



**A.S.L. TO4**

*Azienda Sanitaria Locale  
di Ciriè, Chivasso e Ivrea*

---

**ATTO AZIENDALE  
DELL'A.S.L. TO4**

**Chivasso, ottobre 2015**

## SOMMARIO

### 1. ATTO AZIENDALE DELL'A.S.L.TO 4

### 2. TITOLO I. INDICAZIONI DI CARATTERE GENERALE ED ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI L'AZIENDA SOSTITUIRE CON : ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI L'AZIENDA

Sede legale

Logo

Patrimonio

Scopo e missione e dichiarazioni etiche

### 3. TITOLO II. ASSETTO ISTITUZIONALE: ORGANI AZIENDALI, ORGANISMI COLLEGIALI E RELATIVE ATTRIBUZIONI

#### SEZIONE A. Organi dell'Azienda

Direttore Generale

Direttore Sanitario

Direttore Amministrativo

Collegio Sindacale

Collegio di Direzione

#### SEZIONE B. Altri Organismi dell'Azienda

Consiglio dei Sanitari

Organismo Indipendente di Valutazione

Collegio Tecnico

Organizzazione Sindacali

Organismi Locali politico-istituzionali

Conferenza dei Sindaci

Rappresentanza dei Sindaci

Comitato dei Sindaci di Distretto

Enti Gestori

Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del Benessere di chi lavora e contro le discriminazioni

Conferenza dei Servizi Aziendali di Partecipazione

### 4. TITOLO III. ASPETTI ORGANIZZATIVI DELL'AZIENDA

#### SEZIONE A. Principi organizzativi e macro funzioni dell'Azienda

-Articolazione territoriale a livello centrale, distrettuale ed ospedaliero

-modalità di identificazione dei dipartimenti e relative aggregazioni

-modalità di identificazione delle strutture semplici e complesse e criteri per la loro istituzione

-esplicitazione del livello di autonomia gestionale e tecnico professionale delle

unità organizzative e criteri e modalità di conferimento degli incarichi dirigenziali.

**5. TITOLO IV. MODALITÀ DI GESTIONE, CONTROLLO E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE**

Procedure di consultazione al fine della predisposizione degli atti di programmazione

Disciplina dei controlli interni

Disciplina della funzione qualità

Contratti: principi generali

**6. TITOLO V. DISPOSIZIONI FINALI**

Decorrenza di applicazione dell'Atto Aziendale

**7. RIFERIMENTI**

## 1. ATTO AZIENDALE DELL'A.S.L. TO4

Nell'impianto complessivo del Servizio Sanitario Regionale, A.S.L. TO 4 ha la funzione di promuovere e tutelare il benessere della popolazione di riferimento.

Esercita tale funzione attraverso l'erogazione diretta di servizi e la programmazione, indirizzo, committenza di servizi resi dalle altre Aziende Sanitarie Regionali e dalle Strutture accreditate pubbliche e private ed equiparate.

Tutela della salute e promozione del benessere implicano l'integrazione con la dimensione sociale ed una supervisione ed un intervento esteso alla gestione dei bisogni manifesti della popolazione ed alla conseguente domanda diretta di servizi, ma anche un'attenzione specifica ai determinanti di tali bisogni ed alla qualità e quantità dell'offerta, in un contesto generale definibile come ad "alta complessità".

L'organizzazione e il funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali sono disciplinati con Atto Aziendale di diritto privato ai sensi dell'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 (Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art. 1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421) e s.m.i., adottato dal Direttore Generale in applicazione dei principi e dei criteri stabiliti con provvedimento della Giunta Regionale.

In tal senso l'Atto Aziendale costituisce lo strumento giuridico mediante il quale l'A.S.L. TO4 disciplina principi e criteri della propria organizzazione e dei propri meccanismi di funzionamento.

L'Atto Aziendale è strumento dinamico di descrizione e tutela dei diritti di tutti i soggetti a vario titolo coinvolti dall'azione aziendale ed è espressione del principio dell'autonomia organizzativa e gestionale dell'Azienda, a sostegno della sua missione.

L'Atto Aziendale dell'A.S.L. TO 4 si ispira ai principi di governance, efficienza, economicità e semplificazione e determina in particolare:

- a) gli elementi identificativi, la missione la visione e il ruolo dell'Azienda nel contesto istituzionale definito dalla programmazione regionale;
- b) l'assetto istituzionale in termini di organi ed organismi aziendali;
- c) le competenze attribuite al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, ai Direttori di Presidio Ospedaliero, ai Direttori di Distretto, ai Direttori di Dipartimento e ai Dirigenti Direttori e Responsabili di Struttura;
- d) le Strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale soggette a rendicontazione analitica e la disciplina dell'organizzazione secondo il modello dipartimentale, definendo a livello generale i rapporti gerarchici tra le Strutture.

L'Atto Aziendale riporta, in allegato quali sue parti integranti:

- il Documento concernente la declaratoria delle funzioni attribuite a ciascuna articolazione organizzativa e il relativo organigramma (Piano di Organizzazione)
- il Documento concernente la dotazione organica aziendale.

L'Atto Aziendale è soggetto a recepimento da parte della Giunta Regionale, sulla base della verifica di coerenza con gli Atti Aziendali delle A.S.R. del medesimo ambito territoriale (P.S.S.R. 2012-2015, par. 5.1).

Nella redazione del presente Atto Aziendale, A.S.L. TO 4 si attiene:

- allo schema di indice di cui alla DGR n.42 – 1921 del 27.7.2015 “ Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n.21 – 5144 del 28.12.2012 s.m.i. All.A. “Principi e criteri per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie Regionali e l'applicazione dei parametri standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse, ex art.12, comma 1, lett.b) Patto per la Salute 2010-2012-

*-alla DGR n.42 – 1921 del 27 luglio 2015 ad oggetto “ modifiche ed integrazioni alla DGR n.21 – 5144 del 28 .12.2012 s.m.i. All.1 e approvazione all.A “Principi e criteri per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie regionali e l'applicazione dei parametri standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse, ex art,12, comma 1, lett.b) piano per la salute 2010/2012”;*

*-l'intesa in data 10 .7.2014 Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano (CSR .82) concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014 – 2016;*

*-l'intesa in data 5.8.2014 Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano (CSR .n.96) ai sensi dell'art.1, comma 169 della legge 30.12.2004 n.311 e dell'art. 15, comma 13, lettera c) del D.L.6 luglio 2012 n.95 , convertito( nella L.135/2012), sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze concernente il regolamento recante*

*“definizione degli standard qualitativi, strutturali e tecnologici e quantitativi relativi alla assistenza ospedaliera” approvato con D.M.n.70 del 2 aprile 2015-08-13*

*-la DGR 1-600 del 19.11.2014, come integrata con D.G.R. 1-924 del 23.1.2015 inerente la rivalutazione dei fabbisogni assistenziali regionali e la conseguente rideterminazione delle strutture organizzative e dei relativi posti letto definendo un nuovo programma di revisione della rete ospedaliera ;*

*-la DGR 25-1513 del 3.6.2015 con la quale è stato approvato il Piano Regionale di Prevenzione;*

*-la DGR 26 -1653 del 29.6.2015 che ha approvato il programma di interventi per il riordino della rete territoriale;*

*-la DGR n.12 -2021 del 5.8.2015*

Il nuovo Atto Aziendale dell’A.S.L. TO4, si pone come strumento strategico per:

- connaturare la propria attività all’orientamento nella cura del cittadino
- consolidare l’impegno negli ambiti della promozione alla salute, diagnosi, terapia e riabilitazione;
- favorire le sinergie e l’integrazione tra i settori sanitario e sociosanitario.

Altresì si pone come strumento programmatico per:

- confermare il modello ordinario di organizzazione e gestione operativa delle attività;
- implementare gli elementi innovativi in tema di organizzazione e gestione delle Aziende Sanitarie;
- favorire la razionalizzazione delle Strutture organizzative, sia dell’ambito sanitario sia dell’ambito amministrativo;
- valorizzare, in maniera più incisiva e nel rispetto delle disposizioni contrattuali, le professionalità presenti in Azienda;
- garantire l’omogeneità di erogazione delle prestazioni rispetto ai bisogni, l’efficacia dei risultati e l’efficienza nell’impiego delle risorse.

Il Documento dell’A.S.L. TO 4, senza abbandonare le logiche strutturali che caratterizzano le Aziende Sanitarie, mette in atto un percorso funzionale e metodologico di “governance” complessiva sia in senso clinico-assistenziale sia in senso economico-gestionale, il quale si fonda su alcuni principi base di riferimento:

- le prove di efficacia come fondamenta per le decisioni, di ambito sanitario e gestionale;
- la gestione per processi, descritti compiutamente sulla base di linee guida, percorsi diagnostico-terapeutici e assistenziali, procedure esplicite in funzione del miglioramento dell’appropriatezza;
- le gestione del rischio, “clinico”;
- le attività valutative di audit e di miglioramento continuo;
- l’accreditamento delle Strutture, per fuoriuscire dal sistema delle autoreferenzialità;
- la rendicontazione responsabile delle performance nei confronti dei portatori di interessi, secondo le logiche dell’accountability e della trasparenza;
- la ricerca della sostenibilità complessiva dell’organizzazione di riferimento;
- il cittadino comunque come elemento centrale del sistema.

In sintesi anche attraverso questo Documento, l’A.S.L. TO 4 vuole contribuire, con il proprio livello di programmazione, organizzazione e gestione, al miglioramento continuo della qualità del Sistema Sanitario.

## **2. TITOLO I. INDICAZIONI DI CARATTERE GENERALE ED ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI L'AZIENDA**

L'A.S.L. TO4, è stata istituita con D.C.R. n. 136-39452 del 22 ottobre 2007.

### **Sede legale**

La Sede Legale dell'Azienda è individuata in Chivasso, Via Po n. 11.

Il legale rappresentante dell'Azienda è il Direttore Generale.

### **Logo**

Il logo dell'A.S.L. TO 4 è il seguente:



Il logo è rappresentativo del territorio dell'A.S.L.: le montagne e i tre fiumi identificabili nello Stura per il territorio dell'area di Ciriè, nel Po per il territorio dell'area di Chivasso, nella Dora Baltea per il territorio dell'area di Ivrea.

La confluenza dei tre fiumi in uno solo traduce un elemento caratterizzante l'azione aziendale: i territori unificati con l'obiettivo di uguali opportunità di risorse sanitarie per soddisfare in modo uniforme e coordinato il bisogno di salute della popolazione di riferimento.

### **Patrimonio**

Il patrimonio aziendale è costituito da tutti i beni immobili e mobili, come descritti nell'apposito inventario.

I beni appartenenti all'Azienda sono classificati in beni patrimoniali indisponibili e disponibili. I primi sono i beni direttamente strumentali all'esercizio delle funzioni istituzionali, quali definiti dall'ultimo comma dell'articolo 826 del codice civile nonché i beni di interesse storico, artistico, scientifico, tecnologico, archivistico, bibliografico, naturalistico e di valore culturale.

Sono beni patrimoniali disponibili i beni destinati a produrre un reddito costituito da frutti naturali o civili e comunque tutti i beni non compresi tra quelli indicati al periodo precedente.

L'Azienda riconosce la valenza strategica del proprio patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica e, in questa prospettiva, si riserva iniziative di investimento anche mediante processi di alienamento del patrimonio da reddito e di trasferimento di diritti reali, previa necessaria autorizzazione regionale, ai sensi dell'art. 5 comma 3 del D.Lsg. 229/1999.

### **Scopo e missione e dichiarazioni etiche**

#### *La Visione Strategica*

*(noi tifiamo per il prossimo)*

L'Azienda persegue la tutela della salute degli individui e della popolazione realizzando un sistema organizzativo veramente orientato nella sostanza al cittadino dando il coerente rilievo ai principi di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità dei servizi messi a disposizione per i bisogni dei cittadini in coerenza con il livello delle risorse disponibili e nella garanzie della erogazione dei LEA Nazionali e Regionali.

