beneficiari dell'assistenza sanitaria diventano soggetti competenti, in grado di determinarla e di partecipare attivamente alle scelte.

Lo stesso accesso ai servizi e la loro utilizzazione sono fortemente condizionati dal grado di conoscenza che i cittadini hanno circa le loro caratteristiche e il loro funzionamento e l'obiettivo di costruire percorsi privilegiati di coinvolgimento permette di raccogliere significativi contributi per la qualificazione dei servizi erogati.

Pertanto la centralità del cittadino assume valore strategico assoluto per l'ASUR ed è perseguita mediante specifiche politiche della comunicazione tese all'informazione, alla formazione ed alla partecipazione.

L'informazione, sistematica e tempestiva, ha lo scopo di favorire un utilizzo appropriato dei servizi e delle prestazioni sanitarie, così come di garantire un consenso effettivamente informato sui trattamenti ricevuti così da permettere l'esercizio della facoltà di scelta sugli stessi.

La partecipazione rappresenta uno strumento essenziale per la definizione degli obiettivi di salute e consente scelte operative condivise, che, col moltiplicarsi e col progressivo differenziarsi dei bisogni di salute, comportano un utilizzo oculato delle risorse disponibili non illimitate.

Per perseguire tali obiettivi, l'Azienda garantisce il costante impiego, da parte di ogni Zona Territoriale, degli strumenti organizzativi previsti ai diversi livelli organizzativi:

- la Carta dei Servizi, intesa come l'espressione formale del patto sulla qualità dei servizi offerti e sul loro costante miglioramento stipulato tra l'Azienda ed i cittadini;
- l'Ufficio Relazioni con il Pubblico che rappresenta il punto di incontro con i cittadini ed è strutturato per assicurare la diffusione di informazioni semplici e tempestive sull'intero territorio aziendale, nonché configurarsi come punto di ascolto, attraverso i reclami ed i suggerimenti, per attivare processi di miglioramento continuo;
- i Comitati di Partecipazione, cui si riconosce un ruolo fondamentale assicurando il necessario supporto e l'accessibilità alle informazioni, per lo svolgimento della loro attività ed in particolare per:
 - assicurare controlli di qualità da parte della domanda, specie con riferimento ai percorsi di accesso ai servizi;
 - promuovere la sperimentazione e l'utilizzo di indicatori di qualità dei servizi dal lato dell'utenza;
 - sperimentazione modalità di raccolta e di analisi dei "segnali di disservizio".

Il governo clinico

L'ASUR adotta i principi e gli strumenti del governo clinico come elementi strategici del modello professionale.

Il governo clinico attiva un percorso in grado di integrare la componente preventivo-clinico-assistenziale e quella organizzativo-gestionale attraverso il diretto coinvolgimento degli operatori nei principali processi gestionali.

Il governo clinico riconosce due dimensioni distinte:

- una dimensione di sistema, caratterizzata dal raggiungimento di uno standard qualitativo delle prestazioni derivato dall'applicazione di modelli operativi scientificamente validati;
- una dimensione applicativa, caratterizzata dalla complementarità del rapporto tra adeguatezza di sistema ed appropriatezza delle prestazioni erogate.

Gli elementi costitutivi di un "sistema" di governo clinico sono indicativamente i seguenti:

- orientamento delle azioni degli operatori sanitari e dei pazienti verso obiettivi di efficacia e appropriatezza, mediante interventi sanitari basati sulle migliori evidenze scientifiche disponibili a livello internazionale. Le linee-guida cliniche e clinico-organizzative rappresentano sia lo strumento di sintesi delle evidenze disponibili e di definizione degli obiettivi generali e di cambiamento da raggiungere, condivisi tra componente clinica ed amministrativa, che quello attraverso il quale si possano valutare i risultati e la qualità della assistenza sanitaria fornita, definendo specifici indicatori di appropriatezza attesi da raggiungere o verso cui tendere;
- coerenza complessiva con le politiche regionali in tema di accreditamento delle strutture produttrici, pubbliche e private;
- definizione, all'interno dei processi, dei ruoli, delle relazioni e delle responsabilità dei soggetti operativi coinvolti, in particolare nella presa in carico operativa di casistica e problematiche ad elevata complessità;
- definizione di standard dotazionali e di modelli organizzativi ed operativi tendenziali, usualmente basati su principi di rete integrata;
- standard informativi unificati in grado di guidare l'applicazione di standard di processo, di valutare il prodotto, e di garantire base informativa per le procedure di audit interno, ai fini sia della gestione del rischio clinico che dello sviluppo di percorsi di validazione tecnico-scientifica delle attività rese;
- audit clinico: sono le azioni con cui gli operatori sanitari revisionano le performance dell'assistenza fornita rispetto a uno standard definito; è utile per aumentare il grado di conoscenza del proprio operato e favorire un confronto tra pari;
- formazione permanente;
- gestione del rischio intesa come strumento per prevenire rischi o incidenti che possono verificarsi nell'esecuzione di pratiche sanitarie e per informare correttamente pazienti ed operatori;
- trasparenza e verificabilità dei risultati raggiunti;
- coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta nell'individuazione e nel raggiungimento degli obiettivi aziendali.

L'ASUR, attraverso le Zone Territoriali:

- sviluppa programmi di governo clinico a partire dalla definizione degli argomenti sui quali concentrare azioni coordinate; data la complessità e la relativa novità saranno identificati alcuni ambiti prioritari in termini di rilevanza clinica, epidemiologica o aventi carattere di forte assorbimento di risorse;
- opera affinché siano organizzate delle modalità di lavoro adeguate, sia in funzione di nuovi modelli metodologici e comportamentali, sia in funzione degli obiettivi di salute e dei programmi assistenziali, predisponendo dei programmi permanenti di formazione e di aggiornamento ai diversi livelli.

Le Zone Territoriali costituiscono l'ambito organizzativo e strumentale deputato a sviluppare la cultura, i principi e le metodiche del governo clinico e a tradurli in atti clinico-assistenziali coerenti.

A livello di ciascuna Zona, sono identificati i soggetti aventi ruoli e responsabilità definite nello sviluppo, nel mantenimento e nel miglioramento continuo delle funzioni di governo clinico. In tale funzione risultano essenziali la piena operatività del Collegio di Direzione di Zona e dei dipartimenti sanitari.

La continuità dei percorsi di cura

L'ASUR assume come valore strategico e quindi come obiettivo da perseguire la continuità assistenziale dei percorsi di cura.

Questa è da intendersi come quell'insieme di processi assistenziali che permettono, la presa in carico globale dell'assistito e la massima integrazione dei singoli momenti del percorso di cura.

Attraverso queste procedure viene migliorata l'accessibilità ai servizi e viene garantita un'adeguata successione temporale degli interventi, senza soluzione di continuità ed orientando il paziente ed i familiari verso le soluzioni più adeguate ai problemi presentati

L'ASUR promuove, attraverso le Zone Territoriali, lo sviluppo di strumenti operativi in grado di assicurare la continuità dei percorsi di cura, rappresentati anche dalle diverse forme di associazionismo tra i medici di medicina generale: queste possono essere volte sia a garantire percorsi di cura autonomi e completi, che a realizzare la continuità tra i momenti ordinari di assistenza ambulatoriale e domiciliare e quelli straordinari della guardia medica territoriale.

Per quanto attiene all'assistenza ospedaliera, la continuità dei percorsi di cura si realizza attraverso l'organizzazione di un sistema a rete, individuando processi assistenziali integrati, che superino le impostazioni verticali monodisciplinari per assumere quella dei processi trasversali funzionali, privilegiando sempre la mobilità nella rete delle risorse rispetto a quella dei pazienti.

La continuità dei percorsi di cura dovrà essere garantita anche rispetto alla dimensione ospedale – territorio (dimissioni protette) e viceversa.

La politica del farmaco

L'ASUR persegue lo sviluppo di politiche del farmaco volte a garantire il buon uso dello stesso, in particolare sul versante del governo clinico della prescrizione, del potenziamento dei sistemi di responsabilizzazione dei medici rispetto ad obiettivi di appropriatezza, delle modalità distributive dei farmaci, della prescrizione, consumo e dispensazione di farmaci generici, assicurando un graduale miglioramento delle condizioni operativo-gestionali di supporto attraverso lo sviluppo di un adeguato sistema informativo.

Il perseguimento degli obiettivi indicati avviene su tre versanti principali:

- la presenza ed il potenziamento di competenze tecniche volte a prevedere e a valutare gli effetti di politiche di razionalizzazione della spesa farmaceutica;
- lo sviluppo di competenze idonee ad implementare sistemi complessi di governo clinico della prescrizione, fondate su solide basi scientifiche e sul confronto ed il consenso dei diversi attori del sistema;

- il rafforzamento della collaborazione tra la funzione di governo in materia e le strutture operative ospedaliere e territoriali.

Il modello organizzativo individuato riconosce nell'organizzazione dipartimentale la formula ordinaria di gestione operativa delle attività specifiche dell'area.

Approccio integrato socio-sanitario

Le legge di riordino ha sottolineato l'importanza di un approccio integrato socio-sanitario alle problematiche di salute.

Per l'ASUR l'integrazione socio-sanitaria costituisce un obiettivo che coinvolge tutte le componenti aziendali. Quest'azione è condotta valorizzando adeguatamente le esperienze specifiche di integrazione socio-sanitaria presenti sul territorio marchigiano per orientarle in una prospettiva unitaria;

La Direzione Aziendale individua gli indirizzi strategici dell'integrazione socio-sanitaria declinati ed attuati a livello zonale attraverso il confronto sistematico con i soggetti e le formazioni sociali impegnati nella programmazione e nella gestione dei servizi, e in linea con il Piano regionale per un sistema integrato di interventi e servizi sociali.

Il modello marchigiano di integrazione socio-sanitaria va quindi costruito coniugando in maniera armoniosa ed organica l'opzione della Regione di mantenere la competenza sociale dei Comuni, promuovendo la programmazione e la gestione dei servizi sociali a livello di Ambito Territoriale sociale (ex L.328/00, in attesa della definizione dei Livelli essenziali e uniformi delle prestazioni - LIVEAS - Art. 9, comma 1, lett. B) con le competenze dell'area socio-sanitaria, disciplinata dal DPCM 29 novembre 2001 recante Definizione dei LEA e dal DPCM 14 febbraio 2001 recante Atto di indirizzo e coordinamento in materia di prestazioni sociosanitarie.

In questa prospettiva, per realizzare un'adeguata e coerente integrazione socio-sanitaria, l'ASUR, attraverso le Zone Territoriali, intende:

- ripensare il sistema di organizzazione e di erogazione delle prestazioni socio-sanitarie attraverso il recupero dell'unitarietà di sistema;
- favorire il consolidamento delle iniziative in atto, combinando in logica integrata tutti gli aspetti innovativi realizzati e da realizzare;
- individuare, concordare e realizzare le modalità istituzionali, organizzative e gestionali di integrazione tra il sistema dei servizi sanitari e il sistema dei servizi sociali.

Le Politiche Gestionali

Le funzioni di committenza e produzione

L'ASUR basa la propria azione gestionale sull'equilibrio tra funzione di committenza e quella di produzione.

La committenza è funzione diffusa ai diversi livelli organizzativi entro un quadro unitario definito dalla Direzione Generale e viene esercitata dalle Zone Territoriali nei confronti di tutti i produttori di servizi sanitari, interni ed esterni, pubblici e privati, in base ai criteri di accreditamento definiti dalla Regione. Si esplica nella definizione, in ogni Zona Territoriale, della qualità e della quantità delle prestazioni necessarie per fronteggiare le patologie prevalenti e per fornire una risposta adeguata ed appropriata ai bisogni di salute della popolazione.

Rappresenta lo strumento indispensabile per la programmazione delle attività e trae esplicito mandato dalle istanze della comunità locali, veicolate anche attraverso i Piani comunitari di salute.

La definizione dei rapporti con i produttori interni all'Azienda si configura nell'ambito del processo di budget.

La funzione di committenza racchiude in sé l'esercizio di quattro sotto funzioni:

- funge da collegamento tra obiettivi e compiti assegnati all'Azienda ed alle sue articolazioni dai piani comunitari di salute ed il piano strategico aziendale (e relative declinazioni operative);
- presiede alla negoziazione ed alla stipula degli accordi contrattuali con gli erogatori esterni, pubblici e privati, ed alla negoziazione di budget con i produttori interni;
- garantisce la congruità tra i piani aziendali e le risorse disponibili;
- assicura il monitoraggio, il controllo dei risultati raggiunti da ciascun soggetto erogatore.

Alla funzione produttiva compete, all'interno del quadro delineato, progettare e realizzare programmi operativi mirati, efficaci ed adeguati in rapporto ai bisogni rilevati, in coerenza con le necessità cliniche ed assistenziali ed economicamente sostenibili.

Il ciclo di programmazione e controllo

Per programmazione si intende “un processo continuo di previsioni di risorse e di servizi per raggiungere determinati obiettivi secondo un ordine di priorità stabilito, che permetta di scegliere la o le soluzioni ottimali tra più alternative in base ad una scelta che prenda in considerazione il contesto dei vincoli, interni ed esterni, noti o prevedibili nel futuro.”

La programmazione sanitaria deve quindi caratterizzarsi per la capacità di:

- individuare, rispetto al quadro sanitario rilevato, i determinanti e le tendenze più significative che producono effetti sulla salute della popolazione target in modo tale da fondare su di essi le strategie di allocazione delle risorse;
- immaginare scenari futuri che si possano creare sia per l'azione delle decisioni assunte, sia per fattori imprevisi, sia per l'inevitabile evoluzione delle tendenze in essere;
- progettare prevedendo gli effetti delle azioni scelte e la loro efficacia attesa;
- decidere la strategia di allocazione delle risorse più adatta alla particolare situazione sanitaria su cui si deve incidere.

Il modello di programmazione scelto dall'ASUR si fonda su due approcci complementari. Il primo si basa sull'epidemiologia, intesa come studio della distribuzione dei problemi, aventi valenza sanitaria e socio sanitaria, nella popolazione ed analisi dei fattori che determinano questa distribuzione; il secondo si fonda sullo studio degli ambienti e degli stili di vita. Il primo approccio permette di indirizzare l'attenzione verso i sistemi di cura, il secondo permette di arricchire il raggio di azione, indirizzandosi anche verso attività di prevenzione, di promozione della salute e l'integrazione socio sanitaria.

Il processo programmatico non può quindi che presentarsi come un processo unitario, continuo, dinamico e circolare, strutturato su più livelli, tale da lasciare gradi di libertà che consentano la partecipazione di tutti gli attori coinvolti, secondo un percorso processuale che ha le sue tappe fondamentali nella:

- analisi delle condizioni di salute e di bisogno dei servizi;
- scelta delle priorità;
- definizione dei contributi del sistema sanitario al miglioramento delle condizioni di salute della comunità;
- formulazione del piano azioni annuale e triennale;
- definizione del budget e dell'assegnazione delle risorse;
- valutazione dei risultati, autodiagnosi organizzativa, (ri)avvio delle fasi di governo.

In coerenza con le caratteristiche sopra evidenziate, le politiche gestionali sono basate sui seguenti principi:

- accentramento partecipato delle strategie che attraverso canali organizzati, supporti la direzione ed organizzzi il coinvolgimento dei diversi livelli organizzativi previsti;
- decentramento della gestione, in presenza di una direzione generale che, utilizzando le leve della delega e del controllo, snellisca i processi e governi i risultati;
- capillarizzazione degli obiettivi e pianificazione “circolare” diffusa, intesa come sollecitazione al problem solving, all'interno delle linee guida politico-strategiche definite dalla direzione;
- forte integrazione verticale e orizzontale, verso lo sviluppo di un sistema decisionale e operativo centrato sulla diffusione delle informazioni e sulla condivisione delle scelte, atto alla valorizzazione in rete dei livelli di offerta dei diversi territori, garantendo l'effettivo coordinamento delle attività;
- qualità delle risorse umane, nel senso di costante attenzione allo sviluppo della professionalità tecnico-specialistica, gestionale e organizzativa di tutto il personale dell'Azienda e dei professionisti che operano nell'ambito del sistema sanitario regionale per conto dell'Azienda.

La programmazione dell'ASUR fa riferimento agli atti e agli indirizzi nazionali e regionali. In tale ambito, assumono una rilevanza strategica il Piano Sanitario Nazionale, il Piano Sanitario Regionale; inoltre, valorizza gli indirizzi di carattere locale, in particolare i Piani comunitari per la salute, elaborati e realizzati da un pluralità di attori coordinati dall' Ente Locale, che rappresentano l'individuazione degli obiettivi prioritari di salute da perseguire in una logica di intersectorialità.

