

AZIENDA SANITARIA LOCALE T04

ATTO AZIENDALE
VERSIONE DEFINITIVA

INDICE

	pag.
<u>Il contesto</u>	4
<u>TITOLO I – DISPOSIZIONI GENERALI</u>	
Art. 1 Sede legale	7
Art. 2 Logo aziendale	7
Art. 3 Patrimonio	7
Art. 4 Scopo e “missione” dell’Azienda	8
<u>TITOLO II – ORGANI AZIENDALI, ORGANISMI COLLEGIALI E RELATIVE ATTRIBUZIONI</u>	
Art. 5 Il Direttore Generale	11
Art. 6 Il Collegio Sindacale	12
Art. 7 Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo	12
Art. 8 Il Collegio di Direzione	14
Art. 9 Il Consiglio dei Sanitari	15
Art. 10 La Conferenza dei Sindaci	16
Art. 11 La Rappresentanza dei Sindaci	17
Art. 12 Comitato dei Sindaci di Distretto	17
Art. 13 Le prerogative delle Organizzazioni Sindacali	17
Art. 14 Conferenza degli organismi di rappresenta degli utenti	18
Art. 15 Enti gestori	18
<u>TITOLO III – ASPETTI ORGANIZZATIVI DELL’AZIENDA</u>	
Art. 16 Il Piano di organizzazione aziendale	20
Art. 17 Strutture aziendali e articolazione organizzativa	20
Art. 18 Il livello centrale	23
Art. 19 La Direzione Integrata della Prevenzione	23
Art. 20 Il livello ospedaliero.....	24
Art. 21 La Direzione Integrata dell’Assistenza Ospedaliera	25
Art. 22 La Direzione Sanitaria di Presidio	26
Art. 23 Il Livello territoriale	26
Art. 24 La Direzione Integrata dell’Assistenza Distrettuale	27
Art. 25 I Distretti	28
Art. 26 Il livello della Prevenzione	32
Art. 27 Il Dipartimento della Prevenzione	32
Art. 28 Autonomia organizzativa e tecnico-professionale dei dirigenti. La delega	33
Art. 29 Tipologia e criteri di assegnazione degli incarichi dirigenziali	33

TITOLO IV – MODALITA' DI GESTIONE, CONTROLLO E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE

Art. 30	La programmazione	35
Art. 31	La gestione e la valorizzazione delle risorse umane	35
Art. 32	Le relazioni sindacali	36
Art. 33	I contratti – Principi generali	37
Art. 34	Acquisizione di lavori, beni e servizi e formalizzazione dei contratti	37
Art. 35	Contratti esclusi	38
Art. 36	Acquisizioni in economia	38
Art. 37	Indagini di mercato	38
Art. 38	Casi particolari	38
Art. 39	Durata dei contratti	39

TITOLO V – CONTROLLO

Art. 40	Principi generali del controllo interno	40
Art. 41	La valutazione e il controllo strategico	41
Art. 42	Il Collegio tecnico	41
Art. 43	Il Nucleo di valutazione	41
Art. 44	Il Collegio dei Sindaci	41
Art. 45	Il Servizio Ispettivo	42

TITOLO VI – ATTIVITA' DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Art. 46	Ufficio Relazioni con il Pubblico	43
Art. 47	Informazione e tutela	43
Art. 48	La regolamentazione interna	43

IL CONTESTO

L'A.S.L. TO4, istituita con D.C.R. n. 136-39452 del 22 ottobre 2007, nasce dall'accorpamento delle pregresse A.S.L. 6 di Cirié, 7 di Chivasso, 9 di Ivrea.

L'A.S.L. 6 di Cirié.

Era un'Azienda territoriale, che faceva riferimento ad un Territorio di 1.082 chilometri quadrati e ad una popolazione di 180.000 abitanti. Vi erano due Distretti (Cirié-Lanzo e Venaria-Pianezza-Druento) e tre Presidi ospedalieri (Cirié, Venaria e Lanzo);

Da tale territorio è stata successivamente fatta transitare la parte relativa a 6 comuni: Venaria, Pianezza, Druento, Givoletto, La Cassa e San Gillio corrispondenti ad uno dei distretti della ex A.S.L. 6 con al suo interno il Presidio Ospedaliero di Venaria, confluita per effetto della D.C.R. n. 163-3204 del 22.01.08 nella nuova A.S.L. TO3 a partire dal 1.1.2008.

L'A.S.L. 7 di Chivasso.

Era un'Azienda territoriale, che faceva riferimento ad un Territorio di 613 chilometri quadrati e ad una popolazione di 195.000 abitanti. Erano presenti tre Distretti (Chivasso, Settimo e San Mauro) e un unico Presidio ospedaliero (Chivasso).

L'A.S.L. 9 di Ivrea.

Era un'Azienda territoriale, che faceva riferimento ad un Territorio di 1.622 chilometri quadrati e ad una popolazione di 188.000 abitanti. Erano presenti due Distretti (Ivrea e Cuorigné) e tre Presidi ospedalieri (Ivrea, Cuorigné e Castellamonte).

L'estensione e la variabilità geografica della nuova A.S.L. accorpata sono senza dubbio notevoli, dall'hinterland torinese verso la Valle d'Aosta nella zona a nord e verso la Francia nella zona ad ovest.

Il numero di abitanti supera i 504.000, con modeste variazioni nelle tre A.S.L. la densità abitativa è più alta per l'A.S.L. di Chivasso, mentre l'A.S.L. di Ivrea ha una popolazione complessivamente più anziana, con un numero di ultra sessantacinquenni, un indice di vecchiaia e un indice di dipendenza elevato, anche rispetto alla media regionale. Tali indici sono invece più bassi rispetto alla media regionale nelle A.S.L. di Cirié e di Chivasso.

Il numero di Comuni è superiore nell'A.S.L. di Ivrea, dove è, peraltro, presente anche una componente di Comuni classificati come montani più rilevante.

I Comuni sono:

Agliè, Ala di Stura, Albiano, Alice Superiore, Alpette, Andrate, Azeglio, Bairo, Balangero, Baldissero, Balme, Banchette, Barbania, Barone, Bollengo, Borgaro Torinese, Borgiallo, Borgofranco d'Ivrea, Borgomasino, Bosconero, Brandizzo, Brosso, Brozolo, Brusasco, Burolo, Busano, Cafasse, Caluso, Candia, Canischio, Cantoira, Caravino, Carema, Casalborgone, Cascinette, Caselle Torinese, Castagneto Po, Castellamonte, Castelnuovo Nigra, Castiglione Torinese, Cavagnolo, Ceres, Ceresole Reale, Chialamberto, Chiaverano, Chiesanuova, Chivasso, Ciconio, Cintano, Cinzano, Cirié, Coassolo Torinese, Collettero Castelnuovo, Collettero Giacosa, Corio, Cossano, Crescentino, Cuceglio, Cuorigné, Favria, Feletto, Fiano, Fiorano, Foglizzo, Fontanetto Po, Forno Canavese, Frassinetto, Front, Gassino

Torinese, Germagnano, Groscavallo, Grosso, Ingria, Issiglio, Ivrea, Lanzo Torinese, Lamporo, Lauriano, Leinì, Lemie, Lessolo, Levone, Locana, Lombardore, Loranzé, Lugnacco, Lusigliè, Maglione, Mathi, Mazzè, Mercenasco, Meugliano, Mezenile, Monastero di Lanzo, Montalenghe, Montalto Dora, Montanaro, Monteu da Po, Noasca, Nole, Nomaglio, Oglianico, Orio, Ozegna, Palazzo, Parella, Pavone, Pecco, Perosa, Pertusio, Pessinetto, Piverone, Pont Canavese, Prascorsano, Pratiglione, Quagliuzzo, Quassolo, Quincinetto, Ribordone, Rivalba, Rivara, Rivarolo Canavese, Rivarossa, Robassomero, Rocca Canavese, Romano, Ronco, Rondissone, Rueglio, Salassa, Salerano, Saluggia, Samone, San Benigno Canavese, San Carlo Canavese, San Colombano, San Francesco al Campo, San Giorgio Canavese, San Giusto Canavese, San Martino, San Maurizio Canavese, San Mauro Torinese, San Ponso, San Raffaele Cimena, San Sebastiano Po, Scarmagno, Sciolze, Settimo Rottaro, Settimo Torinese, Settimo Vittone, Sparone, Strambinello, Strambino, Tavagnasco, Torrazza Piemonte, Torre Canavese, Trausella, Traversella, Traves, Usseglio, Vallo Torinese, Valperga, Valprato Soana, Varisella, Vauda Canavese, Verolengo, Verrua Savoia, Vestignè, Vialfrè, Vico, Vidracco, Villanova Canavese, Villareggia, Vische, Vistrorio, Viù, Volpiano.

Afferisce altresì all'A.S.L. TO4 la frazione Rivodora del Comune di Baldissero.

Quanto sopra si traduce, tra l'altro, in situazioni spesso difformi per i livelli assistenziali nei diversi contesti per quanto riguarda: bisogni sanitari della popolazione espressi e latenti, risorse presenti e da implementare, procedure operative, servizi erogati, sistemi informativi, sistemi di programmazione e controllo di gestione.

Sul Territorio insistono le seguenti Strutture sanitarie dell'A.S.L. TO4:

➤ **n. 6 Presidi Ospedalieri**

- Presidio Ospedaliero di Cirié
- Presidio Ospedaliero di Lanzo
- Presidio Ospedaliero di Chivasso
- Presidio Ospedaliero di Ivrea
- Presidio Ospedaliero di Cuorné
- Presidio Ospedaliero di Castellamonte

Nel corso del 2008 le Aziende Sanitarie Locali TO2 e TO4 hanno acquisito il pacchetto di maggioranza della Società S.I.A.S. Italia, Società proprietaria del Presidio Ospedaliero con caratterizzazione di post acuzie denominato "Hopital du Piemont", ora Ospedale di Settimo, con sede in Settimo Torinese; tale operazione rientra in un percorso di sperimentazione gestionale approvato dalla Regione Piemonte.