In questa prospettiva strategica l'Azienda ricerca il contributo dell'insieme degli attori istituzionali e non, capaci di contribuire al raggiungimento degli obiettivi di salute e presa in carico.

Per questo motivo l'Azienda orienta i suoi comportamenti all'ascolto ed alla umanizzazione dei rapporti sia con l'esterno che al suo interno, ascolto da non intendersi come facciata e falso buonismo ma come vero confronto professionale ed umano tenendo conto nelle decisioni finali dei diversi punti di vista, chiaramente senza l'obbligo di assecondarli tutti.

L'Azienda nella forma e, soprattutto nella sostanza, impronta la sua azione alla valorizzazione dei plessi operativi, ospedalieri e territoriali presenti sul suo vasto e composito territorio e sulla creazione di una rete professionale ed operativa tra gli stessi che possa garantire agli utenti le prestazioni appropriate e nelle sedi adeguate dal punto di vista della competenza e specializzazione clinica dei professionisti e delle dotazioni tecnologiche.

In questa linea l'Azienda orienta il proprio sviluppo verso una organizzazione che cura il proprio capitale umano secondo opportunità di crescita e di sviluppo professionale legata inescindibilmente alla attitudine e capacità di distinguersi per impegno, voglia di mettersi alla prova, capacità di adattamento alle sfide, autorevolezza data dalla competenza e dall'esempio, capacità di ascolto e di relazione, presupponendo che le capacità operative siano acquisite al momento della assunzione perché certificate dalle scuole di provenienza e considerando che l'anzianità di servizio, di per sé sola non è indicatore assoluto di possesso delle qualità di cui sopra.

Per il perseguimento dello scopo e la realizzazione della visione, l'Azienda adotta come metodologia organizzativo/operativa l'integrazione in linea con i contenuti operativi della normativa Nazionale e Regionale.

Per questo devono essere costruite reti assistenziali che vedano coinvolti tutti i professionisti del settore a partire dai MMG, dai PLS dagli Specialisti Ambulatoriali, dagli Specialisti Ospedalieri in ottica di presa in carico in continuità assistenziale. Si tratta nella sostanza di mettere in campo tutte le risorse e per tutto il territorio in modo da rendere ai cittadini prestazioni appropriate, tempestive, il più possibile comode e di alta qualità, non autoreferenziale ma oggetto di misurazione partecipata

In questa prospettiva l'assistenza ospedaliera e territoriale si connotano come attività complementari in una logica di salvaguardia della centralità del cittadino e del soddisfacimento dei suoi bisogni, della continuità e globalità della assistenza e della presa in carico con una successione temporale degli interventi che garantiscano la continuità e l'essenzialità e che orientino il paziente ed i suoi familiari nel programma assistenziale più appropriato ed efficace ed essenziale al di fuori di ogni ridondanza inutile.

L'approccio sistemico ed integrato si muove secondo le seguenti direttrici:

- adozione di sistemi di selezione delle priorità di intervento orientate alla soluzione dei problemi e non alla creazione di "fabbriche del lavoro";
- esplicitazione dei criteri di scelta delle priorità
- negazione assoluta delle derive autoreferenziali
- determinazione dei criteri di misurazione in forma esplicita e non necessariamente "colpevolista a priori";
- rispetto del cittadino e dei professionisti impegnati nel servizio con creazione di reti di comunicazione che favoriscano il dialogo ed il confronto.
- sviluppo continuo di programmi permanenti di revisione della pratica clinica e professionale basati sui principi delle evidenze scientifiche anche al fine di ridimensionare il fenomeno negativo della medicina difensiva assumendo come obiettivo fondante la sicurezza del paziente con l'applicazione di parametri scientifici oggettivi e correlati anche a provati nessi causalità tra il successo e l'insuccesso della cura;
- equità nell'accesso favorendo iniziative volte a rafforzare il sistema sanitario pubblico e di sicurezza sociale evitando ed attenuando le differenze sociali e di genere;
- garanzia, a parità di bisogno e di competenza, dell'equità territoriale, realizzando il più possibile uniformità e tempestività nell'accesso alle prestazioni per tutti i cittadini residenti e presenti sul territorio per assicurare livelli di assistenza adeguati, appropriati essenziali e di buona qualità oltre che economicamente sostenibili per la comunità;
- trasparenza sostanziale oltre che formale riconoscendo sia all'interno che all'esterno percorsi di confronto costruttivo con tutti gli attori rilevanti del sistema interessati a fornire opinioni e punti di vista orientati al miglioramento del sistema e non alla mera difesa degli status quo;

- facilitazione nei cambiamenti delle situazioni di lavoro, ogni volta che questi, nel rispetto delle forme e dei contenuti delle regole contrattuali vigenti, siano motivate da oggettive necessità di migliorare l'assistenza erogata, l'efficienza di utilizzo ed il rendimento delle risorse disponibili;
- sviluppo della capacità di rispondere in condizioni non standard e di standardizzare le soluzioni estemporanee migliori;
- integrazione organizzativa e funzionale ogni qual volta le condizioni di qualità, sicurezza e sostenibilità lo consentano essendo l'integrazione funzionale alla base del concetto di rete assistenziale;
- partecipazione attiva ed operativa a reti composte da più ASR ed ASO del territorio Metropolitan e Regionale alla fine di condividere percorsi assistenziali comuni nell'ottica del miglioramento continuo e della creazione di protocolli operativi comuni e della creazione di reti professionali , scientifiche e cliniche.

#### Economicità ed etica della responsabilità

La sostenibilità economica è il presupposto di mantenimento del Sistema Sanitario così come è attualmente normato nel sistema costituzionale vigente che lo qualifica come un sistema universalistico.

L'uso migliore possibile delle risorse assegnate è il presupposto per garantire la copertura delle esigenze dei cittadini.

L'utilizzo responsabile delle risorse , secondo criteri non autoreferenziali del tipo "io spendo bene sono gli altri che sprecano", tende a spendere meglio e non ai tagli lineari.

Economicità sta a significare ricerca delle soluzioni in grado di minimizzare i costi di produzione e di coordinamento( diverso da non produrre perché mancano i soldi scusa autoreferenziale, non professionale e da rifuggere come grande male.)

Ricerca di soluzioni connaturate dalla essenzialità e non dalla ridondanza all'interno della rete assistenziale aziendale e sovra aziendale.

Nella sostanza e nella sua dimensione pratica l'Azienda deve costituire una comunità scientifica e professionale organizzata in grado di orientare il paziente ed i suoi familiari rispetto ai problemi di salute che devono essere presi in carico con una visione integrata, professionale, in linea con il progresso scientifico e con le evidenze cliniche.

Per fare questo si rende necessario che l'organizzazione diventi coesa , accogliente, sensibile, costantemente aggiornata e retta da una linea di pensiero orientata alla integrazione.

L'orientamento professionale ed organizzato dei cittadini nel momento del bisogno è ritenuta la chiave fondamentale per l'approccio dei problemi e per la loro soluzione a differenza di logiche non integrate che hanno come risultato il disorientamento delle persone che, invece, si attendono da una comunità scientifica e professionale la capacità di orientare e non di disorientare chi già vive un momento di difficoltà.

L'Azienda intende garantire la massima trasparenza, dando applicazione ai principi contenuti nel D.Lgs. n. 150/2009 e nel D. Lgs. 33/2013.

L'Azienda ritiene fondamentale un approccio di ascolto e comunicazione con tutti gli attori rilevanti interessati al raggiungimento dell'obiettivo di garantire il più appropriato ed essenziale e non ridondante livello di servizi ai cittadini, nell'ambito della programmazione e degli obiettivi di salute e di governo e controllo dei fattori produttivi definiti dalla Regione Piemonte sia sul livello territoriale che su quello ospedaliero che su quello della integrazione.

Oltre al livello formale di collaborazione di cui ai punti precedenti, l'Azienda attiva strumenti di comunicazione e di partecipazione essenziale e non ridondante nonché tutti gli strumenti di tutela dei cittadini singoli e/o associati a garanzia della erogazione puntuale , equa e qualitativa dei servizi.

L'Azienda nei rapporti con l'esterno adotta politiche e stili relazionali improntati alla chiarezza e alla trasparenza delle proprie scelte e dei propri comportamenti e del coinvolgimento in particolare delle organizzazioni rappresentative dei cittadini e dei lavoratori nel rispetto dei distinti ruoli e responsabilità.

Nella convinzione che non esista la "tuttologia" e che nessuno ha la verità in tasca l'Azienda ritiene che la dimensione dell'ascolto sia fondamentale verso l'esterno così verso l'interno ma che tale orientamento non possa configurare una comoda scusa per non assumere mai o dilatare all'infinito le decisioni da parte della Direzione perché compito della Direzione e dei Dirigenti Apicali è quella di saper prendere decisioni appropriate nei tempi giusti assumendosi le dovute responsabilità.



A tal fine il sito aziendale costituisce strumento principale per fornire le informazioni al cittadino-utente che sono consultabili nell'apposita sezione.

L'Azienda adotta tutti gli strumenti necessari per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, secondo le disposizioni previste nella legge 190/2012 e s.m.i.

A tal fine l'Azienda ha provveduto a nominare il Responsabile della prevenzione della corruzione nonché il Responsabile della trasparenza.

### **3. TITOLO II. ASSETTO ISTITUZIONALE: ORGANI AZIENDALI, ORGANISMI COLLEGIALI E RELATIVE ATTRIBUZIONI**

#### **SEZIONE A. Organi dell'Azienda**

Sono organi dell'A.S.L. TO 4 il Direttore Generale, il Collegio Sindacale, il Collegio di Direzione.

##### **Direttore Generale**

La Direzione Generale aziendale è costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo.

Il Direttore Generale, nominato dalla Giunta Regionale, è il legale rappresentante dell'Azienda ed è responsabile della gestione complessiva della stessa, nonché delle relazioni istituzionali esterne, rispondendo alla Regione del proprio operato, svolto nell'ambito della programmazione regionale e sulla base delle indicazioni, valutazioni e proposte espresse dagli organismi locali di riferimento politico-istituzionale.

Attua il proprio mandato con autonomia imprenditoriale nell'organizzazione e allocazione delle risorse produttive a disposizione dell'Azienda, assicura il perseguimento della "missione" e lo sviluppo della "visione" avvalendosi dell'attività degli organi e delle Strutture organizzative aziendali.

Esercita funzioni di governo, di programmazione e pianificazione delle attività di alta amministrazione e di indirizzo gestionale, ordinariamente non ascrivibili ad aspetti di amministrazione attiva e rilevanza gestionale/operativa immediata, nel rispetto peraltro dell'autonomia della funzione dirigenziale, alla quale riconosce piena competenza e responsabilità nell'assunzione degli atti concreti di amministrazione e di gestione.

In tale ambito il Direttore Generale:

- adotta gli atti di rilevanza esterna;
- individua e distribuisce tra le varie Strutture le risorse umane, materiali ed economiche da destinare alle diverse funzioni;
- assicura la corretta ed economica gestione delle risorse disponibili e la conformità della gestione, mediante valutazione comparativa dei costi, dei rendimenti, dei risultati, ai criteri di efficacia, efficienza ed economicità;
- assicura l'imparzialità ed il buon andamento dell'azione amministrativa;
- adegua la gestione del personale alla normativa del codice civile ed alle leggi sul lavoro dipendente dell'impresa;
- adotta i regolamenti di organizzazione e di funzionamento delle Strutture interne;
- assume gli atti ed i provvedimenti amministrativi a lui espressamente riservati dalla normativa vigente.

Il Direttore Generale si avvale di Strutture di staff, in relazione sia alla normativa vigente sia alle proprie autonome scelte organizzative in riferimento alla strategia aziendale.