Il governo e la gestione aziendali si basano sulla definizione degli obiettivi di salute, di assistenza e di gestione, che orientino in modo preciso le scelte della struttura verso i bisogni prioritari della popolazione, qualificano il sistema di azioni ed ottimizzino l'impiego delle risorse disponibili. La gestione per obiettivi diffusi e integrati fra i differenti livelli (integrazione verticale) e ambiti di responsabilità (integrazione orizzontale), rappresenta il fattore unificante principale del sistema e delle sue macro e micro articolazioni.

L'ASUR utilizza un sistema diffuso di pianificazione e controllo che coinvolge tutti i livelli di responsabilità. Tale sistema è incardinato sull'incontro e sull'integrazione fra gli indirizzi generali provenienti dalla Regione, dalle comunità locali e dalla direzione e le proposte tecnico-operative provenienti dai nuclei produttivi, a partire dai livelli di responsabilità di base, propri delle funzioni di produzione.

L'incontro fra i due flussi programmatori ha lo scopo di realizzare una programmazione aziendale a doppia congruenza, in quanto in linea sia con le politiche macro sanitarie nazionali e regionali, che con i bisogni specifici della popolazione e con i suggerimenti e le proposte tecniche e organizzative dei professionisti e degli operatori in genere. Il processo di pianificazione, in quanto strumento forte di coinvolgimento e di responsabilizzazione delle figure sanitarie e socio-sanitarie sugli obiettivi e sui processi sia tecnici, che economico-gestionali, rappresenta uno dei percorsi più efficaci per l'affermazione dei principi del governo clinico.

Il piano operativo annuale (budget), in particolare, rappresenta, per tutti i livelli di responsabilità coinvolti, lo strumento per individuare i principali obiettivi e le specifiche azioni necessarie per realizzarli, definendo, nello stesso tempo, le

risorse necessarie (umane, tecnologiche, strutturali, etc.) per il loro perseguimento.

Gli strumenti specifici della programmazione aziendale sono:

- il piano strategico aziendale, che rappresenta il livello strategico della programmazione aziendale con cui vengono definite le priorità, fissando obiettivi ed indirizzi assistenziali e gestionali di breve e medio periodo e le strategie per conseguirli. Ricomprende il Programma Triennale della Prevenzione. È approvato dal Direttore Generale, previo parere della Conferenza Permanente Regionale Socio Sanitaria; il piano è approvato dalla Giunta Regionale;
- i piani delle attività zonali, strumenti di programmazione proprio di ogni Zona con cui vengono definite le iniziative di sviluppo e di miglioramento dei servizi, nonché quelle connesse alla gestione delle attività già presenti nell'ambito territoriale di riferimento. Tale Piano, elaborato sulle base delle priorità definite a livello aziendale, è adottato dal Direttore di Zona con la collaborazione del Collegio di Direzione, previo parere della Conferenza dei Sindaci ed è approvato dal Direttore Generale;
- il programma delle attività distrettuali, strumento per la definizione dei servizi relativi alle attività sanitarie e socio-sanitarie in un'ottica di integrazione con quelli erogati dagli altri livelli assistenziali, sulla base delle risorse assegnate, tenuto conto delle priorità definite a livello aziendale. Elaborato e proposto dal Direttore di Distretto con la collaborazione dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali, previo parere del Comitato dei Sindaci, è adottato dal Direttore di Zona;
- il piano operativo annuale (budget), elaborato ai diversi livelli di responsabilità, negoziato da questi con i livelli organizzativi superiori fino alla sintesi quale piano operativo zonale, che specifica e traduce operativamente gli obiettivi della programmazione aziendale, ne definisce le modalità di realizzazione e identifica specifiche proposte di miglioramento dei livelli di qualità e di efficienza della struttura.

L'ASUR fornisce linee guida per l'elaborazione degli strumenti della programmazione aziendale.

Il processo budget

La Giunta Regionale definisce annualmente, sulla base dei criteri fissati dal Consiglio Regionale, le articolazioni del bilancio aziendale in budget finalizzate al finanziamento delle Zone Territoriali.

Le Zone Territoriali, tenuto conto delle indicazioni fornite dal Piano Strategico Aziendale, definiscono proposte relative ad obiettivi ed azioni per l'anno di riferimento, individuando, contestualmente, le risorse necessarie per il loro perseguimento e procedendo al processo negoziale intrazonale.

Le suddette proposte, verificate preliminarmente con la Direzione Generale al fine di garantire la coerenza complessiva del sistema, costituiranno la base con cui l'ASUR e le singole Zone, congiuntamente, si presenteranno al tavolo negoziale regionale.

Il budget generale d'Azienda, che si allega al Bilancio economico preventivo, viene approvato dalla Giunta Regionale. Con periodicità trimestrale sono prodotte, in modo sistematico, le informazioni di attività e di utilizzo delle risorse per verificare che l'andamento della gestione sia in linea con gli obiettivi previsti ed adottare, in caso contrario, le misure correttive necessarie. La definizione delle fasi e dei soggetti coinvolti nel processo di budgeting è definita da apposito regolamento che dovrà prevedere modalità ispirate a rendere effettiva la massima partecipazione nel rispetto dello spirito della normativa di riorganizzazione.

Il governo economico finanziario

Elemento prioritario all'interno del processo di aziendalizzazione è la definizione di un sistema di governo aziendale (corporate governance), capace di collegare e rendere congruenti i risultati economico finanziari con quelli clinico epidemiologici, definendo l'ambito delle autonomie e l'oggetto delle responsabilità organizzative interne, così da integrare la cultura amministrativa con quella sanitaria per il perseguimento di obiettivi comuni.

L'ASUR garantisce in ogni Zona Territoriale :

- l'equilibrio tra i finanziamenti ed i livelli di assistenza (LEA) programmati e concordati con la Regione;
- l'equilibrio complessivo tra i costi di produzione ed erogazione dei servizi assistenziali ed il sistema di remunerazione in essere, tariffario ed extra tariffario;
- la gestione dei flussi di cassa in grado di assicurare tempestività ed omogeneità nei pagamenti nell'intero sistema.

L'espressione in termini economico finanziari e patrimoniali delle scelte operate con il Piano Strategico Aziendale costituisce il contenuto del Bilancio pluriennale di previsione che evidenzia, in particolare, gli investimenti e la loro copertura finanziaria. È articolato per esercizio ed è aggiornato annualmente.

Il Bilancio economico preventivo espone analiticamente, per l'anno solare successivo, la previsione del risultato economico dell'Azienda. È redatto sulla base dello schema del bilancio pluriennale di previsione e corredato da una relazione illustrativa del Direttore Generale che ne costituisce parte integrante. Nella relazione vengono, tra l'altro, indicati gli investimenti da attuarsi nell'esercizio, le prestazioni che si intendono erogare, i dati analitici relativi al personale e le articolazioni del budget con i corrispondenti obiettivi e risorse.

Il risultato economico e la situazione patrimoniale e finanziaria dell'esercizio sono rappresentati nel Bilancio di Esercizio. Al fine di rafforzare le funzioni di verifica e valutazione dei risultati di gestione aziendale, il bilancio d'esercizio è sottoposto a certificazione.

L'azienda riconosce ed attua la divisione delle funzioni di indirizzo politico amministrativo, assegnate al Direttore Generale ed ai Direttori di Zona, dalle funzioni di gestione operativa riservate ai Dirigenti. A questi ultimi, in conseguenza dell'azione del governo clinico, è riconosciuta autonomia gestionale ed operativa cui è collegata una diretta responsabilizzazione sui risultati raggiunti, valutati in relazione alle risorse impiegate.

Il sistema dei controlli

Il sistema di programmazione, valutazione e controllo interno fa parte di un processo unitario che richiede la partecipazione di più strutture e quindi va gestito in modo integrato e con spirito di forte collaborazione fra tutti gli attori coinvolti.

All'interno dell'Azienda sono distinte diverse attività di controllo: l'attività di controllo strategico; l'attività di controllo di gestione; l'attività di controllo di regolarità amministrativa e contabile; l'attività di autocontrollo; monitoraggio della qualità dell'assistenza e dell'appropriatezza delle prestazioni rese.

Attività di controllo strategico

E' di diretta competenza del Direttore Generale ed è finalizzata alla valutazione e verifica della congruenza tra obiettivi definiti dalla programmazione strategica e risultati conseguiti.

Attività di controllo di gestione

E' finalizzata alla verifica dell'efficacia, efficienza ed economicità della gestione al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati conseguiti.

Attività di controllo di regolarità amministrativa e contabile

Il controllo di regolarità amministrativa e contabile spetta al Collegio Sindacale.

Le funzioni di controllo spettano anche a specifici servizi aziendali e sovrazionali di cui all'art. 1, comma 62 legge 662/96, secondo le competenze loro attribuite dai regolamenti vigenti.

L'ASUR istituisce, inoltre, un sistema di autocontrollo inteso come funzione volta ad assicurare che l'amministrazione attiva di cui alla L.R.13/03 si espliciti in modo conforme alle leggi e secondo l'effettiva opportunità in relazione al concreto interesse pubblico.

La funzione di autocontrollo si articola su due livelli:

- Primo livello: è posta in essere da ciascun dirigente nell'ambito delle proprie responsabilità e limitatamente al proprio ambito di competenza.
- Secondo livello a propria volta articolato su due funzioni e precisamente:
 - a) funzione ispettiva svolta tramite Nuclei Ispettivi Sovrazionali
 - b) funzione controllo atti svolta tramite i Nuclei di Controllo Atti di livello zonale ed aziendale.

L'ASUR, con appositi regolamenti disciplina attribuzioni, ambiti di intervento, composizione, organismi di autocontrollo, procedure, modalità di esercizio dell'attività al fine di individuare e distinguere con chiarezza il sistema di autocontrollo dagli altri controlli interni ed esterni (Collegio Sindacale; controllo di gestione; controllo strategico; Servizio Ispettivo della Regione; Osservatorio regionale degli appalti pubblici di lavori, servizi e forniture).

Tale attività di controllo si pone l'obiettivo di evitare il verificarsi di irregolarità sotto il profilo amministrativo (errori, ritardi, insufficiente motivazione degli atti anche e soprattutto sotto il profilo della economicità della gestione ecc.).

Il carattere "collaborativo" dell'autocontrollo dovrà positivamente declinare attraverso i Nuclei Ispettivi i rilievi formulati dal Collegio Sindacale per evitare il ripetersi dei comportamenti censurati.

L'accertamento documentale potrà portare alla richiesta di chiarimenti e, ove possibile, di integrazioni e/o modifiche di quanto formalmente deciso sempre in un'ottica evolutiva.

Eventuali situazioni di particolare criticità e problematicità tali da comportare revoca o annullamento degli atti, troveranno estrinsecazione nel potere di autotutela da esercitare nel rispetto dell'ordinamento giuridico.

Il miglioramento continuo della qualità dell'assistenza e dell'appropriatezza delle prestazioni rese, già richiamate nel § Obiettivi di salute, rappresentano obiettivo prioritario dell'ASUR, perseguito con l'attivazione di specifico sistema di monitoraggio, anche sulla base delle indicazioni della DGRM 1212/04.

Il decentramento funzionale

L'ASUR dà attuazione alle disposizioni di cui all'articolo 3 commi, 1 - bis e 1 - quater del D.Lgs 30 dicembre 1992 n. 502, ai principi di cui al D.Lgs 165/01, nonché alle disposizioni di cui alla Legge Regionale 20 giugno 2003 n. 13 in materia di funzioni e responsabilità della Dirigenza.

L'ASUR coerentemente con le disposizioni di cui al punto che precede promuove il decentramento funzionale, con determinazione di competenze e responsabilità della Direzione Generale e di quelle dei vari livelli operativi, nella logica della massima responsabilizzazione e valorizzazione della Dirigenza di tutte le aree professionali.

Il sistema delle deleghe e delle attribuzioni di responsabilità e poteri

Il Direttore Generale ha la rappresentanza legale dell'Azienda ed esercita i poteri di gestione della stessa. Egli è il garante dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa e del regolare funzionamento dell'Azienda.

Il Direttore generale, con separato apposito atto di organizzazione, individua le funzioni di gestione di propria competenza e ne disciplina l'eventuale devoluzione, nonché le funzioni di competenza dei Direttori di Zona.

Il Direttore Generale, in particolare:

- esercita le funzioni di indirizzo e controllo;
- definisce, sulla base della programmazione di livello nazionale e regionale, i programmi e gli obiettivi da attuare;
- verifica la rispondenza dei risultati della gestione rispetto agli indirizzi impartiti ed il raggiungimento degli obiettivi assegnati, avvalendosi delle procedure di controllo interno.

Nell'ambito sopra descritto, le funzioni di livello zonale sono assicurate dal Direttore di Zona.

Il Direttore Generale esercita le funzioni sopra indicate direttamente, ovvero, in caso di assenza o impedimento, delegandole al Direttore Amministrativo o al Direttore Sanitario con apposita determinazione.

In mancanza di delega, il Direttore Generale è sostituito dal Direttore più anziano per età (ex art. 3 comma 6 D.Lvo 502/92).

In caso di contestuale assenza o impedimento temporaneo del Direttore Generale e del Direttore individuato sulla base dei due criteri precedenti, il Direttore Generale è sostituito dal Direttore presente in Azienda, ferma la necessità di esercizio delle funzioni di supplenza nei confronti del Direttore, Amministrativo o Sanitario, assente.

Il Direttore Generale, con apposite determinazioni, può provvedere alla delega di funzioni di carattere gestionale di sua competenza a favore del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario, del Responsabile dell'Integrazione dei Servizi Socio – Sanitari, nonché dei Direttori di Zona.

I Direttori di Zona possono, a loro volta, delegare ai direttori di Presidio Ospedaliero, Distretto, Dipartimento e struttura complessa della loro Zona Territoriale, le attribuzioni loro proprie in base all'atto di organizzazione precedentemente citato.

Le dette funzioni non possono essere oggetto di sub delega.

Le funzioni ed i compiti oggetto di decentramento funzionale e attribuiti alla competenza gestionale della dirigenza sono oggetto di specifica definizione con separato atto del Direttore Generale e su questo indirizzo, dai Direttori di Zona per quanto di competenza.

L'atto di organizzazione definisce gli ambiti di autonomia e responsabilità nella gestione tecnico-professionale, amministrativa e finanziaria del settore operativo di competenza, implicanti anche il potere di adottare atti aventi rilevanza esterna.

Sia nell'ambito delle competenze gestionali regolamentate in capo ai dirigenti sia di quelle eventualmente delegate di volta in volta e nei limiti della delega, spetta ai Dirigenti l'adozione dei relativi atti compresi quelli che impegnano l'Amministrazione verso l'esterno.

Gli atti di natura amministrativa adottati dai Dirigenti in tutti i casi di cui ai punti che precedono, possono essere oggetto di riforma da parte del Direttore Generale e dei Direttori di Zona per quanto di competenza in sede di autotutela, ove ne sia accertata l'illegittimità e verificato che la rimozione risponda al perseguimento dell'interesse pubblico.

In caso di ritardato o mancato esercizio delle funzioni attribuite al dirigente, il Direttore Generale ed i Direttori di Zona, con atto motivato, potranno avocare a loro gli atti di competenza del medesimo.

La gestione e lo sviluppo delle risorse umane

Il perseguimento della mission e lo svolgimento dei compiti primari dell'ASUR, l'ampiezza e il livello di complessità dell'organizzazione e della gestione, le specificità del suo sistema produttivo, l'impegno e la partecipazione previsti dalla pratica del governo clinico e le scelte di decentramento e di coinvolgimento gestionale dei professionisti, definiscono la risorsa umana fattore critico e strategico del sistema ASUR.

L'ASUR si pone l'obiettivo, quindi, di reclutare professionisti e operatori fortemente qualificati e di sviluppare le capacità professionali di ciascun operatore, in particolare nell'area dell'assistenza alla persona, per mettere a disposizione dei cittadini un sistema di competenze in grado di tutelare al meglio i diritti e i bisogni di benessere della persona.

Sono adottati, pertanto, nel rispetto delle normative vigenti, metodi di reclutamento in grado di individuare le migliori risorse possibili disponibili, in particolare per le figure professionali il cui ruolo risulti particolarmente critico e di difficile reperimento, utilizzando criteri e strumenti di selezione meritocratici, in grado di identificare, oltre alle conoscenze teoriche, le capacità e le attitudini dei candidati al ruolo e all'area professionale di destinazione.

