

Delibera n° 1437

Estratto del processo verbale della seduta del
17 luglio 2015

oggetto:

LR 17/2014 ART 9. PRINCIPI E CRITERI PER L'ADOZIONE DEGLI ATTI AZIENDALI.

Debora SERRACCHIANI	<i>Presidente</i>	<i>presente</i>
Sergio BOLZONELLO	<i>Vice Presidente</i>	<i>presente</i>
Loredana PANARITI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Paolo PANONTIN	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Francesco PERONI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Mariagrazia SANTORO	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Cristiano SHAURLI	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Maria Sandra TELESCA	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>
Gianni TORRENTI	<i>Assessore</i>	<i>assente</i>
Sara VITO	<i>Assessore</i>	<i>presente</i>

Daniele BERTUZZI Segretario generale

In riferimento all'oggetto, la Giunta Regionale ha discusso e deliberato quanto segue:

Premesso che l'articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modifiche e integrazioni dispone che l'organizzazione ed il funzionamento degli Enti del Servizio Sanitario Regionale sia disciplinato "con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto di principi e criteri previsti da disposizioni regionali";

Rilevato che:

- con la legge regionale n. 17 del 16 ottobre 2014 "Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria" è stato ridefinito l'assetto istituzionale ed organizzativo del Servizio Sanitario regionale. *Nel rispetto dei principi e criteri adottati con deliberazione della Giunta regionale, gli organi di vertice dei nuovi enti definiscono l'organizzazione aziendale mediante l'adozione delle proposte di atto aziendale di cui all' articolo 3, comma 1 bis, del decreto legislativo 502/1992 , sulla base della programmazione e delle direttive regionali; le proposte di atto aziendale sono approvate con decreto del direttore centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia. L'atto aziendale è adottato in via definitiva dall'organo di vertice dell'ente*
- con DGR n. 2673 del 30 dicembre 2013 "Lr 17/2014, art 18, comma 3 e art 27 comma 5: approvazione definitiva degli standard dell'assistenza primaria e dell'assistenza ospedaliera" sono state definiti gli standard dell'assistenza distrettuale e di quella ospedaliera per la quale sono anche state elencate le funzioni di ogni presidio ospedaliero;
- con DGR n. 394 del 6 marzo 2015 sono state approvate le Linee per la gestione del Servizio Sanitario regionale per l'anno 2015 che prevedono, fra i progetti di riorganizzazione delle funzioni, che, entro il 30 giugno 2015, le direzioni delle Aziende per l'assistenza sanitaria AAS2, AAS3, AAS5 e dell'Ente per la Gestione accentrata dei servizi condivisi predispongano ed inoltrino alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia la proposta del nuovo atto aziendale secondo i "Principi e criteri per l'adozione dell'Atto aziendale" che dovranno essere deliberati per tempo dalla Giunta regionale;
- con DGR n. 929 del 15 maggio 2015 "Individuazione delle strutture complesse sanitarie della prevenzione, distrettuali e ospedaliere, nonché dei criteri standard per l'individuazione delle strutture semplici", sono state individuate le strutture complesse sanitarie di ogni Ente del Servizio Sanitario Regionale, costituenti vincolo organizzativo nella stesura degli Atti aziendali degli Enti stessi;

Valutata la necessità di integrare la DGR n. 929/2015 con le strutture complesse di Oncologia per il presidio ospedaliero di Gorizia – Latisana, Chirurgia vertebromidollare per il presidio ospedaliero "Santa Maria della Misericordia" di Udine, Dermatologia per il presidio "Santa Maria degli Angeli" di Pordenone, Otorinolaringoiatria per il presidio ospedaliero di San Vito al Tagliamento – Spilimbergo e di Neuropsichiatria infantile per le Aziende per l'assistenza sanitaria n. 2 e n. 3, nonché di rettificare il rapporto tra strutture complesse e strutture semplici in 1 a 1,2;

Richiamata la DGR n. 2673 del 30.12.2014 recante "LR 17/2014, art. 18, comma 3 e art. 27 comma 5: Approvazione degli standard dell'assistenza primaria e dell'assistenza ospedaliera" si conferma che gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico possono specificare nell'atto aziendale ulteriori funzioni con organizzazione di struttura complessa, purché attinenti alle finalità di ricerca dell'Istituto;

Richiamati gli articoli 1-5 della Legge regionale n. 10 del 16 maggio 2007 "Disposizioni in materia di valorizzazione nell'ambito del Servizio sanitario regionale delle professioni sanitarie e della professione di assistente sociale, in materia di ricerca e conduzione di studi clinici, nonché in materia di personale operante nel sistema integrato di interventi e servizi sociali" con

le quali vengono date disposizioni in materia di valorizzazione nell'ambito del servizio sanitario regionale delle professioni sanitarie e della professione di assistente sociale;

Ravvisato che le Linee per la gestione del Servizio sanitario regionale per l'anno 2015, approvate con DGR n. 394 del 6 marzo 2015, prevedono la presentazione della proposta entro il 30 giugno 2015;

Ritenuto, essendo necessari un tempo congruo per la predisposizione degli Atti aziendali dei singoli Enti del Servizio Sanitario, di posporre al 30 settembre 2015 il termine ultimo entro il quale le direzioni delle Aziende per l'assistenza sanitaria AAS2, AAS3 e AAS5 e dell'Ente per la Gestione accentrata dei servizi condivisi, nonché gli IRCCS relativamente alla parte assistenziale, devono inviare alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia la propria proposta di atto aziendale;

Ritenuto inoltre che, entro 90 giorni dalla stipula dei rispettivi protocolli d'intesa e nelle more del compimento delle procedure previste all'art. 4 comma 2 della legge regionale n. 17/2014 che porteranno all'assetto definitivo previsto per le Aziende sanitarie universitarie integrate di Trieste e di Udine, le Aziende per l'assistenza sanitaria n. 1 e n. 4, nonché le Aziende ospedaliero-universitarie di Trieste e di Udine, ridefiniscano l'assetto organizzativo rendendolo conforme ai dettami delle DGR n. 2673 del 30 dicembre 2014 e n. 929 del 15 maggio 2015;

Valutato che il documento "*Principi e criteri per l'adozione dell'Atto aziendale*", allegato alla presente delibera della quale fa parte integrante e redatto con il contributo fattivo di tutte le direzioni degli Enti del Servizio Sanitario regionale, affronta tutte le questioni sopra descritte e pone le basi affinché le aziende si dotino di un'organizzazione in grado di aumentare i livelli complessivi di qualità, efficacia ed efficienza dell'intero sistema;

Stabilito che le proposte di Atto aziendale dei singoli Enti dovranno essere approvate, sulla base dei documenti programmatori sopra citati, entro 60 giorni dal ricevimento da parte della Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, ai sensi dell'articolo 9 comma 2 della legge regionale n. 17/2014;

Su proposta dell'Assessore regionale alla salute, integrazione socio sanitaria, politiche sociali e famiglia,

La Giunta regionale, all'unanimità

Delibera

1. Di approvare il documento "*Principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale*", allegato e facente parte integrante del presente provvedimento.
2. Di stabilire nel 30 settembre 2015 il termine ultimo entro il quale le direzioni delle Aziende per l'assistenza sanitaria AAS2, AAS3 e AAS5 e dell'Ente per la Gestione accentrata dei servizi condivisi, nonché gli IRCCS relativamente alla parte assistenziale, dovranno inviare alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia la propria proposta di atto aziendale;
3. Di dare mandato al Commissario straordinario dell'Azienda sanitaria n. 1 "Triestina" e dell'Azienda ospedaliero universitaria "Ospedali riuniti" di Trieste ed al Commissario straordinario dell'Azienda sanitaria n. 4 "Friuli centrale" e dell'Azienda ospedaliero universitaria "Santa Maria della Misericordia" di Udine di predisporre una proposta di modifica degli attuali atti aziendali delle rispettive aziende al fine di renderli conformi ai dettami delle DGR n. 2673 del 30 dicembre 2014 e n. 929 del 15 maggio 2015, entro 90

giorni dalla stipula del protocollo d'intesa fra la Regione e le Università.

4. Di integrare la DGR n. 929/2015 con le strutture complesse di Oncologia per il presidio ospedaliero di Gorizia – Latisana, Chirurgia vertebromidollare per il presidio “Santa Maria della Misericordia” di Udine, Dermatologia per il presidio “Santa Maria degli Angeli” di Pordenone, Otorinolaringoiatria per il presidio ospedaliero di San Vito al Tagliamento – Spilimbergo e di Neuropsichiatria infantile per le Aziende per l'assistenza sanitaria n. 2 e n. 3, nonché di rettificare il rapporto tra strutture complesse e strutture semplici in 1 a 1,2;
5. Di prevedere, come da DGR n. 2673 del 30.12.2014 recante “LR 17/2014, art. 18, comma 3 e art. 27 comma 5: Approvazione degli standard dell'assistenza primaria e dell'assistenza ospedaliera”, che gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico possono specificare nell'atto aziendale ulteriori funzioni con organizzazione di struttura complessa, purché attinenti alle finalità di ricerca dell'Istituto;
6. Di dare mandato alla Direzione centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia di approvare le proposte di Atto aziendale dei singoli Enti sulla base dei documenti programmatici adottati dalla Giunta regionale (DGR n. 2673/2014 e DGR 929/2015).

