

A.S.L. Provincia di Bergamo

Il Piano di Organizzazione e funzionamento aziendale

Sintesi

PARTE PRIMA: INTRODUZIONE

Il Piano di Organizzazione e Funzionamento Aziendale (POFA) dell'ASL della Provincia di Bergamo è strutturato in tre parti di cui la prima descrive gli elementi analitici di contesto ed evolutivi del sistema, la seconda gli elementi formali richiesti dalle linee guida e la terza allegati di approfondimento per i Dipartimenti ed i Distretti socio sanitari.

Controllo della domanda espressa ed inespressa, offerta, grado di allineamento tra domanda e offerta

Da più di tre anni l'ASL di Bergamo ha sviluppato una filosofia di governo del sistema sanitario e socio-sanitario provinciale basata sul controllo del binomio domanda-offerta anziché sul solo controllo dell'offerta elaborando analisi sulla matrice mortalità (i risultati sono riportati nell'Atlante di Mortalità oncologica pubblicato nel 2000, delle Morti evitabili pubblicato nel 2001 e dello Stato di salute pubblicato nel 2002) e sulla matrice morbosità (Atlante dei ricoveri 1997-2001).

Il principale risultato della lettura integrata di queste due matrici evidenzia una particolare fragilità delle fasce di popolazione in età produttiva (15-64 anni) soprattutto per patologie oncologiche.

La domanda espressa è oggetto di monitoraggio costante rispetto alle dimensioni: farmaceutica convenzionata, specialistica ambulatoriale e ricoveri.

La spesa per la farmaceutica convenzionata ha mostrato nel periodo 2000 – 2003 un trend progressivo di scostamento negativo dalla media regionale (-3,5% nel 2000 > -12,51% nell'ottobre 2003).

La specialistica ambulatoriale, pur a fronte di un notevole incremento della richiesta di prestazioni, non mostra particolari criticità per i tempi di attesa. La spesa pro capite è al di sotto della media regionale.

Per quanto riguarda i ricoveri il tasso di posti letto accreditati attivi nell'area acuti si è spontaneamente ridotto al 3,55 per 1000 mentre il tasso di posti letto nell'area non acuti è pari a 0,56 pl per 1000 residenti (1,02 considerando anche i posti letto presso gli istituti di riabilitazione ex art 26).

Il tasso grezzo di ospedalizzazione si è costantemente ridotto allineandosi nel 2002 con lo standard del 160 per 1000 residenti. La mobilità passiva si è da tempo stabilizzata intorno al 13% dei ricoveri.

La spesa per i ricoveri, passata da 674 miliardi di vecchie lire nel 1998 ad oltre 811 miliardi nel 2002, assorbe circa il 42% del finanziamento dell'ASL.

Il sistema ospedaliero provinciale si è notevolmente sviluppato ed irrobustito superando il monocentrismo degli Ospedali Riuniti di Bergamo con crescita degli ospedali periferici e delle strutture private accreditate.

Il sistema appare sostanzialmente autosufficiente, con distribuzione territoriale sufficientemente omogenea, spontaneamente assestato sui valori standard di dotazione di posti letto prefigurati dalla programmazione regionale (ad eccezione dell'area non acuti in cui risulta carente) e con

buone prospettive di evoluzione qualitativa in funzione della realizzazione/ristrutturazione dei presidi (nuovi Ospedali Riuniti di Bergamo, nuovo Ospedale di Clusone-Piario, ristrutturazione Ospedale di Seriate).

Il sistema è caratterizzato da un esubero omogeneo di DRG chirurgici di basso peso pesantemente penalizzato negli anni passati.

Rispetto a ripetute simulazioni elaborate dall'ASL interventi di miglioramento dell'appropriatezza, eliminazione di alcuni fenomeni distorsivi (ad es. trasferimenti di pazienti da un presidio all'altro, utilizzo non corretto delle complicità nella codifica, trasferimento al ciclo diurno di alcune procedure chirurgiche, ecc.) potrebbero consentire il recupero di circa 45-50 miliardi di vecchie lire da reimpiegare nel sistema in modo tale da ridurne l'incremento annuale del fabbisogno.

Il sistema provinciale dei servizi socio sanitari integrati e socio assistenziali è una costellazione di strutture assai complessa, diffusa e differenziata (nel 2002 risultano funzionanti 843 strutture suddivisibili in 20 tipi di offerta), consolidatosi in 20 anni di evoluzione delle politiche sociali a livello comunale e sovracomunale e, quindi, segnato da un forte radicamento territoriale.

Anche per queste aree è stata sviluppata una analisi della domanda inespressa sulla base della struttura demografica e delle sue componenti che si ipotizzano come maggiori utilizzatrici di servizi offerti e della domanda espressa attraverso i dati di accesso ai servizi.

Se il governo del sistema socio sanitario ha richiesto un approccio epidemiologico quello del sistema socio assistenziale ha richiesto un lavoro di promozione dei raccordi, delle conoscenze e dei risultati interagendo con gli Enti ed i soggetti, espressione della realtà locale, fortemente legati alle comunità e portatori di valori nei quali i cittadini si riconoscono facilmente.

La rete di autonomie locali e dei soggetti del privato sociale (nella Provincia è diffuso un associazionismo familiare sempre più imprenditivo che integra la fortissima presenza di volontariato e cooperazione sociale) e del privato accreditato sono stati quindi interessati a processi di "programmazione partecipata" per l'attuazione delle iniziative previste dalle varie leggi regionali e dagli Ambiti territoriali per l'attuazione della legge 328/2000.

Evoluzione organizzativa dell'ASL

L'ASL della Provincia di Bergamo adottò con Deliberazione n 833 del 26 giugno 1998 (integrata con Deliberazione 952 del 20 luglio 1998 e modificata con Deliberazione 1816 del 16 dicembre 1998) un modello organizzativo che, sostanzialmente, traduceva "fotograficamente" quanto previsto dalla L.r. 31/97

In tale modello la dimensione verticale (Dipartimenti, UUOO, Servizi) prevalevano sulla dimensione orizzontale (Distretti socio sanitari) nonostante lo sforzo di identificare 14 Distretti coem strumento di avvicinamento alla realtà territoriale.

Negli anni tale modello si è evoluto attraverso un processo di distrettualizzazione ed uno di territorializzazione.

Il **processo di distrettualizzazione**, concluso nella prima metà del 2001, ha trasferito la maggior parte delle linee di processo, soprattutto nell'area delle cure primarie, dalla dimensione verticale (Dipartimento dei Servizi Sanitari di Base essenzialmente) alla dimensione distrettuale, con parallelo trasferimento di risorse finanziarie, tecnologiche e professionali. Sono stati altresì trasferiti dal Dipartimento di Prevenzione Medica ai Distretti i "servizi alla persona" (vaccinazioni, certificazioni sanitarie, ecc...). Anche il Dipartimento ASSI è stato coinvolto nel processo di distrettualizzazione, con trasferimento delle funzioni e delle risorse all'interno dei Distretti.

Il **processo di territorializzazione** ha invece sostanzialmente investito il Dipartimento di Prevenzione e il Dipartimento A.S.S.I. che si sono articolati in cinque ambiti territoriali come livello erogativo ed operativo (U.O. e uffici), mentre i Servizi centrali dei Dipartimenti hanno assunto un ruolo prevalente di Governance (programmazione strategica, allocazione delle risorse, "controllo di gestione di settore" ecc.). Tale processo si è sostanzialmente consolidato nel corso del 2002, soprattutto per quanto riguarda l'integrazione tra le articolazioni organizzative territoriali dei Dipartimenti ed i Distretti Socio Sanitari.

Nel **maggio 2001**, in coincidenza con la revisione del P.S.T., **sono state istituite 8 aggregazioni sovradistrettuali** (Aree Territoriali di gestione) secondo una logica che vede nel

Distretto socio sanitario l'articolazione erogativa fondamentale e nell'Area territoriale di gestione la sede di programmazione, gestione delle risorse e livello di riferimento per il Controllo di Gestione Aziendale. (**Deliberazione n. 612 del 22.05.2001**).

Alla fine del **2002** la fisionomia organizzativa dell'A.S.L. appare, rispetto al P.O.A. del 1998, sostanzialmente più articolata, con uno **spostamento del "peso"** sulla dimensione "orizzontale" (**Distretti**) dell'Azienda.

Il **D.S.S.B.** ha assunto, coerentemente, le caratteristiche di Dipartimento Funzionale, con compiti di programmazione strategica, elaborazione di linee guida, rapporti con le espressioni organizzate di MMG e PLS ecc. ecc.

I livelli organizzativi centrali del **D.P.** (Aree: Sanità Pubblica, Sicurezza e Tutela negli ambienti di lavoro, Salute e Ambiente) svolgono la loro azione di Governance attraverso le **5 articolazioni territoriali** cui sono completamente demandate le "linee di produzione".

L'**ADI** è stata completamente distrettualizzata e al servizio centrale sono rimaste le funzioni di programmazione, gestione delle risorse e controllo.

Nel maggio 2001 con **Deliberazione n. 640** è stato istituito il **Dipartimento Sperimentale Funzionale dell'Area Veterinaria**, che ha anticipato le successive scelte regionali.

Il Servizio **N.O.C.** ha subito, al di là dei compiti strettamente istituzionali, un'evoluzione verso la funzione di "Programmazione Acquisto e Controllo" (di analisi del sistema, analisi della domanda, negoziazione con i soggetti accreditati, ecc.) così come il **Controllo di Gestione** si è evoluto ed affinato (attivazione centri di costo, elaborazione documento annuale di budget, monitoraggio azioni – risultati – risorse anche a livello distrettuale, embricazione con: programmazione annuale aziendale e contabilità generale).

La mission dell'Azienda

Il **P.S.S.R. 2002 – 2004**, in coerenza con la L.R. n. 31/97, "**sviluppa il ruolo dell'ASL quale garante del cittadino e acquirente delle prestazioni con la necessità di rafforzare la funzione di programmazione, acquisto, vigilanza e controllo delle prestazioni socio-sanitarie (P.A.C.)**anche attraverso una graduale esternalizzazione dei servizi..... permettendo alle ASL di concentrarsi sul governo della domanda e sugli insostituibili compiti di vigilanza e controllo... L'ASL dovrà sviluppare la propria capacità negoziale nei confronti dei soggetti erogatori attraverso definizioni delle priorità....verifica qualità dei servizi.....verifica dell'appropriatezza delle prestazioni".

Una prima criticità di tale evoluzione è rappresentata dalla **difficoltà di allineamento** tra **bisogni/domanda/offerta** così da integrare i dati epidemiologici (analisi dei bisogni, ovvero della domanda inespressa) con i dati derivanti dal controllo dell'offerta (soddisfacimento della domanda espressa).

Tale integrazione costituisce, infatti, la premessa per orientare la mission o quantomeno la tipologia di produzione di ciascun soggetto accreditato e di tutti i soggetti in base a priorità epidemiologicamente convalidate.

L'esperienza dell'A.S.L. della Provincia di Bergamo favorisce il parziale superamento di tale criticità, avendo già sviluppato:

- elevato grado di analisi dei bisogni/domanda inespressa
- elevato grado di analisi dell'offerta/domanda espressa
- viraggio dal controllo tradizionale sui soggetti produttori al controllo/restituzione agli stessi della composizione e della tipologia della produzione (incontri mensili sia con i singoli che in plenaria)
- integrazione tra contratti stipulati con soggetti accreditati, con elementi di specificità epidemiologica provinciale

I suddetti fattori rendono perseguibile il **superamento della sola fase di controllo** verso la crescita delle fasi di **programmazione e acquisto** (intesa come negoziazione): **P.A.C.**

L'evoluzione ulteriore verso la funzione **P.A.C.** è rappresentata dall'affinamento del percorso già iniziato:

- il **2003** è stato caratterizzato da un **forte governo dell'offerta** e da una prima esperienza di negoziazione

PARTE SECONDA: IL PIANO DI ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO AZIENDALE

TITOLO I - Dati strutturali dell'Azienda

Art. 1 - Atto costitutivo: L'A.S.L. della Provincia di Bergamo si è costituita in Azienda con personalità giuridica pubblica, dotata di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale, contabile, gestionale e tecnica dal 1.1.1998, ai sensi della Legge regionale 11 luglio 1997, n 31 e della D.G.R. n. 70607 del 22/12/1997. L'A.S.L. della Provincia di Bergamo è stata costituita dall'aggregazione delle disciolte aziende U.S.S.L. di Bergamo, Albino, Ponte San Pietro e Treviglio.

Art. 2 - Sede legale: La sede legale dell'A.S.L. della Provincia di Bergamo è in BERGAMO via Galliccioli n. 4. Codice fiscale e partita I.V.A.: 02584740167

Le sedi operative aziendali sono organizzate sul territorio dell'Azienda in funzione delle esigenze e dei bisogni sanitari da soddisfare; la loro collocazione fisica è indicata nella Carta dei Servizi dell'Azienda.

Art. 3 - Logo: Il logo ufficiale dell'A.S.L. della Provincia di Bergamo è costituito dalla scritta in primo piano: "A.S.L. Provincia di Bergamo" e riporta sullo sfondo due elementi caratterizzanti:

- il profilo del territorio provinciale, che qualifica l'ambito operativo dell'Azienda
- la stilizzazione della Città Alta di Bergamo, con il profilo dei suoi monumenti e delle sue chiese, che identifica il capoluogo della provincia.



Art. 4 - Ambito territoriale e popolazione: il territorio di competenza è la Provincia di Bergamo, che si estende su un'area di 2.722,86 Km², rappresentata per circa 2/3 da rilievi collinari e montuosi, con persistenti difficoltà di comunicazione a causa della configurazione orografica. Comprende 244 Comuni e 8 comunità montane. Sono riportati i principali indicatori di sintesi sulla situazione demografica della Provincia.

Art. 5 - Patrimonio aziendale: il patrimonio dell'A.S.L. è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad esso appartenenti, come risultanti dallo Stato patrimoniale di cui al bilancio di esercizio 2002.

L'Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata.

Il patrimonio immobiliare si differenzia in:

- patrimonio immobiliare indisponibile, rappresentato dalle sedi utilizzate ai fini istituzionali;
- patrimonio immobiliare disponibile, costituito da fabbricati e terreni che producono reddito.

L'A.S.L. della Provincia di Bergamo non possiede patrimonio disponibile.

Il patrimonio indisponibile rappresenta quindi il 100% del patrimonio aziendale, e comprende 92 strutture.

