



ASL VCO

AZIENDA SANITARIA LOCALE

Verbano Cusio Ossola

ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE N. 453 DEL 08/11/213

ATTO AZIENDALE A.S.L. V.C.O.

Handwritten signature

Handwritten signature



INDICE

PREMESSA	5
TITOLO I.....	6
CONTENUTI ATTO AZIENDALE ED ELEMENTI IDENTIFICATIVI DELL'A.S.L.....	6
ART. 1 - DEFINIZIONE E CONTENUTI DELL'ATTO AZIENDALE	7
ART. 2 - IDENTIFICAZIONE DELL'AZIENDA	9
2.1 SEDE LEGALE	9
2.2 LOGO	9
2.3 AMBITO TERRITORIALE.....	9
2.4 PATRIMONIO.....	9
ART. 3 - MISSIONE, VISIONE E VALORI FONDANTI DELL'AZIENDA	10
3.1 MISSIONE.....	10
3.2 VISIONE	11
3.3 VALORI FONDANTI.....	11
3.4 LINEE STRATEGICHE AZIENDALI.....	12
TITOLO II	14
ASSETTO ISTITUZIONALE:	14
ORGANI AZIENDALI, DIREZIONE AZIENDALE, ORGANISMI DIVERSI E FEDERAZIONE SOVRAZIONALE	14
ART. 4 – ORGANI DELL'AZIENDA	15
4.1 – IL DIRETTORE GENERALE: COMPETENZE.....	15
4.1.1 Competenze esclusive.....	16
4.1.2 Funzioni delegate.....	16
4.1.3 Nomina.....	16
4.2 – IL COLLEGIO SINDACALE	17
4.3 – IL COLLEGIO DI DIREZIONE.....	18
ART. 5 – LA DIREZIONE AZIENDALE	18
5.1 IL GOVERNO STRATEGICO.....	19
5.2 IL GOVERNO CLINICO.....	19
5.3 IL GOVERNO ECONOMICO-FINANZIARIO	20
5.4 I DIRETTORI: AMMINISTRATIVO E SANITARIO.....	20
5.4.1– Il Direttore Amministrativo: funzioni	21
5.4.2 – Il Direttore Sanitario: funzioni.....	21
ART. 6 - ORGANISMI LOCALI POLITICO-ISTITUZIONALI	22
6.1 - LA CONFERENZA E LA RAPPRESENTANZA DEI SINDACI.....	22
6.2 - IL COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO	22
ART. 7 ORGANISMI COLLEGIALI DI DIREZIONE E PARTECIPAZIONE.....	23
7.1 - IL CONSIGLIO DEI SANITARI.....	23
7.2 IL COMITATO DI DIPARTIMENTO.....	23
7.3 LA CONFERENZA DI PARTECIPAZIONE.....	23
ART. 8 - ORGANISMI TECNICI	24
8.1 - IL COLLEGIO TECNICO	24
8.2 - IL NUCLEO DI VALUTAZIONE E L'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE.....	25
8.3 - COMMISSIONI E GRUPPI TECNICI.....	26
ART. 9 - FEDERAZIONE SOVRAZIONALE (F.S.).....	26
TITOLO III	28

ASPETTI ORGANIZZATIVI DELL'AZIENDA	28
ART. 10 - PRINCIPI ORGANIZZATIVI	29
10.1 PRINCIPIO GENERALE	29
10.2 ALTRI PRINCIPI	30
ART. 11 - AREA DELLA PREVENZIONE.....	31
11.1 IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE.....	31
11.1.1 Funzioni	31
11.1.2 Autonomia del Dipartimento ed organizzazione	32
11.1.3 Il Direttore del Dipartimento.....	33
ART. 12 AREA TERRITORIALE	34
12.1 I DISTRETTI NELL'ASL VCO	35
12.1.1 Centri di Assistenza Primaria (CAP)	36
12.1.2 La continuità assistenziale a valenza sanitaria	37
12.1.3 I SERVIZI SANITARI A RILEVANZA SOCIALE	38
12.1.4 I servizi dell'area socio sanitaria integrata.....	38
12.2 AUTONOMIA GESTIONALE DEL DISTRETTO	39
12.3 IL DIRETTORE DI DISTRETTO	39
12.4 IL COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO.....	40
12.5 L'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ DISTRETTUALI.....	40
12.6 L'ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE	40
ART. 13 AREA OSPEDALIERA.....	41
13.1 I Presidi ospedalieri	42
13.1.1 La rete ospedaliera.....	42
13.1.2 La rete ospedaliera programmata.....	43
13.2 L'Assistenza ospedaliera dell'A.S.L. V.C.O.	44
13.3 Autonomia gestionale dell'Ospedale Unico	46
13.4 Il Direttore dell'Ospedale Unico Plurisede del V.C.O.	47
13.5 Il Centro Ortopedico di Quadrante di Omegna (C.O.Q. S.p.A.)	50
13.5.1 Nuovo profilo ed attività del COQ nell'ambito della programmazione	51
aziendale	51
ART. 15 IL DIPARTIMENTO.....	53
ART. 14 – MODELLO ORGANIZZATIVO DELL'AZIENDA E SUE ARTICOLAZIONI.....	53
ART. 15 – L'ORGANIZZAZIONE DIPARTIMENTALE	53
15.1 Organismi istituzionali del Dipartimento.....	56
15.1.1 Il Direttore di Dipartimento	56
15.1.2 Il Comitato di Dipartimento.....	57
15.2 Regolamento di Dipartimento.....	57
15.3 I gruppi di progetto	57
ART. 16 - STRUTTURE OPERATIVE	58
16.1 STRUTTURE COMPLESSE	58
16.2 STRUTTURE SEMPLICI A VALENZA DIPARTIMENTALE	59
16.3 STRUTTURE SEMPLICI.....	59
16.4 INCARICHI DIRIGENZIALI DI NATURA PROFESSIONALE	60
ART. 17 ORGANIGRAMMA AZIENDALE	60
ART. 18 PIANO DI ORGANIZZAZIONE	60
ART. 19 – DOTAZIONE ORGANICA.....	60
TITOLO IV	61
MODALITA' DI GESTIONE,	61
CONTROLLO	61
E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE	61

ART. 20 PIANIFICAZIONE STRATEGICA, PROGRAMMAZIONE E BUDGETING	62
20.1 LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA	62
20.2 LA PROGRAMMAZIONE.....	62
20.3 IL PROCESSO DI BUDGETING.....	62
20.4 IL SISTEMA DEI CONTROLLI INTERNI	63
20.4.1 Il controllo strategico	64
20.4.2 Il controllo di gestione	64
20.4.3 Il controllo di regolarità amministrativa e contabile	65
20.4.4 La valutazione del personale dirigente	65
ART. 21 LA GESTIONE DELLE RISORSE UMANE	65
21.1 DISCIPLINA DELLA DIRIGENZA MEDICA E DELLE PROFESSIONI SANITARIE.....	66
21.2 DISCIPLINA DEL CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI E TIPOLOGIE.....	67
21.3 PRINCIPI E MODALITÀ DELLA VALUTAZIONE	74
21.3.1 Il D. Lgs. n. 150 del 27.10.2009	75
21.4 ORGANISMI PREPOSTI ALLA VALUTAZIONE.....	76
21.5 DISTINZIONE TRA ATTIVITÀ DI INDIRIZZO E DI CONTROLLO ED ATTIVITÀ GESTIONALE	76
21.6 CESSAZIONE DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI	77
21.7 ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE	77
21.8 LE RELAZIONI SINDACALI	79
ART. 22 LA DISCIPLINA DEI CONTRATTI DI FORNITURA DI BENI E SERVIZI	79
ART. 23 IL SISTEMA INFORMATIVO	79
ART. 24 LA GESTIONE DELLE RISORSE TECNOLOGICHE.....	80
ART. 25 IL SISTEMA QUALITÀ AZIENDALE.....	80
ART. 26 L'ACCREDITAMENTO ISTITUZIONALE E PROFESSIONALE	82
ART. 27 I PERCORSI DI CURA	82
ART. 28 LA GESTIONE DEL RISCHIO CLINICO.....	82
ART. 29 L'INFORMAZIONE, LA PARTECIPAZIONE E LA COMUNICAZIONE	84
29.1 L'UFFICIO RELAZIONI CON IL PUBBLICO.....	84
29.2 L'UFFICIO STAMPA.....	84
29.3 RETE INTERNA, RETE ESTERNA DEI MEDIA, RETE ESTERNA DELLE ASSOCIAZIONI	84
29.4 GUIDA AI SERVIZI	85
29.5 MONITORAGGIO E VALUTAZIONE DEI RISULTATI.....	85
ART. 30 IL SISTEMA DELLE RELAZIONI ESTERNE AZIENDALI	85
30.1 I CITTADINI SINGOLI ED ASSOCIATI.....	86
30.2 LA REGIONE PIEMONTE	86
30.3 GLI ENTI LOCALI	86
30.4 IL TERZO SETTORE.....	86
30.5 LA FEDERAZIONE SOVRAZIONALE	86
30.6 LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI DEI DIPENDENTI AZIENDALI.....	86
30.7 I SOGGETTI EROGATORI PRIVATI	86
TITOLO V	88
DISPOSIZIONI FINALI	88
ART. 31 - APPROVAZIONE DELL'ATTO AZIENDALE E DEI DOCUMENTI ALLEGATI	89
ART. 32 - ALLEGATI.....	89
ART. 33 - DECORRENZA DI APPLICAZIONE.....	90
ART. 34 - POTESTÀ REGOLAMENTARE	90
ART. 35 - NORME FINALI	90

PREMESSA

L'art. 3., co. 1bis, del D.lgs. n. 502 del 30.12.1992 e s.m.i. ha affermato il concetto di autonomia organizzativa riconoscendo alle Regioni ed alle aziende sanitarie il diritto-dovere di definire il proprio ruolo, strategia ed assetto organizzativo. In sostanza, si è assegnata una maggiore responsabilità alle Regioni e si è attribuito alle aziende sanitarie autonomia strategica, organizzativa, patrimoniale. Il medesimo articolo ha previsto che l'organizzazione ed il funzionamento dell'unità sanitaria locale sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali.

Sulla base di tali assunti l'Asl VCO, nel rispetto dei principi e criteri formulati dalla Regione per l'adozione dell'atto aziendale (così come disposto dall'art. 2sexies, lett.b), del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i.), e tenendo conto della normativa vigente, ha predisposto:

- l'atto aziendale che, come si evince all'art. 1 del presente elaborato, definisce gli elementi identificativi dell'azienda, la missione, la visione, i valori fondanti, la cornice istituzionale e strategica entro la quale l'azienda si muove;
- dell'organigramma aziendale e del piano di organizzazione, assicurando la coerenza tra gli orientamenti e gli obiettivi strategici, da un lato, e la Struttura dall'altro, ed individuando le strutture organizzative aziendali e le competenze alle stesse assegnate.

Si rileva che l'autonomia organizzativa di cui l'ASL dispone si esprime anche attraverso la predisposizione di specifici documenti o strumenti operativi dotati di una forte valenza organizzativa ovvero: regolamenti di organizzazione (si rinvia all'art. 34 del presente elaborato), linee guida, procedure, protocolli, sia amministrativi che sanitari.

TITOLO I

CONTENUTI ATTO AZIENDALE ED ELEMENTI IDENTIFICATIVI DELL'A.S.L.

Art. 1 - Definizione e contenuti dell'Atto aziendale

L'art. 3, co. 1bis, del D.lgs. n. 502/92 e s.m.i., stabilisce che l'organizzazione ed il funzionamento delle Aziende Sanitarie sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, adottato dal Direttore Generale (ai sensi dell'art. 3, co. 1- quater), nel rispetto dei principi e criteri stabiliti con provvedimento della Giunta Regionale.

L'atto aziendale, come si desume dal Piano Socio-Sanitario Regionale 2012-15, approvato con D.C.R. n. 167-14087 del 3.4.2012, par. 5.1, deve ispirarsi a principi di efficienza, economicità e semplificazione e definisce, in particolare:

- a) gli elementi identificativi, la missione, la visione il ruolo dell'azienda nel contesto istituzionale definito dalla programmazione regionale;
- b) l'assetto istituzionale, in termini di organi ed organismi;
- c) le strutture operative dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale soggette a rendicontazione analitica, e la disciplina dell'organizzazione delle aziende secondo il modello dipartimentale, definendo i rapporti gerarchici tra le strutture;
- d) l'esplicitazione dei compiti attribuiti al direttore amministrativo, sanitario, ai direttori di presidio, di distretto, di dipartimento ed ai dirigenti responsabili di struttura.

L'atto aziendale vigente risale all'anno 2008, venne adottato con deliberazione n. 490 del 30.06.2008, integrata con successiva deliberazione n. 710 del 7.10.2008, ed approvato dalla Giunta Regionale il 7.11.2008.

La Regione, con nota prot. 23216 dell'8.10.2013, nel trasmettere la D.G.R. n. 16-6418 del 30.9.2013, ha disposto che le aziende sanitarie provvedano a riadottare l'atto aziendale al fine di consentire alla Regione di rispettare il termine del 31.12.2013, fissato nel Piano Operativo 2013-15, per il recepimento degli atti aziendali proposti da ciascuna azienda.

Con D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012 (così come integrata e modificata con la D.G.R. n. 16-6418 del 30.9.2013), la Regione ha precisato che l'atto aziendale deve essere redatto attenendosi allo schema di indice contenuto nella D.G.R. n. 80-1700 del 01.12.2000, al fine di garantire coerenza e comparabilità tra le aziende del SSR e facilitare la verifica regionale.

La **struttura del documento** è il seguente:

Il **titolo I°** attiene ai contenuti dell'atto aziendale, all'identificazione dell'azienda, alla missione, visione e valori guida, alle linee strategiche aziendali; il **titolo II°** richiama l'assetto istituzionale (organi ed organismi aziendali); il titolo III° riferisce circa gli aspetti organizzativi aziendali; il titolo IV° riguarda le modalità di gestione di controllo e di valorizzazione delle risorse (pianificazione e programmazione, gestione delle risorse umane, sistema qualità aziendale, informazione, partecipazione e comunicazione). Infine, il **titolo V°** riporta le disposizioni finali richiamando anche i documenti allegati, quali parti integranti e sostanziali, all'atto aziendale.

L'Azienda, dopo aver presentato, l'atto aziendale ai soggetti portatori di interessi (stakeholder) interni ed esterni all'Azienda ovvero:

Stakeholder interni	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Collegio di Direzione ➤ Consiglio dei Sanitari ➤ Organizzazioni Sindacali
Stakeholder esterni	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Rappresentanza dei Sindaci ➤ Ufficio di Presidenza della Conferenza Aziendale di Partecipazione

inoltre lo stesso, corredato dai documenti allegati quali parti integranti e sostanziali, come disposto dalla D.D. n. 99 del 14.2.2013, dalle note regionali prot. 345/SNA de 22.2.2013 e prot. n. 23216/DB2012 dell'8/10/2013, alla Direzione Regionale Sanità – Settore Pianificazione e Assetto Istituzionale, Ufficio Controllo Atti - per l'avvio del procedimento di verifica. Tale procedimento è propedeutico al recepimento regionale dell'atto da parte della Giunta Regionale, dopo aver rilevato la coerenza con gli atti aziendali delle A.S.R. del medesimo ambito sovrazonale e del rispetto dei parametri standard ministeriali per l'individuazione di strutture semplici e complesse, ex art. 12, comma 1, lett. b del Patto per la Salute 2010-2012.

Il procedimento regionale di verifica verrà avviato contestualmente per tutte le AA.SS.RR. della medesima area sovrazonale da identificarsi, nelle more dell'approvazione della disciplina legislativa di modifica dell'art. 23 L.R. n. 18/2007 e dei successivi provvedimenti attuativi, con l'area sovrazonale corrispondente alla Federazione di riferimento.

Come si evince dalla circolare regionale prot. n. 23216/DB2012 richiamata, il termine fissato per la riadozione è di 30 giorni dalla notifica della D.G.R. 16-6418 del 30.9.2013.

L'elaborato è composto da un documento principale e da una serie di allegati (riportati all'art. 32, a cui si fa rinvio), che ne costituiscono parte integrante e sostanziale.

Art. 2 - Identificazione dell'Azienda

L'art. 3, co. 1-bis, del D.lgs n. 502/92 e s.m.i., ha stabilito che le unità sanitarie locali, in funzione del perseguimento dei loro fini istituzionali, si costituiscono in aziende con personalità giuridica pubblica ed autonomia imprenditoriale. La loro organizzazione e funzionamento sono disciplinati con atto aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri previsti da disposizioni regionali.

Come si evince dalla D.C.R. n°136-39452 del 22 ottobre 2007 e dal D.P.G.R. n.° 90 del 17 dicembre 2007 l'Azienda, nata come ASL 14 dall'accorpamento, avvenuto il 1° gennaio 1995, delle 3 precedenti Unità Sanitarie Locali (l'U.S.S.L. 55 di Verbania, l'U.S.S.L. 56 di Domodossola, l'U.S.S.L. 57 di Omegna), è divenuta ASL VCO a decorrere dal 1° gennaio 2008.

2.1 Sede legale

La *sede legale* dell'azienda è ad Omegna, Via Mazzini n. 117.

La rappresentanza dell'azienda è in capo al Direttore Generale.

Le sedi aziendali sono riportate nell'allegato 1 del presente elaborato.

2.2 Logo



Il logo dell'Azienda rappresenta le aree del Verbano, del Cusio e dell'Ossola (V.C.O.), che, nelle loro specificità, si integrano costituendo un territorio unitario.

2.3 Ambito territoriale

L'Azienda, che presenta un'estensione territoriale di circa 2.300 km quadrati, per il 96% montani, ha una densità abitativa media di 76 abitanti/Kmq e comprende 84 Comuni (riportati nell'allegato 2 del presente elaborato), distribuiti in maniera disomogenea sul territorio del Verbano, Cusio ed Ossola, per un totale di abitanti, al 31.12.2012, pari a 173.913.

L'ampiezza e le caratteristiche montane del territorio rappresentano un elemento di criticità in quanto, per garantire i servizi di base a tutta la popolazione della Provincia, comportano la necessità di una diffusione molto capillare dei servizi territoriali con un impegno, in termini organizzativi e di costi, nettamente superiore rispetto a quello di altre aziende sanitarie.

2.4 Patrimonio

Ai sensi dell'art. 5, co 1 e 2, del D.Lgs. n. 502/1992 e s.m.i. il patrimonio dell'Azienda sanitaria è costituito da tutti i beni, mobili ed immobili, ad essa appartenenti, ivi compresi quelli trasferiti dallo Stato o dal altri enti pubblici, nonché da tutti i beni comunque

acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità. L'Asl ha disponibilità secondo il regime della proprietà privata ferme restando le disposizioni di cui all'art. 830, 2° comma, del codice civile. Gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su immobili sono assoggettati a previa autorizzazione regionale. I beni mobili ed immobili che le aziende sanitarie utilizzano per il perseguimento dei propri fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile degli stessi, soggetti alla disciplina dell'art. 828, co. 2, del codice civile.

La L.R. n. 8 del 18.1.1995 ha classificato i beni appartenenti alle aziende sanitarie in **beni patrimoniali indisponibili** e **disponibili**. I beni, mobili ed immobili, utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali non possono essere sottratti alla loro destinazione senza l'autorizzazione della Giunta Regionale.

L'art. 7 della L.R. n. 5 del 04.05.2012 ha istituito il Fondo regionale per il patrimonio immobiliare prevedendo che il patrimonio immobiliare delle aziende sanitarie possa confluire in due fondi denominati F.I.R. e F.I.S.: nel Fondo Immobiliare Regionale confluiranno i beni patrimoniali cosiddetti "non core", mentre nel Fondo Immobiliare Sanitario il patrimonio immobiliare "core", con l'obiettivo di perseguire una gestione più efficiente del patrimonio immobiliare. Tuttavia, il trasferimento della proprietà degli immobili alla Regione e da questa ai Fondi richiede lo svolgimento di diverse attività finalizzate a selezionare gli immobili trasferibili sulla base di più criteri quali: la disponibilità immediata e/o a breve termine degli stessi, la loro appetibilità sul piano commerciale, lo stato conservativo in cui versano e le attività di *Due Diligence* legale (verifica contratti, assistenza legale su fiscalità) e Tecnico (analisi situazione catastale, sopralluoghi, analisi problematiche ambientali).

Con L.R. n. 3 del 28.03.2012 la Regione ha costituito le Federazioni Sovrazionali attribuendo alle stesse una serie di funzioni tra le quali sono state ricomprese quelle relative alla gestione del patrimonio immobiliare per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni, in coerenza con gli indirizzi regionali. Occorre segnalare che, con D.D.L.R. n. 359 del 10.9.2013, si è previsto il superamento delle Federazioni Sovrazionali individuando, quale ambito ottimale per la cooperazione interaziendale a livello sovrazonale, **l'area interaziendale di coordinamento**. Si rinvia all'art. 9 del presente elaborato.

Art. 3 - Missione, visione e valori fondanti dell'Azienda

3.1 Missione

La missione dell'Azienda, in linea con il P.S.S.R. 2012-15, è quella di garantire il diritto alla salute, offrendo i servizi, le attività, le prestazioni necessarie per la prevenzione, la diagnosi e la cura delle malattie e la riabilitazione delle disabilità ma, nel contempo, assicurare che tali attività servizi e prestazioni siano di qualità elevata e siano fornite nei modi, luoghi e tempi congrui per le effettive necessità della popolazione.

L'Asl VCO svolge la funzione preminente di tutela della salute e quella di erogazione dei servizi di assistenza primaria tramite i distretti, e dei servizi di assistenza specialistica tramite gli ospedali in rete. Le attività di promozione della salute e prevenzione primaria

collettiva sono svolte dal Dipartimento di Prevenzione o mediante l'attivazione di programmi speciali finalizzati.

L'Azienda:

- opera secondo il modello della presa in carico del cittadino-utente riconoscendo la centralità del cittadino nell'ambito della costruzione dei propri processi, da realizzare mediante specifiche politiche di comunicazione orientate all'informazione ed alla partecipazione nella definizione delle scelte e nella valutazione dei risultati;
- svolge la propria attività anche in collaborazione ed alleanza con altri soggetti, privati e pubblici, per rispondere alla propria missione;
- persegue la valorizzazione del proprio capitale di tecnologie e di professionisti come competenze distintive, dedicate alla gestione e produzione di servizi sanitari.

3.2 Visione

La visione dell'Azienda si caratterizza per la capacità di sviluppare integrazioni, alleanze e sinergie all'interno del sistema sanitario regionale e con il contesto locale e sovrazonale, al fine di realizzare una rete integrata di servizi per la tutela della salute, in un'ottica di miglioramento continuo, di innovazione organizzativa, di sviluppo e valorizzazione delle professionalità.

3.3 Valori fondanti

I valori fondanti che orientano e sostengono le azioni ed i comportamenti dei singoli operatori e dell'intera organizzazione afferiscono alla:

- centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla salute;
- continuità assistenziale dei percorsi di cura al fine di consentire la presa in carico globale dell'assistito e la massima integrazione dei singoli momenti del percorso di cura, organizzando l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini, come prevede il P.S.S.R. 2002-15, in un'ottica di equità di trattamento e di accesso ai servizi, da realizzare attraverso la massima semplificazione burocratico-amministrativa;
- sistematica informazione al cittadino ed ai fruitori dei servizi sui loro diritti e opportunità;
- adozione di strumenti finalizzati allo sviluppo del processo di empowerment, come previsto dal P.S.S.R. 2012-2015;
- trasparenza dei processi decisionali e dell'azione organizzativa, volti alla corretta comunicazione delle politiche sanitarie aziendali ed alla partecipazione;
- collaborazione con le Istituzioni locali, le Organizzazioni Sindacali, le Associazioni rappresentative dei cittadini e del terzo settore;
- approccio integrato socio-sanitario alle problematiche di salute;

- tutela e cura delle persone più deboli o con disabilità, favorendo anche la loro integrazione nella vita quotidiana;
- contenimento dell'attività di ricovero (deospedalizzazione) evitandone l'uso improprio, da realizzare attraverso la continuità assistenziale, utile a garantire un percorso di presa in carico e di assistenza socio/sanitaria senza soluzioni di continuità;
- qualità dei servizi da realizzare lavorando sull'efficacia ed appropriatezza clinica, costruendo **percorsi** diagnostici terapeutici assistenziali improntati alla medicina basata sulle evidenze scientifiche, sulla sicurezza e sulla gestione del rischio, sull'appropriatezza organizzativa, sulla promozione della prevenzione;
- responsabilità ed autonomia dei professionisti mediate lo sviluppo del governo clinico;
- aggiornamento e sviluppo delle competenze professionali;
- sicurezza delle attività e degli ambienti di lavoro al fine di garantire la massima tutela per le persone che fruiscono dei servizi e per gli operatori;
- integrazione tra la dimensione clinica e quella economica, tenendo presente che la finalità istituzionale aziendale, in conformità a quanto emerge dal P.S.S.R. 2012-15, consiste nel garantire i LEA, in termini quali/quantitativi, razionalizzando il sistema attraverso la riduzione degli sprechi, delle diseconomie, delle duplicazioni di attività, ricercando, costantemente, la sostenibilità economica.

L'azienda persegue la tutela della *privacy* e adotta specifiche norme interne che recepiscono i principi della legislazione vigente e disciplinano i meccanismi attuativi.

3.4 Linee strategiche aziendali

Le linee strategiche aziendali trovano il loro punto di riferimento nel P.S.S.R. 2012-2015 e sono dirette a riorientare l'azienda non solo sulla cura ma anche sulla prevenzione, sullo sviluppo di politiche locali che favoriscano una miglior qualità di vita, di inclusione di tutti i cittadini, di educazione e formazione.

Le principali **linee strategiche aziendali** sono riferibili all'area della prevenzione, a quella territoriale ed ospedaliera, a cui si aggiunge una linea strategica che coinvolge tutte le aree ovvero:

1. Area della prevenzione.

Tale area intende rilanciare il ruolo del Dipartimento di Prevenzione quale modello di integrazione di tutti i servizi territoriali sanitari e sociali operanti nella prevenzione ed identificare in tale struttura - come previsto dal D.Lgs 502/92 e s. m. i. - il riferimento del S.S.N. che assicura l'applicazione dell'art. 32 della Costituzione. La tutela della salute collettiva viene garantita perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità, miglioramento della qualità della vita e dando attuazione al primo livello essenziale di Assistenza Sanitaria Collettiva in Ambiente di Vita e di Lavoro che comprende tutte le attività preventive rivolte ai singoli ed alle collettività.

2. Area Territoriale

Tale area intende:

- riorganizzare i servizi territoriali al fine di adempiere al primario dovere della diffusione della medicina del territorio, anche attraverso l'integrazione dei servizi socio sanitari resi ai cittadini, creando un sistema dove il distretto assume una propria e forte identità. Il distretto diventa il luogo principale ove si definiscono le politiche per la salute a livello territoriale, che promuove la continuità assistenziale, ovvero la presa in carico del paziente dall'inizio sino al completamento del suo percorso di salute, senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure dai vari soggetti erogatori;
- creare un sistema informativo in grado di supportare il governo del percorso di cura del paziente, dal suo ingresso in ospedale alla dimissione, e di seguire i progetti di cura territoriali;
- sviluppare sistemi organizzativi innovativi per la presa in carico dei pazienti cronici e fragili al fine del mantenimento presso il proprio domicilio, utilizzando anche le opportunità offerte dalle ICT (telemedicina, telesoccorso);
- promuovere/potenziare le forme aggregative multi professionali (MMG, PLS, Geriatri, infermieri territoriali, terapisti della riabilitazione, Assistenti sociali e OSS) per la presa in carico dei pazienti in ADI e lungo assistenza al fine di prevenire il fenomeno dei ricoveri ripetuti;
- realizzare sinergie con i Servizi di Prevenzione e con gli Enti Gestori nelle politiche orientate all'educazione alla salute, al fine di perseguire obiettivi di riduzione del danno e di promozione di stili di vita.

