

/



**A.S.L. TO4**

*Azienda Sanitaria Locale  
di Ciriè, Chivasso e Ivrea*

---

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

**Chivasso, novembre 2013**

**SOMMARIO**

<b>1. ATTO AZIENDALE DELL’A.S.L.TO 4</b>	<b>PAG. 4</b>
<b>2. TITOLO I. INDICAZIONI DI CARATTERE GENERALE ED ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI L’AZIENDA</b>	<b>PAG. 6</b>
Sede legale	Pag. 6
Sedi operative	Pag. 6
Logo	Pag. 6
Patrimonio	Pag. 6
Mandato istituzionale	Pag. 6
Scopo e missione	Pag. 7
Visione	Pag. 7
Dichiarazioni etiche	Pag. 7
Trasparenza e prevenzione della corruzione	Pag. 8
<b>3. TITOLO II. ASSETTO ISTITUZIONALE: ORGANI AZIENDALI, ORGANISMI COLLEGIALI E RELATIVE ATTRIBUZIONI</b>	<b>PAG. 9</b>
<b>SEZIONE A. Organi dell’Azienda</b>	Pag. 9
Direttore Generale	Pag. 9
Direttore Sanitario	Pag. 10
Direttore Amministrativo	Pag. 10
Collegio Sindacale	Pag. 11
Collegio di Direzione	Pag. 11
<b>SEZIONE B. Altri Organismi dell’Azienda</b>	Pag. 13
Consiglio dei Sanitari	Pag. 13
Organismo Indipendente di Valutazione	Pag. 13
Nucleo di valutazione	Pag. 13
Collegio Tecnico	Pag. 14
Organizzazioni Sindacali	Pag. 14
Organismi Locali politico-istituzionali	Pag. 14
Conferenza dei Sindaci	Pag. 14
Rappresentanza dei Sindaci	Pag. 15
Comitato dei Sindaci di Distretto	Pag. 15
Enti Gestori	Pag. 15
Comitato Unico di Garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del Benessere di chi lavora e contro le discriminazioni	Pag. 16
Conferenza dei Servizi Aziendali di Partecipazione	Pag. 16
<b>4. TITOLO III. ASPETTI ORGANIZZATIVI DELL’AZIENDA</b>	<b>PAG. 17</b>
<b>SEZIONE A. Principi organizzativi e macro funzioni dell’Azienda</b>	Pag. 17
Principi organizzativi e macrofunzioni dell’Azienda	Pag. 17
Articolazione a livello centrale, ospedaliero territoriale e della prevenzione: il Piano di Organizzazione	Pag. 17

Aree Integrate	Pag. 18
Direttore dell'Area Integrata	Pag. 19
Modalità di identificazione dei Dipartimenti e delle relative aggregazioni	Pag. 19
Area di Coordinamento Interaziendale	Pag. 20
Direttore del Dipartimento	Pag. 20
Comitato del Dipartimento	Pag. 21
Risorse del Dipartimento	Pag. 21
Regolamento del Dipartimento	Pag. 21
Organizzazione dipartimentale dell'area ospedaliera	Pag. 22
Rete ospedaliera	Pag. 22
Modello dell'Ospedale per intensità di cura nell'A.S.L. TO 4	Pag. 23
Organizzazione dipartimentale dell'area territoriale	Pag. 24
Organizzazione dipartimentale dell'area della prevenzione	Pag. 24
Gruppi di Progetto	Pag. 24
Strutture Complesse e Semplici	Pag. 25
Uffici/Servizi	Pag. 25
<b>SEZIONE B. Articolazione generale Aziendale</b>	Pag. 26
Area Centrale delle Strutture di staff ed amministrative	Pag. 26
Area ospedaliera: Presidi ospedalieri	Pag. 26
Direttore Medico di Presidio Ospedaliero	Pag. 27
Area Integrata Ospedaliera	Pag. 28
Area territoriale: Distretti	Pag. 29
Direttore di Distretto	Pag. 30
Area Integrata Territoriale	Pag. 32
Gruppo di Progetto Salute Mentale e Gruppo di Progetto Dipendenze	Pag. 32
Dipartimento di Prevenzione	Pag. 33
Direttore Dipartimento di Prevenzione	Pag. 33
Organizzazione delle Strutture amministrative di supporto	Pag. 34
Modalità d'identificazione delle Strutture Semplici e Complesse e criteri per la loro istituzione	Pag. 35
Direttore di Struttura Complessa e Responsabile di Struttura Semplice	Pag. 35
Attività dei Dirigenti Sanitari	Pag. 37
Criteri e modalità di conferimento degli incarichi	Pag. 37
Valutazione del personale	Pag. 38
Esplicitazione del livello di autonomia gestionale e tecnico professionale delle unità organizzative e deleghe	Pag. 38
Contingente numerico di Strutture organizzative aziendali: adeguamento agli standard nazionali	Pag. 39
Raccordo tra A.S.L. TO 4 ed Area Sovrazonale	Pag. 39
<b>5. TITOLO IV. MODALITÀ DI GESTIONE, CONTROLLO E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE</b>	<b>PAG. 40</b>
Procedure di consultazione al fine della predisposizione degli atti di programmazione	Pag. 40
Programmazione	Pag. 40
Governare e gestione dell'Azienda	Pag. 40

Il sistema di budget	Pag. 40
Sistema premiante	Pag. 41
Disciplina dei controlli interni e sistema dei controlli	Pag. 41
Servizio Ispettivo	Pag. 42
Servizi Socio-Assistenziali	Pag. 42
Programmazione Socio-Sanitaria a livello locale	Pag. 42
Relazione Socio-Sanitaria	Pag. 42
Relazione sulla Performance	Pag. 42
Disciplina della funzione qualità e Sistema Qualità Aziendale	Pag. 43
Previsione della regolamentazione interna	Pag. 43
Gestione e valorizzazione delle risorse umane	Pag. 43
Contratti: principi generali	Pag. 44
Acquisizione di lavori, beni e servizi e formalizzazione dei Contratti	Pag. 44
Contratti esclusi	Pag. 45
Acquisizioni in economia	Pag. 45
Indagini di mercato	Pag. 45
Casi particolari	Pag. 45
Durata dei Contratti	Pag. 46
Sistema delle relazioni	Pag. 46
Relazioni con gli Enti Locali	Pag. 46
Relazioni con le Organizzazioni Sindacali	Pag. 46
Azioni di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione degli utenti	Pag. 47
Tutela della privacy	Pag. 47
<b>6. TITOLO V. DISPOSIZIONI FINALI</b>	<b>PAG. 48</b>
Attuazione della potestà regolamentare	Pag. 48
Decorrenza di applicazione dell'Atto Aziendale	Pag. 48
<b>7. RIFERIMENTI</b>	<b>PAG. 49</b>

## 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 "mission", la "vision" 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 D.G.R. n. 80-1700 del 11.12.2000. Deliberazione della Giunta Regionale 11 dicembre 2000, n. 80 - 1700 Art. 3, comma 1 - bis del. D. lgs 502/1992 e s.m.i. Principi e criteri per l'adozione dell'Atto Aziendale, per l'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali;
- ai contenuti della D.G.R. n. 21-5144 del 28 dicembre 2012. Approvazione principi e criteri per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie regionali e applicazione parametri standard per l'individuazione di Strutture semplici e complesse, ex art. 12, comma 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012), al fine di garantire coerenza e comparabilità tra le Aziende del Servizio Sanitario Regionale;

- ai contenuti della D.G.R. n. 16-6418 del 30.09.2013. Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 21-5144 "Approvazione principi e criteri per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie regionali e applicazione parametri standard per l'individuazione di Strutture Semplici e Complesse, ex art. 12, comma 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012 – Allegato n. 1.

Il nuovo Atto Aziendale dell'A.S.L. TO4 è uno strumento strategico e programmatico che si prefigge di abbracciare l'intero territorio di pertinenza superando le logiche di frammentarietà per area geografica, oggi presenti, ragionando con una visione di identità unica aziendale, come completamento dell'accorpamento auspicato sin dall'istituzione dell'Azienda stessa, valorizzando le professioni in una logica di integrazione a favore del miglioramento della qualità dei Servizi.

In questi termini, si pone come strumento strategico per:

- 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;
- la gestione del rischio, "clinico" ma anche "economico";
- 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.

### **Sedi operative**

Le Sedi Operative aziendali sono individuate nel territorio di riferimento con specifici provvedimenti del Direttore Generale, in funzione delle necessità organizzative e dei bisogni sanitari e sociali della popolazione di riferimento.

### **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 Cirié, 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.

### **Mandato istituzionale**

L'A.S.L. TO 4 inquadra il proprio mandato istituzionale all'interno del contesto legislativo fondamentale del Servizio Sanitario della Regione Piemonte e del quadro normativo nazionale.

I decreti di riordino del Sistema Sanitario Nazionale n. 502/92, n. 517/93 e n. 229/99 hanno orientato il cambiamento attraverso:

- la distinzione tra la funzione di tutela della salute dei cittadini e quella di produzione/erogazione delle prestazioni necessarie a garantirla;
- l'individuazione dei livelli d'assistenza come riferimento per i diritti dei cittadini;
- la distinzione tra il finanziamento del Servizio Sanitario Nazionale e Regionale e la remunerazione dei soggetti erogatori;
- la regionalizzazione;
- l'aziendalizzazione e l'accreditamento degli erogatori pubblici e privati.

Il Piano Sociosanitario Regionale 2012-2015 è lo strumento di programmazione integrato attraverso cui la Regione Piemonte intende proseguire il riorientamento del proprio modello di assistenza sanitaria e al quale l'A.S.L. TO 4 si ispira per la redazione del presente Documento.

### **Scopo e missione**

La missione dell'A.S.L. TO 4 è di rispondere ai bisogni ed alle aspettative di salute dei cittadini gestendo in forma integrata con efficienza le risorse disponibili per garantire prestazioni integrate di prevenzione, cura e riabilitazione efficaci e appropriate, offerte con tempestività, in condizioni di sicurezza, nel rispetto degli utenti e degli operatori.

Per rispondere alla propria missione l'Azienda opera anche in collaborazione e alleanza con altri soggetti privati e pubblici, con il volontariato, con le istituzioni territoriali, con le parti sociali, operando con trasparenza e favorendo la partecipazione degli stakeholder nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati.

L'Azienda persegue, inoltre, la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive dedicate alla gestione ed erogazione dei servizi sanitari.

### **Visione**

La visione dell'A.S.L. TO 4 si caratterizza per la capacità di sviluppare sinergie all'interno del sistema sanitario regionale e con il contesto locale e sovrazonale, per realizzare una rete integrata di servizi finalizzata alla tutela salute, in un'ottica di miglioramento continuo, di innovazione organizzativa, di sviluppo e valorizzazione delle professionalità nella logica della sostenibilità e del buon uso delle risorse.

Nel contesto della complessità aziendale, caratterizzata oltre che dalle dimensioni geografiche e dalla forte disomogeneità territoriale, anche dalla presenza di diverse Strutture Ospedaliere e Territoriali, la visione deve prevedere atti di programmazione che consentano la massima omogeneità aziendale al fine di garantire una uniformità di trattamento in linea con il profilo assistenziale erogabile.

### **Dichiarazioni etiche**

Nel vigente ordinamento costituzionale italiano è centrale la posizione della persona umana, stante il principio fondamentale del riconoscimento e della garanzia dei diritti inviolabili dell'individuo che viene posto al vertice di detto ordinamento.

In tale ambito l'A.S.L. TO 4 promuove lo sviluppo di una comunità organizzata nei diversi contesti lavorativi e sociali aziendali, per sottolineare il preciso ruolo etico di tutti coloro che sono chiamati a fornire un servizio pubblico ai cittadini.

In tale ambito sono particolarmente rilevanti:

- lo sviluppo del capitale sociale aziendale, cioè il rafforzamento del suo tessuto valoriale, la fiducia e il rispetto reciproco tra i diversi attori;
- la condivisione ed interiorizzazione del modello di norme atte a regolare la reciproca convivenza;
- lo sviluppo e la diffusione all'interno delle Strutture di una cultura condivisa (valori, azioni, comportamenti, orientamenti strategici) in tema di gestione delle attività improntata in senso etico;
- la creazione di un comune interesse morale fra le persone che svolgono la loro vita sociale ed economica in un particolare spazio geografico e sociale;

- l'attivazione del circolo virtuoso tra comportamenti etici, salute individuale e collettiva, produttività sociale ed economica, buon uso delle risorse;
- la ricomposizione di un'unitarietà tra la vita sociale e la vita lavorativa di coloro che nella comunità vivono e lavorano, attraverso la costituzione di una rete etica territoriale;
- la valorizzazione della "persona" intesa come essere ricco di valori morali, con un deciso rispetto per la dignità propria e altrui, con la consapevolezza di un compito nella società che ha risvolti più ampi verso il raggiungimento di finalità collettive.

Finalità primaria è creare un sistema condiviso di valori etico-professionali, di logiche e di metodiche operative, che siano terreno comune delle differenti culture tecnico-specialistiche e ne favoriscano l'integrazione di approcci e di conoscenze lungo i processi diagnostici e clinico-assistenziali, diretti al raggiungimento degli obiettivi comuni.

### **Trasparenza e prevenzione della corruzione**

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

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**

In questa area del presente Piano di Organizzazione sono illustrate due Sezioni:

- Organi dell'Azienda;
- Altri Organismi.

#### **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.

### **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 dal Dipartimento Amministrativo-Tecnico aziendale e, attraverso il medesimo, fornisce indirizzi tecnico-professionali alle competenze amministrative di non diretta dipendenza;
- 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.

### **Collegio Sindacale**

Il Collegio Sindacale è organo dell'Azienda previsto ai sensi dell'art. 3 *ter* del D. lgs. n. 502/92 e s.m.i., è composto da cinque membri, di cui due designati dalla Regione, uno designato dal Ministero del Economia e delle Finanze, del Bilancio e della Programmazione Economica, uno dal Ministro della Salute e uno dalla Conferenza dei Sindaci.

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 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, è costituito ai sensi dell'art. 17 del D. lgs. n. 502/92 s.m.i., come modificato dal D.L. 158/2012, convertito con legge 189/2012.

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.

Esso svolge le funzioni previste dalla normativa vigente e assicura alla Direzione Generale una gestione operativa dell'Azienda su basi collegiali e integrate.