Nello svolgimento dei propri compiti, il Direttore Generale è coadiuvato dal Direttore Amministrativo d'Azienda e dal Direttore Sanitario d'Azienda, ciascuno per le proprie competenze e con essi costituisce la Direzione Generale dell'Azienda.

La Direzione Generale garantisce, nella sua collegialità, l'unitarietà delle funzioni di indirizzo, programmazione e controllo dell'Azienda.

Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo, nell'esercizio delle funzioni proprie o delegate, e in particolare nell'ipotesi di vacanza dell'ufficio di Direttore Generale, agiscono in stretta collaborazione per assicurare la massima integrazione operativa fra area sanitaria e sociale e area amministrativa dell'Azienda.

In tale ambito il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo:

- rappresentano il primo e fondamentale snodo organizzativo tra il livello strategico e il sistema operativo aziendale;
- concorrono al governo aziendale, partecipando al processo di programmazione strategica e di pianificazione annuale dell'Azienda.

In caso di assenza del Direttore Generale le relative funzioni sono svolte dal Direttore, fra i due, più anziano d'età.

### **Collegio Sindacale**

Il Collegio Sindacale è composto ai sensi della Intesa tra Governo, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, sottoscritto il 10 luglio 2014, e che prevede che i Collegi Sindacali delle Aziende Sanitarie siano composti da 3 componenti designati uno dal Presidente della Giunta Regionale, uno dal Ministero della Economia e delle Finanze ed uno dal Ministero della Salute.

La L.R.14/10/2014 n.15 “disposizioni in materia di nuova composizione dei Collegi Sindacali delle aziende sanitarie regionali. Modifiche alla L.R. 24 gennaio 1995 n.10 (ordinamento , organizzazione e funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali)”, ha, quindi, sostituito il comma 2 dell’art.13 prevedendo che il Collegio Sindacale sia nominato dal Direttore Generale dell’Azienda Sanitaria e sia composto da tre membri , designati, rispettivamente

- a) uno dal Presidente della Giunta Regionale, previa deliberazione del Consiglio Regionale;
- b) uno dal Ministero dell’Economia e delle Finanze;
- c) uno dal Ministero della Salute

Il Collegio Sindacale:

- verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- vigila sull'osservanza della legge;
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità dei bilanci alle risultanze dei libri e delle scritture contabili ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- riferisce, almeno trimestralmente, alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità;
- trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'Azienda alla Conferenza dei Sindaci;
- svolge ogni altra attribuzione affidata dalla normativa vigente.

### **Collegio di Direzione**

Le regioni prevedono l'istituzione, nelle aziende e negli enti del Servizio sanitario regionale, del collegio di direzione, quale organo dell'azienda, individuandone la composizione in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nella azienda o nell'ente e disciplinandone le competenze e i criteri di funzionamento, nonché le relazioni con gli altri organi aziendali. Il collegio di direzione, in particolare, concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria.; concorre inoltre allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni. Partecipa altresì alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal direttore generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche. Ai componenti del predetto collegio non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese".

Il Collegio di Direzione è composto dal Direttore Generale che lo presiede, dal Direttore Amministrativo di Azienda e dal Direttore Sanitario di Azienda, nonché dai Responsabili delle Strutture organizzative dell’Azienda, individuati da apposito Regolamento coerente con gli indirizzi regionali e con la normativa vigente e in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti in Azienda.

## **SEZIONE B. Altri organismi**

Gli altri Organismi dell'Azienda sono di seguito presentati.

### **Direttore Sanitario e Direttore Amministrativo**

#### **Direttore Sanitario**

Il Direttore Sanitario di Azienda concorre al governo dell'Azienda e, coadiuvando il Direttore Generale, partecipa alla definizione delle linee strategiche delle politiche aziendali, finalizzate alla garanzia di equità nell'opportunità di accesso e al raggiungimento del miglior rapporto efficacia-efficienza e qualità nell'allocazione delle risorse e nella erogazione dei servizi sanitari.

In particolare il Direttore Sanitario di Azienda:

- è garante del governo clinico e in tale veste coordina l'area dell'assistenza nel rispetto delle autonomie professionali e organizzative;
- è garante della qualità e dell'efficienza tecnico operativa della produzione di prestazioni e di servizi, promuovendo la continuità assistenziale e l'integrazione organizzativa, per dare concretezza alle linee strategiche fissate a livello aziendale;
- presidia la funzione aziendale di produzione attraverso il coordinamento delle attività di ricerca epidemiologica-sociale finalizzata alla valutazione dei bisogni di salute e della qualità dei servizi prodotti ed acquistati all'esterno;
- garantisce, nell'ambito della programmazione annuale e pluriennale, la coerenza con gli obiettivi di salute ritenuti prioritari, valutando le opportunità, i criteri e i vincoli per l'elaborazione dei piani attuativi;
- presiede il Consiglio dei Sanitari ed è componente di diritto del Collegio di Direzione;
- è componente della delegazione di parte pubblica nelle trattative per la stipulazione dei contratti integrativi di lavoro del personale dipendente;
- fornisce parere obbligatorio al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza.

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

#### **Direttore Amministrativo**

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

In particolare il Direttore Amministrativo di Azienda:

- sovrintende ai servizi amministrativi e alle attività svolte dagli stessi;
- partecipa attivamente alla funzione di produzione aziendale con particolare riguardo alla verifica delle risorse necessarie per lo svolgimento delle attività direttamente prodotte e/o di quelle acquistate all'esterno, valutando la congruenza tra piani attuativi e le compatibilità economico finanziarie;
- assicura la completezza, la correttezza e la trasparenza dei documenti rappresentativi delle dinamiche finanziarie e patrimoniali dell'Azienda, sovrintendendo alle competenze specifiche dei Dirigenti preposti ai servizi;
- assicura la legittimità e la trasparenza degli atti nel quadro delle competenze/responsabilità decentrate ai dirigenti in esecuzione di atti specifici;
- è componente della delegazione di parte pubblica nelle trattative per la stipulazione dei contratti integrativi di lavoro del personale dipendente;
- è componente di diritto del Collegio di Direzione.
- fornisce parere al Direttore Generale sugli atti relativi alle materie di competenza.

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

### **Consiglio dei Sanitari**

Il Consiglio dei Sanitari è organismo elettivo dell'Azienda, costituito ai sensi dell'art. 3 comma 12 del D. lgs. n. 502/92 s.m.i.; è presieduto dal Direttore Sanitario d'Azienda e svolge le funzioni di consulenza tecnico-sanitaria attribuite dalla normativa vigente e opera secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

La composizione, le modalità di elezione e di funzionamento del Consiglio dei Sanitari sono disciplinati da apposito Regolamento nel rispetto della normativa regionale vigente.

Viene riconosciuto il ruolo strategico del Consiglio in ordine al fatto che rappresenta l'unico organo della struttura organizzativa aziendale a designazione elettiva, nonché l'organo nel quale sono rappresentate le varie professionalità secondo un principio non solo gerarchico. Per tale ragione oltre alle funzioni specifiche assegnate dalla normativa vigente di tipo consultivo, si sottolinea il ruolo propositivo che tale assemblea in seno all'Azienda TO4, può esercitare. Viene altresì valorizzato l'insostituibile ruolo di comunicazione che può svolgere sia in senso "top-down", sia, e soprattutto, in senso opposto onde riportare clima, posizioni, proposte, pareri o chiarimenti che singole équipe ovvero singoli operatori vogliono avanzare.

### **Organismo Indipendente di Valutazione**

Il D. lgs 27.10.2009, n. 150 prevede che l'Azienda singolarmente o in forma associata, senza nuovi o maggiori oneri per la finanza pubblica, si doti di un Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V.) della performance.

Detto Organismo sostituisce i servizi di controllo interno, comunque denominati, di cui al decreto legislativo 30 luglio 1999, n. 286, ed esercita, in piena autonomia, le attività di cui al comma 4. art. 14 del D lgs n. 150 del 2009. Esercita, altresì, le attività di controllo strategico di cui all'articolo 6, comma 1, del citato decreto legislativo n. 286 del 1999, e riferisce, in proposito, direttamente all'organo di indirizzo politico-amministrativo.

Con D.G.R. n.25-6944 del 23.12.2013 sono state approvate le linee guida regionali in materia di costituzione e funzionamento degli O.I.V. sulla base delle quali l'Azienda ha costituito l'OIV con deliberazione n.1036 del 17 dicembre 2014.

### **Collegio Tecnico**

Il Collegio Tecnico è l'organismo preposto alla verifica dell'attività dei Dirigenti dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo.

Le verifiche concernono le attività professionali svolte ed i risultati raggiunti.

Il Collegio tecnico è nominato dal Direttore Generale e opera in composizione diversificata in relazione alle differenti tipologie di dirigenti da verificare, secondo quanto previsto dal Regolamento aziendale in materia di affidamento, valutazione e revoca degli incarichi dirigenziali.

### **Organizzazioni Sindacali**

Le Organizzazioni Sindacali partecipano alla attività aziendale nei termini e con le procedure stabilite dalla vigente normativa e dai contratti collettivi di lavoro vigenti, attraverso gli istituti ivi previsti, ognuno a seconda delle materie trattate in coerenza con l'elencazione delle materie contenuta nei contratti collettivi nazionali vigenti.

### **Organismi Locali politico-istituzionali**

Il ruolo dei Sindaci nella programmazione e nella valutazione dei servizi sanitari è garantito dalla normativa.

Il confronto costante con tali figure rappresenta per l'A.S.L. TO4 la modalità ordinaria nei percorsi di programmazione aziendale e distrettuale.

L'A.S.L. TO4 ritiene che tale necessità garantisca sia la corretta evidenza dei bisogni e delle istanze, sia il presupposto perché le politiche sanitarie concordate possano essere comunicate, comprese ed accettate dalla popolazione.

In un territorio quale quello della A.S.L. TO4 peraltro, caratterizzato dalla presenza di un numero elevato di Comuni nell'ambito di un territorio disomogeneo, risulta indispensabile che il confronto conduca, oltre che all'analisi sulle singole istanze, ad una sintesi complessiva che le riconduca ad una politica sanitaria che tenga conto della equità dei servizi da erogare all'insieme della popolazione e dei vincoli complessivi del sistema.

Onde poter esercitare correttamente l'insieme di tali funzioni sono previste:

- la Conferenza dei Sindaci (quale organo collegiale con la presenza di tutti i sindaci del territorio);
- la Rappresentanza dei Sindaci (quale organo ristretto che affronta per ed in nome della conferenza, problematiche più specifiche e che richiedono approfondimenti non possibili in una fase assembleare) - il Comitato dei Sindaci di Distretto (organo distrettuale che permette una programmazione in un ambito territoriale più ristretto, che pur tenendo conto delle esigenze generali renda possibile l'adeguamento della programmazione generale a bisogni specifici di porzioni di territorio più omogenee).

### **Conferenza dei Sindaci**

La Conferenza dei Sindaci concorre alla definizione degli indirizzi generali di programmazione socio-sanitaria nelle forme e nei termini previsti dall'articolo 3, comma 14, del D. lgs. 502/1992, nonché dalle linee approvate dal Consiglio Regionale.

La Conferenza, in particolare:

- definisce, nell'ambito della programmazione socio-sanitaria regionale, le linee di indirizzo per l'elaborazione del piano attuativo locale di cui all'articolo 15, della Legge Regionale n. 18/2007; eventuali scostamenti da tali linee debbono essere adeguatamente motivati dal Direttore Generale; le linee di indirizzo sono elaborate sulla base delle previsioni dei profili e piani di salute di cui all'articolo 14 della stessa Legge;
- esamina ed esprime parere sul bilancio pluriennale di previsione e sul bilancio di esercizio dell'A.S.L. e rimette alla Giunta Regionale le proprie osservazioni. In caso di parere negativo la Giunta Regionale assume le proprie determinazioni con provvedimento motivato;
- esprime i pareri previsti all'articolo 3 bis, commi 6 e 7, del D. lgs. 502/1992, sull'operato del Direttore Generale;
- può richiedere alla Regione la revoca del Direttore Generale nel caso previsto dall'articolo 3-bis, comma 7, del D. lgs. 502/1992;
- esprime proposte e valutazioni sull'andamento dell'A.S.L. da sottoporre al Direttore Generale;
- esprime parere in merito all'individuazione della Sede Legale definitiva dell'Azienda;
- provvede alla costituzione nel suo seno della Rappresentanza composta ai sensi dell'art. 15, comma 1, della Legge Regionale n. 10/95;
- esercita ogni altra competenza ad essa riservata dalle norme nazionali e regionali vigenti.