3. Area Ospedaliera

Tale area intende:

- mettere in atto, in modo completo, il modello di Ospedale Unico, articolato nelle sedi di Domodossola e Verbania, pensato nell'ottica di una gestione per intensità di cure, come previsto dal P.S.S.R. 2012-15;
- realizzare una progressiva deospedalizzazione attraverso l'attuazione di politiche per limitare l'uso improprio del ricovero ospedaliero e generare appropriatezza, lavorando sui percorsi di continuità assistenziale;
- fornire piena collaborazione al fine di realizzare una rete ospedaliera integrata a livello sovrazonale.

4. Linea comune alle tre aree

Si intende perseguire l'appropriatezza delle prestazioni erogate (che riguarda tutte le aree della prevenzione, territoriale ed ospedaliera), contribuendo ad una maggior efficacia nell'uso dei servizi sanitari ed all'ottimizzazione delle risorse economiche, peraltro sempre più scarse, ricercando, costantemente, la sostenibilità economica.

TITOLO II

ASSETTO ISTITUZIONALE: ORGANI AZIENDALI, DIREZIONE AZIENDALE, ORGANISMI DIVERSI E FEDERAZIONE SOVRAZIONALE

Art. 4 – Organi dell’Azienda

Ai sensi dell’art. 3, co. 1-quater, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. sono organi dell’Azienda:

- il Direttore Generale
- il Collegio Sindacale
- il Collegio di Direzione (come previsto dall’art. 4 del D.L. n. 158 del 13.9.2012, sostituito dalla L. di conversione n. 189 dell’8.11.2012).

4.1 – Il Direttore Generale: competenze

Ai sensi dell’art. 3, co. 1-quater, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., il Direttore Generale è responsabile della gestione complessiva dell’azienda, che egli esercita con atti e decisioni di rilevanza interna ed esterna di indirizzo, programmazione e controllo, con particolare riguardo alle strategie per la realizzazione della mission aziendale, alla definizione degli obiettivi gestionali, all’allocazione delle risorse ed alla valutazione dei risultati..

E’ coadiuvato, nell’esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

A tale organo sono riservati tutti i poteri di gestione nonché la rappresentanza dell’azienda e compete, anche attraverso l’istituzione dell’apposito servizio di controllo interno, di cui all’art. 20 del D. lgs. n. 29 del 3.2.1993 e s.m.i., verificare, mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti e dei risultati, la corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate, nonché l’imparzialità ed il buon andamento dell’azione amministrativa.

Rientrano nelle attribuzioni del Direttore Generale i poteri di nomina del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo d’Azienda, dei dirigenti e di conferimento di incarichi dirigenziali e di responsabilità di strutture organizzative.

Come specificato nel regolamento aziendale relativo alla formalizzazione di deliberazioni del Direttore Generale e determinazioni dirigenziali (di cui all’atto deliberativo n. 255 del 15.04.2013), l’esercizio delle funzioni di rappresentanza comprende la funzione di tutela dell’Azienda, che il Direttore Generale esercita, nei casi in cui lo ritenga necessario, per ragioni di opportunità o di garanzia della conformità degli atti amministrativi adottati dai dirigenti con gli indirizzi strategici, così come nei casi di manifesta inerzia, su questioni prioritarie, urgenti o considerate di rilevanza strategica per l’Azienda, subentrando nella responsabilità diretta del procedimento amministrativo specifico. Ciò nel rispetto delle disposizioni vigenti in materia di separazione dei poteri, di cui al D.Lgs. n. 165/2001 e s.m.i.

Gli atti del Direttore Generale possono essere ricondotti o alla disciplina del diritto pubblico amministrativo, con la forma della deliberazione e sottoposti ai controlli ai sensi della normativa vigente, o a quella del diritto privato nelle forme previste dal legislatore.

Il Direttore generale è il datore di lavoro in materia di salute e sicurezza sul lavoro, ai sensi del D.Lgs. n°81/2008, e può delegare tali adempimenti, secondo la normativa vigente, ai Responsabili delle strutture individuate nel Piano di organizzazione.

Il Direttore Generale esercita, altresì, tutte le altre funzioni attribuitegli dalle leggi e dai regolamenti nazionali e regionali.

4.1.1 Competenze esclusive

Come emerge dall'allegato A2 al regolamento aziendale assunto con deliberazione n. 255 del 15.4.2013, 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;
- c) la nomina dei Responsabili delle strutture aziendali ed il conferimento, la sospensione e la revoca degli incarichi dirigenziali, in conformità a quanto stabilito dai decreti legislativi n. 502 del 30 dicembre 1992 e s.m.i., n. 165 del 30 marzo 2001 e s.m.i. 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 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).

4.1.2 Funzioni delegate

Come risulta dal regolamento aziendale assunto con deliberazione n. 255 del 15.4.2013 il Direttore Generale può delegare il compimento di determinati atti, fatti salvi quelli per legge indelegabili, al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario, ai Dirigenti o a Dipendenti dell'azienda, di volta in volta individuati, i quali sono tenuti ad agire nel rispetto delle disposizioni ricevute.

4.1.3 Nomina

Ai sensi dell'art. 3bis del D.Lgs n. 502/92 i provvedimenti di nomina dei direttori generali delle aziende sanitarie locali sono adottati esclusivamente con riferimento ai requisiti di cui all'articolo 1 del D.L. 27.8.1994 n. 512, conv. nella L. 17.10.1994 n. 590, senza necessita di valutazioni comparative. La nomina del direttore generale deve essere effettuata nel termine perentorio di sessanta giorni dalla data di vacanza dell'ufficio. Scaduto tale termine si applica l'art. 2, comma 2-octies.

La Regione provvede alla nomina dei direttori generali attingendo obbligatoriamente all'elenco regionale di idonei, ovvero agli analoghi elenchi delle altre regioni, costituiti previo avviso pubblico e selezione effettuata, secondo modalità e criteri individuati dalla regione, da parte di una commissione costituita dalla regione medesima in prevalenza tra esperti indicati da qualificate istituzioni scientifiche indipendenti, di cui uno designato dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali, senza nuovi o maggiori oneri a carico della finanza pubblica. Gli elenchi sono aggiornati almeno ogni due anni. Alla selezione si accede con il possesso di laurea magistrale e di adeguata esperienza dirigenziale, almeno quinquennale, nel campo delle strutture sanitarie o settennale negli

altri settori, con autonomia gestionale e con diretta responsabilità delle risorse umane, tecniche o finanziarie, nonché di eventuali ulteriori requisiti stabiliti dalla regione che assicura, anche mediante il proprio sito internet, adeguata pubblicità e trasparenza ai bandi, alla procedura di selezione, alle nomine ed ai curricula.

I direttori generali nominati devono produrre, entro diciotto mesi dalla nomina, il certificato di frequenza del corso di formazione in materia di sanità pubblica e di organizzazione e gestione sanitaria.

Al fine di assicurare una omogeneità nella valutazione dell'attività dei direttori generali le Regioni concordano, in sede di Conferenza delle regioni e delle province autonome, criteri e sistemi per valutare e verificare tale attività, sulla base di obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi definiti nel quadro della programmazione regionale, con particolare riferimento all'efficienza, all'efficacia, alla sicurezza, all'ottimizzazione dei servizi sanitari ed al rispetto degli equilibri economico finanziari di bilancio concordati, avvalendosi dei dati e degli elementi forniti anche dall'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali. All'atto della nomina di ciascun direttore generale le regioni definiscono e assegnano, aggiornandoli periodicamente, gli obiettivi di salute e di funzionamento dei servizi, con riferimento alle relative risorse, ferma restando la piena autonomia gestionale dei direttori stessi.

Trascorsi diciotto mesi dalla nomina di ciascun direttore generale la regione verifica i risultati aziendali conseguiti ed il raggiungimento degli obiettivi e, sentito il parere della conferenza dei sindaci, procede o meno alla conferma entro i tre mesi successivi alla scadenza del termine.

4.2 – Il Collegio Sindacale

Ai sensi dell'art. 3-ter del D.Lgs 502/92. s.m.i. il Collegio, che dura in carica tre anni, è composto da cinque membri, di cui due designati dalla Regione, uno designato dal Ministro del Tesoro, del Bilancio e della Programmazione Economica, uno dal Ministro della Sanità e uno dalla Conferenza dei Sindaci. Al Collegio Sindacale compete:

- a) la verifica dell'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico;
- b) la vigilanza sull'osservanza della legge;
- c) l'accertamento della regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, anche mediante l'effettuazione di periodiche verifiche di cassa;
- d) di riferire alla Regione, almeno trimestralmente, anche su richiesta di quest'ultima, sui risultati del riscontro eseguito, denunciando immediatamente i fatti se vi è fondato sospetto di gravi irregolarità. Trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'azienda alla Conferenza dei Sindaci.

I componenti del collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo anche individualmente.

Il Collegio Sindacale è nominato dal Direttore Generale con apposito provvedimento in base alla designazione delle Autorità competenti, ai sensi dell'art. 3, co. 13, del D.Lgs 502/92. s.m.i., che lo convoca per la prima seduta. Il presidente del collegio viene eletto dai revisori all'atto della prima seduta. Ove, a seguito di decadenza, dimissioni o decessi il collegio risultasse mancante di uno o più componenti, il Direttore Generale provvede ad acquisire le nuove designazioni dalle amministrazioni competenti. In caso di mancanza di più di due componenti si dovrà procedere alla ricostituzione dell'intero collegio. Qualora il Direttore Generale non proceda alla ricostituzione del Collegio entro trenta giorni la Regione provvederà a costituirlo, in via straordinaria, con un funzionario della Regione e due designati dal Ministro del Tesoro. Il collegio straordinario cessa le proprie funzioni all'atto dell'insediamento del collegio ordinario.

4.3 – Il Collegio di Direzione

La legge n. 189 dell' 8.11.2012 ha sostituito l'art. 17 del D. Lgs. 502/92 e s.m.i. stabilendo che le Regioni prevedono l'istituzione, nelle aziende e negli enti del SSR, del Collegio di Direzione, **quale organo dell'azienda**, individuandone la composizione in modo da garantire la partecipazione di tutte le figure professionali presenti nell'azienda, e disciplinandone le competenze ed i criteri di funzionamento, nonché le relazioni con gli altri organi aziendali.

Il Collegio di direzione, in particolare, concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, incluse la ricerca, la didattica, i programmi di formazione e le soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero-professionale intramuraria. Nelle aziende ospedaliere universitarie il collegio di direzione partecipa alla pianificazione delle attività di ricerca e didattica nell'ambito di quanto definito dall'università; concorre, inoltre, allo sviluppo organizzativo e gestionale delle aziende, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni. Partecipa, altresì, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore Generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche.

Il Collegio di Direzione, come risulta dal regolamento aziendale vigente, è presieduto dal Direttore Generale o suo delegato, ed è composto dai Direttori Amministrativo e Sanitario aziendali, dai Direttori di Dipartimento, dal Direttore dell'Ospedale unico plurisede, dai Direttori dei Distretti e, in conformità a quanto previsto dalla circolare regionale prot. n. 20347 dell'1/6/2009, dal Direttore Di.P.Sa.

In relazione alle materie in trattazione il Direttore Generale può estendere la partecipazione alle sedute del Collegio ai Direttori ed ai Dirigenti responsabili delle strutture organizzative aziendali che, di volta in volta, potranno essere sentiti senza diritto di voto.

Art. 5 – La Direzione aziendale

Ai sensi dell'art. 3, co. 1-quater e quinquies, del D.L.vo n. 502/92 e s.m.i., il Direttore Generale, nello svolgimento dei propri compiti, è coadiuvato dal Direttore Amministrativo

e dal Direttore Sanitario d'azienda, ciascuno per le proprie competenze. Entrambi sono nominati dal direttore generale e partecipano, unitamente al direttore che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, esprimendo proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.

Alla Direzione Aziendale, collegialmente, spetta la responsabilità complessiva della gestione aziendale ed il perseguimento della mission e degli obiettivi di tutte le varie articolazioni aziendali.

5.1 Il Governo strategico

Il governo strategico, quale funzione esclusiva della Direzione Aziendale, è rivolto ad:

- elaborare le strategie aziendali e la loro esplicitazione attraverso gli strumenti della programmazione e gli atti di indirizzo, nel rispetto degli obiettivi assegnati dalla Regione;
- garantire, attraverso la funzione di indirizzo e controllo, un efficiente ed efficace espletamento delle attività (in modo da assicurare un'uniforme ed appropriata tutela della salute, nel rispetto dei diritti degli utenti) ed una efficiente allocazione delle risorse;
- definire, nel rispetto dei livelli di assistenza essenziali e garantiti, i volumi di produzione dei servizi sanitari che dovranno essere forniti dagli erogatori interni ed esterni all'azienda.

5.2 Il Governo Clinico

Il governo clinico è diretto alla definizione degli strumenti organizzativi e di gestione volti al miglioramento continuo della qualità e di adeguati standard assistenziali da parte dei professionisti e dell'organizzazione nel suo complesso che si realizzano, tra gli altri nella:

- pratica clinica basata sull'evidenza medica e scientifica, attraverso l'applicazione di linee guida;
- valutazione della performance clinica (audit clinico) volta ad una revisione sistematica dei casi clinici trattati, a fronte di uno standard di indicatori condivisi, al fine di individuare eventuali criticità dei comportamenti clinici o organizzativi e realizzare un processo di miglioramento continuo della performance dell'assistenza;
- gestione del rischio clinico;
- definizione di percorsi clinici con lo scopo di costruire l'assistenza, tenuto conto delle esigenze del paziente, gestendo tutti gli aspetti: clinici, organizzativi, relazionali, di integrazione multidisciplinare e interprofessionale.

Il P.S.S.R. 2012-15, al par. 2.5, ha inteso affrontare la questione del governo clinico non come contrapposizione tra clinici e manager, né come semplice approccio alla medicina basata sulle evidenze, ma come revisione delle organizzazioni sanitarie finalizzata, da un lato, all'integrazione tra professionisti sanitari, dall'altro, al ruolo di responsabilità che le professioni sanitarie devono avere nelle scelte aziendali. Come si legge nel Piano, se è vero che il fine di ogni organizzarne sanitaria è quello di tutelare la salute dei cittadini, occorre, però, adempiere a tale compito fornendo prestazioni e servizi efficaci

ed appropriati, in un contesto sempre più complesso, sia in termini organizzativi, sia sotto il profilo della continua evoluzione tecnologica, sia per quanto riguarda la sostenibilità del sistema a fronte di risorse sempre meno consistenti.

5.3 Il Governo economico-finanziario

L'azienda, nella realizzazione della propria attività di produzione, coinvolge e responsabilizza tutta la dirigenza al fine di perseguire un efficiente ed efficace utilizzo delle risorse ed applicare, con costanza, i principi dell'appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni.

Il governo complessivo dell'azienda implica un'integrazione tra la dimensione clinica e quella economica tenendo presente che la finalità istituzionale dell'azienda consiste nel garantire i LEA, in termini quali/quantitativi, senza trascurare l'aspetto legato alla sostenibilità economica. Attraverso gli strumenti della contabilità generale, la contabilità analitica ed il controllo di gestione viene garantito un costante monitoraggio dei risultati di gestione e dei costi, al fine di verificare la compatibilità con le risorse disponibili permettendo, in caso di criticità, l'attivazione di adeguati interventi correttivi.

5.4 I Direttori: Amministrativo e Sanitario

Il Direttore Generale, come previsto dall'art. 3, co. 1-quater e quinquies del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, nominati dal Direttore Generale stesso. Essi partecipano, unitamente al Direttore Generale che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'azienda, assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, esprimendo proposte e pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.

In relazione a tale caratterizzazione del ruolo, che ne comporta il pieno coinvolgimento nell'attività della Direzione aziendale, le funzioni ad essi riconosciute sono riconducibili in generale a quelle di indirizzo/controllo, anche per quanto concerne il loro rapporto con la dirigenza amministrativa e sanitaria dell'azienda.

Come risulta dal regolamento aziendale, assunto con deliberazione n. 255 del 15.4.2013, il Direttore Generale può delegare il compimento di determinati atti, fatti salvi quelli per legge non delegabili, al Direttore Sanitario ed al Direttore Amministrativo, di volta in volta individuati, i quali sono tenuti ad agire nel rispetto delle disposizioni ricevute. I direttori, sanitari ed amministrativo, esercitano, altresì, tutte le competenze ad essi assegnate specificatamente dalla normativa.

Entrambi sono dotati del potere sostitutivo nell'adozione di provvedimenti o in caso di inerzia ovvero inadempimento protratto dei Dirigenti. In tali casi il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, secondo la rispettiva afferenza organizzativa, propongono al Direttore Generale l'assunzione degli atti surrogatori. Dispongono, inoltre, la mobilità del personale tra i servizi di rispettivo riferimento e curano l'operato delle diverse unità organizzative volto a perseguire gli obiettivi assegnati, vigilando circa gli adempimenti correlati ai medesimi.

Il Direttore Generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal Direttore Sanitario ed Amministrativo. In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del Direttore Generale, le relative funzioni sono svolte dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario su delega del Direttore Generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età.

5.4.1- Il Direttore Amministrativo: funzioni

Come disposto dall'art. 3, co. 7, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., il Direttore Amministrativo è un laureato in discipline giuridiche o economiche che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto, per almeno cinque anni, una qualificata attività di direzione tecnica o amministrativa in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione.

Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi, con particolare riferimento agli aspetti giuridico amministrativi e economico finanziari, al buon andamento e alla imparzialità dell'azione amministrativa, al sistema delle garanzie dell'utenza, allo sviluppo di strumenti di marketing, informazione e comunicazione interna ed esterna, alla definizione delle strategie di gestione del patrimonio, all'integrazione organizzativa.

E' componente di diritto del Collegio di Direzione.

5.4.2 - Il Direttore Sanitario: funzioni

Come disposto dall'art. 3, co. 7, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., il Direttore Sanitario è un medico che non abbia compiuto il sessantacinquesimo anno di età e che abbia svolto, per almeno cinque anni, qualificata attività di direzione tecnico-sanitaria in enti o strutture sanitarie, pubbliche o private, di media o grande dimensione. Dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari e fornisce parere obbligatorio al direttore generale sugli atti relativi alle materie di competenza.

Il Direttore Sanitario è responsabile del governo clinico dell'azienda, inteso come qualità, efficacia, appropriatezza, efficienza tecnica e operativa della produzione di prestazioni, equità dell'accesso ai servizi orientati alla persona o alla collettività.

Dirige i servizi sanitari, ai fini organizzativi e igienico-sanitari, con particolare riferimento alle tematiche della qualità e dell'appropriatezza, della performance assistenziale e dei percorsi assistenziali, della continuità dell'assistenza, della valutazione dei risultati, della sperimentazione, della ricerca e della formazione all'aggiornamento delle tecnologie.

Al Direttore Sanitario compete, inoltre, ogni altra funzione prevista dal contratto individuale a suo tempo sottoscritto.

Presiede il Consiglio dei Sanitari ed è componente di diritto del Collegio di Direzione.

Art. 6 - Organismi locali politico-istituzionali

Sono organismi locali politico-istituzionali la Conferenza e la Rappresentanza dei Sindaci ed i Comitati dei Sindaci di Distretto.

6.1 - La Conferenza e la Rappresentanza dei Sindaci

La Conferenza dei Sindaci, prevista dall'art. 3, co. 14, del D.Lgs. 502/92 s.m.i., è costituita dai Sindaci (o loro delegati) di tutti i Comuni che costituiscono l'ambito territoriale dell'azienda. Nell'ambito della Conferenza viene nominato il Presidente.

L'art. 7 della L.R. n. 18 del 6.08.2007 disciplina le competenze della Conferenza precisando che la stessa: definisce, nell'ambito della programmazione socio-sanitaria regionale, le linee di indirizzo per l'elaborazione del piano attuativo locale; esamina ed esprime parere sul bilancio di esercizio dell'A.S.L. e rimette alla Giunta Regionale le proprie osservazioni; esprime i pareri previsti dall'art. 3bis, commi 6 e 7, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. sull'operato del Direttore Generale dell'A.S.L.; può richiedere alla Regione la revoca del Direttore Generale nel caso previsto dall'art. 3 bis, co. 7, del D.lgs 502/92; designa un componente del collegio sindacale dell'A.S.L.; esercita ogni altra competenza ad essa riservata dalle norme nazionali e regionali.

Le funzioni appena definite, come si desume dall'art. 3, co. 14, del D.Lgs. 502/92 s.m.i., sono esercitate dalla Conferenza dei Sindaci tramite una **Rappresentanza** costituita nel suo seno, formata da non più di cinque componenti nominati dalla stessa conferenza. Presidente della rappresentanza è, di diritto, il Presidente della Conferenza dei Sindaci.

L'A.S.L. dispone di un proprio regolamento, a cui si fa rinvio, che disciplina le funzioni e le attività della Conferenza e della Rappresentanza.

6.2 - Il Comitato dei Sindaci di Distretto

L'art. 3 quater, co. 4, del D.Lgs. n. 502/92 attribuisce al Comitato dei Sindaci di Distretto (la cui organizzazione e funzionamento sono disciplinati dalla Regione), il compito di concorrere alla verifica del raggiungimento dei risultati di salute definiti dal programma delle attività territoriali.

Si tratta, come emerge dall'art. 8 della L.R. n. 18 del 6.8.2007, dell'organo di partecipazione alla programmazione socio sanitaria a livello distrettuale.

Al Comitato, composto dai Sindaci dei Comuni compresi nell'ambito territoriale del distretto, partecipano, inoltre, con diritto di voto, il Presidente della Provincia ed il Presidente dell'ente gestore dei servizi sociali. Possono altresì partecipare, senza diritto di voto, il Presidente della Conferenza dei Sindaci, il Direttore del Distretto ed il Direttore dell'ente gestore dei servizi sociali.

Con L.R. n. 3 del 28.3.2012 è stato integrato l'articolo 22 della L.R. n. 18 del 6.8.2007 prevedendo che, qualora si verifichi la coincidenza territoriale tra distretto ed ente gestore dei servizi socio assistenziali, il Comitato dei Sindaci di Distretto e l'Assemblea dei Sindaci dell'ente gestore operino in modo congiunto e contestuale, assumendo la denominazione di Comitato Territoriale Socio Sanitario dei Sindaci.

Art. 7 Organismi collegiali di direzione e partecipazione

Sono organismi collegiali di direzione dell'azienda il Consiglio dei Sanitari, il Comitato di Dipartimento e la Conferenza di Partecipazione.

7.1 - Il Consiglio dei Sanitari

Il Consiglio dei sanitari, previsto dall'art. 3, co. 12, del D.Lgs. 502/92 s.m.i., è organismo elettivo dell'azienda dotato di funzioni di consulenza tecnico-sanitaria ed è presieduto dal Direttore Sanitario.

Fanno parte del consiglio: medici, in maggioranza (è anche assicurata la presenza del medico veterinario), ed altri operatori sanitari laureati (con presenza maggioritaria della componente ospedaliera medica se nell'azienda è presente un presidio ospedaliero), nonché una rappresentanza del personale infermieristico e del personale tecnico sanitario.

Il Consiglio dei Sanitari, ai sensi dell'art. 3, co. 12, del D.Lgs. 502/92, e s.m.i., fornisce parere obbligatorio per le attività tecnico sanitarie, anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad essi attribuiti. Si esprime, altresì, sulle attività di assistenza sanitaria. La Regione ha definito il numero dei componenti ed ha disciplinato le modalità di elezione e la composizione e funzionamento del consiglio.

Come disposto dalla D.G.R. n. 81-1701 del 11/12/2000 il Consiglio dei Sanitari è composto: dal Direttore sanitario Aziendale; dai Rappresentanti delle diverse categorie di personale dipendente e convenzionato, proclamati eletti dal Direttore Generale ai sensi di legge; dal Segretario, dipendente del ruolo amministrativo, scelto dal Direttore Sanitario Aziendale, senza diritto di voto. Possono partecipare, senza diritto di voto, alle sedute del Consiglio dei Sanitari: i Direttori di Dipartimento, i Direttori di Distretto, il Direttore dell'Ospedale Unico.

L'A.S.L. dispone di un proprio regolamento di organizzazione e funzionamento del Consiglio dei Sanitari, a cui si fa rinvio.

7.2 Il Comitato di Dipartimento

E' un organismo collegiale che supporta e collabora con il Direttore di Dipartimento per lo svolgimento delle attività a quest'ultimo assegnate. Si rinvia a quanto previsto al paragrafo 15.1.2.

7.3 La Conferenza di Partecipazione

L'art. 10, 2° co, della L.R. n. 18 del 6.8.2007 ha previsto che la Regione istituisca (in ogni azienda sanitaria), e disciplini, con proprio provvedimento, un'apposita conferenza degli organismi di rappresentanza degli utenti, del terzo settore e dell'imprenditorialità sociale quale strumento partecipativo, ovvero al fine di riconoscere a questi soggetti un ruolo partecipativo nella programmazione e valutazione dei servizi sanitari, in armonia con quanto stabilito dall'art. 14, 2° co., del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.

In conformità a quanto disposto dall'art. 10 la Regione, con D.G.R. n. 16-9683 del 30.09.2008, ha istituito la Conferenza aziendale di partecipazione, prevedendo la relativa

disciplina. La stessa svolge funzioni consultive e di proposta alla Direzione Generale dell'Azienda, ai sensi dell'art. 14, 2° co, del D. Lgs. 502/1992, in merito alle forme di partecipazione alle attività di programmazione, controllo e valutazione dei servizi sanitari, delle organizzazione dei cittadini e del Volontariato impegnato nella tutela del diritto alla salute.

La conferenza è composta da rappresentanti degli utenti e degli organismi del terzo settore che collaborano con il sistema dei servizi sanitari erogati dall'azienda e da rappresentanti dell'azienda stessa. Sono altresì presenti i rappresentanti delle componenti aziendali impegnate nella programmazione e nella garanzia della qualità dei servizi. Tra questi rientrano: il Direttore Sanitario d'azienda, il Responsabile dell'URP, e/o il Responsabile della qualità, i Responsabili di struttura, di volta in volta interessati, secondo l'ordine del giorno, ed un rappresentante del D.I.P.SA.

Il numero dei componenti, fino ad un massimo di 30, è stabilito dal Regolamento aziendale, al fine di garantire, in modo democratico, la presenza dei soggetti impegnati nella tutela degli utenti e della qualità dei servizi.

La conferenza è insediata dal Direttore Generale dell'A.S.L. e dura in carica 3 anni. Nella seduta di insediamento la conferenza provvede all'elezione, tra i propri componenti, **dell'Ufficio di Presidenza** formato da n. 2 componenti aziendali (uno dei quali svolge le funzioni di presidente), e da n. 3 componenti degli organismi di rappresentanza degli utenti e del terzo settore, tra i quali viene scelto il vicepresidente.

Art. 8 - Organismi Tecnici

L'art. 15, co. 5, del D.Lgs. n. 502/92 s.m.i. prevede che i dirigenti medici e sanitari siano sottoposti ad una verifica annuale correlata alla retribuzione di risultato, secondo le modalità definite dalle regioni, le quali tengono anche conto dei principi del titolo II del D.lgs n. 150 del 27.10.2009 e s.m.i., nonché ad una valutazione al termine dell'incarico, attinente alle attività professionali, ai risultati raggiunti ed al livello di partecipazione ai programmi di formazione continua, effettuata dal Collegio Tecnico.