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 intra-muraria; concorre inoltre allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'Azienda, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza e 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.

È strumento della Direzione Generale per la comunicazione e di condivisione di informazioni gestionali tra la Direzione dell'Azienda e le sue Strutture.

Rappresenta, a livello centrale, l'ambito di mediazione e di sintesi delle attività di governance che si sviluppano all'interno dell'Azienda.

Ai componenti del Collegio di Direzione non è corrisposto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese.

## **SEZIONE B. Altri organismi**

Gli altri Organismi dell'Azienda sono di seguito presentati.

### **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 vogliano 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.

La Delibera n.12 del 27 febbraio 2013 " Requisiti e procedimento per la nomina dei componenti degli Organismi di Valutazione" prevede che le Regioni e gli Enti del Servizio Sanitario Nazionale, stante il mancato rinvio dell'articolo 16, c. 2 del dec. Leg.vo n. 150/2009 all'articolo 14 dello stesso decreto, salvo quanto previsto dalla normativa di adeguamento hanno facoltà e non obbligo di costituire l'O.I.V. e nella loro autonomia possono affidare ad altri organi i compiti previsti dai principi di cui alle disposizioni del D lgs 150/2009, indicate nel citato articolo 16.

Nelle more delle indicazioni regionali sulla materia, l'A.S.L. TO 4 si avvale del Nucleo di Valutazione.

### **Nucleo di Valutazione**

Il Nucleo di Valutazione è l'organismo che supporta i processi di valutazione del personale, elaborando proposte in particolare sui seguenti ambiti:

- la definizione dell'impianto del sistema premiante;
- la definizione della metodologia di gestione del sistema premiante;
- il supporto metodologico alla definizione di obiettivi e relativi indicatori per le varie articolazioni organizzative;
- la verifica e valutazione del raggiungimento degli obiettivi.

Nelle more della costituzione dell'Organismo Indipendente di Valutazione, al Nucleo di Valutazione compete altresì la promozione e l'attestazione degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità ai sensi della legge 190/2012 e del D. Lgs n. 33/2013

Il Nucleo di Valutazione è composto da tre esperti esterni all'Azienda di comprovata esperienza ed è costituito con apposito atto deliberativo.

Le modalità di funzionamento del Nucleo di Valutazione sono disciplinati da apposito Regolamento, nel rispetto della normativa regionale vigente.

### **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**

L'A.S.L. riconosce alle Organizzazioni Sindacali Aziendali e Territoriali ed alle RSU un ruolo fondamentale per le politiche aziendali, con particolare riferimento a quelle inerenti l'organizzazione aziendale e le politiche sul personale.

Le Organizzazioni Sindacali partecipano alla programmazione aziendale nei termini e con le procedure stabilite dalla vigente normativa e dai contratti collettivi di lavoro.

Inoltre l'Azienda riconosce l'importanza dell'informazione preventiva alle Organizzazioni Sindacali, in materia di problematiche di natura generale in tema di organizzazione del lavoro.

### **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).

Gli stessi operano in base a specifici Regolamenti assunti dalla Conferenza dei Sindaci e pertanto i punti citati successivamente e potrebbero subire modifiche.

### **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;
- designa un componente del Collegio Sindacale dell'A.S.L.;
- 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;
- 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.

A seguito della definizione del Piano di Zona tra il Consorzio dei Servizi Socio-Assistenziali e l'A.S.L. TO4, si stipula l'Accordo di programma che individua gli obiettivi integrati annuali dei due Enti che danno attuazione alle indicazioni del Piano di Zona.

### **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.

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

In questa area del presente Piano di Organizzazione sono illustrate due Sezioni:

- Principi organizzativi e macro-funzioni dell'Azienda;
- Articolazione generale dell'Azienda.

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

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:

- Aree integrate e Dipartimenti;
- Aree di Coordinamento Interaziendale;
- Gruppi di Progetto;
- 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.

### **Aree Integrate**

Le Aree Integrate rappresentano nel Piano di Organizzazione le Macro-Strutture di coordinamento, equiparate dal punto di vista giuridico ed economico ai Dipartimenti e deputate ad assicurare una compiuta programmazione ed organizzazione comune, secondo gli indirizzi formulati della Direzione Aziendale nell'ambito di un contesto ad alta complessità come quello ospedaliero o territoriale di A.S.L. TO4.

Le Aree Integrate sono equiparate ai Dipartimenti anche per quanto riguarda il computo delle Strutture ai fini del rispetto degli standard previsti.

Tali istituzioni trovano giustificazione nell'obiettivo strategico dell'Azienda di superare le differenze organizzative e strutturali, ricercando un modello di integrazione in grado di qualificare le diverse realtà su uno standard di servizi uniforme su tutto il territorio, sia nell'area ospedaliera sia nell'area territoriale.

In tale ambito le Aree Integrate assumono una specifica valenza sovra-dipartimentale, con coordinamento nelle specifiche aree di riferimento delle Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero, delle Direzioni dei Dipartimenti Ospedalieri e delle Strutture Complesse ad essa afferenti, per l'Area Integrata Ospedaliera, delle Direzioni dei Distretti, delle Direzioni dei Dipartimenti Territoriali e delle Strutture Complesse ad essa afferenti, per l'Area Integrata Territoriale, e con gestione diretta delle proprie Strutture in staff.

Complessivamente, le finalità dell'Area Integrata possono riassumersi nei seguenti ambiti:

- analizzare i bisogni di salute e supportare la Direzione Generale nel processo di programmazione;
- definire con la Direzione Generale le risorse da assegnare ai Dipartimenti e alle Strutture afferenti all'Area Integrata, collaborando per l'area del Comparto Sanitario con la Direzione delle Professioni Sanitarie;
- assicurare il coordinamento e il raccordo delle attività svolte tra le diverse Direzioni (Ospedale e Territorio);
- pianificare e programmare le attività delle Direzioni afferenti all'Area Integrata in forma coordinata tra le diverse Strutture, in linea con le indicazioni della Direzione Generale;
- definire i percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali e le procedure di riferimento comuni tra le diverse Direzioni afferenti all'Area Integrata;
- razionalizzare l'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche su standard di riferimento comuni;
- valutare le attività e le relative performance e sviluppare e coordinare delle azioni di miglioramento organizzativo, coerenti con le criticità prioritarie;
- coordinare la raccolta e trasmissione dei dati e delle informazioni necessarie per i diversi livelli istituzionali.

Per ogni Area Integrata sono individuate le specifiche risorse assegnate. L'assegnazione di risorse può comprendere inoltre, separatamente, eventuali finanziamenti per programmi e progetti finalizzati.

In Staff alle Direzioni di Area Integrata vengono previste, tra le altre, Strutture Amministrative di supporto.

### **Direttore dell'Area Integrata**

Il Direttore dell'Area Integrata è nominato, su base fiduciaria, dal Direttore Generale ai sensi della vigente normativa e assume il ruolo di coordinamento delle Strutture afferenti all'Area Integrata, con particolare riguardo alla componente organizzativa e gestionale.

Nello specifico:

- rappresenta l'Area Integrata nei rapporti con il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario, con le altre Strutture aziendali e con organismi esterni ove sia previsto che operi in coordinamento o collegamento con gli stessi;
- coordina e raccorda le Direzioni delle Macro-Articolazioni aziendali e dei Dipartimenti afferenti in ambito ospedaliero e territoriale, al fine di perseguire gli obiettivi individuati dalla Direzione Generale;
- si raccorda con la Direzione delle Professioni Sanitarie (Di.P.Sa.) per la verifica dei fabbisogni e l'assegnazione del personale di comparto.

Ciascuna Area Integrata si dota di un proprio Regolamento che ne disciplina il funzionamento, redatto sulla base di quanto previsto nel presente Atto Aziendale.

### **Modalità di identificazione dei Dipartimenti e relative aggregazioni**

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

Il Dipartimento, Unità Organizzativa fondamentale dell'Azienda, è costituita da Strutture Complesse e Semplici omogenee, omologhe, affini o complementari che perseguono comuni finalità e sono quindi fra loro interdipendenti pur mantenendo le rispettive autonomie e responsabilità professionali.

Nell'A.S.L. TO 4 vengono costituiti le seguenti tipologie dipartimentali:

- i Dipartimenti Strutturali, che aggregano Strutture Operative caratterizzate dall'omogeneità, sotto il profilo delle attività, delle risorse umane o tecnologiche impiegate o delle procedure operative adottate; sono costituiti da Strutture Complesse, Semplici o Semplici Dipartimentali con caratteristiche di affinità e sono chiamati a svolgere attività di produzione e di erogazione dei servizi (a livello ospedaliero e/o territoriale e/o della prevenzione) o attività di supporto all'Azienda per la gestione tecnica, logistica e amministrativa;
- i Dipartimenti Funzionali, che aggregano Strutture Operative anche non omogenee, interdisciplinari, al fine di coordinarne l'azione per realizzare obiettivi interdipartimentali e/o programmi di rilevanza strategica; sono caratterizzati ugualmente da un'aggregazione di Strutture, ma tale forma dipartimentale nasce dall'esigenza di costituire un dipartimento finalizzato al raggiungimento di uno specifico obiettivo individuato da norme nazionali o dalle esigenze prioritarie dell'Azienda attraverso l'aggregazione di Strutture Complesse, Semplici o Semplici Dipartimentali indipendenti fra loro.

In tale ambito una medesima Struttura Complessa, Semplice o Semplice a Dipartimentale, può far parte di più Dipartimenti funzionali, oltre, naturalmente, del proprio Dipartimento strutturale.

A.S.L. TO 4, nel confermare la classificazione dei Dipartimenti in Strutturali e Funzionali, individua nell'applicazione operativa un modello generale di sintesi tra i due in precedenza descritti, in grado di valorizzare i contenuti di maggiore impatto sul miglioramento organizzativo.

Al fine di garantire il percorso del paziente fragile, viene individuato, in maniera innovativa, un Dipartimento Funzionale di Riabilitazione con interazione Pubblico Privato, mettendo in Rete le Strutture Riabilitative e di Lungodegenza Aziendali con le Strutture Private che insistono sul territorio Aziendale.

In accordo con l'Azienda Sanitaria afferente nella stessa Area Sovrazonale (A.S.L. TO2) non si ritiene opportuno individuare Dipartimenti Interaziendali. Tale modalità organizzativa peraltro non facilita i percorsi per l'utente, anche in considerazione della morfologia delle due Aziende dell'Area Sovrazonale (A.S.L. TO2 e A.S.L. TO4) che presentano Strutture sanitarie geograficamente distanti che non consentono una ottimizzazione dell'accesso ai servizi da parte dell'utente.

Vengono previste, in alternativa, Aree di Coordinamento Interaziendali.

Le finalità perseguite a livello dipartimentale sono:

- il coordinamento dell'attività di tutte le Strutture che ne fanno parte e l'organizzazione dei servizi in rete;
- il miglioramento della efficacia clinico-diagnostica, dell'efficienza gestionale e del livello di qualità delle Strutture;
- la gestione delle risorse e degli obiettivi dipartimentali assegnati dagli indirizzi della Direzione Generale, sentito il Comitato di Dipartimento, dal Direttore di Dipartimento ai responsabili delle Strutture complesse;
- la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei materiali di consumo, dei servizi intermedi e dei posti letto, anche nell'ottica del progressivo sviluppo del modello dell'Ospedale per intensità di cura;
- la ricerca delle prove di efficacia ai fini delle decisioni;
- il coordinamento, la razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei Dipartimenti;
- le attività valutative di audit clinico e gestionale;
- il monitoraggio sull'andamento dei risultati e delle performance;
- l'accountability, intesa come rendicontazione trasparente delle attività svolte e delle relative performance;
- il miglioramento e l'integrazione dell'attività di formazione e aggiornamento.

L'attività del Dipartimento deve essere oggetto di costante monitoraggio, con particolare riguardo al numero e alla tipologia delle prestazioni effettuate dalle diverse Strutture in ambito dipartimentale.

Complessivamente i compiti del Dipartimento possono riassumersi nei seguenti:

- coordinamento ed organizzazione dell'attività diagnostica e clinico-assistenziale;
- razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche;
- formazione e aggiornamento;
- didattica;
- ricerca;
- educazione ed informazione sanitaria;
- verifica della qualità;
- organizzazione rapporti con l'utenza.

#### **Area di Coordinamento Interaziendale**

Per l'Area Ospedaliera A.S.L. TO4 intende individuare, con la Azienda Sanitaria della medesima area sovra zonale (A.S.L. TO2), aree di Coordinamento Interaziendale per orientare, per intensità di cure, attività omogenee senza creare strutture organizzative sovraordinate.

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

- Emergenza;
- Cardiovascolare;
- Materno Infantile;
- Diagnostica di Laboratorio (Patologia Clinica);
- Diagnostica per Immagini.

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.

#### **Direttore di Dipartimento**

Il Direttore di Dipartimento è nominato, su base fiduciaria, dal Direttore Generale ai sensi della vigente normativa e assume le funzioni di coordinamento, con particolare riguardo alla componente organizzativo-gestionale.

#### Il Direttore del Dipartimento:

- rappresenta il Dipartimento nei rapporti con il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario, il Direttore dell'Area Integrata, con le altre Strutture aziendali e con organismi esterni ove sia previsto che operi in coordinamento o collegamento con gli stessi;
- predispone la proposta di Piano di Attività Annuale del Dipartimento secondo le indicazioni della Direzione Generale, correlandolo all'utilizzo delle risorse assegnate;
- discute con la Direzione Generale e il Direttore della relativa Area Integrata gli obiettivi e le risorse assegnate, nell'ambito del sistema di budget;
- si raccorda con la Direzione delle Professioni Sanitarie (DI.P.SA.) per la gestione del personale di comparto (per l'Area Territoriale);
- gestisce le risorse attribuite in forma specifica secondo le indicazioni della Direzione Generale nella logica dell'appropriatezza ed efficienza e periodicamente analizza i costi critici in funzione delle messa in atto delle azioni di razionalizzazione;
- coordina e raccorda le Strutture del Dipartimento ed assicura il funzionamento del Dipartimento, attuando i modelli organizzativi proposti dal Comitato di Dipartimento;
- promuove le verifiche periodiche sulla qualità e sulle performance, secondo modelli definiti dal Comitato di Dipartimento e coordina lo sviluppo delle azioni integrate di miglioramento organizzativo e le valutazioni dei risultati e delle performance conseguiti;
- controlla l'aderenza dei comportamenti con gli indirizzi generali definiti dal Comitato di Dipartimento nell'ambito dell'assistenza sanitaria, della gestione del personale, dei piani di ricerca, di studio e di didattica;
- coordina la raccolta dei dati e delle informazioni in forma omogenea ed integrata tra le diverse Strutture ed effettua i necessari controlli di qualità ai fini della trasmissione interna e ai diversi livelli istituzionali;
- rendiconta almeno annualmente con apposita relazione sui risultati e sulle performance raggiunti rispetto agli obiettivi assegnati.