Art. 6 - I Distretti (profilo strutturale): Il territorio dell'A.S.L. di Bergamo è attualmente articolato in 14 Distretti socio-sanitari e 4 Distretti veterinari.

I 14 distretti socio-sanitari rappresentano un'eccessiva frantumazione del territorio dell'A.S.L., soprattutto per le ridotte dimensioni di alcuni, che non permettono un uso efficiente delle risorse umane ed una corretta impostazione delle attività di tipo programmatico e di gestione (budget).

Pertanto i quattordici Distretti socio-sanitari sono stati, con Deliberazione n. 612 del 24.05.2001, parzialmente accorpati in otto Aree gestionali, a cui sono state attribuite le funzioni di gestione delle risorse, economiche e umane, e di responsabilità sui risultati a valenza strategica.

Anche i quattro Distretti veterinari sono stati più il risultato della "eredità" organizzativa delle ex U.S.S.L. che una scelta di programmazione strategica. Pertanto con Deliberazione n. 62 del 30.04.2002 sono stati ricondotti, sempre in una logica di gestione, a due macroaree veterinarie.

Sull'area socio-sanitaria la situazione, tuttavia, è "ingessata" sia da vincoli "pubblici" (comunità montane, storia delle disciolte U.S.S.L., ecc...) sia dalla recente istituzione di 14 ambiti territoriali,

con i rispettivi PIANI DI ZONA, in risposta al dettato della Legge 8 novembre 2000, n. 328. Ne consegue la necessità/obbligatorietà dell'accorpamento funzionale di più Distretti (di ridotte dimensioni, contigui territorialmente) in una struttura complessa definita AREA SOVRADISTRETTUALE (A.s.D.). Per il dettaglio delle funzioni di competenza dei distretti e delle aree sovradistrettuali si rimanda all'art. 10.2 del presente Atto.

TITOLO II – Organizzazione

Art. 7 - Organi dell'Azienda: sono organi dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bergamo: il DIRETTORE GENERALE ed il COLLEGIO SINDACALE.

Art. 7.1 - Il DIRETTORE GENERALE: La Giunta della Regione Lombardia con **Deliberazione n. 11721 del 23/12/2002** ha provveduto a conferire l'incarico su base fiduciaria di Direttore Generale dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bergamo (costituitasi con **D.G.R. n. 70607 del 22/12/1997**) al Dr. Silvio Rocchi, definendone con contratto di diritto privato: funzioni, vincoli, rapporti con l'Ente regione, obiettivi di mandato, verifiche e retribuzione. Il Dr. Rocchi ha assunto tale ruolo a decorrere dal 01.01.2003. L'A.S.L. della Provincia di Bergamo ha recepito la nomina con proprio atto: **Deliberazione n. 1 del 3.01.2003**.

L'art. 3 del D.Lgs. 30 dicembre 1992 n. 502 e s.m.i. conferisce al Direttore generale *«tutti i poteri di gestione nonché la rappresentanza dell'unità sanitaria locale, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa»*.

Tali competenze sono altresì ribadite all'art. 7, commi 4 e 7 della L.R. 11 luglio 1997 n° 31, che testualmente recita: *«al Direttore Generale della Azienda Sanitaria Locale competono: il potere di gestione dell'Azienda, la responsabilità dei risultati e la disciplina delle articolazioni distrettuali e organizzative dell'Azienda»* e sono state richiamate dal contratto.

Il Direttore generale ha provveduto alla nomina del Direttore Amministrativo, del Direttore sanitario e del Direttore sociale, con proprie **Deliberazioni n° 52, 53 e 54 del 12 marzo 2003**. In caso di assenza o impedimento le funzioni del Direttore generale sono svolte dal Direttore Amministrativo, in quanto più anziano per età, secondo quanto previsto dall'art. 3, comma 6, D. Lgs. n. 502/1992 e s.i.m.

Art. 7.2 - Il COLLEGIO SINDACALE: la composizione del Collegio sindacale è prevista dall'art.3 ter, comma 3, del D.Lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 come novellato dal D.Lgs. 19 giugno 1999, n.229 e ad esso competono le funzioni previste dallo stesso articolo, al comma 1, già indicate per i Revisori dei Conti anche dall'art. 7, comma 5, della L.R. n. 31/1997.

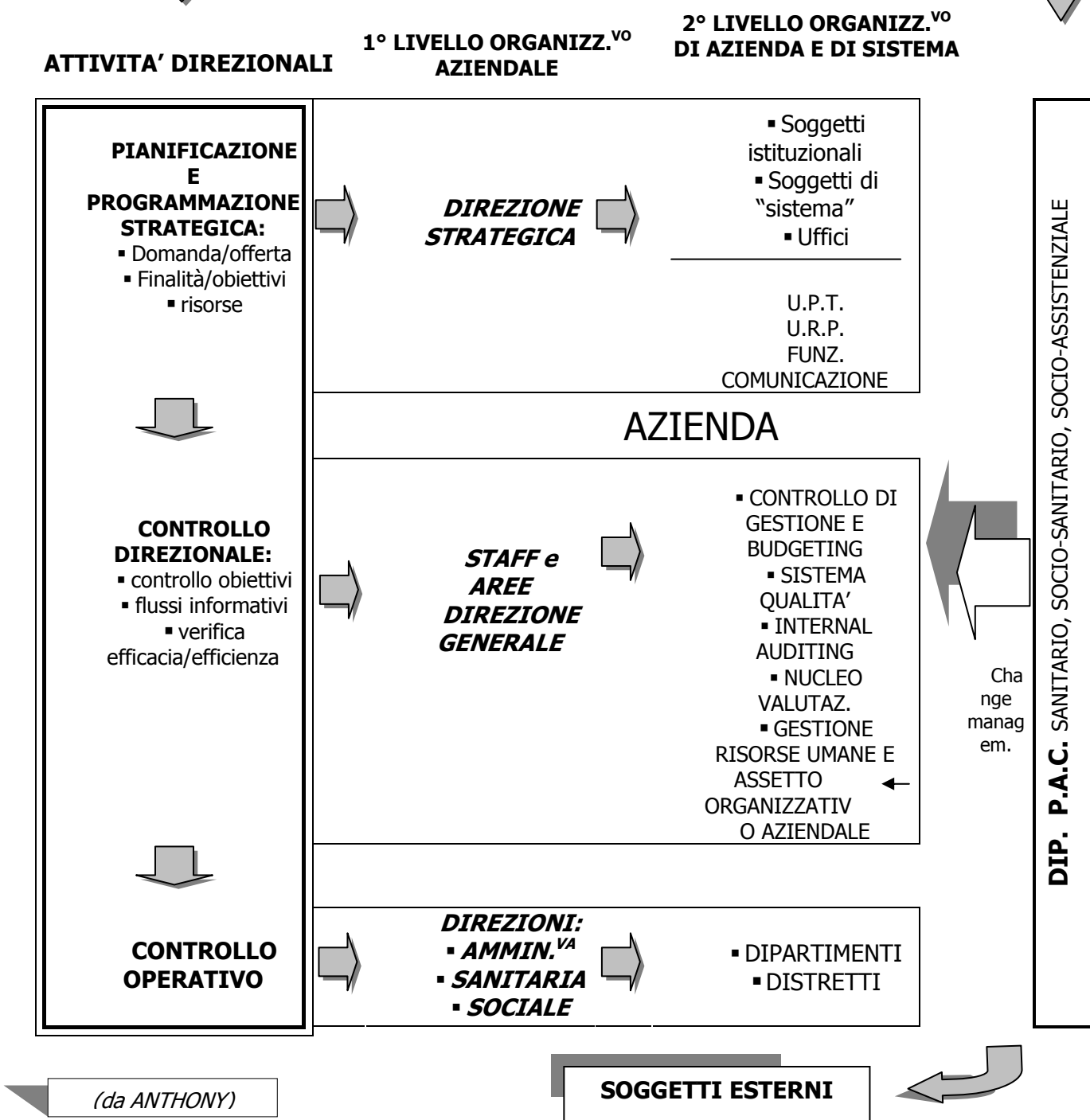
Il Collegio Sindacale dell'Azienda Sanitaria Locale della Provincia di Bergamo, istituito con **Deliberazione n. 49 del 11.03.2003**, risulta formato come segue:

- un membro designato con nota del Ministero della Salute del 12.02.2003 n.199.24.3/2030;
- un membro designato con nota del Ministero dell'Economia e delle Finanze del 24.02.2003 n.10715, pervenuta tramite nota del 24.02.2003 n.10718 della Direzione Generale Sanità della Regione Lombardia;
- un membro designato con nota 20.12.2000 n.84404 del Presidente della Conferenza dei Sindaci della Provincia di Bergamo;
- due membri designati con decreto del Presidente del Consiglio Regionale della Lombardia n.1/NOM del 08.01.2003.

Art. 8 - Programmazione strategica, controllo direzionale-operativo: basandosi sui classici criteri di suddivisione delle attività direzionali in tre livelli (Piramide di Anthony), viene sinteticamente illustrato nello schema sottostante l'impatto tra attività direzionali, livelli organizzativi aziendali e di sistema, evoluzione dell'A.S.L. verso il modello P.A.C.

Art. 8.1 - impatto sulla macrostruttura: schema riassuntivo:

DIREZIONE GENERALE



Art. 8.2 - La Direzione generale: L'articolazione operativa della Direzione generale è fondata

su:

- poteri e funzioni attribuiti dalla normativa al Direttore generale;
- necessità di accompagnare l'evoluzione dell'A.S.L. da un prevalente ruolo erogativo ad un crescente ruolo di programmazione, acquisto e controllo
- forte peso attribuito alla dimensione orizzontale (Distretti).

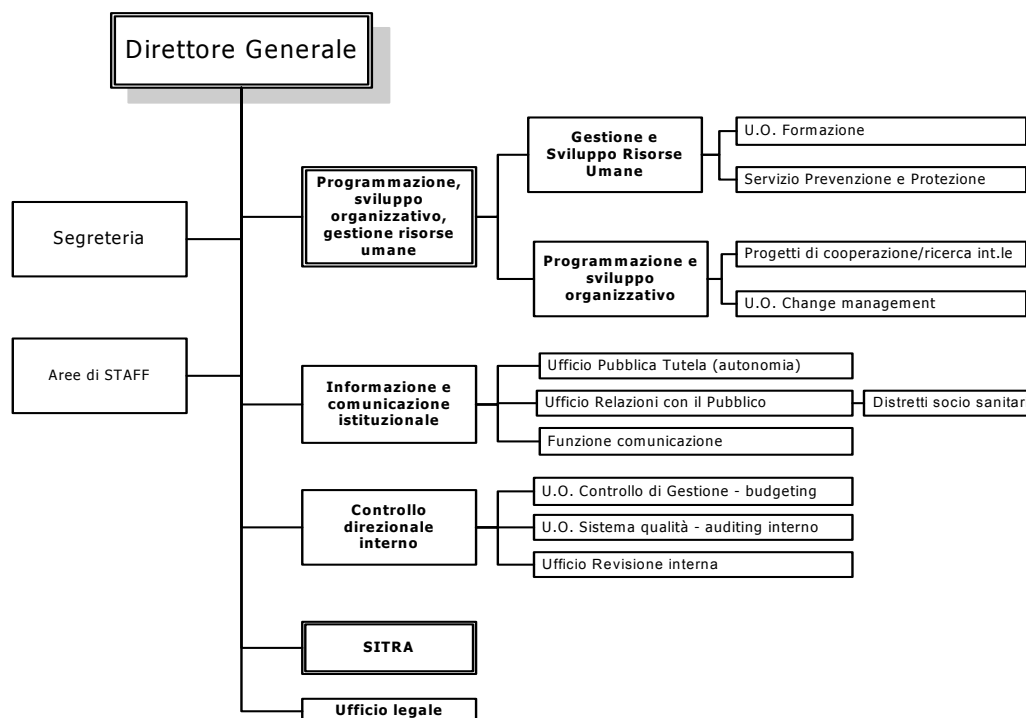
Per rispondere a queste esigenze, prima dell'emanazione del presente Atto, con **Deliberazione n. 142 del 16.04.2003**, è stata organizzata una struttura provvisoria della Direzione generale

articolata su tre aree: "Area Direzione Strategica" (Staff di Servizio), "Area Pianificazione e Programmazione Strategica" (Staff di Sviluppo), "Area Agenzia P.A.C."

Innovativa fu la scelta di presidiare alcune funzioni strategiche, attraverso la definizione di unità operative "ad hoc", per la gestione dell'evoluzione dell'ASL verso la dimensione di Agenzia, anche rispetto alle linee di erogazione e processo interne. Ad esse è stata affidata la funzione di integrazione dei processi di reingegnerizzazione afferenti ai vari settori.

Questo modello organizzativo, dinamico e flessibile, in contrapposizione al tradizionale modello organizzativo rigido tipico delle strutture burocratiche, ha "anticipato" i processi di cambiamento istituzionale in atto, tanto da potersi adattare, senza dover subire sostanziali revisioni, alle esigenze dettate dal mutare delle richieste dell'ambiente esterno e della evoluzione della ASL verso il modello "Agenzia".

Oggi la Direzione generale è così articolata:



Art. 8.3 - La Direzione Strategica: La Direzione strategica, comprende le seguenti articolazioni organizzative:

- LA DIREZIONE AMMINISTRATIVA
- LA DIREZIONE SANITARIA
- LA DIREZIONE SOCIALE

Art. 8.3.1 - La Direzione amministrativa: il Direttore Amministrativo coadiuva il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni, partecipa alla direzione dell'Azienda assumendo diretta responsabilità per le funzioni ad esso attribuite e concorre, con la formulazione di proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della Direzione Generale. E' componente di diritto del Collegio di Direzione. Al Direttore Amministrativo compete la Direzione del Dipartimento amministrativo dell'A.S.L.

La mission del Servizio Amministrativo dell'A.S.L. della Provincia di Bergamo consiste nell'erogazione di servizi/prestazioni di natura tecnico-amministrativa a supporto dei processi primari e a rilevanza strategica; viene assicurato inoltre il coordinamento funzionale delle unità amministrative operanti nei dipartimenti, aree, servizi, unità operative e distretti dell'ASL (data la distrettualizzazione "forte").

