



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Allegato alla Delib.G.R. n. 23/10 del 13.6.2007

Principi e criteri direttivi per l'atto aziendale delle aziende sanitarie locali

INDICE

Premessa	2
1. Il ruolo delle Asl nel Servizio sanitario regionale	4
2. Principi e criteri per il governo aziendale	7
2.1 Le due missioni delle Asl	7
2.2 Governo clinico e governo economico	8
2.3 Gli organi delle Asl	8
2.4 La direzione aziendale	13
2.5 Gli organismi collegiali	15
3. Principi e criteri per la definizione della struttura organizzativa	20
3.1 La struttura organizzativa macro e micro	20
3.2 Direzione generale	25
3.3 Area dell'assistenza collettiva	27
3.4 Area dell'assistenza distrettuale	30
3.5 Area ospedaliera	38
3.6 Dipartimenti ospedale - territorio	41
3.7 Area amministrativa e delle attività di supporto	42
4. Il sistema di attribuzione delle responsabilità e di valutazione dei risultati	45
5. La regolamentazione dei contratti di fornitura di beni e servizi	46



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Premessa

La Regione Sardegna, con la l.r. 10/2006, ha recentemente adeguato l'ordinamento del proprio Servizio Sanitario Regionale, prevedendo, fra l'altro, che l'organizzazione e il funzionamento delle aziende sanitarie siano disciplinati dall'atto aziendale, introdotto nell'ordinamento nazionale dalle modifiche apportate al d.lgs. 502/1992 dal d.lgs. 229/1999.

L'atto aziendale è un atto di diritto privato, predisposto ed adottato nel rispetto dei principi e dei criteri stabiliti dalle disposizioni regionali, con rilevanti implicazioni interne ed esterne, in quanto rende evidente, ai soggetti istituzionali e ai cittadini con i quali l'azienda interagisce, il suo funzionamento.

L'articolo 9, comma 3, della l.r. 10/2006 stabilisce che l'atto aziendale è adottato o modificato dal direttore generale in coerenza degli indirizzi disposti dalla Giunta regionale, previo parere della competente Commissione consiliare.

Gli indirizzi regionali intendono perseguire gli obiettivi fondamentali:

- promuovere l'unitarietà, l'uniformità e il coordinamento delle funzioni del servizio sanitario regionale, attraverso l'integrazione e la cooperazione fra le diverse aziende sanitarie (art. 16, comma 3, l.r. 10/2006);
- fornire specifiche indicazioni per la realizzazione dell'autonomia imprenditoriale prevista dalla normativa nazionale (art. 1 *bis* del d.lgs. 502/1992, e s.m.i.), autonomia che deve consentire alle aziende di assumere la responsabilità dei risultati che la Regione chiede loro di perseguire;
- garantire tendenziale omogeneità all'organizzazione e al funzionamento delle aziende sanitarie, pur tenendo conto delle loro differenze strutturali e dimensionali. Ciò per agevolare i rapporti dei soggetti istituzionali e dei cittadini con le aziende stesse, garantendo modalità organizzative "esterne" omogenee (art. 4, comma 1, lett. b), e per facilitare la mobilità degli operatori tra le aziende, garantendo modalità organizzative "interne" simili. Pertanto i direttori generali sono chiamati ad adottare un atto che rappresenta uno strumento di autogoverno nel quadro di un sistema regionale, con i vincoli dell'appartenenza ad un "gruppo";
- assicurare l'esercizio unitario delle funzioni di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione, il coordinamento e l'integrazione dell'attività dei servizi territoriali con quella dei presidi ospedalieri e degli altri soggetti erogatori pubblici e privati, nonché l'integrazione socio-sanitaria;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- promuovere l'integrazione e la cooperazione tra le aziende sanitarie per favorire a livello regionale il coordinamento delle politiche del personale, delle politiche finalizzate agli acquisti, anche attraverso aziende capofila, e dello sviluppo dell'innovazione tecnologica e del sistema informativo sanitario regionale (art. 16, comma 3, l.r. 10/2006).

Al fine di evitare che l'atto aziendale divenga elemento di rigidità gestionale, si raccomanda di limitare il contenuto dello stesso alle materie espressamente previste dal d.lgs. 502/1992, dalla l.r. 10/2006, dal Piano regionale dei Servizi sanitari 2006/2008 e dai presenti indirizzi regionali, rinviando la specifica disciplina delle singole materie a regolamenti attuativi.

Nel caso di profonde innovazioni nell'organizzazione e nella gestione aziendale, rispetto all'assetto preesistente, l'atto aziendale può regolamentare la transizione al nuovo assetto, con la previsione della cronologia dell'entrata in vigore delle modifiche apportate.

In base all'art. 9, comma 3, della l.r. 10/2006, i direttori generali delle aziende sanitarie adottano, entro 60 giorni dal presente provvedimento, l'atto aziendale, sentita la Conferenza provinciale sanitaria e sociosanitaria, e lo trasmettono alla Giunta regionale, per il tramite dell'Assessore regionale dell'Igiene e Sanità e dell'Assistenza Sociale, per la verifica di conformità con i principi e criteri indicati nel presente provvedimento. Qualora, entro trenta giorni dal ricevimento dell'atto, non vengano mossi rilievi, la verifica si intende positiva. Ove la Giunta regionale si pronunci nel senso della non conformità, il direttore generale dell'azienda sottopone alla Giunta regionale un nuovo testo entro i successivi 30 giorni; se la verifica è ancora negativa, la Giunta regionale può revocare il direttore generale oppure nominare un commissario ad acta.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

1. IL RUOLO DELLE ASL NEL SSR

La legge regionale 28 luglio 2006, n. 10, all'articolo 1 attribuisce al servizio Sanitario Regionale (SSR) la responsabilità di garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza attraverso le Aziende sanitarie locali, le Aziende ospedaliero-universitarie e l'Azienda ospedaliera Brotzu (nonché gli altri soggetti pubblici e privati accreditati con i quali siano stati stipulati appositi accordi contrattuali). I principi ispiratori la legge 10/2006 prevedono il dovere di ciascuna azienda sanitaria, e del SSR nel suo complesso, di offrire prestazioni e servizi di elevata qualità tecnica, professionale e relazionale.