Obiettivo primario dell'ASUR è quello di creare un sistema condiviso di valori etico-professionali e di pari opportunità, di logiche e di metodiche operative, che costituiscano terreno comune per le differenti culture tecnico-specialistiche e ne favoriscano l'integrazione lungo i processi di assistenza, per un proficuo raggiungimento di obiettivi comuni.

Sono messe in atto, quindi, tutte le iniziative e le azioni possibili utili alla crescita dei livelli di qualità professionale di tutte le risorse umane della struttura, dagli operatori di base ai vertici aziendali; per questo particolare attenzione viene

posta all'addestramento, all'aggiornamento e alla formazione del personale con specifica attenzione ai neo assunti. Scopo dell'ASUR è di costruire un percorso continuo di sviluppo delle risorse umane, realizzando programmi formativi sistematici e diffusi, che abbiano come riferimento gli obiettivi produttivi, i processi gestionali e clinico-assistenziali e le relative esigenze di crescita professionale del personale ed il sistema complesso di relazioni richiesto e necessario per raggiungere i risultati fissati.

La convinzione di disporre di risorse umane in grado di incrementare ulteriormente i propri livelli di professionalità, orienta la struttura a ricercare e sviluppare al proprio interno professionisti e operatori in grado di gestire ruoli e incarichi di complessità e responsabilità crescente. A tale scopo viene adottato lo strumento della valutazione del potenziale professionale, fondamentale per la costruzione di percorsi di sviluppo di "carriera" del personale, in grado di preparare in modo mirato e programmato le risorse in grado di garantire il successo dell'organizzazione.

La gestione delle risorse umane è basata sui principi della informazione, del coinvolgimento e della partecipazione, nel rispetto delle responsabilità/autonomie proprie di ciascun ruolo organizzativo, della sistematica verifica, valutazione e regolazione delle prestazioni professionali e dei processi operativi, attraverso il confronto chiaro ed esplicito fra i diversi livelli di responsabilità. L'ASUR intende orientare in misura crescente tutta la struttura verso tali "stili" gestionali, consapevole della loro forte valenza formativa. Fornire informazioni e spiegazioni, stimolare proposte, valutare i risultati e le modalità attraverso le quali sono stati raggiunti significa, infatti, crescere all'interno dei processi gestionali, realizzando veri e propri percorsi formativi sul campo ed affermando il "modello" dell'organizzazione che apprende.

Strumenti fondamentali per la gestione dei professionisti e degli operatori sono sistemi chiari e certi di impostazione, programmazione e gestione delle attività, dei processi e delle risorse. L'identificazione di obiettivi, la definizione di azioni e di risorse, l'adozione di sistemi e metodiche qualificate di intervento, l'effettuazione di verifiche sistematiche dei risultati e dei processi prodotti, rappresentano gli strumenti fondamentali di ciascun responsabile per la gestione professionale dei collaboratori.

La valutazione

L'ASUR realizza una gestione "meritocratica" del personale a tutti i livelli, adottando sistemi di valutazione delle posizioni organizzative e delle prestazioni professionali equi e trasparenti.

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

In sintonia con quanto previsto dal DLgs 286/99, normativa regionale e dai CCNL, si adotta un processo di valutazione gestito e garantito dalla linea gerarchica. Ogni operatore e professionista è valutato, in prima istanza, dal responsabile diretto, in merito al raggiungimento dei risultati attesi e alle capacità professionali espresse.

I Direttori di Zona, nel processo descritto, valutano direttamente tutti ruoli dirigenziali a loro direttamente afferenti, definiti in base al modello organizzativo stabilito.

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

Per i dirigenti, la verifica di seconda istanza è realizzata attraverso gli organismi preposti (Collegio Tecnico e Nucleo di Valutazione), sulla base della metodologia e degli strumenti di valutazione definiti in appositi atti.

Il Collegio Tecnico procede alla verifica periodica:

- delle attività professionali svolte e dei risultati raggiunti da parte di tutti i dirigenti, indipendentemente dall'incarico conferito con cadenza triennale;
- dei dirigenti titolari di incarico di direzione di struttura complessa o semplice, alla scadenza dell'incarico loro conferito;
- dei dirigenti di nuova assunzione ai fini del conferimento di incarico al termine del primo quinquennio di servizio;

Il Nucleo di Valutazione procede alla verifica annuale:

- dei risultati di gestione del dirigente di struttura complessa ed anche di struttura semplice, ove sia affidata la gestione di risorse;
- dei risultati raggiunti da tutti i dirigenti, in relazione agli obiettivi affidati, ai fini dell'attribuzione della retribuzione di risultato.

Per il personale del comparto, la verifica di seconda istanza è demandata al Nucleo di Valutazione.

L'ASUR adotta una politica retributiva selettiva e differenziata, collegata ai risultati della valutazione delle posizioni e delle prestazioni, per realizzare un sistema "premiante" equo, con forte valenza etica, ed in grado di fornire alla struttura elementi di rinforzo, anche economico, delle responsabilità rivestite, dei risultati e dei comportamenti positivi prodotti.

A fronte di risultati mancati e di comportamenti operativi e professionali incongruenti rispetto a quelli definiti, vengono adottati, anche a garanzia della tutela e dei diritti degli utenti, provvedimenti di vario ordine e grado, correlati alla posizione rivestita e all'entità delle mancanze prodotte, il tutto in linea con quanto previsto dai CCNL.

In attuazione dei principi precedentemente definiti e di quanto previsto dai CCNL, verranno adottati appositi atti deliberativi per definire i criteri, le modalità e le procedure di applicazione dei sistemi di valutazione.

La dirigenza aziendale

I dirigenti curano l'attuazione degli obiettivi definiti dal Direttore Generale e dal Direttore di Zona per quanto di competenza, esercitando autonomi poteri di spesa e di organizzazione per quanto di loro competenza e rispondendo al superiore gerarchico dei risultati raggiunti.

Ai diversi livelli organizzativi, per ciascuna funzione dirigenziale sono definite puntualmente le specifiche aree di responsabilità, nonché le attribuzioni di competenze e gli obiettivi individuali con la stipula di apposito contratto individuale di lavoro.

Tipologia degli incarichi dirigenziali

L'ASUR e le sue articolazioni adottano una prassi di affidamento degli incarichi ai dirigenti che prevede, preliminarmente, l'elaborazione del profilo professionale richiesto dalla posizione da ricoprire, per indirizzare la selezione del candidato verso la scelta più appropriata. In linea di massima tale profilo è definito dalle capacità di:

- programmare e gestire le risorse umane, percependone e analizzandone esigenze, potenzialità, vocazioni e quelle economico-finanziarie, organizzative, tecnologiche per la realizzazione degli obiettivi della struttura assegnata;
- integrare la propria posizione e il servizio presidiato con il sistema aziendale, per garantire l'efficace funzionamento dell'intero sistema, oltre che dell'ambito organizzativo di "competenza";
- instaurare un sistema organizzativo e un sistema di relazioni con gli utenti in grado di garantire il rispetto dei loro diritti, bisogni e aspettative, basato su flussi trasparenti e sistematici di informazioni utili all'orientamento nei consumi, alla partecipazione collaborativa ed al consenso;
- affrontare e risolvere in modo positivo i problemi riscontrati (problem solving), anche proponendo soluzioni innovative;
- operare in modo massimamente efficace nell'area specifica di affidamento dell'incarico (competenze tecnico-specialistiche).

Per struttura, si intende l'articolazione organizzativa per la quale è prevista una diretta responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie.

L'ASUR e le sue articolazioni procedono al conferimento delle seguenti tipologie di incarico, relativamente al ruolo sanitario:

1. incarichi con responsabilità di struttura, distinguibili in:
 - 1.1. incarichi con responsabilità di struttura complessa;
 - 1.2. incarichi con responsabilità di struttura semplice;
2. incarichi di natura professionale ad elevata specializzazione;
3. incarichi di natura professionale, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e controllo;
4. incarichi di natura professionale, conferibili a dirigenti con meno di cinque anni di servizio.

Per i dirigenti del ruolo tecnico, professionale ed amministrativo oltre all'attribuzione di incarichi di struttura complessa e semplice si prevede la possibilità di conferire incarichi dirigenziali di natura professionale in presenza di aree specialistiche ad elevato contenuto tecnico in qualità di supporto al responsabile della struttura, configurando così un'articolazione analoga a quella sopra definita per i dirigenti del ruolo sanitario. Con appositi atti l'Azienda definisce le modalità ed i percorsi attuativi specifici.

Il conferimento degli incarichi dirigenziali di direzione di dipartimento, struttura - complessa e semplice e professionali, da parte del Direttore Generale e dei Direttori di Zona per i rispettivi ambiti di responsabilità, è disciplinato dal Direttore Generale con apposito atto nel rispetto delle disposizioni di legge e delle norme contenute nei contratti collettivi di lavoro.

La libera professione

L'ASUR promuove e valorizza l'attività libero professionale intramuraria resa dai professionisti nelle varie forme previste dai CCN.L., nell'ambito della normativa nazionale e delle disposizioni regionali in materia, operando per favorire la reperibilità e la disponibilità di spazi interni adeguati all'attività ambulatoriale e di ricovero.

L'ASUR intende perseguire in modo efficace la composizione virtuosa dei diversi e legittimi interessi:

- degli utenti ai quali poter offrire una ulteriore opzione per ottenere prestazioni sanitarie di qualità elevata e controllata con tempi di attesa ridotti e tariffe trasparenti rispetto a quelle del mercato privato;

- del personale del ruolo sanitario che attraverso l'esercizio delle attività libero professionali ha la possibilità di un rapporto più personalizzato con l'utente, di una maggiore autonomia e responsabilizzazione nello svolgimento dell'attività e di soddisfazioni economiche;
- di sistema che può ottenere un arricchimento delle capacità e delle pluralità di risposta alla domanda sanitaria.

L'ASUR a tutela in particolare dei diritti dei cittadini assicura, in ogni Zona Territoriale, ogni impegno nella necessaria ed irrinunciabile attività di controllo e verifica circa il corretto svolgimento di tale attività libero professionale ed il perdurare del dovuto equilibrio fra quest'ultima e l'attività istituzionale.

Per la regolamentazione dell'istituto si rinvia ad atto separato la cui applicazione di dettaglio è contrattata, dalle singole Zone, con le rappresentanze sindacali di categoria.

Il sistema delle relazioni

Premessa

L'ASUR si impegna a dare concreta attuazione ai risultati delle concertazioni che la Regione effettua con le varie rappresentanze sindacali, associazioni di categoria, aziende di servizi e rappresentanze dei cittadini.

Le relazioni esterne: gli enti locali

La necessità di un sistema di relazioni stabili e significative tra ASUR, le sue articolazioni ed enti locali territoriali non è solo un obbligo di legge riconfermato dalla L.R. 13/03 che ribadisce il ruolo della Conferenza dei Sindaci, "quale espressione dei bisogni della collettività nel campo dei servizi alla persona e di raccordo con altri servizi rispondenti a bisogni contigui a quelli sanitari", e del Comitato dei Sindaci, che "esercita funzioni di indirizzo e verifica sulle attività distrettuali e sui risultati raggiunti rispetto alle esigenze locali riferite alle problematiche sanitarie e sociali della popolazione residente", ma è anche la condizione preliminare per garantire un adeguato ed omogeneo governo della salute sui territori.

In questo senso i Piani Comunitari per la Salute consentono, attraverso un modello relazionale fortemente innovativo e partecipato, di assumere l'ottica della promozione della salute come il riferimento sul quale leggere ed interpretare le azioni di programmazione della rete dei servizi.

Forme di confronto e raccordo saranno individuate tra ASUR e Conferenza Permanente Regionale Socio Sanitaria, in relazione alle problematiche di competenza ed al ruolo attribuito alla Conferenza dalla legge di riorganizzazione.

Le relazioni esterne: le organizzazione sindacali

Lo sviluppo del sistema delle relazioni sindacali è uno degli strumenti indispensabili per garantire la realizzazione degli obiettivi posti dalla legge di riordino, con il pieno coinvolgimento delle OO.SS. sia in relazione alla qualità delle prestazioni che all'efficacia /efficienza dell'azione gestionale.

Conseguentemente le relazioni sindacali, ferme le prerogative regionali previste dai contratti vigenti, sono orientate su due direttrici fondamentali: l'una, di livello aziendale, nei confronti delle Confederazioni e delle OO.SS. per il confronto sulle politiche che l'Azienda intende perseguire; l'altra, di livello zonale, nei confronti delle RSU e delle OO.SS. titolari dei tavoli di contrattazione decentrata per la gestione delle norme contrattuali e la definizione dei Contratti Integrativi.

La scelta del legislatore regionale di mantenere alle singole Zone il secondo livello di contrattazione, con la sottoscrizione delle intese e degli accordi aventi valenza zonale, mantiene in capo all'Azienda il dovere di formulare indirizzi comuni, indispensabili per una omogenea ed equa gestione degli istituti contrattuali, entro cui collocare l'autonomia prevista.

La pluralità dei momenti di confronto, nel rispetto delle prerogative di ciascun soggetto, da regolarsi con specifici protocolli, lungi dal rappresentare un appesantimento dell'azione gestionale ed il rispetto di formalismi procedurali, costituisce elemento di crescita e condivisione finalizzato alla realizzazione del comune obiettivo che vede nella qualità del Servizio Sanitario l'espressione del livello di civiltà della comunità marchigiana.

Le relazioni esterne: le Aziende Ospedaliere e l'Università

Nel modello regionale adottato, le funzioni di tutela della salute e di committenza sono poste in capo all'ASUR, che le esercita attraverso le Zone Territoriali.

L'ASUR mediante i propri strumenti di programmazione di breve, di medio e di lungo periodo, si pone come obiettivo la piena valorizzazione dei soggetti esterni che operano all'interno del sistema sanitario regionale, tenuto conto della pianificazione regionale e locale, in una logica strategica di integrazione tra i servizi offerti e di miglioramento reciproco. In questo ambito, una funzione particolarmente rilevante, per le dimensioni strutturali, per la complessità e l'importanza dei rapporti e per il ruolo rivestito, spetta alle Aziende Ospedaliere pubbliche che si configurano prevalentemente quali strutture produttrici di servizi ospedalieri e specialistici.

Tali soggetti rappresentano infatti una risorsa fondamentale del sistema sanitario regionale, per il contributo quali-quantitativo che possono fornire in un'ottica sinergica nella definizione di strategie e nell'attuazione delle azioni e dei programmi.

L'ASUR intende esplicitare il rapporto con le Aziende Ospedaliere sotto forma di "governance", negoziando la tipologia e la qualità dei servizi offerti sulla base dei bisogni di cura rilevati ed in coerenza con gli indirizzi regionali.

I rapporti dovranno quindi basarsi sui seguenti principi cardine:

- uno spirito di comune appartenenza al SSR, attraverso la definizione di una rete integrata di servizi per ottimizzare l'uso delle risorse disponibili assicurandone la complementarietà;
- una programmazione basata sui bisogni di salute della cittadinanza/utenza e dalla domanda espressa;
- la condivisione di una politica di erogazione di servizi e prestazioni basata sull'appropriatezza garantendo interventi di provata efficacia;
- la condivisione di protocolli operativi e tecnico-scientifici;
- l'adozione di procedure informatiche e telematiche atte a favorire l'integrazione operativa e la fruibilità dei servizi per il cittadino;

- I rapporti saranno gestiti nelle forme, nei tempi e nei modi prescritti dalla normativa regionale.

L'ASUR sviluppa ed accresce la collaborazione, a tutti i livelli, con le strutture universitarie, sulla base dei protocolli di intesa firmati tra Regione ed Università, ai fini:

- dell'erogazione e dello svolgimento di attività e prestazioni da queste assicurate sia all'interno degli accordi programmatori correnti con aziende ospedaliere pubbliche che all'interno di struttura a gestione diretta;
- dello svolgimento di attività didattiche e di tirocinio pratico relative ai percorsi formativi delle professioni di area sanitaria;
- dallo svolgimento del percorso formativo degli specializzandi.

Viene altresì sviluppato un rapporto privilegiato con l'Università all'interno dei percorsi di aggiornamento e qualificazione del personale, nonché per tutte le attività ed i progetti per i quali l'Università può fornire risorse professionali, competenze e strumenti. I rapporti sono stabiliti ai sensi del protocollo d'intesa tra Regione ed Università.

