

**ALLEGATO 2**

**PRINCIPI E CRITERI DI ORGANIZZAZIONE  
DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI**

**LINEE GUIDA**

**LINEE GUIDA SUI PRINCIPI E CRITERI DI ORGANIZZAZIONE E  
FUNZIONAMENTO DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI**

## **TITOLO I**

### **PRINCIPI E CRITERI GENERALI DEL GOVERNO AZIENDALE**

PRINCIPI GENERALI.....	Pag. 7
------------------------	--------

## **TITOLO II**

### **PRINCIPI E CRITERI DELL'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE**

PRINCIPI GENERALI.....	Pag. 9
------------------------	--------

#### **LA STRUTTURAZIONE E IL FUNZIONAMENTO DEI LIVELLI**

ORGANIZZATIVI .....	Pag. 11
- La Direzione Generale .....	Pag. 11
- Il Livello Centrale .....	Pag. 12
- Il Livello Operativo .....	Pag. 13
- Direttore presidio Ospedaliero.....	Pag. 13
- Servizi delle professioni sanitarie, tecnico-sanitarie .....	Pag. 14
- I servizi sociali .....	Pag. 15

## **TITOLO III**

### **PRINCIPI E CRITERI PER L'ORGANIZZAZIONE E IL FUNZIONAMENTO I DIPARTIMENTI**

ORGANIZZAZIONE DEL DIPARTIMENTO.....	Pag. 16
- Definizione di Dipartimento .....	Pag. 16
- Dipartimento strutturale .....	Pag. 18
- Dipartimento funzionale .....	Pag. 18
- Dipartimento interaziendale e collaborazione tra le Aziende Regionali....	Pag. 18
FUNZIONI DEL DIPARTIMENTO.....	Pag.19
BUDGET DEL DIPARTIMENTO .....	Pag.20
DIRETTORE DI DIPARTIMENTO.....	Pag. 21

COMITATO DI DIPARTIMENTO .....	Pag.22
ASSEMBLEA DI DIPARTIMENTO.....	Pag.24
AREE FUNZIONALI-ORGANIZZATIVE DIPARTIMENTALI.....	Pag.24
STRUTTURE ORGANIZZATIVE.....	Pag.25
FUNZIONI DEI RESPONSABILI DI STRUTTURA COMPLESSA.....	Pag.25
FUNZIONI DEI RESPONSABILI DI STRUTTURA SEMPLICE.....	Pag.25
DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE.....	Pag. 26

## **TITOLO IV**

### **LINEE DI INDIRIZZO PER L'ORGANIZZAZIONE DISTRETTUALE**

LA CENTRALITA' DEL DISTRETTO.....	Pag. 29
FUNZIONI ED ATTIVITA' DEL DISTRETTO.....	Pag. 30
L'ORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO.....	Pag. 31
L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA.....	Pag. 32
- Il programma delle attivita' distrettuali .....	Pag.34
LA DIREZIONE DEL DISTRETTO .....	Pag. 35
- Il direttore del distretto .....	Pag. 35
- L'ufficio di coordinamento .....	Pag. 36
IL COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO.....	Pag. 36
LA PROSPETTIVA ORGANIZZATIVA DEL DISTRETTO A REGIME.....	Pag. 38
PRINCIPI E CRITERI PER L'INDIVIDUAZIONE DEI DISTRETTI .....	Pag. 39

## **TITOLO V**

## **PRINCIPI E CRITERI PER IL GOVERNO ECONOMICO-FINANZIARIO DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI**

PRINCIPI GENERALI.....	Pag. 40
BILANCI DI PREVISIONE .....	Pag. 41
- Bilancio economico di previsione annuale.....	Pag. 41
- Bilancio di previsione pluriennale.....	Pag. 41
GESTIONE BUDGETARIA .....	Pag. 41
- Principi di gestione budgetaria.....	Pag. 41
- Definizione e articolazione del budget .....	Pag. 41
- Gestione del budget.....	Pag. 42
- Sistema informativo aziendale .....	Pag. 42
CONTABILITA' AZIENDALE .....	Pag. 42
- Contabilità aziendale .....	Pag. 42
- Scritture obbligatorie .....	Pag. 43
- Classificazione dei beni .....	Pag. 43
- Inventario generale del patrimonio .....	Pag. 43
BILANCIO DI ESERCIZIO .....	Pag. 43
- Bilancio di esercizio .....	Pag. 43
- Principi e criteri di redazione del bilancio di esercizio .....	Pag. 44
- Criteri di valutazione degli elementi del patrimonio .....	Pag. 44
- Criteri di ammortamento .....	Pag. 44
- Struttura del bilancio di esercizio.....	Pag. 45
- Relazione sulla gestione .....	Pag. 45
- Risultati economici di esercizio .....	Pag. 45
- Pubblicità del bilancio di esercizio .....	Pag. 46
CONTROLLI .....	Pag. 46
- Concordamento di compatibilità.....	Pag. 46
- Approvazione del bilancio di esercizio .....	Pag. 46
NORME DI PRIMA APPLICAZIONE .....	Pag. 47
- Valori degli elementi del patrimonio iniziale .....	Pag. 47
- Valutazione degli elementi patrimoniali .....	Pag. 47

### **TITOLO VI**

## **PRINCIPI E CRITERI PER LA GESTIONE, IL CONTROLLO, LA VALUTAZIONE E LA VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE**

PRINCIPI GENERALI DEL CONTROLLO INTERNO .....	Pag. 48
IL CONTROLLO INTERNO DI REGOLARITA' AMMINISTRATIVA E CONTABILE .	Pag. 49
CONTROLLO DI GESTIONE .....	Pag. 49
LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE CON INCARICO DIRIGENZIALE.....	Pag. 50
LA VALUTAZIONE E IL CONTROLLO STRATEGICO .....	Pag. 50
DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE .....	Pag. 51
INDIRIZZI PER LA VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE .....	Pag.51
OBIETTIVI DELLA VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE .....	Pag. 52

## **TITOLO VII**

### **PRINCIPI E CRITERI DELLE MODALITÀ E DELLE PROCEDURE NELLA GESTIONE DI ACQUISTI, DELLE RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIALI**

EFFETTUAZIONE DEGLI ACQUISTI CON NORME DI DIRITTO PRIVATO .....	Pag. 54
ATTIVITA' NEGOZIALE CON NORME DI DIRITTO PRIVATO .....	Pag. 54
TIPOLOGIE E FORME DI APPROVVIGIONAMENTO .....	Pag. 55
PROGRAMMAZIONE DEGLI ACQUISTI .....	Pag. 56
INDIZIONE E AGGIUDICAZIONE DELLA TRATTATIVA PRIVATA .....	Pag.56
COMPETENZE DEL MAGAZZINO ECONOMALE O DELLA FARMACIA .....	Pag. 56
LIQUIDAZIONE DELLE FATTURE .....	Pag. 56

## TITOLO VIII

### PRINCIPI E CRITERI PER LE PROCEDURE DI INFORMAZIONE E EDUCAZIONE SANITARIA

PRINCIPI GENERALI..... Pag. 57

## TITOLO I

### PRINCIPI E CRITERI GENERALI DEL GOVERNO AZIENDALE

#### PRINCIPI GENERALI

Cardine del governo aziendale è l'introduzione della contabilità analitica; in questo senso devono essere individuati quali centri di responsabilità, oltre ai presidi ospedalieri e ai distretti anche i dipartimenti nonché le altre strutture complesse. Ai centri di responsabilità il direttore generale attribuisce autonomia finanziaria della gestione budgetaria qualora, a suo giudizio, ciò sia ritenuto necessario per conseguire la funzionalità e l'efficienza della gestione.

Sono centri di costo le strutture incaricate di gestire risorse con autonomia finanziaria budgetaria; i centri di costo sono sott'ordinati rispetto ai centri di responsabilità e sono costituiti da strutture di dimensioni più piccole e con caratteristiche funzionali omogenee.

Il direttore generale, con proprio provvedimento, definisce l'elenco dei centri di costo che devono far capo a ciascun centro di responsabilità e nomina i relativi responsabili.

In un quadro così come sopra definito la funzione di governo aziendale trova nello strumento della delega ai dirigenti un elemento importante di una gestione di tipo privatistico improntata verso il decentramento dei poteri nei luoghi più vicini a quelli di produzione e, quindi, agli utenti.

Da questo punto di vista l'utilizzo della delega, in particolare nei confronti della Direzione di strutture organizzative complesse, appare come lo strumento più rispondente allo scopo, poiché la delega può essere agganciata a un mandato e ritirata, nel caso di mancato rispetto dei contenuti del medesimo.

La delega di specifiche responsabilità ai vari livelli della dirigenza deve associarsi al riconoscimento di corrispondenti gradi di autonomia.

Anche questa ultima componente deve trovare una definizione in termini espliciti, se si vuole che la responsabilità assegnata assuma un valore sostanziale e non semplicemente formale.

Da questo punto di vista una prima rilevante distinzione va effettuata rispetto alle funzioni di committenza e di produzione.

La funzione di committenza, propria delle aziende territoriali, cui deve concorrere l'azienda ospedaliera, laddove istituita, in una logica di condivisione dei risultati, trae esplicito mandato dalle istanze della comunità locale e viene esercitata dalle aziende territoriali nei confronti di tutti i produttori di servizi sanitari, interni ed esterni all'azienda, pubblici e privati.

La funzione di committenza racchiude in sé quattro sottofunzioni concettualmente distinte.

La prima è quella da fungere da tramite tra le istanze provenienti dalla comunità locale

e il piano annuale di attività dell'azienda stessa.

La seconda è quella di presiedere alla negoziazione e alla stipula degli accordi contrattuali con gli erogatori interni ed esterni.

La terza è quella di garantire la compatibilità tra il piano annuale di attività e la disponibilità di risorse finanziarie.

La quarta consiste nel monitoraggio, controllo e verifica dei risultati nei confronti di ciascun soggetto erogatore, anche a garanzia dei diritti di cui il cittadino è portatore.

La valenza strategica della funzione di committenza esige che essa sia posta in capo all'alta direzione aziendale (DG, DS,DA) affiancata a tal fine dai direttori di distretto, chiamati a fungere da interfaccia con i relativi comitati di distretto e a governare le prime forme di espressione della domanda di servizi sanitari.

In base a quanto sopra esplicitato la responsabilità della produzione riconducibile alle attività distrettuali viene esercitata dai direttori di dipartimento e , per i soli aspetti relativi all'integrazione (in particolare per gli aspetti socio-sanitari) e al coordinamento, dal singolo direttore di distretto.

A livello distrettuale i direttori di distretto individuano una proposta relativa al programma delle attività territoriali e delle connesse risorse da impegnare. Tale proposta viene confrontata con il direttore del dipartimento di prevenzione, ai sensi dell'art. 7-bis, comma 2, del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, quale struttura operativa della ASL che garantisce la tutela della salute collettiva, nonché con le direzioni dei dipartimenti produttivi dell'ASL, ai fini della definizione congiunta del volume di prestazioni che ciascun dipartimento si impegna ad erogare a favore dei servizi e delle attività che il distretto deve garantire.

In base al programma delle attività territoriali come sopra definite, le direzioni dei dipartimenti produttivi individuano una proposta programmatica della produzione e del relativo assorbimento di risorse proprie di ciascun dipartimento in base agli obiettivi assegnati dai direttori di distretto.



## TITOLO II

### PRINCIPI E CRITERI DELL'ORGANIZZAZIONE AZIENDALE

#### PRINCIPI GENERALI

L'organizzazione delle aziende deve essere improntata alla flessibilità dell'organizzazione, sulla revisione periodica della stessa, sull'orientamento delle attività in senso progettuale e, quindi, per obiettivi, in funzione della produzione dei servizi e delle prestazioni nei confronti dei "clienti", secondo le indicazioni della programmazione nazionale e regionale, i cui obiettivi sono, da una parte, rapportati ai bisogni sanitari della popolazione, mutevoli e differenziati, dall'altra, alle effettive risorse a disposizione.

In tale contesto, l'organizzazione delle nuove aziende dovrà superare la staticità del modello gerarchico-burocratico che ha caratterizzato, fino ad oggi, in via generale, le pubbliche amministrazioni e trasformarsi in un modello flessibile ed adattabile, in grado di modulare l'offerta di prestazioni in funzione delle dinamiche dello scenario in cui opera, in regime di concorrenzialità sia pure "amministrata" con una pluralità di soggetti erogatori (altre aziende, istituzioni accreditate, professionisti, ecc...).

Il nuovo modello di organizzazione delle aziende deve pertanto assumere una configurazione essenzialmente dinamica, nell'ambito della quale le strutture portanti del sistema organizzativo siano in grado di operare per obiettivi, programmi e progetti.

In altre parole, il modello organizzativo dovrà essere caratterizzato da una macro organizzazione "statica", le cui linee sono definite dalla normativa nazionale e regionale e da una micro organizzazione "dinamica", lasciata all'autonoma determinazione dei direttori generali, le cui linee vengono appresso indicate.

La configurazione statica, vale a dire l'organizzazione delle Aziende Unità Sanitarie Locali e delle Aziende Ospedaliere dovrà necessariamente essere articolata su tre livelli distinti, come è rilevabile dal complesso della normative in materia.

Il livello superiore è la Direzione Generale dell'Azienda, investita della cosiddetta "missione direzionale", e cioè delle scelte strategiche.

Il livello intermedio è costituito dalla "infrastruttura funzionale" investita della cosiddetta "missione funzionale" e cioè della programmazione della attività finalizzate al miglioramento e all'ottimizzazione dei servizi e delle prestazioni. Essa è composta dall'insieme delle strutture che costituiscono l'apparato tecnico-valutativo-amministrativo-contabile a servizio delle strutture dell'azienda, a loro volta coordinate ed indirizzate in forma dipartimentale in funzione delle attività dirette alla realizzazione delle strategie aziendali.

Il livello operativo costituito dalle Unità Operative dei Dipartimenti investite della

“missione produttiva”, e cioè dell’erogazione delle prestazioni ai cittadini.

I predetti livelli dovranno essere correlati tra di loro secondo linee di connessione orizzontale e verticale al fine, soprattutto, di accrescerne la funzionalità e la specializzazione e, quindi, l’efficienza e l’efficacia dei vari segmenti che le compongono.

La Configurazione dinamica dovrà essere orientata in modo tale da adattarsi, con sufficiente flessibilità, oltre che agli obiettivi e contenuti della programmazione sanitaria e ai livelli uniformi di assistenza sanitaria da essa previsti, al contesto, altamente mutevole, in cui le aziende stesse operano. Contesto caratterizzato dalla notevole complessità del sistema sanitario, delineato dal decreto legislativo 502/1992 e successive modificazioni, accentuato dal regime di libera - concorrenzialità con il privato, dalle ricorrenti modificazioni del quadro normativo di riferimento ad opera del legislatore nazionale, dalle tecniche sempre più innovative e raffinate dei processi di produzione (nuove tecnologie e metodiche terapeutiche), che inducono, ed è questo il circolo vizioso tipico dei sistemi sanitari, una progressiva dilatazione dell’offerta con effetto di trascinamento sulla domanda.

Va particolarmente evidenziato che il nuovo assetto del SSN, basato sul sistema di remunerazione a tariffa delle prestazioni, viene a determinare all’interno delle Aziende Sanitarie Locali una sorta di bipolarismo tra il livello superiore dell’Azienda, e cioè la Direzione Generale che definisce le strategie aziendali in funzione dei livelli di assistenza da garantire e delle risorse a disposizione e che, in tale veste, rappresenta, per così dire, la committenza e il livello operativo il quale, deputato all’erogazione delle prestazioni, si configura come un vero e proprio apparato produttivo.

L’organizzazione aziendale, pertanto, deve basarsi su un sistema di interrelazioni orizzontali e verticali tra i diversi livelli, per consentire la corretta definizione nell’ambito della programmazione nazionale e regionale dei livelli assistenziali di competenza, rapportati alle risorse a disposizione, l’individuazione del volume delle prestazioni da produrre per garantire i livelli di assistenza, l’introduzione di un sistema di gestione finalizzato al miglioramento della qualità dei prodotti per renderli più consoni alla costante e sistematica valutazione, anche mediante un sistema di indicatori dei risultati in termini di qualità, quantità e costo della produzione.

I livelli in cui si articola l’organizzazione aziendale, nell’intreccio dei predetti rapporti di interconnessione orizzontale e verticale, devono muoversi, nella loro configurazione dinamica, secondo tre linee direttrici, rappresentate dalla linea dei prodotti, orientata sulla produzione dei livelli uniformi di assistenza, dalla linea delle specializzazioni, orientata sulla capacità di governare le risorse, le funzioni e le specialità applicate alla produzione e dalla linea della progettualità, orientata a modulare il prodotto in relazione a gruppi di popolazione identificabili secondo particolari condizioni e bisogni.