#### **Comitato di Dipartimento**

Il Comitato di Dipartimento è costituito da componenti di diritto e componenti elettivi.

Sono componenti di diritto il Direttore del Dipartimento, i Direttori delle Strutture Complesse e i Responsabili delle Strutture Semplici.

La componente elettiva, che rappresenterà tutte le Professioni appartenenti al Dipartimento, è nominata secondo le modalità stabilite in dettaglio nell'apposito Regolamento di funzionamento, redatto tenendo conto della vigente normativa, con l'obbligo di rappresentanza all'interno del Comitato dei profili professionali impegnati.

#### **Risorse del Dipartimento**

Per ogni Dipartimento sono individuate le risorse assegnate, in termini di:

- personale (Dirigenza per Dipartimenti Ospedalieri, Dirigenza e Comparto per Dipartimenti Territoriali);
- risorse economico-finanziarie.

In tale ambito l'assegnazione delle risorse al Dipartimento è costituita dalla sommatoria delle voci relative ai costi delle risorse umane e tecnologiche assegnati alle Strutture che lo compongono, nonché dalla sommatoria delle voci relative ai consumi previsti per beni e servizi.

#### **Regolamento di Dipartimento**

Ciascun Dipartimento si dota di un Regolamento, che ne disciplina il funzionamento, redatto sulla base di quanto previsto nel presente Atto Aziendale e da successiva Delibera Quadro Aziendale e delle Linee Guida disposte dall'Azienda.

Il suddetto Regolamento deve definire l'organizzazione ed il funzionamento del Dipartimento stabilendo, tra l'altro:

- gli obiettivi generali;
- le Strutture appartenenti a ciascun Dipartimento;
- le funzioni diagnostiche e clinico-assistenziali che afferiscono a ciascuna area dipartimentale;
- la puntuale definizione dei rapporti tra le strutture organizzative del Dipartimento;
- le modalità di elezione del Comitato, la sostituzione dei componenti e le supplenze;
- la modalità di formalizzazione per l'adozione delle decisioni;

### **Organizzazione Dipartimentale dell'Area Ospedaliera**

In linea generale l'aggregazione dipartimentale dell'area ospedaliera può essere effettuata sulla base di diversi criteri, quali, a titolo esemplificativo:

- intensità e gradualità delle cure;
- aree funzionali omogenee;
- settore nosologico/branca specialistica;
- organo/apparato.

La Direzione di Dipartimento Ospedaliero coordina le Strutture Dipartimentali ad essa afferenti.

In carico al Direttore di Dipartimento, nella logica di funzionalità di Servizio e di Rete, è posta la gestione del personale Dirigente delle Strutture afferenti al Dipartimento, in collaborazione con il Direttore dell'Area Integrata.

A prescindere dalla tipologia, l'individuazione delle Strutture dipartimentali viene progressivamente orientata al modello di organizzazione per intensità e gradualità delle cure, per favorire il superamento dell'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica e realizzare la reale integrazione dell'attività dei professionisti nella rete di assistenza, la collaborazione multidisciplinare e lo sviluppo dei percorsi di cura a livello inter-ospedaliero.

### **Rete ospedaliera**

Il PSSR 2012-2015, approvato con D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012, ha disposto il riordino del Servizio Sanitario Regionale, mediante la realizzazione di reti ospedaliere integrate, con l'istituzione di ambiti interaziendali comprendenti le Aziende Sanitarie che insistono sulla medesima area sovrazonale, e la specializzazione istituzionale delle Strutture del sistema, mediante la diversificazione dei centri e l'attribuzione delle competenze per livelli di complessità delle prestazioni ed intensità delle cure.

L'evoluzione normativa in ambito sanitario ha pertanto condotto alla classificazione dei presidi ospedalieri della rete pubblica in tre livelli: ospedali di territorio, ospedali cardine, ospedali di riferimento (P.S.S.R. 2012-2015 par. 5.3.3) e all'articolazione della rete ospedaliera piemontese in sei aree sovrazonali, all'interno delle quali tutti gli ospedali, compresi gli istituti ex articolo 43 della legge 833/78 e gli I.R.C.C.S., devono funzionalmente integrarsi tra loro, a prescindere dalla propria natura giuridico-amministrativa (P.S.S.R. par. 5.3.6).

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 a superare le sacche di inappropriatezza.

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.

Il terzo livello si configura come un livello di decompressione, una zona cuscinetto dove trasferire i pazienti che per diversi motivi (anche di ordine "sociale") non sono ancora dimissibili. E' un livello comunque gestito interamente dal personale ospedaliero (diverso quindi dall'idea della gestione territoriale) in integrazione con il Dipartimento di Post-Acuzie, Riabilitazione ed Integrazione tra Pubblico e Privato, nonché con l'ambito territoriale per quanto riguarda i posti letto di continuità assistenziale.

Tale livello è attivo in modo particolare nei Presidi Ospedalieri di Lanzo e di Cuornè, con specifiche strutture di lungodegenza e di riabilitazione ai fini della gestione dei pazienti in post-acuzie. In tale ambito è comunque necessario un ulteriore approfondimento, per comprendere l'effettivo utilizzo di questo livello in particolare sulle forme di integrazione e di sovrapposizione con l'area delle cosiddette "cure intermedie" a gestione territoriale.

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.

### **Organizzazione Dipartimentale dell'Area Territoriale**

Nell'ambito dell'Area Integrata Territoriale afferiscono due Dipartimenti:

- Dipartimento di "Salute Mentale e delle Dipendenze": la Direzione del Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze coordina le Strutture Complesse ad essa afferente in termini gestionali e ad essa sono assegnate le risorse di personale, Dirigente e di Comparto; al Direttore di Dipartimento, nella logica di funzionalità di Servizio e di Rete, viene attribuita la gestione del personale Dirigente delle Strutture afferenti al Dipartimento, in collaborazione con il Direttore dell'Area Integrata; altresì collaborerà con il Direttore dell'Area Integrata e con la Direzione delle Professioni Sanitarie per la gestione del personale del Comparto Sanitario;

- Dipartimento Funzionale di "Postacuzie e Riabilitazione ed Integrazione Pubblico e Privato": il Dipartimento è di tipo funzionale e ha il compito di dare piena attuazione alle indicazioni regionali sul riorganizzazione delle attività riabilitative, realizzando un sistema integrato tra le diverse realtà esistenti anche per quanto riguarda le Strutture private e i Presidi che insistono nel territorio dell'A.S.L. TO 4, come coordinamento su percorsi continuativi riabilitativi e assistenziali, che vengono già avviati anche nei Dipartimenti dell'area dell'acuzie.

Detti Dipartimenti coinvolgono le Strutture a livello distrettuale ed hanno come finalità fondamentale l'ottimizzazione della erogazione dei servizi in ambito socio-sanitario, attraverso modalità di integrazione e coordinamento, promosse e perseguite a livello delle diverse Strutture.

### **Organizzazione dipartimentale dell'area della prevenzione**

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 territoriali ed ospedaliere.

La funzione della Direzione integrata della Prevenzione (P.S.S.R. 2012-2015 par. "L'organizzazione della prevenzione") è attribuita al Direttore del Dipartimento di Prevenzione. Quest'ultimo individua, per il governo unitario della prevenzione, modalità di coordinamento ed integrazione con le altre aree sanitarie coinvolte in attività di prevenzione, che non comportino l'attivazione di Strutture organizzative.

La Direzione del Dipartimento di Prevenzione coordina le Strutture Complesse in termini gestionali e ad essa sono assegnate le risorse di personale, Dirigente e di Comparto.

In carico al Direttore di Dipartimento, nella logica di funzionalità di Servizio e di Rete, è posta la gestione del personale Dirigente delle Strutture afferenti al Dipartimento; Il Direttore collaborerà con la Direzione delle Professioni Sanitarie per la gestione del personale del Comparto sanitario.

### **Gruppi di Progetto**

Nel caso di Strutture che operino in accordo e stretto collegamento fra loro (le così dette "modalità dipartimentali") senza che vi sia l'opportunità di costituire un Dipartimento funzionale sono costituiti i Gruppi di progetto cui partecipano, riuniti in Comitato, i responsabili delle Strutture interessate e se ritenuti utili a supporto rappresentanti di Enti, Associazioni, Categorie professionali, ecc.

Dei Gruppi di Progetto possono far parte anche soggetti esterni all'Azienda ed il loro funzionamento è definito da apposito Regolamento.

In tale ambito il Gruppo di Progetto utilizza un sistema informativo tale da monitorare l'attività resa con modalità dipartimentali, con particolare riguardo al numero e alla tipologia delle prestazioni effettuate dalle diverse Strutture Complesse o Semplici coinvolte, a favore del Gruppo di Progetto stesso.

Tale articolazione organizzativa vuole garantire:

- un generale coordinamento e raccordo tra le Strutture di riferimento, per il confronto e l'integrazione fra gli stesse;

- la uniformità nella erogazione dei servizi, delle procedure e dei percorsi diagnostici, terapeutici ed assistenziali, delle pratiche amministrative;

- lo sviluppo di un sistema di raccolta di dati ed informazioni un forma omogenea tra le diverse Strutture afferenti, la effettuazione dei necessari controlli di qualità e la trasmissione ai diversi livelli istituzionali.

Il Responsabile del Gruppo di Progetto è nominato, su base fiduciaria, dal Direttore Generale ai sensi della vigente normativa tra i Direttori di Struttura Complessa dell'area di afferenza, e assume le funzioni di coordinamento e di raccordo tra le Strutture e risponde al Direttore del Dipartimento di riferimento e al Direttore Sanitario di Azienda.

Tale incarico ha valenza funzionale e non comporta oneri aggiuntivi rispetto all'incarico di assegnazione.

Il Responsabile del Gruppo di Progetto partecipa al Collegio di Direzione senza diritto di voto.

I Gruppi di Progetto non rientrano nel computo delle Strutture ai fini del rispetto degli standard previsti.

### **Strutture Complesse e Semplici**

Le Strutture Complesse costituiscono articolazioni organizzative alle quali è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie.

Si qualificano per funzioni atte a governare o attuare processi complessi che richiedono un elevato grado di autonomia gestionale e che comportano la gestione di risorse umane, tecnologiche o finanziarie rilevanti per professionalità ed entità.

Le Strutture Semplici Dipartimentali, trasversali in ambito aziendale, sono articolazioni organizzative con specifiche responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie costituite limitatamente:

- all'esercizio di funzioni sanitarie, la cui complessità organizzativa non giustifica l'attivazione di Strutture Complesse;

- alla organizzazione e gestione in modo ottimale di spazi ed attrezzature utilizzate da più Strutture e personale eterogeneo, appartenente a strutture complesse diverse (es. blocco operatorio).

Le Strutture Semplici costituiscono, di norma, articolazioni organizzative interne delle Strutture Complesse alle quali è attribuita responsabilità di gestione di risorse umane e tecniche; devono svolgere un'attività specifica e pertinente a quelle della Struttura Complessa di cui costituiscono articolazione, ma non complessivamente coincidente con le attività di questa.

Le Strutture Semplici rappresentano l'unità organizzativa minima all'interno dell'organigramma aziendale; sono collocate all'interno di Strutture complesse (ad eccezione delle Strutture collocate in Staff alla Direzione Generale), nei confronti delle quali godono, tuttavia, di propria autonomia tecnica ed organizzativa in rapporto a obiettivi prefissati.

In tale ambito l'assegnazione delle risorse alla Strutture Complesse è costituita dalla sommatoria delle voci relative ai costi delle risorse umane, tecniche e strutturali, nonché dalla sommatoria delle voci relative ai consumi previsti per beni e servizi.

Le Strutture Semplici Dipartimentali sono attivate per funzioni attribuite all'Azienda o dal P.S.S.R. e non utilmente esercitabili da Strutture Complesse già esistenti o per attività svolte a favore di una pluralità di Strutture Complesse.

### **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 Dirigenti o da una Unità del personale di Comparto; la retribuzione è congruente con lo specifico Contratto di riferimento.

## **SEZIONE B. Articolazione generale aziendale**

La L.R. 18/2007, come modificata ed integrata con L.R. 3/2012, promuove come già sottolineato il passaggio del Servizio Sanitario Regionale da una fase caratterizzata dalla centralità aziendale e da logiche competitive ad una nuova fase, orientata alla cooperazione interaziendale ed alla realizzazione di reti integrate di offerta, anche a livello interprovinciale, per conseguire il massimo livello possibile di efficacia sanitaria ed efficienza organizzativa.

Nel contesto organizzativo definito dal P.S.S.R. 2012 - 2015, alle Aziende Sanitarie Locali e dunque all'A.S.L. TO 4 compete la funzione di tutela della salute e di erogazione dei servizi di assistenza primaria attraverso l'attività dei Distretti e dei servizi di assistenza specialistica e di produzione tramite gli Ospedali in rete.

Le attività di promozione della salute e prevenzione primaria collettiva sono svolte dai Dipartimenti di prevenzione delle A.S.L. o con l'attivazione di programmi speciali finalizzati.

L'organizzazione delle attività e dei compiti istituzionali dell' A.S.L. TO4, basata sulla distinzione in Direzione Generale strategica e Direzioni Operative, si coniuga con il criterio strutturale, attraverso l'articolazione generale dell'Azienda in Strutture operative aggregate per le seguenti Macro-Aree:

- Area centrale delle Strutture di staff ed amministrative;
- Area ospedaliera;
- Area territoriale;
- Area della prevenzione.

### **Area centrale delle Strutture di staff ed amministrative**

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.

