



REPUBBLICA ITALIANA

# Regione Lombardia

## BOLLETTINO UFFICIALE

MILANO - MARTEDÌ, 2 SETTEMBRE 2003

1° SUPPLEMENTO STRAORDINARIO

Sommario

### C) GIUNTA REGIONALE E ASSESSORI

<b>DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONALE 8 AGOSTO 2003 - N. 7/14049</b>	(3.2.0)
Linee guida regionali per l'adozione del piano di organizzazione e funzionamento aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lombardia . . . . .	2

Anno XXXIII - N. 203 - Poste Italiane - Spedizione in abb. postale - 45% - art. 2, comma 20/b - Legge n. 662/1996 - Filiale di Varese

## C) GIUNTA REGIONALE E ASSESSORI

(BUR2003031)

D.g.r. 8 agosto 2003 - n. 7/14049

(3.2.0)

### Linee guida regionali per l'adozione del piano di organizzazione e funzionamento aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lombardia

#### LA GIUNTA REGIONALE

Visto il d.lgs. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, ed in particolare:

– l'articolo 2, comma 1, nel quale sono definite le competenze regionali;

– l'art. 2, comma 2-sexies, recante ulteriori tematiche che la Regione deve disciplinare;

– l'art. 3 e seguenti, con il quale sono date indicazioni inerenti le caratteristiche e la peculiarità delle aziende sanitarie, i principi a cui le stesse devono informare la propria attività, individuando gli organi dell'azienda e le relative competenze, gli ulteriori organismi e l'articolazione distrettuale;

Vista la l.r. 31/97 e successive modifiche e integrazioni, recante «Norme per il riordino del servizio sanitario regionale e sua integrazione con le attività dei servizi sociali», con la quale sono state date indicazioni per il riordino del sistema sanitario regionale, ed in particolare:

- gli articoli 7-8-9-10 con i quali sono stati disciplinati la natura e gli organi delle aziende sanitarie, l'organizzazione delle stesse, le attività da svolgere, prevedendo inoltre che le aziende sanitarie siano dotate di personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, nell'ambito degli indirizzi programmatici della Regione;

- gli articoli 11-12-13-14 con i quali sono definite le regole di funzionamento del Sistema Sanitario Regionale, ed i criteri alla base del corretto funzionamento delle aziende sanitarie, in considerazioni degli indirizzi programmatici regionali;

- l'art. 8:

- comma 1, con il quale è prevista, da parte delle Aziende Sanitarie Locali, delle Aziende Ospedaliere, degli Ospedali Classificati senza fini di lucro, degli IRCCS di diritto pubblico, l'adozione di Piani di Organizzazione Aziendale e dei Piani Strategici Triennali, attuativi della stessa legge 31/97, da sottoporre all'approvazione della Giunta Regionale;

- comma 1-bis, laddove prevede che la Giunta Regionale definisca i principi per l'aggiornamento e/o l'integrazione dei piani delle aziende sopra citati;

Visto il Programma Regionale di Sviluppo della VII<sup>a</sup> Legislatura, di cui alla d.c.r. VII/39 del 10 ottobre 2000, che nell'ambito della «Valorizzazione del modello organizzativo del servizio sanitario» evidenzia la necessità di perseguire un rafforzamento dell'autonomia aziendale, tramite tuttavia la fissazione a livello regionale, delle risorse disponibili e dei risultati attesi, riconoscendo piena autonomia alle aziende nell'individuazione delle modalità di raggiungimento degli obiettivi prefissati, indicazione riconfermata dal DPEFR 2003-2005, nell'ambito dell'obiettivo specifico «Completamento del processo di aziendalizzazione»;

Viste le dd.g.r. n. 7/3310 del 2 febbraio 2001 e n. 7/5281 del 22 giugno 2001, aventi ad oggetto la presentazione alla Conferenza Stato-Regioni del progetto di sperimentazione gestionale del sistema sanitario, di cui alla l.r. 31/97;

Considerato che la legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001 definisce «la tutela della salute» materia a legislazione concorrente, stante la legislazione esclusiva dello Stato nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni;

Vista la legge n. 405 del 16 novembre 2001, avente ad oggetto «Conversione in legge, con modificazioni del d.l. n. 347 del 18 settembre 2001, recante interventi urgenti in materia di spesa sanitaria»;

Visto il Piano Socio-Sanitario regionale (PSSR) 2002-2004, approvato con d.c.r. VII/462 del 13 marzo 2002, con il quale:

- è definito il ruolo della Regione e quello dell'Azienda Sanitaria Locale e degli enti erogatori;

- sono individuate le due reti costitutive del welfare lombardo, ovvero la rete dei servizi ad elevata integrazione socio-sanitaria di competenza dell'ASL e la rete dei servizi sociali di competenza dei comuni;

- sono definite precise regole di funzionamento del sistema

sanitario lombardo, in termini di finanziamenti, organizzazione della rete di assistenza (offerta ospedaliera, ambulatoriale, medicina di base, servizi sociali e ad elevata integrazione socio-sanitari), autorizzazione ed accreditamento, qualità, controlli, formazione e valorizzazione delle professionalità del SSR;

Considerato che il PSSR 2002-2004 privilegia quale soluzione organizzativa delle aziende sanitarie il modello dipartimentale, da modulare sulle caratteristiche delle patologie trattate (alta, media e bassa intensità) ed in considerazione dei collegamenti con il territorio, dell'integrazione con le case di riposo e le strutture riabilitative o di lungodegenza. Modello organizzativo fondato sui principi della flessibilità nell'utilizzo delle risorse umane e strumentali, sulla valorizzazione delle funzioni svolte, sulla promozione della qualità dell'assistenza e sull'obiettivo generale dell'ottimale impegno di tutte le competenze;

Vista la d.g.r. 6/34726 del 20 febbraio 1998, con cui sono state fornite linee guida per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie Locali e di quelle Ospedaliere, quali indicazioni di carattere non vincolante, per la definizione delle articolazioni organizzative, delle attività funzionali e degli organi aziendali, stante i contenuti della legislazione nazionale e regionale nonché l'autonomia di cui sono dotate le aziende nell'organizzazione delle proprie attività;

Ritenuto di aggiornare le linee guida di cui alla d.g.r. n. 6/34726/98, in considerazione del mutato quadro normativo, delle mutate esigenze delle aziende e dell'ente regionale, dei nuovi indirizzi programmatici e delle soluzioni organizzative individuate nel PSSR 2002-2004;

Ritenuto inoltre opportuno includere nella nuova formulazione delle linee guida, anche indicazioni inerenti il funzionamento delle aziende, al fine di fornire alle medesime elementi cardine sui quali fondare l'attività di gestione dell'azienda, stante l'autonomia delle stesse aziende sanitarie nell'utilizzo delle risorse assegnate, delle modalità di sviluppo delle attività da svolgere per il raggiungimento degli obiettivi di salute individuati;

Considerato che le aziende sanitarie sono dotate di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, nell'ambito degli indirizzi programmatici regionali;

Evidenziato che le linee guida – allegato 1 al presente provvedimento quale parte integrante e sostanziale – sono da intendersi, analogamente alle indicazioni di cui alla d.g.r. n. 6/34726/98, indirizzi che consentano alle aziende sanitarie di realizzare quella reale autonomia che il PSSR ha voluto confermare, favorendo inoltre la presentazione di piani di organizzazione e funzionamento aziendale sostanzialmente «uniformi», coerenti cioè con i principi ed i criteri della programmazione regionale;

Visti ed acquisiti i documenti elaborati dal Gruppo di Lavoro, costituito con d.d.g. Sanità n. 1824 del 12 febbraio 2003, riguardanti il modello organizzativo delle ASL e delle aziende ospedaliere, nonché le regole di funzionamento delle medesime;

Vista la comunicazione spedita in data 11 giugno 2003 alle OO.SS. del Comparto e della Dirigenza;

Visti gli esiti di confronto con le OO.SS., avvenuti in data 23 giugno 2003 ed in data 4 luglio 2003, durante i quali sono state proposte integrazioni e modifiche da parte delle OO.SS. molte delle quali recepite nel testo delle linee guida;

Viste le comunicazioni effettuate alle Direzioni Generali delle Aziende Sanitarie ed Ospedaliere in data 12 giugno 2003 ed in data 22 luglio 2003 con le quali è stato inviato il documento riportante «Linee guida regionali per l'adozione del Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lombardia»;

Preso atto pertanto del documento allegato 1 – parte integrante e sostanziale del presente provvedimento – recante «Linee guida regionali per l'adozione del Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lombardia» esito dei lavori del Gruppo di Lavoro su richiamato e frutto dei confronti con i rappresentanti legali delle aziende sanitarie e delle OO.SS.;

Vagliate ed assunte come proprie le predette valutazioni;

A voti unanimi, espressi nelle forme di legge

DELIBERA

Per le motivazioni espresse nelle premesse del presente provvedimento, che qui s'intendono integralmente riportate,

1. di approvare il documento, allegato 1 – parte integrante e sostanziale del presente provvedimento – recante «Linee guida regionali per l'adozione del Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lombardia»;

2. di stabilire che ciascun Direttore Generale / Legale Rappresentante proceda all'adozione del Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale, ai sensi dell'art. 8, comma 1 della l.r. 31/97, con le modalità ed entro i termini che saranno comunicati, unitamente al presente provvedimento, dalla Direzione Generale Sanità, di concerto con la Direzione Generale Famiglia e solidarietà sociale;

3. di disporre la pubblicazione del presente atto sul Bollettino Ufficiale della Regione Lombardia e sul sito web della Regione Lombardia.

Il segretario: Sala

## REGIONE LOMBARDIA

D.G. Sanità

D.G. Famiglia e Solidarietà Sociale

### *Linee guida regionali per l'adozione del piano di organizzazione e funzionamento aziendale delle aziende sanitarie della Regione Lombardia*

#### **Premessa**

#### **1. Il contesto normativo di riferimento**

- 1.1 Legislazione nazionale
- 1.2 Legislazione regionale
- 1.3 IL PRS
- 1.4 Il PSSR 2002-2004
- 1.5 Finalità delle presenti linee guida

#### **2. Il ruolo del piano di organizzazione e funzionamento aziendale**

- 2.1 Autonomia aziendale e rapporti con la Regione

#### **3. Le relazioni dell'azienda con l'esterno**

- 3.1 L'informazione e la comunicazione istituzionale: un punto sensibile dell'organizzazione
- 3.2 La Carta dei Servizi
- 3.3 Gli uffici di pubblica tutela
- 3.4 Gli Uffici Relazioni con il Pubblico
- 3.5 Le relazioni con le Organizzazioni di volontariato
- 3.6 Autonomia Aziendale e rapporti con le autonomie locali

#### **4. Contenuti del piano di organizzazione e funzionamento aziendale**

#### **5. Procedure per l'adozione del piano di organizzazione e funzionamento aziendale**

#### **6. Le risorse umane, finanziarie e strumentali**

- 6.1 Le risorse umane
  - 6.1.1 La gestione del personale
  - 6.1.2 Il reclutamento del personale
  - 6.1.3 Modello di contrattazione
  - 6.1.4 La formazione e la valutazione del personale
  - 6.1.5 I rapporti con le OO.SS
  - 6.1.6 I reports relativi alla gestione del personale
  - 6.1.7 Gli incarichi dirigenziali
  - 6.1.8 Graduazione delle posizioni dirigenziali ed individuazione delle posizioni organizzative
- 6.2 La gestione delle risorse finanziarie
  - 6.2.1 Il sistema di finanziamento
- 6.3 Il sistema informativo e di programmazione e controllo
  - 6.3.1. Il Sistema Informativo Socio Sanitario
  - 6.3.2 Il bilancio economico-patrimoniale
  - 6.3.3 La contabilità generale
  - 6.3.4 Il controllo di gestione e i suoi strumenti
  - 6.3.5 Il sistema di controlli interni
  - 6.3.6 I flussi informativi contabili e di attività
- 6.4 L'acquisizione di beni e servizi
  - 6.4.1 L'acquisizione di beni e servizi: principi e modalità operative
  - 6.4.2 Osservatorio acquisti regionale e Osservatorio Regionale Prezzi e Tecnologie

#### **7 Il modello organizzativo**

- 7.1 L'organizzazione dipartimentale
  - 7.1.1 Compiti e attività del Dipartimento
  - 7.1.2 Tipologie di Dipartimenti
  - 7.1.3 Gli organi del dipartimento
  - 7.1.4 Le risorse del Dipartimento
- 7.2 Strutture complesse e semplici

#### **8 Gli organi**

- 8.1.1 Il Direttore Generale
- 8.1.2 Il Collegio Sindacale

#### **9 L'organizzazione dell'azienda sanitaria locale**

- 9.1 La mission dell'Azienda Sanitaria Locale
- 9.2 La direzione generale
- 9.3 La Direzione Strategica e gli Organismi

- 9.3.1 La Direzione Sanitaria e il Direttore Sanitario
- 9.3.2 La Direzione Amministrativa e il Direttore Amministrativo
- 9.3.3 La Direzione Sociale ed il Direttore Sociale
- 9.3.4 Il Collegio di direzione dell'Azienda Sanitaria Locale
- 9.4 I Dipartimenti dell'ASL, dalla l.r.31/97 al PSSR
- 9.4.1 I Dipartimenti di prevenzione medica e veterinaria
- 9.4.2 Il dipartimento delle Cure Primarie e continuità assistenziale (dei Servizi di Sanitari di Base)
- 9.4.3 Il dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate (A.S.S.I)
- 9.4.4 Il Dipartimento PAC (Programmazione, Acquisto e controllo)
- 9.4.5 Il Dipartimento amministrativo
- 9.5 Il Distretto socio-sanitario

## 10 L'organizzazione delle aziende ospedaliere

- 10.1 Mission specifica dell'A.O.
- 10.2 Organismi
  - 10.2.1 Direzione Strategica
  - 10.2.2 Collegio di Direzione
  - 10.2.3 Il Comitato Etico Indipendente
- 10.3 ASSETTO ORGANIZZATIVO
  - 10.3.1 Funzioni di staff alla Direzione Aziendale
  - 10.3.2 Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo Aziendale
    - 10.3.3 Il Servizio Ingegneria Clinica
    - 10.3.4 Il Servizio Farmacia Ospedaliera
    - 10.3.5 Management dei presidi ospedalieri
    - 10.3.6 Coordinamento delle strutture ambulatoriali extra-ospedaliere
  - 10.4 I dipartimenti ospedalieri
  - 10.5 Il sistema sicurezza

## Premessa

Nell'ambito dei compiti di programmazione indirizzo e controllo della Regione Lombardia, nel rispetto dell'autonomia organizzativa delle aziende sanitarie, con le presenti linee guida si forniscono principi e criteri per l'adozione del piano di organizzazione e funzionamento aziendale che i direttori generali dovranno adottare, per dare concreta applicazione al piano socio sanitario regionale approvato dal Consiglio Regionale nel 2002.

## 1. Il contesto normativo di riferimento

### 1.1 Legislazione nazionale

La legislazione nazionale vigente avente ad oggetto, tra l'altro, la definizione dell'assetto organizzativo delle aziende sanitarie, è riconducibile essenzialmente al d.lgs. 502/92 e successive modifiche e integrazioni, ed in particolare ai seguenti articoli:

- **art. 2, comma 1**, in tema di definizione delle competenze regionali;
- **art. 2, comma 2-sexies**, in tema di ulteriori tematiche che la Regione deve disciplinare;
- **art. 3 e seguenti** recanti indicazioni inerenti le caratteristiche e peculiarità delle aziende sanitarie, i principi a cui le stesse devono informare la propria attività, individuando gli organi dell'azienda e le relative competenze, gli ulteriori organismi e l'articolazione distrettuale.

### 1.2 Legislazione regionale

Regione Lombardia, con la **legge n. 31 dell'11 luglio 1997**, come modificata ed integrata, ha ridisegnato l'assetto del sistema sanitario regionale, disciplinando **agli artt. 7, 8, 9 e 10**, la natura e gli organi delle aziende sanitarie, l'organizzazione delle stesse, le attività da svolgere, prevedendo inoltre che le aziende sanitarie siano dotate di personalità giuridica pubblica, autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica, nell'ambito degli indirizzi programmatici della Regione. È stata specificatamente prevista l'adozione del piano di organizzazione e del piano strategico, secondo precise modalità, da parte delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli ospedali classificati senza

fini di lucro, degli IRCCS pubblici, disponendo inoltre che la Giunta Regionale definisca i principi per l'aggiornamento e l'integrazione dei piani delle aziende indicati.

In quest'ambito si colloca la **d.g.r. 6/34726 del 20 febbraio 1998**, con cui sono state date le prime linee guida per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie locali e di quelle ospedaliere. In particolare, coerentemente con il modello di competizione regolata assunto con la l.r.31/97, sono previsti modelli organizzativi e di funzionamento differenziati tra le ASL e gli enti erogatori (AO).