I livelli organizzativi dell’azienda, e cioè la Direzione Generale, il livello centrale (l’infrastruttura funzionale cioè la tecnostruttura al servizio sia della direzione

generale che delle strutture operative) e il livello operativo (Dipartimenti e strutture) dovranno, in altre parole, operare lungo le predette linee direttrici intersecando le azioni in un sistema definibile, in termini di tecniche aziendali, "a matrice", dove potrà realizzarsi la sinergia tra le diverse porzioni organizzative che compongono l'azienda, in funzione della realizzazione delle politiche e strategie aziendali.

Tali sinergie potranno essere diversamente realizzate e modulate, a seconda dell'obiettivo da raggiungere, in modo da coniugare e integrare unità organizzative di diverso livello e di diversa specializzazione, orientate secondo le predette linee direttrici.

Ne consegue che ciascuna unità organizzativa risulterà "direzionata", nella sua operatività, da differenti centri decisionali, forniti delle necessarie capacità, e cioè da autorità diverse titolari, rispettivamente, del governo delle risorse, dell'orientamento scientifico - culturale e della gestione dei processi produttivi.

Ciascuna autorità, e cioè ciascun centro direzionale, eserciterà, a sua volta, compiti di indirizzo, di gestione e operativi, i cui contenuti e il relativo spessore varieranno a seconda del livello e contesto in cui sono collocati.

Ciò determina, essenzialmente, come risulterà più evidente dall'analisi del modello organizzativo, il superamento del precedente sistema a strutture chiuse, organizzate solo verticalmente con percorsi di tipo esclusivamente gerarchico tra le diverse componenti del sistema organizzativo e tendenti a conseguire, al loro interno, l'autosufficienza funzionale ed organizzativa.

Sistema che ha determinato duplicazioni e costo aggiuntivi, a causa dell'impegno di più unità organizzative, non coordinate tra di loro, nello svolgimento del medesimo compito.

Il livello centrale, non più vincolato a sole procedure gerarchiche, si trasforma in un livello di elevata specializzazione e responsabilizzazione, deputato, da una parte, a sostenere il livello superiore nelle scelte strategiche, e, dall'altro, a indirizzare, orientare il livello operativo, per il miglioramento, in termini quali/ quantitativi della produzione.

L'intero sistema sanitario diviene così un unico sistema di gestione ed erogazione dei servizi al cliente, al fine di agevolare il collegamento "in rete" e, quindi, il coordinamento funzionale dei diversi presidi ed unità organizzative.

Inoltre dovrà affermarsi un sistema basato sulla direzione multipla delle unità organizzative, sulla diffusione dei centri di responsabilità e sullo stretto collegamento funzionale delle diverse unità che lo compongono, e dovranno essere introdotti, a tutti i livelli, metodi di lavoro basati sulla programmazione delle attività e sulla valutazione dei risultati. Conseguentemente si dovrà individuare, nel contesto organizzativo, un sistema di centri di responsabilità e di centri di costo e/o di ricavo, tra i quali sarà ripartito il budget generale dell'Azienda, secondo la disciplina concernente un nuovo sistema patrimoniale e contabile delle aziende.

## LA STRUTTURAZIONE E IL FUNZIONAMENTO DEI LIVELLI ORGANIZZATIVI

In conformità alle linee esposte, si indicano i contenuti organizzativi e funzionali dei tre livelli.

### La Direzione Generale

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

La Direzione Generale rappresenta la sede ove si svolgono le relazioni permanenti che consentono il perseguimento della *"missione direzionale"*.

Le relazioni si concretizzano in rapporti con gli organismi previsti istituzionalmente (conferenza locale per la sanità e sua rappresentanza, conferenza sanitaria cittadina, collegio dei sindaci, collegio di direzione strategica e consiglio dei sanitari), con i dirigenti che coadiuvano, in forma collegiale la Direzione Aziendale nella attività di Governo (programmazione, indirizzo e verifica).

Per quest'ultimo aspetto, in particolare, dovranno essere considerati come organismo di staff della Direzione Generale i Direttori dei Dipartimenti dei Distretti e dei Presidi i quali, essendo i responsabili dei maggiori Centri di Responsabilità, dovranno coniugare le istanze dell'area della committenza con quelle deputate alla produzione dei livelli assistenziali.

### Il livello centrale

Il livello centrale, impegnato nella missione funzionale dell'azienda è costituito, come si è detto, dalla infrastruttura funzionale, composta dell'insieme delle unità organizzative che costituiscono l'apparato tecnico - valutativo - amministrativo - contabile a servizio delle strutture dell'azienda, a loro volta coordinate ed indirizzate in forma dipartimentale in funzione delle attività dirette alla realizzazione delle strategie aziendali.

L'infrastruttura funzionale rappresenta il superamento del tradizionale ordinamento fondamentalmente burocratico e gerarchico dei servizi amministrativi, nell'ambito dei quali si è determinata una burocratizzazione anche dei servizi di natura tecnica.

L'infrastruttura funzionale deve assumere un vero e proprio ruolo "di servizio", sia nei confronti della direzione generale, sia dei dipartimenti e delle strutture produttive del livello operativo; in particolare è chiamata a svolgere quelle che il D.Lgs. 29/93 definisce "funzioni strumentali o di supporto" da tenere distinte dalle "funzioni finali" e cioè, nel caso delle aziende sanitarie, dalle funzioni preordinate alla produzione dei livelli di assistenza e quindi delle prestazioni.

Nell'ambito dell'infrastruttura funzionale, pertanto, alle tradizionali strutture amministrative si aggiungeranno unità organizzative con funzioni tecnico-scientifiche e/o sanitarie, che supporteranno l'azienda ai vari livelli, in relazione a quelle aree di attività che richiedono un elevato grado di specializzazione.

I compiti dell'infrastruttura funzionale, caratterizzata dalla plurireferenzialità delle sue attribuzioni, vengono ad orientarsi su due precisi direttrici:

- a. attività di consulenza e supporto per l'esercizio ai vari livelli dell'azienda delle funzioni di pianificazione e indirizzo;
- b. attività di consulenza e supporto per l'esercizio ai vari livelli dell'azienda delle funzioni di gestione, qualità e controllo delle attività.

L'infrastruttura funzionale dovrà essere articolata in aree omogenee da individuare in relazione a specifiche funzioni.

A titolo esemplificativo, sono ipotizzabili le seguenti aree:

organizzazione aziendale, qualità e formazione;  
sistema informativo, epidemiologia e valutazione;  
educazione sanitaria e rapporti con il cittadino;  
assetto economico-finanziario;  
acquisizione e commercializzazione di beni e servizi;  
gestione ed ottimizzazione del patrimonio;  
risorse informatiche;  
risorse umane (personale);  
attività legale.

### Il livello operativo

I dipartimenti per l'assistenza sanitaria, intesi come aggregati di funzioni di area omogenea, con compiti di programmazione, di coordinamento, di indirizzo e di verifica rispetto al livello operativo, sono strutture di coordinamento per lo svolgimento integrato di funzioni complesse.

Il dipartimento per svolgere l'attività di coordinamento dispone di una struttura di direzione.

Il duplice criterio della autonomia scientifica e culturale e della integrazione funzionale polispécialistica deve impedire che la struttura dipartimentale si traduca in un semplice aggregato di unità operative, sprovvisto di un chiaro profilo di contenuti tecnici e scientifici, e che il dipartimento si appiattisca sull'attività di una singola linea operativa, ripristinando su di essa un comando verticale di tipo gerarchico.

La mancanza di controllo gerarchico dal punto di vista professionale (relativamente alle singole discipline mediche e sanitarie) sulle strutture operative dei dipartimenti da parte della direzione degli stessi è bilanciata dal loro ruolo in staff con il livello superiore e centrale di azienda, in particolare, nella formazione del "budget" per le strutture operative e nella sorveglianza sulle stesse.

Questa netta distinzione tra decisioni sulla allocazione delle risorse per programmi di funzione e gestione delle risorse per obiettivi di attività è inoltre il presupposto per una programmazione dei finanziamenti svincolata da ottiche di settore o di specialità e in coerenza con l'impianto del nuovo sistema di remunerazione a tariffa delle prestazioni.

Ciascun dipartimento svolge, pertanto, compiti di programmazione, a supporto della direzione dell'azienda, nei confronti delle strutture a essi afferenti, per la definizione dei progetti e dei programmi, l'individuazione degli obiettivi prioritari, l'allocazione delle risorse e dei mezzi di produzione, la configurazione degli assetti funzionali necessari per il migliore conseguimento degli obiettivi e l'attività di coordinamento e di indirizzo nell'ambito della loro specializzazione.

Inoltre compito del dipartimento è l'attività di valutazione dei risultati conseguiti, concorrenti al processo di revisione periodica delle strategie aziendali e dell'assetto organizzativo e produttivo.

Inoltre il dipartimento deve svolgere un essenziale ruolo di coordinamento e di guida nei confronti delle unità dislocate al livello operativo, il che rappresenta l'esplicazione del ruolo altamente specialistico di cui è deputato e verifica l'operato delle strutture ad esso afferenti in termini di quantità, qualità e costo delle prestazioni erogate e dei servizi offerti.

### Direttore Presidio ospedaliero

Il direttore del presidio ospedaliero esercita, all'interno del presidio al quale è preposto, la funzione di garante della coincidenza della risposta ospedaliera, in termini di produzione di prestazioni, alla domanda di salute espressa dal territorio, nell'ambito degli indirizzi strategici stabiliti dalla direzione aziendale e del budget attribuito alla produzione ospedaliera.

L'atto aziendale disciplina l'attribuzione delle funzioni al direttore di presidio (AO o ASL), sulla base dei seguenti indirizzi:

- è responsabile degli aspetti igienico-organizzativi, della conservazione della documentazione clinica, dell'organizzazione complessiva dell'attività del presidio;
- è responsabile del budget complessivo di presidio e coordina l'attività programmatica e di budget dei dipartimenti attraverso strumenti di concertazione interna con i direttori di dipartimento;
- svolge funzioni di negoziazione delle proposte programmatiche formulate dai direttori di dipartimento rispetto alla programmazione aziendale e distrettuale;
- verifica le necessità dei singoli dipartimenti e dei risultati raggiunti dagli stessi, nell'ambito delle scelte strategiche di gestione aziendali e di presidio.

Nell'ambito del collegio di direzione strategica viene ricondotta la proposta programmatica coordinata di presidio nell'ambito della programmazione aziendale.

Sulla base di tale proposta il direttore di presidio, con le procedure stabilite nell'atto aziendale, svolge le seguenti attività di negoziazione:

- con le direzioni distrettuali, per la definizione di una proposta congiunta sui volumi di prestazioni ospedaliere da destinare a ciascun distretto ad integrazione delle attività che lo stesso eroga in via diretta;
- con la direzione generale, per l'attribuzione del budget annuale di presidio;
- con i direttori di dipartimento, per l'assegnazione delle relative risorse in base ai livelli di produzione richiesti nell'ambito della programmazione aziendale.

Il budget di ciascun dipartimento e quello complessivo di presidio ospedaliero vengono attribuiti sulla base delle strategie generali aziendali e delle risorse assegnate annualmente all'azienda e tenendo conto delle proposte di programma delle attività territoriali elaborate dai distretti.

Nel caso di previsione del direttore sanitario di presidio nell'Azienda Ospedaliera l'atto aziendale disciplina le funzioni e i rapporti tra lo stesso, il direttore sanitario aziendale e i direttori di dipartimento.

### *Servizi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e tecniche della prevenzione*

L'atto aziendale disciplina ruolo e funzioni dei Servizi delle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitarie e tecniche della prevenzione, così come previsti dalla Legge 251/2000 e la relativa Legge Regionale 28 febbraio 2001.

Analoga disciplina deve essere prevista anche per la professione dell'assistente sociale vista la rilevanza che tale figura dovrà avere nell'ambito delle recenti innovazioni legislative di cui al successivo punto (Servizi sociali).

Ferma restano l'autonomia e le competenze professionali di ciascuna professione, per gli aspetti gestionali e manageriali è previsto un coordinamento di tali servizi in posizione di staff con la direzione Generale che fa parte del Collegio di direzione strategica.

Tali servizi assicurano la qualità e l'efficienza tecnico-operativa delle attività erogate, sulla base delle funzioni individuate dalle norme istitutive dei relativi profili professionali. I servizi garantiscono lo sviluppo dei processi e dei programmi di competenza, la direzione, la valutazione e la definizione, del sistema di governo delle relative professioni.

A livello dipartimentale l'organizzazione delle attività relative ai servizi di cui sopra non può essere rigidamente strutturata in modo omogeneo alle funzioni mediche, ma deve piuttosto essere articolata secondo le funzioni rese, utilizzando metodologie di pianificazione per obiettivi dell'assistenza e delle prestazioni.

Pertanto nell'ambito dei dipartimenti e delle altre strutture complesse, e della responsabilità gestionale-manageriale complessiva dei direttori dei medesimi, è da prevedersi una gestione autonoma delle attività infermieristiche, ostetriche, riabilitative, tecnico-sanitaria e tecnico-preventive.

### *I Servizi sociali*

Il Piano sociale Nazionale recentemente approvato dal Consiglio dei Ministri ha individuato le soluzioni più idonee per unificare non solo l'accesso ai servizi sociali ma, più in generale, l'accesso al sistema dei servizi sociosanitari presenti nell'ambito del distretto, tramite accordi operativi con l'azienda sanitaria, ai sensi dell'art. 3 *quater* del d.lgs n. 229/99.

Per qualificare le scelte finalizzate all'integrazione sociosanitaria è necessario garantire unitarietà al processo programmatorio rendendo tra loro compatibili le scelte previste dal *Programma delle attività territoriali* (di cui all'articolo 3 *quater* del d.lgs n. 229/99) e dal *Piano di zona* (di cui all'articolo 19 della legge n. 328/2000). Il *Programma delle attività territoriali* è il piano di salute distrettuale in cui sono definiti i bisogni prioritari e gli interventi di natura sanitaria e socio-sanitaria necessari per affrontarli. Allo stesso tempo il *Piano di zona* è lo strumento per definire le strategie di risposta ai bisogni sociali e sociosanitari. E' pertanto necessario che i due strumenti siano gestiti all'interno di un'unica strategia programmatoria, attuata in modo collaborativo tra azienda sanitaria ed enti locali, finalizzata alla promozione e alla tutela della salute delle persone e delle famiglie.

Ferma restando la responsabilità complessiva del Direttore di Distretto, si rende, pertanto, necessario che nelle Aziende Sanitarie Locali il Direttore Generale individui, un coordinatore dei servizi sociali per la direzione di tali attività e/o servizi, nominandolo, con provvedimento motivato.



### TITOLO III

## PRINCIPI E CRITERI PER L'ORGANIZZAZIONE E IL FUNZIONAMENTO DEI DIPARTIMENTI

### ORGANIZZAZIONE DEL DIPARTIMENTO

La riorganizzazione dipartimentale delle strutture ospedaliere e territoriali, secondo le linee tracciate nel presente documento, comporta la necessità in premessa di sottolineare alcuni aspetti particolarmente delicati per le eventuali implicazioni sull'attuale quadro organizzativo con particolare riferimento alla necessità di:

- a) prevedere l'attribuzione dei posti letto al Dipartimento e non alle singole strutture complesse o semplici a valenza dipartimentale, individuando orientativamente il numero di posti letto che vengono utilizzati mediamente dalle singole strutture complesse o semplici;
- b) prevedere l'attribuzione dell'organico al Dipartimento e le risorse umane destinate alle singole Strutture;
- c) precisare che le funzioni di direzione, che competono al dirigente delle strutture complesse, sono esercitate con piena autonomia nel campo clinico-assistenziale, secondo le linee guida adottate dal Dipartimento;
- d) prevedere che il conferimento della responsabilità delle strutture semplici, nonché degli incarichi previsti dal comma 4, dell'art. 15 ter, del decreto legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni sia effettuato dal Direttore Generale su proposta congiunta del Direttore di Dipartimento e del responsabile della struttura complessa di riferimento, secondo i criteri previsti dal CCNL e dal Contratto integrativo aziendale.

#### ***Definizione di Dipartimento***

Il dipartimento è una struttura di coordinamento e di direzione per lo svolgimento di funzioni complesse con compiti di orientamento, consulenza e supervisione per la funzione cui è preposto.

Il dipartimento, a seconda della sua tipologia, è costituito da aree funzionali-organizzative e strutture organizzative, semplici e complesse, che, per omogeneità, affinità e complementarità hanno comuni finalità; tali articolazioni del dipartimento

sono definite dal Direttore Generale, in base ai criteri generali di programmazione ed organizzazione indicati nell'atto aziendale di diritto privato di cui all'art. 3, comma 1-bis, del novellato D.Lgs. 502/92.