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE

PRINCIPI E CRITERI PER L'ADOZIONE DELL'ATTO AZIENDALE

INDICE

Premessa	pag. 3
Normativa di riferimento	pag. 4
Art. 1 Obiettivi	pag. 5
Art. 2 Contenuti obbligatori	pag. 6
Art. 3 Organi istituzionali	pag. 6
3.1. Direttore generale	pag. 6
3.2. Collegio sindacale	pag. 7
3.3. Collegio di direzione	pag. 7
3.4. Organo di indirizzo/Consiglio di indirizzo e verifica	pag. 8
3.5. Comitato di indirizzo	pag. 8
3.6. Direttore scientifico	pag. 8
Art. 4 Organismi collegiali	pag. 9
4.1. Consiglio dei sanitari	pag. 9
4.2. Organismo indipendente di valutazione	pag. 10
4.3. Collegi tecnici	pag. 10
4.4. Comitato unico di garanzia	pag. 10
4.5. Comitato tecnico scientifico	pag. 10
Art. 5 Direzione strategica	pag. 11
5.1. Staff della direzione strategica	pag. 11
5.2. Direttore sanitario e articolazione della direzione sanitaria	pag. 12
5.3. Direttore amministrativo e articolazione della direzione amministrativa	pag. 13
5.4. Coordinatore sociosanitario e coordinamento sociosanitario	pag. 14
Art. 6 Articolazioni sanitarie dell'Azienda e loro organizzazione	pag. 15
6.1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	pag. 15
6.2. Assistenza distrettuale	pag. 16
6.3. Assistenza ospedaliera	pag. 16
Art. 7 Livelli di responsabilità	pag. 17
Art. 8 Politiche per il personale	pag. 18

Art. 9	Principi di gestione e funzionamento	pag. 19
	9.1. Processo di programmazione e controllo	pag. 19
	9.2. Sistema di gestione per budget	pag. 19
	9.3. Centri di responsabilità	pag. 20
	9.4. Sistemi dei controlli	pag. 20
Art. 10	Patrimonio	pag. 21
Art. 11	Finanziamento	pag. 21

PREMESSA

Con la Legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17 *Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria* si è dato avvio alla riforma del Servizio Sanitario Regionale (SSR). Dal 2015 ci sono 5 aziende per l'assistenza sanitaria, due delle quali saranno integrate con l'Università e verranno attivate nella loro completezza a valle della stipula del Protocollo di Intesa da stilarsi fra Regione ed Università, e 2 Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) già presenti. A queste si aggiunge l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS).

Pur mantenendo un forte ruolo di pianificazione, programmazione, verifica e controllo regionale alle Aziende spetta l'attuazione della programmazione regionale in materia sanitaria e sociosanitaria, svolgendo in questo percorso un ruolo attivo di trasparenza con le comunità locali, le organizzazioni dei cittadini e le loro associazioni rappresentative. Inoltre sono assicurate le relazioni sindacali nel pieno rispetto dei ruoli di ognuno, è valorizzato il ruolo delle associazioni professionali ed è salvaguardato quello delle altre parti sociali e dei soggetti appartenenti al terzo settore nel potenziamento dei Distretti, nello sviluppo dell'integrazione sociosanitaria e nella promozione del sistema integrato degli interventi e dei servizi sociali.

Tale contesto di relazioni è in linea con le finalità e principi contenuti nella Legge regionale 11 novembre 2013, n. 17 *Finalità e principi per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale* con la quale la Regione si è data una *vision* di sistema che deve poi ritrovarsi negli atti successivi di applicazione della riforma di cui alla Legge regionale n. 17/2014, compresi gli Atti aziendali dei singoli Enti. Questi dovranno esplicitare i valori sui quali si fonda l'Azienda per perseguire la propria missione di sanità pubblica, che pone il cittadino al centro di ogni forma organizzativa prospettata sia teorica che nella quotidianità.

Relativamente all'organizzazione, vari passaggi della riforma e degli atti di programmazione successivi aprono ad una nuova filosofia organizzativa nella quale la verticalità, tipica delle strutture sanitarie *divisionali*, deve relazionarsi con l'orizzontalità, tipica delle piattaforme assistenziali o tecnico assistenziali, realizzando così un modello più attuale e consona a garantire la continuità delle cure nell'ambito di percorsi di assistenza integrata multi-professionale. Nell'individuazione delle articolazioni organizzative e degli incarichi professionali si dovrà pertanto orientare e specificare le competenze, e quindi le responsabilità, più verso il risultato di percorso di assistenza e cura, che sulla valorizzazione della singola prestazione.

Le caratteristiche dei pazienti, sempre più complessi, richiedono infatti con sistematicità un approccio multi disciplinare e multi professionale, con percorsi assistenziali che travalicano l'unità operativa, il dipartimento ed il presidio ospedaliero; questo impone di realizzare un sistema di relazioni stabili fra le diverse strutture aziendali che favorisca la cooperazione tra le organizzazioni. Inoltre, la realizzazione di reti regionali per il trattamento di svariate patologie, deve tradursi nel saper stare all'interno di un sistema più ampio fatto di regole, comportamenti e relazioni.

Un ulteriore elemento da evidenziare è quello connesso alla *responsabilità*. L'Atto aziendale è il documento che, oltre a definire chi e cosa fa all'interno dell'organizzazione, stabilisce anche il come in relazione al contesto organizzativo aziendale. Il principio della responsabilità è delega, oltre che nella correttezza delle procedure, deve tradursi anche nella verifica del loro rispetto, compresa la realizzazione di un sistema dei controlli delle attività svolte e di quelle acquisite da terzi.

I presenti *Principi e criteri per l'adozione dell'Atto aziendale* costituiscono riferimento di metodo per la stesura dei documenti i cui contenuti devono essere in linea con la visione di sistema data dalla Legge regionale n. 17/2013. L'organizzazione funzionale e strutturale delle Aziende deve rispettare quanto previsto dalla Legge regionale n. 17/2014 e dalle successive delibere di Giunta regionale di applicazione e programmazione.

L'Atto aziendale non deve essere inteso come documento immutabile, ma come strumento di lavoro per rendere l'organizzazione più aderente alla buona pratica clinica, a valle della normativa appena citata. Le verifiche, peraltro previste dalla Legge regionale n. 17/2014, potranno portare ad eventuali modifiche e/o integrazioni, nell'ottica di un sistema dinamico, sempre allineato con gli sviluppi scientifici e tecnici, al servizio dei bisogni reali dei cittadini.

Le Aziende Ospedaliere Universitarie di Trieste e di Udine, previste dalla Legge regionale 17/2014, adotteranno gli Atti aziendali dopo la stesura del Protocollo d'intesa, come previsto dall'articolo n. 15 (Ruolo dell'Università) della Legge regionale n. 17/2014. Le predette Aziende applicheranno i principi e criteri del presente documento compatibilmente con i contenuti del Protocollo d'intesa.

NORMATIVA DI RIFERIMENTO

Le norme di riferimento per la declinazione dei principi e criteri per l'adozione dell'atto aziendale da parte degli Enti del Servizio sanitario regionale sono le seguenti:

- Decreto legislativo 30.12.1992, n. 502 e s.m.i., *Riordino della disciplina in materia sanitaria, a norma dell'art.1 della legge 23 ottobre 1992, n. 421.*
- Legge regionale 19.12.1996, n. 49, *Norme in materia di programmazione, contabilità e controllo del Servizio sanitario regionale e disposizioni urgenti per l'integrazione socio-sanitaria.*
- Decreto legislativo 19.06.1999, n. 299, *Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419e s.m.i..*
- Legge 10 agosto 2000, n. 251, *Disciplina delle professioni sanitarie infermieristiche, tecniche, della riabilitazione, della prevenzione, nonché della professione ostetrica.*
- D.Lgs. 16-10-2003 n. 288, *Riordino della disciplina degli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico, a norma dell'articolo 42, comma 1, della L. 16 gennaio 2003, n. 3.*
- Accordo 1 luglio 2004 Atto di intesa recante: «*Organizzazione, gestione e funzionamento degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico non trasformati in fondazioni*», di cui all'art. 5 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288. Intesa ai sensi dell'art. 5 del decreto legislativo 16 ottobre 2003, n. 288 e dell'art. 8, com-ma 6 della legge 5 giugno 2003, n. 131.
- Legge regionale 10.08.2006, n. 14, *Disciplina dell'assetto istituzionale, organizzativo e gestionale degli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico <<Burlo Garofolo>> di Trieste e <<Centro di riferimento oncologico>> di Aviano.*
- Legge regionale 16.05.2007, n. 10, *Disposizioni in materia di valorizzazione nell'ambito del Servizio sanitario regionale delle professioni sanitarie e della professione di assistente sociale, in materia di ricerca e conduzione di studi clinici, nonché in materia di personale operante nel sistema integrato di interventi e servizi sociali.*
- Decreto Legge c.d. "SpendingReview" 6 luglio 2012, n. 95 recante "Disposizioni urgenti per la revisione della spesa pubblica con invarianza dei servizi ai cittadini, nonché misure di rafforzamento patrimoniale delle imprese del settore bancario", convertito con modificazioni con Legge 7 agosto 2012, n. 135.
- Legge regionale 11.11.2013, n. 17, *Finalità e principi per il riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale.*
- Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano del 5 agosto 2014 *Intesa, ai sensi dell'articolo 1, comma 169, della legge 30 dicembre 2004, n. 311 e dell'articolo 15, comma 13, lettera c) del decreto legge 6 luglio 2012, n. 95 convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sullo schema di decreto del Ministero della salute, di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, concernente il regolamento recante: "Definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".*
- Legge regionale 16.10.2014, n. 17, *Riordino dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale e norme in materia di programmazione sanitaria e sociosanitaria.*
- DGR n. 2673 del 30 dicembre 2014 *Legge regionale 17/2014, art 18, comma 3 e art 27 comma 5: approvazione definitiva degli standard dell'assistenza primaria e dell'assistenza ospedaliera.*

- DM 2 aprile 2015, n. 70 "Regolamento recante definizione degli standard qualitativi, strutturali, tecnologici e quantitativi relativi all'assistenza ospedaliera".
- DGR n. 929 del 15 maggio 2015 "*Individuazione delle strutture complesse sanitarie della prevenzione, distrettuali e ospedaliere, nonché dei criteri standard per l'individuazione delle strutture semplici*".