### **Rappresentanza dei Sindaci**

La Rappresentanza, prevista ai sensi dell'art. 23, del Regolamento sul funzionamento e le attribuzioni del Comitato dei Sindaci di Distretto, della Conferenza e della Rappresentanza dei Sindaci dell'A.S.L. TO4, provvede all'espletamento delle funzioni di cui all'art. 15 della L.R. 10/95 qualora non già espletate dalla Conferenza dei Sindaci, ovvero:

- definisce, nell'ambito della programmazione regionale, le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività;
- esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio dell'A.S.L. TO4 e rimette alla Giunta Regionale le proprie osservazioni;
- verifica l'andamento generale dell'attività e contribuisce alla definizione dei piani programmatici, trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al Direttore Generale ed alla Regione;
- esercita ogni altra funzione conferita dalla Conferenza con specifico mandato.

### **Comitato dei Sindaci di Distretto**

Il Comitato dei Sindaci di Distretto, di cui all'articolo 3-quater del D. lgs. 502/1992, è l'organo di partecipazione alla programmazione socio-sanitaria a livello distrettuale.

Il Comitato dei Sindaci di Distretto è composto dai Sindaci dei Comuni il cui territorio rientra nell'area del Distretto Socio-Sanitario.

## **Enti Gestori**

Gli Enti Gestori dei Servizi Socio-Assistenziali concorrono (con tutte le istituzioni pubbliche, la cooperazione sociale, il volontariato, le fondazioni, i patronati, le Strutture, le scuole, l'A.S.L., altri soggetti privati) alla definizione del Piano di Zona, che è lo strumento di programmazione per l'attuazione della rete dei servizi sociali e dell'integrazione socio-sanitaria previsto dalla Legge 328/2000 e dalla legge Regionale n. 11/2004.

Nel territorio dell'A.S.L. TO4 attualmente sono operativi i seguenti Consorzi Socio-Assistenziali:

- Comunità Montana Valli di Lanzo, Ceronda e Casternone (per i Comuni dell'ex Ente Cod. 16); Comunità Montana Valli di Lanzo Convenzionata con Vallo e Varisella) Ceres;
- Consorzio Intercomunale dei Servizi Sociali C.I.S.S. Chivasso;
- Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio - Ass.li C.I.S. Ciriè;
- Consorzio Intercomunale dei Servizi Socio - Ass.li C.I.S.S.38 – Cuorgnè;
- Unione NET (Unione Comuni Nord Est di Torino);
- Consorzio Intercomunale per la Gestione dei Servizi di Assistenza Sociale C.I.S.A.S. Santhia per il Comune di Lampero;
- Consorzio Intercomunale Servizi Socio - Assistenziali C.I.S.S.-A.C. Caluso;
- Consorzio Intercomunale Socio - Assistenziale C.I.S.A Gassino Torinese;
- Consorzio Servizi Sociali (Interventi e Relazioni Territoriali) IN.RE.TE. Ivrea.

## **Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni**

Il Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (C.U.G.), previsto dall'art. 21 della L. 183/2010, sostituisce in Azienda, unificandone le competenze in un solo organismo, il Comitato per le Pari Opportunità e il Comitato Paritetico per il fenomeno del mobbing e di questi assume tutte le funzioni previste dalla legge, dei Contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni.

Ha compiti propositivi, consultivi e di verifica ed esplica le proprie attività nei confronti di tutto il personale appartenente all'Azienda.

Il C.U.G. è stato costituito presso l'Azienda con deliberazione n. 588 del 18.10.2011 e s.m.i..

## **Conferenza dei Servizi Aziendali di Partecipazione**

Le Organizzazioni Sindacali, le Organizzazioni maggiormente rappresentative delle forme sociali e degli operatori sanitari, gli Organismi di volontariato e di cooperazione, le Associazioni di autotutela dei diritti dei cittadini possono intervenire, in via consultiva, alla programmazione attuativa dell'Azienda, secondo le modalità definite dalla Giunta Regionale.

L'A.S.L. TO4 con la deliberazione del Direttore Generale n. 412 del 7 giugno 2013 ha istituito, ai sensi dell'art. 10, comma 2 della L.R. 6/08/2007, n. 18, e nel rispetto delle indicazioni previste dalla D.G.R. n. 16-9683 del 30 settembre 2008, la Conferenza Aziendale di Partecipazione, le cui modalità di individuazione dei componenti, di organizzazione e funzionamento sono state stabilite nel Regolamento della stessa approvato con la Deliberazione del Direttore Generale n° 872 del 23 aprile 2009.

La Conferenza rappresenta uno strumento partecipativo, con funzioni consultive e di proposta alla Direzione Generale dell'Azienda, secondo quanto previsto dall'art. 14 – comma 2 – D.Lgs. 502/1992, in merito alle forme di partecipazione alle attività di programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari delle organizzazioni dei cittadini e del volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute.

La Conferenza costituisce pertanto la sede per un rapporto sistematico tra le componenti aziendali impegnate nella programmazione a garanzia della qualità dei servizi e le istanze dell'utenza, espresse attraverso organismi rappresentativi, in merito alle problematiche rilevate nell'erogazione dei servizi.

In particolare la Conferenza, ai sensi della D.G.R. n. 16-9683 del 30.09.2008, svolge le seguenti funzioni:

- analisi e confronto sulla qualità dei servizi;

- partecipazione, in modo collaborativo, alla fase di elaborazione degli atti di programmazione dell'Azienda, con proposte volte a migliorare la qualità dei servizi sanitari, la soddisfazione degli utenti e degli operatori.

### **I PRODUTTORI PRIVATI/ACCREDITATI**

L'Azienda si avvale nella erogazione delle prestazioni sanitarie del sistema privato accreditato, attraverso un processo di pianificazione che risponda a principi di equità e responsabilità condivisa fra tutti gli attori.

Per il sistema sanitario i produttori accreditati rappresentano una risorsa sussidiaria, integrativa e complementare che deve essere orientata ai reali fabbisogni di prestazioni del territorio di riferimento.

Gli accordi contrattuali vengono definiti sulla base della programmazione regionale che definisce con precisione ambiti clinici e di servizi e di budget economico nell'ambito degli schemi contrattuali e dei contenuti prefissati dalla Regione.

In tale ambito l'Azienda attua percorsi di verifica e di continuo allineamento agli obiettivi determinati , nonché a percorsi di condivisione di percorsi diagnostico – terapeutici e di appropriatezza



#### **4. TITOLO III. ASPETTI ORGANIZZATIVI DELL'AZIENDA**

##### **SEZIONE A. Principi organizzativi e macro funzioni dell'Azienda**

Il ruolo di "holding" assunto dalla Regione determina una revisione nei principi di funzionamento interno superando la visione di Azienda con quella di reti di Aziende Regionali che, tutte, contribuiscono alla realizzazione degli obiettivi di salute su scala regionale pur mantenendo ognuna autonomia e peculiarità.

L'organizzazione aziendale, pur presentandosi unitaria, assume a riferimento la distinzione tra le funzioni di pianificazione strategica (atti di governo) posta in capo alla Direzione Aziendale e la responsabilità gestionale relativa alla tutela della salute, alla produzione ed erogazione dei servizi, di competenza dei vari livelli organizzativi aziendali (atti di gestione).

L'Azienda adotta metodologie organizzative basate sui seguenti principi:

- scelte strategiche adottate secondo uno schema di accentramento partecipato, con l'ausilio di canali organizzati che, supportando la Direzione, permettano il coinvolgimento attivo dei diversi livelli in cui sono inserite le risorse umane dell'Azienda;
- scelte gestionali adottate secondo il principio del decentramento dei poteri decisionali e delle responsabilità, utilizzando gli strumenti della delega, della responsabilizzazione e della valutazione, snellendo i processi e governando i risultati;
- obiettivi individuati, concordati ed attribuiti in modo capillare ai diversi livelli aziendali, adottando il sistema della pianificazione diffusa, intesa come utilizzo degli strumenti propri del project management e del problem solving estesi a tutto il sistema aziendale, all'interno degli indirizzi politico-strategici della Direzione;
- integrazione dei diversi livelli aziendali, sviluppando un sistema decisionale e operativo centrato sulla diffusione delle informazioni e sulla condivisione delle scelte;

La funzione di governo (o di direzione strategica), esercitata dalla Direzione Generale, è rappresentata dall'insieme delle attività di pianificazione, programmazione, alta amministrazione, controllo strategico e vigilanza.

La funzione di supporto consiste nell'insieme delle attività finalizzate a supportare la Direzione Generale e le Strutture preposte allo svolgimento delle funzioni di tutela e di produzione. nell'espletamento delle specifiche funzioni istituzionali. La funzione è svolta a livello centrale con Strutture organizzate in forma dipartimentale, con decentramento di funzioni tecnico amministrative ai vari livelli operativi.

La funzione di tutela è rappresentata dalle attività finalizzate ad assicurare i livelli essenziali di assistenza e lo stato di salute dei cittadini, attraverso il governo della domanda sanitaria.

La funzione di produzione e di erogazione dei servizi comprende le attività finalizzate alla organizzazione e gestione delle attività, in ambito ospedaliero o territoriale, di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, anche mediante prestazioni svolte in regime di libera professione intra-moenia.

L'articolazione delle funzioni in Strutture Organizzative è descritta all'interno del Piano di Organizzazione dell'Azienda.

##### **Articolazione territoriale a livello centrale, ospedaliero, territoriale e della prevenzione: il Piano di organizzazione**

Il Piano di Organizzazione è adottato con deliberazione del Direttore Generale e approvato con atto deliberativo della Giunta Regionale; disciplina, in particolare, l'individuazione delle Strutture organizzative e la declaratoria delle competenze delle Strutture Aziendali a livello centrale, ospedaliero, territoriale e della prevenzione.

Tale Atto disciplina, altresì, l'articolazione funzionale complessiva delle Strutture organizzative e l'attività di coordinamento dei servizi ospedalieri, dei servizi distrettuali e dei servizi della prevenzione.

L'organizzazione dell'Azienda è articolata, in particolare, nelle seguenti tipologie di Strutture organizzative:

- Dipartimenti;
- Aree di Coordinamento Interaziendale (AIC 2 – Tavolo Metropolitan);
- Strutture Complesse;
- Strutture Semplici e Semplici Dipartimentali;

- Uffici/Servizi.

L'Azienda procede altresì con l'affidamento di incarichi di alta specializzazione professionale, al fine di valorizzare le capacità gestionali e professionali necessarie all'Azienda.

### **Area di Coordinamento Interaziendale**

Per l'Area Ospedaliera A.S.L. TO4 intende individuare, con la Azienda Sanitaria della medesima area sovrazonale (A.S.L. TO2), aree di Coordinamento Interaziendale per orientare, per intensità di cure, attività omogenee senza creare strutture organizzative sovraordinate, nonché per i laboratori con le ASO dell'Area Metropolitana.

In fase di prima applicazione vengono individuate le seguenti Aree di interesse:

- Emergenza;

- Cardiovascolare;

- Diagnostica di Laboratorio ai sensi della DGR n.11-5524 del 14.3.2013 e successiva DD n.178/2015 che indica la AOU Città della Salute e della Scienza quale laboratorio di riferimento per gli esami specialistici della ASL TO 4.