Le strutture afferenti al dipartimento mantengono la propria autonomia e responsabilità nell'ambito di un modello gestionale ed organizzativo comune volto a fornire una risposta unitaria, efficiente e completa alle richieste di prestazioni degli utenti interni ed esterni. A tal fine il dipartimento adotta codici di comportamento uniformi per quanto riguarda in particolare gli aspetti clinico assistenziali, didattici, di ricerca, etici, medico-legali, giuridici ed economico- finanziari.

L'individuazione dei Dipartimenti dovrà essere funzionale all'Azienda e tenere conto della complessità della stessa, della sua estensione sul territorio, delle caratteristiche geomorfologiche, del numero di strutture complesse presenti e degli obiettivi che queste ultime debbono conseguire.

Ferma restando la competenza delle Aziende nel definire numero e tipologia dei Dipartimenti, la creazione di questa sovrastruttura trova ragione d'essere quando serve a razionalizzare, in termini sia di efficienza che di economicità, i rapporti fra diverse strutture organizzative non altrimenti aggregabili.

I Dipartimenti possono essere definiti strutturali, funzionali, integrati, interaziendali; comunque siano definiti rappresentano il modello operativo dell'Azienda e svolgono attività professionali e gestionali mediche, tecnico-sanitarie e tecnico-amministrative. Ad essi sono assegnate le risorse necessarie all'assolvimento delle funzioni attribuite.

L'organizzazione dipartimentale è predeterminata solo nei casi specificatamente previsti dalla legge o dalle indicazioni regionali (Dipartimento di prevenzione, salute mentale, ecc.).

Pertanto, in sede di adozione dell'atto aziendale di diritto privato l'Azienda Sanitaria individua le strutture complesse da aggregare in Dipartimenti .  
Vengono inoltre aggregate ai Dipartimenti le strutture "semplici" a valenza dipartimentale, non convenientemente esercitabili da strutture complesse già esistenti, o per attività svolte a favore di una pluralità di strutture complesse.  
Le altre strutture "semplici", quali articolazioni di quelle complesse, sono già comprese nella struttura principale aggregata.

Gli obiettivi che si intendono perseguire attraverso la realizzazione dell'organizzazione dipartimentale, tenendo anche conto di quanto disposto dalla legge 10.8.2000, n. 251 e della conseguente LR 28.2.2001, relativamente alle professioni sanitarie infermieristiche, ostetriche, tecnico-sanitarie, della riabilitazione, della prevenzione e della professione ostetrica, sono:

- la razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di consumo e dei servizi sanitari intermedi;
- il miglioramento dell'efficienza gestionale dei processi di coordinamento e di controllo, della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture interne al singolo Dipartimento, del rapporto tra direzione generale e direzione delle singole strutture;
- il miglioramento e l'integrazione dell'attività di formazione e aggiornamento;
- la razionalizzazione e lo sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei Dipartimenti.

### Dipartimento Strutturale

Possono essere definiti dipartimenti strutturali quelli caratterizzati dalla necessità di realizzare una incisiva ed unitaria conduzione degli interventi e, conseguentemente, di esercitare una forte giurisdizione sulle funzioni e, quindi, sulle strutture, tenute al rispetto di stretti e precisi protocolli di comportamento.

Tale tipologia di dipartimento, in quanto aggregazione organizzativa e funzionale, assume la valenza di soggetto negoziale nei rapporti con l'Azienda e con gli altri dipartimenti e/o macrostrutture organizzative, agli effetti e nella misura stabiliti dal Piano aziendale e dal Contratto di lavoro integrativo aziendale.

Nell'ambito di quanto previsto nel precedente comma, il dipartimento è dotato di autonomia gestionale soggetta a rendicontazione analitica.

### Dipartimento Funzionale

Anche il Dipartimento funzionale va inteso come aggregazione di strutture complesse.

Caratteristica di tale modello è quella dell'integrazione funzionale delle attività delle singole strutture componenti finalizzata al raggiungimento di uno specifico obiettivo (es. Dipartimento trapianti d'organo) o nell'opportunità di aggregare strutture complesse o semplici a valenza dipartimentale totalmente indipendenti fra loro, al fine dell'ottimizzazione delle risorse che vi confluiscono e del conseguimento di una sempre più elevata specializzazione tecnico-professionale e, quindi, del miglioramento della qualità dell'assistenza.

Una medesima struttura, complessa o semplice a valenza dipartimentale, può far parte di più Dipartimenti funzionali, oltre, naturalmente, che del proprio Dipartimento strutturale.

Al fine di non appesantire l'assetto organizzativo aziendale e contenere la spesa, la

costituzione dei Dipartimenti funzionali deve essere mirata e documentata evitando duplicazioni di funzioni.

Qualora se ne ravvisi la convenienza, può entrare a far parte del Dipartimento funzionale non una singola struttura ma l'intero Dipartimento strutturale cui la medesima appartiene.

Ai Dipartimenti funzionali si applicano, per quanto compatibili, i criteri e le modalità organizzative rappresentati per i Dipartimenti strutturali.

### *Dipartimento Interaziendale e collaborazione tra le Aziende Sanitarie Regionali*

In sede di stesura dell'atto aziendale possono essere previste modalità e criteri di collaborazione tra le Aziende sanitarie Regionali, anche al fine di stipulare accordi di programma e/o contrattuali, che prevedano la delega e/o l'associazione per lo svolgimento di compiti e funzioni in modo da garantire una migliore efficienza ed efficacia degli interventi, in particolare per ciò che concerne i servizi erogati agli utenti/clienti.

Tale collaborazione si può sostanziare attraverso atti che prevedano:

- la creazione di strutture complesse interaziendali, con personale operante nelle aziende interessate;
- la creazione di dipartimenti interaziendali, mediante l'aggregazione di strutture complesse delle aziende interessate;
- lo strumento della delega ad altra azienda per la gestione di attività che non è conveniente sviluppare autonomamente per problemi funzionali (come la carenza di specifiche professionalità o dimensione delle attività che non giustificano l'acquisizione diretta di tali professionalità) o economici (diseconomie di scala). Tale strumento può rivelarsi particolarmente utile nelle procedure relative alla gestione di acquisti, delle risorse tecnologiche e patrimoniali, nonché nella utilizzazione di procedure di gara e/o concorsi già avviati presso altre Aziende regionali.

Il Dipartimento interaziendale aggrega strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale che appartengono ad Aziende diverse. Affinché esista tale tipologia dipartimentale devono sussistere:

- Motivazione, finalità e obiettivi della costituzione del Dipartimento interaziendale.
- Individuazione delle Strutture complesse e Strutture semplici che costituiscono il Dipartimento,
- Individuazione dell'Azienda prevalente.
- Contratto tra le parti, con contestuale approvazione del regolamento. Il contratto regola i rapporti tra le parti (personale, strutture, apparecchiature, posti letto, obiettivi, incentivi, responsabilità ecc...) nonché gli aspetti economici. Il regolamento definisce gli aspetti organizzativi.
- Nomina del Direttore di Dipartimento. Il Direttore di Dipartimento viene nominato dall'Azienda Sanitaria prevalente sentito il parere dell'altra azienda.

### ***Funzioni del Dipartimento***

I dipartimenti svolgono funzioni di coordinamento, di indirizzo di direzione e di valutazione dei risultati conseguiti nell'area omogenea di competenza.

Le funzioni dei dipartimenti comprendono in particolare :

- a) Definizione dei progetti e programmi, individuazione degli obiettivi prioritari, allocazione delle risorse e dei mezzi funzionali a supporto della Direzione Generale e nei confronti delle strutture ad esso afferenti.
- b) Coordinamento e guida nei confronti del livello operativo e verifica dei risultati conseguiti, concorrenti al processo di revisione periodica delle strategie aziendali e dell'assetto organizzativo e produttivo.
- c) Studio, applicazione e verifica dei sistemi (linee guida, protocolli.....) per conferire la massima omogeneità alle procedure organizzative, amministrative, assistenziali e di utilizzo delle apparecchiature.
- d) Studio e applicazione di sistemi informatici di gestione in rete all'interno del dipartimento e tra dipartimenti per l'interscambio di informazioni e di immagini nonché per l'archiviazione unificata e centralizzata dei dati.
- e) Individuazione e promozione di nuove attività e modelli operativi nello specifico campo di competenza.
- f) Organizzazione della didattica.
- g) Gestione del budget assegnato al dipartimento.

I dipartimenti sanitari assistenziali oltre alle funzioni di cui al comma 1, svolgono, in particolare, le seguenti :

- a) Utilizzazione ottimale ed integrata degli spazi assistenziali e non assistenziali, del personale e delle apparecchiature finalizzata alla migliore gestione delle risorse, alla massima efficacia delle prestazioni nonché alla razionalizzazione dei costi.
- b) Coordinamento tra le attività, del dipartimento e le attività extra ospedaliere per una integrazione dei servizi del dipartimento stesso nel territorio, e in particolare nei distretti, nonché con i medici di medicina generale e con i pediatri di libera scelta al fine di realizzare l'indispensabile raccordo tra ospedale e strutture territoriali per la definizione del piano di dimissione del paziente e gestione del successivo follow up, garantendo la continuità assistenziale.
- c) Promozione di iniziative volte ad umanizzare l'assistenza all'interno delle strutture dipartimentali. .
- d) Valutazione e verifica della qualità dell'assistenza fornita da effettuarsi adottando le opportune metodiche con particolare riguardo alle prestazioni fornite ai pazienti, alle verifiche delle procedure e dei risultati ottenuti, al miglioramento delle conoscenze e dei circuiti interni comunicativi, all'ottimizzazione delle

risorse.

e) Organizzazione dell'attività libero professionale aziendale.

### ***Budget del Dipartimento***

Il budget del Dipartimento è costituito in termini strutturali o funzionali sulla base di distinte voci relative ai costi delle risorse umane, tecniche e strutturali assegnate, ai consumi previsti per tutti i beni e servizi.

Il budget del dipartimento comprende separatamente eventuali finanziamenti per programmi e progetti dipartimentali, per attività di formazione ed aggiornamento, didattiche e di ricerca.

All'inizio di ogni anno il Direttore Generale con riferimento alla pianificazione e programmazione aziendale, concorda con i responsabili dei dipartimenti i programmi e i progetti annuali.

Il Direttore del Dipartimento, previo parere favorevole del Comitato di Dipartimento, sulla base di quanto concordato con la Direzione Generale, assegna, l'articolazione del budget attribuito, destinando specifiche risorse alle strutture individuate quali centri di responsabilità economica dopo aver concordato con i rispettivi responsabili i programmi ed i piani di attività che le singole strutture dovranno svolgere nell'ambito degli obiettivi programmati dal dipartimento.

L'impiego delle risorse, nel loro complesso, è verificato in termini di risultati, prodotti, obiettivi raggiunti, in relazione ai programmi dell'Azienda.

Con le stesse modalità di cui ai commi precedenti il Direttore di Dipartimento disciplina le modalità organizzative e gestionali degli eventuali programmi e/o progetti speciali affidati dal Direttore Generale, con le relative risorse economiche.

Gli atti del Direttore di Dipartimento relativi ai programmi e progetti speciali dovranno prevedere:

- a) la individuazione dei fondi specifici allo scopo destinati;
- b) la individuazione degli obiettivi generali e specifici da raggiungere;
- c) la individuazione nominativa del personale coinvolto con le relative risorse premianti da ripartire esclusivamente tra chi contribuisce all'attuazione dei programmi e/o progetti;
- d) la individuazione di sistemi di valutazione relativi al grado di raggiungimento degli obiettivi fissati.

Alla fine di ogni anno nei dipartimenti in cui, rispetto al budget concordato, si registri, garantendo la qualità degli interventi, un utile di esercizio o un deficit di bilancio minore rispetto a quanto contrattato, una quota parte di tali risparmi viene destinata come "premio di produzione" per i dipendenti del dipartimento interessato.

Nell'ambito del singolo dipartimento le eventuali risorse di cui al comma precedente vengono ripartite alle singole strutture proporzionalmente al grado di apporto con cui ciascuna di esse ha contribuito al raggiungimento dell'obiettivo di bilancio e di qualità di cui al citato comma .

### ***Direttore di Dipartimento***

Il Direttore di Dipartimento assume le funzioni di direzione e coordinamento delle attività. E' nominato dal Direttore Generale con atto deliberativo motivato tra i Direttori delle strutture complesse facenti parte del dipartimento ai sensi dell'art. 17 del novellato D.Lgs. 502/92..

La durata dell'incarico è prevista per un periodo non superiore a tre anni e lo stesso può essere rinnovato, di norma, per una sola volta.

Il Direttore di dipartimento stipula con il Direttore Generale un contratto individuale di lavoro, con la previsione dell'esclusività di rapporto con l'Azienda.

Il Direttore di Dipartimento può essere sollevato dal proprio incarico prima della scadenza del mandato per gravi, motivate e comprovate inadempienze inerenti la sua funzione.

In caso di temporanea assenza o impedimento del Direttore di dipartimento lo stesso delega le proprie funzioni ad un membro del Comitato Strategico del Dipartimento di sua fiducia.

Il Direttore di dipartimento svolge le seguenti funzioni :

- a) Assicura il funzionamento del dipartimento attuando i modelli organizzativi stabiliti dal Comitato di Dipartimento per quanto di competenza.
- b) Partecipa alla contrattazione con la Direzione Generale per la definizione degli obiettivi dipartimentali e l'assegnazione del budget.
- c) Esamina periodicamente le risorse attribuite al dipartimento secondo il criterio di aggiornamento del budget e gestisce le risorse medesime secondo le indicazioni del Comitato di Dipartimento.
- d) Coordina le aree funzionali-organizzative e le strutture organizzative assegnate al dipartimento.
- e) Ha la gestione delle risorse comuni strumentali e patrimoniali.
- f) Può avere delega da parte del Direttore Generale per gli acquisti inerenti beni e servizi di esclusiva pertinenza del Dipartimento fino a una massimo di 200.000 ECU per acquisto.

- g) Promuove le verifiche periodiche sulla qualità secondo gli standards stabiliti.
- h) Controlla l'aderenza dei comportamenti agli indirizzi generali definiti dal Comitato di Dipartimento, nell'ambito della gestione del personale, dei piani di ricerca, di studio e di didattica.
- i) Rappresenta il dipartimento nei rapporti con il Direttore Generale, con la Direzione Sanitaria e con la Direzione Amministrativa.
- j) Convoca e presiede il Comitato di Dipartimento e l'Assemblea del dipartimento ai quali illustra le linee programmatiche e gli indicatori di risultato individuati in accordo con la Direzione Generale per valutare il raggiungimento degli obiettivi.

### ***Comitato di Dipartimento***

Il Comitato di Dipartimento, ad esclusione dei membri che ne fanno parte di diritto che saranno individuati nei singoli regolamenti aziendali, è di nomina elettiva.

La parte elettiva è composta da un numero corrispondente ad una percentuale del personale afferente al dipartimento, definita nell'atto aziendale, con l'obbligo di rappresentanza dei profili professionali relativi al personale sanitario laureato, al personale tecnico-sanitario dell'area assistenziale e al personale dell'area amministrativa e tecnica. Della percentuale relativa al personale sanitario laureato una parte è riservata ai dirigenti di struttura.

I tempi e le modalità delle elezioni sono stabilite dal Direttore Generale previa concertazione con le OO.SS..

In ogni caso le elezioni dovranno essere svolte entro 60 giorni dalla primo insediamento del Collegio di direzione strategica.

Il Comitato di dipartimento resta in carica tre anni. I componenti eletti possono essere rieletti consecutivamente per una sola volta

Le sedute del dipartimento sono valide in presenza della maggioranza dei componenti. Il calendario delle sedute ordinarie del Comitato è fissato mensilmente dal Direttore del dipartimento in accordo con il Comitato. In caso di necessità il Direttore del Dipartimento può convocare sedute straordinarie del Comitato. La convocazione straordinaria può essere richiesta anche da un terzo dei componenti il Comitato,

Il Direttore di dipartimento fissa l'ordine del giorno delle sedute. Per l'iscrizione di altri argomenti è necessaria la richiesta di almeno un terzo dei componenti.

Il Direttore di dipartimento dirige la discussione degli argomenti, fissa la durata degli interventi. Indica le votazioni e ne proclama i risultati.



Le decisioni del Comitato sono adottate con la maggioranza semplice dei presenti. In caso di parità prevale il voto del Direttore di dipartimento. Le votazioni sono a scrutinio palese. Lo scrutinio segreto è ammesso solo in caso le determinazioni vertano su fatti o situazioni personali ovvero su richiesta della maggioranza assoluta dei presenti alla seduta valida del Comitato. In caso di parità di voto espresso per scrutinio segreto la votazione viene ripetuta fino al raggiungimento della maggioranza prescritta.