### 1.3 Il PRS

Lo stesso **programma regionale di sviluppo della VII° legislatura**, di cui alla d.c.r. VII/39 del 10 ottobre 2000, nell'ambito della «Valorizzazione del modello organizzativo del servizio sanitario», evidenzia la necessità di perseguire un rafforzamento dell'autonomia aziendale, tramite tuttavia la fissazione a livello centrale, attraverso strumenti programmatori propri del livello regionale, le risorse disponibili ed i risultati attesi, riservandosi la valutazione degli *outcomes*, ma riconoscendo piena autonomia alle aziende nella individuazione delle modalità di raggiungimento degli obiettivi prefissati. Considerazione ripresa in toto dal **DPEFR 2003-2005**, nell'ambito dell'obiettivo specifico «Completamento del processo di aziendalizzazione».

### 1.4 Il PSSR 2002-2004

Nel corso del 2002, il Consiglio Regionale, con **d.c.r. n. 462 del 13 marzo 2002**, ha approvato il **Piano Socio-Sanitario Regionale 2002-2004**, strumento di programmazione «unico ed integrato», contenente le linee di sviluppo del sistema socio-sanitario per il prossimo triennio, da tenere in considerazione per la determinazione degli indirizzi di organizzazione e funzionamento delle aziende sanitarie lombarde.

### 1.5 Finalità delle presenti linee guida

Nel quadro normativo delineato appare necessario sviluppare delle «linee guida» che forniscano alle aziende specifici indirizzi e consentano alle stesse la realizzazione di quella reale autonomia che il PSSR ha voluto confermare.

Le linee guida sono riferite anche agli ospedali classificati e agli IRCCS pubblici, per le parti applicabili, ai sensi dell'art 8 della l.r. 31/97, come modificato ed integrato dalla l.r. 3/2001, che prevede l'adozione del piano di organizzazione aziendale e la relativa procedura di controllo regionale anche per tali strutture. (1)

## 2. Il ruolo del piano di organizzazione e funzionamento aziendale

La definizione del rapporto tra il piano di organizzazione e funzionamento aziendale e autonomia delle singole aziende implica l'individuazione della portata della funzione esercitata dalla Regione, in termini «macro», nell'ambito del suo ruolo assimilabile alla «holding», e dalle aziende sanitarie a livello «micro», in termini di definizione delle modalità di sviluppo delle attività da svolgere per il raggiungimento degli obiettivi di salute individuati. In questo contesto il piano definisce il rapporto tra le aziende e gli enti locali (Province, Conferenza dei Sindaci, la Conferenza Regionale delle Autonomie (2)), la mission aziendale e la portata degli obiettivi di salute perseguiti.

### 2.1 Autonomia aziendale e rapporti con la Regione

L'autonomia aziendale si esercita nell'ambito degli indirizzi programmatori regionali. In quest'ottica le Aziende Sanitarie Locali e le Aziende Ospedaliere/gli enti erogatori, ciascuno secondo la propria missione, sono chiamati a garantire la tutela sanitaria della popolazione ed a favorire un costante miglioramento della qualità dei servizi, utilizzando l'autonomia ed i poteri ad essi attribuiti, ed assumendo la responsabilità per lo svolgimento di tutte le attività tecnico-operative, da svolgersi secondo modalità finalizzate a realizzare l'efficacia degli interventi e l'efficiente impiego delle risorse, per il rag-

(1) L'art. 8, comma 1° della l.r. 31/97, prevede che i Piani di Organizzazione e i Piani Strategici aziendali devono essere approvati dalla Giunta. Il comma 1-bis (inserito con l.r. 2/2000) precisa la valenza giuridica di tali strumenti rispetto la legislazione nazionale, e prevede che l'aggiornamento e/o integrazione degli stessi secondo principi definiti dalla Giunta.

(2) L.r. 2/2000 art. 3 Conferenza permanente per la programmazione sanitaria; Conferenza Regionale delle autonomie (l.r. 1/2000 art. 1 comma 16) compiti e funzioni: specificare.

giungimento dell'equilibrio economico patrimoniale, sulla base delle disposizioni vigenti in materia di finanziamento, e nel rispetto del principio della libera scelta da parte del cittadino.

Il Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale si configura come strumento per la concreta definizione dell'organizzazione e del funzionamento aziendale secondo un'ottica di autonomia del Direttore Generale, nelle scelte e nella sua responsabilità nel perseguire e raggiungere gli obiettivi fissati dalla Regione.

La Regione, nello svolgimento del ruolo di «terzo-regolatore» del sistema rafforza, dunque, i compiti di programmazione, finanziamento, indirizzo e controllo delle attività.

L'Azienda esercita, con pesi e ruoli diversi a seconda che sia ASL o ente erogatore, un ruolo determinante nel contesto sanitario regionale attraverso:

- il raggiungimento degli obiettivi di salute definiti dalla Regione;
- la definizione dei rapporti con le autonomie locali che esprimono i bisogni socio-sanitari dei cittadini nonché i rapporti diretti con l'utenza;
- il perseguimento dell'integrazione dei servizi, in una logica a rete, in considerazione dell'accezione per la quale le risorse aziendali sono risorse dedicate allo sviluppo dell'intero S.S.R.;
- la qualificazione delle proprie strutture, dei professionisti e dei processi di erogazione nei confronti dei propri cittadini per garantire l'affidabilità complessiva dell'azienda in termini clinici, assistenziali, economici e finanziari;
- lo sviluppo dei flussi informativi atti ad assolvere, oltre al debito informativo nei confronti della Regione, la generazione di informazioni utili per la gestione e le scelte strategiche di propria competenza.

In sintesi, alla Regione compete la definizione degli obiettivi complessivi perseguibili dalle aziende sanitarie, l'assegnazione delle risorse occorrenti, secondo criteri di congruità e nel limite delle risorse disponibili, la verifica del raggiungimento degli obiettivi, e la definizione del quadro programmatico regionale entro il quale le azioni aziendali devono svolgersi. Alle Aziende è riconosciuta l'autonomia di scegliere le modalità organizzative più idonee, secondo criteri di efficienza, efficacia, qualità, appropriatezza ed economicità, per la realizzazione degli obiettivi definiti dagli indirizzi regionali.

### 3. Le relazioni dell'azienda con l'esterno

#### 3.1 L'informazione e la comunicazione istituzionale: un punto sensibile dell'organizzazione

La complessa rete di rapporti/relazioni dell'azienda sanitaria con il mondo esterno comporta il disegno di un'area comunicazione e informazione, che, per le sue caratteristiche di trasversalità, è collocata in posizione strategica a supporto dell'alta dirigenza.

Il processo di comunicazione è presidiato dalle strutture organizzative e dalle professionalità previste dalla legge 150/2000.

L'attività di comunicazione è finalizzata all'attuazione dei principi enunciati nell'art. 11 della l.r.31/97, il quale individua i principi a cui le aziende sanitarie devono uniformarsi nel regolamentare i diritti di partecipazione dei cittadini all'attività svolta dalle Aziende sanitarie.

I diritti dei cittadini e le modalità del loro esercizio, compreso il libero accesso al soggetto erogatore di prestazioni, sono definiti nella Carta dei Servizi, da adottarsi sulla base dello schema generale di cui al d.p.c.m. 19 maggio 1995, e secondo quanto previsto nella circolare regionale 31/SAN 1997.

#### 3.2 La Carta dei Servizi

L'adozione della carta dei servizi, quale strumento di tutela degli utenti del SSR è obbligatoria per tutti i soggetti erogatori di prestazioni i quali devono orientare e adeguare le proprie attività alla soddisfazione dei bisogni degli utenti attraverso:

- adozione degli standard qualitativi/quantitativi del servizio;
- pubblicizzazione degli standard adottati informandone l'utenza;
- verifica del rispetto degli standard ed il grado di soddisfacimento dell'utente;

- garanzia del rispetto degli standard adottati.

#### 3.3 Gli uffici di pubblica tutela

In considerazione delle indicazioni della l.r.31/97, art. 11, comma 3, le aziende sanitarie prevedono la strutturazione di organi di pubblica tutela, retti da persona qualificata, non dipendente dal SSR. Tali organi, devono raccordarsi con gli URP aziendali. Gli UPT delle ASL possono essere punto di riferimento su base provinciale e, pertanto, consorziabili con le AO. Le funzioni del responsabile dell'UPT hanno sotto ogni profilo, natura di servizio onorario.

#### 3.4 Gli Uffici Relazioni con il Pubblico

L'attività dell'ufficio per le relazioni con il pubblico, indirizzata ai cittadini singoli e associati, dovrà:

- attuare, mediante l'ascolto dei cittadini e la comunicazione interna, i processi di verifica della qualità dei servizi e di gradimento degli stessi da parte degli utenti;
- garantire la reciproca informazione fra l'ufficio per le relazioni con il pubblico e le altre strutture dell'organizzazione, nonché fra gli uffici per le relazioni con il pubblico delle aziende sanitarie del SSR e degli Enti Locali;
- coordinare le attività di comunicazione dell'azienda sanitaria.

#### 3.5 Le relazioni con le Organizzazioni di volontariato

In relazione alla presenza di svariate organizzazioni dirette alla tutela di interessi di specifici utenti (affetti da particolari patologie) ovvero coinvolte nell'assicurare prestazioni a categorie di indigenti, la l.r.31/97 all'art. 11, comma 2, prevede che le organizzazioni di volontariato, generalmente intese, concorrano alla formulazione ed al periodico aggiornamento della carta dei servizi, avanzando proposte di miglioramento.

#### 3.6 Autonomia Aziendale e rapporti con le autonomie locali

I rapporti con le autonomie locali e con gli strumenti della programmazione negoziata sono disciplinati dalla legge 31/97 nonché dalla l.r.14/93.

Ai fini dell'elaborazione del Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale è opportuno tenere conto della collocazione istituzionale delle Aziende che, anche in forza del principio di sussidiarietà, si pongono come enti autonomi di riferimento delle Comunità locali.

I rapporti con le autonomie locali sono disciplinati dalla l.r. 31/97 e dalla l.r. n. 1 del 5 gennaio 2000 che prevede la conferenza regionale delle autonomie locali, quale sede permanente di partecipazione degli enti locali della comunità lombarda alle politiche regionali (Patto per lo Sviluppo).

La l. r. 31/97, all'art. 6, individua «quale obiettivo prioritario e qualificante della rete dei servizi ordinati alla tutela della salute dei cittadini» «l'integrazione delle attività e delle funzioni sanitarie con quelle dei servizi socio-assistenziali». In particolare, vengono individuate le competenze dei comuni, le cui attribuzioni sono esercitate attraverso il consiglio di rappresentanza dei sindaci eletto dalla conferenza dei sindaci a cui attengono, tra l'altro, la formulazione, nell'ambito della programmazione regionale, delle linee di indirizzo per la programmazione programmatica delle attività sanitarie del territorio. All'art. 6 vengono altresì individuate le competenze delle province sia in relazione ai pareri obbligatoriamente da richiedere alle stesse che sulle previste collaborazioni ed integrazioni con le strutture socio sanitarie. Il rapporto dell'Asl con gli organismi dei comuni associati previsti dalla l.r. 31/97 è richiamato anche dalla l.r. 1/2000 che, all'art. 4 commi 63 e sgg., sottolinea la necessità del raccordo dell'Asl con le autonomie locali nell'ambito della programmazione aziendale, in particolare per la realizzazione e lo sviluppo dei servizi sociali ad integrazione sanitaria. Anche il PSSR 2002-2004 ribadisce il fatto che l'Asl dovrà consentire non solo un coinvolgimento nella programmazione delle attività e dei servizi da parte degli EE.LL., ma anche una loro più continua e diretta partecipazione alle decisioni in merito alle risposte ai bisogni espressi dalle comunità locali assumendone la corresponsabilità economica. D'altra parte, il principio della sussidiarietà verticale e orizzontale nonché del raccordo interistituzionale è stato sancito dalla l. 328/00 che all'art. 19 prevede che i comuni, associati nell'ambito distrettuale, d'intesa con le Asl provvedano alla definizione dei Piani di Zona per la realizzazione del sistema integrato di interventi sociali. La più recente l.r. 13 febbraio 2003, n. 1 «Riordino della disciplina delle istituzioni pubbliche di assistenza e beneficenza operanti in Lom-

bardia» si inserisce a pieno titolo in questo contesto normativo, che sviluppa il principio della sussidiarietà orizzontale, dando impulso alla imprenditorialità delle istituzioni pubbliche e private non profit. Le stesse interagiscono con i Comuni e le Aziende Sanitarie nella attuazione e nella gestione complessiva ed integrata delle politiche socio-sanitarie e socio-assistenziali. Complessivamente la vera sfida è la costruzione di un modello di «governance» ai fini della realizzazione di un reale sistema integrato (rete) di servizi che garantisca risposte ai bisogni attraverso l'ottimizzazione delle risorse e la valorizzazione delle competenze.

#### 4. Contenuti del piano di organizzazione e funzionamento aziendale

I contenuti del piano di organizzazione e funzionamento aziendale, discendono in parte dalle norme del d.lgs. 502/92, come modificato ed integrato, nonché da altre norme della legislazione nazionale, mentre altri sono individuati da Regione Lombardia, anche nell'ambito della l.r. 31/97 e successive modifiche e integrazioni.

Devono essere contenuti nel piano di organizzazione e funzionamento aziendale:

A) la mission dell'azienda sanitaria nell'ambito del servizio sanitario regionale;

B) la sede legale e gli elementi identificativi dell'azienda sanitaria, con relativa definizione del patrimonio della stessa;

C) distinzione tra attività di indirizzo e controllo e l'attività di gestione, rilevando:

- le funzioni degli organi dell'azienda, il direttore generale ed il collegio sindacale e loro composizione;

- le funzioni degli altri elementi della direzione strategica aziendale, ovvero il direttore sanitario, il direttore amministrativo, il direttore sociale, le modalità per il conferimento di eventuali deleghe e gli ambiti delle stesse;

- le modalità di affidamento della direzione delle strutture ai dirigenti, definendo oltremodo, per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni ed i conseguenti atti amministrativi che impegnano l'azienda sanitaria verso l'esterno, l'ambito oggettivo e soggettivo di dette attribuzioni; definizione delle modalità per il conferimento di eventuali deleghe e gli ambiti delle stesse;

- la regolamentazione dei contratti individuali di diritto privato dei dirigenti, nonché per la determinazione degli obiettivi e la valutazione dei dirigenti;

D) la disciplina relativa alla composizione ed al funzionamento del collegio di direzione;

E) la definizione del sistema dei controlli interni (si richiama l'attenzione sulla previsione della l.r.31/97, art. 13, comma 4), tramite l'attivazione delle seguenti funzioni:

□ *controllo di gestione*, che assiste i vertici aziendali verificando l'economicità della gestione delle risorse;

□ *controllo della qualità* delle prestazioni e dei servizi resi, allo scopo di migliorare la loro efficacia;

□ *internal auditing* aziendale che svolga un'attività indipendente ed obiettiva di asseverazione, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azienda. La funzione assiste gli organi di vertice al conseguimento degli obiettivi aziendali, svolgendo attività di valutazione sui processi relativi al controllo, alla gestione dei rischi e al governo aziendale. La funzione deve riportare ad un livello dell'azienda che ne garantisca la piena indipendenza, condizione indispensabile per l'adempimento delle responsabilità.

È necessaria l'adozione di adeguati regolamenti da parte degli organi, strutture, uffici competenti, destinati di norma a:

- disciplinare gli acquisiti di beni e servizi;
- le modalità ed i criteri per la formazione del bilancio aziendale;

- le modalità ed i criteri per la tenuta della contabilità aziendale, secondo quanto stabilito dalla normativa vigente.

- la libera professione.

F) la definizione dell'organizzazione delle ASL comprensiva delle Direzioni, Dipartimenti e Distretti e relative strutture complesse e/o semplici afferenti, con l'indicazione dei livelli gerarchici, la dotazione di risorse, anche in considerazione dei processi di esternalizzazione, nonché la relativa autonomia gestionale o tecnico professionale e l'assoggettamento a rendicontazione analitica;

G) la definizione dell'organizzazione delle aziende ospedaliere, e, per le parti applicabili, degli IRCCS pubblici e degli ospedali classificati, in aree omogenee, presidi, dipartimenti, servizi e relative strutture complesse e/o semplici con relativa definizione dell'autonomia gestionale o tecnico professionale e assoggettamento a rendicontazione analitica;

H) l'attività e modalità di funzionamento dei dipartimenti, ruolo del direttore di dipartimento e del comitato di dipartimento, con relativa definizione dei componenti di quest'ultimo. L'individuazione dei dipartimenti dovrà realizzarsi in considerazione delle peculiarità organizzative, territoriali ed economiche, evitando che in un dipartimento confluisca una sola struttura complessa. Sarà necessario definire le connessioni organizzative fra le strutture componenti il dipartimento, tra i dipartimenti e gli altri livelli organizzativi dell'azienda;

I) l'articolazione territoriale dei Distretti Socio-Sanitari e dei Distretti di Medicina Veterinaria, e delle articolazioni sub-distrettuali (poli operativi presenti) per lo svolgimento delle attività sanitarie territoriali e socio-sanitarie; nonché la definizione del ruolo e delle attività del Direttore di distretto.