La Direzione strategica dei servizi amministrativi e dei servizi sanitari è ubicata presso la Sede Legale dell'Azienda.

In Staff alla Direzione Generale è prevista l'istituzione di Strutture Complesse, Strutture Semplici e Uffici, la cui articolazione è indicata nel Piano di Organizzazione.

In particolare sono attivate Strutture per l'esercizio di funzioni tecnico-amministrative che garantiscono continuità alle attività già poste in essere dalle Federazioni Sovrazionali che salvaguardino i risultati conseguiti, fermo restando che, con riferimento alle funzioni di cui all'articolo 23 l.r. 18/2007, come modificato dall'art. 2, l.r. 3/2012, l'assetto organizzativo potrà essere oggetto di variazione a seguito dell'approvazione della nuova disciplina legislativa di cui al DDLR n. 359 del 10.09.2013 e dei successivi provvedimenti attuativi.

Di particolare rilievo è istituzione 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.

### **Area ospedaliera: Presidi Ospedalieri**

Il P.S.S.R. prevede, tra l'altro, che lo sviluppo dell'organizzazione delle attività ospedaliere per intensità di cure debba essere perseguito con l'utilizzo di percorsi diagnostico-terapeutici e indicatori di complessità, nonché mediante la previsione di aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza e il regime di ricovero, al fine di favorire il superamento graduale dell'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica.

L'attuazione della nuova logica organizzativa imposta dal P.S.S.R. rende opportuna la revisione nell'A.S.L. TO 4 dei tradizionali criteri di organizzazione, per conformarli alle esigenze della programmazione sanitaria regionale.

È infatti quanto mai necessario che l'A.S.L. TO 4, pur nella sua autonomia gestionale, operi in una visione sistemica, in modo coordinato e coerente, perseguendo, nell'ambito di una strategia comune

guidata dall'amministrazione regionale, le azioni di sviluppo per la massima integrazione delle attività di erogazione delle prestazioni e la razionalizzazione dei costi.

Per una maggior rispondenza alle finalità di integrazione delle attività, precipuo obiettivo della nuova rete ospedaliera interaziendale, è necessario, in primo luogo, razionalizzare e coordinare l'attività dei presidi ospedalieri dell'A.S.L. TO 4: in tale ambito il nuovo modello pone ancora di più al centro il paziente e il suo bisogno di cura.

Ospedali quindi ad alta intensità di relazioni, che favoriscano l'interprofessionalità, l'interdisciplinarietà, il dialogo e si propongono di garantire la più completa integrazione delle diverse competenze professionali necessarie per trattare le patologie di pazienti riuniti in una piattaforma logistica di ricovero con uguale livello di bisogno assistenziale.

L'assistenza per intensità di cura viene organizzata in ognuno dei Presidi Ospedalieri dell'A.S.L. TO 4 e prevede specifici livelli di riferimento.

L'articolazione organizzativa e le funzioni sono disciplinate nel Piano di Organizzazione.

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

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

Il Presidio Ospedaliero è l'articolazione organizzativa che assicura la fornitura di prestazioni specialistiche di ricovero e ambulatoriali ed opera con autonomia gestionale.

La tipologia e i volumi di prestazioni sono determinati sulla base della programmazione aziendale e le risorse professionali, le dotazioni strumentali del Presidio Ospedaliero concorrono al soddisfacimento della domanda di prestazioni in regime ambulatoriale anche in forme coordinate e integrate in rete con gli altri Ospedali e con le Strutture territoriali.

La Direzione Medica dei Presidi Ospedalieri (2012-2015 par. 5.3.3) è affidata a un Dirigente Medico 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) che acquisisce funzioni di governance locale, al fine di armonizzare la organizzazione e gestione dei presidi ospedalieri compresi nella rete inter-aziendale.

Il Direttore Medico di Presidio Ospedaliero è responsabile globale sull'andamento del Presidio della realizzazione, nell'ambito ospedaliero di competenza, degli indirizzi strategici della Direzione aziendale.

Il Direttore Medico di Presidio Ospedaliero ha responsabilità in relazione al funzionamento operativo della sede ospedaliera assegnata e risponde del proprio operato al Direttore Sanitario Aziendale e al Direttore della Direzione Integrata Ospedaliera.

Il Direttore Medico di Presidio Ospedaliero è responsabile del raggiungimento degli obiettivi igienico-organizzativi e dell'uso razionale delle risorse umane e strutturali assegnate al Presidio, fatto salvo le specifiche competenze della Struttura Semplice Dipartimentale "Infezioni Correlate all'Assistenza".

Il Direttore Medico di Presidio Ospedaliero assume in particolare competenze:

- organizzative e gestionali, finalizzate alla organizzazione e gestione operativa delle attività del Presidio Ospedaliero secondo gli indirizzi della Direzione Generale, all'utilizzo razionale delle risorse e alla valutazione dei risultati e delle performance conseguiti;
- informative, finalizzate alla corretta gestione degli strumenti cartacei ed informatizzati, relativi alla documentazione sanitaria e al corretto funzionamento e alla congrua trasmissione dei flussi informativi interni ed esterni;
- relazionali, sui rapporti che si instaurano tra le altre Strutture del Presidio, il sistema territoriale e i servizi di prevenzione;
- di verifica e promozione delle azioni di miglioramento organizzativo.

Il Direttore Medico di Presidio Ospedaliero:

- ha la responsabilità globale in relazione al funzionamento operativo del Presidio Ospedaliero e risponde del proprio operato al Direttore Sanitario di Azienda e al Direttore della Direzione Integrata Ospedaliera;
- rappresenta il Presidio Ospedaliero nei rapporti con il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario, il Direttore dell'Area Integrata e con le altre Strutture aziendali e con organismi esterni ove sia previsto che operi in coordinamento o collegamento con gli stessi;
- è responsabile delle attività igienico-organizzative del Presidio Ospedaliero;
- coordina, in collaborazione con i Direttori delle Strutture Complesse, la gestione operativa e il funzionamento della Struttura Ospedaliera (blocco operatorio, poliambulatori, posti letto, ecc.) in linea con quanto definito con il Direttore dell'Area Integrata, 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;
- predisporre la proposta di Piano di Attività Annuale del Presidio Ospedaliero in collaborazione con il Direttore dell'Area Integrata Ospedaliera secondo le indicazioni della Direzione Generale, correlandolo all'utilizzo delle risorse assegnate;
- discute con il Direttore dell'Area Integrata Ospedaliera gli obiettivi e le risorse assegnate, nell'ambito del sistema di budget;
- assicura il funzionamento del Presidio Ospedaliero, individuando ed attuando i modelli più idonei in forma integrata le altre Direzioni Mediche di Presidio;
- gestisce le risorse attribuite in forma specifica secondo le indicazioni della Direzione Generale nella logica dell'appropriatezza ed efficienza e periodicamente analizza i costi critici in funzione della messa in atto delle azioni di razionalizzazione;
- collabora con la Direzione delle Professioni Sanitarie per la gestione del Personale di Comparto Sanitario assegnato al Presidio Ospedaliero;
- collabora con la Struttura Complessa "Attività Amministrative Ospedaliere" dell'Area Integrata per la gestione del Personale di Comparto Amministrativo assegnato al Presidio Ospedaliero;
- favorisce l'organizzazione per processi attraverso lo sviluppo del modello di ospedale per intensità di cura, la definizione ed implementazione di percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali e di procedure nello specifico Presidio Ospedaliero e in forma integrata con gli altri Presidi aziendali;
- promuove le verifiche periodiche sulle attività sulle performance e coordina lo sviluppo delle azioni integrate di miglioramento organizzativo, anche in collaborazione con gli altri Direttori Medici di Presidio Ospedaliero;
- rendiconta almeno annualmente con apposita relazione sui risultati raggiunti e sulle performance rispetto agli obiettivi assegnati.

Per favorire il collegamento con il territorio, in ogni presidio ospedaliero è individuata una funzione ospedaliera per la gestione delle dimissioni (Nucleo Ospedaliero di continuità delle cure), che si raccorda con l'omologa funzione individuata presso i distretti (Nucleo Distrettuale di continuità delle cure).

### **Area Integrata Ospedaliera**

Nell'A.S.L. TO 4 sono presenti i seguenti Ospedali:

- Ospedale di Ciriè (Presidio cardine);
- Ospedale di Chivasso (Presidio cardine);
- Ospedale di Ivrea (Presidio cardine);
- Ospedale di Cuorgné (Presidio di territorio);
- Ospedale di Lanzo (Presidio di territorio);
- Ospedale Civile di Settimo Torinese: gestito in sperimentazione gestionale in forma mista pubblico e privato con SAAPA s.p.a. (istituito con D.G.R. n. 20-10663 del 02.02.2009).

Si rende pertanto necessario in tale ambito individuare – in virtù della peculiarità di una delle Aziende Sanitarie più grandi del Piemonte, sia per numero di residenti, sia per numero di Distretti che di Presidi Ospedalieri e della complessità dei Dipartimenti che assumono un ruolo trasversale su più Presidi – una Area Integrata Ospedaliera con funzioni di Coordinamento delle attività delle Direzioni Mediche dei Presidi di Cirié, Lanzo, Chivasso, Ivrea, Cuorné, e con valenza sovra-dipartimentale.

Tale articolazione organizzativa viene individuata onde garantire:

- la pianificazione e programmazione delle attività ospedaliere e la definizione dei servizi necessari per rispondere ai bisogni della popolazione di riferimento secondo le indicazioni della Direzione Generale;
- il generale coordinamento e raccordo tra le Direzioni Mediche di Presidio Ospedaliero e tra i Dipartimenti Ospedalieri e le diverse Strutture, onde garantire il confronto e l'integrazione fra gli stessi;
- l'uniformità di percorsi e procedure nei diversi contesti ospedalieri;
- il generale coordinamento delle attività tra i livelli assistenziali ospedalieri e territoriali;
- la valutazione delle attività, dei risultati e delle performance;
- la messa in atto di azioni di miglioramento su criticità prioritarie, in forma integrata tra le Strutture afferenti.

La Direzione dell'Area Integrata Ospedaliera è affidata dal Direttore Generale a un Direttore Medico di Presidio Ospedaliero, con incarico di durata temporanea.

L'articolazione organizzativa e le funzioni della Struttura sono disciplinate nel piano di organizzazione.

### **Area territoriale: Distretti**

La rete territoriale è costituita nell'A.S.L. TO 4 dai Distretti (P.S.S.R. 2012-2015 3.3.2).

Il Distretto si configura come un'organizzazione complessa che costituisce centro di responsabilità dotata di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria nell'ambito degli indirizzi della direzione strategica dell'A.S.L., coerentemente con la programmazione regionale.

Il Distretto governa la domanda di salute della popolazione di riferimento, assicurando direttamente i servizi del territorio e i percorsi attraverso gli altri livelli assistenziali, garantendo altresì le attività socio-assistenziali in integrazione con gli Enti Gestori.

In particolare il Distretto provvede:

- al governo della domanda di servizi attraverso la valutazione sistematica dei bisogni della popolazione di riferimento;
- alla programmazione delle attività territoriali e alla definizione dei servizi necessari per rispondere ai bisogni della popolazione di riferimento a supporto della Direzione Generale;
- alla promozione della comunicazione nei confronti dei cittadini e alla valutazione dell'efficacia degli interventi attraverso la verifica delle attività svolte e dei risultati raggiunti.

Il Distretto svolge quindi funzioni di direzione, coordinamento e integrazione della rete dei servizi che erogano i livelli di assistenza territoriali, garantendo altresì la necessaria integrazione con le attività svolte dall'ospedale e dagli Enti Gestori delle funzioni socio-assistenziali.

Il coordinamento organizzativo del Distretto garantisce il soddisfacimento dei livelli essenziali di assistenza attraverso l'erogazione dei servizi da parte delle Strutture e dei Dipartimenti operanti sul territorio.

Gli ambiti distrettuali sono definiti dal Direttore Generale sulla base dei criteri previsti dall'art. 19 L.R. 06.08.2007 n. 18 "Articolazione distrettuale dell'A.S.L. e delle attività socio sanitarie" d'intesa con la Conferenza dei Sindaci.

Eventuali variazioni al numero, alla denominazione e alla composizione dei Distretti sono disposte con apposito provvedimento del Direttore Generale.

A ogni Distretto sono assegnate le risorse utili per lo svolgimento dell'attività in termini di:

- risorse economiche;
- strutture;
- personale;
- attrezzature.

Le risorse sono definite sulla base degli obiettivi di salute della popolazione di riferimento e in tale ambito il Distretto ha autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria.

Il Distretto, quale articolazione territoriale, operativa ed organizzativa dell'A.S.L., rappresenta la sede più idonea per il confronto con le autonomie locali e la gestione dei rapporti del S.S.R. con i cittadini e, quale garante della salute della popolazione, assicura l'espletamento delle attività e dei servizi territoriali indicati dall'art. 3-quinquies del D. lgs. n. 502/1992, come modificato dal D. lgs. 229/1999.

La L.R. 18/2007 (Norme per la programmazione socio sanitaria e il riassetto del servizio socio sanitario regionale) prevede che l'articolazione distrettuale persegua le seguenti finalità:

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

Il rafforzamento dei compiti del Distretto richiede l'individuazione di aree territoriali di riferimento, idonee a superare la parcellizzazione rappresentata da un numero di Distretti di dimensione limitata, che non consentono di svolgere la funzione di governance e di garantire le necessarie efficienze organizzative (P.S.S.R. 2012-2015 3.3.2).

Ai sensi dell'art. 19 della L.R. 18/2007 l'A.S.L. TO 4 articola il proprio territorio in Distretti, comprendenti ciascuno una popolazione non inferiore a 70.000 abitanti.

Al fine di assicurare lo svolgimento delle prestazioni dell'area dell'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.

La "presa in carico" del paziente, dall'inizio fino al completamento del suo percorso di salute, senza soluzione di continuità nell'assistenza erogata dai vari soggetti coinvolti nel processo, costituisce elemento centrale del processo di continuità assistenziale.

Nel Distretto è costituito, pertanto, il Nucleo Distrettuale di continuità delle cure per la presa in carico, la realizzazione dei percorsi integrati di cura e il successivo monitoraggio nelle varie fasi del processo, che si raccorda con l'omologa funzione individuata in ciascun presidio ospedaliero per la gestione delle dimissioni (Nucleo Ospedaliero di continuità delle cure).