A discrezione del Comitato possono essere chiamati a partecipare alle riunioni senza diritto di voto tutti coloro la cui presenza e partecipazione sia ritenuta utile per la soluzione di specifici problemi dipartimentali.

Il Comitato può organizzare i propri lavori costituendo al suo interno specifiche commissioni.

La verbalizzazione delle sedute è curata dal Segretario del Comitato nominato dal Direttore del dipartimento cui spetta la sorveglianza sulla corretta trascrizione degli interventi. I verbali sono pubblici e consultabili da chiunque ne faccia richiesta, fatto salvo il rispetto del diritto alla riservatezza previsto dalla vigente normativa.

La partecipazione alle riunioni del Comitato è un preciso obbligo per i suoi componenti. Le assenze ed i ritardi devono essere sempre giustificati al Direttore del dipartimento. In caso di ripetute assenze ingiustificate del Direttore di dipartimento si prevede apposita segnalazione al Direttore Generale ai fini della verifica dell'incarico.

Comitato di Dipartimento esprime parere sulle seguenti materie :

1. Modelli di organizzazione del dipartimento volti al miglioramento dell'efficienza e della integrazione delle attività.
2. Razionale utilizzazione del personale del dipartimento, nell'ottica della integrazione dipartimentale.
3. Gestione interna degli spazi, delle attrezzature, dei presidi e delle risorse economiche assegnate all'area dipartimentale.
4. Gestione del budget funzionale assegnato al dipartimento.
5. Linee guida utili per un più corretto indirizzo diagnostico - terapeutico.
6. Obiettivi da realizzare nel corso dell'anno.
7. Adozione di modelli per la verifica e la valutazione di qualità dell'assistenza fornita.
8. Piani di aggiornamento e riqualificazione del personale, attività di didattica, di ricerca scientifica e di educazione sanitaria.
9. Proposte di istituzione di nuove strutture e/o di gruppi operativi interdipartimentali.
10. Schemi di deliberazione concernenti il dipartimento da sottoporre al Direttore Generale.
11. Atti del Direttore di Dipartimento aventi carattere di programmazione. In particolare il Comitato esprime parere obbligatorio sui seguenti atti fondamentali del Dipartimento:

c. Programmi annuali e pluriennali su tutte le materie delegate dal

- Direttore Generale al Direttore di Dipartimento(es. programma di aggiornamento professionale facoltativo e tecnico specifico, programma di acquisti di attrezzature e di beni e servizi a carattere continuativo, ecc..);
- d. Bilanci annuali e pluriennali e relative variazioni (Budget dipartimentale);
  - e. Proposta di dotazione organica e carichi di lavoro e le relative variazioni;
  - f. Istituzione, compiti e norme di funzionamento degli organismi e strutture di decentramento e partecipazione dipartimentali;
  - g.** Regolamento interno operativo;
  - h.** Nomina, designazione e revoca dei propri rappresentanti richiesti dall'Azienda.

### ***Assemblea di dipartimento***

L'Assemblea di dipartimento è composta da tutti gli operatori in servizio presso il dipartimento stesso. Almeno una volta l'anno il Direttore del dipartimento indice la conferenza di dipartimento. A tal fine convoca l'Assemblea per la presentazione degli obiettivi e del documento di budget, per la verifica dei risultati raggiunti e per raccogliere valutazioni, suggerimenti e proposte.

L'assemblea si riunisce in sessione elettorale per gli adempimenti relativi all'elezione del Comitato di dipartimento.

### ***Aree Funzionali-organizzative Dipartimentali***

L'Area funzionale-organizzativa si configura come struttura complessa dipartimentale che può essere prevista nell'atto aziendale al fine di coordinare le attività di strutture omogenee per finalità e tipologia di intervento. In caso di introduzione di tale funzione la responsabilità dell'area funzionale-organizzativa è riconducibile nell'ambito della graduazione degli incarichi prevista dal contratto integrativo aziendale.

Il responsabile dell'Area ha il compito di coordinare le attività delle strutture organizzative afferenti l'area stessa.

L'incarico di Responsabile di Area è incompatibile con quella di Direttore di Dipartimento.

### ***Strutture Organizzative***

Le strutture organizzative sono articolazione del Dipartimento e/o interdipartimentali con specifico riferimento specialistico e/o organizzativo, afferenti, di norma, ad un'area.

Il Responsabile di Struttura Organizzativa ha piena autonomia professionale nel campo specifico di competenza. Per gli aspetti organizzativi e gestionali l'autonomia è esercitata nell'ambito delle direttive stabilite dal Comitato di Dipartimento. Gli incarichi di direzione di strutture organizzative sono assegnati dal Direttore Generale a dirigenti, secondo le modalità previste dall'art.15 del novellato D.Lgs. 502/92.

### ***Funzioni dei Responsabili di struttura complessa***

In base alle deleghe alle funzioni e ai compiti attribuiti dal Direttore Generale, i Responsabili di struttura complessa, ciascuno per la parte di propria competenza, esercitano, fra gli altri, i seguenti compiti e poteri:

- a) curano l'attuazione dei piani, programmi e direttive generali definite dal Direttore Generale e propongono allo stesso l'attribuzione ai dirigenti non responsabili di struttura gli incarichi e la responsabilità di specifici progetti ed attività; definiscono gli obiettivi che i dirigenti loro assegnati devono perseguire e attribuiscono le conseguenti risorse umane, finanziarie e materiali;
- b) adottano gli atti relativi all'organizzazione delle strutture loro assegnate;
- c) coordinano e controllano l'attività dei dirigenti e dei responsabili dei procedimenti amministrativi anche mediante l'emanazione di direttive e propongono l'adozione, nei confronti dei dirigenti, delle misure previste dall'articolo 21 del D.Lgs. 29/93 e successive modifiche ed integrazioni;
- d) svolgono le attività di organizzazione e gestione del personale e di gestione dei rapporti sindacali e di lavoro;
- l) curano i rapporti con l'esterno nelle materie di competenza secondo le specifiche direttive del Direttore Generale, sempreché tali rapporti non siano espressamente affidati ad apposita struttura o organo.

I dirigenti di struttura complessa riferiscono al Direttore di Dipartimento e alla Direzione Generale sull'attività da essi svolta correntemente e in tutti i casi in cui gli stessi lo richiedano o lo ritengano opportuno.

### ***Funzioni dei Responsabili di struttura semplice***

Nell'ambito dell'organizzazione dipartimentale possono essere individuate sia strutture semplici a valenza dipartimentale sia strutture semplici articolazioni della struttura

complessa di riferimento.

I dirigenti di struttura semplice, nell'ambito di quanto previsto negli articoli precedenti esercitano i seguenti compiti e poteri:

- a) formulano proposte ed esprimono pareri ai dirigenti di struttura complessa;
- b) curano l'attuazione dei progetti e delle attività ad essi assegnati, adottando i relativi atti e provvedimenti;
- c) svolgono tutti gli altri compiti ad essi delegati dai dirigenti di struttura complessa;
- d) dirigono, coordinano e controllano l'attività che si svolge nelle strutture che da essi dipendono;
- e) provvedono alla gestione del personale e delle risorse finanziarie e strumentali assegnate alla propria struttura.

I responsabili di struttura semplice a valenza dipartimentale gestiscono le risorse assegnate dal direttore di Dipartimento e rispondono direttamente allo stesso e al Direttore Generale.

## DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE

Presso ciascuna Azienda Sanitaria Locale è istituito un dipartimento di prevenzione cui sono attribuite le funzioni di cui alle previsioni del D. L.vo 30.12.92, n. 502 e successive modifiche ed integrazioni.

Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura operativa aziendale che propone le strategie di prevenzione della ASL e sviluppa le iniziative atte a garantire la tutela della salute collettiva. Deve perseguire, infatti, obiettivi di promozione della salute, prevenzione delle malattie e delle disabilità e miglioramento della qualità della vita attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere le cause di nocività e malattia, sia di origine umana che animale, in tutte le realtà in cui la salute pubblica è sottoposta a rischi di origine ambientale, alimentare e lavorativa.

Sono finalità generali del Dipartimento di Prevenzione:

- assicurare la qualità e l'efficacia degli interventi di prevenzione;
- promuoverne l'omogeneità;
- ottimizzare l'utilizzo delle risorse a disposizione.

Il Dipartimento di Prevenzione è dotato di autonomia tecnico gestionale e quindi, come tutti i dipartimenti strutturali, ha autonomia organizzativa e contabile, ed è articolato in centri di responsabilità e in centri di costo.

L'aggregazione delle aree dipartimentali che lo costituiscono e l'integrazione delle rispettive attività sono essenzialmente strumentali al funzionamento di un modello

organizzativo polifunzionale unitariamente finalizzato alla realizzazione delle strategie e degli obiettivi della prevenzione.

Questa modalità operativa favorisce e promuove l'integrazione organizzativa multidisciplinare e multiprofessionale nei campi di intervento che vedono il concorso di più strutture per il raggiungimento degli obiettivi di salute (Distretti Sanitari, ARPAC, Istituto Zooprofilattico ed Enti Locali).

La caratteristica dei programmi del Dipartimento è la flessibilità ed adattabilità alle esigenze territoriali.

A tal fine si dovrà disciplinare l'articolazione organizzativa del Dipartimento di Prevenzione al fine di assicurare le funzioni di prevenzione collettiva di sanità pubblica in materia di:

- profilassi delle malattie infettive e diffuse, attraverso le attività di sorveglianza epidemiologica, prevenzione e controllo, con particolare attenzione ai piani di immunoprofilassi;
- tutela della collettività dai rischi sanitari degli ambienti di vita con riferimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali, con particolare attenzione alle attività di sorveglianza epidemiologica e prevenzione delle malattie cronico-degenerative, gestione del Registro Nominativo delle Cause di Morte, di promozione di stili di vita e comportamentali per la salute;
- tutela della collettività e dei singoli dai rischi infortunistici e sanitari connessi agli ambienti di lavoro;
- sorveglianza e prevenzione nutrizionale.
- sanità pubblica veterinaria, che comprende servizi veterinari i quali operano quali centri di responsabilità e di costo articolati distintamente in strutture complesse specificamente dedicate almeno a:

sanità animale; igiene delle produzioni, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati; igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche. In tal senso l'area di sanità pubblica veterinaria viene diretta da un dirigente di struttura individuato dal direttore Generale aziendale con provvedimento motivato.

L'incarico di responsabile dell'Area dipartimentale di sanità pubblica veterinaria è incompatibile con quella di direttore del dipartimento di prevenzione. I responsabili di struttura che fanno parte dell'area suddetta riferiscono al Direttore di Dipartimento, al Responsabile di Area e alla Direzione Generale Aziendale dell'attività da essi svolta.

Per ciò che concerne la sanità pubblica veterinaria le ASL si raccorderanno anche con l'Istituto Zooprofilattico sperimentale per la realizzazione di obiettivi congruenti con la programmazione nazionale e regionale e con le esigenze territoriali di riferimento.

A tal fine le strutture dell'area veterinaria interagiranno con l'Istituto per perseguire i seguenti obiettivi generali:

- Lotta alle malattie infettive del bestiame, attraverso piani di prevenzione e di eradicazione, ordinari e di emergenza, nonché programmi di

- sorveglianza epidemiologica permanente;
- Lotta alle zoonosi anche attraverso l'approfondimento di studi e ricerche specifici e la collaborazione medico-veterinaria;
  - Controllo della popolazione canina, con aggiornamento continuo dell'anagrafe nonché controllo delle specie sinantropiche a tutela della salute umana ed animale;
  - Piena attuazione delle prescrizioni comunitarie di adeguamento strutturale e igienico degli impianti di produzione e trasformazione degli alimenti di origine animale;
  - Potenziamento dei programmi di controllo degli alimenti di origine animale in tutte le sue fasi dalla produzione al consumo;
  - Miglioramento delle condizioni igienico-sanitarie degli allevamenti e promozione della qualità delle produzioni zootecniche.
  - Vigilanza e controllo sull'alimentazione animale, con particolare riferimento ai mangimi integrati e medicati;
  - Tutela del benessere animale negli allevamenti, durante i trasporti e nei macelli, nonché vigilanza sulla corretta utilizzazione degli animali da esperimento e sulle condizioni di detenzione degli animali di affezione;
  - Educazione sanitaria alla popolazione, informazione ai consumatori, formazione agli allevatori ed operatori del comparto agro-alimentare;

## TITOLO IV

### LINEE DI INDIRIZZO PER L'ORGANIZZAZIONE ED IL FUNZIONAMENTO DEL DISTRETTO

#### LA CENTRALITÀ DEL DISTRETTO

La necessità fortemente oggi avvertita di completare la riorganizzazione dell'intero servizio sanitario regionale, spinge a porre particolare attenzione al Distretto Sanitario di Base, soprattutto nell'ottica del completamento del processo di aziendalizzazione, attraverso la diffusione dei principi di:

1. autonomia organizzativa;
2. responsabilità gestionali;
3. attenzione alle reali necessità, aspettative e preferenze dei cittadini.

Il Distretto sanitario è contiguo alla domanda e va considerato quale momento chiave dell'organizzazione sanitaria per il governo della salute e per il controllo dell'efficacia delle prestazioni e della spesa.

Per ottenere un reale decentramento delle attività sanitarie sul territorio, si impone un forte ripensamento delle logiche programmatiche, al fine di poter definire - in specifica normativa - il ruolo nodale del Distretto sanitario nell'ambito delle politiche sanitarie.

In più parti del PSN e del D.Lgs. 229/99, viene - infatti - sottolineata l'importanza strategica delle funzioni distrettuali anche in termini di vere e proprie "unità di misura e di controllo" ove rilevare sia la domanda di salute che la qualità e quantità di servizi offerti. In altri termini, il Distretto "unità di misura e di controllo", che ha come obiettivo primario la soddisfazione dei bisogni di salute della popolazione del proprio territorio, deve avere la corretta conoscenza degli stessi, diversificandoli da una mera domanda di prestazioni, indotta e non reale. In tal modo potranno essere individuate la tipologia e la quantità dei servizi necessari per la loro soddisfazione. La conoscenza dello stato di salute della popolazione residente nel distretto diviene infatti fondamentale per rimodulare l'offerta dei servizi e qualificare la domanda, oggi ancora impropriamente rivolta in luoghi di ricovero, che, infatti, stentano ad assumere appieno il ruolo attribuito dalla programmazione regionale.

Nella realtà presente nella nostra regione le 13 aziende sanitarie locali sono attualmente suddivise in 113 Distretti che assistono una popolazione di circa 5.716.899 abitanti.

L'attuale dimensione dei Distretti risente del precedente indirizzo programmatico, che vedeva nel distretto l'organizzazione "periferica" dell'Azienda, in aderenza prevalente alle caratteristiche geo-morfologiche del territorio ed alle dotazioni strutturali presenti. In conseguenza di tale visione, la attuale fisionomia delle Aziende è tale per cui vi sono Distretti che assistono anche 150.000 persone, come nel caso della città di Napoli, e Distretti destinati all'assistenza anche di poche migliaia di abitanti, come nel caso di alcuni distretti della provincia di Benevento.

E', peraltro, noto come nel D.Lgs.229/99 il Distretto sia descritto come centro dell'attività assistenziale dell'Azienda, con una forte caratterizzazione di autonomia in risorse umane ed economiche, tanto da far prevedere - come parametro corretto per avere una utilizzazione più efficace delle risorse e fatte salve solo realtà caratterizzate da oggettive difficoltà di comunicazione - che l'ambito territoriale ottimale sia ricondotto ad almeno 60.000 abitanti. A tale dimensione, infatti, è riconoscibile - stanti i compiti attribuiti - il punto ottimale di equilibrio per l'allocazione delle risorse.

#### FUNZIONI ED ATTIVITA' DEL DISTRETTO

Il PSN, ma soprattutto il D.lgs.229/99, rimarcano come accanto alla individuazione del Distretto quale macrolivello assistenziale extraospedaliero, con tutte le relative attività, occorra che il Distretto Sanitario (DS) sia dotato di autonomia tecnico gestionale ed economico finanziaria, con contabilità separata all'interno del bilancio. E', infatti, in relazione agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento che al DS vengono attribuite le necessarie risorse ed è in tal senso che va orientata la necessità di distinzione operativa tra competenza tecnico-professionale e competenza gestionale del DS.

Il riconoscimento al Distretto di una specifica responsabilità all'interno della Azienda, per la integrazione delle attività di assistenza territoriale tra loro e con l'assistenza sociale, costituisce - pertanto - uno degli obiettivi di fondo per una programmazione sanitaria attualizzata al contesto normativo vigente. A tal fine, occorrerà che tutte le attività assistenziali territoriali extra - ospedaliere, ovvero non abbisognevole di ricovero con pernottamento, debbano essere ricondotte ad un unico livello di facilitazione dei percorsi di accesso del cittadino ai servizi garantiti, pur nel rispetto delle autonomie delle competenze dei soggetti erogatori (presidi ospedalieri, distretto, dipartimenti) per le rispettive prestazioni.