➤ **n. 6 Distretti**

- Distretto 1 di Cirié
- Distretto 2 di Chivasso
- Distretto 3 di Settimo
- Distretto 4 di S.Mauro
- Distretto 5 di Ivrea
- Distretto 6 di Cuorné

➤ **n. 11 RSA e n. 3 Hospice**

- RSA di Cirié
- RSA di Lanzo
- RSA di S. Maurizio
- RSA di Varisella
- RSA di Settimo T.se
- RSA di S.Mauro
- RSA di Foglizzo (di prossima apertura)
- RSA Saudino di Ivrea
- RSA di Caluso
- RSA di Valperga
- RSA di Pont
- Hospice di Lanzo
- Hospice di Salerano
- Hospice di Foglizzo (di prossima apertura)

TITOLO I

DISPOSIZIONI GENERALI

Art. 1 Sede legale

La sede legale dell'Azienda è individuata in Chivasso, Via Po n. 11.

Art. 2 Logo aziendale

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



Il Logo è rappresentativo del territorio delle tre ex A.S.L.: le montagne che contraddistinguono l'ex A.S.L. 6 e 9, i fiumi identificabili nello Stura che bagna il territorio dell'ex A.S.L. 6, il Po quello dell'ex A.S.L. 7, la Dora Baltea quello dell'ex A.S.L. 9.

La confluenza dei 3 fiumi in uno solo traduce uno degli elementi forti della mission aziendale: le tre Aziende unificate in una sola con l'obiettivo di uguali opportunità di risorse sanitarie per soddisfare in modo uniforme e coordinato il bisogno di salute.

Art. 3 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.

Art. 4 **Scopo e "missione" dell'Azienda**

L'Azienda Sanitaria Locale TO4 è azienda con personalità giuridica pubblica.

Agisce mediante atti di diritto privato nei limiti previsti dalla vigente normativa.

L'Azienda persegue le finalità di tutela della salute individuate dalle vigenti disposizioni normative e regolamentari.

Tali finalità sono perseguite attraverso interventi di tipo preventivo, diagnostico, terapeutico o riabilitativo. A tal fine l'A.S.L. ritiene di vitale importanza che l'operato di tutte le componenti dell'organizzazione nonché di ciascun operatore della stessa sia improntato ai seguenti principi ed obiettivi specifici:

➤ **Centralità del cittadino.** Nel rispetto dei reali bisogni di salute dei cittadini, delle normative vigenti e delle risorse a disposizione, l'A.S.L. TO4 persegue i seguenti obiettivi:

- garantire i livelli essenziali di assistenza;
- garantire su tutto il territorio dell'A.S.L. uguali opportunità attraverso una corretta allocazione delle risorse sanitarie per soddisfare in modo uniforme il bisogno di salute. L'accorpamento di tre Aziende Sanitarie diverse fra loro impegna in particolar modo l'Azienda nella ricerca di un modello di integrazione in grado di qualificare le tre A.S.L. accorpate su uno standard di servizi uniforme per quanto riguarda l'Assistenza Sanitaria Collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, l'Assistenza Distrettuale e l'Assistenza Ospedaliera; impegnarsi a valorizzare le eccellenze presenti all'interno dell'Azienda e a differenziare i Servizi in base a dimostrati bisogni specifici;
- garantire una corretta gestione degli accessi alle prestazioni: attraverso un sistema di prenotazione efficace ed efficiente, attraverso precisi percorsi sanitari, attraverso una corretta e precisa informazione;
- coprire le esigenze di sanità delle fasce più deboli e a rischio di salute (malati cronici, anziani, disabili, malati terminali, malati con pluripatologie).

Tutti i livelli di intervento sopra indicati sono perseguiti nel rispetto della dignità della persona e della sua privacy.

➤ **Qualità dei servizi.** La qualità dei servizi erogati rappresenta l'obiettivo primario per tutta l'organizzazione. Per qualità si intende la qualità globale, che consideri cioè tutte le sfaccettature di tale concetto: qualità tecnica delle prestazioni, efficacia, appropriatezza; ma anche attenzione agli aspetti di contorno della prestazione stessa (aspetti alberghieri, relazionali ecc.) perché fondamentali sono ritenuti anche gli aspetti di qualità percepibile dall'utente. In particolare l'A.S.L. TO 4 orienta il sistema qualità su quattro principi di riferimento:

1. efficacia ed appropriatezza clinica: a livello aziendale vengono sviluppati linee guida, percorsi diagnostici terapeutici ed assistenziali, protocolli e

procedure che hanno come riferimento scientifico l'evidence based medicine, l'evidence based nursing, l'evidence base health care. L'audit clinico ed assistenziale ovvero l'azione di valutazione sistematica degli esiti consente di evidenziare le principali criticità e di mettere in atto specifici interventi di ottimizzazione. Tale obiettivo verrà perseguito anche con l'adozione di una specifica funzione "Qualità" all'interno della organizzazione aziendale.

2. Sicurezza e gestione del rischio: nella consapevolezza che la valutazione e la gestione del rischio rappresentano un dovere etico irrinunciabile per un'organizzazione che opera nel campo della salute, l'A.S.L. TO4 si pone l'obiettivo di proteggere il cittadino/utente e gli operatori nei confronti di rischi prevedibili e prevenibili, anche prevedendo l'attivazione di apposita funzione di Risk Management
 3. Efficienza ed appropriatezza organizzativa: per offrire prodotti di salute di qualità al cittadino è necessario utilizzare al meglio le risorse a disposizione. In tale ottica l'A.S.L. TO4 persegue i seguenti obiettivi:
 - diminuire i ricoveri impropri negli ospedali potenziando e riorganizzando le risorse territoriali;
 - incrementare l'utilizzo dei day hospital e dei day surgery per rispondere in tempo reale alle esigenze di salute dei cittadini che presentano patologie trattabili con il ricovero ospedaliero ciclo diurno;
 - diminuire l'utilizzo improprio della specialistica e della diagnostica per abbattere le liste di attesa ed ottimizzare l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali;
 - diminuire la spesa farmaceutica attraverso una maggiore congruità tra patologia e trattamento per salvaguardare i diritti di salute di chi ha reali necessità sanitarie e reinvestire i risparmi in risorse sanitarie;
 - promuovere la prevenzione primaria, secondaria e terziaria.
 4. Soddisfazione degli utenti e degli operatori: il cliente (esterno ed interno) rappresenta il fondamentale interlocutore dell'Azienda anche attivando apposita funzione.
- **Continuità terapeutica.** L'Azienda assume come valore strategico e quindi come obiettivo da perseguire la continuità dei percorsi di cura.

Questa è da intendersi come quell'insieme di processi assistenziali che permettono, da un lato, la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura e, dall'altro, la integrazione massima dei singoli momenti, che si realizza praticamente attraverso l'uso integrato delle risorse necessarie, sia umane che strumentali o finanziarie.

I vantaggi che se ne ricavano sono rilevanti innanzitutto per l'assistito perché viene notevolmente migliorata l'accessibilità ai servizi, nell'ambito di percorsi senza soluzione di continuità, nei quali i cittadini sono orientati e guidati verso le soluzioni più adeguate ai problemi presentati.

Altrettanto significativi sono i benefici per la struttura perché si creano le condizioni migliori per integrare le necessarie competenze multidisciplinari ed i diversi profili professionali, oltre che configurare la struttura organizzativa e funzionale più adeguata per permettere l'utilizzo ottimale dei beni strumentali e delle risorse finanziarie disponibili.

La continuità dei percorsi di cura si realizza attraverso diversi momenti di integrazione: tra i servizi di guardia medica territoriale e la medicina generale, tra quest'ultima e l'assistenza domiciliare, nei percorsi facilitati di accesso alle prestazioni specialistiche ambulatoriali, fra le cure primarie e l'assistenza ospedaliera, nella stessa assistenza ospedaliera e, infine, fra l'assistenza sanitaria e quella sociale territoriale.

In tal senso, strumento di base è l'organizzazione della Centrale Operativa della Continuità Assistenziale (C.O.C.A.).

- **Imparzialità e trasparenza.** L'azione dell'organizzazione è inoltre rivolta all'uguaglianza di trattamento dei propri utenti, alla trasparenza del proprio operato e al perseguimento degli interessi collettivi prima che quelli dei singoli.

Per il perseguimento degli obiettivi generali suddetti, **l'A.S.L. TO4 ritiene strategica la caratterizzazione della sua organizzazione nelle seguenti linee di gestione:**

- **Massimo sviluppo delle risorse umane.** L'azienda considera le risorse umane (operatori del comparto e dirigenti, dipendenti e convenzionati) l'elemento qualificante ed essenziale per realizzare i propri obiettivi di salute. Le persone che compongono l'azienda rappresentano la principale risorsa della stessa. Esse sono portatrici di caratteristiche umane e di professionalità che costituiscono la ricchezza dell'azienda. Per tale ragione sono considerate di vitale importanza la formazione e l'aggiornamento continuo degli operatori; il reclutamento e la selezione del personale, l'accoglimento e la cura nell'inserimento del nuovo ingresso nell'organizzazione ed i sistemi operativi motivanti. Fra questi: i sistemi premianti gestiti secondo logiche effettivamente meritocratiche, la cura di un clima aziendale positivo; la responsabilizzazione e l'autonomia dei singoli attraverso la gestione per obiettivi ed una corretta comunicazione interna.
- **Aggiornamento tecnologico.** Il veloce progresso tecnico-scientifico nel campo sanitario ed il continuo aggiornamento dei profili diagnostico terapeutici che rende di uso frequente tecnologie precedentemente con rare indicazioni determinano rispettivamente una veloce obsolescenza del patrimonio tecnologico di un'azienda sanitaria e la necessità di acquisizione di nuove tecnologie prima non presenti in azienda. Per questa ragione l'A.S.L. TO4, compatibilmente alle risorse disponibili, affronta con particolare attenzione questo problema, destinando risorse importanti agli investimenti compatibilmente alle risorse assegnate, con attenzione particolare all'evoluzione delle tecnologie e alla modificazione dei bisogni. Tale obiettivo verrà perseguito anche attivando apposita funzione di "Technology Assessment".