Gli organismi preposti alla verifica e valutazione del personale dirigente sono:

- il Collegio Tecnico;
- il Nucleo di Valutazione (che verrà sostituito dall'Organismo Indipendente di Valutazione, O.I.V., non appena la Regione emanerà apposite linee guida in merito all'applicazione del D.Lgs. n. 150 del 27.10.2009 e s.m.i.).

Le procedure di valutazione, come previsto dai CCNNLL, devono essere improntate alla trasparenza di criteri e risultati, ad una informazione adeguata e ad una partecipazione del valutato, anche attraverso la comunicazione de il contraddittorio.

8.1 - Il Collegio Tecnico

Ai sensi dell'art. 15, co. 5, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., il Collegio Tecnico è nominato dal Direttore Generale e presieduto dal Direttore di Dipartimento cui afferisce la struttura in cui opera il dirigente valutato con le modalità definite dalla contrattazione nazionale.

In caso di assenza di organizzazione dipartimentale, come previsto nel regolamento aziendale, il Collegio Tecnico sarà presieduto dal Direttore Sanitario Aziendale (per il personale dirigenziale Medico e Veterinario e sanitario non medico), e dal Direttore Amministrativo aziendale (per il personale dirigenziale professionale, tecnico, amministrativo). A garanzia della collegialità del suddetto organo esso è formato da ulteriori due componenti. Nel caso di valutazione di responsabile di Soc, entrambi i componenti devono essere individuati fra personale esterno, ovvero dipendente da altra azienda sanitaria locale. Nei restanti casi, entrambi i componenti potranno essere individuati anche all'interno dell'Azienda.

Compete al Collegio Tecnico:

- l'ordinaria verifica triennale di tutti i Dirigenti alla scadenza dell'incarico conferito (sia sulle attività professionali che sui risultati raggiunti), ai fini della conferma, revoca o attribuzione di nuovo incarico di maggior rilievo ovvero, per i dirigenti non titolari di Struttura Complessa, per il passaggio alla fascia superiore dell'indennità di esclusività;
- la verifica di fine incarico sui responsabili di strutture semplici o complesse ai fini dell'eventuale conferma, revoca o conferimento di nuovo incarico;
- la verifica sui dirigenti neo assunti (dal 6.12.1996) per il riconoscimento della posizione minima contrattuale (equiparazione) al termine del quinquennio, nonché per la possibile assegnazione ad incarichi di maggior rilievo (gestionali o professionali).

Si rinvia al regolamento aziendale.

8.2 - Il Nucleo di Valutazione e l'Organismo Indipendente di Valutazione

La Direzione Generale, per la valutazione ed il controllo dell'attuazione, della coerenza e della compatibilità degli obiettivi aziendali in attuazione delle direttive, e sulla base degli atti di programmazione dell'Azienda, si avvale delle funzioni del Nucleo di Valutazione, ai sensi dell'art. 6 del D. Lgs. n. 286 del 30.7.1999.

Il Nucleo di valutazione, nominato dal Direttore Generale, supporta l'attività di programmazione strategica e di indirizzo politico amministrativo della Direzione Aziendale mediante la propria attività di valutazione e verifica dei risultati di gestione dei dirigenti di struttura complessa e semplice; procede alla verifica e valutazione del personale dirigenziale, secondo quanto previsto dalla normativa e dai contratti collettivi nazionali di lavoro.

Svolge la propria attività sulla base di uno specifico regolamento a cui si fa rinvio.

Il nucleo di valutazione acquisisce i dati e le informazioni necessarie per lo svolgimento dei propri compiti, principalmente, dalla struttura aziendale Budget e Controllo ma anche dalle altre articolazioni e servizi aziendali in base alle specifiche necessità.

Come previsto dalla D.G.R. n. 80-1700 dell'11/12/2000 è composto da esperti multidisciplinari, interni ed esterni all'azienda. Al fine di garantire una sufficiente oggettività di giudizio i componenti esterni devono rappresentare almeno il 60% del nucleo. Del nucleo non può far parte nessun dirigente della struttura Budget e Controllo.

Il D. Lgs. n. 150 del 27.10.2009 e s.m.i ha stabilito che, nel processo di misurazione e valutazione della performance organizzativa ed individuale delle Amministrazioni

Pubbliche interviene l'Organismo Indipendente di Valutazione (O.I.V). Tale organismo non è a tutt'oggi costituito in quanto si è in attesa dell'emanazione, da parte della Regione Piemonte, di linee guida in merito all'applicazione del D.Lgs. n. 150/2009.

Pertanto, nel rispetto di quanto disposto dalla Regione Piemonte con circolare prot. n. 20278/DB2008 del 20.07.2011, il nucleo di valutazione attuale resta in carica sino al momento della creazione dell'O.I.V. e dell'individuazione regionale dei criteri e delle modalità di funzionamento di tale organismo.

8.3 - Commissioni e Gruppi Tecnici

La Direzione Generale aziendale può costituire, se ritenuto necessario, commissioni e gruppi tecnici per l'approfondimento di tematiche specifiche.

Art. 9 - Federazione Sovrazonale (F.S.)

Con L.R. n. 3 del 28.03.2012 la Regione, nel definire il nuovo assetto organizzativo del Servizio Sanitario Regionale, ha sostituito l'art. 23 della L.R. n. 18 del 6.08.2007 riguardante le aree di coordinamento sovra zonale, prevedendo la costituzione delle **Federazioni Sovrazionali**. Ciò al fine di promuovere il passaggio del servizio sanitario regionale da una fase caratterizzata dalla centralità aziendale e da logiche competitive ad una nuova fase orientata alla cooperazione interaziendale ed alla realizzazione di reti integrate di offerta, anche a livello interprovinciale, conseguendo, in tal modo, il massimo livello possibile di efficacia sanitaria e di efficienza organizzativa.

La F.S., a cui aderiscono tutte le aziende sanitarie regionali dell'area sovrazonale, è una società consortile a responsabilità limitata di diritto privato. Gli organi della F.S. sono:

- a) l'Assemblea Consortile costituita dai Direttori Generali delle aziende sanitarie consorziate;
- b) l'Amministratore unico nominato dall'Assemblea consortile su designazione del Presidente della Giunta Regionale;
- c) il Collegio Sindacale nominato dall'assemblea consortile.

La Regione Piemonte ha istituito n. 6 Federazioni Sovrazionali.

L'A.S.L. V.C.O. afferisce alla F.S. 4 – Piemonte Nord Est, comprensiva dell'A.S.L. di Vercelli, di Biella, di Novara e dell'Azienda Ospedaliera Universitaria Maggiore della Carità di Novara.

Alla F.S. sono state attribuite, progressivamente ed in tempi successivi, secondo i principi di economicità, trasparenza, efficienza ed efficacia, le funzioni di seguito elencate:

- piani di acquisto annuali e pluriennali e approvvigionamento di beni e servizi, ad eccezione dei servizi socio-sanitari;
- gestione del materiale, dei magazzini e della logistica;

- sviluppo e gestione delle reti informative e digitalizzazione del sistema;
- gestione del patrimonio immobiliare per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, appalti e alienazioni, in coerenza con gli indirizzi regionali;
- programmazione degli investimenti e valutazione delle tecnologie sanitarie, in coerenza con gli indirizzi regionali;
- gestione del patrimonio tecnologico per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, acquisizione, riallocazione e dismissione;
- gestione e organizzazione dei centri di prenotazione;
- gestione degli affari legali.

Oltre a tali funzioni la Giunta Regionale può individuare, se necessario, per aumentare il livello di efficacia ed efficienza del SSR, i servizi amministrativi, logistici, tecnico-economici e di supporto le cui funzioni vengono espletate dalla F.S. La stessa non dispone di personale proprio ma si avvale, per l'attuazione dei compiti istituzionali, di personale assegnato funzionalmente dalla Regione, dalle Aziende Sanitarie e dagli Enti Locali. Tale personale resta incardinato, sia relativamente allo stato giuridico sia per quanto concerne il trattamento economico, nell'ente di provenienza.

Con circolare del Presidente della Giunta Regionale 26 giugno 2013 n. 3/SAN la Regione ha osservato che, tenuto conto di quanto emerso dal Tavolo tecnico ministeriale di verifica degli adempimenti regionali con riferimento alla costituzione ed alle modalità di organizzazione delle Federazioni Sovrazionali, nonché dell'impianto complessivo della L.R. n. 3 del 28.3.2012, la Regione intende superare, per via legislativa, l'esperienza delle Federazioni Sovrazionali garantendo, però, continuità al perseguimento degli obiettivi posti a fondamento della loro costituzione, anche attraverso la definizione di livelli aziendali di coordinamento sovrazionali cui attribuire, secondo principi di efficienza ed economicità organizzativa, servizi e funzioni il cui esercizio in forma aggregata possa garantire un più efficace governo del sistema sanitario.

Con la medesima circolare si è precisato che, vista l'esigenza di continuare ad assicurare il conseguimento di margini di efficienza e di risparmio, in attesa dell'adozione degli interventi regionali sopra delineati, resta invariata la gestione delle attività correnti nelle materie attribuite alle Federazioni Sovrazionali, che continueranno ad espletare le attività alle stesse assegnate avvalendosi unicamente del personale funzionalmente già assegnato dalle aziende sanitarie di afferenza.

Con il D.D.L.R. n. 359 del 10.9.2013, con riguardo all'art. 23 della L.R. n. 18 del 6.08.2007 (modificata ed integrata con L.R. n. 3/2012), si è previsto il superamento delle Federazioni Sovrazionali individuando, quale ambito ottimale per la cooperazione interaziendale a livello sovrazionale, **l'area interaziendale di coordinamento**. Tale area, nelle more dell'approvazione della disciplina legislativa di modifica dell'art. 23 della L.R. n. 18 del 6.08.2007 e dei successivi provvedimenti attuativi, si identifica, ai fini della valutazione del rispetto degli standard ministeriali, con **l'area sovrazionale corrispondente alla federazione di riferimento**.

TITOLO III

ASPETTI ORGANIZZATIVI DELL'AZIENDA

Art. 10 - Principi organizzativi

10.1 Principio generale

Il principio organizzativo generale porta ad effettuare una distinzione tra le diverse funzioni svolte dall'Azienda così rappresentabili:

- di governo
- di produzione dei servizi sanitari
- di tutela della salute
- di supporto.

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

La **funzione di produzione** comprende le attività finalizzate alla produzione diretta di servizi sanitari, in ambito ospedaliero o territoriale, di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, anche mediante l'attività svolta in regime di libera professione *intra moenia*.

La **funzione di tutela** è rappresentata dalle attività finalizzate ad assicurare lo stato di salute dei cittadini attraverso il governo della domanda sanitaria.

La **funzione di supporto** consiste nell'insieme delle attività finalizzate a supportare la Direzione Generale e le strutture preposte allo svolgimento delle funzioni di tutela e di produzione nell'espletamento delle proprie funzioni istituzionali.

Le funzioni di tutela e di produzione (prevenzione, cura, riabilitazione) dei servizi sanitari sono assicurate attraverso i servizi articolati in ambito territoriale ed ospedaliero.

Queste funzioni devono essere realizzate nel rispetto dei livelli essenziali di assistenza che l'Azienda Sanitaria è tenuta ad assicurare (art. 1, co. 6, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i) relativi alle aree di offerta individuate dal Piano Sanitario Nazionale comprendenti:

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

Come previsto dalla D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012 (così come modificata ed integrata dalla D.G.R. n. 16-6418 del 30.9.2013), l'organizzazione delle attività e dei compiti istituzionali delle aziende sanitarie, basata sulla distinzione tra direzione generale strategica e direzioni operative, deve coniugarsi con il criterio strutturale attraverso l'articolazione in strutture operative aggregate per le seguenti macro-aree:

- a) Area della prevenzione (si rinvia all'art. 11)
- b) Area territoriale (si rinvia all'art. 12)
- c) Area ospedaliera (si rinvia all'art. 13).

10.2 Altri principi

L'organizzazione e le attività aziendali sono inoltre improntate ai seguenti criteri di:

- ❖ efficacia, efficienza ed economicità e sono rivolte ad assicurare, nel rispetto degli obiettivi posti dalla pianificazione nazionale e regionale, l'ottimizzazione e l'integrazione delle risorse e delle risposte assistenziali. Il raggiungimento degli obiettivi di efficienza e di efficacia deve essere perseguito tenuto conto e nel rispetto della sostenibilità economica;
- ❖ equità, trasparenza, appropriatezza, flessibilità organizzativa e procedurale, miglioramento continuo della qualità, gestione dei processi, valorizzazione e responsabilizzarne delle risorse umane;
- ❖ semplificazione dell'azione amministrativa, in conformità all'art. 97 della Costituzione, al fine di renderla più snella e celere;
- ❖ dipartimentalizzazione (attraverso lo sviluppo dei processi di aggregazione delle strutture); distrettualizzazione (attraverso lo sviluppo di processi di articolazione del territorio aziendale finalizzati ad assicurare alla popolazione l'accesso ai servizi ed alle prestazioni socio sanitarie);
- ❖ decentramento dei poteri. A questo proposito va osservato che l'A.S.L. V.C.O., ha adottato, nell'ambito dell'autonomia organizzativa di cui dispone, il decentramento dei poteri decisionali e delle responsabilità come fondamento e sviluppo della propria organizzazione e dei meccanismi gestionali. In particolare, in attuazione al disposto dell'art. 1, 2° co, e dell'art. 4 del D. Lgs. n. 165/2001 e s.m.i, l'Azienda attua, al proprio interno, la separazione tra l'esercizio delle funzioni di indirizzo, programmazione e controllo (spettanti alla Direzione strategica) e l'esercizio delle funzioni di attuazione e gestione (spettanti alla Dirigenza aziendale), come specificato nel regolamento relativo alla formalizzazione delle deliberazioni del Direttore Generale e delle determinazioni dirigenziali (di cui all'atto deliberativo n. 255 del 15.04.2013).

In particolare, come risulta dal regolamento aziendale di cui al citato atto n. 255/2013:

- a) il potere di indirizzo, programmazione e controllo fa capo alla Direzione Strategica dell'Azienda, costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, che operano unitariamente, pur nel rispetto dei relativi ruoli e responsabilità. Al Direttore Generale compete la responsabilità complessiva della gestione aziendale, che egli esercita con atti e decisioni di rilevanza interna ed esterna di indirizzo, programmazione e controllo, con particolare riguardo alle strategie per la realizzazione della mission aziendale, alla definizione degli obiettivi gestionali, alla allocazione delle risorse ed alla valutazione dei risultati. Il Direttore Generale dirige, altresì, i processi di pianificazione e controllo dell'Azienda. E' fatta salva, da parte della Direzione, la possibilità di adottare specifici atti di indirizzo in materie di particolare complessità

o in presenza di mutamenti degli indirizzi strategici impartiti in fase di pianificazione o programmazione, anche da parte della Regione;

b) il potere gestionale e di direzione delle strutture aziendali, nell'ambito dei compiti assegnati e della relativa area di competenza, spetta alla Dirigenza, cui è devoluta la responsabilità del raggiungimento degli obiettivi aziendali e l'attuazione degli specifici atti amministrativi e/o di diritto privato (si rinvia al paragrafo 21.5 del presente elaborato).

Art. 11 - Area della Prevenzione

11.1 Il Dipartimento di Prevenzione

L'art. 7bis del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. definisce il Dipartimento di Prevenzione come la struttura operativa dell'A.S.L. che garantisce la tutela della salute collettiva, perseguendo obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e della disabilità, miglioramento della qualità di vita. A tal fine il Dipartimento promuove azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia di origine ambientale, umana ed animale, mediante iniziative coordinate con i distretti, con i dipartimenti dell'A.S.L., prevedendo il coinvolgimento di operatori di diverse discipline.

Il P.S.S.R. 2012-15 rileva che le attività di promozione della salute e prevenzione primaria collettiva sono svolte dal Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda sanitaria o mediante attivazione di programmi speciali finalizzati.

Il Dipartimento di Prevenzione deve realizzare azioni coordinate con le strutture territoriali e ospedaliere.

11.1.1 Funzioni

Dall'art. 7-ter del D.Lgs. 502/92 e s.m.i si rileva che il Dipartimento di Prevenzione garantisce le seguenti funzioni di prevenzione collettiva e sanità pubblica, anche a supporto dell'autorità sanitaria locale:

- a)** profilassi delle malattie infettive e parassitarie;
- b)** tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita, anche con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali;
- c)** tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- d)** sanità pubblica veterinaria che comprende: sorveglianza epidemiologica delle popolazioni animali e profilassi delle malattie infettive e parassitarie, farmacovigilanza veterinaria, igiene delle produzioni zootecniche, tutela igienico-sanitaria degli alimenti di origine animale;
- e)** tutela igienico sanitaria degli alimenti;
- f)** sorveglianza e prevenzione nutrizionale;
- fbis)** tutela della salute nelle attività sportive.

Inoltre, il Dipartimento contribuisce alle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie cronico-degenerative in collaborazione con gli altri servizi e dipartimenti aziendali.

L'approccio interdisciplinare e multi professionale, che richiedono a diversi livelli la prevenzione e la promozione della salute, impone al dipartimento di prevenzione una costante evoluzione organizzativa volta ad una maggiore integrazione funzionale tra le varie discipline della prevenzione e della sicurezza oltre che nuove modalità di lavoro.

L'integrazione tra le varie competenze viene realizzata con percorsi trasversali focalizzati alla presa in carico globale dei problemi della collettività come la sicurezza alimentare, la prevenzione primaria (stili di vita..) e secondaria (screening) delle malattie cronico degenerative, la sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro, il rapporto tra ambiente e salute, la gestione delle emergenze di sanità pubblica.

In aggiunta al tradizionale ruolo di controllori l'impegno dei servizi del Dipartimento di Prevenzione verrà sempre più strutturato, nell'ambito dell'assistenza collettiva, in una serie di interventi complessi ed articolati che, attraverso le specifiche competenze, saranno volti ad esprimere la multidisciplinarietà dell'approccio ai problemi di salute e la massima integrazione interna al dipartimento. Per realizzare ciò non si provvederà a disarticolare l'attuale organizzazione ma si opererà per creare una cultura comune della prevenzione che superi gli steccati interni tra le discipline e le professionalità e dia ai servizi ed al dipartimento quella autorevolezza e unireferenzialità richiesta dal quadro normativo nazionale e comunitario.

Il nuovo modello organizzativo che si intende adottare potrà garantire uniformità e globalità degli interventi, assicurare unireferenzialità rispetto alle prestazioni che coinvolgono più servizi e favorire l'accesso ad esse da parte dell'utenza distinguendo l'ambito territoriale di erogazione (prestazioni erogabili a livello centrale ed a livello decentrato).

La riduzione progressiva delle risorse, in particolare quelle umane, impone una sistematica razionalizzazione del loro utilizzo per contenere costi, recuperare efficienza, agire con efficacia ed eliminare attività/ prestazioni cosiddette inutili ai fini preventivi.

Per perseguire quanto sopra l'organizzazione opererà con modalità di lavoro costruite sull'analisi epidemiologica dei problemi di salute, sull'appropriatezza degli interventi basati sulle evidenze scientifiche (EBP), sull'utilizzo delle banche dati e dei sistemi informativi disponibili, sulla comunicazioni del rischio a diversi livelli e sulla partecipazione dei cittadini.

11.1.2 Autonomia del Dipartimento ed organizzazione

In base a quanto disposto dall'art. 7-quater del D.Lgs. 502/92 e s.m.i il Dipartimento di Prevenzione opera nell'ambito del Piano attuativo locale, dispone di autonomia organizzativa e contabile ed è organizzato in centri di costo e responsabilità.

Il medesimo articolo rinvia alle Regioni il compito di disciplinare l'articolazione delle aree dipartimentali di sanità pubblica, della tutela della salute negli ambienti di lavoro, e della sanità pubblica veterinaria, e prevedere strutture organizzative dedicate a:

- a) igiene e sanità pubblica;
- b) igiene degli alimenti e della nutrizione;
- c) prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;

- d) sanità animale;
- e) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- f) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
- g) medicina legale.

Come stabilito dalla D.G.R. n. 21-5144/2012 (così come modificata ed integrata dalla D.G.R. n. 16-6418 del 30.9.2013) tali strutture, articolate in strutture complesse o semplici a valenza dipartimentale in rapporto all'omogeneità della disciplina di riferimento, alle funzioni attribuite, nonché alle caratteristiche ed alle dimensioni del bacino di utenza, devono sviluppare reciproche forme di integrazione operativa nell'ambito dei rispettivi programmi di attività che prevedono l'esercizio di funzioni affini.

Il co. 4, dell'art 7-quater, del D.Lgs. 502/92, (così come sostituito dalla legge di conversione del decreto Balduzzi, n. 189 del 10.11.2012), ha previsto che le strutture organizzative dell'area di sanità pubblica veterinaria e sicurezza alimentare operino quali centri di responsabilità, dotati di autonomia tecnico-funzionale ed organizzativa nell'ambito della struttura dipartimentale e rispondano del perseguimento degli obiettivi dipartimentali ed aziendali, dell'attuazione delle disposizioni normative e regolamentari regionali, nazionali ed internazionali, nonché della gestione delle risorse economiche attribuite.

I servizi del Dipartimento di Prevenzione riconducibili alla funzione di sanità pubblica veterinaria e della sicurezza alimentare rispondono anche agli adempimenti conseguenti agli obblighi comunitari e internazionali che l'Italia è tenuta a rispettare. Il riferimento è al rispetto del nuovo assetto normativo in materia di sicurezza degli alimenti e controlli sanitari ufficiali, introdotto dal cd. "pacchetto igiene", che richiede l'individuazione di competenze e responsabilità definite sia a livello centrale che locale, attraverso l'individuazione dell'Autorità Competente in tale settore.

11.1.3 Il Direttore del Dipartimento

In conformità al disposto dell'art. 7-quater del D.Lgs. 502/92 (così come sostituito dalla L. n. 189 del 10.11.2012) il Direttore del Dipartimento di Prevenzione è scelto dal Direttore Generale nell'ambito dei direttori di struttura complessa afferenti il dipartimento con almeno 5 anni di anzianità di funzione. Risponde alla direzione aziendale del perseguimento degli obiettivi aziendali, dell'assetto organizzativo e della gestione in relazione alle risorse assegnate.

La D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.12 (così come modificata ed integrata dalla D.G.R. n. 16-6418 del 30.9.2013), ha disposto che il Direttore del Dipartimento di Prevenzione:

- mantiene la titolarità della struttura complessa cui è preposto;
- svolge la funzione della Direzione Integrata della Prevenzione. Il Direttore del Dipartimento individua, per il governo unitario della prevenzione, modalità di coordinamento ed integrazione con le altre aree sanitarie coinvolte in attività di prevenzione che non comportino l'attivazione di strutture organizzative.

Art. 12 Area Territoriale

Alle aziende sanitarie compete la funzione preminente di tutela della salute e quella di erogazione dei servizi di assistenza primaria tramite i distretti.

Il P.S.S.R 2012-15, al par. 3.3.2, dispone che la rete territoriale è costituita dai **distretti**.

L'organizzazione distrettuale, anche tenuto conto di quanto disposto dalla L.R. n. 18 del 6.08.2007, garantisce l'erogazione dei LEA territoriali ed il coordinamento organizzativo delle attività integrate con caratteristiche multiprofessionali, l'informazione e l'orientamento dei cittadini, l'organizzazione dell'accesso ed il coordinamento del percorso terapeutico.

La funzione di Direzione Distrettuale viene svolta in stretta correlazione 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, strutturali), disponibili per le singole strutture territoriali, compresi i gruppi di cure primarie, sulla base delle risorse generali assegnate al distretto;
- individuare, con i servizi territoriali, gli specifici obiettivi di salute;
- concordare, con la Direzione Generale, le modalità di monitoraggio e di controllo gestionale, tenendo conto del ruolo e dell'interrelazione delle diverse articolazioni funzionali presenti nel territorio;
- proporre alla Direzione Generale il programma delle attività territoriali;
- partecipare all'attività del Comitato dei Sindaci del Distretto in funzione di riferimento alla Direzione Generale, fornendo le informazioni, discutendo le iniziative gestionali, assumendo le proposte delle Amministrazioni locali;
- fornire il supporto necessario al Comitato dei Sindaci per l'elaborazione dei PEPS, avvalendosi della collaborazione della SOS Epidemiologia;
- coordinare, con gli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali, le modalità di interrelazioni operative di integrazione rispetto alle attività socio-sanitarie integrate;
- gestire i rapporti con i soggetti pubblici e privati accreditati nell'ambito delle relazioni stabilite al livello aziendale;
- relazionarsi con le associazioni di volontariato proponendo le possibili interrelazioni;
- gestire l'assistenza protesica ed integrativa, svolgendo funzioni autorizzative, di verifica e controllo sui prescrittori e sui fornitori;
- promuovere e sviluppare la collaborazione con la popolazione e con le sue forme associative (secondo il principio di sussidiarietà), per la rappresentazione delle necessità assistenziali e la pianificazione e valutazione dell'offerta dei servizi;

- valorizzare le risorse territoriali della comunità locale garantendo alla popolazione risposte unitarie, coordinate ed integrate, con caratteristiche di continuità ed appropriatezza, rispetto ai bisogni rilevati ed ai percorsi clinico assistenziali.

12.1 I Distretti nell'ASL Vco

L'art. 2 sexies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. ha assegnato alla Regione il compito di definire i criteri per l'articolazione delle aziende sanitarie in distretti, tenendo conto delle peculiarità delle zone montane e a bassa densità di popolazione.

L'art. 19 della L.R. n. 18 del 6.08.2007 ha stabilito che i distretti, comprendenti ciascuno una popolazione non inferiore a 70.000 abitanti (fatte salve eventuali eccezioni per le zone a scarsa densità abitativa o con particolari caratteristiche territoriali), costituiscono l'articolazione territoriale dell'A.S.L. e l'ambito ottimale per l'integrazione delle attività socio sanitarie.

La D.G.R. n 21-5144 del 28.12.2012 (così come modificata ed integrata dalla D.G.R. n. 16-6418 del 30.9.2013), nel richiamare l'art. 19, ed il P.S.S.R., in particolare il par. 3.3.2, evidenzia che, al fine di rafforzare i compiti del distretto, occorre riconsiderare le attuali articolazioni individuando aree territoriali più ampie delle attuali, al fine di superare la parcellizzazione oggi rappresentata da un numero di distretti di dimensione limitata, che non consentono lo svolgimento della funzione di governance, né le condizioni per ricondurre a sistema la sommatoria dei servizi, interventi, prestazioni al fine di garantire le necessarie efficienze organizzative.

La medesima D.G.R. ha stabilito che i distretti con bacino d'utenza non inferiore a 70.000 abitanti sono configurati come struttura complessa mentre, ove abbiano un bacino di utenza minore, devono essere previsti in forma di struttura semplice, quale articolazione di altro distretto individuato come struttura complessa, oppure quale struttura semplice a valenza dipartimentale ove i distretti siano aggregati in un dipartimento.

Tenuto conto della citata normativa l'Azienda, rispetto ai n. 3 distretti attuali, ne ha ridimensionato il numero individuando n. 2 distretti: il Distretto del Cusio-Verbano con una popolazione di 108.398, considerato come struttura complessa, ed il distretto dell'Ossola che si configura, anch'esso, come Struttura Complessa, in deroga a quanto previsto dalla D.G.R. 21 – 5144. Ciò in considerazione della tipologia del territorio che si caratterizza per una vasta estensione, numerosità dei Comuni, con una popolazione sparsa che sfiora, comunque, i 70.000 abitanti, peraltro già classificato come zona disagiatissima ai sensi della D.G.R. 20 – 5960 del 17 giugno 2003.

La Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci, nell'incontro del 5.11.2013, ha espresso valutazione positiva e parere favorevole in merito all'atto aziendale e alla ridefinizione del numero dei distretti.