Art. 1 Obiettivi

1. I principi e criteri di seguito indicati si propongono di orientare il contenuto dell'Atto aziendale all'individuazione dell'assetto organizzativo e funzionale degli Enti del Servizio Sanitario Regionale, nel rispetto della programmazione nazionale e regionale, nonché delle rispettive fonti legislative e regolamentari. L'Atto aziendale è, pertanto, lo strumento per attuare un modello di Ente che risponda, sul piano organizzativo e funzionale, ai seguenti obiettivi:

- chiara identificazione delle articolazioni presenti nella struttura aziendale, per ognuna delle quali siano rinvenibili la funzione e la corrispondente competenza tecnico-gestionale e amministrativa attribuita;
- chiara identificazione dei poteri di indirizzo e controllo e dei poteri gestionali, tecnici ed amministrativi attribuiti ai responsabili preposti ai singoli livelli delle articolazioni aziendali.

2. L'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende per l'assistenza sanitaria e degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico per quanto di pertinenza, in particolare, devono garantire l'attuazione dei predetti obiettivi, mediante:

- il potenziamento del ruolo dei Distretti, mettendo in atto tutte le disposizioni regionali che assegnano al distretto nuovi strumenti di programmazione e maggiori poteri gestionali;
- la riqualificazione della rete ospedaliera regionale secondo un'organizzazione che vede una visione clinica unica regionale, che dia garanzia di interazione tra i presidi ospedalieri di base (spoke) e quelli di riferimento (hub);
- la riorganizzazione dei servizi amministrativi, tecnici, logistici e di supporto individuati dalla Giunta regionale, anche in considerazione di quanto previsto per la costituzione e l'implementazione delle funzioni dell'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi.

3. Nel perseguire le predette finalità le Aziende per l'assistenza sanitaria e gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico della regione devono:

- sviluppare la presa in carico della persona, garantendo la continuità di cura;
- rispettare i criteri di efficacia, efficienza ed economicità;
- rispettare gli obiettivi posti dagli atti di programmazione nazionale e regionale;
- garantire i livelli essenziali di assistenza;
- sviluppare la qualità, la performance e la sicurezza all'interno del SSR;
- garantire la migliore accessibilità dei servizi al cittadino;
- garantire il raccordo istituzionale con gli Enti locali;
- garantire il collegamento con i vari organismi operanti ed interagenti nel campo sanitario socio-assistenziale;
- valorizzare le professioni sanitarie in applicazione della Legge 10 agosto 2000, n. 25;
- promuovere il confronto con le altre organizzazioni sanitarie, con il volontariato e le partisociali;
- promuovere modalità di coinvolgimento dei cittadini, assicurare la trasparenza degli atti e verificare il gradimento dell'utenza rispetto ai servizi erogati.

4. Nell'adottare l'Atto aziendale i Direttori generali dovranno anche tenere nella dovuta considerazione che l'obiettivo generale del Servizio Sanitario Regionale è, in ogni caso, la collaborazione tra gli Enti regionali e che tale obiettivo può essere realizzato anche mediante appositi accordi per la messa in comune di funzioni o tramite la delega di attività ad altre aziende o enti. Per quanto riguarda le Aziende per l'assistenza sanitaria, l'Atto deve considerare, altresì, il rapporto di collaborazione con i soggetti erogatori privati che si traduce negli accordi contrattuali che, annualmente, definiscono i livelli di attività e di risorse dedicate.

Art. 2 Contenuti obbligatori

1. I contenuti obbligatori dell'Atto aziendale sono i seguenti:

- descrizione dell'Ente con denominazione, sede, natura giuridica, missione istituzionale, visione e logo, che è unico regionale, riportante la denominazione dell'Azienda;
- rappresentazione degli organi istituzionali;
- rappresentazione degli organismi collegiali;
- descrizione dell'organizzazione della direzione strategica e delle modalità di funzionamento, con specifica delle funzioni, in particolare di quelle che impegnano l'Ente verso l'esterno;
- individuazione e descrizione delle strutture operative aziendali, con specifica delle funzioni;
- individuazione e descrizione delle articolazioni aziendali;
- individuazione delle strutture amministrative, tecniche e sanitarie, che dispongono atti amministrativi e che erogano prestazioni preventive, curative e riabilitative, nonché di quelle che svolgono attività non curativa, definendo quali sono dotate di autonomia gestionale e tecnico-professionale e/o sono soggette a rendicontazione analitica;
- individuazione dei criteri, delle modalità di costituzione e funzionamento dei dipartimenti, delle strutture complesse e semplici, nonché delle articolazioni organizzative del personale del comparto;
- individuazione dei criteri e delle modalità di affidamento degli incarichi dirigenziali e delle responsabilità relative al personale del comparto;
- partecipazione alle reti professionali regionali;
- principi di gestione e funzionamento;
- patrimonio;
- finanziamento;
- eventuale partecipazione a società miste pubblico/privato.

2. All'Atto aziendale devono essere allegati i seguenti documenti:

- Allegato A: elenco dei dipartimenti e delle strutture aziendali complesse e semplici di dipartimento;
- Allegato B: elenco delle strutture private accreditate con le quali annualmente deve essere stipulato un accordo contrattuale oneroso;
- Allegato C: elenco degli immobili di proprietà dell'azienda con indicazione della tipologia, indirizzo, dimensione, valore ed attività che vi viene svolta, nonché elenco degli edifici in locazione o in utilizzo.

3. Gli allegati B e C, di cui al comma 2, devono essere tenuti aggiornati da parte dell'Azienda/Ente attraverso specifici decreti di formalizzazione degli stessi da trasmettere, per opportuna informazione, alla Direzione centrale salute, integrazione socio-sanitaria, politiche sociali e famiglia.

Art. 3 Organi istituzionali

Gli organi istituzionali dell'Azienda sono i seguenti:

- Direttore generale;
- Collegio sindacale;
- Collegio di direzione (ove previsto);
- Organo di indirizzo (ove previsto);
- Comitato di indirizzo (presso l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi);
- Direttore scientifico (presso gli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico).

3.1 Direttore generale

1. Il Direttore generale è l'organo responsabile della gestione complessiva dell'Azienda/Ente della quale è il legale rappresentante. Nell'ambito della programmazione degli indirizzi espressi dagli organismi di riferimento istituzionale, assicura il regolare funzionamento dell'Azienda/Ente su mandato della Regione alla quale risponde del proprio operato. La responsabilità di gestione complessiva dell'Azienda/Ente è d'intendersi in senso pieno rispetto alle strategie, nonché rispetto all'azione di indirizzo nei confronti dei responsabili delle Strutture operative, che dal Direttore generale sono nominati e allo stesso rispondono, anche ai fini dell'integrazione delle stesse nella realizzazione della missione aziendale. È altresì responsabile della gestione del budget complessivo dell'Azienda/Ente, nel rispetto del vincolo delle risorse assegnate dalla Regione, nonché dell'assegnazione dei budget ai singoli dirigenti, i quali rispondono della rispettiva gestione. Infine, è garante dei processi di qualità e sicurezza aziendale.

2. Le funzioni attribuite al Direttore generale sono quelle previste per legge, ai sensi della normativa vigente. Negli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico si rapporta con il Direttore scientifico ai fini dell'integrazione dell'attività assistenziale e di formazione con l'attività di ricerca.

3. Gli atti ed i provvedimenti non attribuiti al Direttore generale sono di competenza dei dirigenti che li adottano, nei limiti e per il raggiungimento degli obiettivi di budget loro assegnati dal Direttore generale e nel rispetto delle direttive in materia eventualmente impartite.

3.2 Collegio sindacale

1. Il Collegio sindacale è l'organo collegiale titolare della funzione di controllo istituzionale sull'andamento delle attività dell'Azienda/Ente e sulla rispondenza delle attività di governo e di gestione della stessa ai principi di legalità e di economicità, in particolare sotto il profilo della gestione economica, finanziaria e patrimoniale.

2. Il Collegio sindacale, la cui composizione è in base alle norme vigenti, dura in carica tre anni.

3. Le funzioni attribuite sono quelle previste per legge, ai sensi della normativa vigente.

3.3 Collegio di direzione

1. Il Collegio di direzione svolge funzione consultiva per la Direzione generale, la coadiuva nell'assunzione delle decisioni gestionali e collabora all'elaborazione ed attuazione degli indirizzi della programmazione aziendale.

2. Al Collegio di direzione competono le funzioni attribuite con la Legge n. 189/2012 e sue modifiche ed integrazioni.

3. Al fine di garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nell'Azienda per l'assistenza sanitaria, il Collegio di direzione è composto come segue:

- Direttore generale;
- Direttore sanitario;
- Direttore amministrativo;
- Coordinatore sociosanitario (ove previsto);
- Direttore scientifico (ove previsto);
- I Direttori medici di presidio (ove previsti);
- I Direttori di Distretto (ove previsti);
- I Direttori di Dipartimento;
- Direttore della Farmacia aziendale;
- I Responsabili dei servizi delle professioni;
- 1 medico della medicina convenzionata (ove previsto).

4. La composizione del Collegio di direzione dell'EGAS è determinata in base alla presenza effettiva delle strutture e delle professionalità presenti nell'Ente.

5. Il Collegio di direzione è presieduto dal Direttore generale o suo delegato. Le sedute sono verbalizzate.

6. La partecipazione al Collegio di direzione rientra fra le attività ordinarie dei componenti; ne consegue che non è previsto alcun emolumento, compenso, indennità o rimborso spese. Nella proposta di Atto aziendale, inoltre, ogni Azienda individua i criteri di funzionamento del Collegio di direzione, comprese le relazioni che lo stesso deve avere con gli altri organi aziendali.