L'atto aziendale tiene conto del ruolo che ogni azienda svolge nell'ambito del SSR e, più in generale, nel contesto istituzionale e sociale di riferimento, con riferimento a due principi generali:

- la scelta a favore di un'azienda aperta al confronto con la comunità e il contesto sociale, ovvero di un'azienda che sviluppi capacità di ascolto nei confronti delle persone, s'impegni nella valorizzazione di un ruolo attivo da parte dei cittadini, promuova e valorizzi il contributo dei professionisti;
- la preferenza per un forte spirito di collaborazione tra tutti i soggetti, in alternativa alla mera competizione (ormai ritenuta inadeguata in quanto tesa più a incrementare la produzione di servizi che a perseguire efficienza ed efficacia).

L'atto aziendale deve prevedere:

- le modalità di valorizzazione del ruolo degli enti locali (l.r. 10/2006, artt. 1, c. 10; 13, c. 1, 2 e 5; 14, c. 4; 15; 17, c. 4 e 12);
- le modalità organizzative di integrazione con i servizi sociali con particolare riferimento ai rapporti tra direttore generale aziendale, direttore dei servizi socio-sanitari, conferenze dei distretti e direttori dei distretti (l.r. 10/2006, art. 17, c. 1);
- le modalità di coinvolgimento delle istanze sociali nella programmazione e verifica della qualità dei servizi e delle prestazioni erogate (l.r. 10/2006, art. 4, c. 1, lett. a);
- il coinvolgimento responsabile dei cittadini e degli utenti nelle questioni concernenti la salute in quanto diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività (art. 1, comma 5, e art. 9, comma 4, lett. a, l.r. 10/2006);
- le modalità di sviluppo coordinato e partecipato degli strumenti previsti dall'art. 4, comma 2, della l.r. 10/2006;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- le modalità di sviluppo della valorizzazione dell'apporto degli operatori del SSR (l.r. 10/2006, art. 1, c. 6, e art. 9, c. 4, lettere a, i);
- le modalità di coordinamento con le altre Asl nella individuazione congiunta del sistema di risposta ai bisogni assistenziali, nell'utilizzo integrato delle risorse professionali e nella regolamentazione della mobilità sanitaria intraregionale (l.r. 10/2006, art. 9, c. 4, lett. b), art. 16, c. 3, e art. 20, c. 1, lett. e);
- le modalità di raccordo con l'ARPAS e con l'Istituto zooprofilattico sperimentale della Sardegna (l.r.10/2006, art. 9, comma 4, lettere b, i);
- le modalità di elezione, convocazione e funzionamento del comitato di distretto (l.r. 10/2006, art. 17, c. 11);
- l'eventuale creazione di dipartimenti interaziendali, mediante l'aggregazione di strutture complesse delle aziende interessate (l.r. 10/2006, art. 9, c. 4, lett. f);
- l'eventuale utilizzo della delega ad altra azienda per attività che non è conveniente sviluppare autonomamente per problemi funzionali (carenza di specifiche professionalità o dimensione delle attività che non giustifica l'acquisizione di tali professionalità) o economici (diseconomie di scala);
- cooperazione e collaborazione con i soggetti erogatori operanti nell'ambito regionale, di cui all'art. 1, comma 3, per il perseguimento dei livelli essenziali di assistenza (Lea), anche mediante lo sviluppo della funzione di committenza (art. 9, comma 4, lett. d, l.r. 10/2006).

In particolare, all'atto aziendale è affidato il compito di specificare:

- gli elementi identificativi dell'Azienda, con riferimento alla denominazione (di cui all'articolo 2 della legge regionale 10/2006) e alla sede legale, nonché il logo ufficiale dell'azienda, individuato apponendo al logo del Servizio Sanitario Regionale, unico per l'intero servizio, il nome dell'Azienda;
- le modalità attraverso le quali si realizza il dovere di trasparenza delle Aziende relativamente sia alle procedure interne (rispetto, ad esempio, ai criteri di selezione e di valutazione della dirigenza) sia alle attività svolte e ai risultati ottenuti, mediante idonee forme di comunicazione e in primo luogo attraverso il sito internet della Regione (realizzato secondo modalità uniformi per tutto il SSR);
- le modalità attraverso le quali le aziende favoriscono la partecipazione dei cittadini alle scelte generali di politica sanitaria attraverso idonee forme di ascolto e consultazione, riguardo alla individuazione di priorità e alla elaborazione di proposte di programmi di intervento.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Il Servizio Sanitario Regionale promuove al proprio interno la “cultura della comunicazione” attraverso modalità che permettano al SSR e alle aziende sanitarie di essere riconosciute dall’utente, sia nella comunicazione interna (documenti sanitari, segnaletica, ecc.) sia nella comunicazione esterna (convegni, campagne informative, ecc.). A tal fine le aziende valorizzano il ruolo del personale, come risorsa strategica non solo per garantire i servizi sanitari ma anche per comunicare ai cittadini la qualità dell’organizzazione della struttura stessa.