Le relazioni esterne: i soggetti erogatori privati

L'ASUR, nell'ambito degli accordi-quadro regionali, regola il rapporto con i produttori privati accreditati di prestazioni sanitarie; la sottoscrizione di appositi contratti di fornitura avviene da parte delle diverse Zone Territoriali interessate.

Tali contratti, sviluppati in un'ottica di integrazione e di omogeneità di regole con i produttori pubblici interni, debbono definire la tipologia quantitativa e qualitativa dei prodotti – servizi necessari ed appropriati per contribuire a rispondere ai bisogni di salute della popolazione.

In questo modo è possibile evitare inutili e costose duplicazioni di attività, lasciando, nello stesso tempo, "aree di bisogno" non adeguatamente presidiate.

Tali contratti debbono prevedere anche la quantità delle risorse messe a disposizione, i sistemi incentivanti o sanzionatori, gli eventuali meccanismi di revisione e di assestamento dei medesimi.

Le relazioni esterne: il terzo settore

Il terzo settore, nelle sue molteplici articolazioni, rappresenta per l'ASUR sia un importante soggetto impegnato nel raggiungimento degli obiettivi posti dalla legge di riordino che 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 nella Regione.

L'ASUR sviluppa le relazioni con le formazioni sociali che afferiscono al terzo settore secondo due direttrici distinte ma integrate nel perseguire l'obiettivo di favorire lo sviluppo omogeneo del sistema sanitario: una modalità "unitaria", che prende in considerazione il terzo settore nella sua globalità rispetto alle questioni più generali connesse con la salute dei destinatari dei servizi sanitari; un'altra "articolata", che distingue le diverse componenti (Cooperazione sociale, Organismi di volontariato, Associazioni di promozione sociale...) in relazione ai diversi ruoli e funzioni nel Sistema Sanitario Regionale e i diversi settori di intervento nell'ambito dei servizi sanitari e socio-sanitari.

I momenti di confronto tra ASUR e terzo settore, nel rispetto delle competenze e delle responsabilità di ogni tipologia di soggetti che lo compongono,

troveranno varie modalità di esplicazione, da regolarsi con specifici protocolli, rispetto ai differenti contenuti, alle diverse forme di relazione, ai livelli territoriali (Zone, Distretti).

Le relazioni con gli altri attori del sistema sanità

L'ASUR sviluppa in modo sinergico il rapporto di collaborazione con l'Agenzia Regionale Sanitaria, affinché la pratica clinica rifletta in modo adeguato le conoscenze scientifiche disponibili, generando scelte operative razionali ed adeguate.

In tale ottica l'elaborazione di linee guida e di protocolli per l'utilizzo dei servizi sanitari, nonché lo sviluppo dei più opportuni supporti formativi ed informativi rappresenta il terreno privilegiato di incontro delle attività dell'ASUR e dell'Agenzia.

L'ASUR cura e potenzia le interazioni con tutti gli attori del "sistema sanità" (Istituto Zooprofilattico, INAIL, ISPEL) anche al fine dello sviluppo delle reti di sorveglianza epidemiologica funzionalmente integrate.

Nell'ottica della verifica degli effetti sulla salute dei rischi ambientali persegue l'integrazione strategica ed operativa con l'Agenzia Regionale per l'Ambiente (ARPA), cui compete il monitoraggio dei diversi fattori inquinanti.

Le relazioni esterne: Il mondo economico

Il sistema economico rappresenta per l'ASUR una ricchezza ed una risorsa progettuale a supporto dei processi di produzione. A propria volta l'ASUR è uno dei maggiori produttori di ricchezza per l'intero territorio regionale per le opportunità che offre al personale dipendente, convenzionato ed all'indotto che genera prevalentemente attraverso la catena del valore.

Sul versante degli approvvigionamenti, il rapporto non può esaurirsi nel puro e semplice contratto d'acquisto e di fornitura di beni e servizi, ma deve svilupparsi in un'ottica di collaborazione in cui l'Azienda fornisca il massimo dell'informazione sulla finalità istituzionali, determini e valuti le garanzie necessarie alla qualità dell'offerta, adottando il principio delle responsabilità e quindi della contestabilità rispetto al raggiungimento dei risultati.

La fornitura non costituisce un rapporto unilaterale ma è parte di un progetto condiviso e si esplicita nel principio della reciprocità, valorizzando le competenze distintive e chiamando in causa la responsabilità di ognuno verso il risultato cui il rapporto stesso fa riferimento.

Più in generale, è possibile sviluppare rapporti di partenariato con il sistema economico, prevalentemente quello locale, in cui ci possa essere un reciproco scambio di esperienze e lo sviluppo di rapporti collaborativi per il perseguimento di un reciproco vantaggio anche attraverso la sperimentazione di forme di gestione comuni ed innovative.

Le relazioni interregionali

Nell'ambito di un rapporto improntato alla collaborazione, l'ASUR privilegia e valorizza, nei rapporti con aziende sanitarie di altre regioni, la sottoscrizione di appositi accordi tesi a disciplinare ed a governare i rispettivi flussi di mobilità, così da definire e concordare la rispettiva produzione sanitaria in un'ottica di integrazione e nel rispetto delle strategie sanitarie elaborate.

Titolo III

L'organizzazione aziendale

Impianto organizzativo di base

I criteri generali di organizzazione

L'organizzazione aziendale, pur presentandosi unitaria, assume a riferimento la separazione funzionale tra le responsabilità di governo, di indirizzo e di controllo da un lato, e quelle di produzione/gestione delle prestazioni, di organizzazione e gestione delle risorse a tal fine assegnate dall'altro.

Nell'organizzazione aziendale il ruolo di governo e quello di produzione sono assegnati a soggetti diversi al fine di:

- chiarire i relativi ambiti di responsabilità, principio organizzativo fondamentale per garantire coesione ed unitarietà, evitando di creare duplicazioni o lasciare vuoti, e condurre l'Azienda verso l'effettivo perseguimento dei risultati attesi;
- dare attuazione organizzativa al principio di centralità del cittadino, subordinando la produzione agli indirizzi ed alle scelte effettuate in sede di governo;
- rendere strutturalmente evidente il rapporto tra produzione e costi per la stessa sostenuti;
- esplicitare il processo e le priorità di allocazione di servizi.

Il Direttore Generale, cui competono i poteri di governo aziendale, si avvale per l'esercizio di queste sue funzioni di una struttura di governo collegiale composta dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo, dal Responsabile dei Servizi di Integrazione Socio Sanitaria, nonché dal Collegio dei Direttori di Zona per le attività di rispettiva competenza. Supportano tecnicamente l'attività di governo complessiva gli organismi di staff individuati.

La direzione così strutturata ha il compito di presidiare tutte le fasi del governo aziendale, in particolare del processo di programmazione e controllo.

Nel modello delineato le Zone Territoriali, ed i loro Direttori in particolare, assumono un doppio ruolo:

- strategico, già rilevato, quali componenti il Collegio dei Direttori di Zona, di partecipazione attiva al governo dell'Azienda;
- di responsabili della programmazione e gestione complessiva dei servizi sanitari e socio sanitari per l'ambito territoriale di competenza.

Più in dettaglio, il modello organizzativo aziendale deve essere finalizzato al supporto delle strategie e dei processi operativi ed improntato al rispetto di alcuni principi fondamentali:

- la semplicità intesa come aggregazione operativa, finalizzata al conseguimento degli obiettivi delle politiche sanitarie, delle unità affini per contenuti, processi e risultati al fine di contenere il più possibile i livelli di responsabilità e di sviluppare i processi professionali ed operativi sia orizzontali che verticali;
- l'integrazione quale raccordo sistematico tra le numerose articolazioni aziendali, caratterizzate da una diffusa multidisciplinarietà ed interdipendenza nello sviluppo dei processi di assistenza, con la consapevolezza che l'efficacia e la qualità dei risultati di salute per i cittadini

dipendono, in buona misura, dalla capacità dell’Azienda di operare in modo organico e continuo in una logica di processo;

- il decentramento inteso come allocazione delle decisioni e delle conseguenti responsabilità nella sede più prossima a quella in cui si registrano in concreto le conseguenze della decisione stessa;
- la chiarezza, cioè la precisa definizione delle finalità delle unità di staff, della tecnostruttura e della linea produttiva, condizioni necessarie per una piena responsabilizzazione verso i risultati da ottenere;
- l’impersonalità ovvero la costruzione e la gestione della struttura organizzativa basata sull’analisi dei bisogni di salute e sui processi operativi;
- l’orientamento al dinamismo inteso come promozione e sviluppo della flessibilità, dell’innovatività, della creatività e della gestione del cambiamento organizzativo;
- la distinzione tra funzioni di pianificazione strategica poste in capo alla direzione aziendale e la responsabilità gestionale sulla produzione di competenza dei vari livelli organizzativi nel rispetto dei rapporti gerarchici;

Da un punto di vista funzionale, il modello organizzativo delineato si presenta composto da tre gruppi di funzioni, focalizzate in modo specifico:

- strutture di governo (Direzione Generale), che supportano i vertici aziendali e quelli delle unità di business nell’esercizio delle funzioni di indirizzo strategico e di controllo;
- strutture di business (Zone Territoriali), che sono responsabili della programmazione locale e della gestione dei servizi sanitari e socio sanitari nel rispetto delle linee strategiche e degli obiettivi definiti a livello regionale, aziendale ed operano secondo strutture specializzate;
- strutture di servizio (Dipartimento ATL) che erogano i propri servizi in una logica di contracting-in sulla base di accordi che prevedono livelli di servizio, le modalità di erogazione e le condizioni economiche di scambio. Sono costituite da unità che accentrano servizi comuni a più unità di business allo scopo di perseguire efficienze ed economie di scala.

Modelli funzionali: rete ed area vasta

Lo sviluppo delle politiche sanitarie avanzate indotte dalla normativa regionale, non può prescindere dalla rivisitazione degli attuali modelli organizzativi e dallo sviluppo di innovazioni organizzative e funzionali nei punti chiave del sistema.

L’ASUR adotta, nei modelli organizzativo-funzionali, le soluzioni idonee a garantire al sistema un funzionamento coerente con tali finalità.

L’ASUR promuove quindi direttamente, un’attività di ricerca e sviluppo nel settore dell’innovazione funzionale, finalizzata alla messa a punto di modelli successivamente applicabili e/o sperimentabili alle scale e dimensioni operative più consone.

La centralità del cittadino, dei suoi problemi di salute nella accezione più ampia nonché la continuità della presa in carico, impongono, in linea generale, un modello ad elevata integrazione, rappresentato dal modello a “rete”. Tale modello è declinabile, nelle sue forme più standardizzabili, a seconda del ruolo più opportunamente assegnabile ai vari “nodi” della rete (rete a base gerarchica, rete a centro di gravità concentrato, rete a centri di gravità multipli, rete senza centri, ecc.).

Il concetto ed il modello di rete risulteranno sistemicamente sovraordinati e prioritari; per ciascuna area di intervento progressivamente individuabile, verranno ricercate le dimensioni esplicative e funzionali più opportune. Dal percorso modellistico, dovranno essere dedotti i settings funzionali, che

potranno riconoscere una o più scale (distrettuale, zonale, sovrazonale, aziendale), ma che più frequentemente risulteranno poliscolari e tendenzialmente di area vasta, che così non rappresenta un nuovo livello organizzativo, bensì un ambito di riferimento corrispondente ad un bacino d'utenza sufficientemente ampio e significativo in termini di massa critica di attività prodotte e fruite.

Tale ambito di riferimento risulta idoneo per azioni gestionali, collaborazioni e integrazione di funzioni, al fine di accrescere le economie di scala e migliorare l'efficienza e l'efficacia dei servizi.

Nello sviluppo del modello prefigurato, l'ASUR esercita un ruolo forte di coordinamento, promuovendo l'individuazione dei momenti di implementazione e manutenzione delle reti.

Dati tali presupposti, gli organigrammi risulteranno massimamente dedotti dai funzionigrammi; innovazioni di processo e di prodotto potranno determinare modificazioni ed aggiornamenti degli organigrammi, in base ad un principio irrinunciabile di flessibilità "in divenire" di strutture, servizi, ruoli, relazioni e responsabilità.

I criteri per l'individuazione delle strutture organizzative

L'individuazione delle strutture complesse e delle strutture semplici viene effettuata con riferimento all'assetto aziendale, anche tenuto conto delle peculiarità locali, sulla base dei seguenti criteri di massima:

- la rilevanza strategica dell'azione svolta rispetto al governo complessivo, agli obiettivi richiesti, alla domanda dei servizi;
- dimensione complessiva di tutte le risorse attribuite alla struttura;
- livello di responsabilità ed autonomia che viene richiesto come condizione per il successo organizzativo;
- livello di competenza ed esperienza professionale, tecnica e/o manageriale richiesta per un'adeguata direzione della struttura per assicurare migliori livelli di efficacia, efficienza degli interventi;
- livello di "complessità interna" della struttura, ossia numero e tipologia di differenti professionalità e risorse direttamente afferenti alla struttura;
- livello di "complessità esterna" in cui la struttura opera, ossia numero e tipologia dei rapporti da gestire con altre strutture aziendali per lo svolgimento dei compiti e degli obiettivi assegnati o con l'ambiente esterno all'Azienda;

Una struttura è definita complessa se sono presenti in modo rilevante le caratteristiche sopra riportate o qualora sia definita tale dalla normativa vigente; in caso contrario è semplice. Tali criteri saranno posti a base anche della "pesatura" di dettaglio delle diverse strutture, agli effetti della definizione della posizione ricoperta.

L'articolazione organizzativa

Il modello dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa e di organizzazione di tutte le attività dell'ASUR.

Il Dipartimento, unità organizzativa fondamentale dell'Azienda, è costituito da strutture, complesse e semplici, omogenee, omologhe, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono quindi tra loro interdipendenti, pur mantenendo le rispettive autonomie e responsabilità professionali.

I Dipartimenti sono aziendali, sovrazionali e zionali in base alla competenza territoriale e possono articolarsi al loro interno in aree dipartimentali. Possono inoltre essere strutturali, funzionali, interaziendali, transmurali e tecnico scientifici.

Per dipartimento strutturale si intende l'aggregazione di più strutture complesse e semplici in un aggregato avente l'obiettivo di gestire in modo razionale, sia in termini di efficienza che di economicità, l'impiego delle risorse umane, tecniche e strutturali rispettivamente assegnate.

Per dipartimento funzionale si intende l'aggregazione di professionalità finalizzate ad attività omogenee (in relazione al conseguimento di specifici obiettivi strategici) e svolte da strutture organizzative anche appartenenti a dipartimenti strutturali diversi o di aziende diverse.

Per dipartimento tecnico scientifico si intende una aggregazione di strutture complesse con funzioni di raccordo finalizzato a garantire per la propria area di competenza: la valutazione complessiva dei bisogni assistenziali, la definizione di standard di funzionamento e di indicatori di qualità dei servizi, l'omogeneità delle procedure e dei servizi sanitari, la definizione di protocolli di collaborazione.

Ai dipartimenti sanitari compete:

- il corretto utilizzo dei metodi e degli strumenti del governo clinico;
- l'identificazione delle priorità e dei programmi di dipartimento, garantendo una corretta allocazione delle risorse assegnate, nonché acquisendo la responsabilità dei risultati complessivi raggiunti in ambito dipartimentale;
- la responsabilità della gestione appropriata delle risorse negoziate e assegnate per raggiungere gli obiettivi definiti dagli strumenti di programmazione, in ciò rappresentando l'interfaccia tra "corporate governance" e "clinical governance", quest'ultima direttamente ed operativamente praticata dai dirigenti delle unità operative nell'ambito degli indirizzi definiti dal dipartimento.

Nell'ambito dei dipartimenti sanitari, vi sono Strutture Complesse che aggregano risorse professionali mediche, sanitarie non mediche, tecniche, risorse tecnologiche e finanziarie; esse assicurano l'organizzazione e la produzione delle attività sanitarie, per quanto di competenza, nel rispetto degli indirizzi definiti.

Le Strutture Semplici comprendono attività di una stessa unità operativa, assicurando il miglioramento continuo del processo assistenziale e l'organizzazione e la gestione delle risorse attribuite. Dal punto di vista organizzativo, di norma, dipendono dalle strutture complesse. Le strutture semplici possono configurare una diretta dipendenza dal Dipartimento di afferenza.