J) l'articolazione dei Centri di Responsabilità e dei Centri di Costo e il regolamento di budget;

K) gli atti di costituzione e regolamentazione del Nucleo di Valutazione e dei Collegi tecnici;

L) le modalità di rapporto e di collaborazione con le altre aziende sanitarie, con le aziende ospedaliere ove insistono Poli universitari, in attuazione dei protocolli di intesa stipulati tra la Regione e le Università;

M) la regolamentazione degli accordi con gli erogatori pubblici e dei contratti con gli erogatori privati accreditati;

N) la formalizzazione dei rapporti con le rappresentanze sindacali;

O) la definizione delle procedure e degli atti oggetto delle consultazioni e le modalità di partecipazione e di tutela degli utenti;

P) la regolamentazione dei rapporti con l'utente per la soddisfazione delle sue istanze e per le valutazioni dei reclami;

Q) l'organizzazione e le modalità operative e di rapporto degli organi deputati alla sicurezza degli operatori (d.lgs 626/94 e successive modifiche ed integrazioni).

Gli elementi indicati rappresentano sostanzialmente il contenuto che si ritiene debba essere rappresentato nel piano di organizzazione e funzionamento aziendale, al fine di mettere in evidenza l'assetto organizzativo con il quale il Direttore generale intende operare e le modalità di funzionamento dell'azienda.

#### 5. Procedure per l'adozione del piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale

Il Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale è adottato con provvedimento del Direttore Generale dell'azienda (3) acquisito il parere del Consiglio dei sanitari e sentiti il collegio di direzione e le OO.SS. ed è trasmesso alla Giunta Regionale per l'approvazione.

Per le aziende ospedaliere nelle quali insistono i poli universitari l'atto è adottato previa acquisizione di parere, non vincolante, del Rettore dell'università, espresso entro trenta giorni dal ricevimento dell'atto e limitatamente ai dipartimenti ad attività integrata.

#### 6. Le risorse umane, finanziarie e strumentali

##### 6.1 Le risorse umane

###### 6.1.1 La gestione del personale

Le risorse umane sono il fattore strategico di qualsiasi organizzazione: in tal senso ad esse deve essere dedicata la massima attenzione da parte di tutti i livelli di responsabilità ed - in primis - da parte della direzione aziendale, con l'obiettivo di creare le condizioni e gli strumenti per una loro piena valorizzazione; particolare attenzione dovrà essere riservata allo sviluppo delle professionalità presenti in azienda.

Pertanto la funzione «organizzazione e gestione del personale» - pur trovando adeguata collocazione, per gli aspetti gestionali, nell'ambito della Direzione amministrativa - deve essere presidiata, a livello di politiche e strategie, direttamente dal Direttore generale.

(3) Per IRCCS pubblici e Ospedali classificati dal Legale rappresentante.

Per l'esercizio di tale funzione strategica l'Azienda si dota di opportuni sistemi di gestione dei dati e delle informazioni relative al personale.

#### 6.1.2 Il reclutamento del personale

Le forme di acquisizione del personale devono essere precedute da una attenta rilevazione in termini quali-quantitativi dei fabbisogni professionali, la cui copertura è strettamente connessa alle disponibilità economiche.

La pianificazione dei fabbisogni deve tener conto di un generale obiettivo di contenimento strutturale della spesa del personale e della necessità di inserire, prioritariamente, i profili essenziali necessari alle Aziende in coerenza con gli obiettivi strategici delle stesse, adottando una tendenziale riduzione della gestione diretta dei servizi non essenziali, fatta salva la garanzia dei livelli di qualità degli stessi.

Per l'acquisizione del personale occorre associare alle tradizionali procedure di assunzione a tempo indeterminato, tutti gli strumenti di flessibilità previsti dalla vigente normativa e dai CCNL ed, in caso di emergenza o urgenza, incarichi di tipo professionale.

#### 6.1.3 Modello di contrattazione

L'attuale sistema di contrattazione prevede il livello nazionale ed il livello aziendale; nell'ambito di tale articolazione la Regione opera per un'applicazione omogenea del CCNL e coordina la fase di stipulazione dei contratti collettivi integrativi aziendali, anche in relazione alla quantificazione ed alla destinazione di eventuali risorse aggiuntive negoziate con le OO.SS. regionali.

Ogni azienda assicura la tempestiva e corretta applicazione del Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro (CCNL) e attua la fase di contrattazione aziendale integrativa evitando automatismi nelle incentivazioni e nelle progressioni economiche e di carriera.

I contratti collettivi integrativi aziendali hanno l'obiettivo principale di individuare opportunità, sistemi e destinazione di risorse atte a valorizzare le professionalità presenti in azienda ed a riconoscere il merito in termini di impegno e qualità delle prestazioni erogate dai dipendenti.

#### 6.1.4 La formazione e la valutazione del personale

Per individuare i fabbisogni formativi va operata una attenta mappatura delle competenze individuali in ambito tecnico-professionale, gestionale-organizzativo e comportamentale - relazionale e la rilevazione del loro grado di copertura in funzione del raggiungimento degli obiettivi aziendali. La formazione e l'aggiornamento continuo del personale costituiscono elementi strategici dell'azienda. Le risorse per detto istituto sono riportate in bilancio in base al contenuto del CCNL e a seguito di accordi sindacali aziendali e delle direttive regionali. Particolare attenzione deve essere riservata all'esigenza di formazione continua da parte degli operatori appartenenti ai diversi profili. L'Azienda per i fini di cui sopra predispone annualmente a seguito di accordi sindacali aziendali e possibilmente nel quadro di una programmazione biennale in linea con i bienni economici dei CCNL un piano di formazione del personale tenendo conto dei fabbisogni rilevati, delle competenze necessarie in relazione agli obiettivi, nonché della programmazione delle assunzioni e delle innovazioni normative e tecnologiche (vedasi art. 4 legge 16 gennaio 2003, n. 3)

Il personale dirigenziale e del comparto è soggetto a valutazione annuale in base ai criteri previsti dalla normativa e dal quadro contrattuale nazionale e locale su specifici obiettivi predeterminati fra i quali quelli economici di centro di responsabilità e di azienda. Il personale dirigenziale è altresì soggetto a verifica con le scadenze temporali previste dalle disposizioni di legge e contrattuali.

Ogni azienda si dota pertanto di adeguate metodologie e sistemi di valutazione che siano in grado di misurare il livello di raggiungimento degli obiettivi predefiniti.

#### 6.1.5 I rapporti con le OO.SS.

I rapporti con le OO.SS. rappresentano, per l'azienda, uno strumento indispensabile per la corretta gestione e valorizzazione della risorsa umana. Le sedi di contrattazione sono quella centrale/nazionale e quella aziendale.

Il Direttore Generale, nel definire l'organizzazione aziendale, individua la struttura cui è affidata la gestione delle relazioni sindacali avente il compito di discutere con le OO.SS. materie inerenti il rapporto tra l'azienda e i dipendenti.

I rapporti con le Organizzazioni sindacali sono regolati dai

CCNL che individuano le materie oggetto di contrattazione, informazione, concertazione e consultazione.

#### 6.1.6 I reports relativi alla gestione del personale

L'azienda è tenuta a fornire alla Regione, ai fini del controllo concomitante della spesa, le informazioni utili allo scopo. A tale fine l'Azienda, in applicazione dell'art. 14, c.1-bis, della l.r. 31/97, utilizza obbligatoriamente il flusso informativo denominato «FLU.PER».

In sede di redazione del rendiconto (o certificazione) trimestrale l'azienda compila una scheda da cui sia possibile dedurre il numero medio dei dipendenti in servizio nel corso del trimestre ed il relativo costo.

#### 6.1.7 Gli incarichi dirigenziali

L'attribuzione degli incarichi dirigenziali, in relazione a scadenze degli stessi o a nuove posizioni dirigenziali, deve essere pianificata all'inizio di ogni anno in considerazione degli obiettivi generali da conseguire.

Nel conferimento degli incarichi, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa contrattuale vigente in merito alle tipologie ed alla durata degli stessi, si dovranno pertanto introdurre criteri di programmazione che consentano un allineamento degli stessi con le cadenze annuali e pluriennali degli obiettivi e della relativa valutazione.

Gli incarichi conferibili ai dirigenti sono i seguenti:

- a) incarico di direzione di dipartimento;
- b) incarico di direzione di struttura complessa;
- c) incarico di direzione di struttura semplice, anche a valenza dipartimentale;
- d) incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo;
- e) incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

#### 6.1.8 Graduazione delle posizioni dirigenziali ed individuazione delle posizioni organizzative

Con il Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro dell'8 giugno 2000 è stato introdotto, per i dirigenti, il principio del contratto di lavoro a tempo indeterminato e dell'incarico di posizione a tempo determinato. È quindi necessario che venga effettuata la graduazione delle funzioni, riconducendo eventuali diverse articolazioni alle tipologie di incarico previste, valutandone la compatibilità con le risorse del fondo di posizione e con i vincoli di bilancio e sulle assunzioni.

Gli incarichi di struttura complessa devono essere relativi alle strutture che hanno i requisiti previsti nelle presenti linee guida; la sussistenza di tali condizioni dovrà riguardare anche gli incarichi in essere. In ogni caso gli incarichi di struttura complessa devono essere attribuiti secondo le modalità di cui al comma 2 dell'art. 15-ter del d.lgs. 502/92 così come successivamente modificato ed integrato.

L'attribuzione degli incarichi di responsabilità discenderà sempre e comunque dalla definizione di specifiche scelte organizzative e dovrà conformarsi, inoltre, ai principi della trasparenza e della certezza del diritto, precisando le modalità di affidamento della direzione delle strutture ai dirigenti, e definendo per i dirigenti di strutture complesse, le decisioni ed i conseguenti atti amministrativi che impegnano l'azienda sanitaria verso l'esterno, che vengono loro delegati o attribuiti e l'ambito oggettivo e soggettivo di dette attribuzioni.

Per gli operatori del comparto sono previste, all'art. 20 e 21 del CCNL, le posizioni organizzative, previa approvazione di regolamento, per lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di responsabilità sia in ambito organizzativo sia in ambito formativo e di ricerca (coordinamento attività didattiche, tutor, ecc.).

La presenza in ogni azienda di un regolamento per l'attribuzione delle succitate posizioni organizzative, dimostra una precisa intenzione ad implementare il processo di valorizzazione delle risorse umane, anche in ottemperanza delle indicazioni contenute nel PSSR.

## 6.2 La gestione delle risorse finanziarie

### 6.2.1 Il sistema di finanziamento

Le aziende sono tenute a perseguire gli obiettivi di tipo sanitario e socio-assistenziale nel rispetto dei vincoli economico-finanziari definiti annualmente dalla Regione ai sensi della normativa vigente.

Nel modello di S.S.R. delineato dalla l. 31/97 le principali fonti di finanziamento delle ASP sono le seguenti:

ASL	AO
Quota capitolata	Remunerazione delle prestazioni tariffate
Funzioni non tariffate	Funzioni non tariffate
Contributi vincolati (regionali, statali)	Contributi vincolati (regionali, statali)
Entrate proprie	Entrate proprie

Eventuali altre tipologie di finanziamento (es. da soggetti privati) devono essere coerenti con la mission aziendale e non possono determinare una situazione di diseconomia a carico della gestione aziendale.

Ai sensi della l.r. n. 32/2002 le Aziende sono tenute a predisporre il Budget degli Investimenti nel rispetto degli indirizzi programmatici regionali e nei limiti della compatibilità economica e finanziaria dell'obiettivo di costo determinato annualmente e dei contributi in conto capitale di provenienza statale o regionale assegnati.

L'entità dell'indebitamento aziendale è quella rigorosamente prevista dalla normativa e dalle disposizioni regionali.

### 6.3 Il sistema informativo e di programmazione e controllo

#### 6.3.1. Il Sistema Informativo Socio Sanitario

Il progetto Carta Regionale dei Servizi - Sistema informativo Socio Sanitario (CRS-SISS) prevede la realizzazione di sistemi informativi altamente innovativi, basati su un'infrastruttura avanzata di comunicazione e cooperazione, a disposizione dell'Azienda e degli operatori socio-sanitari per ottimizzare e migliorare sia i servizi al cittadino che la propria operatività.

L'Azienda adotta gli opportuni provvedimenti per garantire, con i tempi previsti dal progetto di estensione, l'integrazione dei propri sistemi informativi al SISS e, nel periodo successivo alla fase biennale di integrazione, il mantenimento della piena operatività del SISS in ambito aziendale.

Al fine di garantire un corretto ritorno degli investimenti e in conformità alla circolare regionale 9-San, l'Azienda provvede ad acquisire programmi che, negli ambiti di operatività del SISS, presentino un'accertata compatibilità con il SISS stesso.

#### 6.3.2 Il bilancio economico-patrimoniale

L'azienda adotta la Contabilità Economico Patrimoniale in base alla normativa nazionale e regionale vigente, nonché in relazione alle specifiche direttive regionali, conformi ai principi del codice civile ed ai principi contabili nazionali ed internazionali, così come previsto dall'articolo 5 del d.lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni.

La contabilità generale è tenuta secondo il metodo della Partita Doppia e deve essere costantemente aggiornata.

Il piano dei conti della contabilità generale è approvato dalla Regione. L'assunzione di determinazioni da parte regionale è riconducibile all'esigenza di favorire il consolidamento dei conti a livello regionale, ed incentivare la presenza di omogeneità nei flussi contabili aziendali.

Per la tenuta della contabilità generale devono essere effettuate le rilevazioni di legge.

La contabilità generale si conclude con le scritture di chiusura ed il bilancio di verifica, che potrà essere richiesto in ogni momento dalla Regione, oltre che allegato alla deliberazione del bilancio, unitamente ad altri documenti contabili ritenuti indispensabili per un efficace controllo della spesa e per rispondere ai dettami della legge 405/2001.

Per il monitoraggio ed il controllo concomitante della spesa sanitaria, la contabilità generale si chiude virtualmente ogni tre mesi con la redazione dei documenti contabili richiesti dalla Regione (rendiconti vari e relativa certificazione) e per adempiere a quanto richiesto dai ministeri interessati.

Nel conto economico del rendiconto trimestrale occorre prevedere tutti i costi e tutti i ricavi, anche se non hanno concluso il loro iter, con proiezione alla chiusura dell'esercizio. Eventuali scostamenti rispetto agli obiettivi imposti ex ante dalla Regione devono essere giustificati ed eliminati entro la chiusura dell'esercizio di riferimento, attraverso la presentazione di un piano, corredato del parere del Collegio Sindacale, con le misure idonee a ricondurre la gestione nei limiti degli obiettivi assegnati (4).

L'Azienda è tenuta, alla fine del primo semestre, a redigere il bilancio preconsuntivo accompagnato da una Relazione da inoltrare alla Regione entro il 15 luglio dell'esercizio in corso.

#### 6.3.3 La contabilità generale

L'Azienda dovrà redigere un bilancio preventivo ed un consuntivo detto anche di esercizio. Il bilancio preventivo ha lo scopo di prevedere, programmare, autorizzare (rispondendo, fra l'altro, a quanto previsto nell'articolo 81 della Costituzione italiana) e controllare i costi ed i ricavi. Lo schema di bilancio è quello indicato dalle direttive regionali ed è composto dal conto economico e dalla Nota integrativa, conforme alle indicazioni regionali.

La contabilità generale, tenuta con il metodo della Partita doppia, sfocia nel bilancio d'esercizio, si compila a consuntivo e si adotta entro il 30 aprile, salvo proroga stabilita dalla Regione, ed ha quale finalità la rilevazione del risultato della gestione e la composizione del patrimonio aziendale per effetto della gestione di riferimento.

In modo specifico il bilancio d'esercizio si compone dello Stato Patrimoniale, del Conto economico e della Nota integrativa, documenti redatti ai sensi della IV direttiva Cee, recepita con il d.lgs. 127/91 e successive modifiche, su schemi suggeriti dalla Regione.

Tutti i documenti contabili, ivi compresi i bilanci, devono essere verificati dal Collegio dei sindaci. I bilanci devono essere accompagnati da una circostanziata Relazione sulla gestione del Direttore Generale e del predetto Collegio dei sindaci.

Il bilancio d'esercizio deve:

- fornire tutte le informazioni utili alla Direzione strategica, alla Regione, ai dipendenti, agli operatori economici in contatto con l'Azienda;
- rispettare i seguenti postulati: completezza, prevalenza degli aspetti sostanziali ed economici rispetto a quelli formali, chiarezza, neutralità, prudenza, periodicità, comparabilità dei dati fra le aziende del SSR e nell'ambito della stessa Azienda tra un anno e l'altro.