-sicurezza antincendio ed antisismica (D.G.R. n.31 -6647 dell'11.11.2013 e DGR n.42 – 1921 del 27 luglio 2015).

Le Aree di Coordinamento saranno regolate da appositi accordi con l'Azienda Sanitaria della medesima Area Sovrazonale, che stabiliranno le modalità organizzative di svolgimento delle attività interessate.

### **Rete ospedaliera**

La Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano, rispettivamente in data 10.7.2014 e 5.8.2014, ha sancito intesa, ai sensi dell'art.8 comma 6 della L.131/2003, concernente il nuovo patto per la salute per gli anni 2014/2016 e l'intesa, ai sensi dell'art.1, comma 169 della L.311/2004 e dell'art.15, comma 13 lettera c) del D.L. 95/2012 convertito nella L.135/2012 sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro della Economia e delle Finanze, concernente il regolamento recante "definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi alla assistenza ospedaliera" pubblicato sulla G.U. n.127 del 4 giugno 2015.. In coerenza con il richiamato quadro normativo nazionale la Regione Piemonte, con DGR 1-600 del 19.11.2014 "Adeguamento della rete ospedaliera agli standard della L.135/2012 e del Patto per la Salute 2014/2016 e linee di indirizzo per lo sviluppo della rete territoriale", ha dato seguito alla rivalutazione dei fabbisogni assistenziali regionali ed alla conseguente rideterminazione delle strutture organizzative e dei relativi posti letto, definendo un nuovo programma di revisione della rete ospedaliera regionale

Di conseguenza l'impostazione organizzativa della Rete Ospedaliera della ASL TO 4 è in ossequio a quanto contenuto nella DGR 1-600 del 19.11.2014, così come modificata dalla D.G.R. n.1- 924 del 23 gennaio 2015, ed è improntata a:

- criteri qualitativi, tecnologici, strutturali e quantitativi in linea con le disposizioni nazionali e regionali in materia
- linee di indirizzo finalizzate alla realizzazione della continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio;
- criteri di appropriatezza dei vari setting riabilitativi per garantire un percorso riabilitativo integrato

Nell'ambito della ASL TO 4 sono individuati, in coerenza alle disposizioni regionali sopracitate:

-Presidio Ospedaliero di Ivrea – spoke - Ospedale di I livello con DEA 1 livello

-Presidio Ospedaliero di Chivasso – spoke - Ospedale di I livello con DEA 1 livello

--Presidio Ospedaliero Unico di Area Ciriè – sede di Ciriè e Sede di Lanzo : Presidio Ospedaliero unico sede di Ciriè– spoke - Ospedale di I livello con DEA 1 livello

-Presidio Ospedaliero di Cuorgnè – Ospedale sede di Pronto soccorso area disagiata

-Ospedale di Settimo Torinese – sperimentazione gestionale ex art.9 bis d.lgs. 502/92 e s.i.m. attraverso la Società S.A.A.P.A, ex DGR n.72 – 1997 del 31 luglio 2015.Tale Presidio a gestione mista pubblico privato, unitamente alla ASL TO 2, è attore di una sperimentazione gestionale iniziata nel 2009, ed ora prorogata sino al 31 dicembre 2015, ai sensi della DGR citata, in attesa della ormai prossima revisione regionale della

offerta di posti letto di post acuzie e continuità assistenziale a seguito della quale le AASSSSLL TO 2 e TO 4 dovranno rendersi parte attiva nella prosecuzione della sperimentazione in coerenza con gli emanandi atti di programmazione regionale con la eventuale ridefinizione del programma.

La struttura al suo interno prevede allo stato dell'arte, n.80 posti letto di deospedalizzazione protetta, 30 posti letto di post acuzie, 70 posti letto di riabilitazione e 30 posti letto di lungodegenza essendo al momento stato sospeso, con DGR n.46 – 233 del 4 agosto 2014, il processo di riconversione di parte dei letti in letti di continuità assistenziale a valenza sanitaria di cui alla DGR n.14-7070 del 4 febbraio 2014 in attesa della ridefinizione della rete di offerta da parte della Regione.

Fermo restando la presenza nell'ambito dell'A.S.L. dei Presidi Ospedalieri, il modello organizzativo adottato è quello del funzionamento in rete degli stessi.

La finalità generale cui si ispira tale modello, è quello di garantire nell'ambito della logica di produzione, omogeneità delle risposte sanitarie, adeguati livelli di qualità e sicurezza, in condizione di distribuzione equa delle risorse a livello dell'A.S.L.TO 4, ma anche in integrazione con gli altri Ospedali della Regione e in dialogo con i Presidi dell'Area Sovrazonale per lo sviluppo di percorsi diagnostico-terapeutici ed assistenziali condivisi.

In tale contesto si inserisce la logica della revisione dei flussi per gli utenti per "patologie traccianti", nell'A.S.L. TO4 ed in integrazione con gli altri Ospedali della Regione.

#### **Modello dell'Ospedale per intensità di cura dell'A.S.L. TO 4**

Nel modello dell'Ospedale per intensità di cura dell'A.S.L. TO 4 sono identificati specifici livelli di cura:

- il primo livello, comprende la terapia intensiva e subintensiva;
- il secondo livello, articolato almeno per area funzionale, comprende il ricovero ordinario e il ricovero a ciclo breve che presuppone la permanenza di almeno una notte in ospedale (week surgery, day surgery con pernottamento);
- il terzo livello è invece dedicato alla cura delle post-acuzie o low care;
- il quarto livello, definito come "Day Care", con l'area delle attività ambulatoriali (outpatient) e l'area del ciclo diurno (day hospital, day surgery, day service).

In tale ambito il Dipartimento di Emergenza nel contesto dei Presidi Ospedalieri di Ciriè, Chivasso ed Ivrea ha una importante ed ampia funzione di filtro, che stratifica clinicamente il paziente e lo invia al livello che gli compete.

I termini e i confini della presa in carico da parte del Dipartimento e le indicazioni all'invio nell'area di degenza appropriata devono essere oggetto di discussione con i Direttori dei Dipartimenti e portare alla stesura di protocolli condivisi. In ciascun ospedale dell'A.S.L. TO 4 sono pertanto identificati, discussi, condivisi e formalizzati tra i professionisti un insieme di criteri clinici di passaggio, accesso e di esclusione per i diversi livelli di cura. Nella redazione di tali criteri occorre ovviamente tenere in considerazione le migliori evidenze disponibili in letteratura, pur perseguendo l'adattamento alle specificità locali

Il primo livello deve essere centralizzato e polivalente (includere quindi quanto più possibile le casistiche oggi afferenti alle intensive); in tale ambito i letti di terapia intensiva nei diversi Presidi Ospedalieri di Ciriè, Chivasso ed Ivrea rimangono comunque ben identificati per ottenere appropriatezza ed uso efficiente della risorsa personale. Occorre peraltro presidiare adeguatamente l'accesso alle terapie intensive: il modello deve tendere al raggiungimento dei migliori livelli appropriatezza.

Nel secondo livello confluisce la gran parte della casistica che si presenta nei Presidi Ospedalieri dell'A.S.L. TO 4, che comunque continua a presentare al suo interno importanti elementi di differenziazione relativamente alla complessità medica ed infermieristica.

Per quanto riguarda l'area chirurgica, nell'A.S.L. è già stata attuata con buoni risultati una modalità di differenziazione dei ricoveri che utilizza la degenza media come indicatore proxy di complessità, riservando una parte degli interventi e dei letti di degenza a casi che è possibile risolvere entro 4 giorni dall'intervento (Week Surgery) e consentendo la chiusura nel fine settimana della relativa area.

Viene particolarmente curata, attraverso una organizzazione fortemente coordinata tra ospedale e territorio, la fase dei ricoveri post – acuzie ospedalieri.

Questa fase , che entra a pieno titolo, nella continuità delle cure tra ospedale e territorio, sarà gestita attraverso una presa in carico da parte del distretto sia attraverso strutture a ciò dedicate quali le strutture intermedie a valenza territoriale idonee ad ospitare pazienti in dimissione dai reparti per acuti dall'ospedale, poiché stabilizzati e per i quali è necessario consolidare le condizioni fisiche, ovvero continuare il processo di recupero funzionale, ovvero accompagnare il paziente il paziente con fragilità individuale e/o sociale nella prima e limitata fase del post ricovero, ovvero attraverso la messa a disposizione di interventi di assistenza domiciliare.

Il quarto livello si sviluppa con diversi modelli organizzativi (day hospital, day surgery, ambulatory surgery, ambulatorio, day service diagnostico e terapeutico) per la gestione dei casi di diversa complessità per i quali non è necessario un ricovero ed è già attivo in A.S.L. TO 4 in tutti i Presidi, anche in forma centralizzata. In tale ambito dovrà confluire un numero sempre maggiore di pazienti, secondo le specifiche regole dell'appropriatezza clinica ed organizzativa.

Il nuovo modello di Ospedale per intensità di cura presuppone, comunque, che il Dipartimento sia il livello ottimale e il "focus" per le principali funzioni gestionali (gestione letti e gestione risorse) in chiave di intensità di cura.

Le tradizionali figure di gestione sia mediche (Direttore e Dirigenti) che infermieristiche (Coordinatore) rafforzeranno conseguentemente la propria funzione sulla linea professionale (garanzia e sviluppo delle competenze cliniche, presidio dei percorsi e sviluppo di una pratica evidence based).

Particolare rilievo assumono le Aree di Coordinamento Interaziendale, che provvederanno a definire protocolli da sviluppare con altre Strutture omogenee, al fine di garantire e ottimizzare il percorso di cura del paziente.

### **Direttore Medico di Presidio Ospedaliero**

Il Direttore Medico di Presidio ospedaliero è nominato dal Direttore Generale ai sensi della vigente normativa concorsuale.

La Direzione Sanitaria dei presidi ospedalieri è affidata a un dirigente sanitario in possesso dei requisiti di cui al D.P.R. n.484/1997 (regolamento recante la determinazione dei requisiti per l'accesso alla direzione sanitaria aziendale e dei requisiti e dei criteri per l'accesso al secondo livello dirigenziale per il personale del ruolo sanitario del servizio sanitario nazionale). Il direttore di presidio ospedaliero ha responsabilità in relazione al funzionamento operativo della sede ospedaliera assegnata e risponde del proprio operato alla direzione sanitaria aziendale.

Il Direttore di Presidio, in particolare:

- a) è responsabile delle attività igienico organizzative della struttura ospedaliera;
- b) coordina, in collaborazione con i responsabili dipartimentali della gestione operativa, il funzionamento della struttura ospedaliera (blocco operatorio, poliambulatori, posti letto), al fine di ottimizzare l'utilizzo della sede ospedaliera per l'erogazione dei servizi sanitari, di garantire l'unitarietà funzionale della stessa e di realizzare le migliori condizioni per lo svolgimento dei processi clinico assistenziali;
- c) gestisce i progetti speciali relativi alla struttura ospedaliera di propria competenza;

### **Area territoriale:**

La rete territoriale è costituita dai distretti ed è articolata in conformità al programma di interventi per il riordino delle rete territoriale approvato con DGR 26 – 1653 del 29.6.2015.

I Distretti della Azienda ASL TO 4 sono :

- -Distretto di Ciriè e Lanzo con 122.575 abitanti
- -Distretto di Chivasso e San Mauro con 121.987 abitanti
- -Distretto di Settimo con 85.189 abitanti
- -Distretto di Ivrea con 111.275 abitanti
- -Distretto di Cuorgnè con 80.163 abitanti

Il distretto quale articolazione territoriale, operativa ed organizzativa della asl rappresenta la sede più idonea per il confronto con le autonomie locali e la gestione dei rapporti del ssr con i cittadini e, quale garante della salute della popolazione, assicura l'espletamento delle attività e dei servizi territoriali indicati nell'art. 3 quinquies del D.Lgs. 502/92, come modificato dal D.Lgs.229/1999, mediante l'integrazione tra i diversi servizi sanitari e tra

questi e i servizi socio sanitari competenti e coinvolti, in modo da assicurare una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione, con particolare riferimento alle problematiche connesse alla cronicità ed alle situazioni di fragilità sociale.