Tenuto conto che la D.G.R. 21 – 5144 ha stabilito che, al fine di omogeneizzare le procedure ed i percorsi adottati dai diversi distretti aziendali, devono essere stabilite adeguate modalità di coordinamento tra i medesimi ove non compresi in un dipartimento

territoriale, si è previsto che uno dei direttori di distretto svolga le funzioni di coordinamento.

I comuni che fanno parte di ciascun distretto sono riportati nell'allegato al presente elaborato: "Elenco dei Distretti e dei Comuni afferenti" (All. 2).

Il distretto, anche tenuto conto di quanto disposto dagli articoli 3 quater e 3 quinquies del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i., assicura:

- l'assistenza sanitaria di base, che comprende la medicina generale, la pediatria di libera scelta, il servizio di continuità assistenziale, i servizi di primo accesso rivolti a stranieri STP (centro II), e a persone senza fissa dimora;
- le attività finalizzate a garantire al cittadino il diritto all'accesso ai servizi sanitari, quali la scelta e revoca del medico di medicina generale e del pediatra di libera scelta, l'accettazione di domande per l'accesso alle commissioni di valutazione distrettuali e per l'accesso a prestazioni integrative;
- l'attività per la salute della donna, dei bambini, degli adolescenti e della coppia;
- le cure domiciliari, che comprendono le diverse forme di intervento medico, infermieristico, riabilitativo e assistenziale a domicilio (quali ADP, ADI, SID, SAD, Cure Palliative);
- le attività sanitarie e socio-sanitarie di tipo domiciliare, semiresidenziale o residenziale, realizzando un'integrazione con i Dipartimenti competenti per le specifiche problematiche, rivolte a persone anziane o soggetti con disabilità;
- la valutazione multidimensionale per la predisposizione dei piani individualizzati di intervento domiciliare o residenziale (PAI);
- l'integrazione operativa tra i servizi sanitari e socio-assistenziali per quanto attiene gli interventi nel settore materno-infantile, dell'assistenza agli anziani, ai disabili, ai soggetti non autosufficienti;
- l'assistenza sanitaria all'estero e l'assistenza ai cittadini non residenti aventi domicilio sanitario nel Distretto;
- l'assistenza sanitaria nelle carceri.

12.1.1 Centri di Assistenza Primaria (CAP)

Il P.S.S.R. 2012-15, ai paragrafi 5.2.1, e 1.5, definisce i Centri di Assistenza Primaria (CAP) come strutture polifunzionali che raggruppano e coordinano le professionalità ed i servizi dei distretti. Rappresentano il fulcro dell'organizzazione delle cure primarie con l'obiettivo di fornire ai cittadini un'offerta più ampia ed un punto di riferimento nella fascia oraria giornaliera, estendendo la presa in carico anche nella fascia notturna e festiva attraverso il servizi della continuità assistenziale.

La realizzazione dei CAP rappresenta lo strumento gestionale del distretto per mettere a sistema le risorse presenti sul territorio: MMG/PLS, specialisti ambulatoriali interni, cure primarie, servizi sanitari territoriali, continuità assistenziale, strutture residenziali con letti per dimissioni protette.

Come si rileva dal P.S.S.R. 2012-15, al par. 1.4, il potenziamento delle strutture e dei servizi delle cure primarie permette un riequilibrio tra la cd "sanità d'attesa" e la cd. "sanità d'iniziativa" (volta alla promozione attiva della salute, alla responsabilizzazione del cittadino verso la propria salute, al coinvolgimento delle proprie risorse personali e sociali, alla gestione di percorsi assistenziali ed alla continuità delle cure), e mira a ridurre il ricorso all'ospedalizzazione impropria, assicurando la continuità assistenziale tra ospedale e territorio nonché tra le strutture del territorio.

La realizzazione dei CAP sottoposti a specifica autorizzazione Regionale può verificarsi per riconversione di strutture ospedaliere: per tale ragione sono difficilmente realizzabili, in tempi brevi, nell'ASL VCO. Tuttavia l'Azienda è impegnata nel percorso di realizzazione della medicina generale in forme aggregate, **Gruppi di Cure Primarie**, già operativi a Cannobio, Verbania e Omegna, presso i quali si garantisce un'assistenza continuativa nell'arco delle 12 ore diurne, con presenza dei medici di medicina generale e del personale di supporto.

12.1.2 La continuità assistenziale a valenza sanitaria

Il P.S.S.R. 2012-2015, al par. 5.2.3, prevede che l'elemento centrale del processo di continuità assistenziale è la presa in carico del paziente, dall'inizio fino al completamento del suo percorso di salute, senza alcuna soluzione di continuità nel ricevere le cure/assistenza dai vari soggetti erogatori. Questo processo vede il coinvolgimento: dei MMG, delle strutture di ricovero ospedaliero (sia per attività in acuzie che post-acuzie), delle strutture specialistiche ambulatoriali, delle strutture che assicurano l'assistenza domiciliare e riabilitativa, delle strutture dell'assistenza socio sanitaria distrettuale.

Per realizzare un efficace continuità ospedale-territorio il P.S.S.R. prevede di:

1. rafforzare il ruolo del distretto;
2. creare il **nucleo distrettuale di continuità delle cure** per la presa in carico, la realizzazione dei percorsi integrati di cura, il successivo monitoraggio nelle varie fasi del processo;
3. attivare, presso i presidi ospedalieri, il **nucleo ospedaliero di continuità delle cure** in grado di colloquiare con il nucleo distrettuale di continuità assistenziale;
4. creare un sistema informativo a supporto dei 2 nuclei assistenziali, per perseguire la tempestività e la completezza delle informazioni cliniche e terapeutiche;
5. definire protocolli tra il pronto soccorso, il presidio ospedaliero ed il distretto.

Il P.S.S.R. 2012/15, al par. 5.2.4, definisce, inoltre, di fondamentale importanza riqualificare le forme associative della medicina convenzionata, anche attraverso la realizzazione di Aggregazioni Funzionali Territoriali (AFT), nell'ambito delle quali si realizzano le condizioni per l'integrazione professionale delle attività dei MMG.

L'Addendum al Piano di Rientro (di cui alla DGR n. 44-1615 del 28.2.2.2011) tra gli obiettivi individuati per la rete territoriale ha inserito il miglioramento dell'appropriatezza e della presa in carico territoriale, obiettivo ribadito anche nel P.S.S.R. 2012-15. Con DGR

n. 27-3628 del 28.3.2012 è stato approvato un percorso integrato di continuità di cura ospedale-territorio all'interno della rete dei servizi per interventi di tipo sanitario e socio-assistenziale. Le componenti organizzative della rete a cui competono la presa in carico del paziente sono le seguenti:

- nella fase di emergenza: i medici e l'organizzazione del 118 con una centrale operativa;
- nella fase del ricovero ospedaliero: i medici e la Direzione Sanitaria del presidio con l'accettazione del paziente nel momento del ricovero e la successiva dimissione;
- nella fase territoriale: il Distretto, che ha un ruolo fondamentale nel modello organizzativo, con i medici convenzionati ed i servizi territoriali, attraverso modalità organizzative specifiche tra cui i Nuclei, Distrettuale ed Ospedaliero, di Continuità delle Cure.

La D.G.R. n. 6-5519 del 14.3.2013, avente ad oggetto gli interventi di revisione della rete ospedaliera piemontese, in applicazione a quanto disposto dal P.S.S.R. 2012-2015, ha previsto che, attraverso le economie derivanti dalla revisione della rete ospedaliera, si possano realizzare interventi organizzativi sul livello assistenziale territoriale riconducibili a due diverse tipologie:

1. l'assistenza domiciliare integrata, che deve migliorare dal punto di vista qualitativo più che quantitativo;
2. la continuità assistenziale a valenza sanitaria.

12.1.3 I Servizi sanitari a rilevanza sociale

Il P.S.S.R. 2012-15, al par. 5.2.3, ha ribadito l'importanza di un approccio integrato socio-sanitario alle problematiche di salute. Con la L.R. del 2004 si è demandato ai territori la costruzione del "Sistema integrato degli interventi e dei servizi", soprattutto attraverso il Piano di Zona.

Le modalità organizzative per l'integrazione socio-sanitaria sono basate sullo strumento della convenzione fra l'Azienda Sanitaria e gli Enti Gestori delle funzioni socio assistenziali.

Nel territorio dell'A.S.L. V.C.O. l'organizzazione e l'erogazione dei servizi socio assistenziali avviene attraverso la gestione consortile dei Comuni.

I Consorzi dei servizi socio assistenziali operanti nell'Azienda sono 3:

- il Consorzio Intercomunale Servizi Sociali Cusio
- il Consorzio Intercomunale Servizi Sociali Ossola
- il Consorzio dei Servizi Sociali del Verbano.

12.1.4 I servizi dell'area socio sanitaria integrata

L'art. 3-septies del D.lvo n 502/92 e s.m.i. definisce le prestazioni sociosanitarie tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, i bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale

in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione.

Tali prestazioni comprendono:

- a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale (cioè attività finalizzate alla promozione della salute, prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite ed acquisite);
- b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria (ovvero tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona in stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute).

Il PSSR 2012-2015, al par. 2.9, dopo aver rilevato un notevole sviluppo, a livello regionale, di una rete di servizi socio-sanitari integrati di tipo domiciliare, semi-residenziale e residenziale per persone anziane, disabili, malati di mente e tossicodipendenti ha anche segnalato la crescita delle liste d'attesa per l'accesso a questa tipologia di prestazioni, con forti squilibri che si ripercuotono sui cittadini e sulle famiglie più deboli. Perciò, al fine di superare questa criticità, il PSSR propone di:

- sviluppare le cure domiciliari allo scopo di creare nuovi modelli di presa in carico congiunta tra servizi sanitari e socio-assistenziali a favore di anziani, disabili, malati di mente, tossicodipendenti, realizzando una integrazione di natura multi-professionale e/o multidisciplinare, potenziando le strutture extraospedaliere di continuità assistenziale a rilevanza sanitaria per molte tipologie di pazienti che non possono seguire un percorso di continuità di cure in residenzialità o domiciliarità;
- rivedere il modello organizzativo-gestionale dei servizi semi-residenziali e residenziali per migliorarne l'efficienza e garantire flessibilità di risposta ai bisogni socio-sanitari necessitanti di prese in carico specializzate. Ciò attraverso: l'implementazione del numero di posti diurni e residenziali destinati a persone disabili e anziane non autosufficienti; il recupero di risorse del livello ospedaliero;
- incrementare le prestazioni erogate nell'area dell'integrazione socio-sanitaria, attraverso un nuovo modello di gestione delle risorse finanziarie che trova il suo perno nella costituzione del Fondo regionale per le non autosufficienze.

12.2 Autonomia gestionale del Distretto

L'art. 3 quater del D.Lvo n. 502/92 e s.m.i. prevede che il distretto, nell'ambito delle risorse assegnate, è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'ASL.

12.3 Il Direttore di Distretto

Come previsto dall'art. 3-sexies del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. al distretto è preposto un Direttore, nominato dal Direttore Generale. Si tratta di un dirigente dell'azienda che deve aver maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali ed un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure un medico convenzionato da almeno dieci anni.

Il Direttore del distretto realizza le indicazioni della Direzione Aziendale, supportandola nei rapporti con i Sindaci del distretto, gestisce le risorse assegnate al distretto in modo da garantire l'accesso della popolazione alle strutture ed ai servizi e l'integrazione tra i servizi e la continuità assistenziale. Il direttore si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali come indicato all'art. 12.5.

12.4 Il Comitato dei Sindaci di Distretto

Previsto all'articolo 3-quater, co 4, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. rappresenta l'organo di partecipazione alla programmazione socio-sanitaria a livello distrettuale. Si rinvia al paragrafo 6.2 del presente elaborato.

12.5 L'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali

Come previsto dall'art. 3-sexies, co 2, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i., il Direttore di distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD), composto da rappresentanti delle figure professionali operanti nei servizi distrettuali.

Sono membri di diritto di tale ufficio: un rappresentante dei medici di medicina generale, uno dei pediatri di libera scelta ed uno degli specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel distretto.

L'ufficio svolge funzioni propositive e tecnico-consultive e di supporto per gli aspetti di integrazione funzionale e tecnico-operativa della rete dei servizi e delle attività distrettuali e, più in generale, di sviluppo organizzativo della rete dei servizi.

Il Distretto, avvalendosi dell'Ufficio di Coordinamento delle attività distrettuali, per l'esercizio delle proprie attività utilizza:

- il Programma delle Attività Distrettuali;
- la programmazione, il coordinamento e l'organizzazione generale dei servizi, delle prestazioni e delle attività, nel principio della continuità e della integrazione con quelle ospedaliere;
- un metodo di lavoro interdisciplinare, attraverso la messa a disposizione delle competenze dei vari servizi dell'Azienda, garantendo l'integrazione tra intervento sanitario, socio-sanitario ed assistenziale;
- l'informazione e l'orientamento del cittadino rispetto ai servizi sanitari e socio-sanitari locali e regionali, nonché l'organizzazione dell'accesso e il coordinamento del percorso terapeutico rispetto a tutte le prestazioni di assistenza primaria garantite dal distretto, da altre strutture o presidi della ASL, o da altri erogatori pubblici e privati accreditati;
- il coordinamento interdistrettuale per la gestione unitaria della convenzione con i medici di medicina generale, con i pediatri di libera scelta e per tutte le attività per le quali è necessario assicurare la omogenea erogazione in tutta la ASL.

12.6 L'Organizzazione territoriale

Per l'espletamento delle funzioni e delle prerogative distrettuali sono state identificate le seguenti aree di attività a valenza interdistrettuale:

- **area assistenza primaria** che comprende:
 - la presa in carico cure domiciliari
 - il coordinamento NDCC (Nucleo distrettuale di continuità dalle cure)
 - la valutazione multidimensionale per anziani non autosufficienti e disabili adulti (UVG – UMVD)
- **area materno infantile** che comprende:
 - la tutela della maternità
 - la prevenzione della salute della donna
 - l'educazione alla salute e prevenzione negli adolescenti
 - la valutazione multidimensionale minori disabili (U.M.V.D. - minori)
- **area medicina di base e integrativa** che comprende:
 - i rapporti convenzionali con MMG, PLS, CA
 - la scelta e revoca
 - le esenzioni
 - l'area della integrativa e protesica
 - il rapporti convenzionali erogatori ex art. 26
- **area controllo rapporti contrattuali** che comprende:
 - il governo della produzione strutture private accreditate
 - il controllo SDO erogatori accreditati (COQ, Casa di Cura Eremo di Miazzina, IRCCS Piancavallo
 - la delega alla partecipazione commissioni di vigilanza strutture sanitarie e socio-sanitarie.
- **area assistenza sanitaria nelle carceri.**

Le aree assistenza primaria, materno-infantile e medicina di base e integrativa sono identificate come SOS interdistrettuali con gestione di risorse economiche (personale e finanziarie).

Art. 13 Area Ospedaliera

Il PSSR 2012-2015 prevede che l'organizzazione delle attività ospedaliere avvenga in aree differenziate secondo le modalità assistenziali, l'intensità delle cure, la durata della degenza ed il regime di ricovero, superando gradualmente l'articolazione per reparti differenziati secondo la disciplina specialistica in presenza di:

- a. patologie con livelli di gravità o instabilità clinica diversi, associati ad alterazione di determinati parametri fisiologici in presenza di patologie simili;
- b. gradi di complessità assistenziale, sia medica sia infermieristica, diversi, correlati al livello di monitoraggio ed intervento richiesto.

La risposta a tali situazioni diversificate deve essere graduata per intensità di cura ed attuata in aree omogenee per tecnologie, quantità e composizione del personale assegnato.

Il principio ispiratore dell'organizzazione della degenza diventa quindi l'omogeneità tra i bisogni e l'intensità di cure richieste, superando, così, il principio della sola contiguità tra patologie afferenti ad una disciplina specialistica.

Alle aree differenziate, di norma, corrisponde una responsabilità organizzativa. Ciò configura lo sviluppo dell'ospedale lungo due direttrici di responsabilità gestionale:

- a) sui processi di cura;
- b) sull'organizzazione delle risorse.

Tali responsabilità possono convergere entro la dimensione dipartimentale in relazione alle potenziali sinergie sull'uso dedicato di risorse per i processi di cura presidiati dal dipartimento, oppure può svilupparsi su livelli diversi correlati ai processi di cura.

13.1 I Presidi ospedalieri

L'art. 4, co. 9, del D.lgs n. 502/92 e s.m.i, prevede che gli ospedali che non sono costituiti in azienda ospedaliera conservano la loro natura di presidi dell'ASL e che, nel caso siano presenti, in una stessa azienda, più presidi, gli stessi possano essere accorpati ai fini funzionali.

Il P.S.S.R. 2012/15, al par. 5.3.3, ha classificato i presidi ospedalieri, in attuazione al principio della diversificazione delle funzioni correlato alla diversa complessità delle prestazioni erogate, in 3 livelli:

Tipologia Presidi	Denominazione
I° livello	Ospedali di territorio
II° livello	Ospedali cardine (qui si inquadra l'Ospedale Unico Plurisede)
III° livello	Ospedali di riferimento.

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

13.1.1 La rete ospedaliera

Il P.S.S.R. 2012-15, nell'ambito del livello territoriale interaziendale, ha previsto l'inserimento degli ospedali in un'unica rete ospedaliera funzionalmente integrata.

La logica del raggruppamento in rete dei diversi presidi di aziende sanitarie locali e delle AO/AOU risponde a diverse esigenze: migliorare l'efficacia e l'efficienza del sistema; concentrare, presso specifici soggetti erogatori, le prestazioni sanitarie in determinate branche specialistiche, la cui offerta mostra eccessivi segni di frammentazione, a scapito sia della razionalizzazione dei costi e delle attività, sia della stessa appropriatezza delle risposte fornite ai bisogni di salute espressi dai cittadini.

Il P.S.S.R. 2012-15 prevede il riordino funzionale/organizzativo della rete ospedaliera (che si è realizzata con la DGR n. 6-5519 del 14.3.2013), e più in generale della rete sanitaria, secondo un modello che diversifica i centri e l'attribuzione delle competenze secondo

livelli di complessità delle prestazioni e di intensità delle cure. In particolare, si prevede la concentrazione della produzione dell'assistenza di maggiore complessità in centri ad alta specializzazione, e l'organizzazione di un sistema di relazioni, con centri funzionalmente sotto-ordinati, cui compete il trattamento della media e bassa complessità, nonché la selezione e l'invio dei pazienti al centro di riferimento.

Il P.S.S.R. definisce, come presupposto fondamentale per la revisione della rete dell'assistenza, una progressiva deospedalizzazione, ovvero l'erogazione decentrata dell'assistenza ed il potenziamento di forme di assistenza alternative rispetto all'ospedalizzazione, da attuarsi secondo modalità che permettano di perseguire gli obiettivi della continuità e dell'integrazione assistenziale, nonché dell'interazione tra ospedale e territorio, tra rete pubblica e rete del privato accreditato per l'area della post-acuzie e tra ospedale e reti di emergenza-urgenza, anche in relazione all'esigenza di curare le malattie croniche determinate dal progressivo invecchiamento della popolazione.

Il riordino della rete ospedaliera regionale intende condurre ad un riassetto funzionale delle attuali strutture ospedaliere anche tramite la riconversione di alcune di esse in strutture intermedie a servizio del territorio.

13.1.2 La rete ospedaliera programmata

Il PSSR 2012/15 ha articolato la rete ospedaliera piemontese in sei aree sovrazonali all'interno delle quali: ogni ospedale assume le funzioni di riferimento, cardine o di territorio; tutti gli ospedali, compresi gli istituti ex art. 43 della l. 833/78 e gli I.R.C.C.S., sono tra loro funzionalmente integrati; vi sono almeno un ospedale di riferimento, ospedali cardine e di territorio; gli ospedali di riferimento sono sede di cardiocirurgia, neurochirurgia, trapianti di organi o cellule, DEA di II° livello; gli ospedali cardine sono sede di rianimazione, con terapia intensiva e semi intensiva e di DEA di I° livello; gli ospedali da riconvertire in strutture di cure intermedie, centri di assistenza primaria, residenze sanitarie assistenziali, possono prevedere la presenza del punto di primo intervento.

L'area sovrazonale a cui afferisce l'A.S.L. V.C.O. è la seguente:

Area Piemonte Nord Est comprendente anche:
l'AOU Maggiore della Carità di Novara – l'A.S.L. VC – l'A.S.L. BI – l'A.S.L. NO .

La Regione, con D.G.R. n. 6-5519 del 14.3.2013, ha osservato che la revisione della rete ospedaliera può essere affrontata, in modo razionale, solo attraverso il rispetto di due criteri di fondo: **1.** il modello "hub and spoke" della rete ospedaliera;

2. la visione d'insieme ed integrata delle tre reti: la rete ospedaliera, quella dell'emergenza-urgenza e del territorio.

Per quanto attiene l'**emergenza** per ciascuna area sovrazonale e, all'interno di questa, per ciascun presidio ospedaliero, è stata individuata la funzione attribuita. Relativamente all'ASL VCO si segnala quanto segue:

la D.G.R. 6-5519 del 14.3.2013 ha previsto:	
Dea I° livello	presso ciascuno dei Presidi di Verbania e Domodossola che, insieme, costituiscono l'Ospedale Unico.
PS H 24	presso il C.O.Q.

In tema di emergenza si richiama la nota prot. n. 24654/DB2012 del 28.10.2013 con la quale la Regione ha emanato linee di indirizzo per l'organizzazione dei Dipartimenti di Emergenza ed Accettazione e delle strutture di Medicina e Chirurgia di Accettazione e d'Urgenza.

La Regione, con la D.G.R. 6-5519 del 14.3.2013, ha approvato il programma di revisione della rete ospedaliera piemontese richiedendo alle aziende sanitarie di predisporre un programma di attuazione delle azioni delineate, coerente con i vincoli, le misure e l'indicazione dei tempi di realizzazione ivi previsti.

Questa azienda, dopo aver lavorato in sinergia con le altre aziende afferenti la FS4, ha inteso verificare, a livello locale, la trasposizione dei principi programmatori regionali.

La situazione relativa alla distribuzione, per disciplina, di posti letto, ordinari e a ciclo diurno, ed alla individuazione delle strutture complesse e semplici, è stata esaminata dall'Assessorato per le necessarie valutazioni di coerenza rispetto al contenuto della D.G.R. n. 6-5519 del 14.3.2013 ed ai valori standard Lea.

Con D.D. n. 532 del 4.7.2013 (integrata con D.D. n. 651 del 29.8.2013), la Regione ha approvato l'articolazione dei posti letto del Presidio Unico plurisede dell'ASL VCO, nonché le SOC assegnate a questa Azienda.

Pertanto, tenuto conto delle suddette DD.DD., dell'Addendum al Piano di Rientro (adottato con D.G.R. n. 44-1615 del 28.2.2011), della DGR n. 1-417 del 5/7/2012 (con la quale è stata programmata la riduzione dei posti letto della rete ospedaliera in relazione alle indicazioni del Piano di Rientro), della L. n. 135 del 7/8/2012, la Direzione Generale di questa azienda ha preso atto sia delle Strutture ospedaliere che dei posti letto assegnati.

Con la DGR n. 6-5519 del 14.3.2013 la Regione ha inoltre previsto la chiusura del punto nascita di Domodossola e l'attivazione sperimentale di un laboratorio di emodinamica presso l'ASL VCO in considerazione della particolare ubicazione geografica dell'area.

13.2 L'Assistenza ospedaliera dell'A.S.L. V.C.O.

L'assistenza ospedaliera dell'A.S.L. V.C.O. si svolge nell'ambito degli stabilimenti facenti parte di un unico presidio denominato "Ospedale Unico Plurisede", organizzato nelle due sedi di Verbania e Domodossola, a cui si aggiungono le strutture operative e professionali integrate presso l'Ospedale Madonna del Popolo di Omegna.

Sul territorio del V.C.O. sono inoltre ubicati due Presidi privati convenzionati di tipo riabilitativo. Si rinvia allo schema riepilogativo che segue:

N. 1	Presidio pubblico: Ospedale Unico organizzato nelle due sedi di Verbania (Ospedale "Castelli") e Domodossola (Ospedale "San Biagio")
N. 1	Presidio pubblico/privato denominato "Centro Ortopedico di Quadrante Ospedale Madonna del Popolo di Omegna" (C.O.Q. S.p.A.), costituito in Società per azioni a capitale misto, pubblico/privato, di cui l'A.S.L. V.C.O. detiene la quota di maggioranza pari al 51%.
N. 2	Presidi privati convenzionati di tipo riabilitativo: Casa di Cura "l'Eremo di Miazzina" e Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico "S. Giuseppe" di Piancavallo.

Il progetto di Ospedale unico, articolato sulle sedi di Verbania e di Domodossola, è pensato nell'ottica di:

- realizzare una gestione per intensità di cura;
- assicurare una flessibilità dell'offerta sempre garantendo, su entrambi i presidi, sia il supporto al Dea che l'attività ambulatoriale;
- raggiungere, conseguentemente, una maggior efficienza ed una conseguente razionalizzazione della spesa.

Nell'ambito dell'Ospedale Unico plurisede, è stato avviato, da qualche anno, un progetto riorganizzativo finalizzato alla **gestione per intensità di cura**: non si tratta di una rigida organizzazione articolata, come da tradizione, in Reparti o Unità Operative in base alla patologia o alla disciplina medica, ma di un contesto di cura articolato in aree omogenee, che ospitano i pazienti in base alla gravità del caso clinico e del livello di complessità assistenziale.

L'ospedale per intensità di cura considera la centralità del paziente come elemento guida: attorno al paziente ruota l'organizzazione, si muovono i professionisti e si aggregano le tecnologie. Con tale modello è possibile coniugare elementi quali la sicurezza, l'efficienza, l'efficacia l'economicità, spesso ritenuti tra loro incompatibili. L'ospedale diviene un centro ad alta intensità di relazioni professionali, che favorisce l'interprofessionalità, l'intedisciplinarietà, il dialogo e l'integrazione tra le diverse componenti professionali necessarie per trattare le patologie dei pazienti presi in carico e ricoverati in uno stesso contesto, sulla base del livello di bisogno assistenziale.

Al medico è affidata la responsabilità del percorso diagnostico e terapeutico, al personale infermieristico è assegnata la gestione assistenziale per tutto il periodo di ricovero.

Per quanto attiene la realizzazione del progetto per intensità di cure le modalità sono le seguenti: un primo momento è rappresentato dalla riorganizzazione di tutti reparti di degenza in unità operative multispecialistiche, ad oggi è già stata aggregata tutta l'area chirurgica, con la realizzazione di un day surgery multidisciplinare ed una week surgery.

Resta da riorganizzare l'attività medica con l'attuazione e l'attivazione di tre setting multidisciplinari di presa in carico/cura a differente livello di intensità di cura:

- un reparto ad alta intensità di cura;
- un reparto a media intensità di cura;
- un reparto a bassa intensità di cura.

Il progetto fino ad ora realizzato è stato accompagnato dalla progressiva riorganizzazione delle attività assistenziali dal modello *"compiti e funzioni"* al modello *"piccola equipe"*, che garantisce la presa in carico giornaliera di 10/12 pazienti da parte di un *"team"* composto, per turno, da un Infermiere e da un Operatore di supporto. Con tale approccio viene assicurata una reale presa in carico del paziente e dei suoi bisogni di cura.

Accanto alle attività di riorganizzazione sono in fase di attivazione:

- il progetto Bed management finalizzato a *"facilitare"* l'utilizzo dei posti letto;
- il progetto continuità assistenziale, volto ad ottimizzare il percorso di dimissione del paziente *"difficile"* con l'attivazione di un nucleo ospedaliero di continuità delle cure.