Nella Relazione della gestione devono essere forniti elementi utili alla sua intelligibilità in aggiunta a quanto scritto nella Nota integrativa, ovvero l'andamento degli affari, la situazione aziendale, il contesto in cui opera, i piani operativi che l'Azienda intende sviluppare, i rapporti con le altre aziende pubbliche o private operanti nel SSR.

Il bilancio (preventivo o d'esercizio) aziendale è unico ed è ripartito in più sezioni (colonne) per comprendere il bilancio sanitario, il socio sanitario integrato ed il bilancio complessivo.

#### 6.3.4 Il controllo di gestione e i suoi strumenti

Il controllo di gestione è obbligatorio, ai sensi della normativa nazionale e regionale (d.lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni e legge regionale 31/97).

La Regione ha delineato gli aspetti metodologici del Controllo di gestione nella d.g.r. N. 7/7780 del 18 gennaio 2002 «Approvazione delle Linee guida sul Controllo di gestione delle Aziende Sanitarie della Regione Lombardia».

Ogni Azienda Sanitaria individua all'interno della sua organizzazione l'unità organizzativa responsabile del Controllo di gestione.

Gli strumenti del controllo di gestione sono rappresentati da:

- Budget realizzato con un sistema informativo automatizzato e articolato per centro di responsabilità/costo con un sistema di codifica più sintetico del piano dei conti di contabilità analitica;
- Una contabilità analitica integrata con la contabilità economico-patrimoniale e con i sottosistemi contabili (magazzino, cespiti, personale, ecc.);
- Un sistema di reporting che consenta di analizzare gli scostamenti tra budget e consuntivo, di individuarne le cause e di intervenire tempestivamente.

Piani e programmi aziendali rappresentano gli input necessari al Controllo di gestione per l'avvio del processo di budgeting.

I distretti ed i presidi ospedalieri devono avere un proprio budget.

(4) art. 14, comma 7-ter l.r. 31/97 come modificato dalla l.r. 24 marzo 2003, n. 3.

La riconciliazione tra la contabilità economico-patrimoniale e la contabilità analitica deve essere considerata uno strumento di verifica circa l'esistenza, la completezza e l'accuratezza delle informazioni in esse contenute.

Le Aziende Sanitarie sono tenute a definire al loro interno delle procedure scritte relativamente ai processi che compongono il Controllo di gestione tra cui i più rilevanti sono:

- Il processo di elaborazione del budget,
- Il processo di reporting,
- Le fonti e le modalità di raccolta dei dati che confluiscono nella contabilità analitica.

Tale attività è finalizzata a standardizzare i processi soprattutto in merito alle fasi di raccolta dei dati, la loro elaborazione e la loro verifica e disponibilità ai fruitori finali.

Le Aziende Sanitarie sono tenute a collaborare alla raccolta dati organizzata a livello regionale e riferita al «Sistema Informativo sul Controllo di gestione» secondo le indicazioni e le disposizioni fornite dai competenti uffici regionali.

#### 6.3.5 Il sistema di controlli interni

Il **sistema dei controlli interni** (si richiama l'attenzione sulla previsione della l.r.31/97, art. 13, comma 4) è uno strumento che supporta gli organi di vertice al conseguimento degli obiettivi aziendali di efficacia efficienza, economicità e trasparenza.

Ne fanno parte:

- **Il controllo di gestione** (cfr. par. precedente)
- il **controllo della qualità di prestazioni** e servizi resi, allo scopo di migliorarne l'efficacia;
- **l'internal auditing** che svolge attività indipendente ed obiettiva di asseverazione, finalizzata al miglioramento dell'efficacia e dell'efficienza dell'azienda. Assiste gli organi di vertice al conseguimento degli obiettivi aziendali, svolgendo attività di valutazione sui processi relativi al controllo, alla gestione dei rischi e al governo aziendale.
- il **reporting** è l'attività che consente ad aziende sanitarie pubbliche e regione di scambiarsi in modo sistematico, organizzato e cadenzato i dati per il monitoraggio ed il controllo della spesa sanitaria (art 14 l.r. 31/97)

#### 6.3.6 I flussi informativi contabili e di attività

Le aziende adempiono al debito informativo ai sensi dell'art. 14 della l.r. 31/97.

Il Direttore Generale è responsabile nei confronti della Regione della veridicità e della tempestività di trasmissione dei dati secondo le modalità e le scadenze individuate dalla regione.

Tale aspetto rappresenta un parametro della valutazione del Direttore Generale e dell'azienda nel suo complesso.

### 6.4 L'acquisizione di beni e servizi

#### 6.4.1 L'acquisizione di beni e servizi: principi e modalità operative

Le aziende sanitarie sono tenute ad adottare un regolamento per disciplinare le modalità di acquisizione di beni e servizi a cui dovranno uniformarsi i Responsabili degli acquisti individuati dal Direttore Generale nel presente Piano di organizzazione e funzionamento aziendale. Il regolamento deve uniformarsi alla normativa europea e nazionale nonché alla legge regionale 19 maggio 1997 n. 14 così come modificata dalla legge regionale 23 marzo 2003 n. 3.

In particolare le modalità di acquisto di beni e servizi devono rispettare i criteri di trasparenza, economicità dell'attività amministrativa, concorrenza, «par condicio» dei concorrenti.

Le Aziende sanitarie devono porre attenzione alla certificazione che il prodotto sia fabbricato senza l'utilizzo di lavoro minorile.

Il nuovo sistema introdotto dall'art. 24 della legge 27 dicembre 2002 n. 289 induce ad una seria e razionata programmazione degli acquisti. In tale ambito:

- l'istituto del rinnovo del contratto non è più operativo, salvo i casi in cui sia previsto espressamente dagli atti di gara, che ne devono motivare rigorosamente termini e condizioni,
- l'istituto della proroga del contratto è operativo solo limitatamente al tempo necessario all'espletamento di procedure di gara, sino all'effettiva aggiudicazione e alla stipula dei nuovi contratti.

Alla fine dell'esercizio o all'inizio del successivo l'Azienda è

tenuta a pubblicare un bando di «pre-informazione» nel quale indicare l'elenco delle procedure di gara (procedura aperta o ristretta e procedura negoziata) che intende effettuare, orientativamente, nell'esercizio.

Questo strumento di programmazione degli acquisti deve essere coerente con il budget ed il bilancio di previsione.

Al fine di razionalizzare gli acquisti e promuovere le gare consorziate, ogni azienda comunica periodicamente le gare in programmazione alla Direzione Generale Sanità.

Queste informazioni, come le informazioni relative a gare aggregate e gare di interesse comune saranno pubblicate sull'Osservatorio Acquisti, a disposizione di tutte le Aziende Sanitarie Pubbliche e IRCCS pubblici per favorire l'aggregazione della domanda.

I contratti di fornitura di beni e servizi sono stipulati con contraenti scelti mediante le seguenti procedure:

- a) pubblico incanto;
- b) licitazione privata, appalto concorso;
- c) nei casi espressamente previsti, trattativa privata;
- d) procedure telematiche;

La trattativa privata può essere esperita con ricorso alle tecniche informative e informatiche ivi compreso l'utilizzo di internet, di cui all'art. 11 del d.P.R. 101/2002. La Giunta regionale, con regolamento definisce, nel rispetto dei principi di trasparenza e concorrenza, i criteri e le modalità di espletamento delle procedure telematiche, anche ai fini di cui all'art. 24, comma 2, lettera b) della legge 27 dicembre 2002 n. 289 (Legge finanziaria 2003) nonché le modalità di utilizzo dell'albo dei fornitori di cui all'articolo 13 e gli altri elementi attuativi necessari ai fini dell'acquisizione in via elettronica di beni e servizi.

Fino ad un importo massimo per singolo acquisto di 50.000 €, le aziende sanitarie possono provvedere secondo gli usi del commercio (cd. spese in economia) alla acquisizione di beni e servizi nei casi indicati nei rispettivi Regolamenti, nei casi individuati nel regolamento della Giunta regionale che disciplina le spese economali nonché nei seguenti casi:

- a) risoluzione di un precedente rapporto contrattuale, quando ciò sia ritenuto necessario o conveniente per assicurare la prestazione nel termine previsto dal contratto;
- b) completamento delle prestazioni non previste dal contratto in corso qualora non sia possibile imporne l'esecuzione nell'ambito dell'oggetto principale del contratto medesimo;
- c) acquisizioni di beni o servizi nella misura strettamente necessaria, nel caso di contratti scaduti, nelle more di svolgimento delle ordinarie procedure di scelta del contraente;
- d) eventi oggettivamente imprevedibili ed urgenti al fine di scongiurare situazioni di pericolo per la salute pubblica, il patrimonio storico, artistico e culturale;

Escluse le aziende sanitarie dall'obbligo di provvedere all'aggiudicazione delle pubbliche forniture e degli appalti pubblici di servizi secondo le disposizioni comunitarie, nazionali e regionali di recepimento, il ricorso alle convenzioni quadro definite dalla CONSIP nonché l'adesione ai progetti per la razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi realizzati dalla Regione Lombardia nell'ambito del protocollo di intesa tra Regione Lombardia, Ministero dell'Economia e delle Finanze e CONSIP s.p.a. approvato con d.g.r. 7/12101 del 14 febbraio 2003 nonché dell'accordo tra la Regione Lombardia e Aziende Sanitarie lombarde approvato con d.g.r. 7/12528 del 28 marzo 2003 ovvero il ricorso al mercato elettronico della pubblica amministrazione di cui all'art. 11 del regolamento di cui al d.P.R. 4 aprile 2002 n. 101.

#### 6.4.2 Osservatorio acquisti regionale e Osservatorio Regionale Prezzi e Tecnologie

L'attività relativa alla costituzione di un osservatorio acquisti si colloca nell'ambito delle iniziative di monitoraggio ma soprattutto di controllo della spesa per beni e servizi in Sanità.

È sinergica ad iniziative regionali in corso per sviluppare possibili forme d'acquisto telematiche (e-procurement) e costituire piattaforme d'acquisto (*marketplace*) con particolare riferimento agli acquisti di ambito sanitario.

Ha l'obiettivo di rendere disponibile alla Regione Lombardia ed alle Aziende del SSR uno strumento che:

- permetta il monitoraggio delle attività di approvvigionamento,

- consenta di evidenziare e catturare economie d'acquisto da parte delle Aziende,
- evidenzi e diffonda comportamenti virtuosi («best practice»).

Si attua attraverso la raccolta e la gestione delle informazioni disponibili sugli acquisti (programmazione acquisti, dati d'acquisto, gare, forme di collaborazioni nel campo degli acquisti etc).

Le informazioni saranno rese il più possibile interscambiabili, creando ove opportuno relazioni e/o integrazioni tra sistemi informativi aziendali e regionali.

Le informazioni potranno essere utilizzate dalle aziende (in particolare dalle funzioni di approvvigionamento, ufficio tecnico, farmacia etc) per:

- selezionare prodotti e fornitori di riferimento,
- identificare condizioni di acquisto competitive,
- definire eventuali forme di acquisto associato.

L'Osservatorio Acquisti ha l'obiettivo di arrivare progressivamente a coprire tutte le categorie di beni e servizi acquistati da aziende Sanitarie Pubbliche ed IRCCS pubblici della Regione Lombardia che entrano nei costi di esercizio per beni e servizi, nonché gli acquisti di macchinari impianti ed attrezzature che vengono iscritte a capitale nei bilanci aziendali.

L'Azienda si impegna pertanto a fornire questi dati, che costituiscono debito informativo, alle scadenze determinate e con le modalità previste.

In questo ambito l'Osservatorio Regionale Prezzi e Tecnologie (ORPT), attivato a partire da luglio 2001, opera realizzando una rete di acquisizione e distribuzione delle informazioni.

Questa rete, utilizzando i dati provenienti sia dalla domanda che dall'offerta, consente di aggiornare e rendere disponibili a tutte le strutture sanitarie, tramite Internet, informazioni tecnico-economiche dettagliate sulle tecnologie biomediche di maggior presenza nelle strutture sanitarie e/o di più alta incidenza economica, su dispositivi medici e servizi (distribuzione, caratteristiche tecniche dei singoli prodotti/servizi, modalità e prezzi d'acquisto).

## 7. Il modello organizzativo

Il modello organizzativo aziendale deve essere costruito in modo flessibile ed il più possibile pertinente alle specifiche realtà aziendali tenendo conto che l'articolazione organizzativa ha quali finalità la creazione di condizioni e di strumenti utili al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

### 7.1 L'organizzazione dipartimentale

L'organizzazione dipartimentale è, secondo normativa, il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle Aziende sanitarie locali e delle Aziende ospedaliere. Il Dipartimento è una modalità di organizzazione di più strutture complesse e di quelle semplici di particolare specificità al fine di razionalizzare, in termini di efficienza, efficacia ed economicità i rapporti tra le strutture. Esso è di conseguenza un'articolazione organizzativa dell'azienda sanitaria, avente quale compito specifico lo svolgimento, in maniera coordinata, di attività complesse al fine di razionalizzare, in termini di efficienza, efficacia ed economicità i rapporti tra le strutture.

In coerenza con il PSSR 2002-2004, il modello dipartimentale è incentrato sulla flessibilità organizzativa delle aziende sanitarie. Quelle ospedaliere, nel rispetto degli adempimenti previsti dal processo di accreditamento nonché delle risorse umane e strumentali disponibili, sono legittimate a variare la loro articolazione interna, la distribuzione di posti letto e delle risorse assegnate alle singole specialità, con l'obiettivo di corrispondere con un modello organizzativo flessibile nella modalità qualitativamente ottimale alle variazioni della domanda di prestazioni derivante dall'attuazione del principio di libertà di scelta del cittadino.

#### 7.1.1 Compiti e attività del Dipartimento

I Dipartimenti in relazione alla propria funzione, posizione (in linea o in staff) e allocazione (ospedaliera o di azienda sanitaria locale) hanno il compito di:

- individuare gli obiettivi da perseguire, in termini di attività complesse (sia su base annuale che pluriennale), tramite il coordinamento e l'organizzazione dell'attività di assistenza;
- analizzare, applicare e verificare sistemi, protocolli diagnostici terapeutici, percorsi clinici diretti a conferire omoge-

neità alle procedure organizzative, assistenziali e di utilizzo delle apparecchiature, nonché ottimizzare le prestazioni, anche in considerazione dell'evidenza clinica e della letteratura scientifica;

- individuare gli indicatori utili per la valutazione e la verifica dell'appropriatezza ed dell'efficacia delle prestazioni, anche al fine di verificare il livello di personalizzazione degli interventi e la promozione di iniziative finalizzate all'umanizzazione dell'assistenza;

- valutare e verificare la qualità dell'assistenza fornita e delle prestazioni erogate;

- ottimizzare l'uso delle risorse assegnate;

- utilizzare in modo razionale ed ottimale le risorse materiali e professionali, i posti letto, gli spazi per assistiti, e le apparecchiature, al fine di consentire una più completa assistenza al malato ed una razionalizzazione dei costi;

- organizzare l'attività libero-professionale;

- partecipare insieme alla struttura aziendale preposta (Formazione) alla valutazione dei bisogni di formazione del personale, alla progettazione degli interventi formativi ed eventualmente alla loro gestione (organizzando la didattica);

- studiare e applicare sistemi integrati di gestione, tramite l'utilizzo delle tecnologie informatiche al fine di implementare i collegamenti funzionali e lo scambio di informazioni e immagini all'interno del dipartimento e tra dipartimenti aziendali; ciò potrà oltremodo consentire l'archiviazione unificata e centralizzata dei dati;

- promuovere nuove attività o nuovi modelli operativi nel settore di competenza.

#### 7.1.2 Tipologie di Dipartimenti

I Dipartimenti possono essere suddivisi in:

##### • dipartimenti gestionali

Il Dipartimento Gestionale è costituito da strutture complesse e semplici caratterizzate da particolari specificità (anche appartenenti a Presidi/Stabilimenti diversi) affini o complementari, comunque omogenee; in esso si concretizza una gestione comune delle risorse finalizzata al raggiungimento di obiettivi definiti e verificati anche attraverso la negoziazione di budget. Caratteristica tipica del dipartimento gestionale è l'uso integrato delle risorse e l'attribuzione di un budget unico.