Il ruolo del Servizio amministrativo si può definire attraverso i seguenti obiettivi:

- garantire la correttezza formale dei processi decisionali

- assicurare il buon funzionamento dei servizi e delle linee produttive attraverso il supporto logistico ed operativo (risorse strumentali)
- Supportare il raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario (risorse economiche)
- amministrare il personale dipendente e convenzionato (risorse umane)
- sostenere – in posizione di "fornitore" – le attività svolte dai diversi Dipartimenti aziendali a livello centrale e decentrato (Distretti)
- supportare lo sviluppo delle funzioni di programmazione e controllo in capo al Direttore generale, attraverso un'economica gestione delle risorse
- semplificare la complessità burocratica, implementando modelli di gestione coerenti con i percorsi di modernizzazione della Pubblica Amministrazione
- partecipare al processo di cambiamento organizzativo elaborando progetti innovativi di gestione amministrativa
- favorire l'utilizzo di strumenti di ICT.

L'attuale assetto organizzativo del Servizio Amministrativo è impostato sugli schemi ormai superati delle unità operative tradizionali e la gestione di tutte le attività amministrative aziendali risente inevitabilmente dei limiti del modello organizzativo esistente. E' quindi necessario modernizzare l'apparato anche attraverso l'adozione di un modello organizzativo più coerente con gli orientamenti e gli indirizzi del sistema regionale

Sullo stato dell'arte si possono fare sinteticamente le seguenti valutazioni:

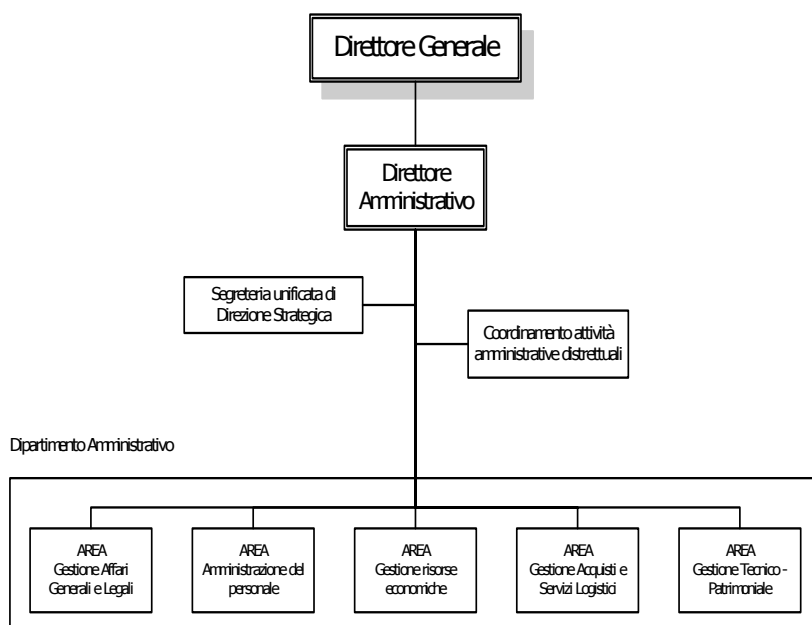
PUNTI DI FORZA:

- Protocollo generale informatizzato, consultabile on-line
- Delibere e Atti dirigenziali informatizzati, consultabili on-line
- piano dei conti ben strutturato attraverso l'utilizzo integrato di un unico applicativo – ERP aziendale – che gestisce ed integra la contabilità generale e la contabilità analitica, che fanno capo a due diverse aree collocate in diverse articolazioni organizzative (controllo di gestione, quale unità funzionale in line alla Direzione generale e Area gestione risorse economiche, articolazione della Direzione amministrativa).
- Bilancio unico con rendiconti economici distinti per Area sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale;

PUNTI DI DEBOLEZZA:

- Bassa coesione interna;
- Collaborazioni positive ma episodiche fra singole U.O.
- Scarsa circolarità delle informazioni
- Fragilità e criticità con evidenti aree di miglioramento possibile
- Scarso orientamento al compito.

L'organigramma riporta, invece, le articolazioni in Aree previste per l'evoluzione dei Servizi amministrativi in Dipartimento.

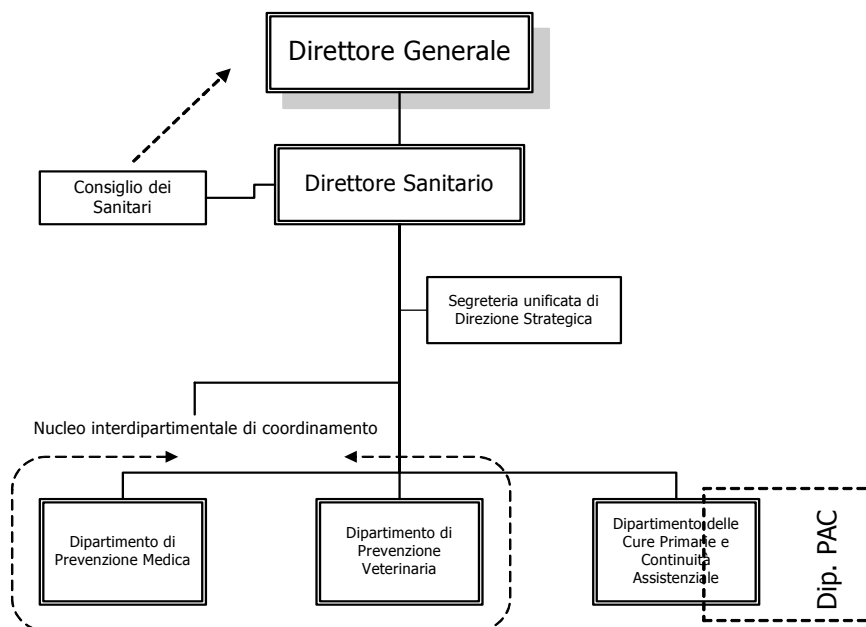


Art. 8.3.2 - La Direzione sanitaria: il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari ai fini igienico-sanitari ed organizzativi.

Finalità di tale direzione è la piena realizzazione della funzione dipartimentale, una modalità di lavoro integrato da cui discende il supporto alle articolazioni organizzative di territorio afferenti alla Direzione generale (Distretti socio-sanitari).

Presiede il Consiglio dei Sanitari, istituito con Deliberazione n. 83 del 26.03.2003, il cui ruolo è quello di consulenza tecnico-sanitaria, per l'espressione di pareri obbligatori al Direttore generale relativi alle scelte di natura tecnico-sanitaria – anche sotto il profilo organizzativo e degli investimenti ad esse attinenti – e sulle attività di assistenza sanitaria (art. 3, comma 12, D.Lgs. n. 502/1992, come novellato dal D.Lgs n. 229/1999). Tali pareri sono da intendersi favorevoli ove non formulati entro il termine fissato dalla normativa regionale.

E' componente di diritto del Collegio di Direzione e fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza.



Il Direttore sanitario presiede, altresì, il "Nucleo di Coordinamento inter-dipartimentale" - istituito con Deliberazione del Direttore Generale n. 640 del 22 maggio 2001 - strumento di integrazione tra il Dipartimento di Prevenzione Medico e il Dipartimento di Prevenzione Veterinario, con particolare riferimento alla sicurezza alimentare. Tale funzione non è delegabile. Dalla Direzione sanitaria dipendono le seguenti strutture organizzative:

- DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE MEDICA
- DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA
- DIPARTIMENTO DELLE CURE PRIMARIE E DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE (Servizi sanitari di base)

Art. 8.3.3 - La Direzione sociale: il Direttore Sociale assume la direzione ed il coordinamento:

- delle funzioni e delle attività socio-sanitarie integrate attribuite alle ASL
- delle funzioni e delle attività socio-assistenziali se delegate dai Comuni, dalla Provincia e dalla Regione.

Competono al Direttore Sociale, nell'ambito del rapporto di collaborazione con il Direttore Generale, le seguenti responsabilità.

AREA PAC:

- **l'elaborazione dei programmi e delle direttive generali** per l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi socio-sanitari integrati e socio-assistenziali (se delegati), da sottoporre all'approvazione del Direttore Generale; per le materie socio-assistenziali è necessario raccogliere il parere della Conferenza dei Sindaci;
- **la formulazione delle proposte per l'organizzazione dell'Azienda**, d'intesa con il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo, **per gli ambiti di competenza;** per la formulazione della proposta organizzativa del Dipartimento ASSI è richiesto il parere della Conferenza dei Sindaci;
- **il supporto alla Direzione Generale nella definizione del Budget** da destinare alle principali Aree organizzative aziendali;
- **la proposta di articolazione del territorio in Distretti** nel cui ambito organizzare i servizi socio-sanitari integrati e socio-assistenziali (se delegati) e definire i livelli quantitativi e qualitativi dei medesimi;
- **l'espressione del parere obbligatorio di indirizzo, non vincolante, su tutti gli atti** del Direttore Generale che riguardino attività socio-sanitarie integrate e socio-assistenziali;

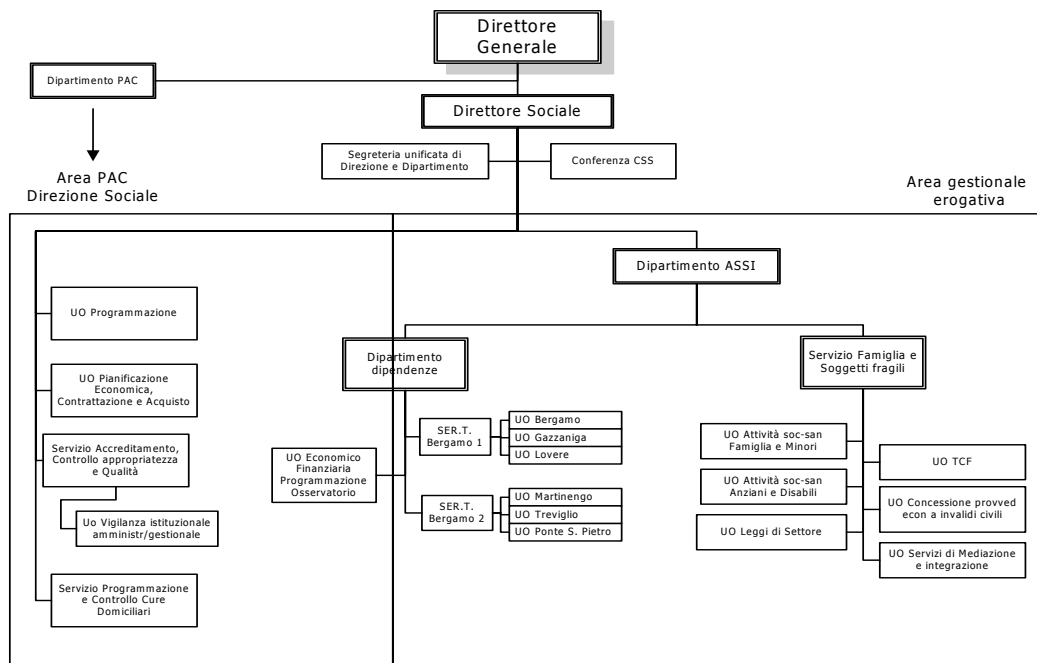
- **la gestione delle risorse regionali** assegnate all'Azienda per l'area socio-sanitaria integrata e socio-assistenziale;
- **Il concorso alla elaborazione e redazione**, sulla base e nei limiti della delega ricevuta dal Direttore Generale, **del bilancio preventivo e consuntivo dell'ASL, per tutte le attività di competenza;**
- **la verifica della attuazione del bilancio preventivo**, con particolare riferimento all'ambito socio-assistenziale e socio-sanitario integrato, assicurando la sua conformità a quanto previsto dalla legge regionale di riordino;
- **la verifica periodica dei risultati raggiunti**, anche in relazione agli obiettivi fissati, avvalendosi di idonei sistemi di report ;
- **l'adozione degli atti di gestione, espressamente delegati dal Direttore Generale**, nell'ambito della propria autonomia tecnico-funzionale;
- **la cura, nell'ambito delle deleghe ricevute, delle relazioni con il Consiglio di Rappresentanza dei Sindaci e le Assemblee dei Sindaci di Distretto, con la Provincia**, le Comunità Montane, le OO.SS., le Associazioni di Volontariato ed altri Soggetti del Privato Sociale, per le materie di competenza.

AREA GESTIONALE-EROGATIVA: Il Direttore Sociale assume la responsabilità del Dipartimento A.S.S.I. (a norma dell'art. 10, comma 5, L.R. 11 luglio 1997, n. 31) operando in questa sua funzione in conformità alle indicazioni del Regolamento Regionale 12 giugno 1999 N.1 (Regolamento di funzionamento del dipartimento per le attività socio-sanitarie integrate delle Aziende Sanitarie Locali, di cui all'art. 8, comma 10, della citata L.R. n. 31/1997) e agli indirizzi del Direttore Generale.

Al Direttore Sociale, nello specifico ruolo di Responsabile del Dipartimento per le A.S.S.I., compete:

- **la direzione della struttura dipartimentale** alla quale è preposto e la responsabilità nei confronti della Direzione Generale del raggiungimento degli obiettivi concordati e delle risorse assegnate in sede di budget;
- **il supporto alla Direzione Generale nella definizione del Budget** del Dipartimento ASSI e del Dipartimento delle Dipendenze;
- **la ripartizione, in riferimento agli obiettivi e ai piani di Budget, delle risorse finanziarie e umane**, tra il Dipartimento ASSI, il Dipartimento delle Dipendenze, i Servizi, i Distretti e le strutture di Staff, che ne hanno la responsabilità e ne curano la gestione;
- **il coordinamento delle attività dipartimentali, interdistrettuali e distrettuali**, tenuto conto della specifica realtà e sulla base dei criteri generali approvati dalla Direzione Generale;
- **la gestione del personale e delle risorse finanziarie e strumentali assegnate al Dipartimento**, svolgendo funzioni di indirizzo, coordinamento e controllo;
- la proposta alla Direzione Generale per **la nomina**, per gli ambiti di propria competenza, **dei Responsabili:** del Dipartimento delle Dipendenze, dei Servizi, dei Dirigenti di Unità Operative, Uffici, nonché di Strutture, Presidi e Distretti, e l'adozione delle iniziative necessarie nei confronti del personale dipendente dal Dipartimento per il trasferimento o la mobilità tra servizi, unità operative, uffici, strutture, presidi e distretti, tenuto conto delle norme contrattuali;
- **la definizione dei criteri per l'individuazione dei Responsabili dei procedimenti** che fanno capo alle strutture operative e la verifica del rispetto dei termini e degli adempimenti;
- **l'adozione**, nell'ambito della propria autonomia tecnico-funzionale, **degli atti di gestione** espressamente delegatigli dal Direttore Generale.