TITOLO II

ORGANI AZIENDALI, ORGANISMI COLLEGIALI E RELATIVE ATTRIBUZIONI

Art. 5 Il Direttore Generale

Il Direttore Generale ha la rappresentanza legale dell'Azienda, è responsabile della gestione complessiva ed è tenuto pertanto ad assicurare la legittimità, l'imparzialità e il buon andamento dell'azione amministrativa, nonché il regolare funzionamento tramite:

- l'esercizio delle funzioni di indirizzo e controllo delle attività;
- la definizione, sulla base degli atti di programmazione nazionale e regionale, degli obiettivi e dei programmi da attuare;
- la verifica della rispondenza dei risultati dell'attività e della gestione agli indirizzi impartiti e la verifica del raggiungimento degli obiettivi posti, avvalendosi delle funzioni e dei processi di controllo interno.

Il Direttore Generale esercita direttamente tutte le funzioni non attribuite ad altri livelli direzionali o dirigenziali con disposizione di legge o di regolamento ovvero non delegate ai sensi del successivo articolo 28.

Sono riservati al Direttore Generale i seguenti atti:

- a) la nomina, la sospensione o la decadenza del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;
- b) la nomina dei membri del Collegio Sindacale, su designazione delle Amministrazioni competenti e la prima convocazione del Collegio, ai sensi dell'articolo 3, comma 13, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni;
- c) la nomina dei Responsabili delle strutture aziendali ed il conferimento, la sospensione e la revoca degli incarichi dirigenziali, in conformità a quanto stabilito dal decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni e dal decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 e successive modifiche ed integrazioni e dai contratti collettivi di lavoro nel tempo vigenti;
- d) l'adozione dell'atto aziendale;
- e) gli atti di bilancio compresa l'adozione del "budget";
- f) gli atti di programmazione sanitaria locale;
- g) le funzioni non delegabili in materia di sicurezza, salute e igiene del lavoro.

Nei casi di assenza o impedimento, il Direttore Generale può delegare al Direttore Amministrativo o al Direttore Sanitario l'adozione degli atti sopraelencati, ad esclusione dei provvedimenti di nomina e sospensione di cui alla lettera a) e delle funzioni di cui alla lettera g). In assenza di delega si applica l'articolo 3, comma 4 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i.

Art. 6 **Il Collegio Sindacale**

Il Collegio sindacale è organo dell'Azienda cui sono attribuite le seguenti funzioni:

- a) verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- b) vigila sull'osservanza della legge;
- c) accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa;
- d) riferisce periodicamente alla Direzione Generale sui controlli effettuati;
- e) riferisce almeno trimestralmente alla Regione, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è 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;
- f) svolge le altre funzioni attribuite da leggi o disposizioni.

Art. 7 **Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo**

Il Direttore Sanitario e il Direttore Amministrativo coadiuvano il Direttore Generale nell'esercizio delle sue funzioni e partecipano con esso, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda.

1. Il Direttore Sanitario:

Il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e partecipa al processo di pianificazione strategica aziendale, concorrendo alla definizione delle priorità rispetto ai bisogni di salute della comunità. A tale scopo, promuove la cooperazione con altre strutture sanitarie, anche attraverso adeguate misure di reciproca informazione, utilizzando i moderni strumenti dell'informazione elettronica. Inoltre, è responsabile del governo clinico complessivo dell'azienda, promuovendo e coordinando le azioni finalizzate al miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Partecipa al governo aziendale, unitamente al direttore generale, che ne ha la responsabilità e al direttore amministrativo. Inoltre, assume la diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza e concorre, con la formulazione di proposte e di pareri obbligatori, alla formazione delle decisioni della direzione generale. Promuove, coordina e verifica iniziative finalizzate alla promozione della salute. Promuove, coordina e verifica, tramite i servizi competenti, l'applicazione delle norme in materia di igiene e dispone misure finalizzate alla tutela della salute pubblica. Svolge attività di indirizzo, coordinamento, supporto e verifica nei confronti dei direttori medici dei presidi ospedalieri, del dipartimento di prevenzione, dei distretti e delle altre articolazioni sanitarie aziendali, promuovendo l'integrazione delle strutture. In particolare, Il direttore sanitario di azienda:

- presiede i collegi tecnici per la selezione dei candidati per l'accesso ai posti di direttore di struttura complessa, nonché per la verifica, al termine dell'incarico, dei risultati conseguiti dagli stessi.

- partecipa all’identificazione dei bisogni di salute e della domanda di assistenza sanitaria della comunità;
- elabora proposte e fornisce pareri in merito alla programmazione sanitaria aziendale;
- definisce modelli organizzativi delle strutture sanitarie, finalizzati al raggiungimento degli obiettivi aziendali, e ne promuove l’adozione;
- concorre alla definizione dei provvedimenti straordinari con carattere d’urgenza;
- collabora al controllo di gestione dell’azienda, definendone le linee di indirizzo ed i contenuti specifici di sua competenza;
- concorre alla definizione dei contenuti del sistema informativo aziendale;
- concorre alla definizione dei modelli organizzativi per la promozione della qualità e provvede, per quanto di competenza, all’attuazione della verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni sanitarie;
- promuove il processo di valutazione di tecnologie sanitarie (technology medical assessment) e ne verifica l’applicazione;
- promuove il processo di valutazione del rischio clinico e la sua gestione (risk clinical management), attivando le strategie necessarie per la sua riduzione;
- promuove l’adozione di processi clinici basati sulle evidenze (evidence based medicine), anche attraverso adeguati programmi e percorsi assistenziali;
- definisce le strategie ed i criteri per l’allocazione delle risorse umane e tecnico-strumentali nell’ambito dei servizi sanitari, nel rispetto della programmazione sanitaria aziendale;
- promuove lo sviluppo delle risorse umane e della conoscenza aziendale (knowledge management) attraverso l’attività di formazione permanente, aggiornamento e riqualificazione del personale (ECM);
- concorre alla promozione di iniziative di ricerca finalizzata nell’ambito dei servizi sanitari;
- coadiuva il direttore generale nel mantenimento dei rapporti con le istituzioni, i vari enti e organismi operanti in ambito sociosanitario.
- è responsabile e dirige i servizi sanitari dell’azienda a fini organizzativi e igienico-sanitari, in conformità agli indirizzi generali di programmazione e alle disposizioni del direttore generale, nonché nel rispetto delle competenze attribuite o delegate ad altri livelli dirigenziali;
- è responsabile del percorso assistenziale, con particolare riferimento alla qualità ed appropriatezza della performance, della continuità assistenziale, della valutazione e sperimentazione della ricerca, della progettazione delle strutture sanitarie e dell’aggiornamento delle tecnologie;
- presiede il consiglio dei sanitari ed è membro di diritto del collegio di direzione;
- fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza.

2. Il Direttore Amministrativo:

Il Direttore Amministrativo coadiuva il Direttore Generale nel governo dell’Azienda. Svolge attività di indirizzo coordinamento e sovrintende alle funzioni dei responsabili delle strutture aziendali con riferimento agli aspetti gestionali e amministrativi. In particolare:

- E' responsabile della funzione amministrativa dell'A.S.L. TO4;
- Sovrintende alle Direzioni operative in particolare per gli aspetti giuridico/amministrativi ed economico/finanziari, in conformità e coerenza agli indirizzi generali di programmazione e alle disposizioni del Direttore Generale;
- Coordina l'attività e cura l'integrazione delle strutture organizzative professionali e funzionali rientranti nelle aree funzionali amministrativa e tecnica;
- Svolge ogni altra funzione, ivi comprese l'adozione di atti a rilevanza esterna attribuitagli dalla legislazione vigente, dal presente atto, dai regolamenti aziendali attuativi, ovvero delegati dal Direttore Generale;
- Garantisce alle articolazioni operative attraverso i servizi specificatamente a ciò deputati l'acquisizione del personale, l'approvvigionamento dei beni e servizi, le risorse finanziarie;
- Stimola lo sviluppo di processi di miglioramento della qualità nelle procedure di natura amministrativa e logistica;
- Sovrintende alla rappresentazione economica e finanziaria, sia previsionale che consuntiva, dell'attività aziendale secondo principi di correttezza, completezza e trasparenza;
- Garantisce la legittimità delle attività e degli atti della Direzione Generale;
- Collabora nella predisposizione, per quanto di competenza, della relazione socio-sanitaria annuale.

Il Direttore Sanitario ed Amministrativo nell'esercizio delle funzioni proprie delegate e segnatamente nell'ipotesi di vacanza dell'ufficio di Direttore Generale agiscono in stretta collaborazione per assicurare la massima integrazione operativa tra area sanitaria e area amministrativa dell'azienda.

Art. 8 Il Collegio di Direzione

Il Collegio di Direzione rappresenta l'organo aziendale più vicino alla direzione strategica, essendovi rappresentata l'alta dirigenza aziendale.

A tale organo nella A.S.L. TO4, viene affidato un ruolo che va oltre le funzioni previste dalla normativa, per assumere valore in ordine alle condivisione delle scelte strategiche aziendali ed alla corresponsabilità sulle principali scelte gestionali.

Per le ragioni suddette l'A.S.L. TO4 ritiene fondamentale che in tale organo vi sia una rappresentanza diretta anche delle professionalità con un ruolo determinante nell'organizzazione sanitaria e nei percorsi assistenziali che non appartengano alla categoria della dipendenza ma a quella dei professionisti convenzionati. Ciò nel forte convincimento che tutti gli attori del processo assistenziale debbano essere considerati parte integrante del corpo organizzativo aziendale a prescindere dalla natura giuridica del rapporto di lavoro.

- a) Il Collegio di Direzione, costituito dal Direttore Generale con proprio provvedimento, esercita le sue funzioni nei modi e nei termini stabiliti con successivo regolamento.
- b) Il Collegio di Direzione è un organismo che supporta il Direttore Generale e concorre con la Direzione aziendale alla individuazione delle strategie,

suggerendo e proponendo piani per un corretto utilizzo e gestione delle risorse, allo scopo di ottimizzare il raggiungimento degli obiettivi, nell'ottica di coniugare le istanze poste dagli indirizzi politico-amministrativi con quelle deputate alla produzione dei livelli assistenziali.