##### • dipartimenti funzionali

Il Dipartimento Funzionale è costituito da strutture complesse e semplici (anche appartenenti a Presidi/Stabilimenti diversi) la cui attività deve essere uniformata attraverso un comune indirizzo organizzativo, scientifico e tecnico; in esso non si realizza la gestione diretta delle risorse che viene effettuata nell'ambito dei Dipartimenti Gestionali ai quali fanno riferimento le strutture complesse. Ha quale finalità il raggiungimento di uno specifico ed univoco obiettivo, che trova fondamento, in norme nazionali, in norme ovvero nella programmazione regionale, in esigenze della singola azienda, ovvero nell'opportunità di garantire la continuità diagnostica e terapeutica ai pazienti, aggregando strutture totalmente indipendenti tra di loro. L'attivazione del Dipartimento consente l'attivazione di specifiche competenze di cui ogni struttura aggregata è titolare, per lo svolgimento di attività dirette al perseguimento di un obiettivo comune. Caratteristica tipica del dipartimento funzionale è l'applicazione di linee e protocolli concordati ed uniformi.

##### • dipartimenti d'organo

Prevedibili unicamente per le Aziende Ospedaliere con alta specializzazione, nel quale sono aggregate le diverse professionalità coinvolte nella diagnosi e cura di uno specifico organo, ovvero funzioni omologhe ed omogenee. Tali dipartimenti sono caratterizzati dalla prevalente o esclusiva collocazione delle unità operative in ambito ospedaliero e dalla presenza di specifiche professionalità dotate di una propria intrinseca autonomia rispetto agli interventi preventivi, diagnostici e terapeutici di competenza.

#### 7.1.3 Gli organi del Dipartimento

Sono organi del Dipartimento: il Direttore di dipartimento e il Comitato di dipartimento.

##### • Direttore di dipartimento

La Direzione del Dipartimento è affidata su base fiduciaria dal Direttore Generale ad uno dei responsabili delle Strutture complesse afferenti al Dipartimento, tenendo conto dei requi-

siti di esperienza professionale, curriculum scientifico, capacità gestionale ed organizzativa, programmi di attività e sviluppo e di eventuali candidature dei responsabili di UO.

Il Direttore di Dipartimento è sovraordinato, sul piano organizzativo, ai responsabili di Struttura complessa.

Il Direttore di Dipartimento mantiene la titolarità della Struttura complessa; qualora non mantenga la relativa responsabilità funzionale, l'incarico di Struttura complessa è affidato secondo le modalità previste dal comma 1 dell'art. 18 del CCNL 1998-2001.

La durata dell'incarico è triennale rinnovabile, non può superare il periodo dell'incarico del Direttore Generale, decade in caso di decadenza del Direttore Generale. Resta comunque in carica fino alla nomina del nuovo Direttore di Dipartimento.

Il Direttore di Dipartimento è responsabile del raggiungimento degli obiettivi aziendali del Dipartimento; promuove le attività del Dipartimento, coordina le attività delle Strutture complesse e delle Strutture semplici di riferimento di concerto con i rispettivi responsabili perseguendo la massima integrazione possibile tra le diverse unità organizzative, l'ottimizzazione dell'organizzazione, l'uniforme applicazione di procedure comuni ed il raggiungimento degli obiettivi di attività assegnati al Dipartimento.

Le funzioni di Direttore di Dipartimento sono indennizzate nei modi previsti dalla normativa contrattuale vigente nel periodo di riferimento nella misura determinata, secondo contratto, dal Direttore Generale.

#### • Comitato di dipartimento

Il Comitato di Dipartimento, presieduto dal Direttore di Dipartimento, è un organismo collegiale consultivo con funzioni di indirizzo e di verifica ed è composto di diritto dai responsabili delle Strutture complesse afferenti al Dipartimento, dai Responsabili delle Strutture semplici a valenza dipartimentale, dal Responsabile Infermieristico o Tecnico di area dipartimentale individuato tra le figure professionali prevalenti nel Dipartimento, e dal referente amministrativo di Dipartimento, nonché da membri eletti nel numero determinato dal Regolamento.

I Dirigenti Medici dei Presidi Ospedalieri, il Dirigente sanitario Responsabile del Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo, il Responsabile del Servizio di Farmacia ospedaliera ove presenti, partecipano all'occorrenza alle sedute del Comitato per gli argomenti di loro diretta competenza.

Il Comitato di Dipartimento svolge funzioni consultive e di proposta, esprime pareri previsti dal Regolamento e supporta il Direttore di dipartimento nel processo di negoziazione del budget.

I componenti del Comitato rimangono in carica per lo stesso periodo di incarico del direttore di dipartimento e parimenti decadono con la nomina dei loro successori.

Le regole di funzionamento del Comitato di dipartimento sono fissate nel Regolamento di Dipartimento.

#### • Regolamenti di Dipartimento

L'attività del Dipartimento è disciplinata:

- da un Regolamento quadro aziendale di Dipartimento per gli aspetti generali riguardanti la periodicità delle riunioni, le modalità di comunicazione, l'ordine del giorno, il quorum funzionale e strutturale, le verbalizzazioni;

- da un Regolamento specifico approvato, su proposta del Comitato di Dipartimento e regolante le seguenti materie: la gestione in comune delle risorse strumentali e degli spazi fisici assegnati; le modalità organizzative volte al miglioramento dell'efficienza; il coordinamento e sviluppo delle attività cliniche, di ricerca sanitaria finalizzata, di formazione, studio e aggiornamento del personale; il miglioramento del livello di umanizzazione dell'assistenza erogata all'interno delle strutture del Dipartimento; i criteri per la distribuzione degli obiettivi assegnati dal Direttore Generale al Dipartimento e delle risorse messe a disposizione per raggiungerli; la proposta di istituzione e/o revoca al Direttore Generale delle Strutture semplici; l'adeguamento tecnologico e il migliore utilizzo delle risorse comuni; la promozione dell'immagine del Dipartimento e la diffusione delle informazioni.

#### 7.1.4 Le risorse del Dipartimento

Nel piano di organizzazione e funzionamento aziendale andranno precisate puntualmente le risorse umane e strumentali assegnate al dipartimento fermo restando la verifica e la

eventuale modifica delle stesse nei piani annuali di attività e di budget, in relazione agli obiettivi ed ai risultati attesi.

#### 7.2 Strutture complesse e semplici

Per strutture complesse s'intendono quelle strutture costituite nell'ambito dell'azienda individuabili sulla base dell'omogeneità delle prestazioni e dei servizi erogati, dei processi gestiti e delle competenze specialistiche richieste. Ad ogni struttura complessa corrisponde di norma almeno una struttura semplice.

È possibile individuare i seguenti fattori di complessità, precisando che, proprio in relazione al livello di intensità dei medesimi, è determinata la graduazione delle strutture:

- strategicità rispetto alla mission aziendale;
- grado di complessità e di specializzazione delle materie o delle patologie trattate;
- numerosità e rilevanza economica delle risorse gestite e relativo livello di autonomia e responsabilità gestionale;
- interdisciplinarietà;
- sistema di relazioni e di servizi sul territorio.

Possono essere considerate strutture complesse anche quei servizi a valenza aziendale, di forte rilevanza strategica, dotati di autonomia gestionale e/o tecnico professionale; l'individuazione di tali strutture va operata, per la parte relativa alla dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, in coerenza con il d.P.R. 484/97.

Sono pertanto definite strutture complesse quelle articolazioni aziendali che posseggono requisiti strutturali e funzionali di rilevante importanza per l'azienda, che necessitano di competenze pluriprofessionali e specialistiche per l'espletamento delle attività ad esse conferite.

I requisiti per identificare le strutture complesse potranno essere funzionali o gestionali o un mix di entrambi i fattori.

Tra i requisiti funzionali sarà importante considerare la rilevanza strategica per l'azienda (programmazione, acquisto, controllo per l'azienda sanitaria locale e programmazione, marketing e controllo interno per le aziende sanitarie ospedaliere) o la rilevanza esterna (rapporti con regione, comuni, popolazione).

Per quanto concerne invece i requisiti gestionali, ci si può riferire all'uso di risorse ovvero alla capacità produttiva o alle attività non di routine svolte.

Per strutture semplici s'intendono quelle strutture individuate in base a criteri di efficacia ed economicità e di organizzazione dei processi di lavoro, che costituiscono articolazioni di strutture complesse oppure di un Dipartimento o della Direzione strategica.

Alle strutture semplici possono essere delegate, con atto scritto e motivato, funzioni e responsabilità specifiche da parte dei livelli sovraordinati, con particolare riferimento alla gestione clinico assistenziale dei pazienti e con l'attribuzione dei relativi ambiti di autonomia, ferme restando le responsabilità gerarchicamente individuate.

Ad ogni struttura semplice e complessa sono attribuite in modo puntuale le competenze e le responsabilità nonché gli atti a rilevanza esterna che sono autorizzate ad assumere, elementi risultanti da opportune schede competenze ed aree di attività, parte integrante dei piani organizzativi.

Nelle schede stesse dovranno essere oltremodo evidenziati gli eventuali raccordi con le altre strutture a presidio delle funzioni a carattere trasversale.

L'insieme delle suddette schede costituisce il funzionigramma aziendale a garanzia della copertura di tutte le funzioni previste dalla normativa vigente.

## 8. Gli organi

Per comodità espositiva si riporta la descrizione unitaria degli organi della Azienda rimandando alla specifica trattazione dell'organizzazione aziendale dell'ASL e della Azienda Ospedaliera le peculiarità delle funzioni in relazione alla mission aziendale.

### 8.1.1 Il Direttore Generale

È responsabile della gestione complessiva dell'Azienda e nomina i responsabili delle strutture operative dell'Azienda medesima. (5)

(5) In particolare compete al Direttore Generale:

a) la nomina del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo e del Direttore Sociale, con relativa definizione delle funzioni ad essi

Tutti i poteri di gestione, nonché la rappresentanza legale dell'Azienda Ospedaliera, sono riservati al Direttore Generale cui compete in particolare, anche attraverso l'istituzione di un apposito servizio di controllo interno, verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti, dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa.

Sono di esclusiva competenza del Direttore Generale le attività più propriamente «di controllo e governo», mentre sono delegabili o attribuite per norma, regolamento, ovvero dallo stesso Piano di Organizzazione e funzionamento aziendale, ai vari livelli della dirigenza le funzioni «di gestione», quali ad esempio l'attuazione dei contratti collettivi di lavoro del personale e l'adozione degli atti di gestione del personale stesso, l'adozione di provvedimenti di spesa entro limiti di valore prefissati, l'approvazione degli atti di gara per lavori e forniture; la stipula dei contratti. La delega contiene i limiti di esercizio e di tempo della stessa.

### 8.1.2 Il Collegio Sindacale

Composizione e nomina: è composto secondo le disposizioni di legge (6), compete al Direttore Generale Aziendale la nomina del Collegio Sindacale con la specificazione della relativa decorrenza e della inerente convocazione della seduta di insediamento ai fini della prevista elezione, in tale prima seduta, del Presidente in seno al Collegio stesso, con contestuale cessazione delle funzioni già svolte dal preesistente Collegio.

Le funzioni, la durata e l'indennità di detto organo sono quelle previste dalle disposizioni di legge (7).

## 9. L'organizzazione dell'Azienda Sanitaria Locale

### 9.1 La mission dell'Azienda Sanitaria Locale

L'azienda sanitaria locale è oggetto di un processo di trasformazione rilevante, caratterizzato anche da aspetti di sperimentazione dei modelli organizzativi aziendali.

Deve essere posta perciò particolare attenzione al fine di evitare:

□ l'eccessiva frammentazione delle strutture e numerosi livelli di direzione;

□ i ritardi nella gestione budgetaria delle strutture e nella responsabilizzazione dei dirigenti sui risultati.

Nel contesto attuale si sottolinea:

□ il necessario sviluppo delle aziende sanitarie locali come organi di programmazione, acquisto e controllo con la conseguente esternalizzazione delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie alle persone;

□ la negoziazione dei contratti con le strutture erogatrici sulla base degli indici programmatori regionali con il conseguente sviluppo dell'analisi della domanda.

Al fine di poter rappresentare in modo uniforme e adeguato l'assetto organizzativo adottato dall'azienda sanitaria locale nel Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale devono essere esplicitati i seguenti elementi, stante l'autonomia aziendale nella definizione di ulteriori contenuti, complementari ed integrativi a quanto segue:

1. predisposizione dell'organigramma aziendale (cartaceo e su supporto elettronico, con distinzione delle strutture semplici e complesse, individuazione dei Dipartimenti, ed elencazione dei distretti);

2. determinazione dell'attività specifica di ogni struttura, contestualmente alla definizione della stessa, quale struttura semplice o complessa, e ai rapporti/relazioni funzionali con le altre strutture. Dovranno in particolare essere chiariti i criteri in base ai quali una struttura è qualificata semplice/complessa, in stretta correlazione alle indicazioni derivanti dalla programmazione regionale. La definizione delle strutture dovrà essere fatta tenendo in considerazione le esigenze di razionalizzazione gestionale dell'azienda, in un'ottica di integrazione delle attività, evitando quindi la frammentazione delle funzioni e tenendo altresì in considerazione i livelli di attività delle strutture e le ipotesi di sviluppo delle stesse;

3. individuazione dei Dipartimenti, in modo specifico per quanto concerne: la denominazione del Dipartimento, sue finalità, il criterio utilizzato per l'aggregazione delle strutture, obiettivi perseguiti con la costituzione del Dipartimento, l'organizzazione del Dipartimento;

4. definizione del livello di autonomia gestionale e tecnico-professionale delle strutture e dei Dipartimenti

5. individuazione dei Distretti in cui si articola l'ASL, definizione del ruolo e degli obiettivi del Distretto;

6. definizione delle modalità e dei criteri per l'attribuzione degli incarichi dirigenziali (in capo alle strutture complesse, ai Dipartimenti, ai Distretti).

### 9.2 La direzione generale

La Direzione Generale, attraverso il coordinamento tra le Direzioni Sanitaria, Sociale ed Amministrativa, garantisce l'unitarietà di azione e l'approccio integrato ai problemi, così da supportare le decisioni sulla base di valutazioni di carattere sanitario, sociale ed economico-organizzativo.

Tale ruolo si rivela cruciale nel processo di aziendalizzazione delle ASL, che, tradizionalmente, hanno operato per compiti e funzioni - e non per obiettivi -, secondo rigide suddivisioni di competenze ed autonomia.

In tale ottica sono da prediligere soluzioni organizzative che pongano in staff alla Direzione Generale le principali funzioni trasversali, di rilevanza esterna o ad alta necessità di integrazione, quali:

□ l'informazione al cittadino e la comunicazione interna ed interistituzionale, l'educazione alla salute;

□ l'istruttoria degli atti del direttore generale di programmazione (piano strategico triennale) nonché la pianificazione degli obiettivi annuali ed il loro monitoraggio;

□ l'istruttoria per la definizione degli atti generali di organizzazione (piano di organizzazione e funzionamento aziendale) la conseguente pianificazione delle risorse umane e dei processi di valutazione del personale;

□ la negoziazione dei budget per centri di responsabilità aziendali ed il controllo di gestione;

□ i controlli interni: valutazione dei dirigenti, certificazione di qualità delle strutture ASL.

La gestione operativa di tali problematiche potrà essere po-

spettanti, con particolare riguardo alle decisioni che impegnano l'azienda verso l'esterno;

b) la nomina del collegio sindacale e alla sua prima convocazione;

c) alla costituzione del collegio di direzione;

d) all'adozione del piano di organizzazione e funzionamento aziendale;

e) all'adozione dei regolamenti interni per il funzionamento degli organismi collegiali, e per l'attività dei controlli interni;

f) all'adozione della dotazione organica aziendale;

g) all'adozione del bilancio economico di previsione annuale e pluriennale nonché del bilancio di esercizio;

h) all'adozione degli atti programmatici con i quali sono definiti gli obiettivi e le priorità per la gestione dell'azienda sanitaria e sono assegnate le risorse umane, strumentali e finanziarie;

i) alla verifica, attraverso il sistema di controlli interni, mediante valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti e dei risultati, della corretta ed economica gestione delle risorse nonché dell'imparzialità e del buon andamento dell'azione amministrativa;

j) alla verifica della qualità dei servizi anche attraverso strutture a ciò preposte;

k) all'adozione degli altri atti indicati dalla legislazione vigente

(6) In virtù dei decreti legislativi di riordino della riforma sanitaria (n. 502/1992, n. 517/1993, n. 229/1999) nonché in particolare dell'art. 7.6 della l.r. 31/1997 così come sostituito dall'art. 1.1.b della l.r. 28/2001, il Collegio Sindacale è composto da cinque componenti di cui:

uno designato dal Ministro dell'Economia e delle Finanze;

uno designato dal Ministro della Salute;

uno designato dalla Conferenza dei Sindaci dell'ASL di riferimento territoriale;

due dalla Regione

(7) Le funzioni sono fissate dall'art. 7 comma 5 della l.r. n. 31/1997.

La durata del Collegio Sindacale è di tre anni come fissato dall'art. 3-ter introdotto dall'art. 3 comma 3 del d.l.vo n. 229/1999.