La Direzione Sociale si configura come da organigramma sotto riportato.



Art.8.4 - Il Collegio di Direzione: è istituito ai sensi dell'art. 15 del D.Lgs. 19 giugno 1999, n. 229, ripreso peraltro anche dalle Linee guida regionali.

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 dell'attività libero professionale intramuraria e per la valutazione dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi. E' presieduto dal Direttore Generale.

La composizione del Collegio – come da **Deliberazione n. 586 del 5.11.2003** - potrà subire integrazioni da parte del Direttore generale relativamente ai Direttori di strutture complesse e ai Dirigenti in staff alla Direzione generale.

Art. 9 – Evoluzione della funzione PAC: il Dipartimento PAC è una struttura unitaria e di integrazione delle aree sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale delegata la cui azione è finalizzata al governo del binomio domanda - offerta attraverso la definizione dei bisogni, la negoziazione con tutti gli attori del sistema delle prestazioni necessarie al soddisfacimento dei bisogni reali entro il vincolo delle risorse disponibili (evoluzione prevista a livello distrettuale: budget di distretto) ed il loro successivo controllo.

Il Dipartimento PAC persegue l'allineamento tendenziale, attraverso l'integrazione ed il coordinamento di tutti i soggetti interessati, tra domanda ed offerta e l'ottimizzazione dell'offerta rispetto alle risorse; in un'ottica di rapporto cliente-fornitore interno, in sinergia con il controllo di gestione e le strutture preposte allo sviluppo organizzativo dell'Azienda, avvia azioni sperimentali per l'orientamento della attività aziendale verso la governance professionale ed economica della domanda.

Art. 10 - Strutture dell'Area erogativa: comprendono DIPARTIMENTI, DISTRETTI SOCIO-SANITARI e AREE SOVRADISTRETTUALI, DISTRETTI VETERINARI, SERVIZI, UNITA' OPERATIVE e UFFICI

Art. 10.1 - I Dipartimenti (la cui complessità è insita *naturaliter* nella sua composizione di più livelli organizzativi) sono, di regola, articolazioni organizzative di più strutture complesse e semplici ad elevata specificità e complessità che hanno il compito di razionalizzare, in termini di efficienza, efficacia ed economicità i rapporti tra le strutture, ottimizzando l'uso delle risorse assegnate nonché le prestazioni anche in considerazione dell'evidenza clinica e della letteratura scientifica e procedendo ad omogeneizzare le procedure organizzative ed assistenziali.

Sono DIPARTIMENTI GESTIONALI:

- il Dipartimento di assistenza socio-sanitaria integrata (A.S.S.I.)
- il Dipartimento di Prevenzione medica
- il Dipartimento di Prevenzione veterinaria

Sono DIPARTIMENTI FUNZIONALI:

- il Dipartimento P.A.C.
- il Dipartimento delle Dipendenze (anche se con compiti gestionali)
- il Dipartimento cure primarie e continuità assistenziale (la natura "funzionale" è coerente con la distrettualizzazione "totale" dell'Azienda)
- il Dipartimento amministrativo

L'approfondimento dell'organizzazione e del funzionamento dei vari Dipartimenti è riportata nella parte terza del POFA.

Art. 10.2 – I Distretti socio-sanitari: le macrofunzioni di competenza dei Distretti socio-sanitari sono:

- **area produzione (erogativa totale e residuale)**
- **informazione agli utenti**
- **raccordo con i Comuni**
- **programmazione integrata dei servizi e di coinvolgimento delle rappresentanze dei soggetti (pubblici e privati) che vi partecipano**
- **governo delle risorse**
- **governo della domanda (offerta).**

Stante quanto anticipato all'art. 6 del presente Atto:

- a **tutti i Distretti** afferiscono **le macrofunzioni indicate ai punti 1,2,3,4.**
- alle **Aree sovradistrettuali** afferiscono, **ad integrazione delle precedenti, le macrofunzioni indicate ai punti 5 e 6.**
- Ai Distretti sono state **direttamente trasferite le linee di processo** dell'ex Dipartimento dei servizi sanitari di base e dei Servizi alla persona del Dipartimento di prevenzione medica (vedere Allegato).
- Le restanti **funzioni del DPM** e del **Dipartimento ASSI** sono state **rispettivamente territorializzate e distrettualizzate**, secondo lo schema illustrato nell'Allegato relativo ai dipartimenti.
- L'identificazione dei Distretti è avvenuta anche tenendo conto della **rete ospedaliera** (localizzazione, appartenenza degli ospedali a singole A.O.).

Ai fini dell'identificazione delle **strutture complesse territoriali** si è tenuto conto della duplice esigenza di:

- garantire la massima articolazione erogativa e di raccordo con gli Enti locali, anche a costo di una "frammentazione" della rete
- recuperare funzionalità gestionale (governo delle risorse e della domanda) attraverso l'accorpamento di Distretti di ridotte dimensioni, secondo criteri di contiguità, caratteristiche della domanda, bacino di "referenza naturale" ad ospedali di un'unica A.O., ecc...

Sono pertanto classificati come **strutture complesse**:

- **I Distretti di Bergamo, Dal mine, Isola bergamasca**
- Le **Aree sovradistrettuali: Est Provincia** (che comprende le seguenti articolazioni distrettuali: Seriate, Grumello, Valle Cavallina, Monte Bronzone, Alto e Basso Sebino), **Val Seriana e Val di Scalve** (che comprende le seguenti articolazioni distrettuali: Valle Seriana, Alta Valle Seriana e Val di Scalve), **Valle Brembana e Valle Imagna** (che comprende le seguenti articolazioni distrettuali: Valle Brembana, Valle Imagna e Villa D'Almè), **Bassa bergamasca** (che comprende le seguenti articolazioni distrettuali: Treviglio e Romano di Lombardia).

Art. 10.3 - I Distretti veterinari: le attività di Sanità Pubblica Veterinaria sono svolte sul territorio nell'ambito di articolazioni territoriali (strutture semplici a valenza dipartimentale) denominate "Distretti di medicina veterinaria", operanti tramite le Unità Operative territoriali, strutture, quest'ultime, dotate di personale proprio ed autonomia operativa e la loro integrazione. Il Distretto di medicina veterinaria rappresenta, quindi, l'allocazione territoriale delle risorse umane e strumentali necessarie alla diretta erogazione dei compiti e delle funzioni istituzionalmente afferenti al DPV.

I Distretti di medicina veterinaria previsti sono due:

1. **DISTRETTO VETERINARIO "A"**: comprendente i comuni delle precedenti aggregazioni territoriali di Bergamo e di Ponte San Pietro (cfr. elenco A)
2. **DISTRETTO VETERINARIO "B"**: comprendente i comuni delle precedenti aggregazioni territoriali di Trescore Balneario e Romano/Caravaggio (cfr. elenco B)

Più in dettaglio, le funzioni demandate ai Distretti veterinari sono le seguenti:

- Integrono l'attività svolta a livello territoriale dalle Unità Operative territoriali
- Assicurano il dovuto supporto amministrativo allocando, in modo razionale e proporzionato all'azione tecnico operativa delle tre Unità Operative territoriali, le risorse di personale amministrativo e di supporto loro assegnate e ne verificano l'efficienza.

Art. 10.4 - Le strutture complesse: sono strutture complesse quelle strutture individuabili sulla base dell'omogeneità di prestazioni e servizi, di processi gestionali, di competenze specialistiche cui viene riconosciuta la responsabilità di gestione di significative risorse umane, tecniche o finanziarie (art. 27 del CCNL Area della Dirigenza).

Ai fini della definizione di struttura complessa si fa riferimento ai seguenti fattori di complessità (così come definiti dall'art. 7.2 del D.G.R. 8 agosto 2003, n. 7/14049):

- strategicità rispetto alla mission aziendale

- grado di complessità e di specializzazione delle materie o delle patologie direttamente presidiate
- numerosità e rilevanza economica e professionale delle risorse gestite e relativo livello di autonomia e responsabilità gestionale
- interdisciplinarietà;
- sistema di relazioni e servizi sul territorio.

Ovviamente, nella selezione, va anche considerata la natura del macromodello aziendale, la coerenza strategica tra la struttura ed il modello stesso nonché il vincolo posto dalle Linee guida regionali a porre *"... particolare attenzione al fine di evitare l'eccessiva frantumazione delle strutture e numerosi livelli di direzione"*.

L'ASL della Provincia di Bergamo, in sede di prima applicazione, identifica pertanto quali strutture complesse:

- | | |
|-------------------------------|--|
| LIVELLO TERRITORIALE | 1. DIREZIONE GENERALE: <ul style="list-style-type: none"> - Programmazione, sviluppo organizzativo e gestione risorse umane - Servizio infermieristico, tecnico e riabilitativo aziendale (S.I.T.R.A.) |
| | 2. DISTRETTI SOCIO-SANITARI e AREE SOVRA-DISTRETTUALI: <ul style="list-style-type: none"> - Bergamo - Dalmine - Est-Provincia - Valle Seriana e Val di Scalve - Valle Brembana e Valle Imagna - Isola bergamasca - Bassa bergamasca |
| | 3. DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE MEDICA: <ul style="list-style-type: none"> - Area Sanità pubblica - Area Sicurezza e tutela della salute negli ambienti di lavoro - Area salute e ambiente |
| LIVELLO DIPARTIMENTALE | 4. DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA: <ul style="list-style-type: none"> - Servizio di Sanità animale - Servizio della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati - Servizio di igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche |
| | 5. DIREZIONE SOCIALE e DIPARTIMENTO A.S.S.I.: <ul style="list-style-type: none"> - Area P.A.C. della Direzione sociale - Servizio Famiglia e soggetti fragili |
| | 6. DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE (articolazione del DIPARTIMENTO A.S.S.I.) <ul style="list-style-type: none"> - SERT Bergamo 1 - SERT Bergamo 2 |
| | 7. DIPARTIMENTO P.A.C. <ul style="list-style-type: none"> - Servizio Acquisto, Programmazione e controllo prestazioni |

Art. 10.5 - Le strutture semplici: sono strutture semplici sia le articolazioni interne alla struttura complessa o alla Direzione strategica, sia quelle a valenza dipartimentale o distrettuale dotate di responsabilità ed autonomia, individuate dal seguente Atto in base a criteri di efficacia, economicità ed organizzazione dei processi di lavoro (art. 27, comma 7, del CCNL Area della Dirigenza – art. 7.2 del D.G.R. 8 agosto 2003, n. VII/14049).

Alle strutture semplici possono essere delegate, con atto scritto e motivato, funzioni e responsabilità specifiche da parte dei livelli sovraordinati, attribuendo alle stesse ambiti di autonomia che tengano conto delle responsabilità gerarchicamente individuate.

L'A.S.L. della Provincia di Bergamo ha individuato le seguenti strutture semplici:

1. DIREZIONE GENERALE: Controllo di gestione, Servizio qualità e accreditamento, Ufficio relazioni con il pubblico, Gestione e sviluppo risorse umane, Programmazione e sviluppo organizzativo, Servizio Prevenzione e protezione, Change management

2. DISTRETTI SOCIO-SANITARI E AREE SOVRADISTRETTUALI: in ciascuna struttura complessa tutte le linee di processo di profilo sanitario sono "concentrate" in una struttura semplice, la cui responsabilità afferisce al Coordinatore sanitario. Analogamente tutte le attività ASSI (CF/ADI/gestioni socio-assistenziali residue: NIL, Tutela minori) sono "concentrate" all'interno di una struttura semplice cui è a capo il Coordinatore sociale. Entrambi dipendono gerarchicamente dal Direttore di Distretto (vedere organigramma all'Allegato 2).
3. DIREZIONE AMMINISTRATIVA: Area amministrazione del personale, Area gestione tecnico-patrimoniale, Area gestione economico-finanziaria, Area gestione acquisti e servizi logistici, Area gestione affari generali e legali
4. DIREZIONE SOCIALE - DIPARTIMENTO ASSI: U.O. attività socio-sanitarie integrate per famiglie e minori, U.O. Centro per la tutela del bambino maltrattato e Terapia Crisi Familiare, U.O. attività socio-sanitarie integrate per anziani e disabili, U.O. flussi SOSIA/SIDI e gestione Leggi di settore/risorse socio-assistenziali regionali, U.O. Concessioni provvidenze economiche agli invalidi civili, U.O. servizi per l'integrazione¹ (mediazione culturale per l'integrazione dei cittadini stranieri)
5. DIPARTIMENTO PAC: U.O. integrata Acquisto prestazioni,
 Dipartimento PAC AREA SANITARIA: Servizio Osservatorio epidemiologico, Servizio assistenza protesica, Servizio di farmacoeconomia, Autorizzazione e accreditamento, Nucleo operativo di controllo degli erogatori;
 Dipartimento PAC AREA SOCIO-SANITARIA: U.O. Programmazione, U.O. Pianificazione economica, Contrattazione e Acquisto, Servizio Accreditamento, controllo appropriatezza e qualità, U.O. vigilanza istituzionale amministrativo/gestionale, Servizio Programmazione e controllo delle cure domiciliari;
 Dipartimento PAC AREA TRASVERSALE: Sistema Informativo Strategico - S.I.S, Information Technology - I.T.
6. DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE MEDICA: i 5 Settori di Prevenzione (Bergamo, Bonate, Albino, Trescore, Treviglio), i 5 Uffici PSAL ed i seguenti Servizi: Servizio di Igiene e sanità pubblica, Servizio di Igiene degli alimenti e della nutrizione, Servizio di medicina preventiva nelle comunità, Servizio Prevenzione ed epidemiologia delle malattie infettive, Servizio Prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro, Servizio impiantistico e sicurezza sul lavoro, Servizio di medicina ambientale, Servizio di medicina dello sport e lotta al doping, Laboratorio di sanità pubblica, Servizio di Medicina legale²
7. DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE VETERINARIA³: Ufficio provinciale bonifica sanitaria ed ufficio centrale anagrafe,, Ufficio controllo randagismo, i due Distretti di medicina veterinaria e le seguenti U.O. distrettuali, quali articolazioni dei Servizi dipartimentali e/o delle strutture dipartimentali, nell'ambito di ciascun Distretto Veterinario: U.O. Sanità animale, U.O. Igiene degli alimenti di origine animale e loro derivati, U.O. Igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche
8. DIPARTIMENTO CURE PRIMARIE E CONTINUITA' ASSISTENZIALE: Servizio assistenza farmaceutica, Area Medicina generale, Pediatria di libera scelta e Continuità assistenziale⁴ (convenzioni, Comitati aziendali)
9. DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE: U.O. Economico finanziaria/Programmazione/Osservatorio e le 6 U.O. coincidenti con le articolazioni territoriali di: Bergamo, Gazzaniga, Lovere, Martinengo, Treviglio e Ponte San Pietro.