Per quanto attiene l'attività ospedaliera l'azienda, anche in conformità a quanto previsto dal Patto della Salute 2010-2012, ha messo in atto, da tempo, politiche per:

- incrementare l'appropriatezza dei ricoveri (applicando quanto previsto dalla D.G.R. n. 4-2495 del 3.8.2011), limitando l'uso improprio del ricovero ospedaliero (con particolare riguardo alle attività di riabilitazione, che rappresentano uno degli elementi di criticità per l'azienda), promuovendo il passaggio dal ricovero ordinario a quello diurno, dal ricovero diurno all'assistenza in regime ambulatoriale e, in generale, dal ricovero all'assistenza residenziale e domiciliare;
- diminuire l'utilizzo improprio della specialistica e della diagnostica per abbattere le liste di attesa ed ottimizzare l'erogazione delle prestazioni ambulatoriali;
- migliorare i livelli della qualità delle prestazioni erogate.

Nell'ambito dell'Ospedale Unico è attivo un complesso di strutture di ricovero ordinario, di ricovero diurno e/o giornaliero, di ambulatori e piattaforme organizzate per l'erogazione di servizi sanitari, diagnostici e terapeutici specialistici, di tipo acuto e post acuto, in elezione e in urgenza.

L'ospedale è diretto da un Direttore di Presidio nominato dal Direttore Generale. E' dotato di un apparato sanitario, tecnico e amministrativo di supporto, per la gestione complessiva del Presidio e delle sedi operative dell'Ospedale Unico.

13.3 Autonomia gestionale dell'Ospedale Unico

In conformità a quanto disposto dall'art. 4, co. 9, del D.lgs n. 502/92 e s.m.i, all'Ospedale Unico, articolato su più sedi, è attribuita autonomia economico-finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio dell'azienda, nonché autonomia gestionale nell'ambito degli indirizzi impartiti dalla Direzione Aziendale.

13.4 Il Direttore dell'Ospedale Unico Plurisede del V.C.O.

Il P.S.S.R. 2012/15, al par. 5.3.3, prevede che la direzione sanitaria dei presidi ospedalieri, anche unificata, è affidata ad un dirigente sanitario in possesso dei requisiti di cui all'articolo 4 del D.P.R. 10 dicembre 1997, n. 484, che svolge funzioni strategiche di governance locale al fine di armonizzare la gestione dei presidi ospedalieri compresi nella rete interaziendale.

Il direttore dell'ospedale unico è un direttore medico responsabile della gestione complessiva dell'ospedale e dell'organizzazione delle attività di medicina specialistica nell'ambito delle politiche di qualificazione e sviluppo della produzione dei servizi definite dalla direzione aziendale.

E' responsabile della gestione complessiva dell'ospedale e risponde del proprio operato alla direzione sanitaria aziendale, in particolare nei confronti delle strutture organizzative e/o professionali, siano esse interne e/o esterne alla propria organizzazione, che operano presso l'Ospedale unico.

E' responsabile delle attività igienico-sanitaria della struttura, della gestione del rischio per la parte di competenza, dell'integrazione multidisciplinare dei processi organizzativi, dell'utilizzo delle risorse dedicate per ciò che riguarda la programmazione ed il controllo delle attività nonché per la verifica dei risultati attesi e concordati della struttura ospedaliera. Esercita anche una funzione di supporto tecnico amministrativo.

Coordina, in collaborazione con i responsabili dipartimentali, la gestione operativa, il funzionamento della struttura ospedaliera (blocco operatorio, poliambulatori, posti letto con il Team di Bed Management, ecc.), al fine di ottimizzare l'utilizzo della sede ospedaliera per l'erogazione dei servizi sanitari, garantire l'unitarietà funzionale della stessa e realizzare le migliori condizioni per lo svolgimento dei processi clinico-assistenziali; gestisce i progetti speciali relativi alla struttura ospedaliera di propria competenza.

Provvede, inoltre, ai fini del miglioramento continuo della qualità, per quanto attiene la valutazione degli outcome, ad una analitica valutazione degli esiti ed all'allocazione delle risorse.

Il Direttore dell'Ospedale unico Plurisede è componente del Consiglio dei Sanitari e del Collegio di Direzione e partecipa, con diritto di voto, alle riunioni di tutti i comitati di dipartimento ospedalieri.

Come previsto dalla D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012 la direzione dei presidi ospedalieri autonomi si configura come struttura complessa.

*

In staff al Direttore Sanitario sono state previste alcune strutture (si rinvia all'organigramma aziendale) ovvero: la Soc Assistenza farmaceutica aziendale; la Soc Di.P.Sa.; la Sos Servizio Psicologia; la Sos Qualità accreditamento e rischio clinico ed il servizio sociale. Si effettuano le seguenti precisazioni:

Servizio sociale

Il servizio sociale nell'ASL VCO è stato costituito con deliberazione n. 212 del 30.03.2010, ai sensi della D.G.R. n. 50-12480 del 12.11.2009. Ad esso sono assegnate tutte le unità di personale avente qualifica di Collaboratore Professionale-Assistente Sociale in servizio in azienda. Il servizio sociale svolge le seguenti funzioni:

- consulenza e supporto professionale trasversale a tutti i dipartimenti dell'azienda;
- gestione e organizzazione delle risorse umane, strutturali, economiche assegnate;
- promozione di strategie per l'integrazione fra il sistema sanitario e sociale aziendale ed il sistema socio assistenziale degli enti gestori;
- raccordo con le rappresentanze locali e del terzo settore;

Per ciò che riguarda le aree di intervento ed i relativi compiti del servizio sociale si rimanda al contenuto della deliberazione n. 212 del 30.3.2010. Gli assistenti sociali assegnati al servizio di psicologia garantiscono il necessario supporto alle strutture aziendali che necessitano della loro professionalità.

Considerata la funzione strategica del servizio lo stesso viene costituito quale struttura in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale. Ad esso è preposto un responsabile, al quale viene conferito un incarico di posizione organizzativa, individuato con le modalità di cui alla DGR n. 50-12480 del 12.11.2009.

Servizio di psicologia

Il servizio di psicologia nell'ASL VCO è stato costituito con deliberazione n. 53 del 15.10.2002, ai sensi della DGR n. 52-29953 del 13.4.2000. Ad esso sono assegnate le unità di dirigente psicologo in servizio presso l'ASL VCO. Come previsto dal PSSR 2013-2015 il servizio di psicologia svolge le attività cliniche nei seguenti ambiti assistenziali:

- assistenza psicologica ai minori e tutela psicosociale
- rischi psicologici in adolescenza
- cure primarie ed assistenza consultoriale
- assistenza psicologica alle patologie ad elevato carico emozionale e gravemente invalidanti
- psicooncologia e riabilitazione
- disabilità
- salute mentale e dipendenze
- psicogeriatrica e patologie dementigene.

Le principali funzioni del servizio di psicologia sono:

- organizzazione dell'assistenza psicologica in ambito clinico, preventivo, formativo, e valutazione delle attività svolte tenuto conto di quanto previsto dalla DGR n. 101-13754 del 29.3.2010;
- gestione ed organizzazione delle risorse umane;
- promozione di strategie per l'integrazione professionale.

Gli psicologi assegnati al servizio di psicologia garantiscono il necessario supporto alle strutture aziendali che necessitano della professionalità dello psicologo.

Considerata la funzione strategica del servizio lo stesso viene costituito quale struttura semplice in staff alla direzione Sanitaria Aziendale. Ad esso è preposto un dirigente psicologo.

Direzione delle Professioni Sanitarie (Di.P.Sa.)

In conformità alle linee di indirizzo della Regione Piemonte di cui alla nota prot. n. 24654/DB2012 del 28.10.2013 il Di.P.Sa., costituito nell'ASL VCO con atto n. 284 del 11.7.2007 ai sensi della DGR n. 42-4062 del 17.10.2006, viene ridefinito quale Direzione delle Professioni Sanitarie (Di.P.Sa.). Ad esso sono assegnate tutte le unità di personale in servizio presso l'ASL VCO appartenenti alle aree professionali infermieristiche, ostetriche, tecnico sanitarie, della riabilitazione, della prevenzione, nonché il personale di supporto alle attività aziendali. Tale personale afferisce gerarchicamente alla Di.P.Sa. e funzionalmente alle strutture ove opera.

Le funzioni principali del Di.P.Sa. sono riconducibili al governo dei processi assistenziali e del sistema professionale ai diversi livelli organizzativi, nonché alla promozione della ricerca, della formazione e dello sviluppo professionale.

Il Di.P.Sa. supporta la Direzione Strategica nelle seguenti funzioni:

- definizione e realizzazione degli obiettivi aziendali;
- definizione del fabbisogno delle risorse professionali, economiche e tecnologiche di pertinenza;
- promozione e partecipazione ai processi di miglioramento continuo di qualità;
- implementazione dei sistemi di valutazione del personale;
- sviluppo di modelli organizzativi assistenziali.

Come previsto dalle linee guida regionali verrà predisposto, entro 60 giorni dall'approvazione regionale dell'atto aziendale, il regolamento interno di funzionamento della struttura secondo le seguenti linee di indirizzo:

- funzionalmente il Di.P.Sa. trova la sua articolazione nelle strutture individuate nello schema dell'organizzazione aziendale contenuto nell'organigramma aziendale;
- al fine di garantire l'omogeneità della risposta ai bisogni assistenziali, nonché il necessario raccordo con tutte le strutture aziendali, sono individuati la direzione dell'ospedale unico plurisede ed il coordinatore delle attività distrettuali quali riferimenti organizzativi macro per la dirigenza del Di.P.Sa., rispettivamente per le attività ospedaliere e per quelle del territorio;
- la programmazione delle risorse umane, sulla base delle indicazioni fornite dalla direzione strategica, deve essere attuata di concerto con i direttori di dipartimento, mentre l'organizzazione e la gestione del personale assegnato deve essere messa in

atto in raccordo e di concerto con i responsabili delle strutture semplici e complesse aziendali;

- nei dipartimenti aziendali strutturali uno dei coordinatori delle strutture afferenti al dipartimento svolge anche il coordinamento complessivo delle attività assistenziali del dipartimento, in collaborazione con il Direttore di Dipartimento.

Considerata la funzione strategica del servizio lo stesso viene costituito quale struttura complessa in staff alla Direzione Sanitaria Aziendale. Ad esso è preposto un direttore che partecipa alle riunioni di tutti i comitati di dipartimento aziendali con diritto di voto.

13.5 Il Centro Ortopedico di Quadrante di Omegna (C.O.Q. S.p.A.)

L'art. 9-bis del D.lvo n. 502/92 e s.m.i. ha previsto che le Regioni possano autorizzare programmi di sperimentazione aventi ad oggetto nuovi modelli gestionali che prevedano forme di collaborazione tra strutture del SSN e soggetti privati, anche attraverso la costituzione di società miste a capitale pubblico e privato.

La Giunta Regionale, con DGR n. 52-3036 del 21.5.2001, approvò il progetto di sperimentazione gestionale per la gestione delle attività sanitarie del Presidio ospedaliero "Madonna del Popolo" di Omegna, prevedendo la costituzione, avvenuta in data 19.7.2012, di una società per azioni, a capitale misto, pubblico e privato, a maggioranza pubblica, denominata "Centro Ortopedico di Quadrante Ospedale Madonna del Popolo di Omegna" (C.O.Q. s.p.a.). Al programma venne assegnato, quale obiettivo finale, lo sviluppo di attività specialistiche di ricovero ordinario e diurno, nonché ambulatoriali, con particolare riferimento alle specializzazioni in ortopedia, recupero e riabilitazione funzionale, medicina e lungodegenza.

Come si evince dal P.S.S.R. 2012/15 il C.O.Q. è inquadrato come ospedale monospecialistico.

Con riguardo a tale sperimentazione, più volte prorogata, la Regione Piemonte, con D.G.R. n. 69-5191 del 28.12.2012, ha autorizzato la trasformazione della gestione sperimentale dei servizi in gestione ordinaria, ai sensi dell'art. 23, co. 6, della L.R. n. 12 del 23.5.2008 e s.m.i., stabilendo quanto segue.

- La struttura "Ospedale Madonna del Popolo" di Omegna resta, a tutti gli effetti, un ospedale pubblico che va ad integrarsi nella rete dei servizi ospedalieri e territoriali dell'A.S.L. V.C.O. quale presidio ospedaliero a prevalente profilo ortopedico-riabilitativo, che dovrà tendere sempre più alla connotazione monospecialistica di cui al P.S.S.R. 2012/15. A questo proposito va osservato che, nell'organigramma aziendale, laddove si configurano i dipartimenti, sono state ricomprese le strutture del C.O.Q. che partecipano ai Dipartimenti dell'ASL solo per quanto attiene la programmazione delle attività.

- La Società C.O.Q. S.p.A., cui spetta la gestione della struttura, deve operare nel rispetto delle condizioni e della programmazione definite a livello regionale e locale, garantendo il perseguimento della mission pubblica della società.
- Le attività oggetto di conversione sono quelle di cui all'attuale dotazione di posti letto attivati: attività di degenza per complessivi n. 93 posti letto.
- Nello svolgimento della propria attività la società è soggetta ai vincoli ed ai controlli dei soci e, circa le modalità approvvigionamento, dovrà essere considerata "organismo di diritto pubblico", ai sensi della normativa vigente in materia di contratti pubblici.
- In materia di personale si prevede, per il personale assunto dalla società, che il reclutamento ed il conferimento di incarichi avvenga nel rispetto dei principi di trasparenza, pubblicità ed imparzialità, in coerenza con quanto previsto dalla normativa vigente.
- La società deve perseguire il pareggio di bilancio assicurando la sostenibilità economico finanziaria della gestione.
- La società deve sottoporre al processo di accreditamento, ai sensi della normativa vigente, le attività sanitarie svolte dalla medesima presso il presidio ospedaliero di Omegna.

Entro il dicembre 2013 si procederà alla revisione dello statuto e degli atti e patti parasociali vigenti, trasmettendoli in Regione per la necessaria validazione, prevedendo la garanzia che l'assetto, l'organizzazione ed il funzionamento della società risultino coerenti con il ruolo di interesse pubblico ad essa attribuito.

13.5.1 Nuovo profilo ed attività del COQ nell'ambito della programmazione aziendale

Con il passaggio dalla fase sperimentale al regime ordinario, delineatosi con la D.G.R. n 69-5191 del 28.12.2012, si è confermato l'inserimento del C.O.Q. all'interno dell'attività della rete dei presidi dell'ASL VCO.

Nella fase iniziale della sperimentazione era previsto lo svolgimento di attività nelle aree chirurgica e medica che si configuravano complementari a quelle ortopediche/riabilitative. Anche nel passaggio alla gestione ordinaria tali attività sono state mantenute.

In sostanza, non è mutato il profilo dell'Ospedale per quanto attiene l'assetto delle attività svolte in regime di ricovero ed ambulatoriale ma si è individuato uno sviluppo organizzativo lungo una serie di direttrici strategiche che tengono conto degli indirizzi contenuti nel P.S.S.R. 2012-15, e del contenuto della nota regionale n. 31025 del 17.12.2012 con particolare riferimento all'organizzazione degli ospedali per intensità di cura, nonché alla presa in carico del paziente con un intervento coordinato pluriprofessionale.

In particolare si è previsto:

- l'evoluzione dell'organizzazione dell'area di degenza diurna, da reparti specialistici a reparti multidisciplinari, in linea con l'organizzazione per processi delineatasi presso il C.O.Q. in questi anni di gestione sperimentale;
- il consolidamento del C.O.Q. quale presidio ospedaliero a prevalente profilo ortopedico-riabilitativo che dovrà tendere sempre più alla connotazione monospecialistica (prevista dal P.S.S.R. 2012/15), e realizzare una piena integrazione nell'ambito della rete ospedaliera regionale.

La dotazione di posti letto (n. 93 complessivi), prevede la seguente ripartizione:

Disciplina	N° Posti letto Degenza	N° Posti letto Day Surgery
Medicina	23	3
Ortopedia	32	DS multidisciplinare 10
Chirurgia	/	
Oculistica	/	
Odontoiatria	/	
RRF	23	/
Totale	80	13

A seguito del passaggio alla gestione ordinaria, distintamente per le diverse aree di attività, si osserva quanto segue:

area medica: è confermata la dotazione di n. 3 p.l. di DS e di n. 23 p.l. di ricovero ordinario. Questi ultimi sono dedicati al regime di ricovero per le patologie in fase acuta, anche tenendo conto dei pazienti affetti da pluripatologie di tipo cronico con frequenti riacutizzazioni.

area di ortopedia: i n. 32 p.l. di degenza ordinaria sono in prevalenza destinati a patologie ortopediche, con esclusione dei politraumi. La traumatologia minore afferente al pronto soccorso di Omegna può essere gestita dagli ortopedici del COQ senza effettuare alcun trasferimento presso i presidi dell'ASL. Inoltre è possibile effettuare un trasferimento al C.O.Q. di attività ortopediche protesiche dell'Asl, permanendo all'ASL l'attività di endoprotesi, la ri protesizzazione e la traumatologia.

Area riabilitativa: confermati i n. 23 p.l., in considerazione degli attuali tassi di ospedalizzazione, al fine di rafforzare il percorso ortopedico riabilitativo e consentire anche il recupero di lunghe liste di attesa per interventi di protesica.

Area chirurgica: tale area ha mantenuto inalterata la dotazione di posti letto ma ha previsto che i n. 10 posti letto di DS vengano raggruppati sotto la forma di attività multi specialistica, con possibilità di utilizzo di detti posti anche da parte dell'Asl per i propri pazienti, con possibilità di ridurre le liste di attesa.

In generale, l'attività del C.O.Q. deve essere sempre concertata e pianificata con l'ASL VCO al fine di programmare strategicamente l'offerta congiunta delle prestazioni sanitarie sul territorio, per migliorare la qualità delle stesse, per contenere i costi e per contribuire

al raggiungimento degli obiettivi assegnati dalla Regione a questa Azienda, mantenendo la sostenibilità economica ed ottimizzando la sinergia delle risorse.

La Regione, con nota 31025 del 17.12.2012, ha mantenuto all'ASL VCO la titolarità delle funzioni relative al Pronto Soccorso, non condividendo lo sviluppo organizzativo proposto dall'Azienda che attribuiva al C.O.Q. il servizio di emergenza urgenza, attualmente gestito presso il presidio dall'ASL VCO.

Art. 14 – Modello organizzativo dell'Azienda e sue articolazioni

Le strutture organizzative in cui si articola l'Azienda, **come risulta dall'organigramma aziendale, All. 3 al presente elaborato, a cui si fa rinvio**, sono le seguenti:

- dipartimenti
- strutture complesse
- strutture semplici a valenza dipartimentale
- strutture semplici.

L'Azienda ha tenuto conto di quanto disposto dalla D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012 (così come modificata ed integrata con D.G.R. n. 16-6418 del 30.9.2013), laddove la Regione, per evitare il proliferare di strutture organizzative, ha previsto che le aziende favoriscano la valorizzazione delle competenze e professionalità ricorrendo al conferimento di incarichi dirigenziali di natura professionale, anche di alta specializzazione, ove la gestione di risorse umane, tecniche finanziarie, non abbia carattere preminente e determinante per l'attività svolta.

La medesima DGR ha stabilito che, nel caso in cui manchino i requisiti per l'organizzazione dipartimentale ma sia opportuno il coordinamento di attività anche di più strutture complesse, si debba ricorrere, quale modalità organizzativa tipica, ai **gruppi di progetto**.

Art. 15 – L'organizzazione dipartimentale

Come previsto dall'art. 17 bis del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. l'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione operativa di tutte le attività delle aziende sanitarie. Si tratta, come previsto dal P.S.S.R. 2012/15, par. 5.1.1, di una aggregazione di strutture organizzative omologhe, omogenee, affini o complementari, che perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuno la propria autonomia, sono tra loro interdipendenti.

Questa Azienda ha adottato il modello dipartimentale al fine di assicurare il coordinamento e l'integrazione tra le funzioni che concorrono ad una specifica area di risultato, mediante un uso efficace ed efficiente delle risorse.

Gli obiettivi che si intendono perseguire a livello dipartimentale, in linea con quanto previsto dalla D.G.R. n. 21-5144/2012 (così come modificata ed integrata con D.G.R. n.16-6418 del 30.9.2013), consistono nel garantire :

- | |
|-----------------------------------------------------------------------------|
| - il coordinamento dell'attività di tutte le strutture che ne fanno parte e |
|-----------------------------------------------------------------------------|

l'organizzazione dei servizi in rete;

- 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 ed il monitoraggio sull'andamento dei risultati di budget;
- il miglioramento e l'integrazione dell'attività di formazione ed 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.

Al fine dell'individuazione dei dipartimenti l'Azienda ha tenuto conto della normativa nazionale e regionale vigente e di quanto specificato dalla D.G.R. n. 21-5144/2012 (così come modificata ed integrata con D.G.R. n.16-6418 del 30.9.2013) secondo cui:

- l'atto aziendale definisce i dipartimenti aziendali ed interaziendali e le strutture organizzative aziendali afferenti;
- l'individuazione dei dipartimenti deve essere effettuata evitando la frammentazione o la duplicazione di funzioni, tenendo conto delle peculiarità organizzative e territoriali delle singole aziende sanitarie e delle esigenze di coordinamento e di integrazione a livello sovrazonale;
- l'attività del dipartimento deve essere oggetto di costante monitoraggio, con particolare riguardo al numero ed alla tipologia delle prestazioni effettuate dalle diverse strutture in ambito dipartimentale;
- alcune strutture, in ragione delle relative peculiarità (es. attività di staff), possono non essere aggregate in un dipartimento.

L'Azienda nel prevedere i Dipartimenti ha tenuto conto di quanto disposto dalla D.G.R. n. 21-5144/2012 (così come modificata ed integrata con D.G.R. n.16-6418 del 30.9.2013) secondo cui il numero dei dipartimenti (di qualunque tipologia) **non deve superare il limite massimo del 15% delle strutture complesse della pertinente area di coordinamento sovrazonale.**

Sono esclusi dal computo i dipartimenti interaziendali a valenza regionale ed i Dipartimenti di Prevenzione essendone espressamente disciplinate, ai sensi degli artt. 7 e ss del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., composizione e costituzione in ogni A.S.L.

Nel rispetto del parametro sopra indicato l'Azienda ha individuato le seguenti tipologie di **dipartimenti aziendali**:

- *dipartimento strutturale*: è dotato di strutture organizzative proprie, dedicate e permanenti, che possono svolgere attività di produzione (ospedaliera e/o territoriale) o attività di supporto all'azienda per la gestione tecnica, logistica e amministrativa. E'

caratterizzato dall'omogeneità, sotto il profilo delle attività, delle risorse umane o tecnologiche impiegate o delle procedure operative adottate.

La costituzione del dipartimento strutturale risponde prioritariamente a necessità di razionalizzazione nell'uso delle risorse, semplificazione della gestione e creazione di economie di scala.

○ *dipartimento funzionale*: aggrega strutture operative non omogenee, interdisciplinari, al fine di coordinarne l'azione per realizzare obiettivi interdipartimentali e/o programmi di rilevanza strategica. La costituzione di un dipartimento funzionale è finalizzato allo svolgimento di attività destinate ad integrarsi e a coordinarsi (in relazione al conseguimento di specifici obiettivi strategici aziendali o interaziendali) per assicurare, in modo ottimale, la presa in carico del paziente per il tratto di processo di competenza e la continuità diagnostica e terapeutica ed assistenziale.

○ *dipartimento interaziendale*: le strutture organizzative coinvolte nell'organizzazione dipartimentale, appartenenti ad aziende diverse, hanno finalità ed obiettivi comuni di gestione integrata di attività. Per quanto attiene la nomina del direttore di dipartimento si rinvia al paragrafo 15.1.1 del presente elaborato.

○ *dipartimento regionale*.

I dipartimenti, risultati dall'organigramma aziendale, All. 3 a cui si fa rinvio, distintamente per le tipologie sopra individuate, sono i seguenti (n. 9 di cui n. 7 aziendali e n. 2 interaziendali):

Dipartimenti aziendali strutturali:	<ul style="list-style-type: none"> - Dipartimento di Prevenzione - Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze - Dipartimento dei Servizi
Dipartimenti aziendali funzionali:	<ul style="list-style-type: none"> - Dipartimento delle Patologie di Area medica - Dipartimento delle Patologie Chirurgiche - Dipartimento di Emergenza Urgenza e Area Critica - Dipartimento Tecnico Amministrativo
Dipartimento interaziendale strutturale:	<ul style="list-style-type: none"> - Dipartimento Materno Infantile con l'AOU "Maggiore della Carità" di Novara.
Dipartimento interaziendale funzionale:	<ul style="list-style-type: none"> - Dipartimento AFS2 Prevenzione secondaria dei tumori (esistente nel vigente atto aziendale) con l'AOU

	"Maggiore della Carità" di Novara, l'ASL di Novara e l'ASL di Biella.
Dipartimento regionale:	- Dipartimento Oncologico (esistente nel vigente atto aziendale).

15.1 Organismi istituzionali del Dipartimento

Sono organismi istituzionali del Dipartimento:

- il Direttore del Dipartimento
- il Comitato di Dipartimento.

15.1.1 Il Direttore di Dipartimento

L'art 17-bis del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. prevede che il Direttore di Dipartimento sia nominato dal Direttore Generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento, e resti titolare della struttura complessa cui è preposto.

La preposizione ai dipartimenti strutturali, sia ospedalieri che territoriali e di prevenzione, comporta l'attribuzione sia di responsabilità professionali in materia clinico-organizzativa e della prevenzione, sia di responsabilità di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta programmazione e gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti. A tal fine il direttore di dipartimento predispone, annualmente, il piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili, negoziato con la direzione generale nell'ambito della programmazione aziendale. La programmazione delle attività dipartimentali, la loro realizzazione e le funzioni di monitoraggio e di verifica sono assicurate con la partecipazione attiva degli altri dirigenti e degli operatori assegnati al dipartimento.

Come indicato nella D.G.R. n. 21-5144/2012 (così come modificata ed integrata con D.G.R. n. 16-6418 del 30.9.2013), il Direttore di Dipartimento è responsabile dei risultati complessivi del dipartimento, assicura il coordinamento fra le strutture organizzative che lo compongono, è responsabile del governo clinico e dell'innovazione, favorisce lo sviluppo di progetti trasversali alle diverse unità operative e valuta le performance delle strutture afferenti al dipartimento in relazione agli obiettivi di budget.

Per quanto attiene i dipartimenti interaziendali, come risulta dalla D.G.R. n. 21-5144/2012, il Direttore di Dipartimento è nominato dal Direttore Generale dell'Azienda della quale è giuridicamente dipendente il dirigente al quale è affidato l'incarico, previa intesa dei direttori Generali delle aziende interessate.

I Direttori Generali delle altre aziende nomineranno un referente aziendale, scelto fra i direttori delle strutture complesse della propria azienda afferenti al dipartimento, per rappresentare le esigenze aziendali in ambito dipartimentale e quelle dipartimentali in ambito aziendale. Il referente è componente di diritto del Collegio di Direzione della propria azienda. La nomina non dà luogo alla corresponsione di indennità ulteriore a quella corrisposta quale responsabile di struttura complessa.

15.1.2 Il Comitato di Dipartimento

L'art. 17-bis del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. prevede che la Regione disciplini la composizione e le funzioni del Comitato di dipartimento nonché la modalità di partecipazione dello stesso all'individuazione dei direttori di dipartimento.

Si tratta di un organismo collegiale che supporta e collabora con il Direttore di Dipartimento per lo svolgimento delle attività a quest'ultimo assegnate.

E' composto dai:

- Direttori delle strutture complesse afferenti al Dipartimento;
- Responsabili delle strutture semplici dipartimentali;
- Responsabili di altre strutture organizzative aziendali;
- Referenti di area del D.I.P.SA..