L’atto aziendale specifica la missione dell’azienda, il cui compito principale è realizzare le finalità del Servizio Sanitario Regionale impiegando in modo efficiente le risorse che gli sono assegnate.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

2. PRINCIPI E CRITERI PER IL GOVERNO AZIENDALE

I principi che devono essere posti alla base del governo aziendale sono:

- il coordinamento delle due missioni, di tutela e di produzione/erogazione;
- il collegamento tra le due dimensioni del governo aziendale, clinica ed economica.

2.1 Le due missioni delle Asl

Il governo del SSR richiede la distinzione fra funzione di tutela e funzione di produzione. La funzione di tutela, propria delle aziende territoriali - cui devono concorrere le altre aziende sanitarie regionali, in una logica di sistema e di condivisione dei risultati - trae esplicito mandato dalle istanze della comunità locale. La funzione di produzione, propria dei distretti e dei presidi sanitari a gestione diretta, consiste nella produzione di servizi e prestazioni sanitarie finali erogate direttamente agli utenti.

Il coordinamento delle due missioni delle Asl, di tutela (garanzia di perseguimento dei Lea) e di produzione/erogazione di servizi sanitari, comporta che:

- il perseguimento dei Lea (con servizi e prestazioni che rispondano a requisiti di qualità e appropriatezza), mediante la programmazione dei servizi erogati direttamente dalla Asl e acquisiti da altri soggetti erogatori, sia perseguita con il rispetto del vincolo di bilancio, utilizzando a tale fine gli strumenti della programmazione aziendale e il budget di tutela di cui all'art. 28, comma 3, lett. a, della l.r. 10/2006;
- la produzione ed erogazione dei servizi da parte della Asl sia complessivamente compatibile con il sistema di remunerazione, tariffaria e non, utilizzando a tale fine i budget delle macro-articolazioni organizzative e dei centri di responsabilità di cui all'art. 28, comma 3, lett. b, della l.r. 10/2006.

Il coordinamento delle due missioni è compito della direzione aziendale.

L'atto aziendale deve:

- esplicitare le due missioni, anche al fine di distinguere le diverse e distinte responsabilità;
- rafforzare l'apporto degli organismi previsti dalla l.r.10/2006 nel coordinamento delle due missioni, in particolare del collegio di direzione e degli uffici di coordinamento distrettuale, al fine di evitare che tali organi siano coinvolti esclusivamente nel governo della funzione di produzione ed erogazione.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

2.2 Governo clinico e governo economico

Il governo complessivo delle Asl comporta l'integrazione tra la dimensione clinica e quella economica. Pertanto in sede di atto aziendale occorre perseguire l'obiettivo di integrare le due culture, sanitaria ed economica, nella quadro di una comune cultura aziendale, avendo presente che la missione aziendale è perseguire i Lea in termini quali-quantitativi nel rispetto dell'equilibrio economico.

L'integrazione tra governo clinico ed economico deve essere perseguita dal direttore generale, che ha la responsabilità complessiva aziendale, con la collaborazione del direttore sanitario e del direttore amministrativo.

L'atto aziendale deve prevedere:

- le modalità di coinvolgimento dei direttore sanitario e amministrativo alla direzione complessiva aziendale;
- l'unitarietà dello *staff* della direzione;
- l'apporto degli organismi previsti dalla l.r.10/2006, in particolare del collegio di direzione, degli uffici di coordinamento distrettuale e dei comitati di dipartimento, al processo di integrazione del governo clinico con quello economico.

2.3 Gli organi delle Asl

2.3.1 Il direttore generale

Il direttore generale è il legale rappresentante dell'azienda ed è responsabile della gestione complessiva aziendale che si esercita attraverso la definizione dei programmi e degli obiettivi da attuare, nonché attraverso la verifica della rispondenza dei risultati di attività e di gestione rispetto agli indirizzi impartiti.

Nell'esercizio delle proprie funzioni, il direttore generale è coadiuvato dal direttore amministrativo e dal direttore sanitario che assumono diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla loro competenza e concorrono, con la formulazione di proposte e di pareri, alla formazione delle decisioni della direzione generale.

In caso di vacanza dell'ufficio, o nei casi di assenza e di impedimento, le funzioni del direttore generale sono svolte dal direttore amministrativo o dal direttore sanitario su delega del direttore generale o, in mancanza di delega, dal direttore più anziano per età.

L'atto aziendale deve prevedere:



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- le modalità di adozione degli atti da parte del direttore generale: gli atti devono essere assunti con il preventivo parere dei direttori sanitario e amministrativo;
- le modalità di delega: il direttore generale può delegare specifiche funzioni con riferimento a particolari obiettivi, determinati ambiti settoriali di attività o singoli atti o procedimenti al direttore sanitario, al direttore amministrativo, ai direttori di struttura complessa e ai direttori di distretto; i termini e i contenuti della delega devono essere portati a conoscenza del collegio sindacale, del collegio di direzione e di chiunque interessato;
- la pubblicazione degli atti: la pubblicazione all'albo dell'azienda sanitaria deve avvenire entro dieci giorni dalla loro adozione e per quindici giorni consecutivi; deve inoltre prevedere le modalità di pubblicazione sul sito web aziendale;
- l'esecutività degli atti: gli atti adottati dal direttore generale, o su delega del medesimo, che, ai sensi della vigente normativa, non sono sottoposti al controllo preventivo della Giunta regionale (l.r. 10/2006, art. 29, c. 1), diventano immediatamente esecutivi.