Stante la necessità di garantire continuità nel processo di omogeneità e integrazione in ambito territoriale, si prevede che entro il 2015 gli attuali Distretti vengano ridefiniti avviando uno studio di fattibilità che possa portare ad un numero complessivo di tre, accorpando quelli oggi previsti e definendo gli ambiti di riferimento per Area geografica, nello specifico:

- Distretto dell'Area Ciriacese/Valli di Lanzo;
- Distretto dell'Area Canavese/Alto Canavese;
- Distretto dell'Area Basso Canavese/Metropolitana.

Quanto sopra con il mantenimento delle attuali funzioni di tutela e clinico-assistenziali già previste.

### **Direttore di Distretto**

Il governo delle complesse funzioni attribuite al Distretto è affidato al Direttore del Distretto, figura dirigenziale che, nell'ambito di competenza, è responsabile della realizzazione degli indirizzi strategici della Direzione dell'Azienda nonché dell'utilizzo delle risorse attribuite e dell'attività svolta verso il perseguimento di precisi obiettivi programmatici.

Il Direttore di Distretto è responsabile della realizzazione, nell'ambito territoriale di competenza, degli indirizzi strategici della Direzione dell'A.S.L..

Altresì il Direttore di Distretto ha responsabilità in relazione al funzionamento operativo della sede distrettuale assegnata e risponde del proprio operato al Direttore Sanitario Aziendale.

Il Direttore di Distretto è nominato dal Direttore Generale ai sensi della vigente normativa.

Il Direttore di Distretto è responsabile del raggiungimento degli obiettivi e dell'uso razionale delle risorse umane e Strutturali assegnate al Distretto.

Compete al Direttore di Distretto l'attuazione della programmazione distrettuale, promuovendo la rete di risposte sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, garantite ai sensi dell'art. 3-quinquies del D. lgs. n. 502/1992 s.m.i, al fine di soddisfare i bisogni di assistenza primaria della popolazione.

Il Direttore del Distretto assume in particolare competenze:

- epidemiologiche, per la lettura dei bisogni di salute della popolazione di riferimento e per il supporto alla Direzione Generale per le attività di programmazione;
- organizzative e gestionali, finalizzate alla organizzazione e gestione operativa delle attività del Distretto secondo gli indirizzi della Direzione Generale, all'utilizzo razionale delle risorse e alla valutazione dei risultati e delle performance conseguiti;
- informative, finalizzate alla corretta gestione degli strumenti cartacei ed informatizzati, relativi alla documentazione sanitaria e al corretto funzionamento e alla congrua trasmissione dei flussi informativi interni ed esterni;
- relazionali, sui rapporti che si instaurano tra gli altri servizi sul territorio, il sistema ospedaliero e i servizi di prevenzione;
- di verifica e promozione delle azioni di miglioramento organizzativo.

Il Direttore di Distretto:

- ha la responsabilità in relazione al funzionamento operativo del Distretto e risponde del proprio operato al Direttore Sanitario di Azienda e al Direttore della Direzione Integrata Territoriale;
- rappresenta il Distretto nei rapporti con il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario, il Direttore dell'Area Integrata e con le altre Strutture aziendali e con organismi esterni ove sia previsto che operi in coordinamento o collegamento con gli stessi;
- predispose la proposta di Piano di Attività Annuale del Distretto in forma integrata con gli altri Direttori di Distretto secondo le indicazioni della Direzione Generale, correlandolo all'utilizzo delle risorse assegnate;
- negozia con la Direzione Generale e con il Direttore dell'Area Integrata Territoriale gli obiettivi e le risorse assegnate, nell'ambito del sistema di budget;
- assicura il funzionamento del Distretto, individuando ed attuando i modelli più idonei in forma integrata con gli altri Distretti;
- coordina e raccorda le Strutture di afferenza al fine di perseguire gli obiettivi assegnati dalla Direzione Generale;
- gestisce le risorse attribuite in forma specifica secondo le indicazioni della Direzione Generale nella logica dell'appropriatezza ed efficienza e periodicamente analizza i costi critici in funzione delle messa in atto delle azioni di razionalizzazione;
- collabora con la Direzione delle Professioni Sanitarie per la gestione del Personale di Comparto Sanitario assegnato al Distretto;
- collabora con la Direzione Amministrativa dell'Area Integrata per la gestione del Personale di Comparto Amministrativo assegnato al Distretto;
- favorisce l'organizzazione per processi attraverso la definizione ed implementazione di percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali e di procedure nello specifico Distretto e in forma integrata con gli altri Distretti aziendali;
- promuove le verifiche periodiche sulle attività sulle performance e coordina lo sviluppo delle azioni integrate di miglioramento organizzativo, anche in collaborazione con i Direttori degli altri Distretti;

- coordina la raccolta dei dati e delle informazioni in forma omogenea ed integrata tra i diversi Distretti ed effettua i necessari controlli di qualità ai fini della trasmissione interna e ai diversi livelli istituzionali;
- rendiconta almeno annualmente con apposita relazione sui risultati raggiunti e sulle performance rispetto agli obiettivi assegnati.

Per l'espletamento delle proprie funzioni il Direttore di Distretto si avvale dell'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali e della Commissione di Monitoraggio e Valutazione delle Attività Distrettuali, a cui partecipa la rappresentanza dei Medici di Medicina Generale e dei Pediatri di Libera Scelta.

### **Area Integrata Territoriale**

All'Area Integrata Territoriale afferiscono:

- Distretto di Cirié;
- Distretto di Chivasso - San Mauro Torinese;
- Distretto di Settimo Torinese;
- Distretto di Ivrea;
- Distretto di Cuorné;
- Dipartimento di Salute Mentale e delle Dipendenze;
- Dipartimento Funzionale di "Postacuzie e Riabilitazione ed Integrazione Pubblico e Privato";
- S.C. Riabilitazione e Rieducazione Funzionale;
- S.C. Neuropsichiatria Infantile;
- S.C. Farmacia Territoriale.

Presso il Presidio Sanitario di Castellamonte viene attivato il Centro di Assistenza Primaria (C.A.P.), che rappresenta l'attuazione di una nuova formula gestionale, come previsto dalla D.G.R. 26-3627 del 28.03.2012. Il C.A.P. si configura come Struttura polifunzionale, che sviluppa specifiche modalità di integrazione tra Ospedale e Territorio erogando prestazioni di assistenza primaria.

In virtù della complessità aziendale in termini di distribuzione geografica e delle articolazioni sanitarie previste in ambito territoriale, si rende individuare l'Area Integrata Territoriale con funzioni di coordinamento dei Dipartimenti e delle Strutture ad essa afferenti, per garantire:

- la pianificazione e programmazione delle attività territoriali e la definizione dei servizi necessari per rispondere ai bisogni della popolazione di riferimento in forma omogenea secondo le indicazioni della Direzione Generale;
- il generale coordinamento e raccordo tra le Direzioni dei Distretti e tra i Dipartimenti e le Strutture Territoriali, onde garantire il confronto e l'integrazione fra gli stessi;
- la uniformità di percorsi e procedure nei diversi contesti territoriali;
- il generale coordinamento delle attività tra i livelli assistenziali territoriali ed ospedalieri;
- la valutazione delle attività, dei risultati e delle performance;
- la messa in atto di azioni di miglioramento su criticità prioritarie, in forma integrata tra le Strutture afferenti;

Nel contesto dell'Area Territoriale dell'A.S.L. TO 4 sono operativi gli Hospice e le Residenze Sanitarie Assistenziali, distribuiti sul territorio.

La Direzione dell'Area Integrata Territoriale è affidata, dal Direttore Generale, a un Direttore di Distretto con incarico di natura temporanea.

L'articolazione organizzativa e le funzioni sono disciplinate nel Piano di Organizzazione.

### **Gruppo di Progetto Salute Mentale e Gruppo di Progetto Dipendenze**

Il Gruppo di Progetto intradipartimentale della Salute Mentale e il Gruppo di Progetto intradipartimentale delle Dipendenze sono istituiti a livello dipartimentale negli specifici ambiti, onde garantire principalmente e seguenti finalità:

- un generale coordinamento delle Strutture afferenti per il confronto e l'integrazione fra le stesse;

- lo sviluppo di azioni coerenti con gli obiettivi aziendali tra le diverse Strutture afferenti;
- la garanzia di uniformità dei livelli assistenziali all'utenza al fine di garantire al cittadino della stessa A.S.L. livelli omogenei di servizi;
- la garanzia di uniformità di percorsi e procedure nei diversi contesti organizzativi.
- la valutazione delle attività, dei risultati e delle performance;
- la messa in atto di azioni di miglioramento su criticità prioritarie, in forma integrata tra le Strutture afferenti.

La responsabilità dell'Area di Coordinamento è affidata dal Direttore Generale, con incarico di natura temporanea, a un Direttore delle Strutture afferenti.

L'articolazione organizzativa e le funzioni sono disciplinate nel Piano di Organizzazione.

### **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.

Nell'A.S.L. TO 4 è presente il Dipartimento di Prevenzione, con le specifiche Strutture Semplici e Complesse di riferimento.

Le Strutture, in rapporto all'omogeneità della disciplina di riferimento, alle funzioni attribuite, nonché alle caratteristiche e alle dimensioni del bacino di utenza (numero dei pazienti assistiti, numero e complessità delle Strutture da sottoporre a controllo, numero delle Aziende zootecniche e dei capi di bestiame, ecc.), sviluppano reciproche forme di integrazione operativa nell'ambito dei rispettivi programmi di attività che prevedono l'esercizio di funzioni affini.

La funzione della Direzione Integrata della Prevenzione è attribuita al Direttore del Dipartimento di Prevenzione, che individua per il governo unitario della prevenzione modalità di coordinamento ed integrazione con le altre aree sanitarie coinvolte in attività di prevenzione, che non comportino l'attivazione di strutture organizzative.

Viene prevista una Struttura Amministrativa di supporto per le attività del Dipartimento.

L'articolazione specifica delle Strutture è indicata nel Piano di Organizzazione.

Il Dipartimento di Prevenzione non rientra nel computo del numero delle Strutture ai fini della determinazione degli standard.

### **Direttore del Dipartimento di Prevenzione**

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione è nominato, su base fiduciaria, dal Direttore Generale ai sensi della vigente normativa tra i Direttori delle Strutture Complesse afferenti al Dipartimento e mantiene la titolarità della Struttura Complessa cui è preposto.

Assume il ruolo di coordinamento delle Strutture afferenti, con particolare riguardo alla componente organizzativa e gestionale.

Il Direttore è responsabile della realizzazione, nell'ambito di competenza, degli indirizzi strategici della Direzione dell'A.S.L..

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione ha responsabilità in relazione al funzionamento operativo del Dipartimento e risponde del proprio operato al Direttore Sanitario Aziendale.

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione è responsabile del raggiungimento degli obiettivi e dell'uso razionale delle risorse umane e Strutturali assegnate.

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione assume in particolare competenze:

- organizzative e gestionali, finalizzate alla organizzazione e gestione operativa delle attività del Dipartimento secondo gli indirizzi della Direzione Generale, all'utilizzo razionale delle risorse e alla valutazione dei risultati e delle performance conseguiti;
- informative, finalizzate alla corretta gestione degli strumenti cartacei ed informatizzati, relativi alla documentazione sanitaria e al corretto funzionamento e alla congrua trasmissione dei flussi informativi interni ed esterni;
- relazionali, sui rapporti che si instaurano tra le altre Strutture del Dipartimento, il sistema territoriale e il sistema ospedaliero;
- di verifica e promozione delle azioni di miglioramento organizzativo.

Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione:

- ha la responsabilità in relazione al funzionamento operativo del Dipartimento e risponde del proprio operato al Direttore Sanitario di Azienda;
- rappresenta il Dipartimento nei rapporti con il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario, con le altre Strutture aziendali e con organismi esterni ove sia previsto che operi in coordinamento o collegamento con gli stessi;
- predispone la proposta di Piano di Attività Annuale del Dipartimento di Prevenzione secondo le indicazioni della Direzione Generale, correlandolo all'utilizzo delle risorse assegnate;
- negozia con la Direzione Generale gli obiettivi e le risorse assegnate, nell'ambito del sistema di budget;
- si raccorda con la Direzione delle Professioni Sanitarie (D.I.P.SA.) per la verifica dei fabbisogni e l'assegnazione del personale di comparto;
- coordina le Strutture di afferenza al fine di perseguire gli obiettivi assegnati dalla Direzione Generale;
- assicura il funzionamento della Struttura, individuando ed attuando i modelli più idonei in forma integrata tra le Strutture del Dipartimento;
- gestisce le risorse attribuite in forma specifica secondo le indicazioni della Direzione Generale nella logica dell'appropriatezza ed efficienza e periodicamente analizza i costi critici in funzione delle messa in atto delle azioni di razionalizzazione;
- promuove le attività di omogeneizzazione ed integrazione dei percorsi e delle procedure tra le diverse Strutture del Dipartimento;
- individua per il governo unitario della prevenzione modalità di coordinamento ed integrazione con le altre aree sanitarie coinvolte in attività di prevenzione;
- promuove le verifiche periodiche sulle attività sulle performance e coordina lo sviluppo delle azioni integrate di miglioramento organizzativo, anche in collaborazione con i Direttori delle Strutture del Dipartimento;
- coordina la raccolta dei dati e delle informazioni in forma omogenea ed integrata tra le strutture del dipartimento ed effettua i necessari controlli di qualità ai fini della trasmissione interna e ai diversi livelli istituzionali;
- rende conto almeno annualmente con apposita relazione sui risultati raggiunti e sulle performance rispetto agli obiettivi assegnati.

### **Organizzazione delle Strutture Amministrative e di Supporto**

L'organizzazione delle Strutture Amministrative e di Supporto si conforma al principio della distinzione tra indirizzo e controllo da un lato, e attuazione e gestione dall'altro (art. 4, comma 4, D. lgs n. 165/2001, s.m.i.).

La previsione di Strutture Complesse è strettamente connessa:

- al compimento di atti di gestione aventi rilevanza esterna;
- alla gestione di procedimenti amministrativi complessi che richiedono, eventualmente, l'integrazione dell'attività di diverse Strutture;

- alla necessità di accentrare in un'unica Struttura organizzativa attività specialistiche o particolarmente complesse richiedenti elevata professionalità.