Ad attivazione ed attuazione del presente Piano, e previo monitoraggio di almeno sei mesi, il Direttore generale - sentiti il Collegio di Direzione, le O.O.S.S. ed acquisito il parere del Consiglio dei Sanitari⁵ - si riserva di operare una verifica delle stesse ed una ripartizione funzionale in classi delle strutture semplici a valenza aziendale, a seconda:

- della rilevanza strategica
- del grado di autonomia gestionale
- dell'entità delle risorse assegnate (finanziarie e professionali).

1 L' U.O. Servizi per l'integrazione è destinata a transitare nella competenza dei Comuni associati negli Ambiti territoriali o a confluire in un nuovo contenitore giuridico fra quelli che nasceranno dall'attuazione della Riforma delle IPAB.

2 Lo sviluppo in struttura complessa è subordinato all'evoluzione in Servizio Interaziendale di Medicina legale.

3 I Distretti veterinari costituiscono una funzione di integrazione e coordinamento tra le U.O. dei Servizi presenti sul territorio

4 In condivisione con il Dipartimento P.A.C. (binomio domanda-offerta) ed i Direttori dei Distretti socio-sanitari (erogazione e governo della domanda)

5 In analogia con quanto previsto dalle Linee regionali per l'adozione del P.O.F.A. (art. 5, D.G.R. 8 agosto 2003, n. 7/14049)

TITOLO III - Le risorse umane

Art. 11 - Le politiche sul personale: l'ASL si avvale, per la gestione del personale, di due strutture distinte: una a valenza strategica, alle dirette dipendenze del Direttore generale, denominata GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE ed una a valenza gestionale ordinaria, alle dipendenze del Direttore amministrativo, denominata AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE.

La **GESTIONE E SVILUPPO RISORSE UMANE (G.S.R.U.)** è una struttura semplice a rilevanza strategica, cui fanno capo le seguenti attività:

- rimodellamento funzionale della macro e micro struttura in rapporto all'evoluzione della domanda/offerta e della mission aziendale
- individuazione delle politiche e strategie di gestione del personale, in coerenza con la missione e l'evoluzione aziendale e con gli obiettivi di contenimento strutturale della spesa
- individuazione delle figure professionali necessarie alla gestione delle strutture e delle attività aziendali, tenuto conto degli obiettivi di indirizzo strategico formulati dalla Direzione generale
- individuazione ed attuazione degli strumenti di flessibilità nell'assunzione del personale, adeguandoli alle caratteristiche dell'attività svolta
- accesso al sistema di gestione dei dati inerenti il personale e stesura di reports trimestrali concordati con il Controllo di gestione, per offrire al Direttore generale una visione dinamica ed integrata sull'andamento delle politiche del personale relativamente all'efficienza allocativa e alla spesa
- stesura di accordi e di regolamenti inerenti la gestione del personale, la progressione di carriera, l'incentivazione, la valutazione del personale sulla gestione del personale nel rispetto delle procedure di coinvolgimento delle OO.SS. di cui all'art. 6 del CCNL comparto e dirigenza, in condivisione con l'Area Amministrazione del personale
- individuazione dei bisogni formativi e stesura del piano di formazione del personale, proponendo un budget annuo congruente con le necessità individuate
- partecipazione ai Comitati che promuovono attività formative in collaborazione con le Università, secondo i relativi Accordi, cui si rimanda per completezza.

L'AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE è una struttura semplice, che ha rapporti gerarchici con il Direttore Amministrativo e rapporti funzionali con il Responsabile OSRU. A questo servizio fanno capo le seguenti attività:

- gestione del personale dipendente e convenzionato sotto gli aspetti giuridici, economici e contrattuali
- acquisizione del personale, secondo le procedure previste dalla normativa e nell'ambito dei fabbisogni individuati dalla GSRU, facendo ricorso altresì ai centri per l'impiego e ad altre forme di lavoro flessibile contrattuale
- gestione delle schede relative agli obiettivi del personale (dirigenza e comparto) e l'inoltro al nucleo di valutazione
- raccolta delle informazioni riguardanti il personale ed invio alla Regione, utilizzandone il flusso informativo FLU.PER con le cadenze previste, ai fini del controllo concomitante della spesa
- istruttoria dei procedimenti disciplinari a carico del personale dipendente
- partecipazione diretta alla concertazione, consultazione ed informativa sindacale per le attività di propria competenza e stesura dei relativi accordi
- gestione del trattamento previdenziale del personale dipendente e svolgimento di tutte le attività collegate
- ogni altra attività tecnica che concerne la gestione corrente del personale.

Art. 12 - La dotazione organica: la dotazione organica, indicata nella tabella riassuntiva, è già comprensiva della riduzione dell'1% indicata dalla D.G.R. n.

MACRO CLASSI DI PROFILI/AREE CONTRATTUALI	UNITA' DI PERSONALE
PERSONALE INFERMIERISTICO	230,05
PERSONALE TECNICO SANITARIO	6,95
PERSONALE VIGIL. ISPEZIONE	121,10
PERSONALE DELLA RIABILITAZIONE	43,50
ASSISTENTI SOCIALI	64,65
PERSONALE AMMINISTRATIVO	364,8
OTA/OSS	2,00
PERSONALE RUOLO TECNICO	37,95
PERSONALE AUS. SPEC. SERV. ASSISTENZIALI	8,30
PERSONALE AUS. SPEC. SERV. ECONOMICI	2,00
TOTALE COMPARTO NON DIRIGENZIALE	881,30
DIRIGENZA MEDICA	124,95
DIRIGENZA VETERINARIA	73,30
DIRIGENZA SANITARIA	72,55
DIRIGENZA PROFESSIONALE TECNICA	5,00
DIRIGENZA AMMINISTRATIVA	11,00
ALTRO PERSONALE (Medici Condotti)	6,00
TOTALE GENERALE	1174,10

7/10805 del 24.10.2002 e successivamente assegnata come obiettivo 2003 al Direttore generale.

Art. 13 - Il Servizio Infermieristico e Tecnico riabilitativo aziendale (S.I.T.R.A.): Il S.I.T.R.A. dell'ASL necessita, rispetto al modello ospedaliero da cui appare mutuato, di un modellamento sulla realtà aziendale dell'A.S.L. Infatti i fattori di maggiore criticità sono:

- ETEROGENEITA' (area sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale delegata)
- DISTRIBUZIONE delle stesse in realtà disomogenee (strutture organizzative erogative, settori parzialmente o totalmente sottoposti a processi evolutivi in cui la funzione P.A.C. tende a prevalere sul ruolo erogativi).

Pertanto il "modello di S.I.T.R.A." adottato dall'ASL della Provincia di Bergamo è così caratterizzato:

- riunisce tutte le figure dell'area sanitaria del comparto, vale a dire **8 profili professionali** previsti dai DDMM 739/94, 740/94, 741/94, 744/94, 745/94, 58/97, 69/97, 520/98 e **5 figure di supporto**, previste da DPR 14 marzo 1974, n. 225, titolo V: Infermiere generico; CCNL 98-01 allegato A: Ausiliario specializzato; DGR 1267 28.2.1989: Ausiliario socio-assistenziale; DPR 384/90 art. 40: Operatore tecnico addetto all'assistenza; Conferenza Stato-Regioni 22.2.2001 e DGR 5428 del 6.7.2001: Operatore socio-sanitario;
- è una **struttura complessa in line alla Direzione generale** per quanto riguarda la governance (risorse, evoluzioni strategiche tra diversi livelli organizzativi, ecc...)
- è fatta salva la dipendenza gerarchica degli operatori dalle strutture di appartenenza per le attività istituzionali.

Il S.I.T.R.A. si articola in tre comparti principali, al fine di garantire la governance: AREA INFERMIERISTICA e OSTETRICA, AREA TECNICI della PREVENZIONE e TECNICI SANITARI, AREA TECNICI della RIABILITAZIONE. E' prevista, per ciascun comparto, una figura di responsabile con funzioni anche di integrazione con i livelli organizzativi di appartenenza dei profili. Il S.I.T.R.A. è diretto da un dirigente afferente ai profili professionali ricompresi nei D.M. sopra citati nella Legge n. 251/2001.

Art. 14 - La formazione del personale: la formazione del personale è affidata all'Ufficio Formazione, articolazione dell'Area Gestione e sviluppo risorse umane, in condivisione con l'Ufficio personale per gli ambiti di competenza. All'Attività di formazione competono:

- definizione del Piano di formazione aziendale
- organizzazione delle iniziative formative interne
- relazione ed integrazione con il livello regionale
- cura dell'iter amministrativo previsto per autorizzare la partecipazione dei singoli dipendenti ad iniziative formative esterne
- realizzazione di convegni, seminari, workshop finalizzati

Art. 15 - I Regolamenti sul Personale: anche nell'ambito di una corretta dialettica con le O.O.S.S. , l'A.S.L. della provincia di Bergamo ha adottato, inserendoli nei Contratti integrativi aziendali per la Dirigenza (C.C.I.A. del 17.04.2002) e per il Comparto (C.C.I.A. del 28.07.2000), i seguenti regolamenti:

- Regolamento per le relazioni sindacali
- Regolamento per la formazione e l'aggiornamento del personale dipendente
- Regolamento per l'esercizio della libera professione intramoenia

Art. 16 - Le relazioni sindacali: il modello tradizionale di relazioni evolverà verso un modello più moderno e, soprattutto, coerente con la mission e la macro-organizzazione dell'Azienda ("fare sistema"). Per le OO.SS. a rappresentanza generale l'evoluzione è verso un posizionamento strategico di "soggetti di sistema", come si evince dall'organigramma generale. Per le OO.SS. di categoria rimane l'impianto di relazioni sindacali definito da normativa e contratti.

Il rafforzamento procedurale si traduce nel passaggio dal confronto discontinuo, per emergenza di bisogni, alla continuità di confronto (a cadenza pressoché mensile) tra OO.SS. e Azienda.

La delegazione aziendale è costituita da: Direttore amministrativo, Responsabile Amministrazione del personale, Rappresentanti della Direzione generale, Altri dirigenti di volta in volta coinvolti a seconda delle problematiche di discussione.

Art. 17 - Le deleghe e la responsabilità dei dirigenti: con Deliberazione n. 66 del 20.03.2003 "Individuazione degli atti di competenza del Direttore Generale e dei Dirigenti dell'ASL della Provincia di Bergamo" il Direttore Generale ha adeguato i processi decisionali ai principi innovativi contenuti nel D.Lgs. 165/2001, con specifico riferimento alla distinzione tra le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo di competenza degli organi di vertice e quelle gestionali riservate ai dirigenti.

Tale esigenza è stata calibrata sulla duplice necessità: da una parte di avviare i processi di responsabilizzazione decisionale e, dall'altra, di non provocare un'eccessiva frantumazione dei processi decisionali - soprattutto con valore di spesa - che poteva esitare in una "meccanicità decisionale", riequilibrando in tal modo un sistema di "eccesso di delega".

Sono state definite:

- le funzioni e gli atti amministrativi di competenza della Direzione strategica;
- le deleghe e gli ambiti delle stesse;
- le decisioni dei Dirigenti ed i conseguenti atti amministrativi che impegnano l'azienda sanitaria verso l'esterno, nonché l'ambito oggettivo e soggettivo di dette attribuzioni.

Il Direttore Generale, coadiuvato dal Direttore Amministrativo, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Sociale, esercita le funzioni di programmazione, indirizzo e controllo a valenza aziendale, adotta atti di alta amministrazione, compresi quelli di organizzazione dell'azienda ai sensi dell'art. 4 dei d.lgs. n. 291/93 e dell'art. 3 dei D.Lgs. 502/92.

In particolare, gli atti di competenza del Direttore Generale, assunti nella forma della "Delibera", sono stati elencati in dettaglio nella suddetta Deliberazione.

In attuazione del principio di separazione dei poteri, rientrano nelle attribuzioni proprie ed esclusive del personale Dirigente, responsabile delle articolazioni organizzative aziendali, tutte le funzioni e l'adozione dei connessi atti assunti nella forma della "Determina", che per il normale espletamento delle attività istituzionali in attuazione di programmi e obiettivi definiti dalla Direzione ovvero in attuazione di disposizioni legislative e regolamentari, costituiscono esercizio di ordinaria attività gestionale.

Per l'esercizio di funzioni gestionali s'intendono tutte le attività che realizzano la gestione amministrativa, tecnica e funzionale delle varie articolazioni organizzative e si traducono in atti di giudizio e di conoscenza (autorizzazioni, certificazioni, diffide, autenticazioni, legalizzazioni, ecc.).

Gli atti dirigenziali emanati nell'esercizio delle funzioni dei singoli dirigenti devono, in particolare, risultare conformi ai criteri di coerenza con gli obiettivi aziendali, presentare caratteristiche quali: massima chiarezza espositiva delle motivazioni e delle conseguenti decisioni, speditezza dell'attività istruttoria e rispetto dei termini fissati per la conclusione del procedimento e massima attenzione ad un razionale contenimento della spesa ed alla corretta ed economica gestione di tutte le risorse. Il Direttore Generale ed i Direttori sanitario, amministrativo e sociale, per gli ambiti di propria competenza, hanno il potere di annullamento di eventuali atti dei Dirigenti che risultino illegittimi, difformi dagli obiettivi aziendali formalizzati in specifiche direttive, in contrasto con la corretta ed economica gestione delle risorse ovvero con l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa e con il principio di autotutela aziendale e possono, in caso di inerzia o ritardo nell'adozione di un atto di competenza dei Dirigenti, fissare un termine perentorio entro il quale il Dirigente deve adottare l'Atto. Qualora l'inerzia permanga, o in caso di grave inosservanza delle direttive aziendali da parte del Dirigente competente che possa determinare pregiudizio per l'interesse pubblico, i Direttori possono adottare direttamente l'Atto.

Alla citata Deliberazione è riportato, in allegato, il dettaglio sulle tipologie di Atti di competenza, rispettivamente, delle Aree Amministrativa, Sanitaria e Sociale.