- c) Il Collegio di Direzione collabora per:
- l'elaborazione dei programmi di attività dell'Azienda;
 - l'organizzazione e lo sviluppo dei servizi, anche in attuazione del modello dipartimentale e per l'utilizzo delle risorse umane;
 - Il Collegio di Direzione è convocato dal Direttore Generale.

Composizione

Il Collegio di Direzione è presieduto dal Direttore Generale ed è composto da:

- Il Direttore Sanitario;
- Il Direttore Amministrativo;
- I Direttori di Dipartimento;
- I Direttori dei Distretti Sanitari;
- I Direttori Sanitari di Presidio Ospedaliero;
- Il Responsabile del Servizio Infermieristico, Tecnico, della Riabilitazione, della Prevenzione e della Professione Ostetrica;
- n. 3 Medici di Medicina Generale, n. 3 Pediatri di Libera Scelta, n. 3 Specialisti ambulatoriali convenzionati, individuati con i criteri previsti nel regolamento che disciplina l'organizzazione e il funzionamento del collegio di direzione.

Al Collegio di Direzione possono essere invitati a partecipare altresì, in relazione alla specificità degli argomenti da trattare, i responsabili delle singole strutture organizzative.

L'organizzazione e le modalità di funzionamento del collegio sono disciplinate con apposito regolamento.

Art. 9 Il Consiglio dei Sanitari

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 che non sia 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.

Il Consiglio dei Sanitari è organismo elettivo con funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal Direttore Sanitario.

Il Consiglio dei Sanitari fornisce, nei casi previsti dalla legge, parere obbligatorio al Direttore Generale per le attività tecnico-sanitarie, anche sotto il profilo

organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti. Il Consiglio dei Sanitari si esprime altresì sulle attività di assistenza sanitaria.

La composizione e il funzionamento del Consiglio dei Sanitari sono demandati a separato apposito regolamento.

Art. 10 **La Conferenza dei Sindaci**

Il ruolo dei sindaci nella programmazione e nella valutazione dei servizi sanitari risulta insostituibile e come tale 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 infine, caratterizzato dalla presenza di ben 177 comuni, risulta indispensabile che il confronto con i comuni conduca, oltre che all'analisi e al confronto sulle singole istanze, ad una sintesi complessiva che le riconduca ad una politica sanitaria complessiva che tenga conto della equità dei servizi all'insieme della popolazione e ai vincoli complessivi del sistema.

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

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) ed 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 ridotte ed omogenee).

1. 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.
2. La Conferenza, in particolare:
 - a) 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;
 - b) esamina ed esprime parere sul bilancio pluriennale di previsione e sul bilancio di esercizio dell'A.S.L. TO4 e rimette alla Giunta Regionale le proprie osservazioni. In caso di parere negativo la Giunta Regionale assume le proprie determinazioni con provvedimento motivato;
 - c) esprime i pareri previsti all'articolo 3 bis, commi 6 e 7, del D.Lgs. 502/1992, sull'operato del Direttore Generale;

- d) può richiedere alla Regione la revoca del Direttore Generale nel caso previsto dall'articolo 3-bis, comma 7, del D.Lgs. 502/1992;
- e) designa un componente del Collegio Sindacale dell'A.S.L.;
- f) esprime proposte e valutazioni sull'andamento dell'A.S.L. da sottoporre al Direttore Generale;
- g) esprime parere in merito all'individuazione della sede legale definitiva dell'Azienda;
- h) provvede alla costituzione nel suo seno della Rappresentanza composta ai sensi dell'art. 15, comma 1, della Legge Regionale n. 10/95;
- i) esercita ogni altra competenza ad essa riservata dalle norme nazionali e regionali.

Art. 11

La 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 ovvero:

- a) definisce, nell'ambito della programmazione regionale, le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività;
- b) esamina il bilancio pluriennale di previsione ed il bilancio di esercizio dell'A.S.L. TO4 e rimette alla Giunta Regionale le proprie osservazioni;
- c) 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;
- d) esercita ogni altra funzione conferita dalla Conferenza con specifico mandato.

Art. 12

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.

Per le specifiche competenze si rimanda a quanto previsto all'art. 24 "I Distretti" dell'Atto Aziendale.

Art. 13

Le prerogative delle Organizzazioni Sindacali

Le Organizzazioni Sindacali del Territorio

L'A.S.L. riconosce alle organizzazioni sindacali di territorio il ruolo di interlocutore fondamentale nella elaborazione delle politiche sanitarie territoriali.

L'Azienda promuove il coinvolgimento delle Organizzazioni Sindacali Territoriali attraverso la stipula di protocolli di intesa al fine di costruire relazioni sindacali stabili ed efficaci per favorire la realizzazione di un maggior grado di coesione sociale.

Le Organizzazioni Sindacali Aziendali

L'A.S.L. riconosce alle Organizzazioni Sindacali Aziendali 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.

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

Art. 14

Conferenza degli organismi di rappresentanza degli utenti

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 procederà all'istituzione, ai sensi dell'art. 10, comma 2 della L.R. 6/08/2007, n. 18, della Conferenza degli organismi di rappresentanza degli utenti, del terzo settore e dell'imprenditorialità sociale, a seguito della disciplina dettata dalla D.G.R..

Art. 15

Enti gestori

Nel territorio dell'A.S.L. TO4 sono presenti 9 consorzi socio assistenziali:

- Ivrea IN.RETE (distretti Ivrea e Cuorné)
- Caluso CISS-AC (distretto Ivrea)
- Cuorné CISS-38 (distretto Cuorné)
- Chivasso CISS
- Settimo CISSP
- San Mauro CISA
- Cirié CIS
- Lanzo CMVL

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.

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.

Gli strumenti di programmazione dei Consorzi socio-assistenziali, Piani di zona, dovranno risultare coerenti con gli strumenti di programmazione dell'A.S.L. TO4 PEPS e Piano Attuativo Locale.

TITOLO III

ASPETTI ORGANIZZATIVI DELL'AZIENDA

Art. 16

Il Piano di organizzazione aziendale

Il Piano di Organizzazione aziendale è contenuto in apposito documento, corredato dal relativo Organigramma aziendale.

Il Piano di Organizzazione aziendale è modificabile in funzione delle strategie e delle attività aziendali.

Art. 17

Strutture aziendali e articolazione organizzativa

L'A.S.L. garantisce l'erogazione dei LEA articolata nei 3 livelli assistenziali attraverso le 3 macroarticolazioni organizzative:

- Il dipartimento di prevenzione
- I distretti
- I presidi ospedalieri

In tale ambito le strutture organizzative in cui l'Azienda si articola sono:

- a) La Direzione Strategica e i Servizi in Staff (strutture semplici o complesse o uffici)
- b) La Line:
 - I dipartimenti
 - le strutture complesse
 - le strutture semplici
 - altre articolazioni organizzative

I Dipartimenti sono strutture organizzative qualificate dall'aggregazione di strutture e funzioni finalizzate all'espletamento coordinato di attività affini o complementari.

I Dipartimenti aziendali dell'area sanitaria sono distinti in Dipartimenti Strutturali e Dipartimenti Funzionali.

- Dipartimenti Strutturali: ai quali sono ricondotte tutte le strutture complesse (eccetto quelle in staff). Sono inseriti nell'albero della struttura organizzativa della line aziendale. Il Dipartimento Strutturale è costituito da Strutture Complesse e/o Semplici a valenza dipartimentale, omogenee, omologhe, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e sono, quindi, fra loro interdipendenti, pur mantenendo ciascuna la propria autonomia e responsabilità professionale. Le Strutture costituenti il Dipartimento sono aggregate secondo una specifica tipologia organizzativa e gestionale, volte a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali e complete rispetto ai compiti assegnati. A tal fine adottano regole condivise di comportamento assistenziale, didattico, di ricerca, etico ed

economico. Il dipartimento strutturale è finalizzato al raggiungimento di tutte le funzioni dipartimentali con particolare enfasi su quelle collegate alla condivisione ed al migliore utilizzo delle risorse in modo particolare in termini di efficienza operativa.

- Dipartimenti Funzionali: ai quali sono ricondotte alcune strutture aziendali in modo trasversale agli altri dipartimenti sulla base di specifiche funzioni al di fuori dell'albero strutturale. Il Dipartimento Funzionale è finalizzato al raggiungimento di specifici obiettivi e trova fondamento in norme nazionali (Dipartimento di Emergenza ed Accettazione) o nell'opportunità di aggregare Strutture Complesse o Semplici a valenza dipartimentale totalmente indipendenti tra di loro, al fine di assicurare in modo ottimale la continuità diagnostico-terapeutica ai pazienti. Ad essi sono riconducibili fra le funzioni dipartimentali primariamente quelle collegate ad esigenze di integrazione, di condivisioni di percorsi, di integrazione operativa e più in generale di efficacia operativa.

Sono riconducibili ai dipartimenti per posizione organizzativa, in via sperimentale, le Direzioni Integrate dell'Assistenza Ospedaliera, dell'Assistenza Distrettuale, della Prevenzione.

Le finalità generali a cui devono attenersi i Dipartimenti sono:

- il coordinamento dell'attività di tutte le strutture complesse e semplici dipartimentali che ne fanno parte;
- il coordinamento e la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di consumo e dei servizi intermedi;
- il miglioramento dell'efficienza gestionale, della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture;
- la gestione del budget legato agli obiettivi dipartimentali definiti con la Direzione Generale e da attribuire da parte del Direttore di Dipartimento, ai responsabili delle Strutture Complesse;
- il monitoraggio sull'andamento dei risultati di budget in modo da consentire una valutazione sul processo e sugli obiettivi di riqualificazione e di gestione economico finanziaria;
- il miglioramento e l'integrazione delle attività di formazione e aggiornamento;
- 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.

L'assistenza al paziente dovrà sviluppare modelli di intervento che prevedano l'approccio globale, coordinando le specifiche prestazioni, sia di natura preventiva, sia diagnostica, sia riabilitativa.