Ferma restando l'applicazione delle specifiche disposizioni normative e contrattuali in materia, alle quali si rinvia, l'affidamento dell'incarico di Direzione delle Strutture Complesse, e nello specifico quelle amministrative e di supporto, viene effettuato, a seguito della revisione dell'assetto organizzativo, previa definizione di criteri e procedure atte a garantire la massima trasparenza nella valutazione delle candidature dei Dirigenti in possesso dei requisiti prescritti.

L'articolazione organizzativa e le funzioni sono disciplinate nel Piano di Organizzazione.

### **Modalità di identificazione delle Strutture Complesse e delle Strutture Semplici e criteri per la loro istituzione**

Le Strutture Operative rappresentano l'ulteriore articolazione organizzativa presente nell'A.S.L. e si distinguono in Strutture Complesse e Strutture Semplici, a seconda del tipo di risorse e processi gestiti.

Le Strutture Complesse si qualificano per funzioni atte a governare o attuare processi complessi che richiedono un elevato grado di autonomia gestionale e che comportano la gestione di risorse umane, tecnologiche o finanziarie rilevanti per professionalità, entità o diversità.

Le Strutture Complesse devono possedere i seguenti requisiti:

- dimensioni organizzative rilevanti;
- dotazione di personale specialistico dedicato;
- aree fisiche assegnate e dedicate in modo rigido o flessibile nel caso di organizzazione per intensità di cura;
- tecnologie dedicate;
- budget e sistema di obiettivi definiti.

Le Strutture Operative Semplici Dipartimentali sono attivate per funzioni attribuite all'Azienda o dal P.S.S.R. 2012-2015 e non utilmente esercitabili da Strutture Complesse già esistenti o per attività svolte a favore di una pluralità di Strutture complesse. Operano all'interno dei Dipartimenti e dipendono gerarchicamente e funzionalmente dal Direttore del Dipartimento.

Le Strutture Operative Semplici rappresentano l'unità organizzativa minima all'interno dell'organigramma Aziendale; sono collocate all'interno di Strutture complesse (ad eccezione delle Strutture collocate in Staff alla Direzione Generale), nei confronti delle quali godono, tuttavia, di propria autonomia tecnica ed organizzativa in rapporto a obiettivi prefissati.

L'individuazione dell'unità organizzativa quale Struttura Semplice presuppone la presenza di effettiva autonomia tecnica ed organizzativa rispetto alla Struttura Complessa di appartenenza, unitamente ad alcuni elementi caratterizzanti ed imprescindibili:

- dotazione autonoma di posti letto o di spazi destinati in via esclusiva all'attività della Struttura (e con un pieno utilizzo nell'arco dell'orario di lavoro);
- dotazione autonoma di risorse umane delle quali è affidata l'organizzazione;
- risorse economiche gestite autonomamente assegnate all'interno della Struttura Complesse.

Possono costituire, inoltre, requisiti per il riconoscimento della Struttura Semplice:

- dotazione strumentale rilevante dal punto di vista tecnico ed economico;
- rilevanza sovraaziendale (attività di coordinamento di risorse su più Aziende o su territorio sovraaziendale);

Tali Strutture dipendono funzionalmente e gerarchicamente dal Direttore della Struttura Complessa di appartenenza.

L'articolazione organizzativa e le funzioni sono disciplinate nel Piano di Organizzazione.

### **Direttore di Struttura Complessa e Responsabile di Struttura Semplice**

Il Direttore Medico di Struttura Complessa è nominato dal Direttore Generale ai sensi della vigente normativa.

Ai Dirigenti con incarico di Direzione di Struttura Complessa sono attribuite, oltre a quelle derivanti dalle specifiche competenze professionali, funzioni di direzione e organizzazione della struttura, da attuarsi, nell'ambito degli indirizzi operativi e gestionali del Dipartimento di appartenenza e delle risorse disponibili; questo anche mediante direttive a tutto il personale operante nella stessa e l'adozione delle relative decisioni necessarie per il corretto espletamento del servizio e per realizzare l'appropriatezza degli interventi con finalità preventive, diagnostiche, terapeutiche e riabilitative, attuati nella Struttura loro affidata.

Il Direttore di Struttura Complessa assume in particolare competenze:

- tecnico-professionali, che si identificano nella missione della propria Struttura Complessa in ambito preventivo, diagnostico, clinico, riabilitativo, amministrativo;
- organizzative e gestionali, finalizzate alla organizzazione e gestione operativa delle attività della Struttura secondo gli indirizzi della Direzione Generale, all'utilizzo razionale efficace ed efficiente delle risorse e alla valutazione dei risultati e delle performance conseguiti;
- relazionali, sui rapporti che si instaurano tra le altre Strutture del Dipartimento, il sistema territoriale e il sistema ospedaliero;
- di verifica e promozione delle azioni di miglioramento organizzativo.

Il Direttore di Struttura Complessa:

- rappresenta la Struttura nei rapporti con il Direttore Generale, il Direttore Amministrativo, il Direttore Sanitario, il Direttore dell'Area Integrata, il Direttore di Dipartimento di afferenza, le altre Strutture aziendali e con organismi esterni ove sia previsto che operi in coordinamento o collegamento con gli stessi;
- negozia gli obiettivi e le risorse assegnate, nell'ambito del sistema di budget, per l'Area Ospedaliera con il Direttore di Area Integrata, il Direttore di Presidio e il DI.P.SA. in collaborazione con il Direttore del Dipartimento Ospedaliero a cui afferisce, per l'Area Territoriale con il Direttore di Area Integrata, il DI.P.SA. in collaborazione del Direttore di Dipartimento di Area a cui afferisce, per il Dipartimento di Prevenzione con il Direttore di Dipartimento e il DI.P.SA.;
- assicura il funzionamento della Struttura, individuando ed attuando i modelli più idonei in forma integrata tra le Strutture del Dipartimento;
- coordina le Strutture afferenti al fine di perseguire gli obiettivi assegnati dalla Direzione Generale;
- gestisce le risorse attribuite in forma specifica secondo le indicazioni della Direzione Generale nella logica dell'appropriatezza ed efficienza e periodicamente analizza i costi critici in funzione della messa in atto delle azioni di razionalizzazione;
- favorisce l'organizzazione per processi attraverso lo sviluppo del modello di Ospedale per intensità di cura, la definizione ed implementazione di percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali e di procedure nella specifico Struttura e in forma integrata con le altre Strutture aziendali;
- promuove le verifiche periodiche sulle attività sulle performance e coordina lo sviluppo delle azioni integrate di miglioramento organizzativo;
- coordina la raccolta dei dati e delle informazioni in forma omogenea ed per quanto di competenza ed effettua i necessari controlli di qualità ai fini della trasmissione interna e ai diversi livelli istituzionali;
- rendiconta almeno annualmente con apposita relazione sui risultati raggiunti e sulle performance rispetto agli obiettivi assegnati.

Il Dirigente Medico titolare di incarico di Struttura Semplice:

- è tenuto a concretizzare le funzioni assegnate, annualmente, dal Direttore di Struttura Complessa sovraordinato, nell'ambito dei complessivi piani di lavoro aziendali;
- è responsabile della organizzazione e gestione della risorse che gli sono state assegnate, sia umane che economiche e strumentali. In tale contesto, i diritti ed i doveri del dirigente in questione sono quelli garantiti dall'autonomia professionale, da quella gestionale assegnata, nonché dalle tutele e dagli obblighi previsti dalla normativa contrattuale.

### **Attività dei Dirigenti Sanitari**

L'attività dei Dirigenti Sanitari è caratterizzata, nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni, dall'autonomia tecnico-professionale i cui ambiti di esercizio, attraverso obiettivi momenti di valutazione e verifica, sono progressivamente ampliati.

L'autonomia tecnico-professionale, con le connesse responsabilità, si esercita nel rispetto della collaborazione multiprofessionale, nell'ambito di indirizzi operativi e programmi di attività promossi, valutati e verificati a livello dipartimentale ed aziendale, finalizzati all'efficace utilizzo delle risorse e all'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità.

Tradizionalmente, la progressione di carriera nell'ambito delle realtà della Pubblica Amministrazione coincide con l'assunzione di crescenti responsabilità manageriali, coincidenti con l'attribuzione di incarichi di struttura sempre più rilevanti; a questo sistema l'Azienda intende affiancare un modello che prevede due percorsi di carriera dirigenziale paralleli (**dual ladder**):

- percorso manageriale tradizionale (incarichi di struttura);
- percorso di carriera su base tecnico-professionale (incarichi di natura professionale).

Tale sistema presuppone un percorso di graduazione e pesatura dei diversi incarichi individuati nell'organizzazione aziendale, ai quali devono essere attribuiti livelli retributivi che si rapportano al ruolo, alle funzioni e alle responsabilità; alla luce di ciò, gli incarichi di natura professionale potranno avere una graduazione e pesatura tali da garantire una efficace valorizzazione dell'incarico svolto, paragonabile, in termini economici, agli incarichi di struttura.

Nel sistema così definito, ai due percorsi di carriera sono attribuiti ruoli, funzioni e responsabilità tra loro paralleli e complementari.

Al titolare di incarico di Struttura, con livelli progressivi in base alla tipologia di struttura affidata (Semplice, Semplice Dipartimentale, Complessa, Dipartimento, Macroarea):

- attribuzione dei compiti di gestione complessiva della struttura affidata;
- organizzazione complessiva delle risorse umane, tecniche e strumentali affidate;
- discussione degli obiettivi e delle risorse della Struttura, nell'ambito del sistema di budget;
- raccordo con i livelli direzionali dell'Azienda nelle fasi di programmazione, gestione e controllo dell'andamento aziendale (per i titolari di Struttura Complessa, Dipartimento e Macroarea).

Al titolare di incarico professionale:

- responsabilizzazione tecnico/professionale sulle funzioni assegnate;
- coordinamento delle risorse umane assegnate;
- gestione delle risorse tecnico/strumentali funzionali all'incarico ricoperto;
- raccordo con il titolare di incarico di struttura nelle fasi di programmazione, gestione e controllo dell'andamento della struttura medesima.

In tale ambito l'organizzazione dell'attività e dei compiti si coniuga con l'articolazione–aggregazione sui macro livelli, la rete dei ospedaliera, la rete territoriale, la rete della prevenzione.

### **Criteri e modalità di conferimento degli incarichi**

L'Azienda mediante il conferimento degli incarichi tende a realizzare modalità di organizzazione e di funzionamento delle proprie Strutture riconducibili ai principi di efficienza, efficacia, economicità, qualità, responsabilizzando le risorse professionali e garantendo autonomia organizzativa e gestionale.

Le tipologie di incarico conferibili alla Dirigenza sono i seguenti:

- Incarico di Direttore di Area Integrata/Dipartimento;
- Incarico di Direttore di Struttura Complessa;
- Incarico di Responsabile di Struttura Semplice;
- Incarico di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo;
- Incarico di natura professionale conferibile ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

I criteri e le modalità di conferimento degli incarichi sono effettuati sulla base della normativa nazionale e regionale vigente, nonché dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro a seguito delle ridefinizioni con le Organizzazioni Sindacali.

L'A.S.L. TO4 disciplina attraverso apposito Regolamento, modalità e criteri di conferimento degli incarichi e meccanismi di valutazione del personale dirigente

In particolare sono recepite le disposizioni regionali che definiscono i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di Direzione di Struttura Complessa di cui alla D.G.R.14-6180 del 29 luglio 2013 nonché quelle che definiscono le modalità per la verifica annuale e finale dei dirigenti medici e sanitari.

Tutti gli incarichi dirigenziali sono conferiti con Atto del Direttore Generale e con stipula del conseguente contratto che ne disciplina la durata, avuto riguardo ai principi di valutazione delle posizioni dirigenziali con apposito Atto, nel rispetto delle disposizioni di legge e delle norme contenute nei C.C.N.L.

### **Valutazione del personale**

L'Azienda realizza, in conformità con quanto specificatamente previsto dalla normativa vigente e richiesto dal quadro contrattuale in atto, una gestione meritocratica del personale a tutti i livelli, adottando sistemi di valutazione equi e trasparenti.

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

In sintonia con quanto previsto dalla normativa vigente, si adotta un processo di valutazione gestito e garantito dalla linea gerarchica e, nel contempo, atto a verificare e sviluppare:

- le capacità gestionali, con particolare riferimento ai rapporti con l'utenza, alla disponibilità collaborativa, alla integrazione professionale, alla comunicazione intra ed extra aziendale;
- le capacità di aggregazione del consenso sui valori e sugli obiettivi assunti dall'Azienda;
- le capacità di conseguire risultati coerenti con gli obiettivi aziendali;
- le capacità di gestione delle risorse umane, finanziarie e professionali;
- una riconosciuta sensibilità alle strategie dell'umanizzazione ed alla tutela dell'utenza;
- la partecipazione ad attività di formazione permanente e di aggiornamento professionale.

Per i Dirigenti, la valutazione delle attività professionali è demandata al Collegio Tecnico, mentre la valutazione dei risultati conseguiti è affidata al Nucleo di Valutazione, nelle more della costituzione dell'O.I.V., con le modalità, la periodicità e gli effetti stabiliti con regolamenti aziendali, conformemente alla normativa vigente ed C.C.N.L.

Per il personale del Comparto, le modalità, le periodicità e gli effetti della valutazione sono stabiliti conformemente a quanto previsto dai CCNL.

Il sistema delle responsabilità disciplinari del personale del comparto e della dirigenza sono contenuti in apposito Regolamento interno, in conformità alla normativa vigente.

### **Esplicitazione del livello di autonomia gestionale e tecnico professionale delle unità organizzative e deleghe**

Allo scopo di migliorare ed accrescere l'efficienza dell'azione amministrativa, è fondamentale pervenire ad uno snellimento organizzativo, che passa sicuramente attraverso un più efficace esercizio delle attribuzioni dei dirigenti.

I Dirigenti Responsabili di Struttura, pertanto, provvedono, ciascuno per quanto di competenza e nell'ambito delle risorse assegnate, all'adozione di atti e provvedimenti amministrativi che impegnano l'amministrazione anche verso l'esterno, sulla base delle deleghe ricevute. Il soggetto delegato ha la piena responsabilità, a qualsiasi effetto interno ed esterno all'Azienda degli atti compiuti.