D'altra parte, il Distretto deve divenire realmente in grado di rispondere ai bisogni sanitari e sociosanitari della popolazione assistita, orientando da un lato la domanda e componendo dall'altro l'offerta. Attualmente uno dei principali problemi del nostro sistema di assistenza sanitaria in regione, è quello della presenza di sacche di "inappropriatezza", intesa sia come "inefficacia diagnostica" (assenza di evidenza scientifica rispetto all'attivazione di un percorso di cura), sia come "inefficacia terapeutica" (assenza di evidenza scientifica di risultati terapeutici); inoltre molti problemi di salute vengono affrontati nei posti sbagliati, con il risultato talvolta paradossale che alcune prestazioni rese in ospedale potrebbero essere trattate addirittura dal Medico di Medicina Generale.



L'impostazione organizzativa del Distretto fino ad ora tenuta, infatti, conservando modelli di erogazione assistenziale focalizzati sull'offerta di ciascun servizio, nel limitare la valutazione dei risultati alla attività di quel determinato settore, ha spesso trascurato una valutazione in termini di bilancio di salute e di uso appropriato delle risorse disponibili. Al cittadino utente che si rivolge al Distretto si è così fatto direttamente carico di ricomporre i vari tasselli della organizzazione, per riuscire a trovare la risposta ritenuta adeguata al suo bisogno di salute, con effetti finali di non comprovata efficacia e sicuramente di inefficienza complessiva del sistema.

Sottolineando come il Distretto sia anche il luogo ottimale di esercizio delle attività di promozione della salute e di prevenzione delle malattie e delle disabilità secondo programmi intersettoriali promossi congiuntamente dagli Enti locali e dalla Azienda Sanitaria, si ricava come sia funzione primaria del Distretto l'analisi delle specificità delle risorse e dei bisogni di salute nelle diverse aree territoriali e la promozione e lo sviluppo della collaborazione con la popolazione e con le sue forme associative. Più in generale, è compito del Distretto promuovere e valorizzare l'integrazione tra i servizi e la rete sociale di solidarietà, formale e informale. La rete integrata dei servizi sanitari e socio-sanitari realizzata dall'Azienda nel contribuire a consolidare anche forme di collaborazione fra la pluralità di soggetti istituzionali e sociali presenti nel territorio, punterà a rafforzare e integrare fra loro le reti formali e informali di solidarietà.

Nell'ambito dell'A.S.L., il Distretto rappresenta la sede più idonea per il confronto con le autonomie locali e per la gestione dei rapporti con la popolazione e, quale garante della salute è responsabile della funzione di tutela, assicura l'espletamento delle attività e dei servizi territoriali indicati dalla normativa nazionale, nonché delle attività organizzative e di coordinamento del percorso sanitario connesse all'espletamento di tale importante funzione.

Le risorse di personale assegnate al Distretto per l'esercizio delle funzioni di propria competenza sono aggregate in strutture organizzative ed operative, articolate su base territoriale, di norma aggregate in ambito dipartimentale, in modo da rispondere al fabbisogno dell'intero ambito distrettuale.

#### L'ORGANIZZAZIONE DEL DISTRETTO

Lo sviluppo dell'organizzazione dipartimentale territoriale procede collateralmente all'evoluzione ed al consolidamento, nella A.S.L., e nel distretto della funzione di governo della domanda di servizi sanitari e socio-sanitari e del conseguente percorso assistenziale, svolto in ambito territoriale.

L'organizzazione dipartimentale dei servizi del territorio è pertanto configurabile come aggregazione di strutture complesse e semplici aventi competenze e funzioni prevalentemente orientate sul versante dell'offerta e, quindi, dell'erogazione di prestazioni (territoriali, ambulatoriali, domiciliari, residenziali, semi-residenziali, preventive) in modo integrato.

In tale quadro, lo sviluppo organizzativo dipartimentale territoriale parallelo e contestuale allo sviluppo organizzativo distrettuale come descritto nel presente titolo, procede attraverso:

- la ricognizione puntuale e la razionalizzazione delle funzioni produttive ed erogative di prestazioni facenti capo, rispettivamente, alle strutture operative e al distretto;
- la progressiva riconduzione dalla competenza e responsabilità delle strutture operative territoriali di pertinenza, delle funzioni relative alle attività di base ed alle strutture poliambulatoriali e consultoriali distrettuali;
- l'articolazione delle strutture operative territoriali dell'A.S.L. in strutture complesse e semplici, operanti in ambito distrettuale: l'articolazione deve essere tale da coprire, in forma omogenea e con criteri di efficacia, efficienza ed economicità, il fabbisogno del territorio in coerenza con quanto definito nei Programmi delle attività territoriali - distrettuali di cui all'art.3-quater del decreto legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;
- l'aggregazione delle strutture produttive territoriali, complesse e semplici, nei Dipartimenti territoriali.

Al fine di non moltiplicare i centri di responsabilità in ambito territoriale nella prima fase di transizione sembrerebbe consigliabile, ferma restando l'autonomia aziendale nelle singole scelte, individuare un unico dipartimento territoriale dell'assistenza sanitaria (o delle cure primarie che dir si voglia) che raggruppi in sé tutte le attività assistenziali di base e specialistiche (a parte le attività legate alla salute mentale e alla prevenzione)

In questo ambito si potrebbero poi definire percorsi globali per macroaree, quali bambini, adulti, anziani, inserendo all'interno di ogni macroarea le specificità professionali necessarie per la presa in carico dei singoli percorsi socio-assistenziali, socio-sanitari, e sanitari.

Un siffatto modello, che fa della flessibilità interna il cardine della modulazione della risposta, non incamerando il bisogno all'interno di strutture predefinite a livello regionale, consente la migliore gestione dell' "incertezza", come momento qualificante nell'approccio, tipicamente complesso, ai bisogni reali di salute di una popolazione.

#### L'INTEGRAZIONE SOCIO - SANITARIA

A livello distrettuale si intrecciano profondamente la produzione di servizi sanitari e sociali e lo sviluppo di integrazioni e sinergie con la popolazione sia nell'organizzazione delle attività dei servizi sia nella attuazione di programmi per la promozione della salute, l'adozione di comportamenti e stili di vita "sani", al fine di prevenire o contrastare l'insorgenza di patologie e disabilità.

L'A.S.L. disciplina l'organizzazione del Distretto e la conseguente integrazione organizzativa fra Distretti e Dipartimenti, in modo da garantire prioritariamente l'erogazione delle prestazioni di assistenza primaria e delle prestazioni socio-sanitarie

di cui all'art.3-quinques, comma 1 del decreto legislativo 502/1992 modificato ed integrato.

Il coinvolgimento di aspetti sia sanitari che sociali nell'approccio ad alcune aree di bisogno sostanzia la necessità che tali interventi non siano più espressione frammentaria di episodiche mobilitazioni di risorse e/o attività, ma assumano la fisionomia di momenti altamente coordinati ed integrati tra loro disegnando, nella modalità di risposta ad un bisogno complesso, un progetto multidimensionale di intervento che necessariamente interessa la globalità della persona, nella sua sfera fisica, psichica e sociale.

Coerentemente con tale principio, il D.Lgs. 229/99 definisce le prestazioni sociosanitarie come le "attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie e azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione".

Lo stesso decreto individua due tipologie di prestazioni socio-sanitarie:

- a) prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, le cui attività sono finalizzate alla promozione della salute, alla prevenzione, all'individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite e acquisite. Tali prestazioni sono di competenza delle Aziende Sanitarie ;
- b) prestazioni sociali a rilevanza sanitaria e, cioè, 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. Tali prestazioni sono di competenza dei Comuni;
- c) prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria. Tali prestazioni, assicurate dalle Aziende Sanitarie, sono comprese nei livelli di assistenza, sono caratterizzate da particolare rilevanza terapeutica e intensità della componente sanitaria e riguardano, in particolare, l'area del materno-infantile, anziani, handicap, patologie psichiatriche, dipendenza da droga, alcool e farmaci, patologie per infezioni da HIV, patologie in fasi terminali, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative.

Il Distretto Sanitario è l'articolazione aziendale dove realizzare l'integrazione sociosanitaria e, dal punto di vista del modello organizzativo, si caratterizza come "un'area sistema" all'interno della quale debbono incontrarsi, con coerenza, le caratteristiche omogenee di alcune particolari condizioni della struttura dei bisogni (che costituiscono la domanda sociale) e le modalità obbligate d'intervento, garantendo efficacia ed efficienza delle prestazioni. È in questo senso che l'integrazione sociosanitaria va prioritariamente riconosciuta nella domanda e successivamente realizzata nei sistemi d'offerta, superando il tradizionale settorialismo.

L'integrazione socio-sanitaria si realizza, quindi, tenendo conto:

- della natura dei bisogni;
- della fonte di erogazione delle prestazioni;

- della intensità della componente sanitaria;
- dei principi e dei criteri direttivi per la individuazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale e quelle a rilevanza sanitaria, così come dei criteri di finanziamento di ciò che compete alle aziende sanitarie e ai comuni, che saranno definiti in un successivo atto di indirizzo e coordinamento dal governo centrale,

attraverso:

- l'individuazione del Distretto Sanitario quale ambito territoriale ottimale per la gestione delle attività sociali a rilievo sanitario delegate dai Comuni, dalla fase di valutazione al progetto terapeutico, alla verifica di efficacia, alla congruenza economica;
- l'individuazione di funzioni operative riconducibili a prestazioni monoprofessionali o erogabili tramite gruppi di lavoro multiprofessionali;
- la realizzazione di un programma di politiche socio-sanitarie rivolto a tali aree di bisogno e che permetta realmente la gestione unitaria ed integrata dei servizi alle persone. Tale programma deve essere realizzato con accordi definiti tra gli enti che l'adottano e la concertazione dei piani deve avvenire attraverso accordi di programma collegati anche a strumenti di concertazione di più ampio respiro come, ad esempio, i Patti Territoriali. Si giunge, in tal modo, alla formulazione e sottoscrizione di un Programma Regionale dei servizi ad alta integrazione socio-sanitaria, che espressamente individui:
  - gli obiettivi strategici e le priorità d'intervento, nonché le risorse strutturali, organizzative, umane ed economiche messe dalle parti a disposizione, per la realizzazione del piano, da tutti i Soggetti coinvolti;
  - le modalità organizzative per garantire l'integrazione tra i diversi servizi e prestazioni, nonché le risorse comuni ed i requisiti di verifica e miglioramento continuo della qualità;
  - le modalità per coordinare gli interventi con gli altri Soggetti delle amministrazioni pubbliche interessate;
  - le modalità di collaborazione con i Soggetti della solidarietà sociale;
  - le forme di concertazione tra Comune, ASL e Soggetti privati o del privato sociale.

### ***Il programma delle attività territoriali distrettuali***

Il Programma delle attività territoriali-distrettuali, elaborato con i contenuti e con le modalità di cui all'art. 3-quater, comma 3 del decreto legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, nonché con i contenuti previsti dai Regolamenti di esecuzione degli AA.CC.NN. per i medici di medicina generale e per i pediatri di libera scelta (D.P.R. 270 e 271 del 28/7/2000), definisce gli obiettivi da perseguire, in attuazione delle strategie aziendali e sulla base della situazione esistente e del fabbisogno rilevato nell'area di riferimento, individuando le attività da svolgere per conseguirli e la relativa distribuzione delle risorse assegnate.

Il Programma definisce inoltre le modalità di verifica dei risultati raggiunti rispetto agli obiettivi prefissati, in termini di efficienza, efficacia ed economicità, al fine di rendere possibili periodici riadeguamenti delle attività.

Il Programma rappresenta l'ambito d'integrazione, sul piano della definizione degli obiettivi e della destinazione delle rispettive risorse, fra i servizi sanitari distrettuali e quelli sociali al fine di offrire al cittadino interventi coordinati e completi, in un'ottica di ottimizzazione nell'impiego delle risorse disponibili e sulla base di una comune analisi dei bisogni di salute presenti sul territorio di riferimento.

Il Programma delle attività territoriali-distrettuali è proposto dal Direttore del Distretto, sulla base delle risorse assegnate e coerentemente con la programmazione regionale e aziendale, previa concertazione e coordinamento con i responsabili dei Dipartimenti territoriali e ospedalieri dell'A.S.L. e sentito l'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali e il Comitato dei Sindaci di Distretto.

La proposta di Programma è trasmessa al Direttore Generale ai fini dell'approvazione, d'intesa con il suddetto Comitato limitatamente alle attività socio-sanitarie.

Ai sensi dei citati D.P.R. 270 e 271 del 2000, il Direttore del Distretto, unitamente ai propri collaboratori ed all'Ufficio di coordinamento delle attività distrettuali è coadiuvato, per il monitoraggio delle attività previste dal Programma, concernenti la medicina generale e la pediatria di famiglia, rispettivamente da un rappresentante dei medici di base e da un rappresentante dei pediatri di famiglia, eletti tra quelli operanti nel Distretto.

## LA DIREZIONE DISTRETTUALE

### ***Il direttore del distretto***

In coerenza con un'evoluzione organizzativa della funzione di tutela sanitaria della popolazione, il Direttore del Distretto è la figura dirigenziale manageriale incaricata dalla Direzione dell'A.S.L. all'espletamento, in un ambito territoriale prossimo alla comunità locale, della funzione di governo della domanda e delle azioni di salute rispetto alle diverse fasi della malattia (dal primo accesso alla riabilitazione).

Il Direttore del Distretto, nell'ambito della funzione di tutela affidata al Distretto, si configura come il "garante" del complesso delle attività sanitarie e amministrative connesse al percorso terapeutico del paziente. In quanto tale è responsabile della realizzazione, nell'ambito territoriale di competenza, degli indirizzi strategici della

Direzione dell'A.S.L., nonché della direzione delle risorse attribuite e dell'attività svolta dalle strutture assegnate verso il perseguimento di precisi obiettivi programmatici.

Compete al Direttore promuovere, sul territorio di competenza e nell'ambito della programmazione distrettuale, la rete di risposte sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate che devono essere garantite ai sensi dell'art. 3-quinquies del decreto legislativo 502/92 modificato ed integrato, al fine di soddisfare i bisogni di assistenza primaria della popolazione.

A tal fine il Direttore del Distretto è responsabile dello svolgimento delle seguenti funzioni:

1. analisi del fabbisogno e della domanda di assistenza sanitaria e socio-sanitaria della popolazione al fine di garantire percorsi diagnostico-terapeutici con tempi adeguati alle necessità dell'utenza, nell'ambito della programmazione distrettuale;
2. gestione, organizzazione e coordinamento delle risorse tecnico-professionali, amministrative, patrimoniali e finanziarie assegnate al Distretto;
3. allocazione delle risorse attribuite fra le varie strutture pubbliche e private accreditate;
4. organizzazione e coordinamento della rete di servizi distrettuali, garantendone l'interrelazione e la trasversalità al fine di assicurarne adeguati livelli di accessibilità da parte della popolazione, di efficacia, efficienza, qualità e continuità nonché l'integrazione fra gli stessi e gli altri servizi alla persona esistenti nell'ambito territoriale;
5. gestione del rapporto con i soggetti convenzionati e con le strutture accreditate presenti sul territorio del Distretto ed allocazione delle risorse assegnate;
6. coordinamento e concertazione con i responsabili dei Dipartimenti territoriali e ospedalieri dell'A.S.L. in merito alla programmazione dell'offerta dei servizi sanitari e socio-sanitari che il Distretto è tenuto a garantire ed alla formazione professionale degli operatori;
7. coordinamento e concertazione con gli organi tecnici e direzionali degli Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali per la definizione delle modalità operative di integrazione rispetto alle attività socio-sanitarie integrate;
8. elaborazione della proposta relativa al Programma delle attività territoriali-distrettuali;
9. monitoraggio dei dati di attività e dei risultati conseguiti in termini qualitativi e quantitativi, in attuazione del Programma delle attività territoriali-distrettuali, anche ai fini della descrizione dell'attività svolta, delle risorse impiegate, dei relativi costi e ricavi nell'ambito della relazione annuale di Distretto, che deve essere predisposta, a consuntivo, quale parte integrante della relazione di A.S.L.

Considerate le suddette funzioni, è necessario che il dirigente individuato per l'incarico sia in possesso di adeguate attitudini relazionali e di comprovate competenze nella gestione e nell'amministrazione delle risorse disponibili a fronte della domanda di

servizi, nonché di capacità professionale nella gestione di percorsi di sviluppo organizzativo.

Al Direttore del Distretto sono attribuite le risorse definite in rapporto alle funzioni assegnate ed agli obiettivi di salute della popolazione di riferimento definiti nel Programma delle attività territoriali-distrettuali approvato dal Direttore Generale.