L'assistenza al paziente deve essere orientata in un continuum assistenziale dall'intervento del medico di medicina generale o dal pediatra di base a quello ospedaliero e successivamente all'intervento domiciliare attraverso l'organizzazione di dimissioni protette.

Lo sviluppo delle attività cliniche non può prescindere dagli indirizzi nazionali, regionali e aziendali e da orientare le risorse disponibili verso prestazioni la cui efficacia è riconosciuta in base all'evidenza scientifica e verso i soggetti che maggiormente ne possono trarre beneficio. La ricerca e la formazione indirizzate entrambe al perseguimento degli obiettivi aziendali devono poter sviluppare esperienze integrate per promuovere un livello professionale più elevato.

Il miglioramento del livello di umanizzazione dell'assistenza deve produrre un ripensamento profondo del rapporto tra la struttura ed il paziente tale da concentrare l'attenzione, anche organizzativa, sui bisogni della persona piuttosto che sulle necessità della struttura.

La gestione comune delle risorse deve essere impostata come miglioramento dello standard assistenziale fornito che produce conseguentemente anche un ottimale utilizzo della risorsa con maggiori economie generali.

Le risorse tecnologiche devono essere orientate ad un loro ottimale utilizzo, riducendo le duplicazioni diseconomiche.

Le attività devono svilupparsi differenziandosi e specializzandosi.

Sono organi del Dipartimento: il Direttore del Dipartimento e il Comitato di Dipartimento. Le attività specifiche di ciascun Dipartimento, l'organizzazione e le modalità di funzionamento sono dettagliatamente contenute nei regolamenti di Dipartimento.

Le **Strutture Complesse** sono dotate di autonomia gestionale organizzativa e tecnico professionale. La Struttura Complessa dispone di risorse umane tecniche e finanziarie specificatamente assegnate fatte salve le risorse assegnate a livello dipartimentale.

Le Strutture organizzative complesse sono quelle che:

- esercitano funzioni ed organizzano settori di attività o ambiti individuati come prioritari dalla programmazione regionale locale;
- risultano economicamente rilevanti in relazione alle risorse da allocare;
- assicurano funzioni di produzione, di prestazioni e di servizi che mobilitano un volume di risorse qualitativamente e quantitativamente significativo;
- esercitano funzioni di rilievo nel supporto alla Direzione Aziendale e riguardano attività prioritariamente connesse con la pianificazione e con la crescita organizzativa dell'Azienda;
- governano processi professionali ad elevata complessità ed integrazione, trasversalmente a diverse strutture dell'Azienda.

Le **Strutture Semplici** sono articolazioni organizzative con assegnazione di risorse specifiche. Esse possono essere articolazioni delle strutture complesse o articolazioni organizzative dei dipartimenti, ovvero essere poste in staff alla Direzione Generale.

In generale hanno una valenza dipartimentale quando devono svolgere funzioni o servizi la cui organizzazione nelle singole strutture complesse risulterebbe inefficiente.

Sono semplici le strutture organizzative che solitamente assicurano attività riconducibili ad una linea di produzione chiaramente individuabile nell'ambito di quella della struttura complessa di riferimento.

Le altre **articolazioni organizzative** sono le articolazioni che non presuppongono la istituzione di una struttura semplice o complessa. Queste non trovano il dettaglio nel piano di organizzazione ma in successivi e più particolareggiati documenti programmatori. Trovano viceversa collocazione nel Piano di Organizzazione le poche articolazioni (denominate "Uffici") che sono al livello centrale in staff alla

direzione strategica e non all'interno di specifiche strutture semplici o complesse della Linea aziendale.

Art. 18 **Il livello centrale**

Presso la sede legale sono previste strutture che svolgono funzioni amministrative, tecnico-professionali, di controllo, di verifica, analisi, programmazione e gestione al fine di attuare gli atti di indirizzo e pianificazione strategica definiti dalla Direzione Aziendale. L'organizzazione dei servizi amministrativi viene costruita evitando duplicazioni di funzioni e individuando nell'ambito della stessa struttura, per ogni ex A.S.L., le attività prevalenti. La direzione dei servizi amministrativi è ubicata presso la sede legale dell'Azienda. Tuttavia nell'ottica di privilegiare il fattore risorsa umana, nell'ambito dell'organizzazione, i servizi mantengono articolazioni territoriali sulle tre ex A.S.L. al fine di non dover ricorrere a trasferimenti forzati di personale.

I Dipartimenti dell'area amministrativa e tecnica rispondono alla necessità di supportare i servizi sanitari fornendo agli stessi risposte rapide, esaustive ed organiche.

Articolazione organizzativa e funzioni sono esplicitate nel piano di organizzazione.

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.

Art. 19 **La Direzione Integrata della Prevenzione**

In staff alla Direzione Generale è costituita la **Direzione Integrata della Prevenzione**, che rappresenta il modello organizzativo idoneo alla implementazione degli obiettivi descritti nell'atto aziendale per il livello della Prevenzione, nella doppia funzione di sostegno sia al livello centrale regionale che al livello periferico e di raccordo fra i due.

La Direzione della Prevenzione dovrà esercitare un ruolo di "de-flattore" nei confronti di azioni di prevenzione improvvisate e non validate. Nel percorso di omogeneizzazione richiesto, tra l'altro, dall'accorpamento delle A.S.L. e dai piani regionali di attività sarà necessario, tra le diverse alternative operative, orientare le scelte verso quelle per cui esistono maggiori evidenze di efficacia o minori costi.

Il metodo della prevenzione dovrà basarsi sulle prove di efficacia, affinché i Servizi di prevenzione siano fondati su prove scientifiche, di buona qualità, economici e sostenibili per il futuro.

Sarà compito della Direzione della Prevenzione potenziare le attività di osservazione epidemiologica e assistere il processo di costruzione dei Profili e Piani per la Salute presso gli amministratori locali.

Si preoccuperà di incoraggiare la diffusione del metodo epidemiologico come strumento di analisi, programmazione e valutazione anche attraverso corsi di formazione.

Sarà incentivata la partecipazione a tavoli di lavoro dinamici focalizzati su specifici problemi e finalizzati alla realizzazione di progetti.

La natura multifattoriale e multidimensionale della salute richiede una azione integrata e coordinata tra gli operatori della prevenzione e gli operatori di diagnosi e cura.

Ambiti specifici di attività di prevenzione primaria (ad es. controllo malattie infettive, sorveglianza e prevenzione nutrizionale, lotta al tabagismo) devono prevedere l'integrazione delle attività del Dipartimento di Prevenzione, della Direzione Sanitaria, dell'Assistenza Sanitaria Territoriale e Distrettuale, dei Servizi clinici al fine di coordinare l'attività di controllo, sorveglianza e trattamento ed affrontare le emergenze.

Vi è in particolare la necessità di governare e coordinare le azioni preventive (promozione, counselling, vaccinazione, prevenzione secondaria e anche terziaria) svolte da tutte le articolazioni organizzative dell'azienda, ed apportare una visione di sanità pubblica anche all'interno dei processi assistenziali.

A tale riguardo la Direzione Integrata della Prevenzione dovrà assicurare il raccordo con le direzioni del distretto e le direzioni di presidio per garantire un adeguato flusso informativo su problematiche rilevanti, emergenze, iniziative di sanità pubblica e progetti.

Art. 20

Il livello ospedaliero

L'attività di produzione ospedaliera viene effettuata nei 6 Ospedali aggregati in 3 presidi riuniti.

PRESIDIO RIUNITO DI CIRIÉ' – LANZO:

- Ospedale di Cirié, l'ospedale capo fila del presidio riunito. Dotato di specialità di base e di quelle specialistiche. E' sede di D.E.A. I livello.
- Ospedale di Lanzo: Ospedale con alcune specialità di base e particolare caratterizzazione verso la day surgery e i day hospital (anche con valenza sovra ospedaliera). E' presente un punto di Primo Soccorso.

PRESIDIO DI CHIVASSO:

- Ospedale di Chivasso. Dotato di specialità di base e di quelle specialistiche. E' sede di D.E.A. I livello.

PRESIDIO RIUNITO DI IVREA – CUORGNE' – CASTELLAMONTE:

- Ospedale di Ivrea, è l'ospedale capo fila del presidio riunito. Dotato di specialità di base e di quelle specialistiche. E' sede di D.E.A. I livello.
- Ospedale di Cuorgné, Ospedale con le specialità di base e particolare caratterizzazione verso la day surgery e i day hospital (anche con valenza sovra ospedaliera). E' presente Pronto Soccorso.
- Ospedale di Castellamonte, Ospedale con caratterizzazione principale per l'area di post acuzie. Non è presente Pronto Soccorso.

Art. 21

La Direzione Integrata dell'Assistenza Ospedaliera

In analogia a quanto previsto dai documenti regionali in ordine alla Direzione Integrata della Prevenzione si rende necessario istituire – 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 – una Direzione Integrata dei Presidi Ospedalieri con funzioni di Coordinamento delle attività delle 3 Direzioni sanitarie dei Presidi Riuniti di Cirié-Lanzo, di Ivrea-Cuorné-Castellamonte, di Chivasso.

Tale istituzione trova ulteriore giustificazione nell'obiettivo strategico dell'Azienda di superare le differenze organizzative e strutturali tra le tre precedenti A.S.L. accorpate ricercando un modello di integrazione in grado di qualificare le tre realtà su uno standard di servizi uniforme.