In particolare la l.r. 18/2007 (norme per la programmazione socio sanitaria ed il riassetto del servizio socio sanitario regionale) prevede che l'articolazione distrettuale persegua le seguenti finalità:

- a) governare la domanda di servizi attraverso la valutazione dei bisogni socio – sanitari della comunità per definire le caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi necessari;
- b) assicurare l'appropriato svolgimento dei percorsi assistenziali affidati ai medici di medicina generale ed ai pediatri di libera scelta, nonché ai servizi direttamente gestiti dalla azienda sanitaria;
- c) promuovere iniziative di corretta comunicazione ed informazione ai cittadini;
- d) garantire equità di accesso, tempestività, appropriatezza e continuità dell'assistenza e delle cure per la popolazione di riferimento;
- e) assicurare il coordinamento fra le attività territoriali di prevenzione e quelle ospedaliere;
- f) valutare l'efficacia degli interventi

Al fine di assicurare lo svolgimento delle prestazioni dell'area della integrazione socio – sanitaria, l'ambito territoriale del distretto deve garantire l'effettiva fruibilità dei servizi ed il necessario raccordo con il soggetto gestore dei servizi socio – assistenziali, per la razionalizzazione organizzativa ed il contenimento della spesa. Tale ambito pertanto deve preferibilmente coincidere con l'ambito territoriale di uno o più enti gestori.

Il Distretto costituisce centro di responsabilità e di autonomia gestionale ed economica, nell'ambito degli indirizzi della direzione strategica della Asl coerentemente con la programmazione regionale. Al distretto competono le attività di governo e monitoraggio della spesa territoriale.

Il Distretto può erogare le prestazioni di competenza attraverso la propria organizzazione ovvero acquisendole da soggetti terzi.

Nell'ambito delle risorse assegnate in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento ed al fabbisogno rilevato sul proprio territorio, il distretto definisce il programma delle attività territoriali- distrettuali (PAT), coerentemente con gli indirizzi della programmazione strategica aziendale e regionale e con le risorse assegnate.

Tale programma, adottato in coerenza con gli strumenti di programmazione socio – sanitaria locale previsti dalla L.R. 18/2007, ha durata coincidente con quella del P.S.S.R. e comunque non inferiore al triennio; è aggiornato ogni anno contestualmente alla definizione del bilancio ed è redatto secondo i criteri e le modalità di cui all'art.3 – quater del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i..

Il PAT è definito sulla base di uno schema tipo, da approvarsi con determinazione regionale, individua gli obiettivi da perseguire, in attuazione delle strategie aziendali, come definite nei relativi atti di programmazione e sulla base del fabbisogno rilevato nell'area di riferimento, definendo le attività da svolgere e la relativa distribuzione delle risorse assegnate.

Al fine di omogeneizzare procedure e percorsi adottati dai diversi distretti aziendali, fermi restando gli orientamenti programmatici connessi al fabbisogno delle diverse aree territoriali devono essere previste senza oneri a carico del bilancio aziendale, adeguate modalità di coordinamento funzionale facente capo alla direzione aziendale, che può delegare alla direzione sanitaria aziendale.

### **Il Direttore di distretto**

Il direttore del distretto è responsabile della realizzazione nell'ambito territoriale di competenza degli indirizzi strategici della direzione dell'Asl. Compete al direttore del distretto l'attuazione della programmazione distrettuale, promuovendo la rete di risposte sanitarie e socio sanitarie pubbliche e private accreditate, garantite ai sensi del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. al fine di soddisfare i bisogni di assistenza primaria della popolazione.

Il conferimento dell'incarico di direttore di distretto è effettuato mediante procedure pubbliche di selezione secondo quanto previsto dalla vigente normativa.

L'incarico è attribuito dal direttore generale a un dirigente sanitario del SSN che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e una adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure ad

un medico convenzionato, ai sensi dell'art.8 comma 21 , del D.Lgs.502/1992 e s.m.i. da almeno 10 anni con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

### **Dipartimento di Prevenzione**

La Prevenzione è la macrofunzione aziendale preposta in modo specifico all'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro. Ha il compito non solo di prevenire le malattie, ma anche di promuovere, proteggere e migliorare la salute e il benessere dei cittadini, attraverso interventi che spesso trascendono i confini del settore sanitario e vanno a coinvolgere l'intera società civile.

Garantisce la tutela della salute collettiva e del patrimonio zootecnico da rischi di origine ambientale, alimentare e lavorativa, perseguendo obiettivi di promozione della salute, di prevenzione delle malattie e delle disabilità e di miglioramento della qualità della vita.

Il Dipartimento di prevenzione è organizzato in linea con i principi ed i criteri organizzativi previsti dalla DGR 26 – 1653 del 29 giugno 2015;

Il Dipartimento di prevenzione costituisce la struttura operativa aziendale preposta a garantire la tutela della salute collettiva perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita, sviluppo di interventi di sanità pubblica, umana ed animale mediante azioni coordinate con le altre strutture ospedaliere e territoriali.

Ai sensi degli articoli 7 e seguenti del D.Lgs.502/92 e s.m.i il Dipartimento di Prevenzione aggrega le strutture organizzative dedicate a:

- igiene e sanità pubblica;
- igiene degli alimenti e della nutrizione;
- prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
- medicina legale
- sanità animale;
- igiene della produzione , trasformazione , commercializzazione e conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.

Tali strutture sono articolate in complesse , ovvero in semplici dipartimentali , in relazione alla omogeneità della disciplina di riferimento, alle funzioni attribuite, alle caratteristiche ed alle dimensioni del bacino di utenza desumibili quali ad esempio: numero dei pazienti assistiti, numero e complessità delle strutture da sottoporre a controllo, numero delle aziende zootecniche e dei capi di bestiame.

L'attività delle stesse è improntata allo sviluppo di reciproche forme di integrazione operativa nell'ambito dei rispettivi programmi di attività laddove prevedono l'esercizio di funzioni affini.

### **Il Direttore del Dipartimento di prevenzione**

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione , nominato dal Direttore Generale tra i direttori delle strutture complesse afferenti al dipartimento , mantiene la titolarità del servizio a cui è preposto.

### **Il Dipartimento Materno Infantile**

Il dipartimento materno infantile fa parte dei dipartimenti territoriali così come previsto dalla DGR 26 – 153 del 29.6.2015.

Il Dipartimento Materno Infantile racchiude, dal punto di vista sanitario, le azioni di competenza dei consultori familiari delle SC di Ostetricia e Ginecologia ( per la parte di ostetricia), le attività specialistiche ostetriche, di poliambulatorio, di punti nascita. Attività di SC di Pediatria, di NPI, pediatria di famiglia, pediatria di comunità, consultori pediatrici, consultori per adolescenti, servizi residenziali e semiresidenziali per minori (comunità terapeutiche, comunità riabilitative psico sociali, centri diurni, etc., oltre ad attività che fanno capo all'ambito della psicologia, della rrf, nonché al dipartimento di prevenzione ed ai distretti.

Si integra dal punto di vista socio assistenziale con i servizi per i minori quali comunità educative residenziali, affidi, sostegni alla disabilità, etc.).

Le relazioni di rete con tutte le altre agenzie del territorio coinvolte nell'area materno infantile ( Servizi sociali, Scuole, Comuni, Tribunale) sono garantite attraverso rapporti definiti, formalizzati e consolidati nel tempo.

In conseguenza della natura e delle caratteristiche descritte, sul piano organizzativo il DMI è dipartimento strutturale, trans murale, integrato con modalità funzionale con i pediatri di famiglia, con le attività di psicologia dell'area materno infantile, di RRF dell'età evolutiva, con i dipartimenti di prevenzione ed il distretto e programma la sua attività in base al profilo di salute della sua popolazione ed agli obiettivi regionali..

### **Il dipartimento di salute mentale**

Il DSM è l'insieme delle strutture e dei servizi che hanno il compito di farsi carico della domanda legata alla cura, alla assistenza ed alla tutela della salute mentale nell'ambito del territorio aziendale.

IL DSM è dotato di servizi per l'assistenza diurna ( CSM centri salute mentale), servizi semiresidenziali (centri diurni), residenziali ( strutture residenziali distinte in residenze terapeutico – riabilitative e socio – riabilitative) e servizi ospedalieri ( servizi psichiatrici di diagnosi e cura (SPDC) e i day hospital).

L'articolazione dei servizi che costituiscono il DSM è dettagliatamente esposta nell'atto di organizzazione.

### **Il dipartimento patologia delle dipendenze (DPD)**

Il DPD garantisce l'attività clinica di diagnosi, trattamento e riabilitazione, le attività di prevenzione e gli interventi rivolti alla popolazione giovanile, le attività di prossimità, riduzione del danno e di prevenzione delle patologie correlate alle dipendenze, nonché i progetti integrati con i medici di Medicina Generale, rivolti alla prevenzione sul gioco d'azzardo patologico, progetti di inclusione lavorativa.

L'articolazione dei servizi che costituiscono il DPD è dettagliatamente esposta nell'atto di organizzazione.

## **STRUTTURE ORGANIZZATIVE**

### **Il Dipartimento**

L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa delle attività aziendali.

Il dipartimento costituisce tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati nell'ottica di comunanza delle risorse.

Il dipartimento aggrega strutture organizzative omologhe, omogenee , affini o complementari che perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuna la propria autonomia e responsabilità professionale, sono tra di loro interdipendenti.

Nei dipartimenti sono applicate le logiche di governo collegiale i cui processi di coordinamento e controllo sono previsti e descritti negli appositi regolamenti.

Le strutture complesse fanno capo strutturalmente ad un solo dipartimento, pur potendo partecipare funzionalmente anche ad altri dipartimenti.

I dipartimenti della ASL TO4 ripetono le più comuni e tradizionali tipologie dipartimentali (strutturali, funzionali, trans murali, interaziendali).

Il Dipartimento persegue i seguenti obiettivi:

- coordinamento delle attività di tutte le strutture che ne fanno parte secondo una organizzazione a rete;
- coordinamento e razionalizzazione delle risorse umane, tecnologiche, dei posti letto , dei materiali e dei servizi intermedi;
- miglioramento continuo della efficienza gestionale, della qualità delle prestazioni erogate e del livello di umanizzazione delle strutture;
- gestione dei budget dipartimentale legato agli obiettivi fissati dalla Direzione Aziendale;
- monitoraggio dei risultati
- miglioramento ed integrazione delle attività di formazione ed aggiornamento;
- coordinamento razionalizzazione e sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei dipartimenti.

-integrazione con il livello territoriale al fine di garantire i migliori livelli di servizio a livello ambulatoriale diffuso con logiche distributive coerenti con le risorse ed orientate ai cittadini

Per le funzioni di cui sopra il Dipartimento si avvale della collaborazione in forma di integrazione organizzata con le Direzioni Sanitarie di Presidio e con le Direzioni di Distretto in considerazione della reale dimensione logistico – organizzativa del territorio ed al fine di garantire ai Direttori di Dipartimento di mantenere le loro competenze specialistiche di eccellenza rendendole coerenti con gli obiettivi del dipartimento.

L'attività del dipartimento è oggetto di costante monitoraggio con particolare riguardo al numero ed alla tipologia delle prestazioni effettuate dalle diverse strutture in ambito aziendale.

Per ogni dipartimento sono individuate le risorse da assegnare in termini di posti letto, personale, strutture edilizie, attrezzature, risorse economico finanziarie.