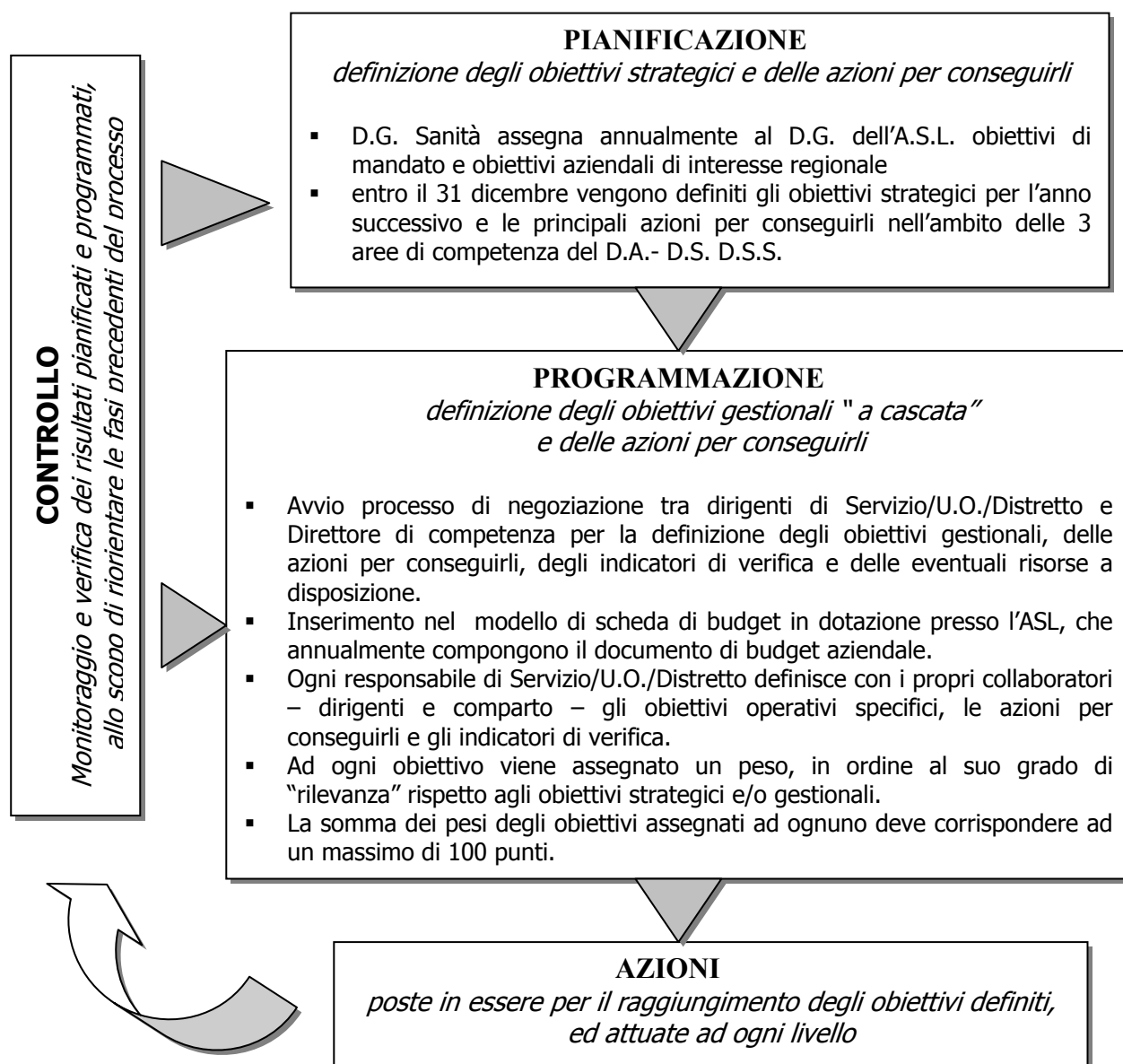
Art. 18 - La determinazione degli obiettivi e la valutazione dei Dirigenti: senza costi aggiuntivi, ma utilizzando una potenzialità applicativa del sistema LOTUS NOTES già in dotazione presso l'Azienda, è stato predisposto un sistema informatizzato a cui possono accedere gli utenti

autorizzati, secondo vari livelli stabiliti in base al ruolo occupato in azienda. Il sistema è composto da 5 database (uno per ogni Direzione ed uno per gli obiettivi assegnati direttamente ai Direttori) sovrapponibili per caratteristiche e per modalità di funzionamento, di seguito concretamente descritte:

- per ogni dirigente titolare di scheda di budget vengono annualmente inseriti: obiettivi, azioni, indicatori di verifica
- sono previsti 4 punti di controllo a cadenza trimestrale (marzo-giugno-settembre-dicembre), in cui ogni dirigente inserisce nel database lo stato di avanzamento per ogni obiettivo, secondo un percorso strutturato in forma standard
- presa visione degli avanzamenti inseriti ad ogni punto di controllo, ogni Direttore di Area inserisce il commento, segnalando eventuali criticità o incompletezze rispetto a gli indicatori concordati. Questo permette ai "valutati" eventuali correzioni nel rispetto delle scadenze
- al termine del processo di valutazione annuale, il Direttore di Area inserisce la valutazione finale.

La strutturazione dell'applicativo consente alla Direzione Strategica di monitorare l'andamento delle attività, in tempo reale e con accesso continuo e immediato ai contenuti, allo scopo di evidenziare in tempo eventuali criticità che potrebbero compromettere il raggiungimento del risultato finale. Inoltre, l'omogeneizzazione della struttura dei report e l'inserimento dei contenuti secondo percorsi predefiniti, favorisce la selezione efficace delle informazioni, come pure la possibilità di valutazione sincronica e diacronica dei progetti.

Il processo di definizione, assegnazione e verifica degli obiettivi può essere così sintetizzato:



Art. 19 - La sicurezza degli operatori e degli ambienti di lavoro: il Servizio di Prevenzione e Protezione Interno all'azienda è costituito da operatori tecnici, sanitari ed amministrativi tutti provenienti dal Dipartimento di Prevenzione.

Il Medico Competente ricopre un incarico come libero professionista esterno all'azienda per gli accertamenti relativi alla Sorveglianza Sanitaria

Il rappresentante per la sicurezza è stato designato, su proposta delle R.S.U. aziendali – seguendo le procedure previste dall'art. 5, parte I, del C.C.N.Q. 10.07.1996.

Le modalità operative per le diverse attività del SPP possono essere brevemente così riassunte:

1. Stesura dei documenti relativi alle valutazioni dei rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori
2. Stesura dei documenti in collaborazione con un referente o un gruppo di lavoro su indicazione dei diversi Responsabili di struttura, coinvolgimento del Medico Competente e degli RLS aziendali.
3. I documenti vengono emanati dal datore di lavoro e successivamente resi disponibili per la consultazione agli operatori aziendali nel sito intranet SPP.
4. Dispositivi di protezione individuale (DPI): Individuazione dei dispositivi necessari per le diverse attività, corretto uso ed indicazioni sulla gestione degli stessi. Indicazioni sulle caratteristiche dei DPI al Servizio Acquisti e Logistica
5. Sopralluoghi nelle varie strutture per specifici problemi legati alle condizioni di lavoro (con il Medico Competente), o ai requisiti strutturali. In gruppo di lavoro con operatori del Dipartimento di Prevenzione o del Servizio Tecnico Patrimoniale.
6. Gestione delle emergenze:
 - Individuazione e formazione degli Addetti all'Emergenza (antincendio e pronto soccorso).
 - Intallazione di poster contenenti informazioni e dati utili per la gestione delle emergenze nelle strutture ritenute più problematiche e con l'obbligo di stesura di un Piano di Emergenza (P.E.).
 - Stesura di un P.E. generale, valido per tutte le strutture e di P.E. più specifici e particolareggiati per le strutture con obbligo di stesura di P.E.
 - Informazione e formazione sui rischi specifici in azienda o per la formazione degli Addetti all'emergenza. Il bisogno formativo viene formulato dal SPP e gestito in accordo con l'Ufficio Formazione. Per questa attività vengono organizzati corsi utilizzando sia docenti interni che esterni (solo nel caso dei Vigili del Fuoco per gli addetti antincendio).
7. Sorveglianza Sanitaria
8. Supporto amministrativo necessario per la programmazione dell'attività di Sorveglianza Sanitaria del Medico Competente, con aggiornamento delle scadenze relative agli accertamenti effettuati sugli operatori esposti a rischio ed inserimento, in collaborazione con l'U.O. Amministrazione del Personale e con i Responsabili di Struttura, dei nuovi operatori esposti in base alle mansioni espletate.

Le attività del SPP e le relazioni con gli altri Servizi aziendali o con soggetti esterni non sono definiti da un specifico regolamento aziendale.

TITOLO IV - Il sistema dei controlli interni

Art. 20 - La qualità aziendale: l' Ufficio Qualità dell' ASL di Bergamo è una struttura semplice che assicura la gestione del Sistema Aziendale per il Miglioramento Continuo attraverso un duplice filone di attività:

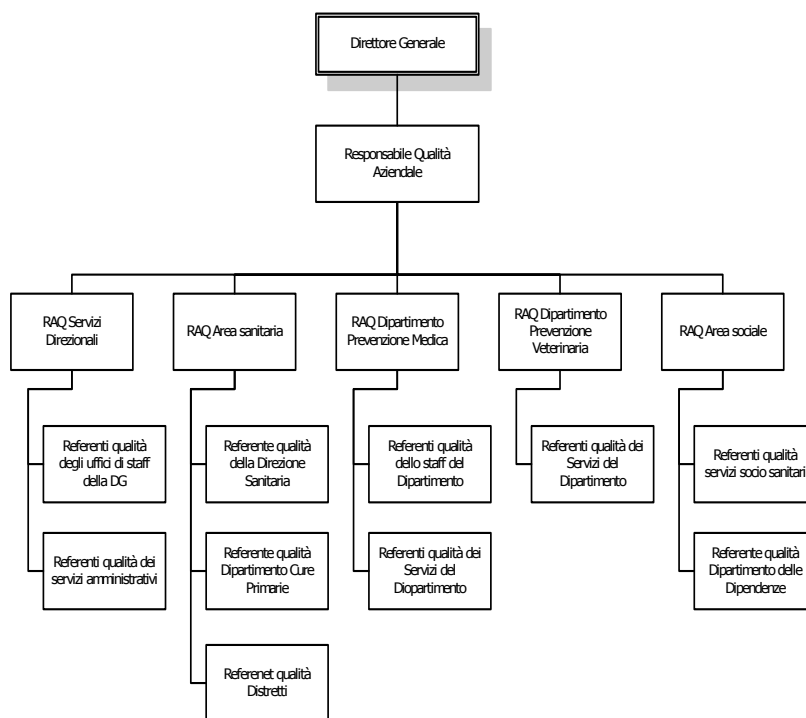
- **Progettazione, sviluppo, mantenimento e miglioramento continuo** del sistema di certificazione della qualità secondo la norma UNI EN ISO 9000 nelle edizioni via via aggiornate;
- Ricerca e Sviluppo di soluzioni e strumenti per la valutazione della **qualità e per il miglioramento continuo**, quali
 - progetti di miglioramento per mezzo della gestione diretta e/o controllo dei progetti stessi,
 - verifica e revisione della qualità per mezzo dell' attività programmata di valutazione della qualità delle diverse organizzazioni aziendali (per es. mediante l' utilizzo di griglie opportunamente pesate) e il supporto metodologico alla costruzione di indicatori di processo, esito e risultato da parte delle varie strutture organizzative dell' Azienda;

I due processi sono sostenuti da una continua attività di benchmarking.

L'attività complessiva è gestita per mezzo della Rete Aziendale per il Miglioramento (RAM), direttamente coordinata dal Responsabile Qualità Aziendale.

La RAM è organizzata in cinque aree:

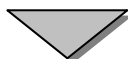
1. Area Direzionale (Staff della Direzione generale e Servizi della Direzione Amministrativa)
2. Area della Prevenzione (Dipartimento della Prevenzione Umana)
3. Area Prevenzione Veterinaria (Dipartimento della Prevenzione Veterinaria)
4. Area sanitaria (Direzione Sanitaria e Aree territoriali e distretti socio sanitari)
5. Area Sociale (Direzione sociale e Dipartimento ASSI, compreso Dipartimento delle Dipendenze);



ognuna della quali riconosce un Responsabile Assicurazione Qualità ed un Referente Qualità per ciascuno dei servizi che vi afferiscono.

Sintesi evoluzione attività dell' Ufficio:

anno 1998 e seguenti:	certificazione secondo Norme ISO, a partire dalla Direzione generale, con estensione progressiva a tutte le strutture aziendali
Dipartimenti e servizi:	diffusione procedure per omogeneizzare processi operativi ed erogativi
Strutture periferiche:	applicazione procedure, raccolta dati e reporting, invio a livello centrale



MAPPATURA DEI PROCESSI AZIENDALI =

Mapa di tutte le linee di attività secondo uno schema che individua il processo, le fasi/azioni che lo compongono, la sede in cui si svolge, il personale coinvolto, il Responsabile e le eventuali interazioni interne all'Azienda

Art. 21 - Il Controllo di gestione: il controllo di gestione è una struttura semplice, anche se a forte rilevanza strategica, alle dirette dipendenze del Direttore generale e funge di supporto per l'attuazione delle politiche aziendali, sia per la definizione degli obiettivi strategici sia per quelli relativi alla gestione corrente, al fine di assicurare il buon governo dell'Azienda e la realizzazione della *mission* aziendale ed in coerenza con le norme di riferimento: D.G.R. 18.01.2002, n. VII/7780 e D.G.R. 8.08.2003 n. VII/ 14049

Tra il 1999 ed il 2002 il CdG si è focalizzato sulla costruzione della struttura operativa, sulla raccolta dati (precisione e tempestività) e sull'elaborazione degli stessi, sul supporto alla Direzione generale per redistribuzione risorse secondo principi condivisi, sull'introduzione sistema budgetario e sull'intersezione del sistema budgetario con il sistema degli obiettivi e del loro monitoraggio. L'evoluzione del CdG è nella dimensione di sistema attraverso l'estensione del modello "budgetario integrato" (onnicomprensivo di spesa per ricoveri, specialistica, farmaceutica, protesica, ADI, ecc...) a livello distrettuale: coinvolgimento di tutti gli "attori del sistema" (MMG, PLS, Ospedali, ecc...) con finalità di estrinsecazione della domanda inespressa, governo della domanda espressa e dell'offerta coinvolgendo anche il Dipartimento PAC.