In tale ottica la Direzione Integrata dei presidi ospedalieri è chiamata a:

- Porre in atto, in collaborazione con gli altri attori coinvolti, in primis la Direzione Integrata del Territorio, le azioni tese a contenere il tasso di ospedalizzazione nello standard previsto a livello nazionale, rapportato alla composizione della popolazione per classi di età per ogni A.S.L.;
- Aumentare il livello di appropriatezza dell'assistenza sanitaria ospedaliera ponendo in atto le azioni volte a contenere i ricoveri individuati ad alto rischio di inappropriatezza e trasformando quelli svolti per l'effettuazione di sola attività diagnostica di livello più semplice in day service;
- Attuare forme di collaborazione ed integrazione funzionale delle attività dei Presidi ospedalieri anche di A.S.R. diverse per permettere agevoli percorsi di cura e l'utilizzazione corretta delle attrezzature e delle attività a più alta specializzazione;
- Fornire al direttore sanitario proposte di modelli organizzativi delle strutture ospedaliere, finalizzate al raggiungimento degli obiettivi aziendali, e promuoverne l'adozione;
- Vigilare sulla programmazione, organizzazione ed applicazione delle attività rivolte a migliorare l'accettazione sanitaria, i tempi di attesa per prestazioni in regime di ricovero ordinario, diurno e ambulatoriale;
- Coordinare gruppi di lavoro per progetti aziendali, regionali e/o nazionali.
- Alla Direzione Integrata dell'Assistenza Ospedaliera competono altresì, per i Dipartimenti Ospedalieri trasversali a tutti i Presidi (es. Dipartimenti Strutturali di Patologia Clinica e di Diagnostica per Immagini e Radioterapia) le funzioni elencate in capo ai Direttori Sanitari di Presidio, alla voce "Rapporti tra Direzione Medica di Presidio Ospedaliero e i Dipartimenti Ospedalieri".

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

Art. 22

La Direzione Sanitaria di Presidio

Il Direttore di Presidio Ospedaliero ha competenze gestionali, organizzative, igienico-sanitarie, di prevenzione, medico-legali, scientifiche, di formazione, di aggiornamento, di promozione della qualità dei servizi sanitari e delle rispettive prestazioni. Inoltre, è corresponsabile del governo clinico del presidio, promuovendo e coordinando le azioni finalizzate al miglioramento dell'efficienza, dell'efficacia e dell'appropriatezza delle prestazioni sanitarie. Svolge attività di indirizzo, coordinamento e supporto nei confronti dei dipartimenti ospedalieri.

Promuove altresì l'integrazione del presidio con i servizi territoriali.

Promuove, coordina e verifica iniziative finalizzate alla promozione della salute in accordo e in modo coordinato con la Direzione integrata della Prevenzione e la Struttura di Promozione della salute.

Le competenze e l'articolazione organizzativa sono dettagliatamente indicate nel piano di organizzazione.

Art. 23

Il livello territoriale

Sono previsti complessivamente 6 Distretti corrispondenti a quelli esistenti nelle precedenti tre ex A.S.L.:

- Distretto 1 di Cirié
- Distretto 2 di Chivasso
- Distretto 3 di Settimo
- Distretto 4 di San Mauro Torinese
- Distretto 5 di Ivrea
- Distretto 6 di Cuorné

Di questi, cinque superiori ai 70.000 residenti, e solo uno (S. Mauro) di dimensioni inferiori a quanto previsto, ma già esistente ed in possesso dei requisiti per la deroga.

DISTRETTO 1 – CIRIE': comprende i Comuni di Ala di Stura, Balangero, Balme, Barbania, Borgaro Torinese, Cafasse, Cantoira, Caselle Torinese, Ceres, Chialamberto, Cirié, Coassolo Torinese, Corio, Fiano, Front, Germagnano, Groscavallo, Grosso, Lanzo Torinese, Lemie, Levone, Mathi, Mezzenile, Monastero di Lanzo, Nole, Pessinetto, Robassomero, Rocca Canavese, San Carlo Canavese, San Francesco al Campo, San Maurizio Canavese, Traves, Usseglio, Vallo Torinese, Varisella, Vauda Canavese, Villanova Canavese, Viù.

DISTRETTO 2 – CHIVASSO: comprende i Comuni di Brandizzo, Brozolo, Brusasco, Casalborgone, Castagneto Po, Cavagnolo, Chivasso, Crescentino, Foglizzo, Fontanetto Po, Lamporo, Lauriano, Montanaro, Monteu da Po, Rondissone, Saluggia, San Sebastiano Po, Torrazza P.te, Verolengo, Verrua Savoia.

DISTRETTO 3 – SETTIMO TORINESE: comprende i Comuni di Leinì, Volpiano, San Benigno, Settimo Torinese.

DISTRETTO 4 – SAN MAURO TORINESE: comprende i Comuni di Castiglione T.se, Cinzano, Gassino, Rivalba, San Mauro Torinese, San Raffaele Cimena, Sciolze,

nonché Baldissero Torinese esclusivamente per il territorio e per gli assistiti della frazione Rivodora.

DISTRETTO 5 – IVREA: comprende i Comuni di Albiano, Alice Superiore, Andrate, Azeglio, Banchette, Barone, Bollengo, Borgofranco d'Ivrea, Borgomasino, Brosso, Burolo, Caluso, Candia, Caravino, Carema, Cascinette, Chiaverano, Collettero Giacosa, Cossano, Cuceglio, Fiorano, Issiglio, Ivrea, Lessolo, Lorzáné, Lugnacco, Maglione, Mazzé, Mercenasco, Meugliano, Montalenghe, Montalto Dora, Nomaglio, Orio, Palazzo, Parella, Pavone, Pecco, Perosa, Piverone, Quagliuzzo, Quassolo, Quincinetto, Romano, Rueglio, Salerano, Samone, San Giorgio, San Giusto, San Martino, Scarmagno, Settimo Rottaro, Settimo Vittone, Strambinello, Strambino, Tavagnasco, Trausella, Traversella, Vestigné, Vialfré, Vico, Vidracco, Villareggia, Vische, Vistrorio.

DISTRETTO 6 – CUORGNÉ: comprende i Comuni di Aglié, Alpette, Bairo, Baldissero, Borgiallo, Bosconero, Busano, Canischio, Castellamonte, Castelnuovo Nigra, Ceresole Reale, Chiesanuova, Ciconio, Cintano, Collettero Castelnuovo, Cuorné, Favria, Feletto, Forno Canavese, Frassinetto, Ingria, Locana, Lombardore, Lusiglié, Noasca, Oglianico, Ozegna, Pertusio, Pont Canavese, Prascorsano, Pratiglione, Ribordone, Rivara, Rivarolo, Rivarossa, Ronco, Salassa, San Colombano, San Ponso, Sparone, Torre, Valperga, Valprato Soana.

Art. 24

La Direzione Integrata dell'Assistenza Distrettuale

L'estensione e la complessità dell'azienda TO4 unitamente alla numerosità dei distretti impone la necessità di una funzione di coordinamento fra i direttori. Tale articolazione organizzativa viene istituita onde garantire principalmente i seguenti risultati:

- Un generale coordinamento fra i distretti onde garantire il confronto e l'integrazione fra gli stessi. I
- La garanzia di uniformità dei livelli assistenziali all'utenza al fine di garantire al cittadino della stessa A.S.L. livelli omogenei di servizi ma anche uniformità di procedure, uniformità di percorsi, ecc.
- La garanzia che politiche distrettuali diverse siano legate a differenti bisogni di una popolazione rispetto all'altra e non solo a personali stili di direzione.

Nell'ottica su esposta la Direzione Integrata dell'Assistenza Distrettuale assume il coordinamento delle funzioni atte a garantire un livello unico aziendale per le cure domiciliari, per le unità di valutazione e per la continuità assistenziale, avvalendosi prioritariamente della Struttura Semplice Assistenza Primaria.

Lo svolgimento di alcune funzioni aziendali, che pur applicate nei singoli distretti necessitino di un governo a livello centrale in una logica di uniformità e di economia di scala (ad esempio alcune pratiche amministrative e tutte le procedure amministrative che richiedono uniformità di modulistica e di percorsi; o la gestione dei sistemi informativi; o la gestione delle convenzioni; ecc.). richiedono l'istituzione, in staff a tale dipartimento della S.C. Servizio Amministrativo Territoriale.

Funzioni e articolazione organizzativa del S.A.T. sono previsti nel piano di organizzazione aziendale.

Art. 25 **I Distretti**

Essi svolgono le seguenti funzioni:

- governano la domanda di servizi attraverso la valutazione sistematica dei bisogni della popolazione di riferimento;
- programmano le attività territoriali;
- definiscono i servizi necessari per rispondere ai bisogni della popolazione di riferimento;
- assicurano direttamente attraverso le articolazioni operative le attività del territorio ed i percorsi di continuità assistenziale attraverso gli altri livelli assistenziali
- assicurano equità di accesso, tempestività, appropriatezza e continuità delle cure per la popolazione di riferimento;
- garantiscono la comunicazione nei confronti dei cittadini anche attraverso la creazione di sportelli unici socio-sanitari;
- valutano l'efficacia degli interventi attraverso la verifica delle attività svolte e dei risultati raggiunti.

Il governo di questo complesso processo fa capo alla Direzione di distretto.

Al distretto è assegnata una funzione di direzione, coordinamento ed integrazione della rete dei servizi che erogano i livelli di assistenza territoriale.

La funzione operativa invece si articola nelle strutture organizzate per garantire i livelli essenziali di assistenza attraverso i dipartimenti operanti sul territorio.

Nel distretto sono individuati tre livelli di governo legati alla funzione di direzione operativa, alla funzione di indirizzo e valutazione politica e alla funzione di governo tecnico professionale.

Tali funzioni sono garantite dai 3 organi principali del distretto:

- a. il direttore di distretto per la funzione di direzione operativa;
- b. Il comitato dei sindaci di distretto con funzione di indirizzo e valutazione politica;
- c. L'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali che rappresenta l'organo tecnico di supporto al direttore.

Il **direttore di distretto** rappresenta un ruolo strategico della nuova organizzazione aziendale che necessita di particolari competenze professionali, gestionali e relazionali atte a svolgere le competenze suddette riassumibili nelle seguenti funzioni:

- una funzione progettuale, con funzione di rilevazione dei bisogni e di governo della domanda;
- una funzione di governo della produzione, per garantire le prestazioni ed i servizi su base integrata;
- una funzione di rappresentanza interna ed esterna all'azienda.