3.4 Organo di indirizzo/Consiglio di indirizzo e verifica

1. Nelle Aziende sanitarie integrate con l'Università (Organo di indirizzo) e negli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (Consiglio di indirizzo e verifica) è previsto l'Organo di indirizzo/Consiglio di indirizzo e verifica, nominato dalla Regione, composto da cinque componenti scelti tra esperti di riconosciuta competenza in materia di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari. Non possono far parte del medesimo né i dipendenti delle Aziende integrate con l'Università o degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, né i componenti del corso di laurea in medicina e chirurgia e/o degli altri corsi di laurea attinenti le professioni sanitarie.

2. L'Organo di indirizzo/Consiglio di indirizzo e verifica è convocato dal presidente che cura l'ordine del giorno delle riunioni e svolge le seguenti funzioni:

- Propone al Direttore generale iniziative e misure atte ad assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'Azienda con la programmazione didattica scientifica del corso di laurea in medicina e chirurgia e degli altri corsi di laurea attinenti le professioni sanitarie;
- verifica la corretta attuazione della programmazione;
- propone al Direttore generale una terna di nominativi per la nomina, da parte dello stesso, del coordinatore scientifico (per le sole Aziende integrate con l'Università);
- formula pareri obbligatori in tema di programmazione, rendicontazione, organizzazione e funzionamento dell'Istituto, partecipazione a società, consorzi, altri enti e associazioni, alienazione del patrimonio (per i soli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico).

3. Il Direttore generale dell'Azienda integrata con l'Università e il Direttore generale e il Direttore scientifico dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico partecipano ai lavori dell'Organo di indirizzo, senza diritto di voto.

3.5 Comitato di indirizzo

1. Ai fini della programmazione strategica delle relative attività, presso l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi è attivo il Comitato di indirizzo, composto dal Direttore centrale salute, integrazione sociosanitaria, politiche sociali e famiglia, che lo presiede, e dai Direttori generali degli altri Enti del SSR, o loro delegati.

2. Il Comitato di indirizzo affianca il Direttore generale al fine di condividerne le scelte strategiche e recepire, da parte dei rispettivi Enti di appartenenza, le decisioni prese. Per il suo funzionamento, il Comitato di indirizzo adotta un apposito regolamento che ne definisce le modalità operative.

3.6 Direttore scientifico

1. Per i soli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, il Direttore scientifico è nominato dal Ministro della Salute, sentito il Presidente della Regione, e dura in carica da tre a cinque anni. Viene scelto tra soggetti in

possesto di laurea specialistica e di comprovate capacità scientifiche e manageriali, documentate anche attraverso positive esperienze pregresse. Il Direttore scientifico è responsabile delle attività di ricerca dell'Istituto. Al Direttore scientifico viene applicata la medesima disciplina giuridica, economica e previdenziale prevista per i Direttori generali delle Aziende per l'assistenza sanitaria regionali.

2. Il Direttore scientifico promuove e coordina l'attività scientifica e di ricerca e gestisce il relativo budget attribuitogli dal Direttore generale, la cui entità non può essere inferiore ai finanziamenti destinati all'Istituto per l'attività di ricerca e, complessivamente, all'ammontare dei conferimenti specificatamente destinati all'Istituto, in ragione del carattere scientifico del medesimo. Il Direttore scientifico è responsabile della gestione dei finanziamenti della ricerca dei quali negozia l'appropriato utilizzo con il Direttore generale.

3. Il Direttore scientifico individua i responsabili di ciascun progetto di ricerca, assegna loro il relativo specifico budget e ne verifica l'impiego.

4. Il Direttore scientifico nomina e presiede il Comitato tecnico scientifico.

5. Il Direttore scientifico definisce di intesa con il Direttore generale i programmi annuali e pluriennali di ricerca che devono integrarsi con l'attività clinico/assistenziale e di formazione in particolare per quanto riguarda l'utilizzo ottimale delle risorse aziendali.

6. Il Direttore scientifico formula parere preventivo obbligatorio, ai fini dell'adozione dell'Atto aziendale per l'organizzazione e il funzionamento dell'Istituto, ai fini di atti rilevanti per l'attività scientifica nonché su tutti gli altri atti per i quali il Direttore generale ritenga di acquisirne il parere nel merito.

Art. 4 Organismi collegiali

Gli organismi collegiali dell'Azienda sono i seguenti:

- Consiglio dei sanitari;
- Organismo indipendente di valutazione;
- Collegi tecnici;
- Comitato unico di garanzia;
- Comitato tecnico scientifico (per i soli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico);

4.1 Consiglio dei sanitari

1. Il Consiglio dei sanitari è organismo elettivo delle Aziende per l'assistenza sanitaria e degli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico e svolge le funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ad esso attribuite dalla normativa statale e regionale in materia. È presieduto dal Direttore sanitario ed esprime parere su quanto previsto al comma 2; detto parere è da intendersi favorevole ove non formulato entro il termine di sette giorni dalla richiesta. L'Azienda disciplina le modalità elettive, l'organizzazione ed il funzionamento del Consiglio dei sanitari, tenendo presente che non possono far parte del Consiglio dei sanitari, per conflitto di interesse rispetto ad altri ruoli ricoperti in seno all'organizzazione aziendale e le relative dinamiche, i componenti del Collegio di direzione e dell'Organo di indirizzo, nonché i rappresentanti sindacali.

2. Il Direttore generale richiede il parere obbligatorio consultivo al Consiglio dei sanitari sui seguenti argomenti:

- programmazione di acquisto delle attrezzature tecniche e scientifiche di rilievo sanitario;
- piano della formazione del personale;
- provvedimenti di disciplina delle prestazioni mediche e di fissazione delle relative tariffe;
- trasferimento e/o sistemazioni logistiche, con eventuali investimenti, di strutture sanitarie aziendali.

4.2 Organismo indipendente di valutazione

1. L'Organismo indipendente di valutazione (OIV) è costituito con atto del Direttore generale ed è composto da tre unità esterne all'Azienda/Ente che complessivamente assicurano l'esperienza nel campo del management, della valutazione delle prestazioni, della valutazione del personale e della programmazione e controllo di gestione. Nelle Aziende per l'assistenza sanitaria e negli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico, in considerazione della tipologia dell'Azienda, uno dei componenti deve essere un medico esperto in organizzazione sanitaria. Per l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi l'Organismo indipendente di valutazione è costituito da un solo componente.

2. Le funzioni attribuite all'Organismo indipendente di valutazione sono quelle previste per legge, ai sensi della normativa vigente. L'OIV in particolare, valuta, sotto il profilo gestionale, l'effettiva attuazione, da parte delle strutture aziendali, delle scelte contenute negli atti di indirizzo strategico in termini di congruenza tra obiettivi prefissati e risultati ottenuti. Tale funzione di controllo si inserisce nella logica più ampia del processo strategico di pianificazione e controllo aziendale.

3. L'attività dell'Organismo indipendente di valutazione è disciplinata da apposito regolamento aziendale.

4.3 Collegi tecnici

1. I Collegi tecnici sono nominati dal Direttore generale e provvedono alla verifica delle attività professionali svolte da parte di tutti i dirigenti, ai fini del conferimento o della conferma degli incarichi, tenuto conto di quanto previsto dai vigenti contratti collettivi nazionali di lavoro delle aree dirigenziali del Servizio Sanitario Nazionale. Sono composti dal Direttore sanitario o dal Direttore amministrativo, o loro delegati, e da due componenti apicali della disciplina oggetto di valutazione.

2. I Collegi tecnici, in particolare, procedono alla verifica e valutazione:

- dei dirigenti alla scadenza dell'incarico loro conferito, compresi gli incarichi di direttore di struttura complessa, in relazione alle attività professionali svolte;
- dei dirigenti di nuova assunzione, al termine del primo quinquennio di servizio;
- dei dirigenti che raggiungono l'esperienza professionale ultraquinquennale in relazione all'indennità di esclusività.

4.4 Comitato unico di garanzia

1. Il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, come previsto dalla legge 183/2010, sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle Amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni.

2. Il Comitato ha composizione paritetica ed è formato da componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali rappresentative e da un pari numero di rappresentanti dell'Amministrazione, nonché da componenti supplenti.

4.5 Comitato tecnico scientifico

1. Negli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico il Comitato tecnico scientifico ha funzioni consultive e di supporto tecnico scientifico all'attività clinica e di ricerca.

2. Il Comitato tecnico scientifico è nominato dal Direttore scientifico e presieduto dal medesimo. Vi partecipa, di diritto, il Direttore sanitario ed è composto da altri dieci membri, proposti dal Consiglio di indirizzo e verifica in numero di quattro tra i responsabili di dipartimento, di uno tra il personale sanitario dirigente, di uno tra il personale delle professioni sanitarie con incarichi dirigenziali, da due esperti esterni e da due esperti scelti nel campo della ricerca. Il Comitato resta in carica per una durata non superiore a quella del Direttore scientifico. Qualora nel corso del mandato venga a cessare per qualsiasi motivo un componente del Comitato questo sarà sostituito da altro soggetto per il residuo periodo di durata del Comitato medesimo.

3. Alle sedute del Comitato tecnico scientifico possono partecipare, previo invito, per la trattazione di particolari problematiche, i responsabili delle unità operative dell'Istituto.

4. Il Comitato tecnico scientifico viene informato dal Direttore scientifico sull'attività dell'Istituto e formula pareri consultivi e proposte sui programmi e sugli obiettivi scientifici e di ricerca dello stesso, nonché, in via preventiva, sulle singole iniziative di carattere scientifico.