L'espletamento, a livello di Distretto, delle attività connesse alla funzione di tutela sanitaria e socio-sanitaria della popolazione, come previsto dal P.S.N., presuppone la dotazione dell'area di direzione distrettuale di adeguate risorse professionali competenti rispetto alla programmazione, alla gestione organizzativa, alla gestione del budget assegnato al Distretto, alla gestione del sistema informativo, all'analisi ed all'elaborazione dei dati, alla gestione delle relazioni interne ed esterne, nonché al supporto amministrativo all'azione di governo propria del Direttore del Distretto ed alle attività di tutte le aree distrettuali.

### ***L' ufficio di coordinamento delle attività distrettuali***

Il Direttore del Distretto si avvale di un ufficio di coordinamento delle attività distrettuali con funzioni propositive e tecnico-consultive, nonché di interrelazione funzionale e tecnico-operativa rispetto alla rete dei servizi e delle attività distrettuali.

Tale ufficio è composto come previsto dall'art. 3-sexies, comma 2 del decreto legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni

L'ufficio è integrato, nelle materie afferenti all'area socio-sanitaria, dal Dirigente del Servizio socio-assistenziale .

### **IL COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO**

L'efficace esercizio della funzione del Distretto quale centro di riferimento sanitario della comunità locale, presuppone una completa e costante valorizzazione del ruolo delle autonomie locali.

In tale ottica, il Comitato dei Sindaci di Distretto previsto dall'art. 3-quater, comma 4 del decreto legislativo 502/1992 e successive modifiche ed integrazioni, esplica funzioni consultive e propositive sulla programmazione distrettuale delle attività e sul livello di soddisfazione rispetto ai servizi erogati.

In particolare, il citato art. 3-quater del decreto D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni stabilisce che compete al Comitato dei Sindaci di Distretto, quale organismo rappresentativo di tutte le amministrazioni comunali presenti nell'ambito

territoriale del Distretto, quanto segue:

- l'espressione del parere sulla proposta, formulata dal Direttore del Distretto, relativa al Programma delle attività territoriali-distrettuali;
- l'espressione del parere, limitatamente alle attività socio-sanitarie sull'atto del Direttore Generale con il quale viene approvato il suddetto Programma, coerentemente con le priorità stabilite a livello regionale;
- la diffusione dell'informazione sui settori socio-sanitari e socio-assistenziali e la promozione, a livello di indirizzo politico, delle relative attività in forma integrata e coordinata.

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

Nei Distretti della A.S.L. del territorio del Comune di Napoli, è istituito il Comitato dei Presidenti di Circoscrizione (in luogo del Comitato dei Sindaci), ai sensi del citato art. 3-quater, comma 4 del decreto legislativo 502/92, composto dai Presidenti delle Circoscrizioni comunali facenti capo all'ambito territoriale del Distretto.

Ai fini dell'espressione dei pareri previsti dalla legge, il Comitato dei Sindaci è da intendersi come rappresentativo degli indirizzi relativi alle politiche sociali propri di ciascun Comune e dell'Ente gestore delle funzioni socio-assistenziali esistenti nell'ambito territoriale del Distretto, dei quali ciascun Sindaco fa parte in qualità di membro dell'organo di indirizzo politico (Assemblea consortile, Assemblea dei Comuni associati e Assemblea Comunità Montana).

Nei Distretti montani, il Comitato dei Sindaci di Distretto è integrato dal Presidente della Comunità Montana coinvolta del progetto.

Il Comitato è presieduto da un Presidente eletto nel suo seno a maggioranza assoluta dei componenti a scrutinio segreto.

Fino alla nomina del Presidente, le sedute del Comitato sono presiedute dal Sindaco del Comune sede di Distretto.

Alle sedute del Comitato partecipano, senza diritto di voto, il Direttore Generale o suo delegato e il Direttore del Distretto.

Il Comitato dei Sindaci, entro 30 gg. dall'insediamento, approva il regolamento relativo alla propria organizzazione e funzionamento, compreso l'espletamento delle attività amministrative e di supporto da parte del Comune che esprime la Presidenza, sentito il parere del Direttore Generale e del Direttore del Distretto.

Il Comitato è convocato dal suo Presidente ai fini dell'espressione dei pareri sopra citati,



previsti dalla legge, qualora lo richieda il Direttore Generale dell'A.S.L. e quando lo richieda per iscritto almeno un terzo dei componenti, indicando gli argomenti da trattare corredati delle relative proposte.

## LE PROSPETTIVE ORGANIZZATIVE DEL DISTRETTO A REGIME

La evoluzione organizzativa del distretto a regime è programmata e gestita da ciascuna Azienda coerentemente con la propria specificità locale, con le caratteristiche dell'ambiente e della popolazione di riferimento e con le strategie perseguite.

Lo sviluppo procede pertanto, anche mediante progettazioni sperimentali, previa definizione nell'atto aziendale delle scansioni del percorso, attraverso i seguenti momenti intermedi, i primi due in progressione parallela:

1. Potenziamento e concentrazione, a livello di distretto, delle funzioni di tutela sanitaria e socio-sanitaria della popolazione per quanto attiene al livello assistenziale territoriale e razionalizzazione, secondo criteri di omogeneità, delle competenze produttive di prestazioni facenti capo rispettivamente al Distretto e alle strutture operative territoriali.
2. Sviluppo e concentrazione nell'organizzazione dipartimentale della produzione dei servizi territoriali ed ospedalieri.
3. Decentramento progressivo, a livello di distretto, della funzione complessiva di tutela sanitaria della popolazione, oggi ancora prevalentemente concentrata a livello centrale aziendale; decentramento che avviene nell'ambito degli obiettivi strategici aziendali stabiliti in sede di programmazione.

Particolare importanza in questo percorso assumono:

- a) la sperimentazione di soluzioni organizzative tali da configurare il Distretto quale principale punto d'accesso, non solo ai servizi distrettuali ma alla rete generale dei servizi sanitari. Tale soluzione si sostanzia, operativamente, nell'organizzazione di punti di accettazione territoriale ai quali compete, oltre alla tradizionale funzione di filtro ed informazione, anche l'attivazione di tutte le risposte necessarie a soddisfare la richiesta ed il bisogno del cittadino in connessione con le risorse disponibili. In tale organizzazione il medico di base, primo interlocutore del cittadino, si rapporta al servizio distrettuale con modalità stabilite a livello aziendale e tramite soluzioni informatiche tali da agevolare il più possibile la comunicazione tra i medici stessi e i punti di accettazione;
- b) una organizzazione dell'attività distrettuale tale da ottimizzare l'integrazione fra le funzioni sanitarie e socio-sanitarie di competenza del Distretto con quelle socio-assistenziali gestite dagli Enti locali o delegate all'A.S.L. dai Comuni e gestite a livello di Distretto.

Le modalità organizzative per l'integrazione socio-sanitaria sono incentrate sullo

strumento della convenzione/accordo fra A.S.L. ed Enti gestori delle funzioni socio-assistenziali aventi sede nel proprio ambito territoriale, da stipularsi sulla base degli indirizzi stabiliti nei rispettivi atti di programmazione locale. Alla convenzione/accordo segue la definizione del protocollo operativo fra Distretto ed Ente o Servizio socio-assistenziale facente capo al proprio ambito territoriale, nel quale sono definiti i livelli ed i criteri di coordinamento delle prestazioni e dei servizi, le modalità di costituzione e funzionamento delle équipes professionali, le procedure a garanzia della progettazione comune ai fini dell'imputazione degli oneri.

## PRINCIPI E CRITERI PER L'INDIVIDUAZIONE DEI DISTRETTI

Gli ambiti territoriali dei Distretti sono individuati dall'A.S.L. sulla base di quanto disposto dall'art.3-quater, comma 1 del decreto legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, sentito il parere della Conferenza dei Sindaci o dei Presidenti di Circoscrizione, tenendo conto dei seguenti principi:

1. individuazione degli ambiti distrettuali in funzione dell'obiettivo della territorializzazione dei servizi sanitari e socio-sanitari, da perseguire mediante l'adozione di modelli organizzativi ispirati a criteri di efficacia, efficienza, economicità e razionalizzazione nell'erogazione di risposte appropriate rispetto alle rilevate esigenze della popolazione;
2. individuazione del territorio distrettuale quale ambito di sviluppo di rapporti d'integrazione e di coordinamento fra i diversi soggetti istituzionali coinvolti nella funzione di tutela sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale dei cittadini campani.

Il decreto legislativo 502/92 e successive modifiche ed integrazioni e il P.S.N. individuano, infatti, nel Distretto la sede territoriale ottimale ed il livello istituzionale per l'integrazione dell'attività sanitaria con quella socio-sanitaria e sociale a rilievo sanitario, sia sul piano programmatico che operativo.

E' opportuna, pertanto, la coincidenza dell'ambito territoriale distrettuale con uno o più ambiti territoriali di gestione dei servizi socio-assistenziali da parte dei Comuni.

Deroghe al limite stabilito dal decreto legislativo sono previste in considerazione della specificità territoriale e delle caratteristiche geomorfologiche delle seguenti aree:

1. zone montane, coincidenti con una o più Comunità Montane, nelle quali gli aspetti morfologici e culturali assumono particolare rilievo, caratterizzando anche gli aspetti economici e sociali, soprattutto per la prevalenza delle fasce anziane della popolazione;
2. aree estese, a bassa densità di popolazione residente e ad elevata presenza di Comuni con dimensioni demografiche molto ridotte: in queste aree, analogamente a quelle montane e isolate, la dispersione abitativa e le

discontinuità territoriali determinano difficoltà di collegamento e di accesso ai servizi di assistenza primaria alla persona, richiedendo quindi adeguati interventi a salvaguardia della peculiarità delle esigenze delle comunità locali.

## TITOLO V

### PRINCIPI E CRITERI PER IL GOVERNO ECONOMICO-FINANZIARIO DELLE AZIENDE SANITARIE REGIONALI

#### PRINCIPI GENERALI

Nell'atto aziendale e nel relativo regolamento di organizzazione devono essere individuati come centri di responsabilità, oltre ai presidi ospedalieri, ai distretti e i dipartimenti, anche le altre strutture complesse (e/o semplici) afferenti ad aree di attività che richiedono unitarietà di organizzazione e coordinamento gestionale.

Il direttore Generale attribuisce l'autonomia finanziaria della gestione budgetaria ai centri di responsabilità per conseguire la funzionalità e l'efficienza della gestione.

Il Direttore Generale individua il responsabile di ciascun centro di responsabilità che risponde dell'attività e dei servizi svolti nonché dei relativi risultati, del budget attribuito e della relativa gestione, nonché della tenuta dei beni inventariati assegnati.

Sono centri di costo le strutture incaricate di gestire risorse con autonomia finanziaria budgetaria.

I centri di costo sono sott'ordinati rispetto ai centri di responsabilità e sono costituiti da strutture di dimensioni più piccole e con caratteristiche funzionali omogenee.

Il direttore generale definisce l'elenco dei centri di costo che debbono far capo a ciascun centro di responsabilità e nomina i relativi responsabili.

In tale contesto si colloca l'obbligo di rendicontazione analitica con contabilità separata, all'interno del bilancio, per ogni macrostruttura aziendale e la possibilità di predisporre, da parte del Direttore Generale, analoghi strumenti anche per le altre strutture organizzative.

Per le finalità di cui sopra, i direttori generali delle aziende sulla base dei principi contenuti nel decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502 e successive modificazioni, nonché dei principi di riorganizzazione e di razionalizzazione della pubblica amministrazione individuati nel decreto legislativo 3 febbraio 1993, n. 29 e successive modificazioni, sono tenuti ad impostare l'organizzazione e la gestione delle aziende stesse in modo da responsabilizzare al massimo i soggetti e i centri di costo e di ricavo per il conseguimento degli obiettivi aziendali e per assicurare i prescritti livelli di assistenza.

Le aziende sanitarie sono enti pubblici non economici senza finalità di lucro. L'eventuale esercizio di attività commerciali da parte delle aziende predette deve essere finalizzato al raggiungimento dei fini aziendali nonché alla riduzione dei costi di gestione.

## BILANCI DI PREVISIONE

### Bilancio economico di previsione annuale.

Il bilancio economico di previsione annuale è costituito dall'insieme delle previsioni dei costi dei fattori produttivi o dei servizi da impiegare e dei ricavi conseguenti all'attività di esercizio e rappresenta la linea guida della gestione economica che deve tendere al pareggio dell'esercizio. Il bilancio economico di previsione è approvato dal direttore generale, di norma, entro il 30 settembre dell'anno precedente l'inizio dell'esercizio. Nella previsione dei costi dei fattori da impiegare le aziende tengono conto delle giacenze iniziali e delle presunte giacenze finali.

### Bilancio di previsione pluriennale.

Il bilancio di previsione pluriennale è elaborato con riferimento agli strumenti della programmazione sanitaria regionale e aziendale. Il bilancio di previsione pluriennale è organizzato per livelli assistenziali, programmi e progetti.

## GESTIONE BUDGETARIA

### Principi di gestione budgetaria.

L'attività economica delle Aziende deve essere ispirata alla razionale gestione delle risorse attribuite ed introitate mediante valutazioni comparative dei costi, dei rendimenti, dei risultati. A tal fine le Aziende utilizzano:

- a) il metodo budgetario;
- b) il controllo di gestione;
- c) il sistema informativo aziendale.

### Definizione e articolazione del budget.

Il budget è costituito dall'insieme di documenti di carattere economico, patrimoniale e finanziario che descrivono gli obiettivi di gestione in termini di risultati da raggiungere e di risorse da impiegare.

Il budget è distinto in:

a) budget generale, che è riferito all'intera Azienda e rappresenta lo strumento di coordinamento dei budget funzionali e il termine di confronto per la verifica dei risultati consuntivi;

b) budget funzionali, che sono riferiti alle strutture erogative (dipartimenti, distretti, presidi ospedalieri ed altre strutture complesse) e, al loro interno, ai centri di responsabilità economica e rappresentano lo strumento per definire e concordare in via preventiva i volumi di attività e i costi relativi.

### Gestione del budget.

Il direttore generale determina le strutture erogative e i centri di responsabilità cui corrispondono i budget funzionali e ne individua i responsabili.

Il responsabile di budget funzionale determina l'impiego delle risorse e risponde dei risultati economici e degli scostamenti dei costi e ricavi di gestione rispetto al budget secondo le modalità, i termini e le procedure concordate con il direttore generale.

### Sistema informativo aziendale.

Il sistema informativo aziendale è articolato per i fini della gestione economica in due parti:

- a) sistema informativo per la gestione budgetaria;
- b) sistema informativo contabile.

## CONTABILITA' AZIENDALE

### Contabilità aziendale.

La contabilità delle Aziende è formata da:

a) contabilità generale costituita dal sistema coordinato di scritture in partita doppia aventi lo scopo di determinare il risultato economico al termine di ciascun esercizio, mediante la rilevazione dei fatti esterni di gestione;

b) contabilità analitica costituita dalla rilevazione dei fatti interni di gestione ed avente lo scopo di determinare i costi e i ricavi delle prestazioni, dei servizi, dei processi, dei risultati economici particolari.

La contabilità generale è armonizzata con i sottosistemi di rilevazioni analitiche, al fine di analizzare ed evidenziare le principali informazioni del sistema.

Costituiscono il nucleo essenziale dei sottosistemi delle rilevazioni elementari:

- a) la contabilità del personale;
- b) la contabilità degli acquisti e dei fornitori;
- c) la contabilità di magazzino;
- d) le registrazioni concernenti i beni strumentali;
- e) la contabilità delle prestazioni, incluse quelle in mobilità sanitaria attiva e passiva;
- f) la contabilità dei movimenti finanziari.

Il sistema contabile deve essere armonizzato ed integrato con le altre parti del sistema informativo e con l'intero sistema organizzativo dell'Azienda.

### Scritture obbligatorie.

Le aziende tengono le seguenti scritture obbligatorie:

- a) libro giornale;
- b) libro degli inventari;
- c) registro dei cespiti ammortizzabili;
- d) libro mastro;
- e) registri IVA;
- f) registro delle deliberazioni del direttore generale;
- g) libro delle adunanze e dei verbali del collegio dei sindaci.

Le Aziende devono altresì tenere le altre scritture contabili previste dalle disposizioni nazionali e regionali.

Le vidimazioni del libro giornale, del libro degli inventari e del registro dei cespiti ammortizzabili sono effettuate dal collegio sindacale. I registri IVA sono vidimati a termini della normativa fiscale. Il registro degli inventari deve essere vidimato entro trenta giorni dall'approvazione del conto consuntivo da parte della Regione. Tutti gli altri registri obbligatori non sono soggetti a vidimazione.

### Classificazione dei beni.

I beni appartenenti alle Aziende sono classificati in beni immateriali, beni immobili, beni mobili pluriennali, titoli, beni di consumo, beni d'uso.