L'atto aziendale deve riservare al direttore generale l'adozione dei seguenti atti:

- nomina, sospensione e decadenza del direttore sanitario e del direttore amministrativo;
- nomina dei componenti del collegio sindacale, su designazione delle amministrazioni competenti, e prima convocazione del collegio;
- atto aziendale e regolamenti interni;
- nomina dei direttori o dei responsabili dei presidi ospedalieri, dei dipartimenti, dei distretti, delle strutture, complesse e semplici, e degli staff;
- conferimento, sospensione e revoca degli ulteriori incarichi di responsabilità aziendale;
- indizione delle elezioni dei componenti il Consiglio delle professioni sanitarie;
- atti della programmazione sanitaria e socio-sanitaria locale previsti dall'art. 13 della l.r. 10/2006 nonché ogni altro atto riguardante la definizione di obiettivi, priorità, piani, programmi e direttive generali per l'attività aziendale;
- atti relativi alla programmazione economico-finanziaria e di bilancio previsti dagli articoli 27 e 28 della l.r. 10/2006;
- atti di disposizione del patrimonio, eccedenti l'ordinaria amministrazione;
- individuazione delle risorse umane, materiali ed economico-finanziarie da destinare alle macro-articolazioni funzionali di cui al successivo § 3.1 e, in tale ambito, ai distretti e ai dipartimenti;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- definizione degli incarichi di collaborazione esterna;
- provvedimenti di mobilità interna dei dirigenti dell'azienda;
- nomina dei componenti il collegio tecnico e il nucleo di valutazione;
- accordi di lavoro integrativi aziendali;
- accordi e contratti con i soggetti erogatori pubblici e privati di cui agli articoli 8 e 9, c. 4, lett. d, della l.r. 10/2006.

Relativamente all'adozione del bilancio di esercizio, l'atto aziendale deve prevedere la seguente procedura:

- il direttore generale approva il progetto di bilancio, unitamente alla relazione sulla gestione, e lo invia al collegio sindacale e alla Conferenza provinciale sanitaria e socio-sanitaria;
- il collegio sindacale redige la relazione sul progetto di bilancio entro 15 giorni dal ricevimento del progetto di bilancio stesso;
- la Conferenza provinciale sanitaria e socio-sanitaria esprime il proprio parere obbligatorio entro 20 giorni dal ricevimento del progetto di bilancio stesso; ai sensi dell'art. 15, c. 4, della l.r. 10/2006, trascorsi inutilmente i 20 giorni, il parere si intende acquisito come positivo;
- il direttore generale, entro 10 giorni dalla ricezione della relazione del collegio sindacale e del parere della Conferenza provinciale sanitaria e socio-sanitaria, approva il bilancio di esercizio e lo invia alla Regione, corredato della relazione e del parere, per il controllo preventivo di cui all'art. 29 della l.r. 10/2006.

2.3.2 Il collegio sindacale

Il collegio sindacale:

- vigila sull'osservanza delle leggi e dei regolamenti;
- esercita il controllo di regolarità amministrativa e contabile sull'azienda sanitaria;
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio di esercizio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili;
- effettua periodicamente verifiche di cassa;
- riferisce almeno trimestralmente alla Regione sui risultati della propria attività e denuncia immediatamente alla stessa le situazioni di disavanzo e i casi di gravi irregolarità nella gestione;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- trasmette una relazione semestrale sull'andamento dell'attività dell'Azienda alla Conferenza provinciale sanitaria e socio-sanitaria.

Ai sensi dell'art. 11, comma 1, della l.r. 10/2006, l'atto aziendale deve specificare le modalità di funzionamento del collegio sindacale sulla base dei seguenti indirizzi:

- elezione e funzioni del presidente del collegio: nella prima seduta il collegio sindacale procede alla elezione tra i propri componenti del presidente, che provvede alle successive convocazioni; nel caso di cessazione del presidente dalle proprie funzioni, le convocazioni sono effettuate dal membro più anziano di età fino alla nomina del nuovo presidente;
- cessazione dall'incarico dei componenti il collegio: i singoli componenti del collegio sindacale cessano dall'incarico per decorrenza dei termini, per dimissioni e per decadenza dichiarata dal direttore generale, a causa del sopravvenire di alcuna delle condizioni ostative o delle situazioni di incompatibilità previste dalla normativa vigente, ovvero della mancata partecipazione, senza giustificato motivo, ad almeno tre sedute del collegio o dell'assenza, ancorché giustificata, protratta per oltre sei mesi. In tali casi, il direttore generale procede alla sostituzione del componente del collegio sindacale cessato dall'incarico, previa acquisizione della designazione da parte dell'organo competente. Qualora si verifichi la mancanza di due o più componenti, il direttore generale procede alla ricostituzione dell'intero collegio;
- adunanze del collegio: le adunanze del collegio sono valide quando è presente la maggioranza dei componenti;
- verbalizzazione delle attività del collegio: il collegio tiene un libro delle adunanze e delle deliberazioni in cui verbalizza lo svolgimento di ogni seduta, annotando i controlli eseguiti e registrando i risultati delle verifiche e degli accertamenti compiuti; i verbali di ogni seduta sono sottoscritti dai componenti del collegio e sono conservati negli atti del medesimo senza obbligo di trasmissione alla Regione;
- poteri di controllo: i componenti del collegio sindacale possono procedere, anche individualmente, ad atti di ispezione e controllo i cui risultati devono essere comunque sottoposti all'organo collegiale per l'assunzione delle conseguenti determinazioni;
- controlli a campione: nell'ambito delle proprie funzioni di controllo sugli atti dell'azienda sanitaria, il collegio può eseguire controlli a campione. A tale fine definisce, preventivamente e periodicamente, dandone atto nel libro delle adunanze, i criteri di campionamento, definiti su base oggettiva e casuale, che intende adottare; il collegio deve indicare le indagini a campione eseguite, i criteri applicati e i risultati conseguiti anche nella relazione trimestrale;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- invio atti al collegio: tutti gli atti adottati dal direttore generale o su delega del medesimo, ad eccezione di quelli conseguenti ad atti già esecutivi, sono trasmessi al collegio sindacale entro dieci giorni dalla loro adozione;
- esame degli atti: il collegio, entro il termine perentorio di quindici giorni dal ricevimento, formula e trasmette gli eventuali rilievi sull'atto ricevuto; se il direttore ritiene di adeguarsi ai rilievi trasmessi, entro il termine di dieci giorni, adotta i provvedimenti conseguenti, dandone immediata notizia al collegio medesimo; in caso contrario è tenuto comunque a motivare le proprie valutazioni e a comunicarle al collegio;¹
- esame del bilancio di esercizio: il collegio, entro il termine perentorio di quindici giorni dal ricevimento della deliberazione di approvazione del progetto di bilancio, redige la relazione sul bilancio.