## **IL DIRETTORE DEL DIPARTIMENTO**

Il direttore del dipartimento è nominato dal Direttore Generale tra i direttori delle strutture complesse afferenti al dipartimento e mantiene la titolarità della struttura complessa cui è preposto.

Il Direttore del Dipartimento è responsabile dei risultati complessivi del dipartimento, assicura il coordinamento fra le strutture organizzative che lo compongono, è responsabile del governo clinico e dell'innovazione, favorisce lo sviluppo di progetti trasversali alle diverse strutture operative e valuta le performance delle strutture afferenti il dipartimento in relazione agli obiettivi di budget

. -in ragione della specificità organizzativa delle attività della ASL TO 4 e dei suoi presidi ospedalieri coordina ed integra la propria attività con le direzioni sanitarie di presidio in particolare con riferimento alla gestione del personale di comparto, degli spazi, della logistica delle manutenzioni;

-al fine di mantenere le proprie abilità tecnico cliniche mantiene la piena operatività clinica e cura gli aspetti relativi alla organizzazione del lavoro del personale medico, della formazione del personale medico, dell'HTA in collaborazione con la Direzione Generale. E' responsabile della standardizzazione dei processi clinici e della redazione dei relativi PDTA.

Il trattamento economico specifico in conto di maggiorazione della retribuzione di parte variabile da CCNL – con oneri a carico del bilancio aziendale – viene strettamente correlato e commisurato alla complessità della organizzazione dipartimentale ed al numero di strutture complesse afferenti al dipartimento. La maggiorazione non spetta quando al dipartimento afferiscano meno di 3 strutture complesse.

Il dipartimento è organizzato attraverso il comitato di dipartimento, composto ed appositamente regolamentato ai sensi delle norme vigenti.

L'Organizzazione dipartimentale, che non nasce certo per creare sovrabbondanza di figure direttoriali ma per migliorare e rendere efficiente la risposta ai bisogni sanitari della popolazione, per raggiungere i suoi obiettivi deve essere resa coerente con la situazione pratica della Azienda Sanitaria a cui si riferisce per evitare di creare doppioni ovvero colli di bottiglia inutili.

Per questo l'organizzazione dipartimentale della ASL TO 4 dovrà tenere conto del fatto che sul territorio sono presenti 3 Presidi Ospedalieri sede di DEA di I livello , 1 Presidio Riunito con due sedi fisiche ed 1 Ospedale di Sede disagiata.

In questa situazione effettiva il Direttore del Dipartimento dovrà essere responsabilizzato al fine di creare PDTA comuni tra le varie sedi, dovrà avere una funzione forte sulla gestione dei Dirigenti Medici operanti sulle varie sedi , dovrà avere un ruolo preminente sulla corretta e razionale gestione delle tecnologie, dei farmaci , dei dispositivi medici secondo le recenti innovazioni in tema di HTA, dovrà avere un forte ruolo nei rapporti di committenza con il territorio e di integrazione con il territorio in tema di specialistica ambulatoriale, medicina di iniziativa, appropriatezza prescrittiva e dovrà costituire uno degli anelli forti della integrazione ospedale territorio di una medicina basata sulla evidenza e sulla integrazione in una dinamica tesa all'orientamento clinico scientifico delle cure ai cittadini ed un forte ruolo sulle dinamiche di risposta ai bisogni espressi dal territorio nonché rispetto alle dinamiche di relazione e rapporto operativo e costruttivo finalizzato con le altre Aziende Sanitarie ed Ospedaliere del territorio Regionale.

Il Direttore del Dipartimento dovrà coordinarsi ed integrarsi con le Direzioni Sanitarie di Presidio per addivenire alla migliore, più efficiente gestione delle risorse del comparto sanitario in una ottica di condivisione delle stesse secondo logiche improntate alla oggettività ed ai livelli della produzione.



Il Direttore del Dipartimento collabora con la Dirigenza Infermieristica per assicurare i migliori livelli di assistenza ospedaliera.

Il Dipartimento deve garantire il miglior livello di umanizzazione delle cure ponendo l'ascolto e la sensibilità verso il prossimo quale elemento fondamentale associato alla competenza clinica e professionale.

### **Strutture semplici e complesse e criteri di attribuzione:**

Le strutture organizzative, laddove non previste da specifiche disposizioni normative o atti di programmazione regionale, sono costituite solo in presenza di elementi oggettivi che le giustificano quali a titolo di esempio:

- a) bacino di utenza e posti letto;
- b) volumi di produzione;
- c) complessità della casistica trattata
- d) risorse economiche gestite;
- e) rilevanza e complessità delle tecnologie utilizzate;
- f) contingente di personale assegnato
- g) organizzazione autonoma

Le strutture complesse costituiscono articolazioni organizzative alle quali è attribuita la responsabilità di gestione delle risorse umane, tecniche e finanziarie (budget). La denominazione e le funzioni di pertinenza delle strutture cliniche e territoriali devono corrispondere alle discipline di cui al D.P.R. n.484/97. Per quelle territoriali la riconduzione alle discipline di riferimento è esplicitata nella declaratoria delle relative funzioni.

Le strutture semplici a valenza dipartimentale sono articolazioni organizzative con specifiche responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie ( budget negoziato con il direttore di dipartimento) costituite limitatamente :

-all'esercizio di funzioni sanitarie strettamente riconducibili alle discipline ministeriali di cui al DM 30.1.1998 e s.m.i., la cui complessità organizzativa non giustifica l'attivazione di strutture complesse

-al fine di organizzare e gestire in modo ottimale spazi ed attrezzature utilizzate da più unità operative o personale eterogeneo, appartenente a strutture complesse diverse

Le strutture semplici costituiscono articolazioni organizzative interne delle strutture complesse, alle quali è attribuita responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie ( budget negoziato con il Direttore della Struttura complessa); devono svolgere attività specifica e pertinente a quelle della struttura complessa di cui costituiscono articolazione, ma non complessivamente coincidente con le attività di questa.

Al fine di evitare la proliferazione di strutture organizzative l'ASL TO 4 favorisce la valorizzazione delle competenze e professionalità attraverso l'attribuzione di incarichi dirigenziali di natura professionale , anche di alta specializzazione, ove la gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie non abbia carattere preminente e determinante della attività

L'Azienda riconosce la valenza operativa e, quindi attuativa della programmazione regionale e delle conseguenti strategie aziendali al ruolo della dirigenza delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche , della prevenzione, della riabilitazione ed ostetrica.

A tal fine prevede una struttura organizzativa unica in staff alla Direzione Sanitaria

L'organizzazione delle strutture amministrative e tecniche e di supporto della ASL TO 4 si conforma al principio della distinzione tra indirizzo e controllo da un lato e attuazione e gestione dall'altro, ai sensi dell'art.4 del D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. .

In questo caso l'ASL TO 4 prevede strutture complesse laddove esse siano connesse ai seguenti profili operativo – gestionali:

- compimento di atti di gestione a rilevanza esterna;
- gestione di procedimenti amministrativi complessi che richiedono l'integrazione di diverse strutture;
- necessità di accentrare in una unica struttura organizzativa attività specialistiche o particolarmente complesse richiedenti elevata professionalità;

L'affidamento degli incarichi di direzione di struttura complessa avviene in applicazione delle disposizioni normative e contrattuali vigenti in materia all'atto della nomina , anche nei riguardi di quelle amministrative e di

supporto, previa definizione di criteri e procedure atte a garantire la massima trasparenza nella valutazione delle candidature dei dirigenti in possesso dei requisiti richiesti.

In merito al paragrafo precedente l'ASL TO 4 opera in ossequio delle disposizioni regionali che definiscono le modalità per la verifica annuale e finale dei dirigenti medici e sanitari (art.15, comma 5 del D.Lgs. 502/92) e i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa ( art.15 comma 7 bis del D.Lgs. 502/92).

Nella definizione del numero di dipartimenti, di strutture complesse e semplici l'ASL TO 4 opera in ossequio alle disposizioni regionali vigenti in materia, di cui alla DGR 1-600 del 19.11.2014, come integrata dalla DGR n.1 – 924 del 23.1.2015 e dalla DGR n.42-1921 del 27 luglio 2015.:

### **Uffici/Servizi**

Su argomenti specifici (es. Libera Professione) o per necessità contingenti significative, l'Azienda può istituire "Uffici/Servizi", formati da più soggetti le cui attività sono comunque collegate alla Struttura di riferimento da cui dipendono. Il funzionamento dell'Ufficio/Servizio è definito da apposito Regolamento.

Gli "Uffici/Servizi" sono contemplati nel Piano di Organizzazione, pur non entrando nel computo delle Strutture Complesse e Semplici dell'Azienda ai fini della verifica dell'aderenza agli standard specifici.

Gli Uffici/Servizi possono essere diretti da un Dirigente o da una Unità del personale di Comparto; la retribuzione è congruente con lo specifico Contratto di riferimento.

### **Strutture di staff alla direzione strategica**

Presso la sede legale dell'A.S.L. TO 4 sono previste Strutture che svolgono funzioni amministrative, tecnico-professionali, di programmazione e gestione controllo, di verifica, analisi, al fine di attuare gli atti di indirizzo e pianificazione strategica definiti dalla Direzione Aziendale.

Fanno parte dello staff della direzione generale quelle strutture e quegli uffici finalizzati alla standardizzazione dei processi di erogazione.

In Staff alla Direzione Generale è prevista l'istituzione di Strutture e Uffici, nel rispetto dei criteri e principi organizzativi sopra esposti, , la cui articolazione è indicata nel Piano di Organizzazione.

### **La direzione delle professioni sanitarie**

Di particolare rilievo è l'istituzione , in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale, della Direzione delle Professioni Sanitarie, per il governo assistenziale relativo all'area infermieristica, tecnico-sanitaria, ostetrica, della prevenzione e della riabilitazione.

La Struttura si dota di specifico Regolamento.

## **5. TITOLO IV. MODALITÀ DI GESTIONE, CONTROLLO E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE**

### **Procedure di consultazione al fine della predisposizione degli atti di programmazione**

La funzione di programmazione dell'A.S.L. TO4 viene svolta nel rispetto di quanto previsto dal Piano Sanitario Regionale, ponendo particolare attenzione a tradurre nella realtà locale le linee di indirizzo in rapporto agli specifici bisogni di salute che emergono sul territorio.

Per lo svolgimento di tale funzione la Direzione aziendale si avvale delle proprie Strutture, in particolare di quelle in Staff, cui sono demandati ruoli di programmazione.

In tale ambito gli organi che istituzionalmente ricoprono un ruolo di fondamentale importanza nella programmazione sono la Conferenza dei Sindaci, la Rappresentanza dei sindaci e il Comitato dei Sindaci di Distretto, secondo quanto esplicitato negli specifici articoli del presente Atto.

### **Relazione sanitaria**

La relazione socio sanitaria è uno tra i numerosi strumenti di verifica e controllo sui risultati effettivamente raggiunti e viene inviata ai Sindaci ed alla Regione a tale scopo.

### **Disciplina dei controlli interni**

Il sistema di programmazione, valutazione e controllo interno fa parte di un processo unitario che richiede la partecipazione di più Strutture e quindi va gestito in modo integrato.

Ferma restando la competenza in materia di controllo sulle attività riservata dalla normativa a enti e organismi esterni, all'interno dell'Azienda sono presenti diverse attività di controllo:

- l'attività di controllo strategico;
- l'attività di controllo di gestione;
- l'attività di controllo di regolarità amministrativa e contabile;
- l'attività di valutazione del personale.

L'attività di controllo strategico è di diretta competenza del Direttore Generale ed è finalizzata alla valutazione e alla verifica della congruenza tra gli obiettivi definiti dalla programmazione strategica e i risultati conseguiti.

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

L'attività di controllo della regolarità amministrativa e contabile è demandata al Collegio Sindacale ex art. 3 D. lgs. n. 502/92 s.m.i.;

L'attività di valutazione professionale del personale dirigente è demandata al Collegio tecnico, mentre la valutazione dei risultati conseguiti dai dirigenti e dal personale in genere è affidata all'OIV e le modalità, la periodicità e gli effetti di tale valutazione sono stabilite conformemente alla normativa vigente ed ai rispettivi C.C.N.L.