La funzione di direzione distrettuale viene svolta in stretto collegamento con la Direzione Generale dell'Azienda per:

- definire e governare i fabbisogni complessivi di assistenza della popolazione residente sul territorio di riferimento;

- definire il livello delle risorse (personale, tecnico-strumentali) disponibili per le singole strutture territoriali, compresi i Medici di famiglia, sulla base delle risorse generali assegnate al Distretto;
- individuare con i Medici e i servizi territoriali gli specifici obiettivi di salute e gestionali;
- concordare le modalità di monitoraggio di controllo gestionale tenendo conto del ruolo e dell'interrelazione delle diverse articolazioni funzionali presenti nel territorio;
- proporre alla Direzione Generale il programma annuale delle attività socio-sanitarie distrettuali;
- partecipare all'attività del Comitato dei Sindaci in funzione di riferimento della Direzione Generale fornendo le informazioni, discutendo le iniziative gestionali, recependo le proposte delle Amministrazioni locali;
- coordinare con gli organismi deputati alle funzioni socio assistenziali le modalità di integrazione rispetto alle attività socio sanitarie;
- gestire il rapporto con i soggetti pubblici e privati accreditati nell'ambito delle relazioni stabilite a livello aziendale;
- relazionarsi con le associazioni di volontariato proponendo le possibili interrelazioni;
- contribuire con le Direzioni degli altri distretti a definire le relazioni con le strutture semplici, complesse, i dipartimenti e i presidi ospedalieri, proponendo alla Direzione Generale regolamenti di attività;
- gestire e verificare i flussi informativi dei dati di attività e di utilizzo delle risorse sia verso l'esterno dell'Azienda sia verso le singole strutture operative;

Tali funzioni si esplicano attraverso numerosi strumenti; fra questi i principali sono quelli previsti dal PSSR e dalle specifiche norme regionali: A tal proposito si citano in particolare i PEPS quali strumenti di analisi dei bisogni e di individuazione delle priorità, i Piani di Zona come strumento di pianificazione e programmazione integrata il Processo di Budget quale sintesi fra l'analisi dei bisogni ordinati per priorità ed i vincoli finanziari definiti.

Il comitato dei sindaci

Il Sindaco deve esercitare anche in tema di Sanità Pubblica il ruolo di garante delle esigenze e degli interessi dei propri cittadini.

Ciò avviene attraverso le funzioni di indirizzo politico, di verifica della programmazione e di valutazione dei risultati garantiti.

Oltre a ciò, il ruolo dei Sindaci, risulta indispensabile alle stesse Aziende Sanitarie per:

- conoscere le esigenze locali portate da parte di chi le rappresenta e possiede le conoscenze necessarie per coglierle ed esprimerle compiutamente;
- la garanzia che le scelte con Essi condivise, possano trovare accoglimento, adesione e accettazione da parte della popolazione dei vari territori.

Per esercitare tali funzioni sono previsti a livello delle A.S.L., momenti e organi specifici di interazione (Conferenza e Rappresentanza dei Sindaci).

Appariva chiaro, già nella precedente situazione di A.S.L. più limitate territorialmente però, che tali organi non potessero esaurire il complesso ruolo dei Sindaci in tema di servizi sanitari, ma come ci fosse l'esigenza di organi più vicini al territorio e a chi nell'ambito delle aziende sanitarie, svolge un ruolo più direttamente operativo.

Per questa ragione la norme in vigore individuano nel distretto questo momento più specifico, attraverso un apposito organo: il Comitato dei Sindaci di Distretto.

Nell'attuale situazione poi, con una "macro A.S.L." composta da ben 177 comuni, nella quale gli organi di confronto aziendale necessariamente si occuperanno ancor più di politiche e programmazione generale, il ruolo del Comitato dei Sindaci del Distretto diventa ancor più rilevante e necessario.

Tali comitati, infatti, possono svolgere più puntualmente il loro ruolo di indirizzo e controllo, in una dimensione dove, accorpando un numero di comuni più limitato, è possibile il confronto fra realtà più omogenee, e dove è possibile la sintesi fra esigenze dei singoli territori e unitarietà di interventi dei servizi sanitari alla popolazione.

In tale sedi, infatti, devono coniugarsi le esigenze di ciascun comune, laddove legate a specifici bisogni, con la necessità di garantire livelli uniformi di prestazioni sanitarie all'intera popolazione.

La dimensione degli stessi, infine, permette un rapporto più continuo, puntuale ed analitico fra i Sindaci ed i rappresentanti dell'Azienda Sanitaria.

Il Comitato dei Sindaci di Distretto previsto dall'art. 3-quater, comma 4 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. e dall'art. 8, L.R. n. 18/2007, esplica funzioni consultive e propositive sulla programmazione distrettuale delle attività e sul livello di soddisfazione rispetto ai servizi erogati.

In particolare, spetta al Comitato dei Sindaci di Distretto, quale organismo rappresentativo di tutte le Amministrazioni comunali presenti nell'ambito territoriale del Distretto, quanto segue:

- l'espressione del parere sulla proposta formulata dal Direttore del Distretto, relativa al programma delle attività territoriali-distrettuali;
- l'espressione del parere, limitatamente alle attività socio-sanitarie sull'atto del Direttore Generale, con il quale viene approvato il suddetto programma, coerentemente con le priorità stabilite a livello regionale;
- la predisposizione e l'approvazione del Profilo e Piano di Salute (PEPS), sentiti i soggetti interessati e previa concertazione (art. 10, comma 1, e art. 14, comma 4, della L.R. n. 18/2007);
- la definizione, d'intesa con i Comuni, del Piano di Zona, ai sensi dell'art. 19, Legge n. 328/2000, limitatamente alle attività di integrazione socio-sanitaria (art. 17, comma 1, L.R. n. 1/2004);
- la diffusione dell'informazione sui settori socio-sanitari e socio-assistenziali e la promozione, a livello di indirizzo politico, delle relative attività in forma integrata e coordinata.

Al Comitato dei Sindaci di Distretto viene inoltre trasmessa, a fini conoscitivi, la relazione annuale sulle attività distrettuali predisposta ai fini dell'elaborazione della relazione annuale dell'A.S.L..

Le modalità di funzionamento sono esplicitate in modo esaustivo dalle norme del settore e sono riprese nel regolamento della Conferenza dei Sindaci in fase di approvazione da parte della conferenza stessa a cui si rimanda integralmente.

L'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali

Lo strumento tecnico-professionale di governo del quale si avvalgono i Direttori di distretto è l'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, con funzioni propositive

e tecnico consultive, nonché di interrelazione funzionale e tecnico operativa rispetto alla rete dei servizi e delle attività distrettuali.

Tale Ufficio, presieduto dal direttore di distretto, è composto secondo i dettami delle norme e delle convenzioni nazionali collettive; comprendendo comunque rappresentanti di tutte le figure che a vario titolo operano nei distretti: M.M.G. e P.L.S., Farmacisti, Specialisti ambulatoriali convenzionati e rappresentanti dei servizi aziendali di volta in volta coinvolti. L'ufficio è integrato per le materie afferenti all'area socio sanitaria dal dirigente dei consorzi socio assistenziali.

Competono a tale organo funzioni propositive e consultive in merito a:

- coordinamento delle attività distrettuali, territoriali e socio sanitarie integrate
- processo di budgeting
- analisi dei fabbisogni di salute
- individuazione del raccordo tra rete produttiva territoriale, servizi socio assistenziali, medici convenzionati
- definizione delle procedure di offerta dei servizi (sportelli unici, cartelle socio sanitarie comuni, formazione congiunta, continuità assistenziale, ecc.)

La struttura organizzativa dei distretti

Il distretto è dal punto di vista organizzativo, una struttura a matrice. Tale struttura ha la caratteristica di garantire un elevato livello di flessibilità e adattabilità, permettendo la logica del lavoro a rete, ma rappresenta contemporaneamente un modello a maggiore complessità organizzativa. Tale struttura a matrice è schematizzata di seguito a titolo puramente esemplificativo:

DIPARTIMENTO	FUNZIONE	DISTRETTI		
		DISTRETTO x	DISTRETTO y	DISTRETTO z
Dipartimento Territoriale	Med. legale	S.C. Med. legale	S.S. Med. legale	S.S. Med. legale
	Farmaceutica territoriale	S.S. Farm. Territ.	S.C. Farm. Territ.	S.S. Farm. Territ.

Dipartimento di Salute Mentale	Psichiatria	S.S. CSM	S.C. CSM	S.C. CSM
.....

Caratteristica peculiare di tale modello è che per ciascuna delle caselle nelle quali si incrocia la funzione di coordinamento del distretto (verticale) e la funzione operativa (orizzontale) deve essere identificato un responsabile. Questa figura di responsabile deve essere individuata e può essere identificato come direttore di struttura semplice, ovvero, se non dirigente, un operatore con posizione organizzativa di coordinamento; ovviamente la struttura può essere anche complessa ove la norma (es. CSM) lo preveda o ove ne ricorra la necessità.

La direzione strategica aziendale ed il collegio di direzione sono gli organi deputati a garantire uniformità ed equità distributiva.

Come premesso il distretto rappresenta una macroarticolazione aziendale posta all'interno della linea alle dirette dipendenze della direzione strategica aziendale. Strutture semplici e funzioni sono indicati nel piano di organizzazione.

Art. 26

Il livello della Prevenzione

Il governo unitario della prevenzione richiesto dalla normativa in materia impone una riorganizzazione delle attività di prevenzione e promozione della salute finalizzata a:

- promuovere azioni di coordinamento fra il livello centrale regionale e le strutture periferiche delle A.S.L.;
- sostenere i progetti e le iniziative della programmazione centrale;
- sviluppare le attività di rete e di integrazione all'interno delle A.S.L.;
- sviluppare l'integrazione e la comunicazione tra le A.S.L. e gli Enti;
- potenziare le attività di osservazione epidemiologica, di promozione della salute e assistenza alla costruzione dei Profili e piani di Salute (PEPS);
- garantire la gestione integrata delle emergenze;
- recuperare efficienza ed efficacia;
- ricondurre problemi e rischi a gerarchie di valori e priorità;
- sviluppare un adeguato sistema di comunicazione con la popolazione.