2.4 La direzione aziendale

2.4.1 La direzione aziendale

La direzione aziendale è composta dal direttore generale, dal direttore sanitario e dal direttore amministrativo.

Il direttore generale, il direttore sanitario e il direttore amministrativo dirigono, ai fini organizzativi, i servizi della direzione generale (*staff* della direzione generale) di cui al successivo § 3.1.1, in base alle afferenze definite nell'apposito regolamento.

Nell'ambito dell'atto aziendale è opportuno:

- prevedere che il direttore generale sia responsabile del governo complessivo aziendale;
- rafforzare la partecipazione dei direttori sanitario e amministrativo alla direzione strategica aziendale;
- prevedere che i direttori sanitario e amministrativo, nell'ambito del governo complessivo aziendale, siano specificamente preposti al governo assistenziale e a quello economico;
- prevedere che al direttore sanitario e amministrativo, tenuto conto della dimensione e complessità dell'azienda, possano essere attribuite specifiche responsabilità di gestione;
- sviluppare la funzione di valutazione e controllo strategico, ai sensi del d.lgs. 286/1999, mediante lo *staff* della direzione aziendale.

¹ I termini per l'invio al collegio sindacale e per l'esame da parte del collegio stesso sono corrispondenti a quelli previsti per la pubblicazione. Ciò non comporta che l'esame del collegio sia da ritenere condizione che sospende l'esecutività dell'atto, anche per il fatto che l'esame degli atti da parte del collegio è di norma di tipo campionario.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

2.4.2 Il direttore sanitario

Ai sensi dell'art. 10, comma 7, della l.r. 10/2006, l'atto aziendale deve specificare le modalità di partecipazione del direttore sanitario alla direzione dell'azienda sulla base dei seguenti indirizzi:

- governo complessivo dell'azienda: partecipazione al processo di programmazione e controllo della Asl, nell'ambito della direzione aziendale e degli organismi collegiali di cui fa parte;
- sovrintendenza rispetto alla funzione di tutela: perseguimento dei Lea mediante la promozione dell'accesso tempestivo e appropriato ai servizi, la continuità dell'assistenza, l'integrazione dei percorsi assistenziali fra i presidi e con i servizi territoriali, in collaborazione con le direzioni di distretto, l'appropriatezza e qualità delle prestazioni acquisite da terzi soggetti erogatori;
- sovrintendenza rispetto alla funzione di produzione ed erogazione: coordinamento dei direttori sanitari di presidio, direttori di distretto e dei dipartimenti sanitari, con riferimento all'organizzazione della produzione di servizi e prestazioni, monitoraggio e verifica del volume e della qualità dell'attività assistenziale, nell'ambito degli indirizzi strategici generali dell'azienda.

L'atto aziendale deve prevedere altresì che il direttore sanitario aziendale:

- presiede il consiglio delle professioni sanitarie;
- sovrintende alle attività di sperimentazione clinica e di ricerca sanitaria;
- individua all'interno dell'azienda le competenze e le relative responsabilità tecnico-professionali di supporto ai competenti servizi amministrativi per l'acquisizione dei beni e dei servizi direttamente connessi all'assistenza.

2.4.3 Il direttore amministrativo

Ai sensi dell'art. 10, comma 7, della l.r. 10/2006, l'atto aziendale deve specificare le modalità di partecipazione del direttore amministrativo alla direzione dell'azienda sulla base dei seguenti indirizzi:

- governo complessivo dell'azienda: partecipazione al processo di programmazione e controllo della Asl, nell'ambito della direzione aziendale e degli organismi collegiali di cui fa parte;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- sovrintendenza rispetto alle funzioni amministrative e di supporto: coordinamento dei servizi amministrativi e di supporto nell'ambito degli indirizzi strategici generali dell'azienda.

L'atto aziendale deve prevedere altresì che il direttore amministrativo aziendale:

- cura il buon andamento e l'imparzialità della azione amministrativa, le strategie di gestione del patrimonio, l'integrazione organizzativa;
- assicura la correttezza, completezza e trasparenza dei processi di formazione dei documenti rappresentativi delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali dell'azienda.

2.5 Gli organismi collegiali

Gli organismi collegiali del governo aziendale sono:

- il collegio di direzione;
- il consiglio delle professioni sanitarie;
- i comitati di dipartimento;
- gli uffici di coordinamento delle attività distrettuali.

2.5.1 Il collegio di direzione

Il collegio di direzione rappresenta l'organismo deputato a supportare la direzione aziendale nel perseguimento della missione aziendale e nel governo complessivo dell'azienda.