Art. 21.1 - Il "processo di budget": il Documento di Budget, progressivamente affinato negli anni, rappresenta per l'azienda un importante strumento di pianificazione, programmazione e controllo integrati degli indirizzi strategici ed degli obiettivi conseguenti, a fronte delle risorse in un determinato periodo di tempo.

E' previsto, oltre che dalla normativa sanitaria nazionale e regionale (D. Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. e L.R. n. 31/1997), anche dalle Linee guida Regionali (D.G.R. n. 7/7780).

Attraverso il Documento di Budget, sulla base del bilancio previsionale l'Azienda articola i propri obiettivi strategici, i volumi e le tipologie di attività, indicando le azioni volte a concretizzare tali obiettivi a fronte delle risorse assegnate. Ai Centri di Responsabilità (CdR di 1° livello) individuati è assegnata la realizzazione degli obiettivi negoziati, nel rispetto di vincoli economici di bilancio.

Riferimenti generali vincolanti: obiettivi Regionali assegnati al Direttore Generale, vincoli di bilancio di Previsione (normativi e finanziari), obiettivi Piano SSR/progetti obiettivo/altri progetti

Ruoli e responsabilità degli attori nel processo di budget:

Direzione Generale: promuove ed avvia il processo di Budget, esplicando le linee guida generali di riferimento, gli indirizzi strategici aziendali e gli obiettivi qualificanti.

Controllo di Gestione: fornisce il supporto tecnico e gli obiettivi qualificanti, definisce il calendario di Budget e l'iter operativo, affianca la Direzione durante la fase di negoziazione e definizione degli obiettivi ed inoltre redige il Documento di Budget finale, effettuando nel corso dell'anno delle verifiche e, se necessario, apportando aggiornamenti e revisioni al documento stesso. Presidia il monitoraggio ai punti di controllo (trimestrali) delle azioni dei CdR sull'effettivo raggiungimento degli obiettivi loro assegnati, sia economici che di attività.

I Centri di Responsabilità (CdR): Sono individuati nei Responsabili di Distretto, di Dipartimento e di Servizio, i quali rappresentano la "controparte" del processo di Budget. Predispongono le proposte di obiettivi e concorrono nella discussione e alla negoziazione degli stessi con la Direzione Generale.

Fasi del processo di budget:

- Calendarizzazione del processo di Budget
- Definizione del quadro di riferimento aziendale da parte della Direzione Generale, ovvero esplicitazione delle strategie che devono essere note all'organizzazione
- Rilevazione ed analisi dei dati storici di attività per CdR
- Consegna schede ai responsabili di CdR
- Formulazione delle proposte di Budget da parte dei Responsabili dei CdR;
- Negoziazione degli obiettivi e verifica della loro compatibilità in coerenza con gli indirizzi strategici;
- Assegnazione degli obiettivi e relativa pesatura definita dalla Direzione Generale;
- Redazione del documento di Budget;
- Verifica trimestrale sullo stato di avanzamento delle azioni attuate dai CdR ed analisi degli scostamenti;
- Eventuale aggiornamento delle schede di budget;
- Verifica finale sul raggiungimento degli obiettivi assegnati.

Art. 22 - L'internal auditing (Ufficio Revisione interna): con Deliberazione n. 23 del 19 febbraio 2002 è stato istituito l'Ufficio di REVISIONE INTERNA (Internal Auditing). La Deliberazione n. 40 del 29 marzo 2003 ha assegnato la responsabilità dell'Ufficio con un incarico di natura dirigenziale (art. 15-septies D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.).

La **Deliberazione n. 18 del 15 aprile 2003**, ha trasferito l'Ufficio REVISIONE INTERNA alla dipendenza gerarchica e funzionale del Direttore Generale.

Funzioni di questo Ufficio sono:

- esaminare e valutare i controlli interni amministrativo-contabili, verificare le poste dello stato patrimoniale e del conto economico, nonché dei rendiconti gestionali, di saldi ed operazioni tramite il controllo dei documenti giustificativi;
- esaminare la conformità dell'operato dei settori aziendali alle politiche, piani, procedure, leggi e regolamenti vigenti;
- verificare la salvaguardia del patrimonio attraverso l'accertamento dell'esistenza di garanzie contro perdite, danneggiamenti o utilizzi non autorizzati di beni aziendali, sia materiali che immateriali;
- accertare l'uso economico ed efficiente delle risorse aziendali.

Art. 23 - Nucleo di valutazione e collegi tecnici: la Deliberazione n. 1844 del 7 dicembre 2002 ha istituito il Nucleo di Valutazione (N.V.) - Servizio di Controllo interno - ed il Collegio Tecnico (C.T.) nell'ambito di un sistema complessivo di controlli interni, inteso come insieme delle attività a supporto dei processi decisionali, delle verifiche di correttezza e delle valutazioni.

Il Servizio di Controllo Interno ha elaborato una procedura, tutt'ora in dotazione presso l'azienda, relativa al "SISTEMA DI VALUTAZIONE DELLE ATTIVITA' PROFESSIONALI E DEI RISULTATI RAGGIUNTI DAI DIRIGENTI", comprensivo delle schede di valutazione triennale, del modulo di contestazione, del regolamento per il funzionamento del collegio tecnico.

Con **Deliberazione n. 15 del 31 gennaio 2003**, a seguito di modifiche organizzative introdotte dal 1 gennaio 2003, allo scopo di valutare il raggiungimento degli obiettivi legati alla retribuzione accessoria della dirigenza e del comparto per l'anno 2002, è stato costituito un Nucleo di valutazione provvisorio composto da Direttore amministrativo, Direttore Sanitario, Direttore Sociale, Responsabile Ufficio Infermieristico, un componente dello Staff della Direzione Generale.

La **Deliberazione n. 557 del 29 ottobre 2003**: nomina i nuovi componenti del Nucleo di valutazione, prevedendo anche rappresentanti per le OO.SS. e due esperti esterni, uno per gli aspetti economici ed uno per gli aspetti sanitari.

Attualmente il Nucleo di valutazione dell'ASL di Bergamo risulta così composto: Direttore Amministrativo, Direttore Sanitario, Direttore Sociale, n. 2 esperti esterni (uno per l'area economica ed uno per l'area sanitaria), n. 2 rappresentanti delle OO.SS., n. 1 rappresentante del controllo di gestione, n. 1 rappresentante della Direzione Generale, a supporto del coordinamento delle attività amministrative (senza compiti di valutazione)

Sono state adottate specifiche procedure per la verifica del raggiungimento degli obiettivi assegnati annualmente.

TITOLO V - Il contratto come strumento per la regolazione dei rapporti con i soggetti erogatori

Art. 24 - I contratti nell'area sanitaria: i rapporti con le strutture erogatrici (strutture di ricovero e cura, strutture ambulatoriali) sono regolati da un contratto di cui la Regione Lombardia con DGR VI/47508 ha definito lo schema tipo.

Il contratto viene sottoscritto al termine del percorso di accreditamento istituzionale che costituisce la base indispensabile per poter regolare il sistema sanitario lombardo sulla base dei principi della L.R. 31/97:

- libertà di scelta del cittadino
- differenziazione tra soggetti acquirenti ed erogatori
- piena parità di diritti e di doveri tra strutture di diritto pubblico e di diritto privato.

Lo schema tipo di contratto pone nell'accettazione delle regole del sistema e nel loro successivo monitoraggio le premesse per il funzionamento del SSR.

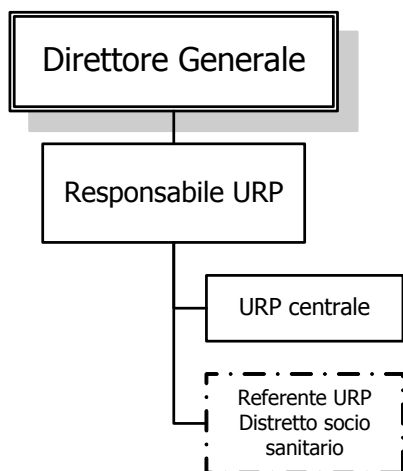
Con DGR VII/12287 del 4 marzo 2003 la Regione Lombardia ha sviluppato lo schema tipo di contratto in essere con l'indicazione dei volumi delle prestazioni, la tipologia e la loro tariffa individuando per ogni struttura un budget specifico.

Inoltre l'A.S.L., utilizzando lo strumento di "Allegato integrativo", ha sviluppato sinergie di miglioramento della qualità e di appropriatezza delle prestazioni, ha svolto azioni di monitoraggio e "restituzione" ai soggetti accreditati di informazioni sull'allineamento della valorizzazione con il budget al sesto e all'ottavo mese, evidenziando le criticità anche nel rapporto tra tipologia quantitativa della produzione e mission della struttura .

Art. 25 - I contratti nell'area socio-sanitaria e socio-assistenziale: il contesto normativo si presenta eterogeneo rispetto alle varie strutture, pur in una linea di tendenza che appare fortemente indirizzata alla riconduzione a criteri uniformi dei processi autorizzativi e gestionali di tutte le tipologie di strutture.

Struttura	normativa regionale	Evoluzione processo	Applicazione ASL
IDR ex art 26	DGR IV/12448	Regime di transitorio accreditamento	Regolazione accessi attraverso commissione ad hoc Attivazione flusso informativo sulla falsariga SDO
CRH / IEAH	DGR VII/12260	Istituzione nuove unità di offerta (Residenze sanitario – assistenziali per persone con disabilità - RSD)	Accompagnamento nelle scelte di riconversione Verifiche requisiti
RSA	DGR VII/7435 DGR VII/12618	Definizione del percorso di autorizzazione al funzionamento ed accreditamento istituzionale Definizione standard Definizione contratti	Formazione sulla normativa Monitoraggio piani di adeguamento Sottoscrizione contratti (58) Monitoraggio flusso informativo SOSIA Attivazione Unità di valutazione Accompagnamento nelle scelte di riconversione
CDI e Hospice	DGR VII/12903 DGR VII/12919	Definizione standard e percorsi per l'autorizzazione e l'accreditamento	Verifica requisiti Sottoscrizione contratti
Servizi privati per persone dip.i da sost. illecite e lecite	DGR VII/12621	Definizione standard e percorsi per l'autorizzazione e l'accreditamento	Verifica requisiti documentali Accompagnamento alla presentazione dell'istanza

TITOLO VI - Modalità di partecipazione e di tutela degli utenti



Art. 26 – L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.): L'U.R.P. è una struttura semplice in *linea* alla Direzione Generale, il cui compito istituzionale è assicurare gli strumenti più opportuni per realizzare una comunicazione efficace nei confronti dei cittadini.

Duplici è l'intento da realizzare con diversi strumenti operativi:

- orientare l'utenza rispetto ai servizi aziendali (attività di accoglienza e d'informazione)
- verificare la qualità percepita dai cittadini rispetto all'offerta dell'Azienda (gestione dei suggerimenti/reclami e indagini di customer satisfaction)

Articolazione territoriale: un Referente (sportello) per ogni Distretto socio-sanitario, che risponde per questa funzione al Referente aziendale

Per facilitare l'**accessibilità all'Ufficio** sono stati potenziati i canali di ricezione via Internet:

- attraverso il **Portale aziendale** è possibile inoltrare reclami, con garanzia del rispetto delle norme a tutela della privacy, ottenendo la risposta via e-mail dal Responsabile
- ogni Referente distrettuale è intestatario di un indirizzo di posta elettronica che utilizza per dialogare con la cittadinanza.

L'URP coordina l'aggiornamento della **Carta dei Servizi**, documento sviluppato all'interno del portale, che ha la valenza di strumento informativo nei confronti del cittadino rispetto agli standard quantitativi e qualitativi delle prestazioni che l'Azienda si impegna a garantire.

Collabora alla valutazione costante della **qualità percepita** dagli utenti su tutto il sistema, garantendo l'attuazione della DGR 22.03.2002 n. 7/8504 "Qualità percepita dei servizi sanitari: sviluppo del sistema di rilevazione".

Con le modalità specificate nella Circolare 43/SAN del 4.10.2002, coordina le analisi di customer satisfaction realizzate dalle strutture accreditate della provincia e ne trasmette i risultati alla Regione Lombardia.

Art. 27 - L'Ufficio di Pubblica Tutela (U.P.T.): come previsto dall' art. 11, comma 3 della L.R. 11.07.1997, n. 31, l'U.P.T. è strutturato all'interno dell'Azienda sotto la responsabilità di persona qualificata ma non dipendente dal S.S.N., che svolge tale funzione a titolo di servizio onorario.

Con **Deliberazione n. 368 del 29.07.2003** l'ASL della provincia di Bergamo ha conferito un incarico "*intuitu personae*" utilizzando i criteri previsti dalla Regione Lombardia per l'analoga funzione di Difensore civico regionale (L.R. 7/1980 e s.m.i.) nonché i requisiti generali richiesti per l'assunzione nella P.A. Il personale che opera all'interno dell'UPT è in parte messo a disposizione dall'Azienda ed in parte rappresentato da volontari che collaborano con la struttura in modo da garantire una continuità al servizio offerto.

L'UPT trova la propria collocazione, all'interno dell'ASL della Provincia di Bergamo, nella sede centrale di via Gallicciolli, 4, al piano terra.

Nella visione aziendale la funzione di questo Ufficio non è solo quella di accogliere le proteste degli utenti e di verificare che le Aziende assicurino il libero accesso alle prestazioni da parte dei cittadini, bensì quella più qualificante di "**tutela attiva**", di centro di raccolta di informazioni sui nuovi bisogni sanitari, che rimangono ai margini del Sistema socio-sanitario e socio-assistenziale perché poco conosciuti o perché riguardano una piccola parte della popolazione. Le Agenzie sociali - di cui l'UPT vuole essere l'espressione - hanno così l'opportunità di raccogliere queste istanze e farsene promotrici presso la Direzione dell'Azienda ASL.

L'UPT raccorda la propria attività con quella dell'URP, struttura con la quale si confronta e collabora quotidianamente.

Art. 28 - Il "diritto di accesso" agli atti e la trasparenza amministrativa: il Regolamento per l'accesso ai documenti amministrativi, adottato dall'ASL della Provincia di Bergamo, è stato rivisto ed aggiornato in data 12 settembre 2003. Questo regolamento disciplina, ai sensi della Legge 7.8.1990 n. 241 e successive modificazioni, il diritto di accesso ai documenti amministrativi.