E' presieduto dal Direttore di Dipartimento.

Il Comitato di Dipartimento partecipa alla programmazione, realizzazione, monitoraggio e verifica delle attività dipartimentali, con particolare riferimento alla programmazione e verifica della qualità, attraverso il pieno coinvolgimento delle professioni sanitarie.

15.2 Regolamento di Dipartimento

Ciascun dipartimento si dota di un regolamento che disciplina il proprio funzionamento.

15.3 I gruppi di progetto

Come indicato nella D.G.R. n. 21-5144/2012 (così come modificata ed integrata con D.G.R. n.16-6418 del 30.9.2013), nei casi in cui manchino i requisiti per l'organizzazione dipartimentale ma sia opportuno il coordinamento di attività anche di più strutture complesse, si dovrà ricorrere, quale modalità organizzativa tipica, ai gruppi di progetto, specificandone la composizione, le caratteristiche e gli obiettivi. I responsabili dei gruppi di progetto partecipano, senza diritto di voto, alle riunioni del Collegio di Direzione.

Questa forma di coordinamento non dà luogo alla costituzione di una struttura organizzativa e non comporta maggior onere a carico del bilancio dell'Azienda.

Si è previsto, nel nuovo atto aziendale, il gruppo di progetto aziendale **continuità clinico-riabilitativo-assistenziale**, che vede il coinvolgimento, oltre che della struttura di R.R.F. anche di tutte le strutture ospedaliere territoriali pubbliche (compresi gli IRCCS) e private accreditate che intervengono nei percorsi riabilitativo assistenziali per garantire la continuità nei diversi ambienti della cura compreso quello domiciliare. A questo proposito si richiama la nota prot. n. 24654 d/DB 2012 del 28.10.2013 con la quale la Regione ha emanato linee di indirizzo per l'organizzazione delle attività riabilitative per la continuità delle cure.

Si conferma, in quanto previsto nel vigente atto aziendale, il gruppo di progetto interaziendale di **Radioterapia** con l'AOU "Maggiore della Carità" di Novara.

Art. 16 - Strutture operative

Le strutture operative rappresentano l'ulteriore articolazione organizzativa presente nell'A.S.L. V.C.O. e si distinguono, a seconda del tipo di processi gestiti, in:

➤ strutture complesse
➤ strutture semplici a valenza dipartimentale
➤ strutture semplici.

Seppure non riportate nell'organigramma aziendale sono previste le Unità operative (U.O.) che rappresentano articolazioni della struttura organizzativa aziendale affidate alla responsabilità di personale non dirigente e si caratterizzano per la rilevanza operativa specialistica dell'attività da svolgere. Riportano al responsabile della struttura organizzativa di cui sono parte.

L'Asl, nel prevedere l'articolazione delle strutture, ha tenuto conto di quanto previsto dalla D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012 (così come modificata ed integrata con D.G.R. n. 16-6418 del 30.9.2013) che ha stabilito quanto segue:

-
- le strutture organizzative, laddove non previste da specifiche norme, devono essere costituite solo in presenza di elementi oggettivi che le giustificano;
- per evitare il proliferare di strutture organizzative le aziende devono favorire la valorizzazione delle competenze e professionalità ricorrendo al **conferimento di incarichi dirigenziali di natura professionale, anche di alta specializzazione**, ove la gestione di risorse umane, tecniche finanziarie, non abbia carattere preminente e determinante per l'attività svolta;
- la definizione del contingente numerico di strutture aziendali deve essere conforme agli standard minimi per l'individuazione di strutture semplici e complesse del SSN ex art. 12, co. 1, lett. b, Patto per la Salute 2010-12, approvati dal "Comitato Permanente per la verifica dell'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di appropriatezza ed efficacia nell'utilizzo delle risorse in data 26.3.2012".

16.1 Strutture Complesse

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

La definizione del contingente numerico di strutture aziendali, che deve essere conforme agli standard minimi per l'individuazione di strutture complesse del SSN ex art. 12, co. 1, lett. b, Patto per la Salute 2010-12, è il seguente:

strutture complesse ospedaliere	17,5 posti letto struttura complessa ospedaliera
strutture complesse non ospedaliere	13.515 residenti per struttura

(strutture dell'area professionale, tecnica, amministrativa e strutture sanitarie territoriali)	complessa non ospedaliera
-------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------

La D.G.R. n. 21-5144/2012 (così come modificata ed integrata con D.G.R. n. 16-6418 del 30.9.2013), ha previsto che:

- ferma restando l'applicazione delle specifiche disposizioni normative e contrattuali in materia, l'affidamento dell'incarico di direzione delle strutture complesse, comprese quelle amministrative e di supporto, venga effettuato a seguito delle revisione dell'assetto organizzativo, previa definizione di criteri e procedure atte a garantire la massima trasparenza nella valutazione delle candidature dei dirigenti in possesso dei requisiti prescritti;
- l'organizzazione delle strutture amministrative e di supporto deve conformarsi al principio della distinzione tra indirizzo e controllo da un alto, e attuazione e gestione dall'altro (art. 4, co. 4, del D.lgs n. 165/2001 e s.m.i.). La previsione di strutture complesse deve essere strettamente connessa: al compimento di atti di gestione aventi rilevanza esterna; alla gestione di procedimenti amministrativi complessi che richiedono, eventualmente, l'integrazione dell'attività di diverse strutture; alla necessità di accentrare in un'unica struttura organizzativa attività specialistiche o particolarmente complesse richiedenti elevata professionalità.

Per quanto attiene i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di struttura complessa come disciplinato dall'art. 15, co. 7 bis, del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i. si rinvia al paragrafo 21.2 del presente elaborato.

16.2 Strutture semplici a valenza dipartimentale

Le strutture semplici a valenza dipartimentale, come previsto dalla D.G.R. n. 21-5144/2012 (così come modificata ed integrata con D.G.R. n. 16-6418 del 30.9.2013), sono articolazioni organizzative con specifiche responsabilità di gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie costituite limitatamente:

- all'esercizio di funzioni sanitarie strettamente riconducibili alle discipline ministeriali di cui al DM 30.1.1998 e s.m.i., la cui complessità organizzativa non giustifica l'attivazione di strutture complesse;
- al fine di organizzare e gestire in modo ottimale spazi ed attrezzature utilizzate da più unità operative e personale eterogeneo, appartenente a strutture complesse diverse.

Le Sos di Staff sono equiparate alle Sos semplici a valenza dipartimentale.

16.3 Strutture semplici

Come previsto dalla D.G.R. n. 21-5144/2012 (così come modificata ed integrata con D.G.R. n. 16-6418 del 30.9.2013), le strutture semplici costituiscono, di norma, articolazioni organizzative interne delle strutture complesse alle quali è attribuita responsabilità di gestione di risorse umane e tecniche. Devono svolgere un'attività specifica e pertinente a

quelle della struttura complessa di cui costituiscono articolazione ma non complessivamente coincidente con le attività di detta struttura complessa.

Il contingente numerico di strutture semplici, tenuto conto degli standard ex art. 12, co. 1, lett. b, Patto per la Salute 2010-12 è il seguente:

strutture semplici	1,31 strutture semplici per struttura complessa
--------------------	-------------------------------------------------

16.4 Incarichi dirigenziali di natura professionale

La D.G.R. n. 21-5144/2012 (così come modificata ed integrata con D.G.R. n. 16-6418 del 30.9.2013), prevede che, per evitare la proliferazione di strutture organizzative, le aziende sanitarie debbano favorire la valorizzazione delle competenze e professionalità ricorrendo al conferimento di incarichi dirigenziali di natura professionale, anche di alta specializzazione, ove la gestione di risorse umane, tecniche e finanziarie non abbia carattere preminente e determinante per l'attività svolta.

Si ritiene di poter valorizzare le professionalità attraverso una specifica graduazione.

Art. 17 Organigramma aziendale

La rappresentazione sintetica dell'organigramma è illustrata nell'allegato 3 del presente elaborato a cui si fa rinvio.

Art. 18 Piano di organizzazione

Il Piano di Organizzazione è il documento che individua le strutture organizzative, descrive le competenze delle strutture aziendali e approfondisce gli aspetti connessi alla dimensione organizzativa, in modo da assicurare la coerenza tra gli orientamenti e gli obiettivi strategici, da un lato, e la struttura, dall'altro. Si rinvia all'Allegato 4 del presente elaborato.

Art. 19 – Dotazione organica

Come disposto dalla D.G.R. n. 21-5144/2012 (così come modificata ed integrata con D.G.R. n. 16-6418 del 30. 9.2013), la dotazione organica aziendale indica la consistenza numerica del personale dipendente, distinto per posizioni funzionali e qualifiche, evidenziando le posizioni di responsabilità di direzione di struttura complessa e semplice. E' adottata nel rispetto delle disposizioni regionali che ne prevedono la riduzione, anche con riguardo alle posizioni di direzione di struttura complessa e semplice e dei tetti di spesa previsti per ciascuna azienda sanitaria. La dotazione organica può essere modificata, senza oneri aggiuntivi, mediante trasformazione di posti, al fine di consentirne l'adeguamento al variare delle esigenze assistenziali e gestionali.

A seguito della riformulazione dell'atto aziendale la dotazione organica è stata rivista, così come risulta dall'allegato 5 del presente elaborato a cui si fa rinvio.

TITOLO IV

**MODALITA' DI GESTIONE,
CONTROLLO
E VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE**

Art. 20 Pianificazione strategica, programmazione e budgeting

Il potere di indirizzo, programmazione e controllo fa capo alla Direzione Strategica dell'Azienda, costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, che operano unitariamente pur nel rispetto dei relativi ruoli e responsabilità.

20.1 La Pianificazione Strategica

Il Direttore Generale, in sinergia con il Direttore Amministrativo e Sanitario, nel rispetto dei principi ed obiettivi regionali, elabora e definisce le linee strategiche per il governo locale dei servizi sanitari.

Tale processo si articola nelle seguenti fasi:

- individuazione delle aree di bisogno e domanda dei servizi;
- individuazione degli obiettivi (a medio/lungo termine) prioritari di intervento nel quadro delle indicazioni della programmazione nazionale e regionale;
- valutazione delle risorse necessarie al raggiungimento degli obiettivi nei limiti delle disponibilità effettive;
- attivazione dei programmi di intervento predisposti;
- controllo dei risultati conseguiti a conferma o modifica del processo, in relazione agli indici di scostamento o meno verificati nel raffronto obiettivi/risultati.

20.2 La Programmazione

L'azienda utilizza gli strumenti di programmazione e controllo volti a realizzare un processo continuo di allocazione e monitoraggio di attività e di risorse in relazione alle strategie ed agli obiettivi aziendali.

La programmazione ed il controllo si sviluppano in stretto raccordo con i contenuti della pianificazione strategica, al fine di assicurare il massimo grado di coerenza tra gli indirizzi generali e la compatibilità degli obiettivi operativi. La programmazione fa anche riferimento agli atti ed indirizzi nazionali e regionali: in tale ambito assumono rilevanza strategica il P.S.N. ed il P.S.S.R. 2012-15.

La L.R. n. 18 del 6.8.2007 dispone che la programmazione socio-sanitaria a livello locale si realizza attraverso i seguenti strumenti:

- a) Profilo e Piano di Salute (PEPS);
- b) Piano Attuativo Locale (PAL);
- c) Piano di Zona (PdZ)
- d) Relazione Socio Sanitaria Aziendale.

20.3 Il processo di Budgeting

Al fine di realizzare una gestione efficace ed efficiente delle risorse dell'Azienda e di responsabilizzare l'intera struttura aziendale viene adottato il processo di budget. Si tratta di uno strumento attraverso il quale, nel quadro degli obiettivi, delle risorse, delle strategie e dei programmi previsti dagli atti di programmazione regionali ed aziendali, si pianificano, su base annuale, e con riferimento ai diversi soggetti cui sono conferiti

incarichi di responsabilità, gli obiettivi da perseguire, le risorse a tal fine destinate e gli effetti sul sistema premiante. La verifica dei risultati e degli scostamenti, positivi o negativi, dalle previsioni di budget costituisce elemento fondamentale per la valutazione dei Responsabili.

Tale processo persegue l'intento di condurre ad unitarietà i molteplici processi operativi ed organizzativi e guidare le strutture verso il raggiungimento della missione aziendale. Di fondamentale importanza è l'utilizzo del sistema di reporting che consente di mettere a disposizione dell'Azienda una serie di informazioni, indispensabili per confrontare gli obiettivi prefissati con i risultati conseguiti permettendo, nel caso si evidenzino criticità, di introdurre tempestive azioni correttive.

Il processo di budget si articola in una serie di fasi attraverso le quali la Direzione Generale:

- elabora le linee annuali sulla base della programmazione regionale e locale, ed indica la previsione di budget generale a disposizione per l'esercizio di riferimento e gli obiettivi da perseguire;
- definisce, per ogni struttura complessa, le principali aree critiche per le proposte di budget;
- predispone una proposta di budget che è oggetto di negoziazione con i singoli Direttori di SOC;
- effettua il controllo dei risultati: a cadenza trimestrale la SOC Budget e Controllo mette a disposizione della Direzione Generale e dei Responsabili delle strutture aziendali report al fine di verificare che l'andamento della gestione sia in linea con gli obiettivi previsti, dando la possibilità di adottare, in caso contrario, le necessarie azioni correttive. Il Nucleo di Valutazione valuta il raggiungimento degli obiettivi assegnati, annualmente, ai singoli Direttori di Soc. L'erogazione degli incentivi è legata al raggiungimento dei risultati.

20.4 Il sistema dei controlli interni

Il sistema di programmazione, valutazione e controllo afferisce ad un unico processo che richiede la partecipazione di più strutture e quindi deve essere gestito in modo integrato fra tutti gli attori del processo.

La materia dei controlli interni risente significativamente delle disposizioni dettate dal D.Lgs. n. 286 del 30.7.1999 e s.m.i. che prevede un sistema di controllo articolato e differenziato su 4 livelli di intervento: il controllo strategico, il controllo di gestione, il controllo di regolarità amministrativa e contabile e la valutazione del personale dirigente. Il D.Lgs n. 286/1999 ha subito importanti modifiche con l'emanazione del D.Lgs n. 150/2009, attuativo della L. n. 15/2009 (c.d. riforma Brunetta) che, nel quadro della nuova disciplina sulla misurazione e valutazione della performance delle amministrazioni pubbliche, all'art. 14, ha disposto la costituzione, l'organizzazione ed il funzionamento, presso ciascuna amministrazione pubblica, dell'Organismo Indipendente di Valutazione della performance, in sostituzione del servizio di controllo interno di cui al D.Lgs n. 286/1999. Si rinvia a quanto precisato al paragrafo 8.2 del presente elaborato.

20.4.1 Il controllo strategico

Preliminarmente a tale controllo vi è la definizione delle scelte strategiche aziendali mediante la definizione di un Piano, previa effettuazione di un'analisi ambientale interna ed esterna all'azienda, e tenendo conto degli obiettivi e delle linee formulate dalla Regione. Il dinamismo ambientale e le determinanti dell'incertezza relativi all'evoluzione della tecnologia e della domanda richiedono di definire una mappa delle priorità strategiche ed organizzative che sia coerente con le esigenze di flessibilità e di integrazione organizzativa.

A ciò segue la realizzazione di tali strategie attraverso precise scelte organizzative e, solo a questo punto, interviene il controllo strategico al fine di verificare la congruenza tra obiettivi a medio/lungo termine, definiti dalla programmazione strategica, ed i risultati conseguiti introducendo, in caso di rilevate criticità, azioni correttive.

L'Azienda definisce i propri obiettivi di salute riferiti ad un orizzonte di medio lungo termine compatibilmente con i vincoli in termini economico finanziari. Tale attività, di diretta competenza del Direttore Generale, è esercitata in stretta sinergia con i Direttori, Amministrativo e Sanitario, e richiede la collaborazione dei Dirigenti delle diverse aree, in un'ottica unitaria, con un supporto informativo fornito dalla SOC Budget e Controllo. Tale supporto informativo è volto alla verifica, in via preventiva e consuntiva, dell'adeguatezza delle scelte compiute, assicurando la congruenza tra risultati conseguiti e risorse assegnate bilanciando, da un lato, le priorità cliniche, dall'altro le esigenze economico finanziarie.

20.4.2 Il controllo di gestione

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

Lo strumento di base del controllo di gestione è costituito dalla contabilità analitica che ha come fine, come previsto dall'art. 30 della L.R. n. 8 del 18.1.1995, quello di : - effettuare un'analisi comparativa dei costi, rendimenti e risultati per un efficace controllo di gestione; - elaborare indicatori di produttività; - misurare il contributo di una singola unità organizzativa al risultato globale dell'azienda.

Il controllo di gestione, attraverso la SOC Budget e Controllo, supporta:

- la Direzione Generale (ciò in quanto il sistema di informazioni che alimenta il controllo di gestione, reporting, alimenta anche il processo decisionale per il controllo strategico);
- i Direttori di Struttura, verificando il raggiungimento degli obiettivi assegnati a ciascuna struttura e le motivazioni di eventuali scostamenti;
- il sistema di valutazione dei dirigenti e dei responsabili di struttura;
- il Responsabile della qualità aziendale in quanto può misurare la qualità dei servizi erogati da un'unità organizzativa. In particolare, l'art. 32 della L.R. n. 8 del 18.1.1995 prevede che il Direttore Generale debba garantire il controllo di gestione attraverso modalità che consentano l'integrazione tra il sistema della contabilità

analitica ed il sistema degli indicatori di qualità previsto dall'art. 14 del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i.

20.4.3 Il controllo di regolarità amministrativa e contabile

Si tratta di una tipologia di controllo chiamato a garantire la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa. Tale controllo è demandato al Collegio Sindacale, così come disposto dall'art. 3-ter del D.Lgs 502/92. s.m.i. il D.Lgs. 502/92 e s.m.i. (si rinvia al paragrafo 4.2 del presente elaborato).

20.4.4 La valutazione del personale dirigente

L'azienda adotta strumenti (tenuto conto della normativa vigente e dei contratti collettivi nazionali di lavoro) per valutare le competenze (di tipo tecnico, professionale, gestionale, relazionale, organizzativo) dei Dirigenti. La valutazione compete al Collegio Tecnico ed al Nucleo di Valutazione (all'O.I.V. quando verrà istituito in sostituzione del Nucleo di Valutazione). Si rinvia al paragrafo 8.2 del presente elaborato.

Art. 21 La gestione delle risorse umane

Come evidenziato nel PSSR 2012-15, par. 2.4, le risorse umane, che nei servizi alla persona rivestono una prioritaria importanza, rappresentano il capitale più rilevante del sistema socio sanitario piemontese. L'adeguata valorizzazione delle risorse umane che operano nel sistema, sia sotto l'aspetto professionale, motivazionale ed economico, è essenziale per il successo delle politiche sanitarie regionali. Tuttavia occorre richiamare anche l'aspetto economico legato alla gestione delle risorse umane: a questo proposito il P.S.S.R. evidenzia come, gli interventi per la riduzione della spesa sanitaria riguardano, in misura significativa, la spesa del personale in quanto la definizione di misure di riduzione stabile della consistenza organica del personale in servizio ed il conseguente ridimensionamento dei fondi della contrattazione integrativa, costituiscono parte degli impegni che la Regione Piemonte ha assunto con l'amministrazione centrale. Perciò, nel periodo di vigenza del Piano, l'azione dell'azienda deve essere rivolta alla riduzione stabile dei costi complessivi del personale, senza che questo determini effetti negativi sulla qualità dei servizi erogati, ma sia accompagnato dal miglioramento effettivo di tutte le attività necessarie, attraverso una più razionale allocazione delle risorse umane ed un'ottimizzazione dei carichi di lavoro. L'azienda monitora, costantemente, il rispetto del tetto di spesa individuato dalla Regione per quanto attiene il fattore produttivo personale.

La gestione delle risorse umane è un processo complesso che si esplica attraverso più fasi: - la pianificazione; - il reclutamento; - l'allocazione; - la formazione; - l'amministrazione (giuridica ed economica); - la valorizzazione; - la valutazione.

L'Azienda riconosce il significato strategico ed il valore delle risorse umane che operano in azienda (con riguardo a tutte le componenti professionali), promuove e tutela forme di valorizzazione del proprio personale favorendone la partecipazione consultiva, propositiva e decisionale negli ambiti di competenza riconosciuti, il coinvolgimento nella

responsabilità, l'importanza della formazione professionale e dell'aggiornamento continuo.

Al fine di migliorare il livello qualitativo delle prestazioni sanitarie e la professionalità degli operatori preposti assume rilievo, come evidenzia il P.S.S.R. 2012-15, par. 4.4., la formazione continua. A questo proposito si osserva che l'Azienda dispone di un Piano Formativo (annualmente aggiornato) predisposto tenuto conto sia della mission aziendale che di quella propria delle singole strutture, ed applicando il Sistema di Educazione Continua in Medicina. La pianificazione è svolta in coerenza con gli obiettivi programmatici aziendali, risponde ai bisogni di miglioramento professionale degli Operatori (inteso sia come sviluppo delle capacità tecnico-professionali che delle capacità relazionali e manageriali).

Con riguardo alle risorse umane un obiettivo che l'ASL VCO considera di primaria importanza è quello legato alla sicurezza ed alla salute dei lavoratori (oltre che degli utenti). Il sistema di gestione della sicurezza aziendale trova forza nell'azione sinergica tra il Servizio di Prevenzione e Protezione, il Servizio Medico Competente e l'Unità di Prevenzione del Rischio Infettivo che, in conformità alla normativa vigente, attraverso il coinvolgimento di tutti gli attori della prevenzione, collaborano, con continuità, al processo di valutazione dei rischi, alle azioni di miglioramento derivate ed alla sorveglianza sanitaria.

L'Azienda ha voluto approfondire il tema della gestione dei rischi psico-sociali e del benessere organizzativo legati alla qualità della vita lavorativa dei suoi dipendenti e, nel dicembre 2011, ha istituito il Comitato Unico di Garanzia (C.U.G.), previsto dall'art. 57, comma 1, del D.Lgs. 165/2001, così come modificato dall'art. 21 della L. n. 183/2010, per le pari opportunità, al fine di perseguire la valorizzazione del benessere di chi lavora, evitando le discriminazioni.

L'aver riconosciuto, con L. n. 251 del 10.08.2000, l'autonomia di organizzazione e gestione del personale afferente alle professioni infermieristiche, tecniche e sanitarie ha portato ad affidare al D.I.P.SA. la definizione del sistema di organizzazione e sviluppo di tali risorse, nell'ambito del più generale sistema di gestione del personale aziendale.

La funzione di gestione e sviluppo delle risorse umane prevede, inoltre, forme di coinvolgimento delle rappresentative sindacali normate dai CCCCNNLL e dalle forme di contrattazione integrativa (si rinvia all'art. 21.8 del presente documento).

21.1 Disciplina della dirigenza medica e delle professioni sanitarie

Ai sensi dell'art. 15, co. 1, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., la dirigenza sanitaria è collocata in un unico ruolo, distinto per profili professionali, ed in un unico livello, articolato in relazione alle diverse responsabilità professionali e gestionali. La contrattazione collettiva nazionale definisce i criteri generali per la graduazione delle funzioni dirigenziali, per l'assegnazione, valutazione e verifica degli incarichi dirigenziali e del relativo trattamento

economico accessorio correlato alle funzioni attribuite ed alle connesse responsabilità di risultato.

L'attività dei dirigenti sanitari, ai sensi dell'art. 15, co.3, del D.Lgs 502/92 e s.m.i., è caratterizzata, nello svolgimento delle proprie mansioni e funzioni, dall'autonomia tecnico-professionale i cui ambiti di esercizio, attraverso momenti di valutazione e verifica, sono progressivamente ampliati. L'autonomia tecnico professionale, con le connesse responsabilità, si esercita nel rispetto della collaborazione multiprofessionale, nell'ambito di indirizzi operativi e di programmi di attività promossi, valutati e verificati a livello dipartimentale ed aziendale, finalizzati all'efficace utilizzo delle risorse ed all'erogazione di prestazioni appropriate e di qualità. Il dirigente, in relazione all'attività svolta, ai programmi concordati da realizzare ed alle specifiche funzioni allo stesso attribuite, è responsabile del risultato anche se richiedente un impegno orario superiore a quello contrattualmente definito.

All'atto della prima assunzione, ai sensi dell'art. 15, co. 4 del D.Lgs. 502/92 e s.m.i, al dirigente sanitario sono affidati compiti professionali con precisi ambiti di autonomia da esercitare nel rispetto degli indirizzi del dirigente responsabile della struttura e sono attribuite funzioni di collaborazione e corresponsabilità nella gestione delle attività.

Al dirigente con 5 anni di attività, in relazione alla natura ed alle caratteristiche dei programmi da realizzare, alle attitudini ed alle capacità professionali del singolo dirigente, accertate con le procedure valutative di verifica previste dal co. 5 dell'art. 15, possono essere attribuite funzioni di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo nonché possono essere attribuiti incarichi di direzione di strutture semplici (si rinvia al paragrafo 21.2).

Nomina del dirigente

Ai sensi dell'art. 15, co. 7 D.Lgs n. 502/92, alla dirigenza sanitaria si accede mediante concorso pubblico per titoli ed esami (in conformità a quanto disposto dal DPR n. 483 e n. 484 del 10.12.1997), o per trasferimento da altra amministrazione pubblica.

21.2 Disciplina del conferimento degli incarichi dirigenziali e tipologie

L'art. 15 del D.Lgs n. 502/92 e s.m.i., e l'art 27 del CCNL dell'8 giugno 2000 (che rinvia ai contenuti di tale articolo), prevede 4 tipologie di incarichi dirigenziali:

- a) incarico di direzione di struttura complessa;
- b) incarico di direzione di struttura semplice;
- c) incarichi di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e di controllo conferibili ai dirigenti con cinque anni di attività.
- d) incarichi di natura professionale conferibili ai dirigenti con meno di cinque anni di attività.

L'art. 27 del CCNL dell'8 giugno 2000 stabilisce che la definizione della tipologia degli incarichi di cui alle lettere b), c), è una mera elencazione che non configura rapporti di sovra o sotto ordinazione degli incarichi che discende esclusivamente dall'assetto organizzativo aziendale e dalla graduazione delle funzioni.

Dall'esame integrato dei contratti collettivi di lavoro e dalla normativa, nazionale e regionale, in materia di organizzazione aziendale si individua una procedura complessiva da seguire per una corretta applicazione degli istituti in esame.

Tale procedura prevede:

- la definizione dell'assetto organizzativo nell'ambito dell'atto aziendale formulato sulla base dei principi e criteri stabiliti dalla Regione;
- la graduazione delle funzioni (si rinvia all'art. 26 del CCNL 8.6.2009 e dall'art. 51 del CCNL 5.12.1996), da conferire ai dirigenti attribuendo ad ogni posizione di responsabilità un peso ed un valore economico conseguente (retribuzione di posizione), attingendo ad un apposito fondo previsto dal CCNL e costituito in azienda. Tale graduazione è definita previa mappatura delle posizioni correlate agli incarichi di natura gestionale o professionale, distinti per l'area della dirigenza medica-veterinaria, sanitaria e per l'area amministrativa, tecnica e professionale. Dal procedimento di graduazione delle funzioni, attraverso parametri di riferimento prestabiliti, derivanti dalla combinazione di criteri ed indicatori condivisi, a ciascuno degli incarichi dirigenziali previsti nell'assetto organizzativo viene attribuito, in coerenza alle risorse disponibili nell'apposito fondo, un valore economico differenziato che determina la retribuzione di posizione (si rinvia al regolamento aziendale che sarà oggetto di rivalutazione);
- l'assegnazione degli incarichi ai singoli dirigenti nel rispetto dei principi stabiliti dal CCNL.