Art. 5 Direzione strategica

1. La Direzione strategica definisce, sulla base delle indicazioni dell' pianificazione regionale, le strategie di programmazione aziendale e ne controlla la loro realizzazione. Oltre che dal Direttore generale e dal Direttore scientifico (per i soli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico), essa è costituita da:

- Direttore sanitario;
- Direttore amministrativo;
- Coordinatore sociosanitario (ove previsto).

2. La Direzione strategica è la sede di governo dell'Azienda/Ente. Essa definisce le strategie e le politiche aziendali, sulla base dell' pianificazione regionale; assolve alle funzioni di indirizzo e controllo direzionale, verificando il corretto impiego delle risorse assegnate rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati. Essa garantisce le interrelazioni necessarie per conseguire il perseguimento dei fini aziendali con gli organismi aziendali (Collegio di direzione, Consiglio dei sanitari, Organismo indipendente di valutazione) e con le istituzioni (Conferenza permanente per la programmazione sanitaria, sociale e socio-sanitaria regionale, Conferenza dei sindaci e Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale).

5.1 Staff della Direzione strategica

1. La Direzione strategica può avvalersi di uno staff, organizzato in strutture, servizi o uffici, che garantisce il supporto alle funzioni di Controllo di gestione, Relazioni e comunicazione, Sicurezza aziendale, Qualità e sicurezza dei processi aziendali, eventualmente altre ritenute utili per supportare la direzione, ovviamente nel rispetto del tetto globale delle strutture complesse previste.

2. Al fine di uniformare i modelli di organizzazione delle funzioni di staff sopra citate e di line di cui al punto 5.3, nella tabella di seguito riportata viene definito il numero massimo di strutture complesse che possono essere attivate nelle diverse tipologie d'azienda.

Aziende	Strutture complesse
AOUTS/AAS1	10
AAS2	8
AAS3	8
AOUUD/AAS4	10

AAS5	10
IRCCS	4
EGAS	5

3. L'Azienda può attivare fino a un massimo di due dipartimenti per le aree amministrativa e delle tecnologie ed investimenti, composti ciascuno da almeno 4 strutture, delle quali almeno 3 complesse. Ogni struttura può appartenere ad un solo dipartimento.

4. Per quanto riguarda l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi (EGAS), date le sue peculiarità, predispone una proposta operativa che tenga conto della situazione attuale e del progressivo consolidamento delle funzioni sovra aziendali ad esso attribuite dalla normativa.

5.2 Direttore sanitario e articolazione della Direzione sanitaria

1. Il Direttore sanitario fa parte della Direzione strategica, concorrendo al governo dell'Azienda/Ente e al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa. Il Direttore sanitario è responsabile del governo clinico complessivo aziendale inteso come insieme organizzato delle attività volte ad assicurare la qualità clinico assistenziale delle prestazioni erogate, nonché il loro costante miglioramento. Ai fini igienico-organizzativi, egli è responsabile della direzione delle strutture sanitarie, assicurando il coordinamento e l'integrazione delle strutture operative dell'Azienda/Ente, nonché promuovendo la valorizzazione delle professioni sanitarie, lo sviluppo della loro autonomia e responsabilizzazione, in coerenza con i principi disposti dalla legge 251/00.

2. Il Direttore sanitario coadiuva il Direttore generale nella determinazione delle politiche aziendali finalizzate all'erogazione delle prestazioni sanitarie, all'appropriatezza delle stesse, alla qualità dei servizi ed all'accesso alle prestazioni. Formula, altresì, proposte e pareri al Direttore generale sulle materie di propria competenza e lo coadiuva nella determinazione e assegnazione dei budget ai Responsabili delle strutture sanitarie. Egli è, altresì, responsabile del controllo dei budget di attività inerenti alle predette strutture, fermo restando che i responsabili delle stesse rispondono, in piena autonomia, delle attività prestate e dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi e risorse assegnati dal Direttore generale.

3. Per l'assolvimento delle funzioni di cui ai commi 1 e 2, la Direzione sanitaria aziendale è articolata nelle seguenti funzioni di coordinamento e raccordo delle articolazioni aziendali (distretti, presidi ospedalieri, dipartimento di prevenzione e dipartimento di salute mentale) per l'implementazione dei programmi e delle funzioni di cui ai commi 4, 5, 6 e 7:

- gestione del rischio clinico;
- gestione delle prestazioni sanitarie;
- assistenza farmaceutica.

4. Per quanto riguarda la gestione del rischio clinico, il Direttore sanitario si avvale di una funzione che assicura il raccordo di tutte le articolazioni aziendali, compresa la Medicina convenzionata, per l'implementazione ed il monitoraggio di quanto segue:

- programmi di prevenzione delle infezioni, delle lesioni da pressione, delle cadute, corretta gestione dei rifiuti sanitari, valutazione dei requisiti igienico-organizzativi delle strutture sanitarie;
- valutazione della qualità delle informazioni cliniche, dei dati in termini di affidabilità, accuratezza e validità, con implementazione di modalità strutturate per il trasferimento delle informazioni finalizzate alla continuità assistenziale;
- prevenzione degli errori e analisi degli eventi avversi e dei *near miss* anche con audit clinici ad hoc, misurazione dell'aderenza alle linee guida, verifica della conoscenza e dell'applicazione dei protocolli e delle procedure da parte del personale, revisione della mortalità e della morbilità;
- sicurezza nella gestione dei farmaci compresi programmi di riconciliazione farmaceutica;
- accreditamento istituzionale e volontario delle articolazioni aziendali;

- accreditamento dei professionisti con definizione degli standard di prodotto/percorso organizzativo e dei relativi indicatori di valutazione (per volumi, appropriatezza, esiti, ecc.),

5. Per la gestione delle prestazioni sanitarie, il Direttore sanitario si avvale di una funzione che si raccorda con le diverse articolazioni aziendali per assicurare:

- valutazione del rapporto domanda/offerta e dei tempi d'attesa, valutazione e monitoraggio dei tempi di esecuzione delle prestazioni e dei relativi volumi;
- gestione delle agende per l'accesso alle prestazioni delle attività ambulatoriali ospedaliere e distrettuali, sia pubbliche che private;
- verifica e controllo dei soggetti privati in accordo contrattuale;
- gestione sanitaria dello svolgimento della libera professione;
- implementazione dei criteri di priorità, implementazione e monitoraggio dei percorsi assistenziali interni o inseriti nelle reti regionali di patologia;
- valutazione sulla corretta codifica delle prestazioni, valutazione e controllo della prestazioni erogate e della mobilità sanitaria.

6. Per quanto riguarda assistenza farmaceutica, il Direttore sanitario si avvale di una struttura complessa finalizzata all'erogazione unitaria dell'assistenza ospedaliera e territoriale. Per la specificità delle materie trattate, l'organizzazione della struttura deve comunque prevedere una strutturazione interna che individui le responsabilità dell'assistenza farmaceutica ospedaliera e di quella territoriale.

7. Per il governo delle politiche riguardanti le professioni sanitarie (infermieristica ed ostetrica, tecnico sanitaria, della prevenzione, edella riabilitazione) e la professione di assistente sociale, la Regione Friuli Venezia Giulia attua le disposizioni della Legge regionale 16 maggio 2007, n. 10, anche in attuazione dei principi di cui alla legge 10 agosto 2000, n. 251, promuovendo la valorizzazione e la responsabilizzazione delle professioni sanitarie. Ai sensi delle normative citate, sono istituiti i servizi per le professioni sanitarie di cui alle lettere a), b), c), d), e) dell'art. 2 (Costituzione dei servizi professionali) della legge regionale n. 10/2007. A ciascun servizio è preposto un responsabile, il cui incarico deve essere graduato sulla base di criteri predefiniti che tengano conto della numerosità dei professionisti afferenti al singolo servizio e della complessità organizzativa dello stesso. Le Direzioni aziendali definiscono le modalità organizzative per garantire il coordinamento e l'integrazione tra le diverse professionalità.

5.3 Direttore amministrativo e articolazione della Direzione amministrativa

1. Il Direttore amministrativo fa parte della Direzione strategica concorrendo al governo dell'Azienda/Ente e al processo di pianificazione e controllo strategico della stessa. Il Direttore amministrativo è figura obbligatoria dell'Azienda/Ente, responsabile della vigilanza sulla legittimità degli atti amministrativi adottati e della predisposizione degli atti di esclusiva competenza del Direttore generale. Inoltre, formula proposte e pareri obbligatori e/o facoltativi al Direttore generale sulle materie individuate dall'Atto aziendale.

2. Il Direttore amministrativo coordina le strutture amministrative ai fini dell'integrazione operativa delle stesse e dell'uniformità dei processi di gestione delle procedure e fornisce il necessario supporto giuridico, economico e tecnico ai fini dell'assunzione degli atti di competenza dei dirigenti. Egli coadiuva il Direttore generale nella determinazione e assegnazione dei budget di risorsa ai responsabili delle Strutture amministrative. Inoltre è responsabile delle attività e degli obiettivi inerenti alle predette strutture, fermo restando che i Responsabili delle stesse rispondono del budget di risorsa loro assegnato. Negli Istituti di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico coadiuva anche il Direttore scientifico per gli aspetti di competenza.