Le funzioni del collegio di direzione sono quelle previste dall'art. 17 del d.lgs. 502/1992, e s.m.i., e dall'art. 20 della l.r. 10/2006 e in particolare:.

- partecipare all'elaborazione del programma aziendale di formazione continua del personale,
- estendere la cultura e la pratica di un corretto governo delle attività cliniche o governo clinico;
- prevenire l'instaurazione di condizioni di conflitto di interessi tra attività istituzionale ed attività libero professionale;
- favorire la gestione delle liste di prenotazione delle prestazioni;
- garantire il miglioramento continuo della qualità delle prestazioni e dei servizi;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- promuovere una cultura collaborativa nei confronti delle altre aziende sanitarie, in particolare con riguardo alla mobilità intraregionale e allo sviluppo della rete dei servizi.

In sede di atto aziendale occorre precisare che:

- le funzioni del collegio di direzione sono propositive e consultive e attengono al governo complessivo dell'azienda, nella dimensione clinica ed economica;
- il collegio di direzione può contribuire alla definizione degli atti di programmazione di cui all'art. 13 della l.r. 10/2006, compresi gli eventuali piani di riequilibrio della gestione;
- il collegio favorisce l'integrazione tra l'assistenza territoriale (collettiva e distrettuale) e ospedaliera, ai sensi dell'art. 9, comma 4, lett. c, della l.r. 10/2006.

L'atto aziendale deve prevedere che il collegio di direzione:

- sia presieduto dal direttore generale, salvo delega ad uno dei direttori per la trattazione di temi rientranti nella loro specifica competenza;
- si riunisca di norma una volta al trimestre;
- sia composto dai seguenti dirigenti:
 - i direttori sanitario e amministrativo aziendali;
 - il/i direttore/i dei distretti;
 - il/i direttore/i di presidio ospedaliero;
 - i direttori dei dipartimenti;
 - il direttore del servizio di assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni tecnico-sanitarie;
 - il direttore dei servizi socio-sanitari;
 - un medico convenzionato, scelto dal direttore generale tra i componenti degli uffici di coordinamento delle attività distrettuali (art. 20, c. 1, l.r. 10/2006).

L'atto aziendale deve altresì prevedere che:

- possono essere chiamati a partecipare alle sedute del collegio di direzione, in relazione a specifiche tematiche:
 - i dirigenti facenti parte dello *staff* della direzione generale;
 - i direttori delle strutture complesse;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- nel caso di collegio di direzione con elevato numero di componenti, fermo restando che il collegio di direzione esprime pareri e proposte in seduta collegiale, l'esame istruttorio degli argomenti possa essere sviluppato mediante gruppi di lavoro.

2.5.2 Il consiglio delle professioni sanitarie

L'atto aziendale deve determinare, in base ai criteri definiti dall'art. 19 della l.r. 10/2006:

- la composizione del consiglio delle professioni sanitarie;
- le modalità di elezione dei componenti;
- le materie per le quali il consiglio esprime pareri e formula proposte.

Le materie per le quali il consiglio deve esprimere il parere, tenuto conto di quanto previsto dall'art. 19, comma 2, della l.r. 10/2006, sono:

- programma sanitario triennale e annuale, ivi compresi i programmi relativi agli investimenti;
- relazione sanitaria aziendale;
- attività di assistenza sanitaria, intendendo con tale termine i programmi riferiti alle macro-articolazioni dei Lea (assistenza collettiva, distrettuale e ospedaliera);
- programma pluriennale e annuale di formazione.

2.5.3 I comitati di dipartimento

Il comitato di dipartimento, nello svolgimento delle responsabilità professionali e di tipo gestionale in ordine alla razionale e corretta gestione delle risorse assegnate per la realizzazione degli obiettivi attribuiti al dipartimento stesso (ai sensi del comma 2, art. 17 *bis* del d.lgs. 502/1992, e successive modificazioni e integrazioni):

- concorre alla formulazione del piano delle attività e dell'utilizzazione delle risorse disponibili;
- concorre al monitoraggio e alla verifica delle attività;
- partecipa alla individuazione del direttore, proponendo una terna di nominativi.

I direttori dei dipartimenti, per lo sviluppo delle competenze definite dall'art. 9, comma 4, lett. f), della l.r. 10/2006, si avvalgono di un comitato composto:

- dai direttori delle strutture complesse e semplici a valenza dipartimentale che lo compongono;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- dal responsabile del personale sanitario non medico, ove previsto;
- da uno a tre rappresentanti del personale medico;
- da un rappresentante del personale dirigente sanitario laureato non medico, ove presente;
- da un rappresentante del restante personale sanitario.

L'atto aziendale deve definire le modalità di elezione dei rappresentanti del personale.

Le modalità di funzionamento del comitato di dipartimento sono definite mediante apposito regolamento. Il regolamento deve prevedere:

- la possibilità di partecipazione alle sedute del comitato del personale del dipartimento stesso e di dirigenti della Asl, nei casi in cui tale partecipazione sia ritenuta utile per la trattazione degli argomenti all'ordine del giorno;
- la possibilità di prevedere forme di collegamento con gli altri dipartimenti aziendali e con gli omologhi dipartimenti di altre Asl e di altre aziende sanitarie regionali presenti nel proprio territorio.

Accanto al comitato di dipartimento l'atto aziendale deve prevedere forme di partecipazione allargata di tutti i dirigenti e di tutto il personale, con conferenze di servizio o altri strumenti.