L'Azienda, in conformità a quanto disposto dalla D.G.R. n. 21-5144/2012 (così come modificata ed integrata con D.G.R. n. 16-6418 del 30.9.2013), sostiene il passaggio da un modello (quello attuale) che considera le strutture organizzative come strumento principale di carriera del personale, ad un modello (previsto dalle norme contrattuali e descritto in letteratura), che valorizza anche, ed in modo sostanzialmente equivalente, le capacità professionali oltre che quelle organizzative. In sostanza, si intende valorizzare gli incarichi (sviluppando una politica di graduazione delle posizioni dirigenziali), in modo da prevedere posizioni più remunerative per alcuni "professional" rispetto ad alcune tipologie di incarico gestionale, premiando, perciò, l'eccellenza tecnico-specialistica a prescindere dall'affidamento di incarichi di responsabilità di strutture.

Gli incarichi dirigenziali sono conferiti con atto scritto e motivato del Direttore Generale. Il Direttore Generale può procedere al conferimento delle seguenti tipologie d'incarichi:

a) direzione di dipartimento

Gli incarichi, ai sensi dell'art. 17 bis del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i, sono conferiti dal Direttore Generale fra i dirigenti con incarico di direzione delle strutture complesse aggregate nel dipartimento. Come risulta dal regolamento di funzionamento dei dipartimenti sanitari vigente in azienda, approvato con deliberazione n. 37 del 26.1.2010, è previsto che il direttore di dipartimento è nominato dal direttore generale tra i direttori delle strutture complesse afferenti il dipartimento, nell'ambito di una rosa di candidati proposta dal Comitato di Dipartimento.

Si richiama la nota prot. n. 24586/DB2012 del 25.10.2013 a firma del Direttore alla Sanità che invita, nel rispetto della normativa di settore e della regolamentazione amministrativa regionale, a procedere, al momento dell'attribuzione di incarichi di direttore di dipartimento, ad una attenta valutazione comparativa dei curricula dei Direttori di Struttura complessa afferenti al dipartimento. Ciò in quanto l'incarico di direttore di dipartimento, ancorchè fiduciario, si basa su motivazioni finalizzate ad evidenziare elevate competenze organizzative validate non solo da una generica anzianità di servizio e/o di ruolo, ma anche da effettive, concrete ed approfondite conoscenze ed esperienze gestionali.

b) direzione di distretto

L'incarico è attribuito, ai sensi dell'art. 3-sexies del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., dal direttore generale ad un dirigente dell'azienda che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali ed un'adeguata formazione della loro organizzazione, oppure ad un medico convenzionato, ai sensi dell'art. 8, co. 1, da almeno 10 anni.

Come risulta dall'organigramma aziendale il distretto è qualificato come struttura complessa pertanto, per il conferimento di nuovi incarichi, fermo restando quanto disposto dall'art. 3-sexies del D.Lgs. 502/92 e s.m.i, sopra riportato, si applica la procedura prevista al punto c) che segue.

c) direzione di struttura complessa

Per quanto attiene il conferimento dell'incarico di struttura complessa relativo alla dirigenza del ruolo medico, sanitario, veterinario, fermo restando quanto disciplinato dal DPR n. 484 del 10.12.1997, occorre richiamare la L. n. 189 dell'8.11.2012 che ha inserito il co. 7 bis all'art. 15 del D.Lgs. 502/92 prevedendo che le Regioni disciplinano i criteri e le procedure per il conferimento degli incarichi di direzione di SOC previo avviso cui l'azienda è tenuta a dare adeguata pubblicità, sulla base dei seguenti principi:

- la selezione viene effettuata da una commissione composta dal direttore sanitario aziendale e da n. 3 direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale nominativo costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa appartenenti ai ruoli regionali del SSN. Qualora fossero sorteggiati tre

direttori di struttura complessa della medesima regione ove ha sede l'azienda interessata alla copertura del posto, non si procede alla nomina del terzo sorteggiato e si prosegue nel sorteggio fino ad individuare almeno un componente della commissione direttore di struttura complessa in Regione diversa da quella ove ha sede la predetta azienda. La commissione elegge un presidente tra i tre componenti sorteggiati: in caso di parità di voti è eletto il componente più anziano. In caso di parità nelle deliberazioni della commissione prevale il voto del presidente;

- la commissione riceve dall'azienda il profilo professionale del dirigente da incaricare e, sulla base dell'analisi comparativa dei curricula, dei titoli professionali posseduti, avuto anche riguardo alle necessarie competenze organizzative e gestionali, dei volumi dell'attività svolta, dell'aderenza al profilo ricercato e degli esiti di un colloquio, la commissione presenta al Direttore Generale una terna di candidati idonei formata sulla base dei migliori punteggi attribuiti. Il Direttore Generale individua il candidato da nominare nell'ambito della terna predisposta dalla commissione; qualora intenda nominare uno dei due candidati che non hanno conseguito il miglior punteggio, deve motivare analiticamente la scelta. L'azienda sanitaria interessata può preventivamente stabilire che, nei due anni successivi alla data del conferimento dell'incarico, nel caso in cui il dirigente a cui è stato conferito l'incarico dovesse dimettersi o decadere, si proceda alla sostituzione conferendo l'incarico ad uno dei due professionisti facenti parte della terna iniziale.
- Il profilo professionale del dirigente da incaricare, i curricula dei candidati, la relazione della commissione sono pubblicati sul sito internet dell'azienda prima della nomina.

L'incarico di direttore di SOC è soggetto a conferma al termine di un periodo di prova di sei mesi, prorogabile di altri sei, a decorrere dalla data di nomina a detto incarico, sulla base della valutazione di cui al co. 5 dell'art. 15 in esame.

La Regione, con **DGR n. 14-6180 del 29.7.2013**, è intervenuta per definire i criteri e le procedure per l'affidamento degli incarichi per la direzione di struttura complessa ai dirigenti sanitari di area medica e veterinaria e del ruolo sanitario appartenenti al SSN, tenuto conto delle condizioni e dei principi vincolanti previsti dalla L. n. 189 dell'8/11/2012.

La L. n 189/2012, che ha inserito il co. 7 bis all'art. 15 del D.Lgs. 502/92, prevede che la selezione sia effettuata previo avviso (che deve contenere una serie di specifici elementi) cui l'azienda è tenuta a dare adeguata pubblicità. L'azienda, dopo aver individuato nell'avviso il profilo professionale e la disciplina di appartenenza relativi all'incarico di direttore di struttura complessa da conferire, definisce le caratteristiche strategiche del profilo professionale sulla base: a) degli elementi oggettivi previsti nell'atto aziendale e, comunque, rinvenibili in relazione ad altri documenti di programmazione ed organizzazione aziendale; b) della tipologia della struttura complessa e della sua articolazione organizzativa; c) delle competenze manageriali attribuite al direttore della

struttura complessa ai sensi dell'art. 15 del D. Lgs n. 502/92 e s.m.i. e dei contratti collettivi nazionali di lavoro nel tempo vigenti, nonché delle competenze tecnico professionali richieste dalla missione aziendale per la struttura complessa da ricoprire; d) delle altre caratteristiche che l'azienda intende definire in relazione alle specificità delle esigenze operative e organizzative della struttura complessa.

La caratterizzazione del profilo professionale, connotata da elementi di specificità e concretezza sulla base dei criteri di massima sopra indicati, deve essere funzionale a fornire alla commissione di valutazione uno strumento idoneo a condurre il processo di valutazione dei candidati nel modo più rispondente al fabbisogno dell'azienda così predefinito.

La commissione è composta in conformità a quanto disposto dall'art. 15, co. 7 bis, del D.l.vo 502/92 e s.m.i., ovvero dal direttore sanitario aziendale e da tre direttori di struttura complessa nella medesima disciplina dell'incarico da conferire, individuati tramite sorteggio da un elenco nazionale nominativo costituito dall'insieme degli elenchi regionali dei direttori di struttura complessa appartenente al SSN. Detto articolo 15, co. 7bis, però, non individua né l'organismo istituzionale competente a predisporre, gestire ed aggiornare l'elenco nazionale nominativo né le modalità di realizzazione dello stesso. Le Regioni hanno ritenuto, al fine di garantire la necessaria omogeneità delle operazioni di sorteggio, di individuare un unico soggetto responsabile della tenuta e dell'aggiornamento del predetto elenco nazionale, ritenendo che tale soggetto possa essere individuato, previo accordo con lo stesso, nel Ministero della Salute. Anche la Regione Piemonte partecipa alla costituzione dell'elenco trasmettendo i nominativi dei soggetti incaricati delle strutture complesse al Ministero, secondo le modalità definite in accordo con lo stesso dalla Conferenza dei Presidenti delle Regioni. Le modalità operative di tenuta dell'elenco dovranno prevedere la pubblicazione dello stesso presso apposita sezione del sito internet del Ministero, nonché la periodicità del suo aggiornamento.

Nelle more della predisposizione dell'elenco unico nazionale con le modalità indicate, le aziende sanitarie si avvalgono degli elenchi, suddivisi per disciplina, delle altre regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano, acquisite dalla Regione Piemonte e messe a disposizione delle aziende stesse. Resta inteso che detti elenchi saranno sostituiti dall'elenco unico nazionale non appena lo stesso sarà costituito: fino a tale momento le aziende saranno autorizzate ad avvalersi di tali elenchi provvisori, ancorché parziali o incompleti.

Per quanto attiene i compiti della commissione la DGR n. 14-6180 del 29.7.2013 prevede che la stessa prende atto del profilo professionale del dirigente da incaricare delineato nell'avviso e, all'atto del primo insediamento, definisce i criteri di valutazione, tenuto conto delle specificità del posto da ricoprire, che sono articolati, in via principale, nelle seguenti macroaree: curriculum e colloquio. L'analisi comparativa dei curricula con l'attribuzione del relativo punteggio avverrà sulla base dei seguenti elementi desumibili dal curriculum: **a)** esperienze di carattere professionale e formativo (sulla base delle definizioni di cui all'art. 8, co. 3, del D.P.R. n 484/97); **b)** titoli professionali posseduti; **c)**

volume dell'attività svolta (in linea con i principi di cui all'art. 6, in particolare co. 1 e 2 del D.P.R. n. 484/97; **d)** aderenza al profilo professionale ricercato i cui parametri sono desumibili dall'avviso.

La valutazione del colloquio con l'attribuzione del relativo punteggio è diretta a verificare le capacità professionali del candidato nella specifica disciplina, con riferimento anche alle esperienze professionali maturate e documentate nel curriculum, nonché ad accertate capacità gestionali, organizzative e di direzione con riferimento all'incarico da assumere (art. 8, co.2, D.P.R. n. 484/97).

Al termine delle operazioni di selezione la commissione redige una terna di candidati idonei sulla base dei migliori punteggi attribuiti.

Il Direttore Generale individua il candidato da nominare nell'ambito della terna predisposta dalla commissione; qualora intenda nominare uno tra i due candidati che non hanno conseguito il miglior punteggio il direttore generale deve motivare analiticamente tale scelta e tali motivazioni devono essere pubblicate sul sito internet dell'azienda. Il Direttore Generale provvede alla stipulazione del contratto individuale di lavoro con il dirigente nominato.

Il dirigente è responsabile dell'efficace ed efficiente gestione delle risorse attribuite.

ooo

Per quanto attiene, invece, il conferimento di incarico di struttura complessa relativo alla dirigenza dei ruoli professionale, tecnico ed amministrativo, si fa rinvio alle disposizioni previste dall'art. 29 del CCNL 8.06.2000, come modificate dall'art. 24, co. 10 del CCNL 3.11.2005.

In questa fattispecie l'incarico è conferito ad un dirigente già dipendente dall'azienda, in possesso della specifica esperienza professionale e delle competenze in relazione alle funzioni da svolgere e di un'anzianità nel ruolo dirigenziale, di almeno 5 anni, e con superamento positivo della verifica, sia quinquennale che annuale.

La nomina da parte del Direttore Generale avviene sulla base dell'esito di una procedura di selezione interna effettuata da parte di una apposita commissione, composta dal Direttore Amministrativo o Sanitario, e da due Componenti esperti nell'ambito della materia oggetto di selezione, Direttori di SOC di aziende Sanitarie della Regione Piemonte, nominati dal Direttore Generale.

La commissione predisporrà l'elenco dei candidati idonei, previo colloquio (inteso all'accertamento delle capacità tecniche, gestionali, organizzative e di direzione del candidato) e previa valutazione del curricula professionale degli interessati.

L'incarico verrà conferito dal direttore generale sulla base dell'elenco dei candidati dichiarati idonei dalla Commissione.

d) direzione di struttura semplice e di struttura semplice a valenza dipartimentale

La L. n. 189/2012 ha sostituito l'art. 15, co 7 quater, prevedendo che:

- l'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di una struttura complessa, è attribuito dal direttore generale, su proposta del direttore della SOC di afferenza, ad un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno 5 anni nella disciplina oggetto dell'incarico. Si prevede che il direttore della SOC di afferenza effettui una valutazione comparata dei curricula.
- l'incarico di responsabile di struttura semplice, intesa come articolazione interna di un dipartimento, è attribuito dal direttore generale, sentiti i direttori delle SOC di afferenza al dipartimento, su proposta del direttore di dipartimento, ad un dirigente con un'anzianità di servizio di almeno 5 anni nella disciplina oggetto dell'incarico. Si prevede che il Direttore di Dipartimento effettui una valutazione comparata dei curricula.

Nelle valutazioni comparate, che dovranno risultare da apposito verbale, si valuteranno le attitudini e le competenze dei dirigenti in grado di assicurare il miglior esercizio della funzione da svolgere, tenendo anche conto dei seguenti criteri:

- capacità gestionali;
- capacità di conseguire gli obiettivi assegnati;
- capacità di gestione e di valorizzazione delle risorse umane e professionali;
- adeguato curriculum professionale, con particolare riguardo alla casistica clinica e/o alle esperienze professionali maturate tenuto conto del settore di attività.

Gli incarichi hanno durata non inferiore a 3 anni e non superiore a 5 anni, con possibilità di rinnovo.

e) incarichi di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, di studio e ricerca, ispettivi, di verifica e controllo attribuibili ai dirigenti con almeno 5 anni di attività.

Come previsto dall'art. 27 del CCNL 8.06/2000 gli incarichi professionali di alta specializzazione si riferiscono alle articolazioni funzionali della struttura in quanto rappresentativi di elevate competenze tecnico-professionali produttive di prestazioni quali/quantitative complesse, nell'ambito della disciplina e dell'organizzazione interna della struttura cui afferiscono.

L'art. 15, co. 4, del D.lgs n. 502/92 e s.m.i prevede che al dirigente con cinque anni di attività con valutazione positiva possono essere attribuite funzioni di natura professionale, anche di alta specializzazione, di consulenza, studio e ricerca, ispettive, di verifica e di controllo. Tali incarichi, di cui all'art 15, co. 4, sono attribuiti, a tempo determinato, dal direttore generale, su proposta del Direttore della Struttura complessa di afferenza, secondo le modalità definite dalla contrattazione collettiva nazionale, tenendo conto delle valutazioni positive annuali e degli esiti positivi della verifica al termine del quinquennio da parte del collegio tecnico.

Il Direttore della Struttura complessa effettuerà una valutazione comparata, risultante da apposito verbale, e valuterà, con particolare riguardo agli incarichi di alta ed altissima

specializzazione, le attitudini e le competenze dei dirigenti in grado di assicurare il miglior esercizio della funzione da svolgere, e terrà anche conto dei seguenti criteri:

- capacità gestionali;
- capacità di conseguire gli obiettivi assegnati;
- capacità di gestione e di valorizzazione delle risorse umane e professionali;
- adeguato curriculum professionale, con particolare riguardo alla casistica clinica e/o alle esperienze professionali maturate tenuto conto del settore di attività.

Gli incarichi hanno durata non inferiore a 3 anni e non superiore a 5 anni, con facoltà di rinnovo.

e1) incarichi di natura professionale attribuibili ai dirigenti con meno di 5 anni di attività

Tali incarichi sono conferibili ai dirigenti con meno di 5 anni di servizio rilevanti all'interno della struttura di assegnazione e (come previsto dall'art. 27 del CCNL 8.06/2000), caratterizzati dallo sviluppo di attività omogenee che richiedono una competenza specialistica e funzionale di base nella disciplina di appartenenza.

Vengono conferiti su proposta del Dirigente Responsabile della struttura di appartenenza, decorso il periodo di prova, per un periodo non inferiore a 3 e non superiore a 5 anni, con facoltà di rinnovo.

*

Tutte le tipologie di incarichi rispondono ad obiettivi di attività definibili e misurabili.

*

Ai sensi dell'art. 15-septies, co. 1, sono previsti incarichi libero professionali a tempo determinato per funzioni strategiche o di particolare rilevanza che non necessariamente si definiscono nel sistema degli incarichi contrattualmente previsti (modificati nelle percentuali dalla L. n. 198/2012). I 15 septies, co. 2, vengono qualificati come contratti tempo determinato di natura dirigenziale ma vale quanto in precedenza evidenziato.

La D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012 (così come integrata e modificata con la D.G.R. n. 16-6418 del 30.9.2013), nel richiamare il decreto Balduzzi, conv. nella L. n. 189/2013, ha ribadito che, per il conferimento dell'incarico di struttura complessa, non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato di cui al citato art. 15-septies.

21.3 Principi e modalità della valutazione

La L. n. 189 dell'8.11.2012 ha sostituito il 5° co. dell'art. 15 del D.Lgs. 02/92 e s.m.i., prevedendo che i dirigenti medici e sanitari sono sottoposti:

- ad una verifica annuale correlata alla retribuzione di risultato, secondo le modalità definite dalle Regioni, le quali tengono conto anche dei principi di cui al titolo II° del D.Lgs. n. 150 del 27.10.2009 e s.m.i., realizzata dal Nucleo di Valutazione;
- nonché ad una valutazione, al termine dell'incarico, attinente alle attività professionali, ai risultati raggiunti ed al livello di partecipazione ai programmi di formazione

continua, effettuata dal Collegio Tecnico, nominato dal Direttore Generale e presieduto dal Direttore di Dipartimento, con le modalità definite dalla contrattazione nazionale. Come si rileva dal 5° co. dell'art. 15, gli strumenti per la verifica annuale dei dirigenti medici e sanitari con incarico di responsabile di struttura semplice, di direzione di struttura complessa e dei direttori di dipartimento rilevano la quantità e la qualità delle prestazioni sanitarie erogate in relazione agli obiettivi assistenziali assegnati, concordati preventivamente in sede di discussione di budget, in base alle risorse professionali, tecnologiche e finanziarie messe a disposizione, registrano gli indici di soddisfazione degli utenti e provvedono alla valutazione delle strategie per il contenimento dei costi tramite l'uso appropriato delle risorse. Degli esiti positivi di tali verifiche si tiene conto nella valutazione professionale allo scadere dell'incarico. L'esito positivo della valutazione professionale determina la conferma nell'incarico o il conferimento di altro incarico di pari rilievo, senza nuovi o maggiori oneri per l'azienda.

21.3.1 Il D. Lgs. n. 150 del 27.10.2009

Trattando il tema della valutazione dirigenziale occorre richiamare il D.Lgs. n. 150 del 27.10.2009 che ha disciplinato l'attuazione della Legge n. 15 del 04.03.2009 in materia di ottimizzazione della produttività del lavoro pubblico e di efficienza e trasparenza delle pubbliche amministrazioni. In particolare, ha regolamentato il sistema di valutazione delle strutture e dei dipendenti delle amministrazioni pubbliche il cui rapporto di lavoro è disciplinato dall'art. 2, co.2, del D.Lgs. n. 165 del 30.3.2001 (applicabile anche aziende del SSN), al fine di assicurare elevanti standard qualitativi ed economici del servizio, tramite la valorizzazione dei risultati e della performance organizzativa ed individuale.

In particolare l'art. 31 del medesimo decreto prevede una specifica disposizione per quanto attiene gli Enti del SSN stabilendo che le Regioni devono prevedere che le amministrazioni del SSN adeguino i propri ordinamenti ai principi contenuti in una serie di articoli del D.Lgs. n. 150 (ovvero: 2° co. art. 17; art. 18; 1° e 2° co. degli articoli 23 e 24; articoli 25 e 26; 1° co. art. 27).

Premesso ciò, occorre segnalare che la Regione ha emanato la D.G.R. n. 23-1332 del 29/12/2010, di oggetto *"D.Lgs. n. 150/2009: attuazione e disciplina del Servizio Sanitario Regionale"*, con la quale, considerata l'applicazione particolarmente delicata ed impegnativa di quanto previsto dal citato decreto, nonché le profonde innovazioni che lo stesso è destinato a produrre nel Servizio Sanitario, ha previsto, di evidenziare le verifiche e le azioni da perseguire per giungere, oltre al recepimento della norma, anche all'assunzione di linee guida regionali in materia, al fine di rendere la realizzazione della riforma omogenea su tutto il territorio regionale. Con successiva circolare prot. n. 20278/DB2008 del 21/7/2011 la Regione, richiamando l'attuale momento della Sanità piemontese, nonché la scelta di realizzare un nuovo assetto territoriale ed organizzativo delle Aziende, ha disposto il rinvio dell'emanazione delle linee regionali di indirizzo per la realizzazione dei principi della riforma voluta dal D.Lgs. n. 150 del 27.10.2009 al momento in cui detta rivisitazione dell'assetto delle aziende si sia pienamente realizzato.

21.4 Organismi preposti alla valutazione

Secondo la vigente normativa gli organismi preposti alla valutazione del personale con incarico dirigenziale sono:

- il Collegio Tecnico
- il Nucleo di Valutazione (che verrà sostituito dall'Organismo Indipendente di Valutazione, O.I.V., non appena la Regione emanerà apposite linee guida in merito all'applicazione del D.Lgs. n. 150 del 27.10.2009 e s.m.i.).

Si rinvia agli articoli 8, 8.1 e 8.2 del presente elaborato.

21.5 Distinzione tra attività di indirizzo e di controllo ed attività gestionale

Il modello organizzativo dell'A.S.L. V.C.O. è informato alla distinzione tra potere di indirizzo, programmazione e controllo, e potere di attuazione e gestionale, come risulta dal Regolamento aziendale approvato con atto deliberativo n. 255 del 15 aprile 2013.

1.	il potere di indirizzo, programmazione e controllo fa capo alla Direzione Strategica dell'Azienda, costituita dal Direttore Generale, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario, che operano unitariamente pur nel rispetto dei relativi ruoli e responsabilità.
2.	il potere gestionale e di direzione delle strutture aziendali, nell'ambito dei compiti assegnati e della relativa area di competenza, spetta alla Dirigenza, cui è devoluta la responsabilità del raggiungimento degli obiettivi aziendali e l'attuazione degli specifici atti amministrativi e/o di diritto privato.

In particolare, i Dirigenti responsabili svolgono, tra le altre, le seguenti competenze (come emerge dal regolamento aziendale sopra richiamato):

- a) adottano gli atti di gestione nell'ambito delle proprie competenze;
- b) formulano proposte ed esprimono pareri alla Direzione aziendale nelle materie di loro competenza;
- c) coordinano e controllano l'attività del personale assegnato alla struttura da loro diretta;
- d) curano i rapporti con l'esterno nelle materie di competenza;
- e) negoziano con la Direzione gli obiettivi della struttura ed assegnano ai collaboratori gli obiettivi specifici, oggetto di retribuzione di risultato;
- f) curano l'attuazione dei piani, programmi e direttive stabilite dal Direttore Generale ed il raggiungimento degli obiettivi assegnati alla propria struttura;
- g) sono responsabili dell'efficace ed efficiente uso delle risorse assegnate alla struttura.

E' inoltre previsto che tutto ciò che non afferisce alle competenze esclusive del Direttore Generale rientri nelle competenze dei Dirigenti.

Il Direttore Sanitario ed Amministrativo (come previsto al paragrafo 5.4 del presente elaborato) sono dotati del potere sostitutivo nell'adozione di provvedimenti o, in caso di

inerzia ovvero inadempimento protratto dei Dirigenti. In tali casi i Direttori, secondo la rispettiva afferenza organizzativa, propongono al Direttore Generale l'assunzione degli atti surrogatori.

Gli atti di gestione dei Dirigenti sono riconducibili alla forma della determinazione dirigenziale, o alla disposizione organizzativa gestionale o alla mera disposizione, nel rispetto della ripartizione delle competenze definita nel Regolamento di organizzazione aziendale.

Tutti gli atti dei dirigenti vengono assunti nel rispetto dei principi della semplificazione amministrativa.

Il regolamento aziendale stabilisce che ai Direttori di Struttura Complessa, ai Dirigenti responsabili delle Commissioni di Vigilanza aziendali, al Direttore del Dipartimento Tecnico Amministrativo e di Supporto Direzionale in sostituzione dei Direttori delle Soc amministrative qualora assenti, al Direttore del Dipartimento Strutturale di Prevenzione e del Dipartimento Strutturale di Salute Mentale (in nome e per conto di tutte le SOC afferenti) è attribuita la responsabilità di adottare tutti gli atti amministrativi a valenza esterna necessari a garantire il corretto funzionamento delle strutture e finalizzati a realizzare gli obiettivi di efficienza, efficacia ed economicità loro assegnati. Ad essi è attribuita la responsabilità di garantire che tali atti risultino conformi ai principi generali che disciplinano l'attività della P.A. ed alle normative vigenti per gli specifici ambiti di attività.

Compete, altresì, ai dirigenti, nelle materie di propria competenza, la predisposizione delle proposte di provvedimenti da adottarsi dal Direttore Generale nella forma della deliberazione.

Per un approfondimento sul tema si rinvia al Regolamento aziendale.

21.6 Cessazione degli incarichi dirigenziali

Nel rispetto dei vincoli posti dal quadro legislativo e contrattuale vigente, gli incarichi dirigenziali possono decadere per le seguenti motivazioni:

- scadenza della durata contrattuale;
- avvenuta revoca, in caso di inadempienze per le casistiche di cui all'art. 15 ter, 3° comma, del D.Lgs. 502/92 e s.m.i., con le procedure previste dalle vigenti disposizioni legislative e contrattuali, e con atto motivato;
- modifiche organizzative che comportano una redistribuzione delle responsabilità gestionali e professionali in dipendenza di processi di riorganizzazione aziendale (si richiama l'art 19 del D.Lgs n. 165/2001, come modificato dall'art. 40 del D.Lgs 150/2009) e dall'art. 9, co. 32, del D.L. 78/2010 convertito in L. 122/2010).

21.7 Attività libero professionale

L'art. 4, co. 10, del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. prevede che, all'interno dei presidi ospedalieri, siano riservati spazi adeguati per l'esercizio della libero professione intramuraria ed una quota non inferiore al 5% e non superiore al 10% dei posti letto per l'istituzione di camere

a pagamento. In caso di documentata impossibilità ad assicurare tali spazi all'interno delle strutture dell'ASL, gli stessi sono reperiti, previa autorizzazione della Regione, anche mediante appositi contratti stipulati tra le aziende sanitarie e case di cura o altre strutture sanitarie, pubbliche o private.