3. La Direzione amministrativa presenta una struttura organizzativa adeguata a trattare le seguenti funzioni, assicurate con strutture complesse o semplici, o incarichi di natura professionale, anche in rapporto al livello di centralizzazione delle stesse presso l'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi:

- *Affari generali* che assicura la gestione dei rapporti istituzionali con altri enti ed istituzioni, dei servizi assicurativi aziendali e dei sinistri, fornisce supporto agli organi ed organismi aziendali, soprassiede alla gestione del protocollo, dei repertori aziendali e degli archivi documentali;
- *Affari legali* che assicura la consulenza legale interna e la gestione del contenzioso, curando gli adempimenti processuali che sono necessari per la tutela degli interessi dell'Ente;
- *Gestione delle risorse umane* che assicura la gestione del rapporto di lavoro, dall'assunzione fino alla dimissione in relazione agli aspetti contrattuali relativi alla prestazione lavorativa (reclutamento, sviluppo delle competenze, formazione, valutazione, incentivazione, conferimento degli incarichi, ecc.) e supporta la Direzione generale per le relazioni sindacali;
- *Gestione amministrativa del personale convenzionato* che cura il processo amministrativo, giuridico e contabile, connesso al personale che opera all'interno dell'Ente in regime di convenzione;
- *Gestione amministrativa delle strutture convenzionate o in accordo contrattuale* che assicura l'assolvimento del contratto;
- *Gestione amministrativa dell'attività in libera professione* relativa alla gestione delle prestazioni sanitarie in regime di libera professione nelle varie forme normativamente previste;
- *Economico-finanziaria e fiscale* che garantisce la gestione della contabilità generale, sistema di bilancio e rendicontazione, la gestione delle prestazioni, l'assolvimento degli adempimenti fiscali con tenuta dei registri, il versamento dei tributi periodici e la predisposizione delle dichiarazioni;
- *Approvvigionamenti ed esecuzioni contrattuali* deputata alla valutazione dei fabbisogni e alla gestione dei processi di approvvigionamento dei beni di consumo, dei servizi in appalto, dei presidi sanitari e dei prodotti farmaceutici, nonché alla gestione amministrativa dei contratti di appalto, di servizi e fornitura;
- *Logistica* che si occupa della gestione integrata del ciclo operativo attraverso analisi, scelta delle modalità di approvvigionamento e di distribuzione dei beni;
- *Gestione edile ed impiantistica* che assicura gli investimenti immobiliari ed il mantenimento della funzionalità e della sicurezza del patrimonio immobiliare dell'Ente, nonché il supporto alla Direzione generale per il piano investimenti e manutenzioni straordinarie;
- *Ingegneria clinica* che assicura la gestione efficiente e sicura delle attrezzature biomedicali in uso presso l'Ente e il supporto alla Direzione generale per il piano investimenti in tecnologie sanitarie;
- *Tecnologie informatiche* che raccoglie e valuta le esigenze tecnologiche, informatiche ed informative che emergono nell'Ente, propone soluzioni coerenti con le istanze di innovazione nei campi amministrativo e sanitario e coordina le attività dei fornitori esterni di soluzioni informatiche.

4. Le funzioni indicate al comma 3 possono, in base alle diverse situazioni locali, essere accorpate e gestite da una struttura o affidate con incarichi di natura professionale, purché risultino ben chiare tutte le responsabilità affidate in seno all'organizzazione.

5. Nell'organizzazione delle predette funzioni si terrà conto della progressiva attuazione di quanto previsto all'art. 7 comma 7 della Legge Regionale n. 17/2014. Fino alla definitiva attuazione dell'art. 7 comma 7 della Legge regionale n. 17/2014, sono possibili altresì forme di collaborazione tra i diversi Enti del SSR.

5.4. Coordinatore sociosanitario e coordinamento sociosanitario

1. In tutte le Aziende per l'assistenza sanitaria è previsto il Coordinatore sociosanitario. Egli coadiuva il Direttore Generale nella determinazione delle politiche aziendali finalizzate all'erogazione delle prestazioni sociosanitarie, dall'accesso all'appropriatezza delle stesse, nonché alla qualità dei servizi. Indirizza i Direttori di distretto per le proprie competenze nella gestione delle funzioni ad alta integrazione relative a minori e famiglia, anziani non autosufficienti, disabili, persone con problemi di salute mentale e di dipendenza nonché detenuti. Il Coordinatore sociosanitario formula proposte e pareri obbligatori e facoltativi al Direttore generale sulle materie di propria competenza, lo rappresenta nel rapporto con i Comuni e con i soggetti del Terzo settore relativamente alle materie di propria competenza e lo supporta nel rapporto con la Conferenza dei sindaci.

2. Il Coordinatore sociosanitario è responsabile dello svolgimento di attività di programmazione e di indirizzo delle attività sociosanitarie, esercitando funzioni di promozione, raccordo e relazione nelle medesime materie, nonché di vigilanza e controllo tramite i Distretti delle funzioni di cui al comma 1. In particolare, fornisce linee guida sulle materie ad alta integrazione sociosanitaria alle Strutture operative aziendali, ai fini di assicurare un'omogenea impostazione strategica delle attività sociosanitarie nei Piani attuativo locale (PAL), nei Programmi delle attività territoriali (PAT) e nei Piani di zona (PDZ) e verifica le attività sociosanitarie tramite i distretti

3. Il Coordinatore sociosanitario si avvale di un coordinamento sociosanitario in grado di assicurare:

- indirizzo ai Distretti dell'Azienda ai fini di una omogenea impostazione delle attività sociosanitarie ed ai fini dell'integrazione dei distretti con le altre strutture operative aziendali
- promozione, programmazione, indirizzo delle attività dei Piani di zona (PDZ) e dei Programmi attuativi annuali (PAA), nonché dei processi e delle attività socio sanitarie integrate del Piano delle attività territoriali (PAT), anche al fine di assicurare il supporto ai Direttori di distretto ed ai Responsabili del servizio sociale dei comuni per una omogenea impostazione strategica dei PAT/PDZ;
- orientamento della governance delle reti solidali di comunità finalizzandola a favorire lo sviluppo di una nuova presa in carico comunitaria, della promozione di un welfare di prossimità;
- coordinamento delle strategie e degli strumenti orientati all'integrazione e all'inserimento lavorativo fra i Servizi di salute mentale e delle dipendenze e il Servizio di inserimento lavorativo (SIL);
- gestione dei Servizi per la disabilità (insieme delle strutture diurne e residenziali), ove delegati;
- direzione dei Servizi sociali dei Comuni, ove delegati.

4. In sede di Atto aziendale deve essere descritta la configurazione organizzativa di dette funzioni. In particolare va previsto che la direzione organizzativa e gestionale delle attività e dei servizi socio-assistenziali delegati è assegnata, previa intesa con l'Assemblea dei sindaci di ambito distrettuale, al Coordinatore sociosanitario, che la esercita per il tramite del Responsabile del Servizio sociale dei Comuni di cui all'art.21 della L.R. 6/2006.

Art. 6 Articolazioni sanitarie dell'Azienda e loro organizzazione

1. Le Articolazioni aziendali sono le strutture complesse e semplici, eventualmente organizzate in dipartimenti, che assicurano il perseguimento dei 3 livelli assistenziali:

- assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro;
- assistenza distrettuale;
- assistenza ospedaliera;

2. La quantificazione e la tipologia delle strutture complesse è individuata dalla DGR n. 929 del 15 maggio 2015. Le strutture semplici, dipartimentali o interne alle strutture complesse, possono essere individuate in un rapporto massimo di 1 a 1-2.

3. La composizione dei dipartimenti deve contenere almeno 4 strutture complesse.

6.1 Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro

1. L'assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro è assicurata dai Dipartimenti di prevenzione il cui modello organizzativo deve prevedere un'articolazione in grado di coniugare la capillare conoscenza del territorio con un'autorevole referenza tecnica, ottenibile con un'organizzazione decentrata e condivisa delle figure professionali del comparto (tecnici della prevenzione ed assistenti sanitari), centralizzando le figure dirigenziali organizzate in strutture complesse e/o semplici.

2. Il Direttore del Dipartimento rappresenta lo stesso nei rapporti con le istituzioni e con le altre articolazioni aziendali nonché con i soggetti esterni espressamente richiamati negli artt. 7-quinquies, 7-sexies, 7-septies e 7-octies del D.lgs n. 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni. Al Direttore spetta la gestione delle risorse

assegnate ai fini del raggiungimento degli obiettivi quantitativi equalitativi annualmente individuati. Egli elabora i piani operativi per le singole areedipartimentali, dotate di autonomia tecnico-funzionale edorganizzativa, assegnando alle stesse gli obiettivi e le risorse e verificandone irisultati conseguiti.

6.2 Assistenza distrettuale

1. L'assistenza primaria è assicurata daiDistretti che costituiscono riferimento diretto con gli Enti locali per quanto attiene il proprio territorio.

2. Le funzioni assicurate a livello di Distretto, organizzate in strutture complesse o semplici, servizi o uffici, in base alla loro rilevanza, oppure affidate ad incarichi di natura professionale, sono le seguenti:

- adulti, anziani e assistenza medica primaria;
- materno-infantile ed età evolutiva;
- assistenza ambulatoriale;
- sanità penitenziaria (ove presente la casa circondariale).

3. Le funzioni territoriali,uniche a livello aziendale,che assicurano l'attività per tutti i Distretti dell'Azienda, organizzate in strutture complesse o semplici, servizi o uffici, in base alla loro rilevanza sono le seguenti:

- cure palliative;
- dipendenze (organizzato in forma dipartimentale);
- neuropsichiatria infantile;
- salute mentale (organizzata in forma dipartimentale);
- centrale unica operativa per l'assistenza primaria.

4. Le strutture indicate ai commi 2 e 3operano integrandosi con le aree assistenziali di ogni Distretto. Per quanto riguarda le funzioni di cui al comma 3, possono essereincardinate in uno dei Distretti o rimanere alle dirette dipendenze del Direttore sanitario aziendale; in ogni caso, esse assicurano l'attività per tutti iDistretti dell'Azienda. In alternativa può essere realizzato un Dipartimento dell'assistenza primaria aziendale che incorpora le funzioni indicate ai punti 2 e 3.