L'Azienda, inoltre, nell'ambito della propria autonomia ritiene necessario garantire al suo interno l'attivazione delle seguenti forme di controllo:

- Il monitoraggio della qualità dell'assistenza e dell'appropriatezza delle prestazioni erogate;
- Il controllo dal punto di vista dell'utenza, finalizzato alla acquisizione delle valutazioni delle proposte, degli indici di gradimento o di insoddisfazione dei cittadini sull'attività dell'Azienda e alla assunzione delle iniziative opportune o necessarie conseguenti, espresso in particolare a livello degli appositi organismi partecipativi istituiti dall'Azienda, ferme restando le altre forme di comunicazione formali o informali fra Azienda e utenza.

### **Servizio Ispettivo**

E' individuato ai sensi dell'art. 1, comma 62 della Legge 662/96 e s.m.i. il Servizio Ispettivo dell'A.S.L. TO4, a cui competono le seguenti funzioni:

- verifica sull'incompatibilità, cumulo di impieghi ed incarichi retribuiti di cui all'articolo 53 del D. lgs. 165/01 e s.m.i.;

- controllo sull'esercizio del part-time (conflitto di interessi);
- controllo sull'esercizio della libera professione intramuraria;

Il Servizio Ispettivo si occupa altresì di effettuare gli idonei controlli per accertare la veridicità delle dichiarazioni rilasciate dai Medici di medicina Generale e dai Pediatri di Libera Scelta ai sensi della vigente normativa, attestanti la situazione soggettiva professionale di tali medici, con particolare riferimento alle notizie aventi riflesso sulle incompatibilità, le limitazioni del massimale e gli aspetti economici.

Su richiesta del Dipartimento della Funzione Pubblica, il Servizio Ispettivo collabora nell'effettuazione di verifiche sui dipendenti dell'Azienda Sanitaria relative al rispetto delle norme che vietano il cumulo degli impieghi.

### **Relazione sulla Performance**

Il Decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150 prevede l'attivazione di un ciclo generale di gestione della performance, al fine di consentire alle amministrazioni pubbliche di organizzare il proprio lavoro in una ottica di miglioramento della prestazione e dei servizi resi.

Il ciclo di gestione della Performance offre alle amministrazioni un quadro di azione che realizza il passaggio dalla cultura di mezzi (input) a quella di risultati (output ed outcome) auspicato dalle riforme precedenti.

Il Piano della Performance dell'A.S.L. TO 4 è lo strumento che dà avvio al ciclo di gestione della performance (articolo 4 del decreto legislativo 27 ottobre 2009, n. 150) ed è redatto secondo le linee guida regionali in materia di costituzione e di funzionamento degli O.I.V. , nonché per la gestione della performance, al fine di dare corretta applicazione alle disposizioni contenute nel precitato D.L.G.S. 150/2009 e s.m.i., approvate con DGR n.25 – 6944 del 23.12.2013.

Con la stessa DGR è previsto che l' OIV definisca in collaborazione con l'Azienda il "sistema di misurazione e valutazione della performance (SiMiVaP), che costituisce lo strumento operativo che le Aziende devono utilizzare ai fini della valutazione annuale della performance organizzativa ed individuale. Sempre in base alla precitata DGR è previsto che l'Azienda annualmente predisponga un provvedimento programmatico con il quale, in coerenza con le risorse assegnate, siano esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed il target, sui quali si baserà poi la misurazione, la valutazione e la rendicontazione della performance. Tale provvedimento denominato Piano Annuale della Performance deve tenere conto, prioritariamente degli obiettivi assegnati dalla Regione al Direttore Generale. Il PAP viene redatto, di norma, entro il 31 marzo di ogni anno. Per ogni annualità il PAP viene consuntivato nella Relazione annuale sulla performance (RAP) ed è soggetto alla validazione dell'OIV sulla base dei dati forniti dalle strutture aziendali per l'approvazione successiva della Direzione.

### **Disciplina della funzione qualità**

Il Sistema Qualità dell'A.S.L. TO 4 è definito come il complesso di risorse, di persone e di strumenti, deputati all'interno dell'organizzazione ad assicurare che i processi impiegati per progettare e produrre i beni e i servizi erogati agli utenti siano i migliori possibili, in relazione ai costi sopportabili e alle risorse disponibili.

Coerentemente con il tipo di servizio offerto, viene centralizzata la definizione di qualità dell'assistenza sanitaria dell'O.M.S. (1987): "Disponibilità di un mix di servizi sanitari diagnostici e terapeutici tali da produrre, con la maggior probabilità per il paziente, l'esito di una assistenza sanitaria ottimale compatibilmente con le conoscenze raggiunte dalla scienza medica ed il rapporto con fattori biologici quali l'età del paziente, la malattia da cui è affetto ed altri fattori connessi, con il minimo rischio possibile di ulteriori danni o disabilità in conseguenza a tale terapia, con il minimo dispendio di risorse per raggiungere questo risultato, con la massima soddisfazione possibile del paziente riguardo al processo di assistenza e alla sua personale interazione con il sistema sanitario".

### **Previsione della regolamentazione interna**

Si rinvia agli atti regolamentari la disciplina delle materie agli stessi demandati dal presente Atto Aziendale quali ad esempio, il Regolamento per l'organizzazione ed il funzionamento della Direzione delle Professioni Sanitarie, ;il Regolamento per l'organizzazione ed il funzionamento dei Gruppi di Progetto, l , il Regolamento concernente deleghe e adozione delle determinazioni dirigenziali (atti di

governo ed atti di gestione), il Regolamento in materia di incarichi dirigenziali, il Regolamento sulla libera professione, il Regolamento in materia di acquisizione in economia.

### **Contratti: principi generali**

Nella gestione delle attività contrattuali in ogni sua forma ed a partire dalla fase precontrattuale, a quella contrattuale ed a quella di gestione del contratto l'Azienda si conforma, come ovvio, alle norme vigenti in tema di appalti pubblici nessuna esclusa.

Si conforma altresì alle disposizioni regionali relative alla pianificazione poliennale e centralizzazione degli acquisti delle Aziende Sanitarie Regionali.

In considerazione del volume di spesa legato alla fornitura di beni, servizi e lavori, l'Azienda dopo avere curato il rispetto puntuale delle disposizioni normative vigenti ispira il suo principio gestionale alla sostanza che vuole che i beni debbano sempre essere acquisiti alle migliori condizioni ma devono anche essere individuati in maniera appropriata rispetto all'uso a cui sono destinati e devono essere utilizzati in maniera attenta ed in quantità corrispondenti alle attività da svolgersi definendo livelli di scorta appropriati.

Per questo sviluppa nella cultura aziendale i principi di cui sopra seguendo queste linee gestionali:

- standardizzazione dei dispositivi medici utilizzati in processi assistenziali equivalenti anche in riferimento a linee guida nazionali;
- costante verifica delle condizioni di mercato nazionali ed estere al fine di confrontare i prezzi correnti con i migliori prezzi di mercato dei dispositivi medici e dei beni utilizzati nell'ambito dei processi di cura;
- utilizzo delle tecniche di HTA al fine di verificare costantemente il rapporto costo/beneficio relative alle scelte dei dispositivi medici, farmaci, beni sanitari da utilizzare;
- analisi statistiche comparate produzione/costi beni e servizi al fine di mantenere sempre il livello più efficiente nella spesa;
- sviluppo delle conoscenze nell'ambito degli uffici acquisti e gestione materiali sia in termine di conoscenza dei mercati che di conoscenza dei processi in maniera tale da creare una forte competenza specifica negli stessi;
- riduzione tendente allo zero degli acquisti in economia;
- stretta collaborazione con l'ufficio bilancio per garantire, a costanza di finanziamento, i tempi di pagamento all'interno dei tempi definiti dalla legge e come leva per ottenere sempre migliori condizioni di prezzo.
- in ambito contrattuale viene dato recepimento ai contenuti della risoluzione approvata dal Consiglio Regionale del Piemonte in data 30 aprile 2015 con l'Ordine del Giorno n.300.

### **Tutela della privacy**

L'Azienda, alla luce del D. lgs. 30.06.2003 n. 196, ha individuato, con un Regolamento formalizzato, le misure di sicurezza per il trattamento dei dati personali anche a livello informatico ed ha contribuito con corsi interni alla formazione e sensibilizzazione degli operatori responsabili del trattamento delle informazioni ritenute sensibili.

## 6. TITOLO V. DISPOSIZIONI FINALI

### Decorrenza di applicazione dell'Atto Aziendale

Il presente Atto Aziendale si applica a decorrere dalla data del provvedimento regionale con il quale sarà formalizzato l'esito positivo della verifica prevista dalla D.G.R. n.42 -1921 del 27 luglio 2015

Con la stessa decorrenza devono considerarsi non più applicabili le disposizioni dettate dai precedenti Atti Aziendali; altresì devono considerarsi non più applicabili dalla data di decorrenza indicata, le disposizioni contenute in atti, provvedimenti e regolamenti tutt'ora vigenti in contrasto con quelle dettate dal presente Atto Aziendale.

L'Atto Aziendale dell'A.S.L. TO 4 ha una valenza istituzionale e statutaria, pertanto i contenuti riportati nell'Atto sono soggetti a modifica, per volontà del Direttore Generale, nei casi in cui si presentino condizioni di sostanziale mutamento della missione aziendale o dell'assetto territoriale, o sopraggiungano indirizzi legislativi che lo richiedano.

### Riferimenti

Nella redazione del presente Atto Aziendale, A.S.L. TO 4 si è conformata ai seguenti riferimenti:

- schema di indice di cui alla DGR n.42 – 1921 del 27.7.2015 “ Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n.21 – 5144 del 28.12.2012 s.m.i. All.1 ed approvazione All.A. “Principi e criteri per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie Regionali e l'applicazione dei parametri standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse, ex art.12, comma 1, lett.b) Patto per la Salute 2010-2012-

*-DGR n.42 – 1921 del 27 luglio 2015 ad oggetto “ modifiche ed integrazioni alla DGR n.21 – 5144 del 28 .12.2012 s.m.i. All.1 e approvazione all.A “Principi e criteri per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie regionali e l'applicazione dei parametri standard per l'individuazione di strutture semplici e complesse, ex art,12, comma 1, lett.b) piano per la salute 2010/2012”;*

*-'intesa in data 10 .7.2014 Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano (CSR .82) concernente il nuovo Patto per la Salute per gli anni 2014 – 2016;*

*-intesa in data 5.8.2014 Conferenza permanente per i rapporti tra Stato, Regioni e Province Autonome di Trento e Bolzano (CSR .n.96) ai sensi dell'art.1, comma 169 della legge 30.12.2004 n.311 e dell'art. 15, comma 13, lettera c) del D.L.6 luglio 2012 n.95 , convertito( nella L.135/2012), sullo schema di decreto del Ministro della Salute, di concerto con il Ministro dell'Economia e delle Finanze concernente il regolamento recante “definizione degli standard qualitativi, strutturali e tecnologici e quantitativi relativi alla assistenza ospedaliera” approvato con D.M.n.70 del 2 aprile 2015-08-13*

*-DGR 1-600 del 19.11.2014, come integrata con D.G.R. 1-924 del 23.1.2015 inerente la rivalutazione dei fabbisogni assistenziali regionali e la conseguente rideterminazione delle strutture organizzative e dei relativi posti letto definendo un nuovo programma di revisione della rete ospedaliera ;*

*- DGR 25-1513 del 3.6.2015 con la quale è stato approvato il Piano Regionale di Prevenzione;*

*-la DGR 26 -1653 del 29.6.2015 che ha approvato il programma di interventi per il riordino della rete territoriale;*