2.5.4 L'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali

L'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali, di cui all'art. 17, comma 6, l.r. 10/2006, contribuisce attraverso la formulazione di proposte alla realizzazione degli obiettivi del distretto, nella dimensione sanitaria e socio-sanitaria. L'ufficio di coordinamento favorisce in particolare il miglioramento delle attività distrettuali nell'ambito dell'integrazione interprofessionale, dell'accesso alle prestazioni sanitarie, della continuità assistenziale e della valutazione dell'appropriatezza del ricorso ai servizi sanitari, mediante la definizione dei percorsi assistenziali e la valutazione della loro applicazione.

L'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali è presieduto dal direttore del distretto e composto dalle seguenti figure professionali:

- un medico di medicina generale e un pediatra di libera scelta con particolari e certificate attitudini e competenze, individuati dal direttore generale, su una rosa di nomi proposta dal direttore del distretto, tra i medici di medicina generale e gli specialisti pediatri operanti nel distretto;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- il coordinatore per le attività di assistenza infermieristica, il coordinatore per le attività di assistenza riabilitativa e il coordinatore per l'integrazione socio-sanitaria del distretto;
- i responsabili delle strutture operanti a livello di distretto;
- il referente delle funzioni amministrative distrettuali.

L'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali è integrato, per quanto previsto dai contratti collettivi nazionali della medicina generale e pediatria di libera scelta, dai componenti elettivi individuati nell'ambito delle rispettive categorie professionali, con elezioni indette dal direttore generale della azienda.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

3. PRINCIPI E CRITERI PER LA DEFINIZIONE DELLA STRUTTURA ORGANIZZATIVA

3.1 La struttura organizzativa macro e micro

La struttura organizzativa delle Asl può essere definita a due livelli:

- macro, al fine di distinguere il ruolo delle varie parti dell'organizzazione e i luoghi in cui si sviluppa l'attività aziendale;
- micro, al fine di distinguere le varie parti della gestione operativa dell'azienda.

3.1.1 La struttura organizzativa "macro"

A livello macro è possibile fare riferimento a due criteri di analisi:

- il "ruolo" delle varie parti dell'organizzazione nello sviluppo dell'attività;
- i "luoghi" in cui si sviluppa l'attività.

Con riferimento al ruolo delle varie parti dell'organizzazione è possibile distinguere le seguenti componenti:

- il vertice strategico, costituito dalla direzione generale;
- la tecnostruttura, rappresentata dallo *staff* della direzione generale, dedicato al supporto delle attività di programmazione e controllo della direzione generale e alla definizione degli standard di funzionamento dell'azienda;
- le attività amministrative, non direttamente coinvolte nella produzione ed erogazione dei servizi sanitari;
- la linea intermedia, rappresentata dalla direzione di distretto e di ospedale (che è opportuno separare concettualmente dal nucleo operativo perché non coinvolta direttamente nella produzione ed erogazione dei servizi sanitari);
- il nucleo operativo, ovvero il complesso delle attività sanitarie (produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie) e delle attività di supporto (servizi alberghieri e tecnici operanti nelle strutture sanitarie con attività che concorrono direttamente alla produzione ed erogazione dei servizi e delle prestazioni sanitarie).

Il "nucleo operativo" può essere articolato tenendo conto della macro-articolazione dei livelli assistenziali:

- assistenza sanitaria collettiva;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- assistenza distrettuale;
- assistenza ospedaliera.

Con riferimento ai “luoghi” ove si sviluppa l’attività aziendale è possibile distinguere:

- il “territorio”, comprendendo in tale accezione sia l’assistenza sanitaria collettiva, sia l’assistenza distrettuale, con la sede distrettuale e i presidi sanitari extra-ospedalieri (l.r. 10/2006, art. 17);
- gli ospedali;
- il centro direzionale, ovvero la sede della direzione strategica e delle attività amministrative.

Il seguente schema tiene conto del ruolo delle macro-articolazioni e dei luoghi ove si sviluppa l’attività aziendale.

Nella tabella l’assistenza distrettuale è prevista sia a livello territoriale che ospedaliero; ciò per tenere conto dell’assistenza specialistica ambulatoriale svolta normalmente in ambito ospedaliero anche se compresa nel macro-livello assistenziale dell’assistenza distrettuale.

Inoltre le attività di supporto sono previste sia nell’ospedale che nel territorio; ciò per tenere conto delle attività di supporto presenti nei poliambulatori territoriali, nelle RSA ecc.

	Centro direzionale	Territorio D ₁ D ₂ D _n	Ospedale
Direzione generale (vertice strategico)	X		
Staff direzione generale (tecnostuttura)	X		
Assistenza sanitaria collettiva (nucleo operativo)		X	
Assistenza distrettuale (nucleo operativo)		X	X
Assistenza ospedaliera (nucleo operativo)			X
Amministrazione	X		
Attività di supporto (nucleo operativo)		X	X

3.1.2 Il modello dipartimentale

La l.r. 10/2006 individua, all’art. 9, il dipartimento come modello ordinario (ma non obbligatorio) di gestione operativa a livello aziendale o interaziendale.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Tenuto conto delle profonde innovazioni che l'introduzione del modello dipartimentale comporta, l'atto aziendale definisce la gradualità del processo, dando assoluta priorità ai dipartimenti esplicitamente previsti dalla normativa vigente e prevedendo in tempi brevi quelli finalizzati al raggiungimento degli obiettivi del Piano regionale per i Servizi Sanitari 2006/2008.