Gli atti posti in essere dai Dirigenti assumono la forma di Determinazione Dirigenziali.

Con apposito Regolamento adottato dal Direttore Generale sono indicate le modalità di adozione, la forma, le modalità di controllo e di tenuta delle Determinazioni Dirigenziali, fermo restando che il

Direttore Generale, nell'ambito dell'attività di controllo ha il potere, nel rispetto dei principi generali dell'ordinamento, di annullare d'ufficio ovvero revocare gli atti e i provvedimenti amministrativi ritenuti illegittimi o inopportuni, adottati dai Dirigenti.

### **Contingente numerico di Strutture organizzative aziendali: adeguamento agli standard nazionali**

La definizione del contingente numerico di Strutture Aziendali dell'A.S.L TO 4 è conforme agli standard minimi per l'individuazione di Strutture semplici e complesse del Servizio Sanitario Nazionale ex art. 12, comma 1, lett. b), Patto per la salute 2010-2012, approvati, dal Comitato permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse, in data 26.03.2012, che risultano i seguenti:

- Strutture Complesse Ospedaliere: 17,5 posti letto Struttura complessa ospedaliera;
- Strutture Complesse Non Ospedaliere (Strutture dell'area professionale, tecnica ed amministrativa e Strutture sanitarie territoriali): 13.515 residenti per Struttura Complessa non ospedaliera;
- Strutture Semplici: 1,31 Strutture semplici per Struttura Complessa;

Il rispetto dei suddetti parametri viene valutato complessivamente, con riguardo alle A.S.L. TO2 e TO4 che insistono nell'Area Interaziendale di coordinamento, identificata fino alla modifica legislativa dell'art. 23 della legge regionale 18/2007, di cui al DDLR n. 359 del 10.09.2003 e dei successivi provvedimenti attuativi, relativamente all'area territoriale corrispondente alla Federazione Sovrazonale Piemonte Torino Nord.

Le Strutture operative di natura sovrazonale previste da disposizioni nazionali o regionali, ove esercitino la relativa funzione per ambiti più vasti dell'area territoriale del pertinente ambito aziendale di coordinamento, sono computate, ai fini dell'applicazione dei parametri standard, a livello regionale.

Per le Strutture ospedaliere l'applicazione dei parametri è stata effettuata con riferimento ai posti letto programmati.

Il numero dei Dipartimenti individuati non supera il limite massimo del 15% delle Strutture complesse della pertinente area di coordinamento sovrazonale, escludendo dal computo il Dipartimento di Prevenzione essendone espressamente e specificamente disciplinata, ai sensi degli art. 7 ss. del D. lgs 502/92 s.m.i., composizione e costituzione in ogni A.S.L.

### **Raccordo tra A.S.L. TO 4 ed Area Sovrazonale**

Il DDLR del 10.09.2013 prevede il superamento delle Federazioni Sovrazonali, e nello specifico della Federazione Sovrazonale Piemonte Torino Nord, individuando quale ambito ottimale per la cooperazione interaziendale a livello sovrazonale, l'Area Interaziendale di Coordinamento.

Nelle more dell'approvazione della disciplina legislativa di modifica dell'art. 23 L.R. 18/2007 e dei successivi provvedimenti attuativi, l'Area Interaziendale di Coordinamento si identifica, ai fini della valutazione del rispetto degli standard ministeriali, con l'Area Sovrazonale corrispondente alla Federazione di riferimento.

Per la definizione della Rete Ospedaliera, in linea con gli indirizzi regionali, l'individuazione delle Strutture è stata valutata e pesata in ambito Sovrazonale con l'Azienda Sanitaria To2, afferente alla stessa Area, nel rispetto degli standard definiti.

Relativamente all'ambito territoriale, nella definizione delle Strutture extra-ospedaliere, le AA.SS.LL. TO2 e TO4 hanno armonizzato il numero complessivo di Strutture nel rispetto degli standard definiti.

Sempre in ambito di Area Sovrazonale sono stati identificati gli ambiti dei Coordinamenti Interaziendali, per i quali si rinvia al capitolo specifico.

## **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.

### **Programmazione**

Per programmazione si intende un processo continuo di previsione di risorse e di servizi che permetta di raggiungere determinati obiettivi secondo un ordine di priorità stabilito.

La programmazione sanitaria deve quindi caratterizzarsi per la capacità di individuare, rispetto al quadro sanitario rilevato, i determinanti e le tendenze più significative che producono effetti sulla salute della popolazione, calibrando su di essi l'allocazione delle risorse.

La programmazione deve progettare prevedendo gli effetti delle azioni individuate e la loro efficacia attesa, decidendo la quantità delle risorse più adatte alle particolari situazioni sanitarie del territorio di riferimento.

Si tratta, quindi, di realizzare, una programmazione aziendale articolata su due livelli:

- uno in linea con le macro politiche sanitarie nazionali e regionali;
- l'altro con le proposte tecnico-operative provenienti dalle Strutture produttive e dai loro livelli di responsabilità.

### **Governo e gestione dell'Azienda**

Il governo e la gestione dell'Azienda si basano sulla definizione degli obiettivi di salute, di assistenza e di gestione che orientino in modo preciso le scelte verso i bisogni prioritari della popolazione, ottimizzando l'impiego delle risorse disponibili.

La gestione per obiettivi diffusi e integrati fra i differenti livelli dell'Azienda coinvolge tutti i centri di responsabilità e rappresenta il fattore unificante del sistema e delle sue macro e micro articolazioni.

### **Sistema di budget**

Il sistema di budget, in particolare, rappresenta, per tutti i livelli di responsabilità coinvolti, lo strumento per individuare i principali obiettivi e le specifiche azioni necessarie per realizzarli, definendone allo stesso tempo le risorse necessarie per il loro perseguimento.

L'Azienda, attraverso il metodo della pianificazione strategica, correla gli obiettivi predeterminati e le decisioni assunte a livello organizzativo per il loro conseguimento.

Il processo di pianificazione è articolato in modo integrato e flessibile in fasi successive:

- l'individuazione degli obiettivi prioritari di intervento nel quadro delle indicazioni della programmazione sanitaria nazionale e regionale e la definizione delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi nei limiti delle disponibilità effettive;
- la conseguente attivazione dei programmi di intervento predisposti e quella del "controllo" dei risultati conseguiti (intermedi e finali) a conferma o modifica del processo in relazione agli indici di accostamento-scostamento verificati nel raffronto obiettivi/risultati.

Il processo di budget consente di individuare, per ciascun livello dei centri di responsabilità previsti dal modello organizzativo dell'Azienda, obiettivi di risultato e di efficienza specifici per l'attuazione delle scelte della programmazione, previa assegnazione delle risorse da mettere a disposizione ai fini del conseguimento degli stessi nel periodo di tempo previsto.

Il processo di budget consente l'integrazione fra la Direzione Generale e tutte le articolazioni organizzative all'interno dell'Azienda, mediante la responsabilizzazione diretta dei professionisti e identificando nel contributo partecipativo degli stessi lo strumento essenziale per la qualificazione dell'offerta di servizio e per le realizzazioni delle finalità istituzionali.

All'attività di programmazione, gestione e controllo è funzionale il sistema di reporting, che consente di analizzare e confrontare obiettivi prestabiliti e risultati conseguiti, indirizzando verso eventuali azioni correttive.

### **Sistema premiante**

Il Sistema Premiante è l'ambito operativo dell'Azienda volto ad allineare il comportamento delle risorse umane alle aspettative dell'organizzazione, incentivando i comportamenti desiderati e disincentivando quelli non desiderati.

Tale sistema è considerato parte del più ampio sistema di gestione e sviluppo delle risorse umane.

Il sistema premiante può svolgere la sua funzione quando l'applicazione degli incentivi e disincentivi avvenga sulla base di criteri oggettivi, in funzione dei comportamenti organizzativi tenuti (o, agiti) dal personale o dei risultati dallo stesso conseguiti.

Ne consegue la necessità di una stretta integrazione del sistema incentivante con il sistema di valutazione del personale e, più precisamente, con le componenti di quest'ultimo deputate alla valutazione delle prestazioni.

In A.S.L. TO 4 si adotta la metodica nota come management by objectives (MbO), per cui l'integrazione viene estesa anche al sistema di pianificazione e controllo.

### **Disciplina dei controlli interni e sistema dei controlli**

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

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 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 demandato 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 al Nucleo di Valutazione 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.

### **Servizi Socio-Assistenziali**

Il Distretto è il centro di riferimento sanitario e socio – sanitario in grado di fornire le risposte disponibili sia da parte del Servizio Sanitario Regionale sia da parte dei Servizi Socio-Assistenziali gestiti in forma associata il cui ambito ottimale di gestione viene individuato proprio nei Distretti sanitari.

La costituzione di momenti di programmazione comuni, l'assunzione di impegni reciproci nel processo programmatorio unitario fra Distretti e servizi socio assistenziali, con la definizione del programma delle attività territoriali e del Piano di zona, puntano alla realizzazione di un sistema integrato sanitario e socio sanitario.

Il Direttore dei Servizi Socio-Assistenziali partecipa di diritto all'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali, al fine di garantire un coordinamento tecnico operativo tra le attività socio sanitarie di competenza dell'A.S.L. e quelle socio-assistenziali di competenza dei Comuni.

### **Programmazione Socio–Sanitaria a livello locale**

Oltre ai già citato processo di budget, sono strumenti della Programmazione Socio – Sanitaria a livello locale:

- la Relazione Socio–Sanitaria Aziendale;
- La Relazione sulla Performance.

### **Relazione Socio-Sanitaria**

La Relazione Socio-Sanitaria è lo strumento di accertamento e documentazione dei risultati raggiunti, in rapporto agli obiettivi definiti dalla programmazione socio sanitaria regionale e aziendale.

La relazione è predisposta dal Direttore Generale entro il 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento ed è trasmessa dall'A.S.L. alla Giunta regionale e alla Conferenza dei Sindaci.

### **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).

È un Documento programmatico annuale/biennale/triennale in cui, in coerenza con le risorse assegnate, sono esplicitati gli obiettivi, gli indicatori ed i target.

La Relazione sulla Performance costituisce lo strumento mediante il quale l'Azienda illustra annualmente a tutti gli stakeholder, interni ed esterni, i risultati ottenuti nel corso dell'anno precedente, concludendo in tal modo il ciclo di gestione della performance.

La Relazione evidenzia a consuntivo i risultati organizzativi raggiunti rispetto ai singoli obiettivi programmati e alle risorse.

### **Disciplina della funzione qualità e Sistema Qualità Aziendale**

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 supportabili 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 a titolo esemplificativo:

- il Regolamento di gestione e amministrazione del patrimonio;
- il Regolamento per il funzionamento del Collegio di Direzione;
- il Regolamento sul funzionamento del Consiglio dei Sanitari;
- il Regolamento per l'organizzazione ed il funzionamento delle Aree Integrate e dei Dipartimenti;
- il Regolamento per l'organizzazione ed il funzionamento dei Distretti;
- 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;
- 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.

### **Gestione e valorizzazione delle risorse umane**

La valenza della mission e dei compiti primari dell'Azienda, l'ampiezza e il livello di complessità dell'organizzazione e della gestione, le specificità del suo sistema produttivo, l'impegno previsto dalla pratica del governo clinico e le scelte di decentramento e di coinvolgimento gestionale dei professionisti, fanno della risorsa umana il fattore critico e strategico del sistema.

L'obiettivo della centralità del cittadino, della "cura della persona" sul piano delle tecniche sanitarie, del rispetto pieno dei suoi diritti, della soddisfazione delle sue aspettative è veicolato per intero dai professionisti e dagli operatori, in particolare dal loro stile di relazione con gli utenti.

L'Azienda mira, quindi, ad acquisire la collaborazione di professionisti e operatori fortemente qualificati e a sviluppare le capacità delle risorse umane della Struttura, in particolare nell'area dell'assistenza

alla persona, per mettere a disposizione del cittadino un sistema di competenze in grado di tutelare al meglio i diritti e bisogni di benessere della persona.

L'Azienda è fortemente orientata allo sviluppo professionale del personale, inteso come incremento delle conoscenze, delle capacità, della consapevolezza e della disponibilità ad assumere responsabilità.

L'Azienda mette in atto, quindi, tutte le iniziative e le azioni possibili utili alla crescita dei livelli di qualità e di "maturità" professionale di tutte le risorse umane della Struttura, dagli operatori di base, ai vertici aziendali. Particolare attenzione viene posta all'addestramento, all'aggiornamento e alla formazione del personale, quali fattori fondamentali della crescita professionale.

Nell'ambito dell'organizzazione dell'Azienda, le risorse umane rappresentano il capitale principale e lo strumento attraverso il quale garantire il raggiungimento della missione aziendale.

L'Azienda progetta e sviluppa un sistema di organizzazione fondato su criteri di gestione delle risorse umane ed ispirato ai seguenti principi e valori:

- valorizzazione dell'autonomia professionale;
- responsabilizzazione;
- collaborazione e condivisione delle strategie, dei programmi e dei singoli obiettivi;
- lavoro di gruppo;
- propositività e disponibilità al cambiamento.

L'Azienda, inoltre, adotta sistemi di gestione atti a sviluppare le competenze di tutte le risorse professionali nell'organizzazione, per mezzo del sistema formativo, di sistemi di valutazione delle competenze e di valutazione delle prestazioni.

Il sistema di incentivazione è riferito a obiettivi attribuiti dalla Direzione Generale ai responsabili delle Strutture e alla verifica del raggiungimento dei risultati, condizione necessaria per l'erogazione dei compensi, è affidata al Nucleo di Valutazione.

Il sistema di incentivazione è oggetto di specifica normativa interna all'Azienda.

### **Contratti: principi generali**

L'A.S.L. TO 4 assume quale obiettivo strategico della gestione degli acquisti di beni e servizi, la qualità dei prodotti acquisiti e la razionalizzazione della spesa, da conseguire attraverso il miglioramento della capacità contrattuale e la concentrazione organizzativa delle Strutture preposte e delle procedure di affidamento delle forniture.