L'A.S.L. V.C.O. promuove l'attività libero professionale intramuraria resa dai professionisti nelle varie forme previste dalla normativa vigente, garantendo l'effettuazione dell'attività in regime di intramoenia, sia per l'attività ambulatoriale che per quella di ricovero. In particolare, l'art. 15-quinquies del D.Lgs. 502/92 e s.m.i. consente che i dirigenti sanitari, con un rapporto di lavoro esclusivo, esercitino attività professionale secondo diverse tipologie prevedendo:

- il diritto all'esercizio di attività libero professionale individuale, al di fuori dell'impegno di servizio, nell'ambito delle strutture aziendali individuate dal direttore generale, d'intesa con il collegio di direzione;
- la possibilità di partecipare ai proventi di attività a pagamento svolta in equipe, al di fuori dell'impegno di servizio, all'interno delle strutture aziendali;
- la possibilità di partecipare ai proventi di attività, richiesta a pagamento da singoli utenti e svolta individualmente o in equipe, al di fuori dell'impegno di servizio, in strutture di altra azienda del SSN o di altra struttura sanitaria non accreditata, previa convenzione dell'azienda con le predette aziende e strutture;
- la possibilità di partecipare ai proventi di attività professionali, richieste a pagamento da terzi all'Azienda, quando le predette attività siano svolte al di fuori dell'impegno di servizio e consentano la riduzione dei tempi di attesa, secondo programmi predisposti dall'azienda stessa, sentite le equipe dei servizi interessati.

Il DPCM del 27 marzo 2000, quale atto di indirizzo e coordinamento concernente l'attività libero professionale intramuraria del personale della dirigenza sanitaria del S.S.N., ha fornito ulteriori indicazioni in merito allo svolgimento dell'attività libero professionale e la L. n. 120/2007 e s.m.i. ha successivamente emanato ulteriori disposizioni in materia di attività libero professionale intramuraria (si veda anche: il D.L. n. 95 del 6/07/2012, conv. con mod. nella L. n. 95 del 7/08/2012; il D.L. n. 158 del 13/09/2012, conv. con L. n. 189 dell'8/11/2012).

I principi in materia di libera professione, definiti nel rispetto della normativa vigente, nazionale e regionale, che risultano fondanti per l'Azienda si possono così riepilogare:

- prevalenza dell'attività istituzionale rispetto a quella libero professionale, che viene esercitata nella salvaguardia delle esigenze di servizio e dei volumi orari di attività necessari per i compiti istituzionali;
- rispetto dei piani di attività previsti dalla programmazione regionale ed aziendale e garanzia circa la realizzazione dei relativi volumi prestazionali e dei tempi di attesa concordati con le equipe;
- verifica dell'attività libero professionale da parte di appositi organismi (Commissione Paritetica aziendale) ed individuazione di penalizzazioni, consistenti

anche nella sospensione del diritto all'attività stessa, in caso di violazione delle disposizioni ivi riportate o di quelle contrattuali.

21.8 Le relazioni sindacali

L'azienda riconosce il ruolo delle rappresentanze sindacali del personale e favorisce lo sviluppo e la trasparenza delle reciproche competenze e responsabilità. Il sistema delle relazioni e dei diritti sindacali è regolato dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e si fonda sui modelli della contrattazione collettiva ed integrativa, della concertazione, della consultazione e dell'informazione.

Obiettivo dell'Azienda è fare in modo che il sistema delle relazioni sindacali porti a costruire un rapporto fortemente qualificato tra Amministrazione, OO.SS. ed RSU, fondato sui principi di correttezza, trasparenza e informazione reciproca, che abbia come finalità comune il perseguimento degli obiettivi istituzionali, nel quadro dell'autonomia gestionale e amministrativa dell'azienda, ed il contemperamento tra le esigenze organizzative, la tutela contrattuale dei dipendenti e l'interesse degli utenti, nel rispetto di quanto previsto dal D.Lgs. 165/2001 e s.m.i. e dalla contrattazione collettiva nazionale.

Ciò presuppone una precisa individuazione degli ambiti di competenza della contrattazione collettiva integrativa, ai sensi dell'art. 65 del D.Lgs. 150/2009, e quindi della ripartizione tra le materie oggetto di contrattazione, informazione, concertazione, consultazione, nonché la verifica ed il controllo, per un trasparente e proficuo espletamento dei rispettivi ruoli.

Art. 22 La disciplina dei contratti di fornitura di beni e servizi

Con L.R. n. 3 del 28.03.2012 la Regione ha costituito le **Federazioni Sovrazionali**. Alla F.S. sono state attribuite una serie di funzioni (si rinvia all'art. 9 del presente elaborato ed a quanto disposto dal D.D.L.R. 359 del 10.9.2013), tra le quali sono state ricomprese quelle relative ai piani di acquisto, annuali e pluriennali, e approvvigionamento di beni e servizi, ad eccezione dei servizi socio-sanitari nonché la gestione del materiale, dei magazzini e della logistica.

Art. 23 Il sistema informativo

La L.R. n. 3/2012 ha previsto il trasferimento alle Federazioni Sovrazionali (si rinvia all'art. 9 del presente elaborato ed a quanto disposto dal D.D.L.R. 359 del 10.9.2013) di tutto ciò che riguarda lo sviluppo e la gestione delle reti informative e la digitalizzazione del sistema.

Art. 24 La gestione delle risorse tecnologiche

La L.R. n. 3/2012 ha previsto il trasferimento alle Federazioni Sovrazionali (si rinvia all'art. 9 del presente elaborato ed a quanto disposto dal D.D.L.R. 359 del 10.9.2013), di tutto ciò che riguarda la programmazione degli investimenti e la valutazione delle tecnologie sanitarie, in coerenza con gli indirizzi regionali, nonché la gestione del patrimonio tecnologico per le funzioni ottimizzabili in materia di manutenzione, acquisizione, riallocazione e dismissione.

Art. 25 Il sistema qualità aziendale

L'A.S.L. V.C.O., attraverso il Sistema Qualità Aziendale, mette a disposizione un modello di riferimento gestionale e di supporto metodologico-organizzativo per tutte le attività connesse al miglioramento della qualità, proprio al fine di realizzare la Clinical Governance. Il sito web del Ministero della Salute, al capitolo "Governo clinico, qualità e sicurezza delle cure", definisce il governo clinico come *"un approccio integrato per l'ammodernamento del SSN, che pone al centro della programmazione e gestione dei servizi sanitari i bisogni dei cittadini e valorizza il ruolo e la responsabilità dei medici e degli altri operatori sanitari per la promozione della qualità"*. Il P.S.S.R. 2012-15 definisce il Governo Clinico *"...come la revisione delle organizzazioni sanitarie finalizzata, da un lato, all'integrazione tra professionisti sanitari, dall'altro al ruolo di responsabilità che le professioni sanitarie devono avere nelle scelte aziendali tramite.....l'utilizzo razionale delle risorse disponibili, le valutazioni relative alle continue innovazioni biomediche, le scelte diagnostiche e terapeutiche..... ela partecipazione delle professioni sanitarie alla definizione degli strumenti per il governo dei servizi ed il miglioramento della loro qualità....."*

Il Sistema Qualità dell'ASL VCO si fonda su un Sistema a Rete costituito dai Responsabili per l'accreditamento, presenti in tutte le strutture organizzative (Reparti e Servizi). Il modello si è sviluppato utilizzando diversi approcci metodologici quali: - il Miglioramento Continuo di Qualità, come leva per la ricerca di soluzioni complesse; - il modello della Qualità Totale, per il coinvolgimento di tutti gli *stakeholders*; - le NORME ISO 9004-VISION 2000, per la gestione dei documenti e l'analisi di processo. La verifica e la validazione dei documenti, così come la loro revisione periodica, è a carico del Gruppo di Facilitatori/Verificatori Aziendali, costituito da sei operatori accreditati dalla Regione Piemonte in seguito a specifica formazione.

Tutti i documenti sono redatti tenuto conto della letteratura scientifica e delle Raccomandazioni per gli Operatori emesse dal Dipartimento della Qualità Direzione Generale della Programmazione Sanitaria, dei Livelli di Assistenza e dei Principi Etici di Sistema ufficio III del Ministero della Salute al fine della Tutela della Sicurezza dei Pazienti. I Facilitatori verificano i documenti redatti dai gruppi multidisciplinari e multi professionali, previa validazione scientifica dei Direttori di Struttura (Primari e Dirigenti Infermieristici).

Di seguito si riportano gli strumenti utilizzati per la gestione del Governo Clinico:

1. l'Accreditamento Istituzionale e Professionale
 - i processi organizzativi
 - i processi gestionali
 - i processi clinici
 - i requisiti strutturali/tecnologici/impiantistici
2. i Percorsi di Cura
 - le Procedure Operative
 - i Protocolli Diagnostici/Terapeutici
 - le schede di monitoraggio/valutazione
 - gli snodi decisionali/ragionamenti clinici
3. la Gestione del Rischio Clinico
 - la stratificazione del rischio
 - l'analisi dell'evento
 - l'individuazione delle cause radice
4. la Gestione del dolore
 - valutazione
 - trattamento
5. la Valutazione degli outcome
 - raccolta e valutazione dei dati correnti
 - raccolta ed analisi degli indicatori di processo
6. l'Audit Civico
 - la messa a disposizione dello status aziendale
 - la compartecipazione al processo di valutazione
 - la condivisione delle scelte migliorative
7. l'EBN – EBM
8. l'HTA.

L'intento è di garantire una produzione sanitaria (compito istituzionale) che soddisfi i principi etici ed i modelli strategici espressi dalle politiche dell'Azienda (visione), quali:

- l'equità e l'universalità di accesso alle prestazioni sanitarie;
- l'appropriatezza e l'accuratezza delle prestazioni sanitarie;
- la responsabilità e la professionalità degli operatori;
- la tutela della sicurezza per gli utenti interni ed esterni;
- il contenimento e la gestione del rischio;
- la soddisfazione, la comunicazione e il coinvolgimento dei cittadini;
- il rispetto motivato dell'efficienza economico-finanziaria.

Art. 26 L'Accreditamento Istituzionale e Professionale

E' disciplinato dall'art. 8 quater del Lgs n. 502/92. Con il D.P.R. del 14.01.1997 sono stati definiti i requisiti minimi organizzativi, tecnologici e strutturali cui le Strutture che erogano prestazioni sanitarie devono attenersi.

A partire dal 2006 la Regione Piemonte si è proposta come ente esterno alle Aziende per la promozione di nuovi standard assistenziali e di percorsi di cura. Infatti, con DGR 60-2595 del 10.04.2006, il Piemonte ha ridefinito le procedure di accreditamento delle strutture sanitarie prevedendo due risultati strategici: progettazione e realizzazione delle attività di verifica per Percorsi di Cura ed individuazione degli indicatori di risultato per la "verifica positiva dell'attività svolta e dei risultati raggiunti".

Con D.D. n° 59 del 04.05.2006 la Regione ha proceduto alla costituzione di gruppi di lavoro di supporto tecnico-scientifico, comprendenti esperti dell'ARPA, della Regione, e del Sistema Sanitario Nazionale, al fine di garantire la realizzazione dei percorsi operativi per ciascuno dei risultati strategici connessi all'obiettivo di interesse sanitario approvato con l'atto di indirizzo ARPA relativo all'anno 2006. Il PSSR 2012-15 ha previsto lo sviluppo dell'organizzazione per processi per tutte le principali attività sanitarie allo scopo di "superare la frammentazione territoriale" e potenziare "le forme di aggregazione e integrazione".

L'accREDITamento professionale è definito come "un processo di autovalutazione e revisione esterna tra pari, usato dalle organizzazioni sanitarie per valutare il proprio livello di *performance* relativamente a standard prestabiliti e per attivare modalità di miglioramento continuo nelle prestazioni sanitarie" (ISQua). L'Azienda ha in corso una serie di progetti di accREDITamento tra pari.

Art. 27 I Percorsi di Cura

Per la realizzazione dei Percorsi Diagnostici Terapeutici Assistenziali (PDTA) la metodologia aziendale prevede un Audit Clinico-Organizzativo, con verifica dei punti di accesso e delle modalità di ingresso nel percorso, l'analisi della tipologia e del volume delle attività, la valutazione della tipologia dei pazienti (criteri di arruolamento nel PDTA), la valutazione dei dati correnti (Codici Diagnosi (ICD9CM); DRG generati; degenza media; modalità di dimissione; complicanze; verifica degli esiti alla dimissione, output, e degli esiti a distanza, outcome). Segue la reingegnerizzazione del macroprocesso, realizzata da un gruppo di lavoro multidisciplinare e multiprofessionale che, sulla base della letteratura scientifica e utilizzando strumenti quali: flow chart, procedure, checklist, schede di monitoraggio etc, definisce un aggiornamento del percorso e gli indicatori da monitorare.

Art. 28 La Gestione del Rischio Clinico

Il Programma aziendale per la Gestione del Rischio Clinico è stato implementato nell'anno 2004 con la costituzione dell'Unità di Gestione del Rischio Clinico (UGRC). Il gruppo, multidisciplinare e multiprofessionale, è composto dai responsabili di alcune Strutture aziendali. Gli stessi Dirigenti hanno provveduto alla definizione di un regolamento

interno per la gestione delle segnalazioni degli eventi potenzialmente avversi (*Incident Reporting*). L'istituzione della figura del "referente" di struttura, che converge con il referente qualità, sia per il personale dell'Area del Comparto che per l'Area della Dirigenza all'interno di ogni Unità Operativa, garantisce la continuità operativa tra UGRC e operatori sul campo.

Alla luce delle segnalazioni degli operatori sono poste in essere una serie di attività finalizzate alla prevenzione degli errori, alla diminuzione degli eventi avversi e al miglioramento del servizio offerto all'utenza.

L'attività riferita alla gestione del rischio clinico comprende:

- la stratificazione del rischio
- l'analisi dell'evento
- l'individuazione delle cause radice.

Il programma per la gestione del rischio si basa sull'analisi delle segnalazioni effettuate spontaneamente dagli operatori sanitari nel momento in cui rilevano un *evento avverso* o *potenzialmente avverso* ("quasi evento" o *near miss*). La gestione del rischio clinico non ha intenti punitivi ma di verifica e valutazione dei rischi organizzativi-gestionali insiti nei processi sanitari: l'obiettivo è garantire la sicurezza dei pazienti e degli operatori stessi. La selezione e l'analisi di eventi avversi/potenzialmente avversi consente la selezione di eventi che, successivamente, possono essere oggetto di sinistro in ambito di responsabilità professionale, ancor prima che il danneggiato formalizzi una richiesta di risarcimento danni.

Gli strumenti utilizzati per la gestione delle segnalazioni sono: *Incident Reporting*; Stratificazione degli eventi segnalati e delle priorità di rischio; *Root Cause Analysis* (RCA); Diagramma causa-effetto di Ishikawa; *Significant Event Audit* (SEA); Audizioni del personale.

Per quanto attiene i contenziosi il PSSR 2012-15, par. 4.2.3, ha previsto la necessità di sviluppare, a livello di azienda sanitaria regionale, una rete di servizi in grado di garantire un adeguato controllo del sistema di gestione dei rischi di responsabilità civile per l'attività sanitaria. Una gestione integrata del rischio sanitario e del contenzioso ha come obiettivo quello di ridurre le richieste di risarcimento e la percentuale di controversie giudiziarie tutelando l'utente, l'operatore sanitario e l'immagine della struttura, anche attraverso vari livelli e tentativi di condivisa conciliazione. L'obiettivo è pervenire rapidamente alla liquidazione del risarcimento in via conciliativa e transattiva, così come previsto dal D.lgs n. 28 del 4.3.2010. A conferma di ciò è intervenuta la L. n. 189 dell'08.11.2012 stabilendo che, per ridurre i costi connessi al complesso dei rischi relativi all'attività sanitaria, le aziende devono analizzare, studiare ed adottare le necessarie soluzioni per la gestione del rischio clinico, per la prevenzione del contenzioso e la riduzione degli oneri assicurativi.

Art. 29 L'Informazione, la partecipazione e la comunicazione

La partecipazione e la tutela dei diritti dei cittadini è prevista dall'art. 14 del D.lgs n. 502/92 e sm.i.

La Direzione Generale dell'Azienda, ritenendo di importanza strategica lo sviluppo dell'informazione, accoglienza, tutela e partecipazione nei confronti dei propri assistiti e delle relative organizzazioni, nell'osservanza delle disposizioni normative specifiche in materia, individua, tra le altre, alcune funzioni che devono essere messe in atto aventi ad oggetto:

- l'ascolto del cittadino, l'offerta di informazioni, la raccolta di suggerimenti e reclami, l'indagine sul grado di soddisfazione degli utenti;
- il coordinamento per l'apertura di punti di informazione e di accoglienza dislocati nelle strutture aziendali;
- il supporto organizzativo a convegni ed eventi aziendali;
- la predisposizione/aggiornamento della guida ai servizi e della carta dei servizi;
- lo sviluppo della comunicazione interna (intranet, rassegna stampa, segnaletica aziendale) ed esterna (ufficio stampa, contenuti sito web, rapporti con i mass media);
- la gestione delle azioni di marketing.

29.1 L'Ufficio Relazioni con il Pubblico

L'Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP) svolge funzioni di comunicazione/informazione riconoscendo e valorizzando il diritto dei cittadini ad essere informati, ascoltati, a ricevere una risposta, chiara ed esauriente, favorendo il ruolo attivo e la partecipazione degli stessi alle scelte aziendali. I cittadini utenti possono inoltrare qualsiasi elogio, suggerimento, reclamo all'Ufficio attraverso varie modalità: accesso diretto, tramite lettera, e mail, o utilizzando il numero verde.

29.2 L'Ufficio Stampa

L'Ufficio Stampa si occupa della comunicazione esterna e gestisce, quotidianamente, i rapporti con i media (carta stampata, radio, Tv, giornali e riviste on-line), con gli organi istituzionali e con gli interlocutori privati assicurando il massimo grado di trasparenza, chiarezza e tempestività delle informazioni.

29.3 Rete interna, rete esterna dei media, rete esterna delle associazioni

La complessità del sistema "sanità" e la forte dinamica del settore della comunicazione ha reso necessario l'adozione di strumenti di informazione in grado di far conoscere, sia all'esterno che all'interno dell'azienda, le strategie, gli obiettivi ed i risultati aziendali. A tal fine l'Azienda redige il Piano della Comunicazione, anche tenendo conto di quanto previsto dal vigente P.S.S.R. 2012-15 che mira a creare una rete territoriale regionale della comunicazione istituzionale omogenea su tutto il territorio piemontese.

Il Piano rappresenta un mezzo di comunicazione e di condivisione ed uno strumento in grado di supportare le future scelte degli organi decisionali attraverso flussi informativi bi-direzionali (dall'Azienda e dalla Regione al territorio e viceversa).

Gli strumenti operativi adottati per il raggiungimento degli obiettivi che si intendono realizzare attraverso il Piano di comunicazione sono tre:

- rete interna (individuando, presso ogni struttura aziendale, un referente);
- rete esterna (composta dalle emittenti televisive e radiofoniche che collaborano con l'Azienda);
- rete esterna delle associazioni e degli organismi e dei soggetti del terzo settore facenti parte della Conferenza Aziendale di partecipazione. In particolare, con un gruppo ristretto di questa, di concerto con l'URP e l'Ufficio Stampa, si svolge una funzione di tramite e stimolo con l'intera Conferenza Aziendale di Partecipazione al fine di: raccogliere e inoltrare richieste, quesiti, proposte degli utenti; contribuire alla divulgazione delle notizie provenienti dall'A.S.L., in particolar modo quelle relative a eventi, convegni e iniziative promozionali.

29.4 Guida ai servizi

La Guida ai Servizi dell'A.S.L. (costantemente aggiornata grazie alla collaborazione dei Referenti della Comunicazione), illustra l'offerta sanitaria garantita sul territorio, sia dal punto di vista della promozione di corretti stili di vita e di educazione alla salute, sia da quello della cura e della riabilitazione. In tal modo l'utenza può rapportarsi celermente con le strutture aziendali competenti. Viene pubblicata sul sito web aziendale e messa a disposizione dei cittadini/utenti anche grazie alla collaborazione dei soggetti facenti parte della Conferenza Aziendale di Partecipazione, favorendo un'informazione capillare sul territorio.

29.5 Monitoraggio e valutazione dei risultati

Il monitoraggio rappresenta un momento fondamentale per verificare sia il funzionamento della struttura aziendale in rapporto alle attività di informazione e comunicazione sia la diffusione, all'esterno ed all'interno dell'A.S.L., delle informazioni. Per l'attività di monitoraggio dei risultati delle iniziative di comunicazione si utilizzano indicatori quantitativi (diffusione dei materiali cartacei; indici di ascolto delle trasmissioni radio e tv ec) e qualitativi (questionari on-line sul gradimento del sito Internet; rilevazione sul gradimento dell'utenza tramite questionari di gradimento/efficacia dei servizi e di funzionalità della comunicazione interna).

Indicazioni generali sull'efficacia e gradimento da parte dell'utenza, nei confronti degli strumenti di comunicazione esterna, possono inoltre essere ricavati da specifiche attività di customer-satisfaction.

Art. 30 Il sistema delle relazioni esterne aziendali

Il processo di partecipazione messo in atto dall'Azienda afferisce ai seguenti soggetti portatori di interessi:

30.1 I cittadini singoli ed associati

L'azienda favorisce la partecipazione attiva del cittadino nella definizione delle scelte che riguardano la salute. La partecipazione è esercitata dal singolo cittadino e/o attraverso associazioni di tutela dei diritti o di volontariato: gli strumenti organizzativi con cui assicurare la partecipazione sono dati dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico.

30.2 La Regione Piemonte

Nello svolgimento della propria attività l'A.S.L. V.C.O. assume come riferimento le strategie, la programmazione, gli indirizzi, i vincoli definiti dalla Regione Piemonte. Il servizio sanitario regionale costituisce un sistema unitario nell'ambito del quale si integrano, in rete, i servizi e le attività delle aziende sanitarie.

30.3 Gli Enti Locali

L'Azienda persegue una sempre miglior relazione con gli Enti Locali anche nel rispetto della normativa regionale: la L.R. n. 18 del 6.8.2007 ribadisce il ruolo della Conferenza dei Sindaci. La funzione di indirizzo, a livello distrettuale, nell'area delle politiche sociali, sanitarie e socio sanitarie, è affidata al Comitato di Distretto.

30.4 Il terzo settore

Il terzo settore, che il PSSR 2012-15 definisce come un punto di forza del modello sociale della Regione, nelle sue molteplici tipologie ed articolazioni rappresenta per l'azienda un interlocutore privilegiato poiché costituito dal complesso di soggetti che concorrono alla gestione dei servizi e degli interventi per la salute delle persone.

30.5 La Federazione Sovrazonale

Con L.R. n. 3 del 28.3.2012 la Regione ha istituito le Federazioni Sovrazonali, puntando alla realizzazione di una cooperazione interaziendale e di reti integrate di offerta per conseguire il massimo livello possibile di efficacia sanitaria e di efficienza organizzativa. L'A.S.L. V.C.O. aderisce alla F.S. 4 Piemonte Nord Est.

Occorre richiamare il D.D.L.R. 359 del 10.9.2013 che, con riguardo all'art. 23 della L.R. n. 18/2007 (modificata ed integrata con L.R. n. 3/2012), prevede il superamento delle Federazioni Sovrazonali, individuando quale ambito ottimale per la cooperazione interaziendale a livello sovrazonale l'area interaziendale di coordinamento.

30.6 Le Organizzazioni Sindacali dei dipendenti aziendali

L'azienda riconosce il ruolo delle rappresentanze sindacali del personale e favorisce lo sviluppo e la trasparenza delle reciproche competenze e responsabilità.

30.7 I soggetti erogatori privati

L'azienda, nel rispetto delle indicazioni regionali, regola i propri rapporti con i produttori privati accreditati di prestazioni sanitarie, ubicati sul territorio del Verbano, Cusio ed Ossola, tramite la stipula di contratti ai sensi dell'art. 8-quinquies del D.Lgs n. 502/92 e

s.m.i. Tali contratti, predisposti tenendo conto dell'importo del budget definito a livello regionale, sono diretti a definire la tipologia quantitativa e qualitativa dei servizi necessari ed appropriati per rispondere ai bisogni di salute della popolazione.

*

TITOLO V

DISPOSIZIONI FINALI

Art. 31 - Approvazione dell'atto aziendale e dei documenti allegati

Il P.S.S.R. 2012-2015 prevede che gli atti aziendali sono soggetti al recepimento da parte della Giunta Regionale, previa verifica della coerenza con gli atti aziendali delle aziende sanitarie del medesimo ambito territoriale sovrazonale.

Con D.D. n. 99 del 14.2.2013 si è stabilito che il procedimento regionale ha per oggetto la verifica del rispetto dei principi e criteri di organizzazione aziendale stabiliti con D.G.R. n. 21-5144/2012 (così come integrata e modificata con D.G.R. n. 16-6418/ 2013), nonché, in generale, della conformità alla programmazione regionale ed alla normativa vigente. Il termine per l'esercizio della funzione regionale di verifica è di 60 giorni decorrenti dal deposito dell'atto.

Il procedimento regionale di verifica verrà avviato contestualmente per tutte le AA.SS.RR. della medesima area sovrazonale da identificarsi, nelle more dell'approvazione della disciplina legislativa di modifica dell'art. 23 L.R. n. 18 del 6.8.2007 e dei successivi provvedimenti attuativi, con l'area sovrazonale corrispondente alla Federazione di riferimento.

Per l'avvio del procedimento l'Azienda deve depositare l'atto aziendale presso la Direzione Regionale Sanità (Settore Pianificazione e Assetto Istituzionale, Ufficio Controllo Atti), corredato dei previsti pareri e dai documenti allegati (si rinvia all'art. 32) quali parti integranti e sostanziali;

Il procedimento è concluso con l'adozione del provvedimento espresso di recepimento (o di diniego) da parte della Giunta Regionale. Non si applica l'istituto del silenzio assenso.

Art. 32 – Allegati

Costituiscono parti integranti ed essenziali del presente Atto Aziendale, come richiesto con D.G.R. n. 21-5144 del 28.12.2012 (così come integrata e modificata dalla D.G.R. n. 16-6418 del 30.9.2013), e con D.G.R. n. 80-1700 dell'11.12.2000, i seguenti allegati:

1.	Elenco delle sedi aziendali
2.	Definizione geografica dei Distretti e dei Comuni afferenti
3.	L'organigramma aziendale
4.	Il Piano di organizzazione
5.	La dotazione organica aziendale

nonché:

- come richiesto con la nota regionale prot. n.345/SNA del 22.2.2013 e ribadito con nota prot. n. 23216/DB2012 dell'8.10.2013, n. 2 prospetti:

6.	Prospetto che illustra, in termini numerici, le SOC dell'A.S.L. V.C.O. rispetto a quelle complessivamente previste per l'area sovra zonale.
7.	Prospetto riepilogativo delle strutture aziendali dell'A.S.L VCO.

Art. 33 – Decorrenza di applicazione

Il presente atto aziendale si applica a decorrere dalla data di notifica del provvedimento con il quale si esaurisce l'esito positivo della verifica regionale.

Con la stessa decorrenza si devono considerare non più applicabili le disposizioni contenute:

- nell'atto aziendale vigente;
- in atti, provvedimenti, regolamenti, tutt'ora vigenti, in contrasto con le disposizioni dettate dal presente atto aziendale.

Art. 34 – Potestà regolamentare

Il presente atto aziendale ha valenza organizzativa generale. Per l'attuazione delle indicazioni in esso contenute occorre fare riferimento, oltre che alle disposizioni normative vigenti, agli atti di regolamentazione interna adottati nelle materie specifiche. Tali regolamenti mantengono efficacia e validità salvo risultino in contrasto con il presente documento.

La Direzione Generale, nell'ambito dell'autonomia organizzativa e gestionale di cui dispone, ai sensi del D.Lgs. n. 502/92 e s.m.i. si riserva, in aggiunta ai regolamenti vigenti, di procedere, se necessario, a rivisitare quelli esistenti o ad adottare ulteriori regolamenti per disciplinare materie di particolare interesse, previo l'espletamento, laddove previsto, delle necessarie consultazioni con i soggetti portatori di interessi.

Art. 35 – Norme finali

Per quanto non espressamente previsto si applica la normativa nazionale e regionale.

*