5. Il personale del compartodeve essere organizzato in aree assistenziali e/o tecnico assistenziali affidate ad un coordinatore infermieristico, ostetrico, tecnico assistenziale o della riabilitazione. Più aree assistenziali e/o tecnico assistenziali possono essere organizzate in piattaforme, nel rispetto dell'autonomia organizzativa delle singole professioni sanitarie. Le aree assistenziali e/o le piastre rispondono direttamente al Direttore del Distretto.Ove le dimensioni dei Distretti siano troppo ridotte, non permettendo di conseguenza un'efficiente gestione delle risorse professionali, o comunque su scelta aziendale, il personale del comparto può essere organizzato centralmente a livello aziendale. In tal caso i coordinatori delle aree assistenziali, organizzati in piattaforme ad attività omogenea, rispondono, per il tramite delle rispettive posizioni organizzative, direttamente al Dirigente infermieristico, tecnico o della riabilitazione del servizio delle professioni sanitarie.

6.3 Assistenza ospedaliera

1. L'assistenza ospedaliera è assicurata dai presidi ospedalieri di cui all'art. 28 della Legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17. A tali presidi ospedalieri deve corrispondere un unico codice ospedale, con unica progressione dei numeri nosologici, anche nel caso gli stessi siano organizzati su più sedi operative.

2. L'organizzazione del presidio ospedaliero rispecchia la matrice con aree assistenziali e/o tecnico assistenziali affidate ad un coordinatore infermieristico o tecnico sanitario o tecnico della riabilitazione. Più aree possono essere organizzate in piattaforme,tipicamente affidate ad una posizione organizzativa del comparto (o a un dirigente delle professioni sanitarie in base al rilievo della piattaforma).

3. Le strutture semplici e complesse sono composte da medici e/o da altri dirigenti sanitari. Tali strutture sono organizzate in dipartimenti clinici che aggregano almeno 4 strutture complesse, eventualmente ad attività integrata per i presidi nei quali sono presenti le strutture a conduzione universitaria, con lo scopo di condividere competenze mediche e informazioni cliniche, definire percorsi assistenziali secondo criteri di evidenza clinica e monitorarne l'applicazione.

4. Le articolazioni organizzative di cui ai punti 2 e 3 rispondono alla Direzione medica di presidio che è responsabile dell'organizzazione complessiva del presidio ospedaliero. Nelle Aziende per l'assistenza sanitaria con più presidi ospedalieri può essere individuato, fra i Direttori medici di presidio, un responsabile dell'intera funzione ospedaliera.

5. Per ogni presidio ospedaliero devono essere indicate le modalità con le quali vengono seguite le indicazioni organizzative ed i requisiti di qualità di cui all'art. 35 comma 4 della Legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17, nonché le dotazioni di cui alla DGR n. 2673 del 30 dicembre 2014. Per quelli con doppia sede operativa devono essere indicate le attività svolte dalle singole strutture nelle due sedi.

6. Al fine di perseguire l'unitarietà dell'organizzazione non possono essere attivate o mantenute strutture semplici, dipartimentali o di struttura complessa, di sede.

7. Per l'esercizio delle funzioni di coordinamento amministrativo è previsto il Dirigente amministrativo di presidio.

Art. 7 Livelli di responsabilità

1. Oltre alle strutture di cui all'articolo 2 del presente documento, l'Atto aziendale deve indicare anche le altre articolazioni aziendali alle quali sono affidati livelli di responsabilità in seno all'organizzazione; in particolare, le aree assistenziali o tecnico assistenziali e le piattaforme assistenziali o tecnico assistenziali. Le proposte di Atto aziendale possono contenere ulteriori tipologie organizzative, se giustificate dalla necessità di raggiungere l'obiettivo della massima efficienza del processo cura, nell'ambito dell'organizzazione dei percorsi assistenziali e delle reti di patologia.

2. Le aree assistenziali o tecnico assistenziali sono articolazioni organizzative, omogenee per funzioni e attività garantite, che aggregano il personale del comparto e assicurano l'assistenza permettendo lo svolgimento delle attività da parte delle strutture complesse e semplici. A capo di ogni equipe assistenziale è previsto un coordinatore di una delle professioni sanitarie. Più aree assistenziali o tecnico assistenziali possono concorrere alla formazione di una piattaforma assistenziale o tecnico assistenziale.

3. Le piattaforme assistenziali o tecnico assistenziali sono articolazioni organizzative, omogenee per funzioni e attività garantite, raggruppanti più aree assistenziali o tecnico assistenziali, deputate alla condivisione di risorse professionali, posti letto, ambulatori, beni di consumo e tecnologie. In base alla complessità ed all'entità delle risorse attribuite, sono gestite in autonomia da dirigenti o posizioni organizzative appartenenti alle professioni sanitarie. Le piattaforme non sono oggetto di budget specifico, ma concorrono alla composizione del budget delle articolazioni aziendali di cui all'art.6.

4. I dipartimenti sono composti da strutture complesse e/o semplici ed eventualmente da aree assistenziali o tecnico assistenziali costituenti una piattaforma. Tali dipartimenti nascono per gestire in modo unitario filoni di attività affini ed ottimizzare le risorse assegnate per lo svolgimento di specifiche funzioni. Inoltre, sono dotati di budget e di autonomia gestionale ed organizzati per centri di costo. Il Direttore di dipartimento è individuato su nomina fiduciaria del Direttore generale fra i Direttori delle strutture complesse appartenenti al dipartimento stesso. Per la conduzione del dipartimento il Direttore si avvale di uno specifico comitato la cui composizione e le modalità di funzionamento devono essere regolamentate a livello aziendale.

5. Le proposte di atto aziendale possono contenere ulteriori tipologie organizzative, anche di tipo dipartimentale, se giustificate dalla necessità di raggiungere l'obiettivo della massima efficienza del processo di cura, nell'ambito dell'organizzazione dei percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi e delle reti di patologia. In particolare possono essere sviluppate forme organizzative che consentano l'attuazione dell'integrazione tra l'attività ospedaliera e quella territoriale.

6. Al fine di assicurare la rilevanza delle funzioni ad alto contenuto tecnico-professionale, le Aziende possono individuare aree di competenza specialistica per le quali conferire incarichi di natura professionale, di alta specializzazione, di consulenza, di studio e di ricerca. Gli incarichi ad alta specializzazione possono riguardare anche ambiti di prestazioni non sanitarie, tesi a produrre servizi particolarmente complessi, oppure a fornire attività di consulenza per materie ad elevato contenuto tecnico-professionale, nonché per la realizzazione di programmi di ricerca, aggiornamento, tirocinio e formazione, in rapporto alle esigenze didattiche dell'Azienda.

7. Gli incarichi di direttore di dipartimento, di cui ai punti 5 e 6, durano 3 anni e possono essere rinnovati; tali incarichi decadono in ogni caso 90 giorni dopo la cessazione del direttore generale che li ha assegnati.

Art. 8 Politiche per il personale

1. Le politiche per la valorizzazione e la motivazione delle competenze professionali del personale devono essere perseguite attraverso la condivisione degli obiettivi aziendali, il coinvolgimento nei processi organizzativi, la valorizzazione economica e organizzativa degli apporti individuali, la valorizzazione del capitale intellettuale, nonché la tutela della salute e della sicurezza sul posto di lavoro dei dipendenti e del personale convenzionato. A tal fine l'Atto aziendale deve esplicitare le politiche per il personale che la Direzione strategica intende mettere in atto.

2. Per l'espletamento del proprio mandato, l'Azienda definisce annualmente, con il Piano attuativo locale o con il Piano attuativo ospedaliero (IRCCS), il fabbisogno di personale per il funzionamento della medesima. La copertura della stessa viene assicurata tenendo anche conto dello stato di salute finanziaria aziendale.

3. Per il conferimento e la revoca degli incarichi dirigenziali, le Aziende provvedono tenendo conto delle procedure previste dalla normativa vigente e avuto riguardo alle disposizioni del Capo II del D.lgs. n.165/2001 e successive modifiche ed integrazioni, del D.lgs. n.502/1992 e successive modifiche ed integrazioni e dei Contratti collettivi nazionali di lavoro. Ai fini dell'affidamento degli incarichi dirigenziali, le Aziende dovranno individuare, per ogni tipologia di incarico, il profilo di ruolo specifico.

4. Gli incarichi dirigenziali sono individuati e conferiti con apposito atto formale che definisce, tra l'altro, la tipologia dell'incarico, il mandato assegnato, gli ambiti di responsabilità ed i limiti della stessa, gli obiettivi predeterminati e le risorse assegnate, i risultati attesi, le modalità di valutazione e di revoca dell'incarico. Nel mandato dei Direttori di dipartimento e di struttura deve essere previsto l'obbligo di trasferire ai collaboratori tutte le informazioni necessarie per mantenere sempre attivo il collegamento tra la Direzione strategica e tutto il restante personale. Gli incarichi dirigenziali in area medica e sanitaria dovranno tener conto della necessità di valorizzare le competenze professionali allineando le funzioni di elevata professionalità a quelle di carattere gestionale.

5. Le Aziende nell'Atto aziendale devono esplicitare il modello di valutazione assunto e le procedure seguite, adottando strumenti condivisi e partecipati di valutazione dei comportamenti e dei risultati del personale. Inoltre, devono dare peso alle verifiche dell'Organismo indipendente di valutazione e dei Collegi tecnici, ai fini della conferma degli incarichi, per il conferimento di altro incarico anche di maggior rilievo, nonché per l'eventuale revoca.

6. Annualmente ogni Azienda individua a bilancio le risorse che dedica alla formazione, suddividendole in esterna ed interna, ed adotta il piano della formazione con l'obiettivo di assicurare lo sviluppo professionale del personale

dipendente, garantire lo sviluppo organizzativo, favorire il miglioramento del clima interno e promuovere il miglioramento continuo della qualità. L'Ente per la gestione accentrata dei servizi condivisi cura la parte del piano formativo che, in base a quanto deciso in sede di Comitato di indirizzo di cui all'art. 3.5, è comune a tutte le Aziende e ne assicura l'effettuazione organizzando gli eventi all'interno del territorio regionale.