Il Programma è un'organizzazione anche temporanea, di livello aziendale o zonale, che assicura unitarietà di programmazione, organizzazione e valutazione per processi organizzativi in aree problematiche o percorsi assistenziali per popolazioni bersaglio, che necessitano del contributo coordinato ed integrato di una pluralità di competenze appartenenti a strutture organizzative o settori di attività diverse. Il responsabile di Programma, nello svolgimento di tale funzione, afferisce in modo diretto rispettivamente al Direttore Sanitario o al Direttore di Zona. A tali organizzazioni l'ASUR e le Zone assegnano obiettivi specifici da conseguirsi mediante tecniche e strumenti tipici del project management.

Sono organi fondamentali dei Dipartimenti sanitari strutturali:

a) Il Direttore del Dipartimento, nominato, su base fiduciaria, ai sensi della vigente normativa, assume le funzioni di coordinamento delle attività, con particolare riguardo alla componente tecnico-gestionale; sotto questo profilo, in particolare, assicura:

- il funzionamento organizzativo-gestionale del Dipartimento e l'ottimale utilizzo integrato delle risorse assegnate, avvalendosi anche del supporto di gruppi di lavoro appositamente costituiti;
- lo sviluppo dei programmi, dei progetti e dei piani previsti e negoziati con i soggetti previsti per l'ambito relazionale specifico di ciascun Dipartimento e ne verifica periodicamente i risultati;
- la collaborazione alle iniziative finalizzate al governo clinico, in particolare alle gestioni per processi ed alle definizioni dei percorsi per l'utenza;
- la massima integrazione del Dipartimento nello scenario operativo specifico, in ottica di rete, con superamento di un modello divisionale chiuso;

b) Il Comitato di Dipartimento è costituito da componenti di diritto e da componenti elettivi. Sono componenti di diritto il Direttore del Dipartimento, i Direttori di U.O. complesse, i Responsabili di strutture semplici a valenza dipartimentale; la componente elettiva verrà nominata secondo modalità stabilite in dettaglio in apposito regolamento tenuto conto della vigente normativa, con l'obbligo di rappresentanza dei profili professionali impegnati. Il Comitato Direttivo di Dipartimento esprime funzione deliberante in ordine alla gestione delle risorse assegnate, alla formulazione ed alla applicazione di linee-guida e modelli operativi coerenti con le logiche generali di rete, ai piani ed ai programmi di livello dipartimentale;

c) L'Assemblea di Dipartimento, che è composta da tutti gli operatori del Dipartimento. Si riunisce su convocazione del Direttore di Dipartimento per la presentazione degli obiettivi e del documento di budget, per la verifica dei risultati raggiunti e per raccogliere valutazioni, suggerimenti e proposte.

Le presenti disposizioni di carattere generale trovano applicazioni specifiche all'interno di ciascuna tipologia di Dipartimento.

In analogia a quanto sopra, l'articolazione in Dipartimenti, Strutture complesse semplici e Programmi si applica anche per le strutture non sanitarie.

Il Direttore Generale individua, all'occorrenza, forme organizzative temporanee volte a trovare una mediazione fra ruoli e responsabilità specifici in un'ottica di integrazione operativa orizzontale, indotte dagli obiettivi propri di ciascuna struttura.

Il Direttore Generale nomina i Direttori dei Dipartimenti aziendali e sovrazonali, per questi ultimi d'intesa con i Direttori di Zona territorialmente competenti, nonché, di concerto con il Direttore Generale dell'Azienda Ospedaliera, i Direttori dei Dipartimenti interaziendali.

Il Direttore di Zona nomina i Direttori dei Dipartimenti Zonali e delle Unità Operative ad essi afferenti, nonché i Direttori delle Unità Operative dei Dipartimenti sovrazonali, per questi ultimi di concerto con il Direttore Generale.

La Direzione

Il Direttore Sanitario

Il Direttore Sanitario concorre al governo dell'azienda e partecipa al processo di pianificazione strategica, coadiuvando il Direttore Generale nella definizione di linee strategiche, delle politiche aziendali finalizzate alla garanzia di equità nella

opportunità di accesso ed al raggiungimento del miglior rapporto efficacia – efficienza e qualità nella allocazione delle risorse e nella erogazione dei servizi sanitari. Rappresenta il primo e fondamentale snodo organizzativo di collegamento tra il livello strategico ed il sistema operativo aziendale. Concorre al governo aziendale partecipando al processo di pianificazione strategica e di pianificazione annuale dell'Azienda.

In particolare:

- è garante del governo clinico, sostenendo l'azione dei Direttori di Zona ed in tale veste coordina l'area dell'assistenza nel rispetto delle autonomie professionali ed organizzative;
- è garante della qualità e dell'efficienza tecnico operativa della produzione di prestazioni e di servizi, promuovendo nelle Zone Territoriali l'individuazione e l'attuazione di percorsi clinico assistenziali, che, nel quadro delle compatibilità economiche, siano ritenuti i più efficaci ed appropriati per dare concretezza alle linee strategiche fissate a livello aziendale, coadiuvato in tali attività dai professionisti;
- presidia la funzione aziendale di produzione attraverso il coordinamento dell'attività di ricerca epidemiologica e sociale finalizzata ai bisogni di salute ed alla qualità dei servizi prodotti;
- garantisce, supportato dalla funzione di committenza, nell'ambito della programmazione annuale e pluriennale, la coerenza con gli obiettivi di salute ritenuti prioritari, valutando le opportunità, i criteri ed i vincoli per l'elaborazione dei piani di produzione.

Svolge altresì ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente o dai regolamenti anche aziendali ovvero delegatagli dal Direttore Generale.

Nelle materie di rilievo socio-sanitario si coordina, per gli aspetti programmatori e di indirizzo operativo, con il Responsabile dei Servizi di Integrazione Socio-Sanitaria.

Il Direttore amministrativo

Il Direttore Amministrativo concorre al governo dell'azienda e partecipa al processo di pianificazione strategica, coadiuvando il Direttore Generale nella definizione di linee strategiche, delle politiche aziendali avendo cura di verificare e garantire le compatibilità economiche di sistema per assicurarne l'equilibrio.

Al Direttore Amministrativo vengono inoltre attribuiti i seguenti compiti:

- sovrintende ai servizi amministrativi ed è responsabile dell'attività svolta attraverso il Dipartimento amministrativo aziendale, il cui compito principale è quello di coordinare ed integrare i servizi amministrativi ad esso afferenti; inoltre, mediante il dipartimento amministrativo, fornisce supporto ed indirizzi tecnico-professionali alle componenti amministrative di non diretta dipendenza.
- partecipa attivamente alla funzione di committenza aziendale, con particolare riguardo alla verifica delle risorse necessarie, sia nel breve che nel medio periodo, per lo svolgimento delle attività direttamente prodotte e/o di quelle acquistate all'esterno, valutando in tal senso la congruenza tra piani di attività e le compatibilità economico-finanziarie;
- è responsabile dei flussi informativi di supporto alla gestione ed è garante dei debiti informativi interni ed esterni all'Azienda;
- assicura la completezza, la correttezza e la trasparenza dei processi di formazione e dei documenti rappresentativi delle dinamiche finanziarie e patrimoniali dell'Azienda, sovrintendendo alle competenze specifiche dei dirigenti preposti ai servizi;

- assicura la legittimità e la trasparenza degli atti nel quadro delle competenze/responsabilità decentrate ai dirigenti in esecuzione di atti specifici;
- garantisce l'assolvimento degli adempimenti informativi relativi alla gestione economico-finanziaria aziendale, avvalendosi del potere di delega nei confronti dei responsabili delle macro-articolazioni, servizi centrali e delle unità di staff dotate di competenza nelle materie in questione.

Svolge altresì ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente o dai regolamenti anche aziendali ovvero delegatagli dal Direttore Generale.

Il Responsabile dei Servizi di Integrazione Socio-Sanitaria

Il Responsabile dei Servizi di Integrazione Socio Sanitaria concorre al governo dell'azienda e partecipa al processo di pianificazione strategica, coadiuvando il Direttore Generale nella definizione di linee strategiche, delle politiche aziendali finalizzate alla garanzia di equità nella opportunità di accesso ed al raggiungimento del miglior rapporto efficacia – efficienza e qualità nella allocazione delle risorse e nella erogazione dei servizi socio sanitari.

Gli compete di pianificare e coordinare e verificare i percorsi ed i processi dell'integrazione socio sanitaria.

In particolare:

- predispone le linee d'indirizzo aziendali omogenee per la definizione e per l'applicazione degli accordi e dei protocolli d'intesa previsti dalla normativa vigente;
- assicura l'omogeneità aziendale del livello tecnico-professionale ed organizzativo relativamente alle funzioni di competenza;
- nella realizzazione delle proprie attività si raccorda con la Direzione Sanitaria e la Direzione Amministrativa per garantire unitarietà e coerenza agli interventi di integrazione socio sanitaria;
- garantisce supporto alle Zone Territoriali riguardo alle materie di competenza, stimolando e promuovendo una metodologia del lavoro in rete, favorendo l'attuazione integrata dei percorsi e dei processi per la continuità dell'assistenza;
- assicura il collegamento dell'ASUR con gli enti locali - Comuni, Province, Comunità Montane -, gli Ambiti territoriali sociali, le istituzioni pubbliche coinvolte a vario titolo nell'integrazione socio-sanitaria;
- predispone linee di indirizzo per le politiche aziendali riferite al terzo settore ed al volontariato, proponendo atti d'interesse aziendale per i servizi alla persona;

Svolge altresì ogni altra funzione, ivi compresa l'adozione di atti a rilevanza esterna, attribuitagli dalla legislazione vigente o dai regolamenti anche aziendali ovvero delegatagli dal Direttore Generale.

Gli organismi collegiali

Il comitato etico

I Comitati Etici, organismi indipendenti di livello sovrazonale, svolgono funzioni consultive di orientamento della attività assistenziale, al fine di migliorare il

livello di considerazione della dignità umana del paziente e la qualità delle prestazioni, promuovendo l'umanizzazione e la personalizzazione delle cure.

Il Comitato Etico, secondo le direttive del Ministero della salute, esprime pareri autorizzativi sulle sperimentazioni cliniche, senza sollevare peraltro gli sperimentatori dalle loro responsabilità in ordine alle norme giuridiche e deontologiche; esprime altresì pareri motivati in risposta a quesiti metagiuridici sollevati da singoli operatori e dall'utenza

Il regolamento e le modalità di composizione del Comitato sono disciplinate da apposito atto.

Il Nucleo di Valutazione

E' l'organismo che supporta i processi di valutazione, elaborando proposte in particolare sulla:

- definizione dell'impianto del sistema premiante;
- definizione della metodologia di gestione di tale sistema premiante;
- supporto metodologico per la definizione di obiettivi e relativi indicatori per le varie articolazioni organizzative;
- supporto metodologico ai valutatori nel momento della valutazione;
- verifica della coerenza del sistema premiante sia in termini di congruità tra obiettivi assegnati e linee strategiche aziendali, sia in termini di "omogeneità" delle valutazioni fatte ai vari livelli organizzativi.

La tecnostruttura

Le funzioni di Staff

Le funzioni di Staff della Direzione Generale sono assicurate, in modo flessibile, da unità organizzative di struttura complessa e semplice e/o uffici, che operano in supporto ai processi decisionali attraverso attività di analisi, elaborazione e consulenza.

Parimenti, a livello delle Direzioni delle Zone Territoriali, è prevista l'attivazione di strutture di Staff a supporto dei processi decisionali di competenza.

Il Controllo di Gestione

Il Controllo di Gestione è definibile come il sistema strutturato e integrato di informazioni e processi utilizzato dal management a supporto delle attività di pianificazione e controllo e per consentire di cogliere le eventuali inadeguatezze con possibili pregiudizi per i risultati prestazionali ed economici, patrimoniali e finanziari.

In particolare, il Controllo di Gestione si compone di tre elementi:

- un insieme di attività di pianificazione e controllo finalizzate a predefinire prima e monitorare poi le prestazioni aziendali (standard di prodotto e di processo);
- un set di strumenti tecnico – contabili progettati per elaborare informazioni a supporto dei processi decisionali e dell'attività di pianificazione e controllo;
- un sistema informativo destinato a diffondere le informazioni raccolte ed organizzate in modo selettivo, al fine di focalizzare l'informazione destinata al management sulle determinanti del valore aziendale.

Ogni componente rappresenta un sottosistema, ciascuno dei quali è complementare nei confronti di ogni altro e la cui sola considerazione integrata permette di identificare il sistema nel suo complesso.

Il Controllo di Gestione, tipica funzione di staff direzionale, è organizzativamente strutturato su più livelli; l'unitarietà della funzione e l'integrazione delle attività svolte ai diversi livelli è garantita da ruoli di coordinamento sia centrali che sovrazionali con il compito, da un lato, di segnalare al nucleo centrale i problemi e le criticità riscontrate nelle diverse zone e, dall'altro, di promuovere le politiche, gli indirizzi e le soluzioni definite dal nucleo centrale.

I nuclei operativi zionali supportano l'attività decisionale propria di ciascun livello di responsabilità presente in ambito zonale.

La funzione controllo di gestione garantisce la conoscenza dei flussi economico finanziari e dell'attività svolte mediante l'utilizzo di un adeguato sistema di reporting in grado di intervenire tempestivamente a fronte ad eventuali criticità individuate; predispone studi ed analisi economiche sull'andamento della gestione per tutti i livelli dell'organizzazione; definisce standard di prodotto e di processo; supporta le varie articolazioni aziendali nel corso del processo di budgeting.

I Sistemi Informativi

Lo sviluppo di adeguati sistemi informativi è elemento strategico per l'ASUR in quanto rappresenta la condizione per garantire una tempestiva e corretta diffusione, ai diversi livelli organizzativi, delle informazioni necessarie alla gestione.

La gestione dell'informazione, intesa come valore fondamentale, la sua conservazione, la sua offerta, la sua elaborazione, la sua raccolta e in generale il suo trattamento, devono avvenire in modo legittimo, coordinato e pianificato.

È compito dell'area che presidia i sistemi informativi guidare e orientare i processi di informatizzazione, assistere l'utenza e offrire consulenza per promuovere il processo di alfabetizzazione informatica e telematica, tradurre i bisogni informativi in sistemi e soluzioni tecnologiche funzionanti e prontamente disponibili, sviluppare sistemi di gestione per adeguarli ai processi di business, guidare lo sviluppo del sistema informativo direzionale, del sistema informativo amministrativo, del sistema informativo sanitario, territoriale ed ospedaliero, del sistema informativo di front end rivolto al cittadino utente, ai fornitori, ai partner, alle istituzioni, agli stakeholders.

A tale scopo, l'ASUR considera cruciale intervenire sulle tecnologie inerenti l'informazione e la comunicazione (ICT), curando lo sviluppo di professionalità adeguate in tale ambito.

L'attività di tale area si sviluppa secondo quattro direttrici principali:

- programmazione, che comporta la responsabilità di identificare i bisogni degli utenti e di assicurare la coerenza nello sviluppo dei sistemi informativi tra questi ed i bisogni rilevati e tra i diversi sottosistemi esistenti;
- gestione dei progetti di competenza;
- gestione delle attività correnti con la responsabilità di garantirne la tempestiva erogazione ed alti livelli qualitativi;
- progettazione per il continuo sviluppo del sistema.

Il modello organizzativo adottato è quello a rete che riduce i livelli gerarchici, facilita i processi di comunicazione e la flessibilità della struttura. Si fonda su soluzioni funzionali con un nucleo operante a livello direzionale ed altri nuclei operanti a livello zonale.

L'Area è strutturata su più livelli; l'unitarietà della funzione e l'integrazione delle attività svolte ai diversi livelli è garantita da ruoli di coordinamento sia centrali che sovrazionali con il compito, da un lato, di segnalare al nucleo centrale i

problemi e le criticità riscontrate nelle diverse Zone Territoriali e, dall'altro, di promuovere le politiche, gli indirizzi e le soluzioni definite dal nucleo centrale.

Area amministrativa, tecnico e logistica

L'Area amministrativa, tecnica e logistica svolge funzione strumentale a tutte le strutture organizzative aziendali, con particolare riguardo a quelle aventi fine primario l'erogazione dell'assistenza sanitaria.