La misura dell'indennità pertinente ai componenti del Collegio Sindacale delle Aziende Sanitarie Pubbliche è quella determinata per legge (art. 3, comma 13 del d.l.vo 502/1992 e succ. mod.) integrata, ove ricorrente, giusta parere del Consiglio di Stato, Sezione III, del 23 aprile 1996, dalla eventuale quota proporzionale dell'incentivo economico legato agli obiettivi aziendali di interesse regionale assegnati al Direttore Generale.

sta in capo a specifiche strutture (necessariamente integrate per le competenze tecniche ed amministrative) che si potranno costituire in dipartimento per il supporto alla programmazione, acquisto e controllo, che operano stabilmente in modo unitario, sulle specifiche problematiche, in dipendenza gerarchica dalla Direzione Generale.

### 9.3 La Direzione Strategica e gli Organismi

#### 9.3.1 La Direzione Sanitaria e il Direttore Sanitario

Il direttore sanitario a norma dei decreti di riordino dirige i servizi sanitari ai fini igienico sanitari e organizzativi.

La direzione dei servizi sanitari deve essere rivolta alla piena realizzazione della dipartimentalizzazione, intesa non come semplice somma di Servizi o Strutture autonome, ma come modalità di lavoro integrata, con piena condivisione di obiettivi e risorse.

Oltre ai Dipartimenti previsti dall'attuale quadro normativo, e di cui si tratterà più avanti, in «linea» alla Direzione Sanitaria Aziendale si colloca il Servizio Infermieristico, Tecnico, Riabilitativo Aziendale, la cui organizzazione è meglio delineata nella parte «Organizzazione Azienda Ospedaliera». Tale Servizio Aziendale comprende tutte le professionalità riconducibili agli attuali 22 profili professionali, ivi compresi gli operatori che afferiscono alla classe della prevenzione, oltre che gli operatori di supporto ASS, OTA e OSS.

#### 9.3.2 La Direzione Amministrativa e il Direttore Amministrativo

Il processo di aziendalizzazione delle ASL, unitamente allo sviluppo e crescita in campo manageriale della Dirigenza medica, veterinaria e sanitaria, ha condotto a «permeare» tutte le attività sanitarie e sociali di elementi e competenze tipicamente amministrative.

La Dirigenza di struttura, semplice o complessa, implica infatti il possesso di competenze sia tecnico-professionali specifiche della disciplina, che economiche, organizzative, giuridiche.

Ciò sta a significare che le funzioni amministrative sono diffusamente svolte all'interno dei servizi e dei dipartimenti tecnici mentre residuano funzioni di supporto amministrativo tipiche che devono essere organizzate in specifici servizi amministrativi la cui direzione è assegnata al Direttore amministrativo.

Di norma i servizi amministrativi delle aziende sanitarie locali, anche in relazione ai processi di esternalizzazione in corso dovrebbero essere rivisti e razionalizzati non escludendosi anche la gestione consorziata fra più aziende di alcune funzioni e compiti (ivi compresa ad esempio la gestione del patrimonio, i trasporti, i servizi informatici) oltre alla già avviata gestione comune di acquisti e gare.

Fatte salve le indicazioni del capitolo relativo alle risorse umane, finanziarie e strumentali, ed in particolare sui comportamenti e gli obblighi dei servizi amministrativi si ritiene che, in attesa dei processi di cui sopra o in assenza di essi, i servizi amministrativi dell'azienda sanitaria locale si possono articolare in strutture di numero ridotto e pertanto anche con diversificate funzioni.

In prospettiva potrebbero pertanto essere previste strutture complesse a copertura delle seguenti aree:

- gestione delle risorse materiali (approvvigionamenti e attività tecnico-patrimoniali);
- gestione delle risorse umane;
- gestione delle risorse finanziarie;
- gestione delle relazioni (affari generali, affari legali, relazioni istituzionali).

#### 9.3.3 La Direzione Sociale ed il Direttore Sociale

Richiamando i contenuti degli art. 5 e 6 della l. 31/97, al Direttore Sociale, oltre a quanto previsto nell'ambito del rapporto di collaborazione con il Direttore Generale, competono in particolare le seguenti funzioni:

- la elaborazione dei programmi e delle direttive generali per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi socio-sanitari integrati;
- la formulazione delle proposte, sentita la Conferenza dei Sindaci, per la organizzazione del dipartimento ASSI;
- la direzione del dipartimento ASSI ed il raggiungimento degli obiettivi e la gestione delle risorse regionali assegnate alla Azienda, per l'area socio-sanitaria.

Pur confermando la utilità della articolazione del dipartimento nei cinque servizi tradizionali, vi è oggi la necessità, alla luce delle nuove linee programmatiche regionali, che la Direzione Sociale si avvalga di alcuni uffici di staff:

- per il sistema informativo e la programmazione;
- per la contrattazione e l'acquisto delle prestazioni e dei servizi socio-sanitari;
- per il controllo dell'appropriatezza e qualità dei servizi del sistema socio-sanitario.

#### 9.3.4 Il Collegio di direzione dell'Azienda Sanitaria Locale

Il collegio di direzione è composto dai direttori sanitario e amministrativo e sociale, da tutti i direttori di dipartimento, dai direttori di presidio e di distretto, e dal Dirigente del Servizio Infermieristico, tecnico e riabilitativo. A seconda delle specificità aziendali, il Direttore Generale può includere nel predetto Collegio altri direttori di strutture complesse non responsabili di Dipartimento, dirigenti in staff alla direzione generale.

Al collegio possono altresì essere chiamati a partecipare in relazione agli argomenti in discussione, altri responsabili di strutture semplici o complesse, di strutture di staff nonché altri dirigenti o collaboratori con approfondita conoscenza dell'argomento, nella misura in cui la loro presenza sia stata richiesta da uno dei componenti ed assentita dalla presidenza del collegio.

Il Direttore Generale si avvale del Collegio per il governo delle attività tecnico sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria; per la formulazione dei programmi formativi, delle soluzioni organizzative per l'attuazione della attività libero professionale intramuraria e per la valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi; per il coordinamento dell'attività interdipartimentale; per l'organizzazione, lo sviluppo dei servizi e l'utilizzazione delle risorse umane in attuazione del modello dipartimentale.

Il Collegio di Direzione svolge le funzioni previste dalla normativa vigente in relazione alla nomina dei componenti delle commissioni di concorso e di valutazione degli incarichi professionali.

Il coordinamento e la convocazione del Collegio di Direzione competono al Direttore Generale, con facoltà, in caso di trattazione di temi di specifica competenza amministrativa, di demandare tali funzioni, in via contingente, al Direttore Amministrativo.

Rimangono attuali, come disciplinati dalla normativa vigente, il ruolo e l'attività del Consiglio dei Sanitari quale supporto alle decisioni strategiche della Direzione sanitaria, per l'espressione di pareri obbligatori relativi alle scelte di natura tecnico-sanitaria ed economica - anche sotto il profilo organizzativo e degli investimenti ad esse attinenti - e sulle attività di assistenza sanitaria. Tali pareri sono da intendersi favorevoli ove non formulati entro il termine fissato dalla normativa regionale.

### 9.4 I Dipartimenti dell'ASL, dalla l.r. 31/97 al PSSR

Ciascuna ASL istituisce i seguenti dipartimenti, per il coordinamento delle attività sanitarie e socio-sanitarie:

- **dipartimento di prevenzione medica**, dipartimento gestionale cui afferiscono i servizi dell'area di igiene e sanità pubblica;
- **dipartimento di prevenzione veterinario**, dipartimento funzionale cui afferiscono i servizi dell'area della medicina veterinaria, finalizzato anche all'integrazione funzionale con il settore agricoltura e foreste (vedi l.r.31/97 come novellata);
- **dipartimento delle cure primarie** (già denominato dei servizi sanitari di base), dipartimento gestionale che assume il coordinamento dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta;

- **dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate (A.S.S.I.)**, istituito al fine di assicurare l'integrazione delle funzioni sanitarie con quelle socio-assistenziali e socio-assistenziali di rilievo sanitario, attribuite o delegate all'ASL.

- **dipartimento di programmazione, acquisto e controllo** cui sono demandate le funzioni di programmazione, acquisto e controllo di tutte le prestazioni di assistenza specialistica di cui necessitano gli assistiti dell'ASL.

È comunque indispensabile che l'ASL specifichi nel Piano le funzioni di diretta produzione di servizi sanitari rispetto alle funzioni di coordinamento e promozione di governo della domanda.

#### 9.4.1 I Dipartimenti di prevenzione medica e veterinaria

L'articolo 4 della L.R.32/02 prevede il **Dipartimento di Prevenzione Medica e il Dipartimento di Prevenzione Veterinaria** e che «in ogni ASL sia altresì assicurato il coordinamento funzionale tra le attività comuni del Dipartimento di prevenzione medico e veterinario, in particolare per la sicurezza degli alimenti».

Pertanto, anche alla luce dei vincoli di spesa, la riorganizzazione del Dipartimento di Prevenzione dovrà prevedere una suddivisione in dipartimenti, medico e veterinario, di tipo funzionale: prevedendo il mantenimento dei Servizi, come indicati nella legislazione, coordinati dai rispettivi Direttori di Dipartimento. I due Direttori prevedono forme stabili di coordinamento per le problematiche a valenza interdipartimentale relative all'area igiene e sicurezza alimenti.

In relazione alle dimensioni della azienda sanitaria locale e all'entità delle risorse in campo, che ai processi di esternalizzazione delle prestazioni alla persona, tali servizi potranno configurarsi come strutture semplici o complesse, secondo i criteri precedentemente definiti. Nei casi in cui i servizi siano individuati come strutture semplici, sarà opportuno costituire aggregazioni degli stessi in aree omogenee, comprendenti due o più servizi. Il responsabile dell'area omogenea (struttura complessa) sarà anche responsabile di una delle strutture semplici afferenti.

Sono fatti salvi i servizi previsti dalla normativa nazionale e regionale.

Per quanto attiene alle funzioni di laboratorio residue dei Presidi Multizonali di Igiene e Prevenzione, eccetto quelle relative alla sicurezza ed impiantistica che dovranno essere integrate nei servizi di prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro e di igiene e sanità pubblica per gli aspetti di rispettiva competenza, le altre funzioni, nella finalità di favorire i principi di integrazione ed economicità, dovranno essere gradualmente conferite al costituendo Laboratorio Regionale di Sanità Pubblica. A tal fine, ferme restando tutte le competenze dell'Asl in materia di vigilanza e controllo, con successivo provvedimento verranno definite le linee di indirizzo per l'organizzazione del Laboratorio Regionale di Sanità Pubblica e la sua articolazione in sedi decentrate, valutando le possibili sinergie con altre strutture del Servizio Sanitario Regionale, evitando duplicazioni e potenziando le attività di prevenzione.

Per quanto riguarda i servizi alla persona, gli stessi saranno delegati, dal punto di vista organizzativo ai Distretti Socio-Sanitari, dal cui Direttore dipenderanno gli operatori che svolgono tali attività; i Dipartimenti, i Servizi o Aree omogenee mantengono la funzione di indirizzo tecnico-scientifico.

##### *Il dipartimento di prevenzione medica*

Comprende i Servizi previsti dalla L.R.32/02:

- a. igiene e sanità pubblica;
- b. prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro e di impiantistica;
- c. igiene degli alimenti e della nutrizione;
- d. medicina preventiva nelle comunità;
- e. medicina dello sport (ove già costituito);
- f. medicina legale.

Nel caso in cui tali servizi siano individuati come strutture semplici, potranno essere aggregati in aree omogenee, quali, ad esempio, Igiene e prevenzione negli ambienti di vita - comprendente i Servizi di Igiene e Sanità pubblica, Medicina Preventiva nelle Comunità e, ove costituito, dal Servizio di Medicina dello sport.

##### *Il Dipartimento di prevenzione veterinario*

Comprende i Servizi previsti dalla L.R.32/02:

- a) sanità animale;
- b) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- c) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Come per il dipartimento di prevenzione medica, i servizi del dipartimento di prevenzione veterinaria sono strutture semplici o complesse in relazione al possesso o meno dei requisiti sopra indicati che possono essere acquisiti anche attraverso l'accorpamento di strutture semplici.

Il dipartimento di prevenzione veterinaria ha funzioni di programmazione, coordinamento, supporto e verifica delle

attività di sanità pubblica veterinaria svolte sul territorio dai distretti di medicina veterinaria.

Il distretto di medicina veterinaria si distingue dal distretto socio sanitario previsto dalla normativa nazionale e regionale non solo per una possibile diversa articolazione territoriale ma soprattutto in funzione della diversa funzione, in quanto il distretto di medicina veterinaria è caratterizzato da una dislocazione degli operatori sul territorio che risponde funzionalmente alle esigenze di controllo e di accessibilità della utenza.

Per quanto riguarda l'organizzazione e il funzionamento del Distretto di Medicina Veterinaria si rinvia alla d.g.r. 34726 del 20 febbraio 1998.

#### 9.4.2 Il dipartimento delle Cure Primarie e continuità assistenziale (dei Servizi di Sanitari di Base)

Il Dipartimento ha tradizionalmente svolto funzioni relative al rapporto con i medici di medicina generale e pediatri di libera scelta, al monitoraggio della assistenza farmaceutica territoriale, all'autorizzazione e controllo delle prestazioni protesiche e dei rimborsi al cittadino per assistenza all'estero o di particolari categorie: si tratta dunque di un dipartimento che deve mantenere una elevata integrazione interna, ma anche uno strettissimo raccordo con i Distretti Socio-Sanitari, poiché è in quest'ultimo ambito che va a ricollocarsi il governo della domanda, e quindi i rapporti con i MMG e PLS, per il miglioramento dell'appropriatezza prescrittiva di ricovero, ambulatoriale e farmaceutica, come pure con gli specialisti per l'assistenza protesica.

Per questo è anche ipotizzabile che il dipartimento delle cure primarie e continuità assistenziale, si configuri come organismo di indirizzo delle attività distrettuali, e di coordinamento tra Distretti e Direzione Sanitaria e Generale, al fine di elaborare politiche congiunte sul governo della domanda, mantenendo a livello centrale la gestione degli aspetti di direzione tecnica ed amministrativa di carattere generale. In tale contesto saranno previste funzioni che consentano la sostenibilità di competenza professionali in grado di aumentare l'interazione con i medici di medicina generale e i pediatri di libera scelta a livello distrettuale. Per il governo della domanda il dipartimento lavora in stretto raccordo con il dipartimento PAC (Programmazione, Acquisto, Controllo).

Attualmente il dipartimento è articolato, all'interno delle singole aziende sanitarie locali, in servizi deputati a:

- assistenza medica di base;
- assistenza specialistica: limitatamente al coordinamento delle attività di assistenza protesica;
- assistenza farmaceutica.

Anche questi servizi sono strutture semplici o complesse in relazione al possesso dei requisiti necessari.

Nelle situazioni in cui l'attività di assistenza domiciliare integrata è rimasta in capo al Dipartimento delle Cure Primarie (Servizi Sanitari di Base), come servizio di assistenza territoriale, lo stesso dovrà essere ricondotto al Dipartimento ASSI, nel Servizio ADI.

Il servizio di assistenza medica di base giocherà un ruolo sempre più determinate nei rapporti con i medici di medicina generale ed i pediatri di libera scelta nel loro ruolo crescente di regolatori della domanda e di erogatori di cure primarie, entrambe funzioni strategiche per la razionalizzazione del sistema e per garantire una migliore tutela della salute dei cittadini con continuità e nella unitarietà della persona e della famiglia.

Il servizio farmaceutico svolge le funzioni previste dalla normativa nazionale e regionale; in particolare svolgerà, con adeguato supporto amministrativo:

- le funzioni di controllo e valutazione per la razionalizzazione della spesa farmaceutica e di vigilanza delle convenzioni con le farmacie;
- le funzioni amministrative e contabili relative al pagamento dell'assistenza farmaceutica convenzionata e non;
- le funzioni di vigilanza ispettiva sulle farmacie pubbliche e private convenzionate nonché sulle strutture direttamente dipendenti dalle Asl;
- le funzioni di vigilanza amministrativa;
- le funzioni di farmacovigilanza.

I servizi di farmacia delle aziende ospedaliere e quelli delle aziende sanitarie locali potranno trovare opportune intese e forme di gestione comune, in relazione alle novità introdotte dalla Regione per il contenimento della spesa farmaceutica.