La classificazione di cui al comma precedente, coerente con lo schema di bilancio e con il piano dei conti analitico, è articolata sulla base delle direttive della Regione ed è uniforme per tutte le strutture sanitarie, per le necessità di consolidamento e raffrontabilità dei risultati.

### Inventario generale del patrimonio.

L'inventario generale del patrimonio viene redatto con riferimento all'avvio della contabilità economico-patrimoniale delle aziende e successivamente ogni anno. L'inventario contiene l'indicazione analitica e la valutazione delle attività e delle passività che compongono il patrimonio delle Aziende con riferimento al 31 dicembre di ogni anno.

L'inventario generale del patrimonio deve essere coordinato e compatibile con lo schema di bilancio e con le prescrizioni del codice civile.

## BILANCIO DI ESERCIZIO

### Bilancio di esercizio.

Il bilancio di esercizio si compone dello stato patrimoniale, del conto economico e della nota integrativa. Il bilancio di esercizio rappresenta il risultato economico, la situazione patrimoniale e finanziaria delle aziende. Il bilancio di esercizio è strutturato secondo lo schema di bilancio nazionale ed articolato secondo il piano dei conti regionale.

Il bilancio di esercizio è deliberato dal direttore generale entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello cui si riferisce ed è trasmesso entro dieci giorni alla Regione corredato dalla relazione sulla gestione e dalla relazione del collegio sindacale. Nello stesso termine il bilancio di esercizio è trasmesso alla conferenza dei sindaci.

### Principi e criteri di redazione del bilancio di esercizio.

Nel bilancio di esercizio la valutazione delle poste è effettuata secondo le direttive regionali e nazionali. Nella redazione del bilancio di esercizio si deve tener conto:

a) dei ricavi, dei proventi e dei costi di competenza dell'esercizio, indipendentemente dalla data dell'incasso o del pagamento;

b) dei proventi, oneri e rischi di competenza dell'esercizio, anche se conosciuti dopo la chiusura di questo.

I criteri di valutazione non possono essere modificati da autonome valutazioni difformi dalle direttive regionali e nazionali.

### Criteri di valutazione degli elementi del patrimonio.

Gli immobili, nonché le immobilizzazioni materiali e immateriali del costo unitario superiore a un milione sono iscritti tra le immobilizzazioni. Le immobilizzazioni sono



iscritte al costo di acquisto o di produzione. Nel costo di acquisto o di produzione si computano anche i costi accessori e relative imposte.

I beni di consumo in scorta sono valutati al costo di acquisto medio ponderato continuo. I diritti e i valori mobiliari sono valutati al costo di acquisto o, se incorporati in titoli compresi nei listini ufficiali di borsa, alla quotazione media dell'ultimo trimestre.

Per la valutazione delle altre poste di bilancio si applicano le disposizioni nazionali e regionali o, in mancanza, le disposizioni del codice civile concernenti le imprese.

La Regione, al fine di assicurare l'omogeneità, il consolidamento e la confrontabilità dei bilanci delle Aziende, emanerà specifiche disposizioni in tema di criteri di valutazione.

#### Criteri di ammortamento.

Il costo delle immobilizzazioni materiali e immateriali, strumentali all'esercizio dell'attività, la cui utilizzazione è limitata nel tempo, deve essere sistematicamente ammortizzato in ogni esercizio in relazione alla residua possibilità di utilizzazione.

Le quote di ammortamento sono calcolate, di norma, applicando al costo dei beni i coefficienti base stabiliti dalle norme fiscali per categorie di beni omogenei, avuto riguardo al normale periodo di deterioramento e di consumo. La Regione per specifiche categorie di beni omogenei può stabilire annualmente eventuali aumenti o diminuzioni dei coefficienti base di ammortamento.

#### Struttura del bilancio di esercizio.

Lo stato patrimoniale rappresenta le attività, le passività e il patrimonio netto esistente alla chiusura dell'esercizio.

Il conto economico rappresenta gli elementi positivi e negativi che incidono sul risultato economico di esercizio, evidenziando tale risultato.

Per ogni posta dello stato patrimoniale e del conto economico le risultanze devono essere comparate con quelle del bilancio economico di previsione annuale e con quelle corrispondenti ai risultati dell'esercizio precedente. La non comparabilità e l'adattamento o l'impossibilità di adattamento sono evidenziati e commentati nella nota integrativa.

La nota integrativa è redatta in conformità ai contenuti disciplinati dal codice civile per le imprese e deve contenere i dati e le informazioni di cui all'articolo 10 del decreto legislativo 9 aprile 1994, n. 127, ad eccezione delle informazioni previste ai punti 5, 11, 14, 17 e 18 dello stesso articolo.

Qualora lo schema adottato dalla Regione per la rappresentazione del bilancio di esercizio differisca da quello prescritto da norme dello Stato, le Aziende sono tenute a

procedere alla riclassificazione del bilancio di esercizio secondo lo schema indicato da tali norme, ai fini del consolidamento dei conti pubblici.

### Relazione sulla gestione.

Il bilancio di esercizio è corredato da una relazione del direttore generale sulla situazione dell'Azienda, sull'andamento della gestione nel suo complesso e distintamente per i centri di responsabilità economica, con particolare riguardo ai costi, ai ricavi, ai proventi e agli investimenti.

La relazione sulla gestione deve altresì indicare le motivazioni degli scostamenti rispetto ai budget previsionali, nonché la sintesi dei risultati della gestione.

Qualora il bilancio dimostri una perdita di esercizio, nella relazione sulla gestione, deve essere data separata evidenza, all'analisi delle specifiche cause del risultato negativo.

### Risultati economici di esercizio.

L'eventuale risultato economico positivo di esercizio è destinato ad investimenti. L'eventuale parte non utilizzata è accantonata in un fondo di riserva.

Nel caso di perdita, il direttore generale, unitamente al bilancio di esercizio, formula una separata proposta concernente le modalità di copertura della perdita e le azioni per il riequilibrio della situazione economica, nel rispetto del mantenimento dei livelli uniformi di assistenza. Tale proposta è accompagnata dalle osservazioni del collegio sindacale ed è deliberata dal direttore generale.

Alla perdita di esercizio si fa fronte utilizzando eventuali fondi di riserva. Qualora l'importo dei fondi di riserva non risultasse sufficiente per la copertura della perdita, alla stessa si fa fronte mediante specifici interventi del direttore generale in ordine all'organizzazione e al funzionamento dell'Azienda tesi a garantire economie di gestione. Nel caso in cui le perdite d'esercizio siano dovute alla erogazione di servizi e di livelli d'assistenza superiori agli standards, purché, a costi competitivi ed in condizioni di efficienza, la Regione adotta i provvedimenti per il ripianamento delle perdite e per il riequilibrio delle risorse. La Regione definisce con propri provvedimenti i livelli di efficienza produttiva ai fini del giudizio di efficienza e qualità.

### Pubblicità del bilancio di esercizio.

Il bilancio di esercizio, unitamente alla sintesi dei risultati della gestione in termini di analisi dei costi, dei rendimenti e dei risultati per centro di responsabilità contenuti nella relazione sulla gestione, è pubblicato ai sensi dell'articolo 6 della legge 25 febbraio 1987, n. 67.

## CONTROLLI

### Concordamento di compatibilità.

Il bilancio pluriennale di previsione e il bilancio economico di previsione annuale sono trasmessi alla Giunta entro i tre mesi precedenti l'inizio dell'esercizio, e sono formulati sulla base del concordamento tra Regione e azienda delle risorse regionali da attribuire in rapporto agli obiettivi aziendali.

Con delibera di Giunta vengono stabilite le modalità per la predisposizione e presentazione dei documenti di cui al comma 1.

Non possono essere previste, relativamente alle risorse ordinarie e straordinarie di fonte regionale, quantità superiori a quelle concordate. Per le entrate proprie l'iscrizione in sede di previsione di entrate manifestamente non realizzabili comporta responsabilità contabile del direttore generale dell'azienda.

### Approvazione del bilancio di esercizio.

Il bilancio di esercizio corredato dalle relazioni del direttore generale e del collegio sindacale, è trasmesso alla Regione. Il predetto bilancio è sottoposto all'approvazione della Giunta, che si pronuncia entro sessanta giorni dalla data di ricevimento.

La Giunta, nella deliberazione di approvazione o di non approvazione del bilancio dichiara anche il raggiungimento o il non raggiungimento dei livelli di efficienza produttiva.

Il termine di sessanta giorni può essere interrotto una sola volta per chiarimenti o elementi integrativi di giudizio.

## NORME DI PRIMA APPLICAZIONE

### Valori degli elementi del patrimonio iniziale.

La valutazione degli elementi compresi nel patrimonio iniziale alla data del 1° gennaio 2001 avviene con riferimento ai criteri di seguito indicati .

I beni immobili adibiti a servizi sanitari o in uso diretto dell'azienda sono valutati secondo i criteri stabiliti dalle vigenti disposizioni in tema di imposte comunali sugli immobili. Gli impianti e le immobilizzazioni immateriali sono valutati al costo storico di acquisto o di produzione. Nel costo d'acquisto o di produzione si computano anche i costi accessori e le relative imposte. In caso di impossibilità di effettuare la valutazione

con le modalità predette, la valutazione stessa è effettuata sulla base del valore di acquisizione attuale e dell'indice di vetustà.

I beni mobili sono valutati al costo storico di acquisto o di produzione e, qualora ciò non sia possibile, sulla base di stime del valore di acquisizione attuale e dell'indice di vetustà.

I beni di consumo in scorta sono valutati al costo di acquisto medio ponderato continuo.

I diritti e i valori mobiliari rientrati nelle immobilizzazioni finanziarie sono valutati al costo di acquisto; qualora incorporati in titoli compresi nei listini ufficiali di borsa, alla quotazione media dell'ultimo trimestre.

Le posizioni attive e passive corrispondenti a posizioni di credito e di debito sono desunte e valutate in base alla contabilità finanziaria e ai dati del rendiconto generale annuale dell'esercizio 2000.

La consistenza di cassa è accertata con riferimento alla data del 1° gennaio 2001.

### Valutazione degli elementi patrimoniali per l'avvio della contabilità economico-patrimoniale.

Le aziende, con riferimento alla data del 31 dicembre 2000, procedono alla valutazione degli elementi patrimoniali per la composizione dello stato patrimoniale iniziale e l'avvio della contabilità economico-patrimoniale.

Per la valutazione del patrimonio iniziale il costo storico dei beni immobili, degli impianti e delle immobilizzazioni immateriali e dei beni mobili strumentali all'esercizio delle attività deve essere rettificato mediante ammortamento al fine di tener conto del periodo intercorso fra la data originaria di acquisizione e la data del 31 dicembre 2000. Il valore di rettifica è pari alla quota di ammortamento stabilita in relazione a ciascuna tipologia di beni omogenei da calcolare sulla scorta dei coefficienti base previsti dalla normativa fiscale vigente avendo riguardo al normale periodo di deperimento e di consumo. Qualora il periodo intercorso fra la data di acquisizione del bene e la data del 31 dicembre 2000 risultasse maggiore o uguale al periodo di ammortamento come definito dall'applicazione del criterio adottato, il bene viene valutato in base al presunto valore di acquisizione tenuto conto delle residue utilità produttive e dell'indice di vetustà.

## TITOLO VI

### PRINCIPI E CRITERI PER LA GESTIONE, IL CONTROLLO, LA VALUTAZIONE E LA VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE

#### PRINCIPI GENERALI DEL CONTROLLO INTERNO

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

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

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

- a) l'attività di valutazione e controllo strategico supporta l'attività di programmazione strategica e di indirizzo politico-amministrativo di cui altri articoli 3, comma 1, lettere b) e c) e 14 del decreto n. 29.  
Essa è pertanto svolta da strutture che rispondono direttamente al Direttore Generale. Le strutture stesse svolgono, di norma, anche l'attività di valutazione dei dirigenti direttamente destinatari delle direttive emanate dagli organi di indirizzo politico-amministrativo, in particolare dal Direttore Generale;
- b) il controllo di gestione e l'attività di valutazione dei dirigenti, fermo restando quanto previsto alla lettera a) del presente comma, dall'articolo 15, comma 5, del novellato D.Lgs. 502/92 e dai vigenti CC.NN.LL. per i dirigenti con incarico professionale, sono svolte da strutture e soggetti che rispondono direttamente al Direttore Generale e, nello svolgimento dei propri compiti, forniscono, inoltre, tutti gli elementi in proprio possesso ai dirigenti posti al vertice della struttura interessata e al collegio tecnico previsto dal comma 5, articolo 15 del novellato D.Lgs. 502/92, ai fini della valutazione ivi prevista;
- c) l'attività di valutazione dei dirigenti utilizza anche i risultati del controllo di gestione,

ma è svolta da strutture o soggetti diversi da quelli cui è demandato il controllo di gestione medesimo;

- d) le funzioni di cui alle precedenti lettere sono esercitate in modo integrato;
- e) è fatto divieto di affidare verifiche di regolarità amministrativa e contabile a strutture addette al controllo di gestione, alla valutazione dei dirigenti, al controllo strategico.

Ai sensi degli articoli 13, comma 1, e 24, comma 6, ultimo periodo, della legge 7 agosto 1990, n. 241, il diritto di accesso ai documenti amministrativi afferenti alle attività di valutazione e controllo strategico è differito sino all'esito del procedimento cui ineriscono.

Gli addetti alle strutture che effettuano il controllo di gestione, la valutazione dei dirigenti e il controllo strategico riferiscono sui risultati dell'attività svolta esclusivamente al Direttore Generale.

#### IL CONTROLLO INTERNO DI REGOLARITÀ AMMINISTRATIVA E CONTABILE

Ai controlli di regolarità amministrativa e contabile provvedono gli organi appositamente previsti dall'articolo 3-ter del D.Lgs. 229/99 (collegio sindacale) ivi compresi quelli di cui all'articolo 1, comma 62, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e, nell'ambito delle competenze stabilite dalla vigente legislazione, i servizi ispettivi di finanza della Ragioneria generale dello Stato e quelli con competenze di carattere generale.

Le verifiche di regolarità amministrativa e contabile devono rispettare, in quanto applicabili alla pubblica amministrazione, i principi generali del codice civile.

Il controllo di regolarità amministrativa e contabile non comprende verifiche da effettuarsi in via preventiva se non nei casi espressamente previsti dalla legge e fatto salvo, in ogni caso, il principio secondo cui le definitive determinazioni in ordine all'efficacia dell'atto sono adottate dall'organo amministrativo responsabile.

## CONTROLLO DI GESTIONE

Ai fini del controllo di gestione, l'Azienda definisce:

La/e struttura/e responsabile/i della progettazione e della gestione del controllo di gestione;

- a) le strutture a livello delle quali si intende misurare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'azione amministrativa;
- b) le procedure di determinazione degli obiettivi gestionali e dei soggetti responsabili;
- c) l'insieme dei prodotti e delle finalità delle singole strutture;
- d) le modalità di rilevazione e ripartizione dei costi tra le strutture e di individuazione degli obiettivi per cui i costi sono sostenuti;
- e) gli indicatori specifici per misurare efficacia, efficienza ed economicità;
- f) la frequenza di rilevazione delle informazioni.

## LA VALUTAZIONE DEL PERSONALE CON INCARICO DIRIGENZIALE

L'Azienda, sulla base anche dei risultati del controllo di gestione, valuta, in coerenza a quanto stabilito al riguardo dai contratti collettivi nazionali di lavoro, le prestazioni dei propri dirigenti nonché i comportamenti relativi allo sviluppo delle risorse professionali, umane e organizzative a essi assegnate (competenze organizzative).

La valutazione delle prestazioni e delle competenze organizzative dei dirigenti tiene particolarmente conto dei risultati dell'attività amministrativa e della gestione. La valutazione ha periodicità annuale. Il procedimento per la valutazione è ispirato ai principi previsti dall'art. 15, commi 5 e 6, e dall'art. 15-ter del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni, nonché dell'art.20 e 21 del D.Lgs 29/93 e successive modifiche ed integrazioni e dai rispettivi CCNL.

Per i dirigenti preposti alla direzione dei dipartimenti, dei presidi ospedalieri e dei distretti, ai quali con il presente atto si intende riferirsi all'articolo 14 comma 1, lettera b) del decreto n. 29/93 e successive modifiche ed integrazioni, la valutazione è effettuata dal Direttore Generale, sulla base degli elementi forniti dall'organo di valutazione e controllo strategico.

La procedura di valutazione di cui al comma 3, costituisce presupposto per l'applicazione delle misure di cui all'articolo 21, commi 1 e 2 del decreto n. 29/93 e successive modifiche ed integrazioni, in materia di responsabilità dirigenziale.