Art 9 Principi di gestione e funzionamento

1. La gestione dell'Azienda/Ente, intesa come l'insieme delle azioni che la Direzione strategica pone in essere per perseguire gli obiettivi di salute e favorire le relazioni tra i suoi elementi costitutivi, principalmente persone, strutture e tecnologie, si informa ai principi della programmazione e del controllo ed individua nel sistema budgetario, nei Piani di settore (territoriali e locali) e nei Progetti speciali gli strumenti operativi fondamentali.

9.1 Processo di programmazione e controllo

1. Il processo di programmazione e controllo si esplica, mediante atti approvati dal Direttore generale, nelle funzioni di pianificazione strategica, di programmazione attuativa e del controllo della gestione.

2. La pianificazione strategica, nell'ambito delle indicazioni fornite dalla Regione, fissa le linee strategiche per il governo dell'Azienda/Ente, definendone gli obiettivi generali, le strategie per il loro raggiungimento, lo sviluppo dei servizi sanitari, tecnici, amministrativi e di supporto, nonché l'assetto organizzativo.

3. Con la programmazione attuativa la Direzione strategica concretizza la pianificazione strategica pluriennale nell'ambito dell'arco temporale annuale. Sono atti della programmazione attuativa il PAL (Piano attuativo locale) ed il PAO (Piano attuativo ospedaliero) annuali, i PAT (Programma delle attività territoriali) ed il PLD (Piano locale della disabilità) con gli atti relativi al bilancio preventivo ed il documento aziendale annuale di budget.

4. Il controllo della gestione è volto a guidare l'Azienda/Ente verso il conseguimento degli obiettivi stabiliti in sede di programmazione, rilevando, attraverso la misurazione di appositi indicatori, lo scostamento tra obiettivi pianificati e i risultati conseguiti e informando di tali scostamenti gli organi responsabili, affinché possano decidere e attuare le opportune azioni correttive. Costituiscono atti della funzione di controllo i rendiconti trimestrali ed il bilancio di esercizio corredato dalla relazione del Direttore generale sulla gestione.

5. Il processo di programmazione e controllo deve tener conto anche della presenza di erogatori privati presenti nel territorio aziendale. A tal fine, all'Atto aziendale deve essere allegato l'elenco degli erogatori privati accreditati che forniscono prestazioni di ricovero, specialistica ambulatoriale od riabilitazione ex art. 26, con i quali annualmente deve essere stipulato un accordo contrattuale oneroso da parte dell'Azienda.

9.2 Sistema di gestione per budget

1. Il sistema di gestione per budget è lo strumento con il quale l'Azienda/Ente definisce, con i propri diversi livelli organizzativi, il perseguimento efficace ed efficiente delle strategie e degli obiettivi aziendali in rapporto alle risorse specificatamente attribuite.

2. Il sistema di gestione per budget è ispirato al principio di separazione delle responsabilità di programmazione e controllo da quelle di gestione delle attività. Lo strumento in cui si sostanzia la gestione per budget è il documento di budget annuale. La formulazione del budget annuale coinvolge l'intera organizzazione aziendale e prosegue nel suo costante monitoraggio e nel tempestivo avvio di eventuali azioni correttive. A tal fine l'Azienda/Ente articola la propria organizzazione in unità di budget denominate centri di responsabilità, corrispondenti ad uno o più centri di costo, affidati ad un unico responsabile. Il documento di budget annuale è

costituito dalle schede di budget di ciascuno dei centri di responsabilità, nelle quali sono indicati le attività, gli obiettivi e le risorse assegnati.

3. Nell'ambito dell'assegnazione del budget, il Direttore generale individua anche gli obiettivi rilevanti ai fini della corresponsione dei compensi incentivanti, la cui valutazione sul livello di raggiungimento compete all'organismo indipendente di valutazione, che la effettua sulla base di predefiniti criteri oggettivi.

9.3 Centri di responsabilità

1. I centri di responsabilità si distinguono in Centri di attività e Centri di risorsa; vengono individuati dal Direttore generale in relazione alla rilevanza strategica e/o economica degli obiettivi e dei fattori produttivi assegnati fra le strutture aziendali ed in armonia con l'organigramma aziendale.

2. Ai Centri di attività compete l'efficace perseguimento degli obiettivi sanitari, assistenziali o di supporto assegnati, da garantirsi mediante il migliore impiego delle risorse attribuite. A ciascun Centro di attività è preposto il responsabile della struttura organizzativa corrispondente, il quale gode di autonomia e responsabilità in ordine alla gestione delle risorse umane, finanziarie e strumentali ed al conseguimento degli obiettivi annualmente assegnati. A fronte del budget assegnato, il responsabile è tenuto a definire obiettivi e risorse con i responsabili delle eventuali articolazioni organizzative autonome ricomprese nell'ambito del proprio centro di responsabilità.

3. Ai Centri di risorsa compete la gestione complessiva di un'intera categoria di risorse utilizzate da più Centri di attività quali personale, beni, servizi, convenzioni, manutenzioni, utenze, spese generali ed amministrative, in termini di previsione, acquisizione, governo, distribuzione, sviluppo, cessione e/o dismissione. A ciascun Centro di risorsa è preposto il responsabile della struttura organizzativa corrispondente, al quale compete l'adozione di tutti gli atti e provvedimenti amministrativi, compresi quelli che impegnano l'Azienda/Ente verso l'esterno, necessari per l'acquisizione, gestione e pagamento delle risorse assegnate. L'ambito di autonomia e responsabilità dei predetti responsabili è esteso, a norma dell'art. 4 del T.U. n. 165/2001, anche a tutti gli altri provvedimenti connessi alla gestione delle risorse di cui risultano assegnatari, esclusi quelli di esclusiva competenza del Direttore generale.

9.4 Sistema dei controlli

1. Ogni Azienda/Ente deve garantire e disciplinare il proprio sistema dei controlli, inteso come attività volta a garantire il rispetto delle norme di legge e verifica dei processi, finalizzata al governo ed al miglioramento degli stessi. I meccanismi di controllo possono venire attivati sia all'interno dell'Azienda/Ente che dall'esterno e sono di carattere obbligatorio, quando previsti dalle normative, e volontari.

2. I controlli obbligatori sono i seguenti:

- controllo di regolarità amministrativa e contabile, demandato al Collegio sindacale di cui all'art. 3.2
- controllo strategico, finalizzato ad assicurare la congruenza tra i risultati conseguiti e gli obiettivi prefissati;
- controllo di gestione, teso ad ottimizzare il rapporto fra costi e risultati attraverso l'analisi delle risorse acquisite e della comparazione tra i costi e la quantità e qualità dei servizi offerti, verificando anche la funzionalità dell'organizzazione, l'efficacia, l'efficienza ed il livello di economicità nell'attività di realizzazione degli obiettivi fissati;
- valutazione dei dirigenti e del personale del comparto, ai sensi delle norme in vigore;
- controllo dei risultati gestionali, finalizzato ad una corretta applicazione del sistema premiante (retribuzione di risultato) ed al quale è preposto l'Organismo indipendente di valutazione;
- controlli sulla qualità delle prestazioni sanitarie fornite dagli erogatori pubblici e privati, nonché sulla loro organizzazione.

3. L'Atto aziendale deve esplicitare le modalità di effettuazione dei controlli obbligatori, individuare quelli facoltativi (es. accreditamenti, segnalazioni utenti, audit, ecc.) e definire quali sono gli organi titolati all'esercizio dei vari tipi di controllo specificati che devono riferire sui risultati della rispettiva attività alla Direzione strategica.

Art. 10 Patrimonio

1. Il patrimonio dell'Azienda/Ente è costituito da tutti i beni mobili ed immobili di proprietà, da tutti i rapporti giuridici attivi e passivi facenti capo a tali Enti, dai beni trasferiti all'Azienda/Ente dallo Stato o da altri Enti pubblici in virtù di leggi o di provvedimenti amministrativi, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio dell'attività o a seguito di atti di liberalità e risultanti in sede di ricognizione.

2. L'Azienda/Ente dispone del patrimonio secondo la disciplina della proprietà privata, ferme restando le disposizioni di cui all'art. 830, c. 2 del Codice civile. Gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati ad autorizzazione della Regione. I beni mobili e immobili che l'Azienda/Ente utilizza per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e sono soggetti alla disciplina del Codice civile.

3. L'Atto aziendale deve contenere, nell'allegato C, l'elenco dei beni immobili per i quali l'Azienda/Ente assicura la valutazione e il controllo strutturale ed individua nel proprio bilancio i finanziamenti necessari per provvedere:

- alla manutenzione ordinaria e straordinaria;
- alla copertura assicurativa;
- all'adeguamento ai fini dell'applicazione delle disposizioni sulla sicurezza nei luoghi di lavoro;
- all'adeguamento a nuove finalità aziendali.

4. In riferimento ai beni mobili, oltre che la custodia e la manutenzione ordinaria e straordinaria, l'Azienda/Ente assicura la sostituzione delle attrezzature e dei beni in base al grado di obsolescenza ed al livello di ammortamento.

5. Previa valutazione di coerenza con la strategia aziendale e di opportunità, l'Azienda/Ente può accettare donazioni, legati ed eredità.

Art. 11 Finanziamento

1. Al sostegno economico-finanziario delle attività svolte dall'Azienda/Ente concorrono le risorse messe a disposizione dalla Regione in base a quanto indicato all'art. 53 della Legge regionale 16 ottobre 2014, n. 17. Nonché ulteriori finanziamenti ministeriali per la ricerca negli IRCCS.

2. Il Direttore generale può integrare il finanziamento aziendale attraverso azioni di fundraising.

IL SEGRETARIO GENERALE

IL PRESIDENTE