Il diritto si esercita mediante visione nonché estrazione di copia dei documenti secondo le modalità di cui all'art. 4. ed è riconosciuto a tutti i soggetti, cittadini italiani e non, maggiori di età o emancipati, che abbiano interesse a prendere visione o estrarre copia di documenti amministrativi, per la tutela di situazioni giuridicamente rilevanti, tendenzialmente qualificabili come diritti soggettivi o interessi legittimi.

Il diritto d'accesso è altresì esercitabile da associazioni e comitati, nella persona del legale rappresentante, o portavoce formalmente designato, ai fini della tutela di interessi diffusi collettivi.

L'oggetto del diritto d'accesso è costituito dai documenti amministrativi formati dall'ASL o da questa detenuti stabilmente.

Il diritto di accesso è escluso per i documenti coperti da segreto di divulgazione previsto dall'ordinamento vigente e quando sia in contrasto con i principi della Legge 31 dicembre 1996 n. 675 e s.m.i., fatto salvo il consenso espresso dai diretti interessati, ove previsto. Nel Regolamento sono, pertanto, individuate le fattispecie di documenti ed atti per i quali è escluso l'accesso. E' garantita, comunque, ai richiedenti, la visione degli atti relativi ai procedimenti amministrativi, la cui conoscenza sia necessaria per curare o per difendere i propri interessi giuridici, fermo restando il diritto di rilascio degli atti anzidetti ai soggetti destinatari del provvedimento conclusivo del procedimento. Ciascuna articolazione organizzativa è competente per l'intera istruttoria e per ogni adempimento procedimentale connesso all'esercizio del diritto all'accesso.

Il Responsabile dell'articolazione organizzativa è responsabile quindi del procedimento, salva la possibile designazione di un competente funzionario preposto.

L'esame dei documenti è gratuito e deve aver luogo unicamente presso gli uffici dell'ASL dove il documento si trova depositato, mentre il rilascio di copie è subordinato al rimborso dei costi di riproduzione fissati. Anche per il rilascio di dati su supporto magnetico, è previsto il pagamento di una somma definita dal regolamento stesso.

Art. 29 - Pubblicizzazione dei tempi di attesa: la Deliberazione del Direttore Generale n. 1909 del 4 Novembre 1999 avente per oggetto " Piano Integrato di comunicazione sui tempi d'attesa delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali. Stipula delle convenzione tra l'ASL e le Strutture Pubbliche e Private Accreditate della Provincia di Bergamo", aveva dato corso, secondo quanto previsto

dalla DGR 38571 del 25/09/98, all'attuazione di un Piano di Comunicazione Provinciale Unico Integrato – denominato Progetto CHRONO – sui tempi d'attesa delle Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali erogate in regime di Accreditamento

Le successive evoluzioni del "Piano di Comunicazione" sopra citato, in virtù dei successivi provvedimenti regionali, quali la DGR ; n. 47675 del 29.12.1999- n. 2859 del 22.12.2000 – n. 7928 del 1.02.2002 hanno comportato la necessità di un ulteriore sviluppo del "Piano di Comunicazione" finalizzato a facilitare l'accesso degli utenti alle informazioni sulle Prestazioni Specialistiche ambulatoriali erogate in regime di Accreditamento, nonché sui relativi tempi d'attesa.

A tal fine presso l'ASL di Bergamo è stato attivato un servizio di "Risponditore Automatico" e di "Reindirizzamento telefonico" per le Prestazioni Specialistiche Ambulatoriali, che attinge i dati dal database di "CHRONO", cui hanno aderito, stipulando specifica convenzione, le Strutture sanitarie accreditate.

Tale attività è stata formalizzata con Deliberazione del Direttore generale, n. 127 del 8.04.2003.

Art. 30 - Il Portale ASL: l'ASL della Provincia di Bergamo ha da sempre prestato una particolare attenzione agli aspetti comunicativi sia interni che esterni utilizzando gli strumenti che la più moderna tecnologia dell'informazione mette a disposizione.

Rete aziendale interna (intranet): connette gli oltre 1100 postazioni di lavoro completamente informatizzate sparse sul territorio provinciale per la condivisione delle informazioni via e-mail, la consultazione di archivi e dati, il lavoro di gruppo in rete, il lavoro di knowledge management, ecc.

Verso l'ambiente esterno l'ASL ha attivato un sito internet (Portale ASL) attraverso cui comunicare ed interagire con:

- **900** Medici di famiglia e Pediatri di libera scelta
- **246** Farmacie
- **244** Comuni
- **50** Case di Riposo
- **10** Aziende Ospedaliere – Cliniche accreditate
- **...ed oltre 1 milione di cittadini**

La home page del Portale ASL è reperibile all'indirizzo www.asl.bergamo.it.

Il sito è stato sviluppato e verrà sempre più indirizzato verso una funzione di facilitazione dell'accesso del cittadino agli operatori della sanità, ai servizi ASL ed ai servizi del sistema socio-sanitario provinciale.

Già ora, oltre a varie informazioni sulle articolazioni aziendali che costituiscono la "**Carta dei servizi**" on line della ASL, è possibile interagire con il portale.

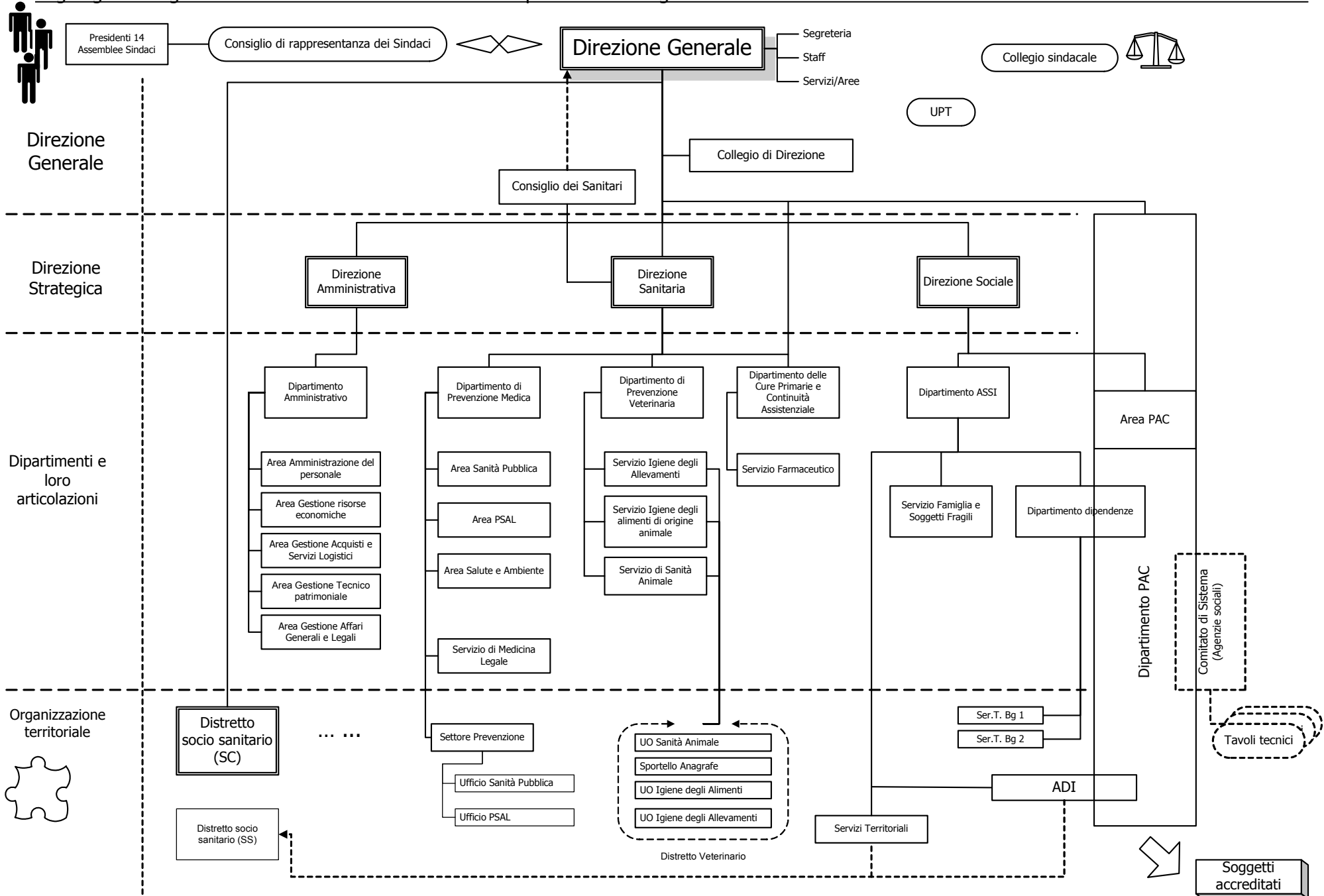
Queste AREE MIRATE consentono, ad esempio, di inoltrare segnalazione all'URP o all'UPT, ovvero:

- **Reclami on line**: il servizio consente ai cittadini di inoltrare direttamente on-line i reclami, con garanzia di una risposta tempestiva ed efficiente. Tramite la compilazione dell'apposito modulo sul Portale ed indicando i propri dati, il cittadino potrà essere ricontattato da un operatore ASL.
- **Modulistica on line**: il servizio consente di individuare e poi scaricare tutta la modulistica aziendale d'interesse per l'utenza. Sul Portale viene inoltre indicato il corretto utilizzo di ogni modulo e dove deve essere presentato per l'avvio della pratica.
- **Database "Chrono"**: in cui sono **riportate le prestazioni ambulatoriali e i relativi tempi di attesa**.

Il portale è costantemente sottoposto ad una "**manutenzione evolutiva**" per garantirne il costante aggiornamento rispetto ad una vision che privilegi le caratteristiche di leggerezza, rapidità, esattezza, visibilità e molteplicità e con l'obiettivo di consentirne la massima usabilità / fruibilità da parte degli utenti.

Art. 31 – Norme di rinvio: per tutto quanto non previsto o disciplinato nel POFA predisposto la gestione avverrà nei modi e con gli strumenti di volta in volta previsti ed individuati dalla Direzione dell'Azienda, nell'ambito di quanto previsto dalle normative, dagli indirizzi regionali e dai contratti collettivi di lavoro vigenti.

Organigramma generale – Azienda Sanitaria Locale della provincia di Bergamo



INDICE

PARTE PRIMA: INTRODUZIONE

Controllo della domanda espressa ed inespressa, offerta, grado di allineamento tra domanda e offerta	pag.	1
Evoluzione organizzativa dell'ASL	pag.	2
La mission dell'Azienda	pag.	3

PARTE SECONDA: IL PIANO DI ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO AZIENDALE

TITOLO I - DATI STRUTTURALI	pag.	5
ART. 1 L'Atto costitutivo	pag.	5
ART. 2 La sede legale	pag.	5
ART. 3 Il logo	pag.	5
ART. 4 L'ambito territoriale e la popolazione	pag.	5
ART. 5 Il patrimonio aziendale	pag.	5
ART. 6 I Distretti (profilo strutturale)	pag.	5
TITOLO II - L'ORGANIZZAZIONE	pag.	6
ART. 7 Organi dell'Azienda	pag.	6
7.1 Il Direttore generale	pag.	6
7.2 Il Collegio sindacale	pag.	6
ART. 8 Organi di pianificazione, programmazione strategica e controllo direzionale	pag.	6
8.1 Programmazione strategica, controllo direzionale-operativo: impatto sulla macrostruttura (schema riassuntivo)	pag.	6
8.2 La Direzione generale	pag.	7
8.3 La Direzione strategica	pag.	8
8.3.1 La Direzione amministrativa	pag.	8
8.3.2 La Direzione sanitaria	pag.	9
8.3.3 La Direzione sociale	pag.	10
8.4 Il Collegio di direzione	pag.	12
ART. 9 Evoluzione della funzione P.A.C.	pag.	12
ART. 10 Le strutture dell'Area erogativa	pag.	12
10.1 I Dipartimenti	pag.	12
10.2 I Distretti socio-sanitari	pag.	12
10.3 I Distretti veterinari	pag.	13
10.4 Le strutture complesse	pag.	13
10.5 Le strutture semplici	pag.	14
TITOLO III - LE RISORSE UMANE	pag.	16
ART. 11 Le politiche sul personale	pag.	16
ART. 12 La dotazione organica	pag.	16
ART. 13 Il Servizio infermieristico e tecnico-riabilitativo aziendale (S.I.T.R.A.)	pag.	17
ART. 14 La formazione del personale	pag.	17
ART. 15 I Regolamenti sul personale	pag.	17
ART. 16 Le relazioni sindacali	pag.	17
ART. 17 Le deleghe e la responsabilità dei dirigenti	pag.	18
ART. 18 La determinazione degli obiettivi e la valutazione dei Dirigenti	pag.	18
ART. 19 La sicurezza degli operatori e degli ambienti di lavoro	pag.	20
TITOLO IV - IL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI	pag.	20
ART. 20 La qualità aziendale	pag.	20
ART. 21 Il controllo di gestione	pag.	21
21.1 Il "processo di budget"	pag.	22
ART. 22 L' <i>internal auditing</i> (Ufficio Revisione interna)	pag.	22
ART. 23 Nucleo di valutazione e collegi tecnici	pag.	23

TITOLO V – IL CONTRATTO COME STRUMENTO PER LA REGOLAZIONE DEI RAPPORTI CON I SOGGETTI EROGATORI	pag.	23
ART. 24 I contratti nell'area sanitaria	pag.	23
ART. 25 I contratti nell' Area socio-sanitaria e socio-assistenziale	pag.	23
TITOLO VI - MODALITA' DI PARTECIPAZIONE E DI TUTELA DEGLI UTENTI	pag.	24
ART. 26 L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.)	pag.	24
ART. 27 L'Ufficio di Pubblica Tutela (U.P.T.)	pag.	25
ART. 28 Il "diritto di accesso" agli Atti e la trasparenza amministrativa	pag.	25
ART. 29 Pubblicizzazione dei tempi di attesa	pag.	25
ART. 30 Il Portale A.S.L.	pag.	26
ART. 31 Norme di rinvio	pag.	26
ORGANIGRAMMA GENERALE DELL'A.S.L. PROVINCIA DI BERGAMO	Pag.	27



Per eventuali approfondimenti e/o chiarimenti rispetto al testo di sintesi, si rinvia alla consultazione del testo originale trasmesso in data 23.12.2003 con Deliberazione n, 717 del 19.12.2003