Il livello della Prevenzione presso l'A.S.L. TO4 viene attuato attraverso la previsione delle Strutture di seguito indicate:

- Direzione Integrata della Prevenzione;
- Dipartimento di Prevenzione;
- Dipartimento dello Screening;
- Strutture Complesse;
- Strutture Semplici.

Art. 27

Il Dipartimento della Prevenzione

A livello locale, i servizi attualmente afferenti i dipartimenti di prevenzione costituiscono lo strumento tecnico principale, anche se non esclusivo, per lo svolgimento delle attività di prevenzione e promozione della salute.

Il PSSR evidenzia che tutte le attività di prevenzione attualmente realizzate nel servizio sanitario regionale dovranno essere tra loro maggiormente coordinate, ulteriormente potenziate e ricondotte ad unità organizzativa e uniformità metodologica, adottando stabilmente un metodo basato su:

- l'analisi dei problemi di salute
- la scelta delle priorità
- l'identificazione degli interventi efficaci
- l'attivazione degli interventi efficaci
- la valutazione dell'impatto degli interventi
- la ridefinizione degli obiettivi.

Dovranno altresì essere previste azioni per:

- completare il processo di valutazione della efficacia degli interventi;
- organizzare gli interventi sviluppando le integrazioni tra i servizi sulla base di progetti condivisi;
- specializzare e consolidare le attività di vigilanza e ispezione indirizzandole verso obiettivi di salute.

L'organizzazione e le funzioni del Dipartimento di Prevenzione sono dettagliatamente indicate nel Piano di Organizzazione.

Art. 28 **Autonomia organizzativa e tecnico-professionale dei dirigenti.** **La delega**

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 sua competenza e nell'ambito dei budget assegnati, 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.

Art. 29 **Tipologia e criteri di assegnazione degli incarichi dirigenziali**

Le tipologie di incarico conferibili alla Dirigenza sono:

- Incarico di Direzione di Dipartimento;
- Incarico di Direzione di Struttura Complessa;
- Incarico di Direzione 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 della contrattazione integrativa aziendale.

Quest'ultima, in particolare, disciplina attraverso apposito regolamento, modalità e criteri di conferimento degli incarichi e meccanismi di valutazione del personale dirigente.

Il suddetto regolamento disciplina, altresì, i criteri per il conferimento dei particolari incarichi collegati alla definizione del piano di organizzazione ove preveda la soppressione dei posti di struttura complessa attualmente coperti da riconvertire con altri di analogo valore economico e gestionale; in tali casi la scelta verrà effettuata sulla base della valutazione comparata degli ex titolari delle funzioni soppresse.

TITOLO IV

MODALITA' DI GESTIONE, CONTROLLO E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE

Art. 30

La 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.

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.

Art. 31

La gestione e la 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. Obiettivo primo della struttura è di 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 di assistenza, diretti al raggiungimento degli obiettivi comuni.

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.

In tal senso un ruolo di primaria importanza assume l'istituzione del **Servizio Infermieristico, Tecnico, della Riabilitazione, della Prevenzione e della Professione Ostetrica**, disciplinato nel Piano di Organizzazione Aziendale.

Scopo dell'Azienda è di costruire un percorso continuo di sviluppo delle risorse umane, realizzando programmi formativi sistematici e diffusi, che abbiano come riferimento gli obiettivi produttivi, i processi gestionali e clinico-assistenziali e le relative esigenze di crescita professionale del personale ed il sistema complesso di relazioni richiesto e necessario per raggiungere i risultati annessi agli obiettivi.

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

L'identificazione di obiettivi, la definizione di azioni e di risorse, l'adozione di sistemi e metodiche qualificate di intervento, l'effettuazione di verifiche sistematiche dei risultati e dei processi prodotti, rappresentano strumenti importanti di ciascun responsabile per la gestione professionale dei collaboratori.

L'impostazione di gestione per obiettivi con gli strumenti gestionali collegati concretizza il legame tra la strategia e gli obiettivi operativi, nell'ambito d un processo di lavoro negoziato ed orientato in misura esplicita all'apprendimento organizzativo.

Art. 32 **Le relazioni sindacali**

L'Azienda assegna rilievo particolare al sistema delle relazioni sindacali per lo sviluppo efficace delle strategie di gestione e di qualificazione delle risorse umane. Adotta, quindi, politiche e "stili" relazionali improntati alla chiarezza e alla trasparenza delle proprie scelte e dei propri comportamenti e al coinvolgimento delle OO.SS.,

secondo i criteri e le prassi definite dai C.C.N.L. e nel rispetto delle funzioni e delle responsabilità proprie dei sindacati e dell'Azienda.

Le relazioni sindacali si connotano pertanto come strumento per la corretta gestione dell'informazione, della contrattazione integrativa aziendale, della concertazione e della consultazione in riferimento alla contrattazione collettiva.

Art. 33

I Contratti – Principi generali

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".

Art. 34

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 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.

Art. 35 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.

Art. 36 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:

- Provveditorato;
- Economato;
- Settore Attrezzature Sanitarie;
- Edile-Impiantistico;
- Ingegneria Clinica;
- Sistemi Informativi;
- Farmacia.

Art. 37 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.

Art. 38 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.

Art. 39 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.

TITOLO V

CONTROLLO

Art. 40

Principi generali del controllo interno

L'Azienda, nell'ambito della propria autonomia, si dota di strumenti adeguati a:

- a) garantire la legittimità, regolarità e correttezza dell'azione amministrativa (controllo di regolarità amministrativa e contabile);
- b) verificare l'efficacia, l'efficienza ed economicità dell'azione amministrativa al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati (controllo di gestione);
- c) valutare le prestazioni del personale del Comparto e con qualifica dirigenziale (valutazione della dirigenza);
- d) valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, programmi ed altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra risultati conseguiti e obiettivi predefiniti (valutazione e controllo strategico).

La progettazione d'insieme dei controlli interni rispetta i seguenti principi generali:

- a) l'attività di valutazione e controllo strategico supporta l'attività di programmazione strategica e di indirizzo politico-amministrativo. Essa è pertanto svolta da strutture che rispondono direttamente agli organi di indirizzo politico-amministrativo;
- b) il controllo di gestione e l'attività di valutazione dei dirigenti, fermo restando quanto previsto alla lettera a), sono svolte da strutture e soggetti che rispondono direttamente alla Direzione Generale;
- c) la Direzione Generale contribuisce a svolgere l'attività di valutazione dei dirigenti degli uffici di staff, dei dirigenti Direttori di Dipartimento e dei dirigenti non inseriti in ambito dipartimentale;
- d) l'attività di valutazione dei dirigenti utilizza anche i risultati del controllo di gestione, ma è svolta da strutture o soggetti diverse da quelle cui è demandato il controllo di gestione medesimo;
- e) è fatto divieto di affidare verifiche di regolarità amministrativa e contabile a strutture addette al controllo di gestione, alla valutazione dei dirigenti, al controllo strategico.

Gli addetti alle strutture che effettuano il controllo di gestione, la valutazione dei dirigenti e il controllo strategico riferiscono sui risultati dell'attività svolta esclusivamente agli organi di vertice dell'amministrazione, ai soggetti, agli organi di indirizzo politico-amministrativo individuati dagli articoli seguenti, a fini di ottimizzazione della funzione amministrativa.

Art. 41

La valutazione e il controllo strategico

L'attività di valutazione e controllo strategico mira a verificare, in funzione dell'esercizio dei poteri di indirizzo da parte dei competenti organi, l'effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive ed altri atti di indirizzo politico. L'attività stessa consiste nell'analisi, preventiva e successiva, della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le missioni affidate dalle norme, gli obiettivi operativi prescelti, le scelte operative effettuate e le risorse umane, finanziarie e materiali assegnate, nonché nella identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione, dei possibili rimedi.

Gli uffici ed i soggetti preposti all'attività di valutazione e controllo strategico riferiscono in via riservata agli organi di indirizzo politico sulle risultanze delle analisi effettuate.

Art. 42

Il 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.

Art. 43

Il Nucleo di valutazione

Il Nucleo di valutazione è l'organismo preposto alle attività di valutazione e controllo strategico ed alla verifica dei risultati raggiunti dai dirigenti dei ruoli sanitario, professionale, tecnico ed amministrativo nell'ambito delle proprie attività.

Il Nucleo di valutazione è composto dal Direttore Sanitario e dal Direttore Amministrativo e si avvale in misura non inferiore al 60% di personale esterno.

Il Nucleo di valutazione opera con il supporto della struttura della Struttura Complessa Organizzazione e Sviluppo Risorse Umane, per quanto riguarda l'attività istruttoria e amministrativa in genere.

Art. 44

Il Collegio dei Sindaci

Deputato al Controllo di regolarità contabile e amministrativa è il Collegio sindacale, organo dell'Azienda, le cui funzioni sono indicate all'articolo 6.

Art. 45 **Il Servizio Ispettivo**

Viene istituito 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 i seguenti compiti:

- 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.

TITOLO VI

ATTIVITA' DI INFORMAZIONE E COMUNICAZIONE

Art. 46

Ufficio Relazioni con il Pubblico

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (U.R.P.) è la struttura che permette all'Azienda Sanitaria di interagire direttamente con i cittadini-utenti. Svolge un ruolo di facilitatore dei processi di comunicazione interpersonale e favorisce l'accesso ai servizi aziendali.

Art. 47

Informazione e tutela

La funzione relativa all'informazione permette di rendere i servizi più trasparenti e accessibili, ma anche di facilitare un dialogo costruttivo tra l'Azienda Sanitaria e i cittadini. Gli utenti, infatti, non possono partecipare alla gestione dei servizi se non sono adeguatamente informati e l'Azienda non può adattare sempre più i servizi alle esigenze dei cittadini senza la loro partecipazione attiva.

Uno strumento di informazione e tutela sono sia la Carta dei Servizi che il Sito Aziendale.

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

Art. 48

La 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 dei Dipartimenti;
- il regolamento per l'organizzazione ed il funzionamento dei Distretti;
- il regolamento concernente deleghe e adozione delle determinazioni dirigenziali;
- il regolamento in materia di incarichi dirigenziali;
- il regolamento sulla libera professione.