#### 9.4.3 Il dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate (A.S.S.I)

Le linee strategiche e programmatiche fortemente innovative del PSSR 2002-2004, comportano e propongono una profonda revisione delle funzioni e degli assetti organizzativi del Dipartimento ASSI. Nel prossimo triennio, ma per alcuni aspetti già a breve termine, il Dipartimento ASSI dovrà organizzarsi per operare nel nuovo scenario interistituzionale risultante dal quadro normativo nazionale e regionale di riforma, sanitaria e sociale:

□ **in raccordo con i Comuni** ai quali la l. 328/2000 ed i successivi decreti applicativi assegnano piena titolarità e specifici finanziamenti per la programmazione e la gestione del sistema dei servizi sociali, delineandone la organizzazione per ambiti distrettuali;

□ **in raccordo con i soggetti privati profit e non profit**, che a pieno titolo possono concorrere alla programmazione, alla gestione ed attuazione di servizi e prestazioni sociali, educativo-formative e socio-sanitarie (d.p.c.m. 30 marzo 2001);

□ **in raccordo con le aziende di servizi alla persona** (ASP), di diritto pubblico, o con quelle di diritto privato senza scopo di lucro, derivanti dalla trasformazione delle IPAB ai sensi della l.r. n. 1/2003, che partecipano alla programmazione ed alla realizzazione del sistema sociale e socio-sanitario.

Tale riorganizzazione dovrà altresì tenere conto della nuova configurazione del modello lombardo di welfare che, attraverso le «riforme regionali» già approvate ed in itinere ha:

□ ridisegnato le principali unità del sistema di offerta: le residenze ed i servizi territoriali per anziani e disabili ridefinendone contestualmente i criteri di accreditamento, gli standard strutturali e gestionali, le modalità di classificazione delle fragilità ospitate, le modalità di remunerazione degli ospiti;

□ provveduto a riequilibrare le componenti del welfare garantendo un forte sviluppo delle cure domiciliari e la loro voucherizzazione.

Diventa pertanto difficile, anche alla luce dei nuovi assetti direzionali delle ASL, definire un modello strutturato di organizzazione del Dipartimento ASSI a valere su scala regionale. Tuttavia si richiamano alcuni principi già enunciati nel PSSR 2002-2004 e che dovranno «informare» il programma di organizzazione aziendale che ogni direzione generale dell'A.S.L. dovrà predisporre.

Ferme restando le competenze definite nel Regolamento regionale di funzionamento del Dipartimento ASSI, del giugno 1999, sembra opportuno considerare la possibilità nel primo anno del triennio di sperimentare nuovi e diversi modelli organizzativi. Dal monitoraggio di essi, attivato e condotto dall'U.O. Programmazione della Direzione «Famiglia e solidarietà sociale», si potranno trarre indicazioni utili per l'opportuna revisione del modello regionale di organizzazione e funzionamento del Dipartimento ASSI.

La sperimentazione dei modelli organizzativi dovrebbe comunque articolarsi in modo funzionale al raggiungimento di alcuni obiettivi strategici:

• **rafforzamento** delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo (PAC) del sistema socio-sanitario, e ciò implica:

□ la necessità di una programmazione il più possibile integrata con i vari soggetti, istituzionali e non, partecipi del sistema;

□ la necessità di pervenire alla metodica «contrattazione/acquisto» di servizi e prestazioni, come strumento di governo e di regolazione del sistema;

□ la necessità di espletare tutte le forme di controllo: istituzionale, tecnico-qualitativo ed amministrativo, utili a tutelare e garantire il cittadino;

• **sperimentazione** di forme di esternalizzazione graduale dei servizi e/o delle prestazioni oggi a gestione diretta ASL. La situazione attuale vede la titolarità della gestione dei servizi in capo all'ASL attraverso varie forme: o a gestione diretta, o attraverso convezioni con soggetti terzi, pubblici e privati, profit e non profit. In prospettiva si dovrà prevedere un graduale passaggio della titolarità della gestione ad altri soggetti pubblici e privati. Il processo dovrà avvenire in modo graduale, rispettoso della situazione locale e delle peculiarità del contesto di riferimento e attento a dare continuità anche a forme di gestione pubblica.

La gestione diretta da parte delle ASL continuerà per tutto

il tempo necessario a misurare, ed eventualmente far crescere, le competenze di altri soggetti pubblici (AO, ASP, etc....) e del privato non profit e profit con i quali le ASL sottoscriveranno il patto di accreditamento.

• **distinzione** tra organi preposti alle funzioni di governo/controllo e organi preposti alle funzioni di produzione/erogazione delle prestazioni. In tal senso il banco di prova sarà rappresentato dall'articolazione organizzativa derivante dal sistema di voucherizzazione dell'ADI, occorrerà anche considerare una diversa afferenza funzionale e gerarchica del personale preposto alle due differenti funzioni identificando i ruoli di programmazione e controllo distinti da quelli di produzione;

• **attribuzione** a livello di dipartimento ASSI delle funzioni di programmazione, acquisto e controllo e distrettualizzazione delle funzioni di produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni. Sia nella normativa nazionale che regionale, sia per il sistema dei servizi sociali che di quelli socio-sanitari, il distretto si connota come «area sistema», come livello gestionale ed organizzativo integrato di essi, con propria autonomia tecnico-funzionale e con specifico budget. Ferma restando la compartecipazione alla programmazione e l'espletamento anche a nome e per conto del dipartimento di funzioni di acquisto e controllo di servizi/prestazioni, il distretto è sempre più caratterizzato anche come «area della produzione», come interfaccia degli uffici di Piano dei comuni ai sensi della l. 328/2000, e luogo della programmazione integrata dei servizi e di coinvolgimento in essa delle rappresentanze dei soggetti pubblici e privati che vi partecipano. Nel distretto è anche ipotizzabile la forma più avanzata di sperimentazione come «soggetto di partecipazione», con il coinvolgimento e la corresponsabilità anche economica degli EE.LL;

• **potenziamento** delle garanzie di informazione e di supporto necessario per consentire ai cittadini di poter esercitare appieno il loro diritto di libertà di scelta. Per la funzione di erogazione di servizi/prestazioni il dipartimento ASSI deve assicurare che in ogni ambito distrettuale siano espletate le «funzioni di consulenza» per tutta la popolazione: singoli, coppie, famiglie, adolescenti e giovani, disabili, anziani e siano garantiti i livelli essenziali di assistenza (LEA) attraverso gli appositi servizi territoriali (Servizio Famiglia Infanzia Età evolutiva, Servizio dipendenze, servizio disabili, servizio anziani etc...). Questo per offrire a tutti i cittadini pari opportunità di accesso al sistema socio-sanitario, ma anche aiutarli nella analisi dei loro bisogni ed orientarli nella individuazione delle risposte adeguate ad essi. Al fine di garantire ai cittadini l'esercizio di un reale diritto di scelta tra le diverse reti dei servizi del sistema sociosanitario e sociale, con il piano di organizzazione e funzionamento aziendale sarà opportuno affiancare alle carte dei servizi, che i nuovi requisiti di accreditamento prevedono obbligatoriamente per ciascuna unità, anche analoghi strumenti atti a fotografare la totalità delle articolazioni del welfare lombardo. Tale modalità si deve configurare non come vincolo, ma come possibilità per il cittadino di avvalersene. In tal senso sono auspicabili semplificazioni ed integrazioni organizzative che forniscano una risposta integrata, di tipo «consulenziale», alle diverse problematiche che una famiglia vive lungo il suo ciclo di vita.

#### 9.4.4 Il Dipartimento PAC (Programmazione, Acquisto e controllo)

È il dipartimento dell'ASL in cui si concentrano le attività di funzioni strategiche e trasversali legate alla programmazione, all'acquisto e al controllo; è diretta espressione della direzione generale e vede la compresenza di professionalità appartenenti ai diversi ruoli: sanitario, amministrativo, tecnico e professionale.

È, di norma, articolato nelle seguenti strutture:

– Servizio programmazione, acquisto e controllo, con funzioni di:

- acquisto delle prestazioni e controllo degli erogatori;
- Autorizzazione e Accreditamento;
- Qualità e appropriatezza;
- Servizio Osservatorio epidemiologico e flussi informativi;
- Servizio Sistemi Informativi.

L'attività di controllo sulla qualità ed appropriatezza delle prestazioni erogate avviene secondo le linee guida regionali, fatte salve le specificità riscontrabili in ciascuna ASL. Ciascuna Azienda Sanitaria adotta propri protocolli di verifica e controllo.

Per il governo della domanda il dipartimento lavora in stretto raccordo con il Dipartimento delle Cure Primarie.

Il Dipartimento PAC si raccorda con il Dipartimento ASSI.

#### 9.4.5 Il Dipartimento amministrativo

L'organizzazione dipartimentale dell'ASL può prevedere il Dipartimento amministrativo.

### 9.5 Il Distretto socio-sanitario

L'attuale configurazione del Distretto Socio-Sanitario, vede tale struttura generalmente articolata in più sedi dove sono erogati servizi alla persona definiti dai LEA.

Secondo quanto previsto dal PSSR 2002-2004, il Distretto dovrà sviluppare ulteriormente le seguenti funzioni:

□ il governo della domanda, in collaborazione coi medici di medicina generale ed i comitati distrettuali di recente istituzione,

□ il raccordo con i Comuni per l'integrazione tra servizi socio-sanitari e servizi sociali come strutturati nel Piano di Zona;

□ l'attività di informazione all'utenza e di accesso al SSR (scelta e revoca del medico) ed alle prestazioni direttamente erogate o anche esternalizzate, ma per la cui fruizione la porta di accesso è costituita dall'ASL.

È in relazione a tali funzioni che la dimensione del Distretto deve tendere a quanto previsto nel PSSR privilegiando la dimensione ritenuta ottimale di almeno 100.000 abitanti, poiché ambiti più circoscritti comporterebbero di fatto l'impossibilità di esercitare una effettiva attività di programmazione a medio-lungo termine.

Ove sussistono dimensioni più ridotte, si dovrebbe perseguire per gradi l'unificazione delle Direzioni di distretti di piccole dimensioni, così da concentrare le attività di tipo programmatico e la gestione delle risorse umane; tale processo può realizzarsi anche attraverso l'accorpamento funzionale di più distretti, conguai per territorio, individuando un unico responsabile degli stessi. A ciò dovrà seguire anche una razionalizzazione delle sedi di erogazione delle prestazioni, favorendo forme di contatto e comunicazione agevoli, quali quella telefonica ed informatica, e valutando una progressiva unificazione delle attività che non prevedono l'accesso diretto del cittadino.

Il Direttore del distretto, di norma, dipende dalla Direzione sanitaria.

Il personale afferente al Distretto dipende dal Direttore dello stesso, fatta eccezione per unità organizzative dislocate a livello distrettuale, ma non operanti nell'area dei servizi alla persona e quindi dipendenti dai rispettivi Dipartimenti.

## 10. L'organizzazione delle Aziende Ospedaliere

### 10.1 Mission specifica dell'A.O.

La mission specifica è quella di erogare prestazioni sanitarie specialistiche, di media o elevata complessità, secondo criteri di appropriatezza e qualità.

Il fine perseguito è quello di rendere l'attività aziendale competitiva in termini di:

- tempi di risposta a fronte di corretti tempi di attesa;
- qualità delle prestazioni e valorizzazione delle aree di eccellenza;

- costi interni in rapporto alle condizioni di competitività.

I Valori di riferimento sono:

- la centralità del paziente come bene fondamentale;
- il personale come patrimonio culturale e professionale, per garantire le prestazioni di cui il paziente necessita,
- il coinvolgimento delle Associazioni di volontariato;
- l'innovazione tecnologica e formativa a tutti i livelli, per sostenere i continui cambiamenti propri del settore sanitario-ospedaliero e per produrre attività di qualità;
- la sicurezza nell'ambiente di lavoro nei confronti dei pazienti e dei dipendenti nel rispetto della normativa vigente.

Analogamente a quanto indicato per l'azienda sanitaria locale, per poter rappresentare in modo uniforme e adeguato l'assetto organizzativo adottato dall'ente erogatore si propone l'esplicitazione nel piano di organizzazione e funzionamento aziendale dei seguenti elementi, stante l'autonomia aziendale nella definizione di ulteriori contenuti, complementari ed integrativi a quanto proposto:

1. predisposizione dell'organigramma aziendale (cartaceo e su supporto elettronico, con distinzione delle strutture semplici e complesse, individuazione dei Dipartimenti);

2. determinazione dell'attività specifica di ogni struttura, contestualmente alla definizione della stessa, quale struttura semplice o complessa, e ai rapporti/relazioni funzionali con le altre strutture. È necessario esplicitare i criteri in base ai quali una struttura è qualificata semplice/complessa, in stretta correlazione alle indicazioni derivanti dalla programmazione regionale. La definizione delle strutture dovrà essere fatta tenendo in considerazione le esigenze di razionalizzazione gestionale dell'azienda, in un'ottica di integrazione delle attività, evitando quindi la frammentazione delle funzioni e tenendo altresì in considerazione i livelli di attività delle strutture e le ipotesi di sviluppo delle stesse;

3. individuazione dei Dipartimenti, in modo specifico per quanto concerne: la denominazione del Dipartimento, sue finalità, il criterio utilizzato per l'aggregazione delle strutture, obiettivi perseguiti con la costituzione del Dipartimento, l'organizzazione del Dipartimento;

4. definizione del livello di autonomia gestionale e tecnico-professionale delle strutture e dei dipartimenti;

5. gli incarichi dirigenziali.

### 10.2 Organismi

#### 10.2.1 Direzione Strategica

È costituita dal Direttore Generale, di cui si è già detto al capitolo 8, e dai Direttori Sanitario ed Amministrativo i quali - nominati in via fiduciaria dal Direttore Generale con provvedimento motivato, tra gli aventi requisiti di legge - hanno rapporto di lavoro a tempo pieno ed esclusivo, regolato da contratto di diritto privato di durata non superiore a cinque anni, rinnovabile, stipulato in osservanza delle norme del titolo terzo del libro quinto del Codice civile.

La Direzione Sanitaria aziendale:

- dirige, a livello strategico, i servizi sanitari ai fini tecnico-organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza devolute dall'ordinamento, identificando ai fini programmatici la domanda di assistenza sanitaria;

- svolge attività di indirizzo, coordinamento, supporto, verifica nei confronti dei responsabili dei servizi sanitari e promuove l'integrazione dei servizi stessi;

- definisce le strategie e gli indirizzi per l'adozione di provvedimenti anche straordinari, contingibili e/o urgenti,

- esprime pareri sulle progettazioni edilizie dell'Azienda in merito agli aspetti igienico-sanitari e funzionali;

- è responsabile dell'attività di farmaco-vigilanza;

- contribuisce alla definizione dei rapporti e dei relativi accordi di natura convenzionale con l'Università, ove presente.

In caso di assenza o impedimento del Direttore sanitario aziendale, il Direttore Generale individua il Dirigente medico responsabile di Presidio ospedaliero cui delegare la relativa funzione; è altresì in facoltà del Direttore Generale, in caso di particolare complessità organizzativo-funzionale, individuare, a rotazione, il Dirigente medico di presidio ospedaliero cui demandare la funzione di raccordo con i Dipartimenti sanitari dell'Azienda.

La Direzione Amministrativa aziendale:

- dirige, a livello strategico, i servizi amministrativi ai fini tecnico-organizzativi e fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza devolute dall'ordinamento;

- svolge attività di indirizzo, coordinamento, supporto, verifica nei confronti dei responsabili dei servizi amministrativi e di supporto e promuove l'integrazione dei servizi stessi;

- definisce le strategie e gli indirizzi per l'adozione di provvedimenti anche straordinari, contingibili e/o urgenti, sugli atti relativi alle materie di competenza;

- esprime pareri sulle progettazioni edilizie dell'Azienda in merito agli aspetti organizzativo-funzionali;

- contribuisce alla definizione dei rapporti e dei relativi accordi di natura convenzionale con l'Università, ove presente, e con altri Enti o Istituti;

- firma i documenti contabili;

- cura la ricezione delle deliberazioni adottate dal Direttore generale al fine della relativa verbalizzazione.

In caso di assenza o impedimento del Direttore amministrativo aziendale, il Direttore generale individua il Dirigente amministrativo cui delegare la relativa funzione; è in facoltà del Direttore generale, in caso di particolare complessità organizzativo-funzionale, individuare il Dirigente amministrativo cui demandare la funzione di raccordo con i servizi amministrativi dell'Azienda.

#### 10.2.2 Collegio di Direzione

Il collegio di direzione è composto dai direttori sanitario e amministrativo e da tutti i direttori di dipartimento, dai direttori di presidio e dal Dirigente del Servizio Infermieristico, tecnico e riabilitativo. A seconda delle specificità aziendali, il Direttore Generale può includere nel predetto Collegio altri direttori di strutture complesse non responsabili di Dipartimento e dirigenti in staff alla direzione generale.

Al collegio possono altresì essere chiamati a partecipare in relazione agli argomenti in discussione, altri responsabili di strutture semplici o complesse, di strutture di staff nonché altri dirigenti o collaboratori con approfondita conoscenza dell'argomento, nella misura in cui la loro presenza sia stata richiesta da uno dei componenti ed assentita dalla presidenza del collegio.