I principi ispiratori posti alla base del processo di cambiamento in area amministrativa, tecnico e logistica sono, seguendo la logica appena esposta, riconducibili ai seguenti:

- sviluppare un sistema di attività "catena del valore", in cui si definiscano e valorizzino le responsabilità trasversali, favorendo lo sviluppo di processi integrati e superando la parcellizzazione delle singole azioni e le barriere esistenti tra le diverse articolazioni operative, valorizzando il lavoro interdisciplinare attraverso la reingegnerizzazione dei principali processi operativi;
- orientare la struttura alla individuazione ed alla risoluzione dei problemi, ponendo una forte enfasi sul raggiungimento del risultato piuttosto che al rispetto formale dei soli atti ed adempimenti amministrativi;
- caratterizzarsi per l'individuazione di un modello organizzativo improntato alla semplicità, cioè al contenimento delle articolazioni orizzontali e verticali, alla impersonalità ed alla flessibilità;
- eliminare diseconomie e duplicazioni e sovrapposizioni per garantire maggiore efficacia ed efficienza al sistema nel suo complesso;
- garantire chiarezza nel sistema delle relazioni gerarchiche e funzionali così da rendere esplicito e condiviso il sistema delle responsabilità e delle competenze;

In altri termini, gli obiettivi sono quelli di costruire una organizzazione che consenta di:

- diffondere sistemi di lavoro per processi e progetti;
- definire assetti organizzativi che favoriscano l'integrazione orizzontale;
- superare l'eccessiva parcellizzazione dei fattori produttivi per favorire l'uso comune delle risorse, garantire economie di scala e diffondere la cultura aziendale della partecipazione e del miglioramento continuo;
- massima flessibilità nell'uso delle risorse

La giusta dimensione organizzativa atta a garantire contemporaneamente la regolarità, la correttezza, l'economicità, e la tempestività dell'azione amministrativa ed una costante integrazione tra le componenti amministrative e tra queste e la componente sanitaria richiede un modello di riferimento multifattoriale, in cui cultura e struttura all'interno dell'organizzazione vengano sviluppate in modo armonico, contestuale ed integrato.

Il modello organizzativo individuato riconosce nell'organizzazione dipartimentale il modello ordinario di gestione operativa delle attività specifiche dell'Area Amministrativa/Tecnico/Logistica (di seguito ATL).

Il Dipartimento ATL ha competenza aziendale ed esprime la propria razionalità organizzativa articolandosi in aree dipartimentali a propria volta suddivise in strutture rispondenti a criteri geografici e specialistici. Tali strutture, complesse e semplici, rispondono a criteri di autonomia e responsabilità gestionale ed assicurano omogeneità funzionale.

La struttura organizzativa si presenta leggera, fondata su soluzioni funzionali, con un nucleo ristretto di personale operante a livello direzionale la cui consistenza sarà comunque interrelata alla complessità delle materie trattate e con nuclei, di diverso peso ed articolazione, operanti nelle Zone Territoriali.

Sarà così possibile realizzare un sistema di funzioni attraverso la creazione e la utilizzazione di una rete di interconnessioni e di interazioni, che prescindano dal concentramento fisico di operatori e servizi.

La modalità organizzativa prevalente è quella di strutture centrali flessibili, agili, plasmabili, massimamente vocate all'innovazione più che cristallizzate in attività ricorrenti e di routine, capace cioè di modificarsi tempestivamente per rispondere ai diversi stimoli provenienti sia dal contesto interno che dall'ambiente esterno.

Peraltro, in considerazione del fatto che l'efficacia dell'azione sia amministrativa che sanitaria richiede una sempre maggiore integrazione tra i servizi, soprattutto tra quelli affini, sarà massimamente favorito lo sviluppo di procedure trasversali e l'aggregazione, per competenze, su tali procedure, nonché la definizione di modalità comuni per affrontare i temi maggiormente innovativi. Una struttura quindi che possa essere di supporto per l'attività delle Zone nel rispetto di responsabilità e di autonomia.

Il modello organizzativo si configura come un sistema a rete, in cui ogni nodo individuato è caratterizzato da proprie competenze e specializzazioni.

Tale soluzione presenta due vantaggi sostanziali:

- aumenta la conoscenza specialistiche di settore, favorendo la qualità e l'appropriatezza della prestazione di supporto;
- garantisce una distribuzione sul territorio regionale in grado di dare risposte tempestive ai problemi che si dovessero evidenziare.

L'ASUR favorisce inoltre modalità organizzative di tipo processuale così da condurre ad una chiara identificazione del prodotto e dei suoi fruitori, determinando i livelli di responsabilità ed i risultati attesi delle singole posizioni gestionali, in ordine alle fasi specificatamente presidiate. Accanto alle tradizionali posizioni gestionali, quindi, si tenderà ad individuare responsabilità trasversali (Programmi) al livello delle linee di produzione per implementare soluzioni organizzative di rilievo, assicurando efficienza ed unitarietà alla fase realizzativa ed il riconoscimento dei risultati raggiunti.

Nel medio periodo alcuni processi e funzioni, dopo aver vissuto una fase di divisionalizzazione, potranno rendersi autonomi e trovare una utile collocazione in agenzie specializzate. Il processo di esternalizzazione non riguarderà settori rientranti nei compiti propri aziendali (core business amministrativo), presupporrà la configurazione un nuovo rapporto con i soggetti terzi coinvolti (partenariato) e l'esigenza di mantenere e sviluppare competenze legate al governo ed al controllo dei servizi e delle attività esternalizzati.

L'intera area ATL si pone in una logica di servizio nei confronti dei clienti interni sulla base di accordi che prevedano tipologia di prodotti offerti, modalità di erogazione, standard qualitativi garantiti in modo tale da assicurare alle unità di business il necessario supporto, nei tempi e nei modi concordati affinché queste possano concentrare il loro focus nelle attività sanitarie e socio sanitarie di competenza.

Il dettaglio organizzativo del Dipartimento ATL è regolamentato nei documenti di organizzazione di successiva adozione e si modificherà nel tempo, tenuto conto della necessità di plasmare costantemente l'organizzazione alle sollecitazioni provenienti dall'ambiente interno ed esterno.

Le Zone Territoriali

Ambiti e funzioni

Le Zone Territoriali sono articolazioni dell'ASUR, i cui ambiti territoriali sono stati identificati dalla L.R. n.13/03, con compiti di programmazione e gestione dei servizi sanitari e socio-sanitari per il rispettivo ambito territoriale; sono dotate di autonomia gestionale ed operativa, nei limiti delle risorse assegnate, soggette a rendicontazione analitica con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale. Compito delle Zone è di assicurare alla popolazione di riferimento le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza e l'equo l'accesso ai servizi ed alle prestazioni sanitarie, sociali e ad elevata integrazione sanitaria, in coerenza con la pianificazione aziendale, mediante:

- il concorso e la collaborazione, in relazione al proprio bacino di popolazione, alla complessiva valutazione aziendale dei bisogni ed alla conseguente definizione dei servizi necessari;
- l'erogazione diretta e l'acquisizione esterna di prestazioni e servizi, nel rispetto delle risorse disponibili (funzione di produzione), sviluppando una costante azione di indirizzo e di controllo;
- lo sviluppo della continuità e dell'integrazione dei processi di cura, coordinando i soggetti erogatori di prestazioni; l'integrazione si sviluppa in tre direzioni: quella tra le varie attività sanitarie territoriali, quella tra le attività sanitarie territoriali ed ospedaliere ed infine quella tra il complesso delle attività sanitarie e quelle socio-assistenziali di competenza degli Enti Locali (funzione di integrazione).

Ai fini della contrattazione collettiva le Zone Territoriali sono considerate unità amministrative autonome.

Più in dettaglio, esse provvedono:

- alla definizione degli obiettivi di salute secondo gli indirizzi delineati dalla pianificazione aziendale ed al loro perseguimento attraverso il piani di attività zonali (PAZ);
- alla programmazione organizzativa ed operativa per la gestione delle risorse strumentali ed umane dei servizi sanitari di Zona;
- all'integrazione, sia a livello programmatico che di attuazione, dei servizi sanitari con i servizi sociali;
- al coordinamento dei servizi sanitari di Zona relativi ai differenti livelli assistenziali (ospedale, distretto, prevenzione);
- alla rilevazione, all'orientamento ed alla valutazione della domanda socio sanitaria, alla verifica globale del grado di soddisfacimento della stessa, nonché alla valutazione complessiva dei consumi;
- alla distribuzione delle risorse assegnate ed alla corretta utilizzazione delle stesse;
- alla gestione dei rapporti di informazione e collaborazione con la Conferenza dei Sindaci;
- alla negoziazione con le OO.SS., sulla base di indirizzi aziendali, per le intese e gli accordi aventi valenza zonale.

Il Direttore di Zona

Il Direttore di Zona è nominato dalla Giunta Regionale, su proposta del Direttore Generale dell'ASUR e parere della Conferenza dei Sindaci.

Le funzioni attribuite alle Zone Territoriali trovano nei Direttori di Zona elemento di garanzia e di sintesi.

I Direttori di Zona, nel relativo ambito territoriale, svolgono funzioni di programmazione, coordinamento e di gestione complessiva, nei limiti delle risorse ad essi assegnate. Sul versante della direzione aziendale, i Direttori di Zona sono inoltre chiamati a partecipare al processo programmatico, all'interno del Collegio dei Direttori di Zona ed alla contrattazione budgetaria di competenza, rappresentando le specifiche criticità territoriali e condividendo i risultati attesi a livello locale conseguenti alle scelte strategiche aziendali.

Il Direttore di Zona presidia sia l'integrazione verticale (verso la direzione aziendale) che quella orizzontale (tra le diverse unità operative zonali), rappresentando così il garante dell'esistenza delle condizioni professionali, gestionali ed organizzative necessarie per realizzare i risultati attesi all'interno del sistema dato di vincoli esistenti. La sua azione, quindi, si indirizza verso la realizzazione di una vera rete integrata dei servizi capace di assicurare il coinvolgimento non solo delle articolazioni organizzative aziendali presenti sul territorio, ma anche del privato accreditato, delle istituzioni e degli enti locali, delle associazioni di volontariato, per garantire, nel rispetto delle specificità e dell'autonomia organizzativa di ciascun interlocutore, la condivisione degli obiettivi, l'individuazione puntuale delle rispettive responsabilità per produrre il massimo livello possibile di efficacia nelle risposte ai bisogni della popolazione.

Nel dettaglio i Direttori di Zona sono responsabili:

- della programmazione, in coerenza con la pianificazione aziendale, attraverso la definizione degli obiettivi di salute e l'elaborazione dei piani delle attività zonali;
- del coordinamento tra le attività ospedaliere, i servizi distrettuali e le attività di prevenzione;
- dell'integrazione tra i servizi sanitari di Zona e i servizi socio assistenziali;
- dei rapporti di informazione e collaborazione con la Conferenza dei Sindaci;
- dell'accesso ai servizi zonali, attraverso un sistema integrato e finalizzato al controllo ed al rispetto dei tempi di attesa definiti a livello aziendale;
- della gestione del budget di Zona e della relativa negoziazione con i responsabili delle articolazioni organizzative zonali in termini di obiettivi, di attività e di risorse;
- della valutazione epidemiologica della domanda e del suo grado di soddisfazione attraverso l'offerta di servizi;
- della valutazione comparativa dei costi e dei risultati in ciò supportati dalla funzione di controllo di gestione;
- dell'istituzione di un sistema organizzato per il governo clinico anche attraverso la piena utilizzazione e valorizzazione del Collegio di Direzione di Zona;
- della gestione del personale direttamente afferente, della contrattazione di secondo livello e della definizione della dotazione organica;
- della nomina dei direttori di dipartimento zonale e dell'attribuzione di responsabilità delle posizioni organizzative dirigenziali;
- delle verifiche gestionali e tecnico professionali dei dirigenti;
- ogni altra funzione eventualmente delegata dal Direttore Generale.

Il Collegio di Direzione di Zona

Il Direttore di Zona, nell'espletamento dell'attività di gestione di competenza, si avvale del Collegio di Direzione, nel quale sono rappresentate le articolazioni organizzative della Zona Territoriale.

Assicura al Direttore di Zona il supporto per la programmazione dell'attività e contribuisce al sistema organizzativo per il governo clinico, alla formulazione dei programmi di formazione, al sistema di gestione del rischio clinico, dei piani organizzativi per l'attività libero professionale intramuraria e alla valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi prefissati.

Partecipano al Collegio i membri di diritto di cui all'art. 17 del D.Lgs 502/92 e s.m.i., all'art. 8, comma 3 lettera a) della L.328/00 ed il Direttore del Dipartimento Zonale delle Professioni Sanitarie.

Al Collegio di Direzione possono essere invitati a partecipare, in relazione alla specificità degli argomenti trattati, i responsabili delle funzioni di staff e di altre articolazioni organizzative aziendali, compresi esperti esterni.

Il funzionamento del Collegio è disciplinato da apposito regolamento.

Modelli e strumenti di programmazione zonale

La programmazione zonale viene definita su base annuale attraverso i Piani delle Attività Zonali (PAZ), tenendo conto degli indirizzi del Piano Sanitario Regionale, dei Piani Comunitari di salute e del Piano Strategico Aziendale.

In particolare attraverso i Piani Comunitari di Salute vengono promosse, in applicazione del principio di sussidiarietà, la crescita e la diretta partecipazione al Servizio Sanitario Regionale, oltre a quella dei soggetti istituzionali, dei soggetti ed organizzazioni economiche, sociali quali il volontariato ed il terzo settore.

Le modalità e le metodologie di progettazione, realizzazione, monitoraggio e verifica del PAZ sono definite da indirizzi aziendali.

La proposta del Piano delle Attività Zonali viene sviluppata dal Direttore di Zona con il supporto del Collegio di Direzione ed è oggetto di confronto istituzionale con la Conferenza dei Sindaci. È approvata dal Direttore Generale.

La Conferenza dei Sindaci

Presso ogni Zona Territoriale è istituita la Conferenza dei Sindaci, composta dai sindaci o dagli assessori da essi delegati, dei comuni Compresi nella Zona medesima, quale espressione della collettività nel campo dei servizi alla persona e di raccordo con altri servizi rispondenti ai bisogni contigui a quelli sanitari.

La Conferenza dei Sindaci è presieduta dal Sindaco del Comune in cui ha sede la Zona territoriale. La conferenza può istituire al proprio interno un comitato esecutivo.

La Conferenza in particolare:

- promuove l'integrazione tra i servizi sanitari di Zona ed i servizi socio assistenziali;
- vigila sull'organizzazione dell'accesso ai servizi locali, zonali ed aziendali ed esercita una funzione di controllo e monitoraggio sul rispetto dei tempi di attesa definiti a livello aziendale;
- esprime parere sui piani di attività zonali, sia territoriali che ospedalieri;

- propone e partecipa alle intese tra Comuni, ASUR e Zona territoriale interessata per l'integrazione socio sanitaria e la formalizzazione degli eventuali accordi di programma;
- esprime parere sul Programma delle Attività Distrettuali nell'ambito del piano annuale delle attività definito dall'ASUR;
- partecipa all'elaborazione della specificazione locale degli obiettivi di salute da introdurre nei Piani di salute;
- esprime parere alla Giunta Regionale sull'operato del Direttore di Zona, anche ai fini della verifica dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi assegnati e delle valutazioni sulla funzionalità dei servizi e sulla loro razionale distribuzione sul territorio;
- esprime parere sulla nomina dei Direttori di Zona.

I Distretti

Ambiti e funzioni

Il Distretto, quale articolazione della Zona Territoriale dotato di autonomia gestionale nell'ambito degli obiettivi e delle risorse negoziati con il Direttore di Zona, rappresenta il livello primario del Servizio Sanitario Regionale e costituisce anzitutto un contesto territoriale, in cui, a servizio della popolazione residente:

- trova espressione una domanda di salute precipua e specifica;
- si realizza la gestione integrata tra servizi sanitari, socio-sanitari e socio-assistenziali.

Le Zone Territoriali sono suddivise in 24 distretti coincidenti territorialmente con gli Ambiti Territoriali sociali.

Il modello di servizio del Distretto configurato nella programmazione regionale prevede, come punti caratterizzanti:

- a) un modello di programmazione integrato tra servizi sociali e sanitari;
- b) un approccio globale ed integrato fra le funzioni di prevenzione, diagnosi e cura, riabilitazione;
- c) un modello di sistema che superi il dualismo tra domanda ed offerta, per esaltare una funzione di accompagnamento dell'utenza attraverso i servizi, supportando la programmazione dell'offerta zonale sulla base dei bisogni di salute, di profili-standard e di profili individualizzati;
- d) un sistema di accesso unitario ed unificante propedeutico ad un approccio valutativo ed operativo di tipo integrato;
- e) un modello di valutazione dei bisogni individuali multidisciplinare ed integrata (U.V.D.);
- f) un complesso di modalità operative per attivare una presa in carico globale dei bisogni di salute dell'utenza, garantendo la continuità dell'assistenza.