## LA VALUTAZIONE E IL CONTROLLO STRATEGICO

L'attività di valutazione e controllo strategico mira a verificare, in funzione dell'esercizio dei poteri di indirizzo e programmazione da parte dei competenti organi, l'effettiva attuazione delle scelte contenute nelle direttive e altri atti di indirizzo politico.

L'attività stessa consiste nell'analisi preventiva e successiva della congruenza e/o degli eventuali scostamenti tra le missioni affidate dalle norme, gli obiettivi operativi prescelti, le scelte operative effettuate e le risorse umane, finanziarie e materiali assegnate, nonché nella identificazione degli eventuali fattori ostativi, delle eventuali responsabilità per la mancata o parziale attuazione, dei possibili rimedi.

Le strutture e i soggetti preposti all'attività di valutazione e controllo strategico riferiscono in via riservata al Direttore Generale, con apposite relazioni, sulle risultanze delle analisi effettuate. Essi di norma supportano il Direttore Generale anche per la valutazione dei dirigenti che rispondono direttamente al Direttore medesimo per il conseguimento degli obiettivi da questo assegnatigli.

## DIRETTIVA ANNUALE DEL DIRETTORE GENERALE

La direttiva annuale del Direttore Generale di cui all'articolo 14, del decreto n. 29/93 costituisce il documento base per la programmazione e la definizione degli obiettivi delle strutture complesse. In coerenza a eventuali indirizzi della Regione e nel quadro degli obiettivi generali di parità e pari opportunità previsti dalla legge, la direttiva identifica i principali risultati da realizzare, in relazione anche agli indicatori stabiliti dalla documentazione di bilancio per centri di responsabilità e per progetti-obiettivo, e determina, in relazione alle risorse assegnate, gli obiettivi di miglioramento, eventualmente indicando progetti speciali e scadenze intermedie. La direttiva, avvalendosi del supporto dei servizi di valutazione e controllo, definisce altresì i meccanismi e gli strumenti di monitoraggio e valutazione dell'attuazione.

Il Collegio di direzione strategica fornisce elementi per l'elaborazione della direttiva annuale.

## INDIRIZZI AZIENDALI PER LA VALORIZZAZIONE DELLE RISORSE UMANE



Fermo restando quanto previsto dai CCNL e dai contratti integrativi aziendali delle varie aree contrattuali, l'Azienda con l'atto di diritto privato può introdurre elementi di flessibilità nella gestione e valorizzazione del personale dipendente.

A tal fine, in base ad una autonoma valutazione di bilancio, può essere costituito un fondo che è alimentato tanto da risorse derivate dagli specifici CCNL, che da risorse aggiuntive aziendali, finalizzato ad erogare un il trattamento economico accessorio sia ai dirigenti che ai lavoratori del comparto titolari di posizioni organizzative con cui il Direttore Generale stipula contratti individuali e/o affida incarichi relativi a responsabilità di struttura.

In conformità della previsione normativa di cui all'art. 24 del D. Lgs. 29/93, che correla la parte accessoria della retribuzione al livello di responsabilità attribuita con l'incarico di funzione e con i risultati conseguiti nell'attività di gestione, il trattamento economico variabile in esame dovrà articolarsi in due voci retributive, di posizione e di risultato/produttività.

La retribuzione di posizione va collegata all'effettivo livello di responsabilità attribuito con l'incarico/contratto di funzione. I relativi importi andranno determinati in modo da tener conto della diversità dell'impegno richiesto, degli obiettivi assegnati, del grado di rilevanza e della collocazione organizzativa della struttura assegnata nell'ambito dell'Azienda.

La retribuzione di risultato/produttività andrà invece correlata all'effettivo grado di raggiungimento degli obiettivi fissati, anche sotto il profilo qualitativo, accertato con sistemi di valutazione previsti dalle disposizioni legislative e contrattuali vigenti.

I contratti/incarichi individuali dei responsabili di struttura, ai fini della determinazione della parte variabile della retribuzione, tanto di posizione che di risultato prevista nei commi precedenti, dovranno remunerare in modo differenziato l'impegno e le connesse responsabilità dei dirigenti cui vengono affidati incarichi aggiuntivi, nonché di quelli chiamati ad assolvere, eventualmente, incombenze correlate a strutture sovraordinate a quelle di titolarità.

La quantificazione delle risorse di derivazione contrattuale è definita nella contrattazione integrativa aziendale.

La quantificazione delle eventuali risorse aggiuntive aziendali è definita all'inizio di ogni anno in concomitanza della negoziazione di budget con i dipartimenti e nel momento della approvazione del budget complessivo aziendale.

Le eventuali risorse aggiuntive sono individuate nell'ambito dei capitoli di bilancio

dove si sono registrati risparmi di gestione e nell'ambito delle quote rimaste a saldo dell'Azienda relative all'attività libero professionale intramuraria.

## OBIETTIVI DELLA VALORIZZAZIONE ECONOMICA DELLE RISORSE UMANE DELL'AZIENDA

L'ottimizzazione del rapporto costi benefici nell'Azienda sanitaria trova nel personale dipendente in generale e nei dirigenti di struttura, in particolare, un punto cruciale per il suo raggiungimento.

Per quanto indicato sopra l'Azienda al fine di valorizzare ed motivare le proprie risorse umane può, eventualmente, integrare i fondi contrattuali con risorse aggiuntive aziendali .

La valorizzazione delle risorse umane è legata al raggiungimento di un mix di obiettivi che vengono raggruppati nelle seguenti macrocategorie:

- a) **obiettivi economico-finanziari** (ricavi, margini, costi ecc.);
- b) **obiettivi di mercato** (quote di mercato, livelli di fidelizzazione dell'utenza, copertura e penetrazione in un dato, specifico mercato, ecc.);
- c) **obiettivi di processo** (produttività, livelli di qualità, applicazione di pratiche legate alla medicina dell'evidenza, ecc.);
- d) **obiettivi di innovazione** (percentuale di ricavi derivante da nuove metodologie e/o tecnologie, ricavi da riconfigurazione della catena del valore fornitore\cliente, ecc.).

In relazione alla multidimensionalità delle prestazioni gli obiettivi da assegnare a ciascuna struttura sono costituiti da un mix rientrante in ciascuna delle macrocategorie di cui al sopra, la cui composizione sarà determinata in relazione alla responsabilità della specifica articolazione organizzativa.

Gli obiettivi di cui sopra vengono definiti all'inizio dell'anno di riferimento, in sede di programmazione di budget.

La metodologia di valutazione del raggiungimenti degli obiettivi a cui è legata la politica di valorizzazione delle risorse umane di cui al presente Titolo è definita nel rispetto dei seguenti criteri generali:

- a) individuazione di strumenti che evidenzino il grado di conseguimento degli obiettivi assegnati con il programma di gestione nonché le modalità di valutazione degli scostamenti eventualmente riscontrati;
- b) individuazione di elementi che consentano la misurazione della capacità di gestione

delle risorse umane, organizzative e finanziarie assegnate in relazione alle esigenze della struttura o dell'incarico conferito;

- c) individuazione di elementi che consentano la rappresentazione delle prestazioni del servizio, ivi compreso l'orientamento all'utenza;
- d) individuazione di elementi che consentano di accertare la qualità dell'apporto personale specifico in relazione ai risultati raggiunti.

## TITOLO VII

### PRINCIPI E CRITERI DELLE MODALITÀ E DELLE PROCEDURE NELLA GESTIONE DI ACQUISTI, DELLE RISORSE TECNOLOGICHE E PATRIMONIALI

#### EFFETTUAZIONE DEGLI ACQUISTI CON NORME DI DIRITTO PRIVATO

Poiché con la definizione della metodologia di budget prevista nei precedenti titoli l'attività di acquisizione beni e servizi, per la parte delegata, diviene una funzione trasversale, si prevede, ai sensi della L. 241/90, per ogni specifico atto di acquisizione con metodologia contrattuale di diritto pubblico, l'individuazione del responsabile del procedimento.

L'effettuazione degli acquisti con norme di diritto privato, ai sensi dell'art. 3, comma I - ter del Dlg. 229/99, comporta l'esclusivo riferimento alle norme del codice civile e alle altre leggi di diritto privato che regolano i contratti tra soggetti giuridici, pubblici e privati.

Sono inapplicabili a tale regime di acquisti le previgenti norme nazionali e regionali che disciplinano in regime di diritto pubblico la formazione dei contratti posti in essere dalle aziende sanitarie non rientranti nell'ambito del diritto comunitario.

Sono viceversa impregiudicati gli istituti contrattuali civilisti inerenti la formazione ed esecuzione dei contratti previsti o richiamati dalle previgenti norme, regolamenti, atti aziendali, che disciplinano l'attività contrattuale delle aziende sanitarie rientranti nell'ambito del diritto comunitario.

I contratti si realizzano con l'incontro, in forma scritta o per via telematica documentata, della volontà delle parti.

Le modalità negoziali sono definite dalle aziende sanitarie acquirenti, secondo la maggior efficacia di volta in volta esercitabile.

#### ATTIVITÀ NEGOZIALE CON NORME DI DIRITTO PRIVATO

L'attività di acquisizione con norme di diritto privato è regolata dai principi informativi

e criteri operativi di cui ai successivi commi.

L'accesso alle forniture delle aziende sanitarie avviene previo accreditamento.

L'iscrizione a registri o albi che autorizzano l'attività d'impresa, di produzione o commercio, non costituisce elemento sufficiente per l'accreditamento.

La qualificazione dei fornitori avviene in base a requisiti di affidabilità, potenzialità tecnico-economica, sistemi di qualità nei processi produttivi, o altri indicatori individuati e approvati dal Direttore Generale, ferma restando l'assenza di cause ostative previste dalle vigenti leggi per l'ammissione alle pubbliche forniture.

Deve essere garantita, per quanto possibile, concorrenzialità ampia, salvo che il costo della negoziazione risulti sproporzionato rispetto all'entità del contratto e salvo i casi di privativa industriale o esclusività tecnica, debitamente e specificamente motivati.

Il livello economico dei contratti per i quali è ammessa una concorrenzialità ridotta è pari ai 200.000 ECU.

In caso di monopolio legale o per accertata convenienza, è ammessa la stipulazione di contratti per adesione con riferimento a tariffe, listini, a offerte di fornitura comunque acquisite in forma scritta o desunte da rete telematica .

Le opportunità negoziali devono essere prospettate in modo paritario a tutti i concorrenti e l'azienda deve fare uso imparziale delle informazioni di cui è in possesso.

La negoziazione deve essere caratterizzata da riservatezza, lealtà, equidistanza tra le parti, uso riservato delle informazioni ricevute dai concorrenti in fase di negoziazione;

## TIPOLOGIE E FORME DI APPROVVIGIONAMENTO

Nell'atto aziendale si può prevedere la delega alle macrostrutture organizzative (dipartimenti, distretti, presidi) per:

- a) gli acquisti di pertinenza esclusiva della macrostruttura, ad eccezione delle attrezzature e di quelli superiori ai 200.000 ecu che saranno indicati all'inizio di ogni anno in appositi elenchi.
- b) gli acquisti effettuati con la procedura delle spese in economia. Detti acquisti sono effettuati dai direttori delle macrostrutture entro un limite massimo stabilito dal direttore generale in base alle risorse disponibili, ripartite con apposito atto deliberativo della direzione generale da adottare entro il 10 gennaio di ogni anno.

Ogni tre mesi si provvede alla rendicontazione delle spese in economia effettuate dalle macrostrutture.

c) gli acquisti effettuati con il fondo per le piccole spese in contanti.

Per le procedure di acquisto di cui sopra, le macrostrutture procederanno secondo le disposizioni contenute nel codice civile, salvaguardando i principi della trasparenza e della "par condicio" tra le ditte concorrenti, e del divieto del frazionamento delle spese.

Le macrostrutture di cui sopra, in specie nella prima fase di avvio della nuova normativa, potranno avvalersi degli organi amministrativi centrali aziendali anche al fine di un necessario processo formativo "on the job".

## PROGRAMMAZIONE DEGLI ACQUISTI

Entro il 30 ottobre di ogni anno le varie articolazioni organizzative comunicano alla direzione delle macrostrutture di afferenza e alla direzione generale, i beni ed i materiali di cui abbisognano ai fini della programmazione annuale degli acquisti.

## INDIZIONE E AGGIUDICAZIONE DELLA TRATTATIVA PRIVATA

Nell'ipotesi di acquisti per i beni al di sotto della soglia comunitaria, viene indetta trattativa privata secondo quanto previsto dalla normativa vigente.

Nel caso in cui il criterio di aggiudicazione sia costituito dagli elementi della qualità e del prezzo (offerta economicamente più vantaggiosa), è nominata una apposita commissione costituita da tre membri e un segretario per l'esame delle offerte pervenute.

Nell'ipotesi invece, in cui l'aggiudicazione è prevista esclusivamente al prezzo più basso, il dirigente incaricato provvederà direttamente a verificare l'offerta più vantaggiosa

## COMPETENZE DEL MAGAZZINO ECONOMALE O DELLA FARMACIA

Il magazzino economale o la farmacia, nel quadro delle rispettive competenze, provvedono a prendere in carico i beni o i materiali acquistati.

Entro 24 ore il magazzino o la farmacia devono comunicare alle macrostrutture l'arrivo della merce trasmettendo alle macrostrutture medesime la copia della bolla di accompagnamento.

Il dirigente incaricato, nel caso in cui non sia prevista la consegna in unica soluzione,

provvede a chiedere al magazzino competente la distribuzione dei beni in base alle esigenze che di volta in volta vengono manifestate dalle strutture. richiedenti.

## LIQUIDAZIONE DELLE FATTURE

Le fatture inerenti al beni o al materiale acquistati sono liquidate dal dirigente incaricato secondo l'ordine cronologico di arrivo a fornitura completata.

Le fatture sono inviate alle macrostrutture che hanno effettuato gli acquisti dalla Contabilità Generale (ragioneria) in copia conforme all'originale e sono restituite alla stessa non appena liquidate.

Le fatture sono liquidate con apposito certificazione che ne attesti la regolarità previa acquisizione della bolla di consegna.

## TITOLO VIII

### **PRINCIPI E CRITERI PER LE PROCEDURE DI INFORMAZIONE E EDUCAZIONE SANITARIA**

#### PRINCIPI GENERALI

Con le disposizioni del D. Lgs. 29/93 e successive modifiche ed integrazioni (per ultima la legge 150/2000) è stata introdotta l'obbligatorietà di sviluppare l'informazione al cittadino con l'apertura degli uffici relazioni con il pubblico.

L'intero titolo IV del D.Lgs. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni è, poi, dedicato alla "partecipazione e tutela dei diritti del cittadino" stabilendo, in particolare all'art. 14, che al fine di favorire l'orientamento dei cittadini nel SSN, le Aziende sanitarie provvedono ad attivare un efficace sistema di informazione sulle prestazioni erogate, sulle tariffe, sulle modalità di accesso ai servizi. Le Aziende individuano, inoltre, modalità di raccolta e di analisi dei segnali di disservizio in collaborazione con le organizzazioni rappresentative dei cittadini, con le organizzazioni di volontariato e di tutela dei diritti.

Nelle Aziende sanitarie regionali i servizi dovranno, quindi, essere erogati con modalità che promuovano il miglioramento della qualità e assicurano la tutela dei cittadini e degli utenti e la loro partecipazione nelle forme anche associative riconosciute dalla legge. La Direzione Generale dell'azienda è responsabile della creazione delle condizioni

organizzative che facilitino e consentano la promozione ed il supporto ad attività valutative e di miglioramento dei processi di erogazione dei servizi e delle prestazioni.

Annualmente, con il coinvolgimento delle varie strutture organizzative, in relazione ai vari processi aziendali, dovrà essere elaborato ed inserito nel piano di attività annuale, il piano aziendale per la qualità che individua per le diverse unità organizzative e per i processi ad esse trasversali, i programmi di miglioramento (da tradursi in specifici obiettivi) selezionati in rapporto a criteri di priorità ed in relazione a parametri di efficacia, efficienza, adeguatezza, appropriatezza, continuità assistenziale, accessibilità, soddisfazione dell'utenza ed equità.

Il Piano sanitario nazionale ha più volte individuato nella relazione con i cittadini e nell'educazione sanitaria una duplice strategia, di cui una è volta a garantire e sostenere i livelli uniformi di assistenza sanitaria e l'altra ad accompagnare il perseguimento dei progetti-obiettivo e delle azioni programmate.

Il rapporto con i cittadini deve quindi essere inteso, da un lato, come azione educativa dell'istituzione sanitaria pubblica per l'incremento di stili di vita sani e per la diffusione del modello preventivo, dall'altro, come risorsa per il sistema, al fine di raccogliere tutte le indicazioni utili ad una strategia di miglior uso delle risorse, di garanzia dei decisivi parametri di qualità ed equità che il sistema è chiamato a difendere.