Il Direttore Generale si avvale del Collegio per il governo delle attività cliniche, tecnico sanitarie e di quelle ad alta integrazione sanitaria; per la formulazione dei programmi formativi, delle soluzioni organizzative per l'attuazione della attività libero professionale intramuraria e per la valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi clinici; per il coordinamento dell'attività interdipartimentale; per l'organizzazione, lo sviluppo dei servizi e l'utilizzazione delle risorse umane in attuazione del modello dipartimentale.

Il Collegio di Direzione svolge le funzioni previste dalla normativa vigente in relazione alla nomina dei componenti delle commissioni di concorso.

Il coordinamento e la convocazione del Collegio di Direzione competono al Direttore Generale, con facoltà, in caso di trattazione di temi di specifica competenza amministrativa, di demandare tali funzioni, in via contingente, al Direttore Amministrativo.

Rimangono attuali, come disciplinati dalla normativa vigente, il ruolo e l'attività del Consiglio dei Sanitari quale supporto alle decisioni strategiche della Direzione sanitaria, per l'espressione di pareri obbligatori relativi alle scelte di natura tecnico-sanitaria ed economica - anche sotto il profilo organizzativo e degli investimenti ad esse attinenti - e sulle attività di assistenza sanitaria. Tali pareri sono da intendersi favorevoli ove non formulati entro il termine fissato dalla normativa regionale.

#### 10.2.3 Il Comitato Etico Indipendente

L'istituzione del Comitato Etico Indipendente dell'Azienda Ospedaliera si realizza, non solo in forza ed in adempimento dei Decreti Ministeriali 15 luglio 1997 («Recepimento delle linee guida dell'Unione Europea di buona pratica clinica per l'esecuzione delle sperimentazioni cliniche dei medicinali») e 18 marzo 1998 («Modalità per l'esecuzione degli accertamenti sui medicinali utilizzati nelle sperimentazioni cliniche»), ma anche per la globalità delle esigenze sanitarie in campo etico, compresa l'attività di promozione, informazione e formazione nell'ambito di competenza con riferimento, altresì, alle raccomandazioni, in quanto applicabili alle Aziende ospedaliere, del Comitato Nazionale di Bioetica (8).

Compete al Direttore Generale:

- costituire il Comitato Etico Indipendente secondo i criteri e le modalità già definite con d.g.r. n. 40368 del 18 dicembre 1998.

inserire, tra i componenti, esperti esterni di documentata esperienza sulle sperimentazioni terapeutiche controllate e randomizzate, determinando previamente il compenso lordo onnicomprensivo da corrispondere per ogni seduta e fronteggiando il relativo onere ivi incluse le spese di funzionamento del Comitato, a carico delle Imprese, mediante l'utilizzo della quota oggetto delle singole sperimentazioni

- approvare il Regolamento di funzionamento;

- approvare il Regolamento tecnico sulla sperimentazione e ricerca, nel testo proposto dal Comitato stesso e sottoposto previamente all'esame del Collegio di Direzione.

#### 10.3 Assetto organizzativo

Il modello organizzativo aziendale, come indicato nella parte generale, deve essere costruito in modo flessibile ed il

più possibile pertinente alle specifiche realtà aziendali tenendo conto che l'articolazione organizzativa ha quali finalità la creazione di condizioni e di strumenti utili al raggiungimento degli obiettivi aziendali.

##### 10.3.1 Funzioni di staff alla Direzione Aziendale

Al fine di supportare la direzione strategica nella gestione dei processi di programmazione e sviluppo nonché dei sistemi di controllo interno e per la formazione dei budget e dell'appropriatezza delle decisioni e dell'aderenza delle prestazioni assistenziali erogate ai criteri predeterminati dell'alta direzione aziendale possono essere introdotte funzioni specifiche in staff all'alta direzione.

A titolo esemplificativo, ferme le specificità aziendali, si evidenziano le funzioni maggiormente ricorrenti in coerenza con l'ordinamento:

- Prevenzione e Protezione (SPP)
- Controllo di gestione
- Sistema Informativo Aziendale
- Qualità e accreditamento
- Epidemiologia
- U.R.P./ U.P.T.
- Formazione
- Marketing e promozione della salute

##### 10.3.2 Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo Aziendale

Il Servizio Infermieristico, Tecnico e Riabilitativo Aziendale (S.I.T.R.A.) è una struttura a valenza Aziendale, dotata di autonomia gestionale, che opera «in line» alla Direzione Sanitaria aziendale.

Il S.I.T.R.A. è una struttura titolare di indirizzo, direzione, organizzazione e coordinamento del personale infermieristico, ostetrico, tecnico-sanitario, riabilitativo, di prevenzione e degli operatori di supporto che operano nell'Azienda ospedaliera; si propone di assicurare un'assistenza personalizzata e di qualità a tutti gli utenti/clienti garantendo l'impiego ottimale delle risorse disponibili, nel rispetto delle norme etiche e deontologiche.

Il Dirigente Sanitario responsabile del S.I.T.R.A. è un operatore appartenente alle professioni di cui alla legge 251/00, in possesso dei requisiti professionali previsti dalla normativa vigente.

È nominato dal Direttore Generale, attraverso idonea procedura selettiva ai sensi dell'art. 7 della legge n. 251/00, con il conferimento di un incarico triennale rinnovabile.

Il Dirigente del S.I.T.R.A. collabora con gli altri membri della Direzione Strategica.

Il servizio è articolato in:

*funzioni in line:* Responsabili Infermieristici di Presidio (laddove previsti); Responsabili Infermieristici e Tecnici di Area Dipartimentale; Coordinatori di Struttura Complessa (Caposala - Capostetrica - Capotecnico);

*funzioni in staff:* Responsabile Ricerca Formazione e Sviluppo.

Si individuano le seguenti funzioni:

- partecipazione al processo di budget per quanto attiene alla definizione e alla attribuzione delle risorse infermieristiche ed assistenziali in relazione agli obiettivi fissati;

- progettazione e sviluppo di modelli organizzativi assistenziali innovativi coerenti con l'organizzazione aziendale;

- individuazione dei fabbisogni di risorse infermieristiche, tecniche ed assistenziali;

- definizione dei criteri per la gestione del personale relativamente a: selezione, accoglimento, inserimento, valutazione, sviluppo e mobilità del personale;

- analisi del fabbisogno formativo, definizione di piani formativi in coerenza con gli obiettivi aziendali;

- partecipazione allo sviluppo e verifica del sistema informativo aziendale con particolare riguardo ai flussi e agli strumenti informativi relativi alle attività infermieristiche, tecniche e riabilitative;

(8) Le «Linee guida di riferimento per il funzionamento dei Comitati etici», approvate con Decreto Ministeriale 18 marzo 1998, forniscono orientamenti di massima integrativi e di maggior dettaglio sulla composizione e sulle funzioni dei Comitati Etici.

- definizione dei sistemi di verifica e di indicatori delle prestazioni infermieristiche, tecniche e riabilitative e delle attività alberghiere;

- partecipazione all'elaborazione e all'implementazione dei progetti relativi alla qualità e alla ricerca sull'assistenza infermieristica, tecnica e assistenziale;

- partecipazione alla definizione degli indirizzi concernenti l'applicazione del contratto di lavoro, l'identificazione di sistemi premianti e di un sistema di valutazione delle prestazioni professionali.

### 10.3.3 Il Servizio Ingegneria Clinica

Il Servizio di Ingegneria Clinica è una struttura a valenza Aziendale che opera in staff alla Direzione Aziendale. Il servizio, di norma diretto da un ingegnere elettronico o biomedico, si occupa dell'aspetto gestionale e strategico delle tecnologie, con l'obiettivo primario di garantire l'uso sicuro, appropriato e vantaggioso dal punto di vista economico di tutte le apparecchiature. Il servizio, inoltre, assume un ruolo di supporto alla Direzione Aziendale, per quanto concerne l'aspetto gestionale e strategico delle tecnologie, attraverso le seguenti attività: programmazione e valutazione acquisti, manutenzione diretta o controllo della manutenzione delle apparecchiature in dotazione all'Azienda, studi di technology assessment finalizzati all'introduzione di nuove tecnologie, information technology in ambito sanitario e attività di ricerca.

### 10.3.4 Il Servizio Farmacia Ospedaliera

Il Servizio di farmacia, ove formalmente istituito, è una struttura complessa che opera in staff alla Direzione Sanitaria aziendale ed è preposto alla gestione di farmaci, dispositivi medici, diagnostici.

Le diverse attività correlate alla erogazione dell'assistenza farmaceutica, descritte in modo dettagliato nella d.g.r. 5/64964 del 7.3.95, sono tutte ispirate a criteri di sicurezza, efficacia, efficienza ed economicità.

Al servizio di Farmacia compete la formulazione del piano di attività per la farmacia, in relazione alla programmazione generale dell'Azienda, l'integrazione tra l'organizzazione della propria struttura e quella dei reparti e servizi ospedalieri cui è rivolta l'attività e la promozione della qualificazione tecnica degli operatori addetti.

Si individuano le funzioni principali:

- gestione di farmaci, dispositivi medici, diagnostici, materiale sanitario;

- informazione al corpo sanitario sulle caratteristiche dei farmaci, disinfettanti, dispositivi medici, diagnostici e consulenza alle U.O. per il loro impiego;

- partecipazione al processo di budget per quanto attiene alla definizione ed alla attribuzione dei prodotti farmaceutici da impiegarsi in relazione agli obiettivi fissati;

- produzione di galenici magistrali (formule magistrali, farmaci orfani, farmaci non reperibili in commercio o preparazioni sperimentali, antiblastici, miscele nutrizionali);

- partecipazione allo sviluppo e verifica del sistema informativo aziendale con particolare riguardo ai flussi e agli strumenti informativi relativi all'impiego dei prodotti farmaceutici;

- analisi dei costi dei fattori produttivi, dei consumi per centri di costo, analisi di farmacoeconomia e farmacoepidemiologia;

- farmacovigilanza e vigilanza sull'impiego dei dispositivi medici ove tali attività siano delegate da parte del Direttore sanitario.

### 10.3.5 Management dei presidi ospedalieri

Il management di presidio è costituito dalla Direzione Medica di Presidio e dalla Direzione Amministrativa di Presidio, con i necessari uffici di supporto; entrambe dipendono dalle rispettive direzioni aziendali.

- Il dirigente medico di presidio

Per ciascun presidio ospedaliero, cui fanno capo anche più stabilimenti ospedalieri, va individuato un Dirigente Medico di Presidio, titolare della relativa struttura complessa, al quale attribuire la responsabilità organizzativa, gestionale ed igienico-sanitaria del presidio.

Il Dirigente Medico di Presidio dirige, con autonomia tecnico-funzionale, lo/gli stabilimenti ospedaliero/i, cui è preposto e ne è responsabile ai fini igienico-sanitari ed organizzativi.

Opera sulla base degli indirizzi stabiliti dal Direttore Sani-

tario e concorre al raggiungimento degli obiettivi fissati dal Direttore generale.

Il Dirigente medico di presidio si avvale, nell'esercizio delle proprie competenze, degli uffici di staff aziendale con i quali è chiamato a collaborare.

Nell'ambito della struttura aziendale ha competenze gestionali ed organizzative, igienico-sanitarie e di prevenzione, medico-legali, scientifiche, di formazione ed aggiornamento e di promozione della qualità delle prestazioni sanitarie.

- Il dirigente amministrativo di presidio

Il Dirigente amministrativo di presidio assume funzioni di coordinamento e controllo sulle attività amministrative svolte presso gli stabilimenti ospedalieri secondo le indicazioni del direttore amministrativo di azienda. Il Dirigente amministrativo di presidio deve garantire il coordinamento per tutti i processi tecnico-amministrativi di rilievo interdipartimentale.

Il Dirigente amministrativo di presidio deve garantire la migliore integrazione funzionale fra attività sanitaria ed amministrativa fornendo un concreto supporto al Direttore sanitario ed al Dirigente medico di presidio. Ad esso spetta altresì la supervisione sul grado di integrazione fra i diversi uffici e settori amministrativi degli stabilimenti ospedalieri dell'Azienda, particolarmente in materia di:

- gestione del personale amministrativo di riferimento

- razionalizzazione delle relative procedure amministrative

- formazione ed aggiornamento del personale amministrativo;

- supervisione del funzionamento delle casse ambulatoriali operanti in ospedale;

- tenuta delle vigenti convenzioni attive e passive.

### 10.3.6 Coordinamento delle strutture ambulatoriali extra-ospedaliere

Laddove la rete poliambulatoriale territoriale lo richieda è prevista la funzione di coordinamento assicurata dal Direttore medico di presidio dei poliambulatori, ferma restando l'intesa con le Direzioni sanitarie ed amministrative dei presidi ospedalieri. A tale dirigente sarà affidata la responsabilità organizzativo-gestionale di tutta l'attività ambulatoriale extra-ospedaliera al fine di garantire una migliore integrazione di tutte le funzioni assistenziali nella logica dei processi produttivi trasversali all'Azienda.

### 10.4 I dipartimenti ospedalieri

La costituzione di dipartimenti è elemento caratterizzante di una strategia aziendale che valorizza il personale in ogni dimensione specifica favorendo la valorizzazione delle competenze professionali in un contesto di reale e concreta integrazione organizzativa.

Il modello organizzativo è fondato sui principi della flessibilità nell'utilizzo delle risorse umane e strumentali, sulla valorizzazione della funzione clinica e di quella gestionale-organizzativa, sulla promozione della qualità dell'assistenza infermieristica e sull'obiettivo generale dell'ottimale impegno di tutte le competenze.

In questo senso il dipartimento è visto come una funzione complessa rivolta sostanzialmente alle seguenti finalità:

- promuovere il coordinamento clinico tra i responsabili delle UO, inteso come compito centrale del direttore di dipartimento rivolto alla promozione dell'efficacia delle cure;

- promuovere l'utilizzo integrato ed ottimale di tutte le risorse assegnate, come funzione della direzione sanitaria, rivolto alla promozione dell'efficienza nell'uso delle risorse in collegamento con la direzione strategica aziendale;

- attivare la funzione di «clinical governance», intesa come punto d'incontro fra il coordinamento clinico, attuato dal direttore del dipartimento, la responsabilità professionale nelle singole strutture, complesse e semplici, i compiti di tipo gestionale e organizzativo della direzione sanitaria e del SITRA, finalizzati all'obiettivo generale della customer satisfaction.

Pertanto le risorse umane e strumentali sono assegnate alla Direzione sanitaria e più in particolare al Direttore medico di presidio e al dirigente del SITRA per le rispettive competenze.

Le attività di governo clinico sono in capo al Direttore di dipartimento; laddove il Direttore di Dipartimento si ponga in aspettativa dall'incarico di dirigente di struttura complessa da cui proviene, può svolgere, su incarico esplicito del Direttore Generale, anche le competenze gestionali e organizzati-

ve, affiancato dalla direzione sanitaria e dal SITRA nelle loro rispettive articolazioni e competenze.

Questo modello è incentrato sulla flessibilità organizzativa delle aziende ospedaliere accreditate che, nel rispetto degli adempimenti previsti dal processo di accreditamento, sono legittimate a variare la loro articolazione interna, la distribuzione di posti letto e delle risorse assegnate alle singole specialità, con l'obiettivo di corrispondere nella modalità qualitativamente ottimale alle variazioni della domanda di prestazioni derivante dall'attuazione del principio di libertà di scelta del cittadino.

L'organizzazione dipartimentale dell'AO può prevedere il Dipartimento amministrativo.

#### **10.5 Il sistema sicurezza**

Nell'ambito aziendale, la Direzione strategica avrà cura di disciplinare gli aspetti inerenti e connessi con il vigente sistema della sicurezza nei luoghi di lavoro regolando in particolare le seguenti tematiche:

- Struttura organizzativa del sistema: Datore di lavoro – Dirigenti – Preposti – Il Servizio Prevenzione e Protezione – Il Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione – Il Medico Competente – I Lavoratori incaricati per l'emergenza – I Rappresentanti dei Lavoratori.
- Il servizio prevenzione e protezione
- Obblighi di legge: Riferimenti degli adempimenti e procedure – Documentazione
- Momento valutativo: riferimenti, descrizione e procedure
- Sicurezza negli approvvigionamenti: Riferimenti, criteri di verifica e procedure
- Sicurezza nei lavori, in appalto/d'opera, interni e/o esterni: Criteri di verifica e Procedure
- Sicurezza nella produzione e nei processi: Infezioni, sostanze chimiche, farmaci antitumorali, gas anestetici, radiazioni ionizzanti e non, sollevamenti e posture, infortuni, lavoratrici in gravidanza.
- Gestione degli strumenti: Identificazione, controllo e corretto utilizzo
- Classificazione, addestramento all'emergenza e gestione dell'emergenza
- Informazione e formazione
- Verifiche ispettive del sistema e controlli sanitari per la sicurezza: Visite degli ambienti di lavoro da parte del medico competente – Sopralluoghi da parte degli organi di vigilanza – Interventi correttivi in caso di non conformità.