Nell'ambito del sistema delle cure primarie, è riconosciuta la funzione centrale del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, che va declinata, sul singolo caso, in rapporto con i diversi soggetti coinvolti nel percorso clinico-assistenziale.

Il modello organizzativo del Distretto sviluppa le modalità evidenziate con:

- la gestione delle funzioni di tutela e promozione della salute e di garanzia dei livelli appropriati di erogazione delle prestazioni sanitarie e socio-sanitarie, che rappresenta il complesso delle cosiddette "cure primarie";

- l'implementazione di una corretta integrazione della medicina generale e della pediatria di base nella struttura di assistenza territoriale, sulla base degli accordi nazionali, regionali ed integrativi territoriali;
- il coordinamento delle modalità di raccordo delle prestazioni ospedaliere con quelle territoriali;
- il raccordo e il coordinamento territoriale delle attività dei Dipartimenti che si svolgono nell'ambito distrettuale.

In questa logica si prefigura un modello organizzativo di Distretto "della presa in carico e della continuità assistenziale". Le strutture operative distrettuali sono assoggettate a standard qualitativi e dimensionali commisurati alle caratteristiche del bacino territoriale posto a riferimento.

L'ASUR garantisce la realizzazione nelle Zone Territoriali di tale modello organizzativo, cercando in particolare di assicurare la migliore fruibilità dei servizi, l'omogeneità di procedure su scala regionale, un opportuno equilibrio tra appropriatezza/adequatezza, al fine di perseguire anche l'equilibrio economico-finanziario del sistema attraverso:

- linee di indirizzo per favorire l'integrazione delle competenze sanitarie su scala locale;
- la creazione di una funzione di accettazione territoriale integrata (tra Sportello della salute e Ufficio di Promozione Sociale), che unifichi l'insieme delle attività di interfaccia, accoglienza, gestione della domanda, raccordando la medicina generale e la pediatria di base con la struttura di assistenza territoriale e presidiando la fruibilità dei servizi ed il governo clinico;
- la creazione di funzioni legate alla continuità dell'assistenza definibili sia come continuità clinica (usualmente in capo al medico di medicina generale) che come continuità di presa in carico assistenziale (case-management).

Per ogni Distretto è previsto il supporto amministrativo necessario allo svolgimento delle attività di competenza.

Il Direttore del Distretto

Il Direttore di Distretto è nominato dal Direttore di Zona tra i soggetti in possesso dei requisiti di cui all'art. 20, comma 6, della L.R. 17 luglio 1996, n.26 ed è responsabile del raggiungimento degli obiettivi e dell'uso razionale del complesso delle risorse assegnate al Distretto in sede di negoziazione del budget con il Direttore di Zona.

In particolare:

- è responsabile dell'integrazione operativa tra le attività sanitarie di Zona per le attività a valenza distrettuale;
- presiede l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali;
- predispone gli strumenti attuativi del Programma delle Attività Distrettuali;
- partecipa alle attività di programmazione zonale;
- è responsabile del budget assegnato al Distretto, che gestisce in conformità alle disposizioni del Direttore di Zona;
- partecipa ai Comitati dei Dipartimenti Territoriali, che operano nel territorio di propria competenza;
- propone al Direttore di Zona accordi di programma e protocolli d'intesa con il comitato dei sindaci per la gestione unitaria dei programmi operativi e delle risorse finanziarie ed umane, anche al fine di pervenire a modalità unificate di accesso alla rete dei servizi territoriali.

Il Direttore di Distretto esercita le proprie funzioni in collaborazione con il Coordinatore dell'Ambito Territoriale Sociale; entrambi sono corresponsabili dell'integrazione operativa in conformità agli indirizzi programmatici e nei limiti delle risorse disponibili; nella definizione dei servizi e delle prestazioni necessarie al miglioramento dello stato di salute della popolazione interessata, nell'attività di monitoraggio delle iniziative previste dal programma delle attività distrettuali, nonché nelle negoziazioni con il Direttore di Zona, è coadiuvato dall'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali.

Le funzioni del Direttore di Distretto si sviluppano, pertanto, in tre direzioni:

- supporta la direzione di Zona, limitatamente alle proprie competenze, nel processo programmatico, evidenziando specificità e criticità rilevate a livello distrettuale;
- gestisce il processo di produzione per l'area di diretta afferenza;
- sviluppa una funzione di coordinamento e di integrazione verso tutte le articolazioni organizzative, preposte alla produzione di prestazioni sanitarie, che insistono sul territorio distrettuale.

L'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali

Presso ciascun Distretto, è attivato l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (UCAD); esso ha le funzioni di coadiuvare il Direttore di Distretto nell'esercizio delle funzioni di programmazione e gestione, in particolare:

- nella definizione e promozione delle proposte, relative ai servizi ed alle prestazioni necessarie per il miglioramento dello stato di salute della popolazione, con particolare riferimento ai percorsi diagnostico terapeutici;
- nel raccordo dei servizi sanitari esistenti sul territorio;
- nel coordinamento fra le attività sanitarie e socio-sanitarie di competenza e quelle sociali previste dal Piano di Zona;
- nell'individuazione delle modalità di raccordo tra i servizi socio-sanitari, i MMG e i PLS e delle procedure e modalità condivise di accesso e di offerta;
- nell'attività di progettazione delle attività e nella redazione del Programma delle Attività Distrettuali;
- nell'attività di monitoraggio delle iniziative previste dal Programma delle Attività Distrettuali, con particolare riferimento al tema dell'appropriatezza;
- nell'esame di criticità e disfunzioni evidenziate nello svolgimento di funzioni ed attività;
- nell'esame delle risultanze evidenziate dall'attuazione del Programma delle Attività Distrettuali e dal sistema di controllo direzionale.

L'UCAD, presieduto dal Direttore di Distretto, è composto:

- dai responsabili di ciascuna area di attività del Distretto;
- da rappresentanti dei medici convenzionati operanti nel Distretto, quali membri di diritto;
- da rappresentanti delle figure professionali operanti nel Distretto;
- da un dirigente o rappresentante di ciascun dipartimento strutturale presente nel contesto distrettuale (prevenzione, salute mentale, dipendenze patologiche) designato dal Direttore del Dipartimento di afferenza;
- dal Coordinatore dell'Ambito sociale territoriale.

Modelli e strumenti di programmazione distrettuale

A livello di Distretto trovano armonizzazione e integrazione:

- gli indirizzi ed i vincoli programmatori provenienti dai livelli sovraordinati, in particolare per quanto concerne la budgettizzazione;
- le attività dei Dipartimenti che si svolgono nell'ambito distrettuale;
- gli indirizzi e le indicazioni derivanti dai soggetti istituzionali qualificati operanti nello specifico contesto territoriale;
- la programmazione sanitaria, socio-sanitaria e sociale.

Elemento chiave del modello di programmazione distrettuale, è rappresentato dalla lettura dei bisogni di salute del contesto locale

Il profilo/diagnosi di comunità consentirà di orientare, declinare e personalizzare la programmazione in ciascun contesto su criteri non discrezionali e attraverso la individuazione dei percorsi clinico-assistenziali più appropriati.

La programmazione distrettuale viene definita attraverso l'elaborazione del Programma delle Attività Distrettuali (PAD), da predisporre annualmente in tutti i Distretti in forma massimamente integrata con la programmazione degli Ambiti Sociali territoriali.

Nel PAD è integrata e compresa la Relazione di Distretto in cui vengono esposte il profilo/diagnosi di comunità, le risorse impegnate, le attività erogate.

Il PAD definisce gli obiettivi da perseguire della programmazione strategica (aziendale) e operativa (zonale), sulla base della situazione esistente e del fabbisogno rilevato e del contributo dei PCS, individuando le attività da svolgere e le procedure da adottare per conseguirli ed il relativo impiego delle risorse assegnate.

Le modalità e le metodologie di progettazione, realizzazione, monitoraggio e verifica del PAD sono definite da indirizzi aziendali.

Il Comitato dei Sindaci

Il Comitato dei Sindaci di Distretto, composto dai Sindaci o da Assessori da loro delegati dei Comuni compresi nel Distretto medesimo, esercita funzioni di indirizzo e verifica sulle attività distrettuali e sui risultati raggiunti rispetto alle esigenze locali riferite alle problematiche sanitarie e sociali della popolazione residente ed esprime parere sul programma delle attività distrettuali.

Il Comitato dei Sindaci, nell'esercizio delle proprie funzioni, si raccorda con la Conferenza dei Sindaci della Zona Territoriale.

Il Presidio Ospedaliero

Ambiti e funzioni

Ai sensi della vigente normativa nazionale e regionale, il Presidio Ospedaliero (PO) è l'articolazione organizzativa della Zona Territoriale, che aggrega funzionalmente tutti gli stabilimenti ospedalieri aventi sede nella stessa Zona, non facenti parte delle Aziende Ospedaliere.

Il P.O. assicura la fornitura di prestazioni specialistiche di ricovero ed ambulatoriali. La tipologia ed i volumi di prestazioni sono determinati, sulla base della programmazione aziendale e zonale e delle risorse assegnate alle singole zone, basata su volumi-obiettivo desumibili dalla domanda storica dei bacini territoriali di riferimento.

Al P.O. è attribuita autonomia gestionale. Le risorse professionali e le dotazioni strumentali del presidio ospedaliero concorrono al soddisfacimento della

domanda di prestazioni in regime ambulatoriale, in forme coordinate ed integrate con le strutture territoriali.

L'assistenza ospedaliera è erogata in due tipologie di presidi:

- presidio ospedaliero di rete;
- polo di supporto al presidio ospedaliero di rete.

Il carattere unitario delle politiche implementate e la loro complementarità sono assicurati dall'organizzazione dipartimentale, che aggrega le strutture al di là dei confini fisici del singolo presidio.

Le Direzioni del Presidio Ospedaliero e del Distretto di residenza dell'assistito concordano ed organizzano il continuum assistenziale nei momenti di passaggio in cura.

Il P.O. costituisce una "rete integrata", al cui interno le risorse disponibili vengono a disporsi secondo settings orientati a problemi di salute definiti. Il modello delle reti cliniche integrate, quale livello primario dell'offerta e dell'autosufficienza territoriale, è volto ad assicurare equità di accesso ai servizi di larga diffusione e di complessità assistenziale medio alta. La configurazione strutturale ed organizzativa dell'assistenza, anche grazie all'integrazione orizzontale e verticale tra i diversi soggetti/servizi, pubblici e privati accreditati, è tale da soddisfare la domanda attesa della popolazione residente, l'appropriato utilizzo della "risorsa ospedale", l'efficienza organizzativa e qualità del servizio. Tale modello organizzativo e funzionale configura l'equilibrio fra dipartimenti e direzione di presidio, ciascuno con compiti e responsabilità specifiche, legittime e complementari.

Per il P.O. è prevista una direzione amministrativa necessaria allo svolgimento delle attività di competenza.

Il Direttore di Presidio Ospedaliero

Il Direttore del Presidio Ospedaliero è nominato dal Direttore di Zona sulla base dei criteri stabiliti dall'Art. 16 della L.R. 13/03.

Il Direttore del P.O. è responsabile del raggiungimento degli obiettivi igienico-organizzativi e dell'uso razionale delle risorse assegnate al presidio in sede di negoziazione del budget con il Direttore di Zona.

Il Direttore del Presidio Ospedaliero assume, in particolare, funzioni e competenze:

- a) Gestionali ed organizzative, finalizzate alla promozione dell'integrazione tra i diversi servizi ed al buon andamento operativo del presidio, adottando altresì misure necessarie alla rimozione dei disservizi che incidono sull'adeguatezza, sulla qualità e sulla sicurezza dell'assistenza, in rapporto con i dipartimenti e le unità operative; è inoltre responsabile delle funzioni di accettazione ospedaliera ordinaria, del coordinamento della programmazione operativa complessiva all'interno del presidio, della valutazione del prodotto e delle attività e partecipa alla negoziazione di budget;
- b) Igienico-sanitarie, finalizzate alla prevenzione del rischio infettivo nei suoi vari aspetti e dimensioni, alla tutela dell'igiene ambientale, alla sorveglianza igienica sui servizi alberghieri e di ristorazione collettiva, alla gestione e alla sorveglianza sulla raccolta dei rifiuti, alla tutela dei lavoratori;
- c) Informative, finalizzate alla corretta gestione degli strumenti cartacei ed informatizzati relativi alla documentazione sanitaria, al corretto funzionamento dei flussi informativi interni, intraziendali e regionali secondo le prestabilite procedure specifiche, al rapporto con l'utenza ed all'accesso della documentazione sanitaria, ai debiti informativi con terzi stabiliti dalla normativa nazionale e regionale
- d) Medico-legali interne al presidio (polizia mortuaria, ecc.);

I Dipartimenti Ospedalieri

L'organizzazione, le attribuzioni ed il funzionamento dei Dipartimenti sono disciplinati dal presente atto e da quanto previsto con specifico regolamento.

Ogni Presidio Ospedaliero esprime la propria razionalità organizzativa articolandosi, di norma, in 6 dipartimenti strutturali.

Alcuni dipartimenti o strutture operative, così come precisato nel regolamento di organizzazione, possono riaggregarsi a livello sovrazonale in dipartimenti sovrazonali funzionali con la previsione di specifico assetto organizzativo-direzionale.

In ogni presidio sono costituiti, di norma, i seguenti Dipartimenti strutturali:

- Dipartimento Discipline Mediche
- Dipartimento Discipline Chirurgiche
- Dipartimento di Area Diagnostica e dei Servizi
- Dipartimento di Emergenza-Urgenza
- Dipartimento Materno Infantile
- Dipartimento di Riabilitazione

Il Direttore di Zona, al ricorrere delle condizioni oggettive predefinite in ambito regolamentare, propone al Direttore Generale che valuta ed eventualmente approva, di discostarsi dalle soglie operative indicate sia introducendo criteri più restrittivi, sia adottando criteri più estensivi; in quest'ultimo caso l'incremento strutturale deve garantire adeguati standard qualitativi ed escludere esplicitamente effetti negativi in termini di sostenibilità economica.

Il Dipartimento di Area Diagnostica e dei Servizi, il Dipartimento Materno Infantile ed il Dipartimento di Riabilitazione esplicano le proprie funzioni ed attività sia in ambito ospedaliero che nei contesti distrettuali, configurandosi come dipartimenti transmurali.

Il Dipartimento di Emergenza-Urgenza si raccorda con le funzioni e le attività del Servizio 118.

All'interno dei presidi ospedalieri, inoltre, verranno ad esplicarsi competenze ed attività specifiche del Dipartimento di Salute Mentale e del Dipartimento Regionale di Medicina Trasfusionale.

Le strutture operative ospedaliere sono assoggettate a standard qualitativi, dimensionali e per intensità assistenziale medico - infermieristica, commisurati alle caratteristiche del bacino territoriale posto a riferimento, tali da garantire la stratificazione della risposta assistenziale in funzione dei bisogni da soddisfare.

All'interno di ciascun dipartimento vengono ad esplicarsi attività ai fini del miglioramento continuo dell'assistenza in tutte le sue svariate dimensioni e dell'uniforme innalzamento del livello qualitativo e prestazionale; in particolare, essi assicurano i percorsi dell'utenza all'interno della rete, garantendone l'accompagnamento e la presa in carico di sistema.

II Dipartimento di Prevenzione

La D.G.R.M. n. 54 del 28 gennaio 2004 recante "Linee guida per l'adeguamento dei dipartimenti di Prevenzione ai contenuti della L.R. 13/03 e del PSR" definisce caratteristiche e fornisce linee guida di funzionamento del Dipartimento di Prevenzione.

Il Dipartimento di Prevenzione è una macrostruttura organizzativa dotata di autonomia-gestionale, nell'ambito degli obiettivi e delle risorse negoziati, preposta alle attività proprie del livello di assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro attraverso l'organizzazione e la promozione della tutela della salute della popolazione mediante azioni tendenti a conoscere, prevedere e prevenire gli infortuni e le cause di malattia.

L'aggregazione delle strutture che lo costituiscono e l'integrazione delle rispettive attività sono essenzialmente strumentali al funzionamento di un modello organizzativo polifunzionale, unitariamente finalizzato alla realizzazione delle strategie ed agli obiettivi della prevenzione.

È supporto tecnico alla direzione aziendale e agli Enti locali nella definizione di strategie aziendali di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e delle disabilità e del miglioramento della qualità della vita.