L'affidamento e l'esecuzione di opere e lavori pubblici, servizi e forniture deve garantire la qualità delle prestazioni e svolgersi nel rispetto dei principi di economicità, efficacia, tempestività e correttezza; l'affidamento deve altresì rispettare i principi di libera concorrenza, parità di trattamento, non discriminazione, trasparenza, proporzionalità, nonché quello di pubblicità, con le modalità indicate nel D. lgs. 163/2006 (Nuovo Codice degli Appalti) e nei relativi regolamenti di esecuzione, in attuazione delle direttive comunitarie di riferimento in materia di contratti pubblici.

Il principio di economicità può essere subordinato, entro i limiti espressamente previsti dalla normativa vigente, ai criteri, previsti dal bando di gara, ispirati a esigenze sociali, nonché alla tutela della salute e alla promozione dello sviluppo sostenibile.

L'Azienda pone particolare attenzione all'affidamento dei servizi alla persona, sia per le modalità di aggiudicazione, anche in riferimento alla normativa vigente, sia per l'applicazione della D.G.R. n. 79-2953, del 22.05.2006 "Atto di indirizzo per regolamentare i rapporti tra gli enti Locali e il Terzo Settore".

### **Acquisizione di lavori, beni e servizi e formalizzazione dei Contratti**

I Contratti aventi ad oggetto l'esecuzione di lavori o l'affidamento di forniture di beni e servizi, il cui importo risulti superiore al valore soglia stabilito dalla normativa comunitaria e recepito dalla vigente legislazione nazionale, sono aggiudicati nel rispetto della medesima normativa.

L'aggiudicazione viene disposta con atto deliberativo del Direttore Generale, che recepisce le risultanze di gara contenute nei verbali stilati dal seggio di gara o, nel caso di aggiudicazioni disposte

sulla base della combinazione dei punteggi qualità/prezzo, di quanto stabilito nei verbali dalle Commissioni Giudicatrici appositamente nominate.

A seguito dell'intervenuta esecutività dell'atto deliberativo, dell'acquisizione della prevista documentazione amministrativa e delle verifiche prescritte dalla vigente normativa a carico dell'Amministrazione appaltante, la medesima Amministrazione e la Ditta aggiudicataria sottoscrivono, nei termini di legge, apposita scrittura privata nella quale sono riportati i contenuti fondamentali del contratto concluso.

I Contratti aventi ad oggetto l'esecuzione di lavori o l'affidamento di forniture di beni e servizi, il cui importo risulti inferiore al valore soglia stabilito dalla normativa comunitaria e recepito dalla vigente legislazione nazionale, seguono la disciplina semplificata prevista dagli artt. 121-124 del D. lgs. 163/2006 e s.m.i.

### **Contratti esclusi**

L'affidamento dei Contratti pubblici aventi ad oggetto lavori, servizi e forniture, esclusi, in tutto o in parte dall'applicazione delle norme contenute nel Codice degli Appalti ai sensi di quanto previsto dalla medesima normativa, deve avvenire comunque nel rispetto dei principi di economicità, efficacia, imparzialità, parità di trattamento, trasparenza e proporzionalità. L'Amministrazione procede, sulla base dei principi sopra richiamati, all'invito di almeno 5 operatori economici, se compatibile con l'oggetto dell'appalto, individuati con provvedimento motivato.

### **Acquisizioni in economia**

Le acquisizioni in economia di beni, servizi e lavori possono essere effettuate dall'Amministrazione nei casi ed entro i limiti specificamente indicati nel Regolamento aziendale di applicazione dell'art. 125 del D. lgs. 163/2006 e s.m.i..

Le Strutture aziendali autorizzate ad effettuare acquisti in economia sono le seguenti:

- Approvvigionamento e Logistica;
- Tecnico;
- Ingegneria Clinica;
- Sistemi Informativi ed Informatici;
- Farmacie.

### **Indagini di mercato**

I Servizi aziendali indicati al precedente articolo effettuano periodicamente presso Aziende Sanitarie, non solo regionali, indagini di mercato finalizzate a verificare la congruità dei prezzi di aggiudicazione o degli importi stimati da prevedere in occasione dei bandi di gara.

### **Casi particolari**

Le disposizioni dettate dagli articoli precedenti possono non trovare applicazione, in ottemperanza a quanto consentito dalla normativa vigente, nei seguenti casi:

- qualora, in esito all'esperimento di una procedura aperta o ristretta, non sia stata presentata nessuna offerta, o nessuna offerta appropriata o nessuna candidatura;
- qualora, per ragioni di natura tecnica o artistica ovvero attinenti alla tutela di diritti esclusivi, il contratto possa essere affidato unicamente ad un operatore determinato;
- nella misura strettamente necessaria, quando l'estrema urgenza, risultante da eventi imprevedibili per l'Amministrazione, non è compatibile con i tempi imposti dalle ordinarie procedure.

Per i Contratti pubblici relativi a forniture:

- qualora i prodotti oggetto del contratto siano fabbricati esclusivamente a scopo di sperimentazione;
- nel caso di consegne complementari effettuate dal fornitore originario e destinate al rinnovo parziale di forniture o di impianti di uso corrente o all'ampliamento di forniture o impianti esistenti, qualora il cambiamento di fornitore determinerebbe incompatibilità o difficoltà tecniche sproporzionate;

- per forniture quotate e acquistate in una borsa di materie prime;
- per l'acquisto di forniture a condizioni particolarmente vantaggiose, in caso di cessazione di attività commerciale o di procedure concorsuali.

Per i Contratti pubblici relativi a lavori e servizi:

- per lavori o servizi complementari, che siano divenuti necessari all'esecuzione dell'opera o del servizio oggetto del contratto iniziale, purché di valore complessivo non superiore al 50% del valore del Contratto iniziale;
- per nuovi servizi consistenti nella ripetizione di servizi analoghi già affidati all'operatore economico aggiudicatario del contratto iniziale, a condizione che tali servizi siano conformi ad un progetto di base oggetto di un primo contratto aggiudicato secondo una procedura aperta o ristretta.

In tutti i casi sopra indicati, l'Amministrazione può procedere ad aggiudicare contratti pubblici mediante procedura negoziata, con provvedimento deliberativo del Direttore Generale, appositamente e debitamente motivato.

### **Durata dei Contratti**

La durata dei Contratti viene determinata in ragione dell'oggetto degli stessi e delle valutazioni sulle eventuali evoluzioni del mercato.

Il rinnovo può essere esercitato nei limiti previsti dalla normativa vigente, purché espressamente previsto negli atti della procedura di gara, con appositi provvedimenti motivati del Direttore Generale.

La proroga dei contratti deve essere disposta con atto deliberativo del Direttore Generale, nel quale vengano esplicitamente indicate le relative motivazioni.

### **Sistema delle relazioni**

L'A.S.L. si impegna a dare concreta attuazione alle concertazioni che la Regione effettua con le varie rappresentanze sindacali, associazioni di categoria, Aziende di servizi e rappresentanze dei cittadini, così come previsto dalla L.R. n. 18 del 6/8/2007 "Norme per la programmazione socio sanitaria e riassetto del Servizio Sanitario Regionale".

### **Relazioni con gli Enti Locali**

La necessità di un sistema di relazioni stabili e significative tra l'A.S.L., le sue articolazioni e gli Enti Locali territoriali non è solo un obbligo di legge previsto dalla L.R. n. 18/07 (Conferenza dei Sindaci, Comitato dei Sindaci), ma è una condizione preliminare per garantire un adeguato e omogeneo governo della salute sul territorio di riferimento dell'Azienda.

La partecipazione degli Enti Locali alla definizione delle linee programmatiche e all'organizzazione dei servizi socio sanitari in relazione ai bisogni assistenziali della popolazione, tenendo conto degli indicatori dello stato di salute della popolazione medesima, sono la base per un sistema di relazioni tra l'A.S.L. e gli Enti Locali.

La ricerca e lo sviluppo di soluzioni organizzative innovative ed efficaci saranno realizzati garantendo la massima integrazione tra gli Enti Locali e i Servizi Socio-Sanitari territoriali e ospedalieri.

### **Relazioni con le Organizzazioni Sindacali**

Lo sviluppo del sistema delle relazioni sindacali è uno degli strumenti indispensabili per garantire la realizzazione degli obiettivi posti all'Azienda con il pieno coinvolgimento delle Organizzazioni Sindacali, sia in relazione alla qualità delle prestazioni, sia all'efficacia/efficienza dell'azione gestionale.

Conseguentemente, le relazioni sindacali sono orientate su due direttrici fondamentali:

- una di livello aziendale, sulle politiche che l'Azienda intende perseguire;
- l'altra di livello locale, per la gestione delle problematiche interne.

La scelta di mantenere due diversi livelli di contrattazione decentrata per la sottoscrizione di intese e accordi aventi valenza locale deve esser orientata affinché l'Azienda formuli indirizzi comuni indispensabili, per un'omogenea ed equa gestione degli istituti contrattuali.

La pluralità dei momenti di confronto, del rispetto delle prerogative di ciascun soggetto sono regolate con specifici protocolli di relazioni sindacali che snelliscano l'azione gestionale, costituendo un elemento di crescita e condivisione finalizzato alla realizzazione del comune obiettivo della qualità del servizio sanitario.

### **Azioni di informazione, accoglienza, tutela e partecipazione degli utenti**

Le linee strategiche della politica sanitaria che l'Azienda persegue hanno possibilità di essere sviluppate e trasformate in realizzazioni concrete solamente se il processo vede in ogni momento del suo evolvere il pieno coinvolgimento del cittadino utente, che da oggetto dell'assistenza del Servizio Sanitario diventa sempre più anche soggetto competente, in grado di determinarla e di parteciparvi attivamente.

Lo stesso accesso ai servizi e la loro utilizzazione sono fortemente condizionati dal grado di conoscenza che i cittadini hanno circa le loro caratteristiche e il loro funzionamento.

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

L'informazione, sistematica e tempestiva, anche attraverso il sito internet aziendale, ha lo scopo di favorire un utilizzo appropriato dei servizi e delle prestazioni sanitarie, così come di indurre un consenso effettivamente informato ai trattamenti e permettere l'esercizio della facoltà di scelta nel rispetto delle regole del gioco.

La formazione può agire concretamente nel perseguire obiettivi di salute e di prevenzione, laddove debbono essere assunti comportamenti e stili di vita individuali più sani e sicuri o deve essere adottato un approccio all'ambiente collettivo tale da tutelarne gli aspetti di salubrità.

La partecipazione rappresenta uno strumento essenziale per la definizione degli obiettivi di salute e consente scelte programmatiche condivise, tanto più necessarie con l'evolversi dei rischi, col moltiplicarsi e col progressivo differenziarsi dei bisogni di salute, che determinano la necessità, sempre più pregnante, di un utilizzo oculato di risorse disponibili non illimitate.

In merito a quanto sopra detto, l'Azienda, tende ad assicurare:

- i controlli di qualità da parte dei cittadini, specie con riferimento ai percorsi di accesso ai servizi;
- la promozione della sperimentazione e l'utilizzo di indicatori di qualità dei servizi dal lato dell'utenza;
- la sperimentazione di modalità di raccolta e di analisi dei "segnali di disservizio";
- la garanzia che l'operato dei propri dipendenti sia sempre improntato ai principi dell'etica pubblica, alla trasparenza, all'imparzialità e alla centralità del cittadino.

Strumenti di informazione e tutela sono sia la Carta dei Servizi sia il sito internet aziendale.

La Direzione Generale si avvale di un Ufficio Relazioni Esterne e di un Ufficio di Comunicazione le cui competenze sono dettagliate nel piano di organizzazione.

### **Tutela della privacy**

L'Azienda, alla luce del D. lgs. 30.06.2003 n. 196, ha individuato, con un Regolamento formalizzato, le misure minime 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**

### **Attuazione della potestà regolamentare**

La Direzione Aziendale si propone di attuare, in aggiunta ai Regolamenti esplicitamente indicati nel presente Atto, ulteriori Regolamenti nonché protocolli o manuali attuativi per disciplinare materie di particolare interesse per il miglioramento del funzionamento delle Strutture gestite e dei servizi resi alla cittadinanza.

I Documenti di cui al precedente comma sono adottati dal Direttore Generale, sentite le istituzioni e/o le rappresentanze dei cittadini e/o degli operatori di volta in volta interessati.

### **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. del Piemonte n. 16-6418 del 30.09.2013

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.

La struttura organizzativa dell'Azienda ed i meccanismi operativi di funzionamento che garantiscono l'applicazione dei principi descritti nell'Atto, appartengono al processo di programmazione, e come tali sono oggetto di evoluzione continua in funzione delle dinamiche di sviluppo dell'Azienda.

In tale ambito pertanto le modifiche organizzative che non comportano una variazione del numero di Strutture previste nel presente Atto Aziendale non sono soggette a procedimento di verifica da parte della Regione.

## 7. RIFERIMENTI

- D.G.R. n. 80-1700 del 11.12.2000. Deliberazione della Giunta Regionale 11 dicembre 2000, n. 80 - 1700 Art. 3, comma 1 - bis del. D. lgs 502/1992 e s.m.i. Principi e criteri per l'adozione dell'Atto Aziendale, per l'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende Sanitarie Regionali
- D.C.R. n. 167-14087 del 3 aprile 2012. Approvazione del Piano socio-sanitario regionale 2012-2015 ed individuazione della nuova Azienda ospedaliera Città della Salute e della Scienza di Torino e delle Federazioni Sovrazonali
- D.G.R. n. 44-1615 del 28.02.2011. Adozione dell'Addendum al Piano di rientro e al Programma attuativo, commi da 93 a 97, della legge 23 dicembre 2009 n. 191
- D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012. Approvazione principi e criteri per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie regionali e applicazione parametri standard per l'individuazione di Strutture semplici e complesse, ex art. 12, comma 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012
- D.G.R. n. 6-5519 del 14.03.2013. Programmazione sanitaria regionale. Interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione della D.C.R. n. 167-14087 del 03.04.2012 (P.S.S.R. 2012-2015)
- D.G.R. n. 16-6418 del 30.09.2013 Modifiche ed integrazioni alla D.G.R. n. 21-5144 "Approvazione principi e criteri per l'organizzazione delle Aziende Sanitarie regionali e applicazione parametri standard per l'individuazione di Strutture Semplici e Complesse, ex art. 12, comma 1, lett. b) Patto per la Salute 2010-2012 – Allegato n. 1"