In particolare, il Dipartimento:

- assicura in modo unitario la gestione dei sistemi informativi pertinenti lo stato di salute della popolazione umana ed animale, nell'ambito della rete epidemiologica regionale;
- assicura, in integrazione con le altre macrostrutture, l'informazione finalizzata alla prevenzione dei rischi per la salute ai cittadini, ai lavoratori, alle associazioni di rappresentanza, alle strutture del SSR e agli enti locali;
- sviluppa e coordina lo svolgimento, in integrazione con le altre macrostrutture di programmi di promozione della salute e della sicurezza della popolazione ivi comprese le attività di controllo.

Nella Direzione dell'ASUR è istituita la Direzione Tecnica per la Prevenzione Collettiva con l'obiettivo di creare e rendere efficiente un sistema a rete dei dipartimenti di prevenzione attraverso atti di programmazione generale, indirizzo e coordinamento delle strutture operative.

Sono organi fondamentali del Dipartimento, il Direttore ed il Comitato di Dipartimento.

Il Direttore del Dipartimento di prevenzione è responsabile del raggiungimento degli obiettivi e dell'uso razionale delle risorse assegnate alla macrostruttura.

Il Dipartimento di Prevenzione è costituito, di norma, a livello di ciascuna Zona, secondo i criteri di flessibilità programmatica ed articolativi disposti dalla vigente normativa regionale.

Il Dipartimento in relazione alle funzioni proprie del livello di assistenza si articola in strutture organizzative complesse e semplici.

Attività e prestazioni assicurate dai servizi dipartimentali possono riconoscere un bacino di utenza di area vasta. Possono altresì svilupparsi forme di coordinamento sovrazonale per specifiche aree di eccellenza.

E' previsto il supporto amministrativo necessario allo svolgimento delle attività di competenza.

L'assetto organizzativo ed operativo è puntualmente definito in specifici regolamenti.

Il Dipartimento di Salute Mentale

La D.G.R.M. n. 132 del 6 luglio 2004 recante il "Progetto obiettivo tutela della salute mentale 2004/2006" definisce caratteristiche e fornisce linee guida di funzionamento del Dipartimento di Salute Mentale (DSM).

Il DSM, dipartimento strutturale, transmurale a direzione unica, dotato di autonomia gestionale, si ispira al modello organizzativo della struttura operativa e garantisce:

- l'individuazione delle specifiche risorse, in particolare di organico, dedicate alle attività per la tutela della salute mentale, esercitate dalle unità operative dipartimentali;
- l'omogeneità di programmazione del loro utilizzo, prevedendo la collaborazione tra le strutture operative della Zona Territoriale e dell'Azienda ospedaliera, ove sia collocato il Servizio psichiatrico di diagnosi e cura e valorizzando il rapporto di collaborazione ed integrazione col privato sociale e col volontariato;
- l'unitarietà del controllo della gestione economica, con particolare riferimento alle risorse di personale, tramite la direzione unica.

I Direttori di Zona, al fine di un migliore utilizzo dei servizi interessati, stabiliscono forme di coordinamento tra il DSM e le strutture operative di altri dipartimenti e dei Distretti, attraverso protocolli operativi, percorsi-profili e quanto utile per la erogazione di un servizio integrato, con continuità sotto gli aspetti preventivo, diagnostico, terapeutico/riabilitativo e semplificazione gestionale.

Nel regolamento di funzionamento sono definiti gli indirizzi e le modalità di raccordo tra il Dipartimento di Salute Mentale e i soggetti del territorio coinvolti dal Progetto obiettivo tutela della salute mentale 2004/2006, individuati dalla D.G.R. n. 132 del 6 luglio 2004

La direzione del DSM è garantita dal Direttore del Dipartimento e dal Comitato di Dipartimento.

Le componenti organizzative dei DSM garantiscono adeguati livelli di offerta, nei diversi regimi assistenziali.

Inoltre il DSM e gli Ambiti Sociali di riferimento formulano proposte, ai fini della definizione dei PAZ, per l'appropriato utilizzo dei servizi sociali a valenza sanitaria.

Il DSM è costituito, di norma, a livello zonale, secondo i criteri di flessibilità programmatica ed articolativi disposti dalla vigente normativa regionale.

Attività e prestazioni assicurate dai servizi dipartimentali potranno riconoscere un bacino di utenza di area vasta. Sono altresì sviluppate sia forme rapportuali di integrazione con i Distretti di afferenza, che forme di coordinamento sovrazonale per specifiche aree di eccellenza.

E' previsto il supporto amministrativo necessario allo svolgimento delle attività di competenza.

L'assetto organizzativo ed operativo è puntualmente definito in specifico regolamento.

II Dipartimento delle Dipendenze Patologiche

La D.G.R.M. n. 747 del 29 giugno 2004 recante l'Atto di riordino del sistema regionale dei servizi per le dipendenze patologiche definisce caratteristiche e fornisce linee guida di funzionamento del Dipartimento (DDP), assegnando all'ASUR le funzioni di gestione strategica e di coordinamento dei servizi, finalizzandole al raggiungimento dei seguenti obiettivi di sistema:

- equità distributiva di risorse e prestazioni;
- fruibilità della rete integrata dei servizi;
- appropriatezza dei servizi erogati, attraverso l'adozione di protocolli operativi comuni;
- adeguatezza qualitativa, dotazionale e professionale dei servizi erogati

L'Atto di riordino configura un modello di dipartimento pubblico integrato in cui si coniugano le competenze a livello distrettuale, zonale e sovrazonale, con funzioni svolte per processi e per progetti strutturati in settori di responsabilità gestionale e/o professionale, integrando e connettendo soggetti con diversi riferimenti strutturali (prevalentemente Pubblici e del Privato Sociale accreditato e del Terzo Settore) che concorrono con pari dignità, titolarità e responsabilità.

Gli interventi del DDP sono multidisciplinari e pluriprofessionali e garantiscono la presenza di attività strutturate nei diversi regimi assistenziali.

La struttura del DDP è basata su un modello organizzativo ad alta integrazione, funzionale nei confronti dei c.d. servizi di vicinanza, e strutturato nei confronti di tutte le U.O. pubbliche e private accreditate del Dipartimento, dotato di una forte autonomia in termini organizzativi, di budget e contrattuali.

Il DDP è costituito, come competenza territoriale, secondo i criteri di flessibilità programmatoria ed organizzativa che saranno disposti dalla normativa regionale.

Attività e prestazioni assicurate dai servizi dipartimentali potranno riconoscere un bacino di utenza di area vasta. Sono altresì sviluppate sia forme rapportuali di integrazione con i Distretti di afferenza, che forme di coordinamento sovrazonale per specifiche aree di eccellenza.

La direzione del DDP è garantita dal Coordinatore e dal Comitato di Dipartimento; sono altresì previste l'Assemblea, l'Ufficio di Staff e le Unità Operative Territoriali.

Per i compiti dei vari organi del Dipartimento valgono le specificazioni della D.G.R. n. 747 del 29/06/04.

La istituzione delle Unità Operative Complesse e Semplici che compongono il Dipartimento e la regolamentazione dei rapporti funzionali e gerarchici fra le stesse verrà stabilita dall'ASUR successivamente alla definizione, da concordare con la Regione, dei criteri relativi agli standard minimi di prestazione e al bacino d'utenza.

E' previsto il supporto amministrativo necessario allo svolgimento delle attività di competenza.

I Dipartimenti delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione della prevenzione e della professione ostetrica

I Dipartimenti delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica sono previsti dall'art. 8 della L.R. 13/03, individuandone i livelli Aziendali e Zonali, in conformità alla legge 10 agosto 2000, n. 251 "Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica".

Il Dipartimento, valorizzando le specifiche aree professionali, prevede funzioni e livelli di responsabilità diversi.

Il Dipartimento definisce:

- indirizzi organizzativi e gestionali per il governo delle attività di competenza,
- gli obiettivi di qualità e dell'efficienza tecnica ed operativa delle attività assistenziali, tecniche, riabilitative nell'ambito della prevenzione cura e riabilitazione,

- lo sviluppo di nuovi modelli organizzativi anche tramite gli operatori di supporto,
- i criteri per l'implementazione del governo clinico assistenziale,
- l'identificazione dei bisogni formativi.

Il Dipartimento Aziendale prevede un Direttore, che contribuisce a definire le linee strategiche e le politiche aziendali relative ai processi ed ai programmi di competenza, oltre la responsabilità delle funzioni specifiche.

I dirigenti di area aziendale, il Direttore di Dipartimento Zonale, i responsabili di area zonali; ognuno di essi ai vari livelli di responsabilità, rispetto ad ambiti gerarchici o funzionali, garantiscono l'attività di programmazione, di gestione del personale e dei materiali, di formazione e didattica, di miglioramento qualitativo e ricerca.

L'ASUR predispone il regolamento attuativo del Dipartimento con la definizione delle articolazioni, dei ruoli, delle relazioni e delle responsabilità.

Titolo IV

Aspetti della Gestione

Gestione degli acquisti di beni e servizi

Uno degli obiettivi strategici connessi all'istituzione dell'ASUR è rappresentato dal miglioramento della capacità contrattuale nell'acquisto di beni e servizi, per effetto della sua concentrazione organizzativa, con conseguente perseguimento della razionalizzazione della spesa. A questo scopo la razionalità organizzativa aziendale si esprime attraverso l'articolazione degli approvvigionamenti su tre livelli: aziendale, sovrazonale e di zona.

Nell'articolazione degli approvvigionamenti sono considerati anche:

- i livelli di complessità/personalizzazione specifici connessi alle merceologie o ai servizi;
- le situazioni di disomogeneità iniziale nell'impiego dei beni e servizi in ambito aziendale/zonale, disomogeneità che possono rendere opportune fasi intermedie di compattamento;
- la necessità di localizzazione produttiva, in particolare per i servizi;
- i profili relativi alla tutela della concorrenza, mediante connotazione del "mercato rilevante" e della "posizione dominante" esercitata dalla domanda;
- salvaguardia delle possibilità di accesso alle forniture alle piccole imprese locali;
- l'opportunità, sotto l'aspetto del buon andamento della gestione, per la quale, anche al di là delle previste autonomie operative, i prezzi d'acquisto dei beni standardizzati risultino non sperequati.

L'ASUR effettua acquisti sulla base del sistema di programmazione dei fabbisogni, definito a seguito del processo di budget e della suddivisione delle competenze definite nel modello organizzativo, tenuto conto delle direttive regionali, in base alle quali l'ASUR assolve ai compiti di approvvigionamento di beni e servizi a livello centralizzato per conto e nell'interesse delle Zone Territoriali.

In tale ambito, gli acquisti con norme di diritto privato, ai sensi art.3 comma 1-ter del D.Lgs n. 229/99 sono regolamentati dalle disposizioni del Codice Civile (libro IV – titoli I,II,III). Essi sostituiscono l'ambito degli acquisti "a trattativa

privata” sotto soglia comunitaria ed “in economia”. I contratti conseguenti si realizzano con l’incontro, in forma scritta o per via telematica documentata, della volontà delle parti.

Tenuto conto degli obiettivi di economicità ed efficacia, dell’entità del contratto, del costo della negoziazione, delle caratteristiche del mercato di riferimento, e salvo i casi di monopolio legale, urgenza imprevedibile, di privativa industriale o esclusività tecnica, la decisione di acquisto è preceduta, alternativamente:

- a) da una fase esplorativa del mercato, mediante indagine informale, ovvero consultazione delle fonti conoscitive di mercato disponibili, con successivo negoziato diretto con il fornitore che, sulla base dei dati acquisiti, viene individuato come migliore nel rapporto qualità/prezzo rispetto alle esigenze dell’Azienda;
- b) da concorrenzialità realizzata mediante adeguati interpellati plurimi, con libertà di forme. Le opportunità negoziali, come risultanti dalle condizioni-base di contratto fissate dall’Azienda, devono essere prospettate in modo paritario a tutti i concorrenti e l’Azienda deve fare uso imparziale delle informazioni di cui è in possesso. La negoziazione deve inoltre essere caratterizzata da riservatezza, lealtà, equidistanza tra le parti, uso riservato delle informazioni ricevute dai concorrenti in fase di negoziazione.

Il processo negoziale può articolarsi in fasi successive, con libertà di forme, e con eventuale valutazione di proposte tecniche o commerciali formulate dai concorrenti, modificative o di completamento delle condizioni base di contratto.

Quando non risulti documentato da scambio di corrispondenza o da comunicazioni telematiche documentate, il processo negoziale viene riassunto, a cura del responsabile del procedimento, in apposito verbale, che assume la denominazione di “relazione di negoziazione”. Tale verbale è sottoscritto dall’estensore e da almeno un testimone.

La regolamentazione del sistema acquisti prevede gli ambiti di acquisto di limitato importo per i quali si prescinde dall’applicazione di quanto sopra disposto.

La responsabilità sul corretto utilizzo delle procedure qui definite, le linee operative per la loro applicazione e per il controllo del loro regolare svolgimento sono definite mediante apposito regolamento. Tale atto disciplina inoltre l’effettuazione degli acquisti con norme di diritto privato che, nell’ambito della programmazione degli approvvigionamenti e per motivate ragioni di economicità e convenienza, sono decentrate alle Zone Territoriali.

Gestione Liquidatoria

La gestione liquidatoria delle disciolte USL, affidata ai sensi dell’art. 2, comma 14 della L. 549/95 al Direttore generale, è organizzata, tenuto conto delle direttive regionali in materia, in un’unica struttura di supporto per l’espletamento dell’attività.

Titolo V

Disposizioni finali e di rinvio

Premessa

Con il presente Atto di autonomia aziendale, redatto ai sensi e per gli effetti dell’art. 3 D.Lgs 502/92 e s.i.m. e dell’art. 5 della L.R. n.13/03, vengono disciplinati l’organizzazione ed il funzionamento dell’Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) nella situazione a regime, concluso il periodo transitorio così

come definito dalla citata L.R. n.13/03, nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dalla Giunta Regionale.

Periodo transitorio

L'ASUR non intende definire modelli organizzativi temporanei, ma procedere secondo logiche di cambiamento continuo, sviluppate in modo graduale, a diversa velocità, utilizzando il metodo delle esperienze pilota, lungo un continuum che tenga conto delle specificità territoriali e delle caratteristiche delle singole aree professionali. Tale processo avverrà prioritariamente sulla base delle indicazioni contenute nell'art. 28 della L.R. n. 13/03, così come specificate dalla D.G.R.M. n. 238/04, ed eventuali ulteriori indicazioni provenienti dalla Regione e di priorità verificate all'interno dell'Azienda e si concluderà al termine del periodo transitorio individuato dalla citata L.R. n.13/03.

Nel periodo transitorio, il Direttore Amministrativo, ai sensi dell'art.38 della L.R. 2/2004 si avvale di quattro coordinatori di area vasta, allo scopo di procedere alla riorganizzazione delle funzioni di competenza; il Direttore Sanitario, ai sensi del citato articolo, previo parere espresso in materia dal Collegio dei Direttori di Zona, può, per ogni singola Zona, delegare un dirigente medico di struttura complessa a svolgere le funzioni che gli sono attribuite dalla legge.

Elenco atti collegati

Il presente Atto Aziendale ha natura organizzativa generale. Con successivi provvedimenti, entro 180 giorni dall'adozione, l'ASUR procederà alla definizione dell'organizzazione e del funzionamento aziendale attraverso gli atti regolamentari riguardanti:

- a) Manuale di organizzazione aziendale
- b) Regolamento relativo al sistema delle deleghe ed attribuzioni alla dirigenza
- c) Definizione delle strutture organizzative complesse e delle strutture organizzative semplici
- d) Regolamento dei dipartimenti
- e) Regolamento dei Distretti
- f) Regolamento per l'attività contrattuale
- g) Regolamento per l'acquisto di beni e servizi e forniture
- h) Regolamento per la gestione del patrimonio immobiliare
- i) Regolamento per l'esecuzione dei lavori pubblici
- j) Regolamento per l'esercizio della libera professione
- k) Regolamento relativo al sistema dei controlli interni
- l) Attribuzioni e funzionamento del Nucleo di Valutazione e del Collegio Tecnico.

All'atto dell'entrata in vigore del presente atto aziendale sono abrogate tutte le disposizioni aziendali e zonali incompatibili con esso.

Il presente atto aziendale può essere modificato dal Direttore Generale con le medesime procedure richieste per l'approvazione.

Per quanto non contemplato nel presente atto aziendale, si rinvia alle leggi fondamentali di riforma del S.S.N., dell'organizzazione amministrativa e del pubblico impiego, dalla legge regionale di riordino del S.S.R. ed ai vigenti contratti integrativi zonali.