I dipartimenti strutturali, costituiti dalla aggregazione delle strutture complesse e di quelle semplici dipartimentali, in base all'art. 17 *bis*, comma 2, del d.lgs. 502/1992, e successive modificazioni e integrazioni, e all'art. 9, comma 4, lett. f, della l.r. 10/2006, sono dotati di autonomia tecnico-professionale nonché di autonomia gestionale, nei limiti degli obiettivi e delle risorse attribuiti.

In base all'art. 9, comma 4, lett. g, della l.r. 10/2006 all'interno dei dipartimenti sono presenti strutture dotate della sola autonomia tecnico professionale, articolabili nelle seguenti tipologie "contrattuali":

- strutture complesse, articolabili in strutture semplici;
- strutture semplici dipartimentali.

I dipartimenti strutturali sono finalizzati a migliorare l'efficiente utilizzo delle risorse, in particolare di quelle professionali; a tale fine nei dipartimenti strutturali occorre prevedere la dotazione di risorse e il *budget* dipartimentale², la cui gestione è affidata al direttore di dipartimento. In relazione alla dimensione organizzativa del dipartimento il direttore, pur rimanendo titolare della struttura cui è preposto, può mantenere o meno le funzioni assistenziali (art. 9, c.4, lettera f, della l.r. 10/2006).

La individuazione dei dipartimenti, in base all'art. 9, c. 4, lettere f, g, della l.r. 10/2006, deve tenere conto delle dimensioni demografiche, territoriali ed economiche dell'azienda, degli obiettivi e delle strategie aziendali.

L'individuazione delle strutture complesse e semplici, che si aggregano in dipartimento, deve essere giustificata dalla dimensione funzionale e/o economica dell'attività da erogare; in assenza di tale dimensione, in base all'art. 9, c. 4, lett. h, della l.r. 10/2006, si giustifica l'accorpamento in capo ad un'unica figura di più funzioni.

L'atto aziendale individua i dipartimenti strutturali.

Inoltre l'atto aziendale può prevedere l'attivazione di dipartimenti funzionali finalizzati esclusivamente al coordinamento dello sviluppo organizzativo di strutture omologhe o complementari, già aggregate nei dipartimenti strutturali. A tale fine i dipartimenti funzionali, che non sono dotati di risorse e *budget* dipartimentale, definiscono i percorsi assistenziali/linee

² Le previsioni dell'art. 9, comma 4, della l.r. 10/2006 si riferiscono ai soli dipartimenti strutturali.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

guida/protocolli comuni e/o integrati, per garantire la continuità assistenziale (in particolare per l'integrazione tra l'assistenza distrettuale e ospedaliera) e lo sviluppo integrato delle risorse professionali.

3.1.3 Le strutture organizzative

La configurazione organizzativa delle Asl deve prevedere le seguenti strutture:

- distretti;
- presidi ospedalieri;
- dipartimenti;
- strutture complesse;
- strutture semplici dipartimentali;
- strutture semplici.

3.1.4 Le scelte dell'atto aziendale

In base all'art. 9, comma 1, della l.r. 10/2006, l'atto aziendale deve individuare le "strutture operative" dotate di autonomia gestionale o tecnico-professionale soggette a rendicontazione analitica. Devono intendersi tali:

- i dipartimenti, ai sensi dell'art. 9, comma 4, lett. f della l.r. 10/2006;
- i distretti, ai sensi dell'art. 17, comma 3 della l.r. 10/2006;
- il presidio ospedaliero, ai sensi dell'art. 4 del d.lgs. 502/1992, e succ. mod. e int.

Ciò premesso, l'atto aziendale deve:

- definire le strutture complesse e le eventuali strutture semplici dipartimentali;
- definire le aggregazioni delle strutture complesse e di quelle semplici dipartimentali;
- rinviare la costituzione delle strutture semplici alla regolamentazione attuativa;
- rinviare la determinazione della dotazione organica ad atti separati, in attuazione di appositi indirizzi regionali.

Nella definizione dei dipartimenti e delle strutture, complesse e semplici, l'atto aziendale e la regolamentazione attuativa devono tenere conto dei principi posti dalla l.r. 10/2006, all'art. 9, comma 4, già ricordati nel § 3.1.2:



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- nella lett. f si prevede la scelta del dipartimento come modello ordinario di gestione operativa, prevedendo l'aggregazione delle attività sia a livello aziendale che interaziendale, proprio per tenere conto delle differenze strutturali e organizzative delle aziende.
- nella lett. g si prevede tra gli indirizzi per l'atto aziendale "l'individuazione dei servizi e delle strutture che devono essere aggregati in dipartimenti, nonché i motivi che giustificano la costituzione dei dipartimenti stessi, tenuto conto, a tal fine, delle dimensioni demografiche, territoriali ed economiche dell'azienda e in funzione degli obiettivi e delle strategie aziendali". L'obiettivo è di evitare la creazione di dipartimenti "virtuali", non giustificati da esigenze funzionali e di coordinamento, applicando la dipartimentalizzazione in modo generalizzato, senza tenere conto del contesto gestionale. In merito si richiama a titolo esemplificativo quanto affermato dal Piano dei Servizi Sanitari 2006/2008 in materia di dipartimenti ospedalieri, ove si precisa che "nelle Asl dotate di un solo ospedale con un numero limitato di reparti la costituzione dei dipartimenti non è obbligatoria";
- nella lett. h si prevede tra gli indirizzi per l'atto aziendale "le condizioni che giustificano l'accorpamento, in capo ad un'unica figura, di più funzioni". La previsione dell'accorpamento discende dall'esigenza di evitare la creazione di strutture non giustificate dalla dimensione funzionale e/o economica.

Pertanto l'atto aziendale deve prevedere strutture complesse e semplici solo in presenza degli elementi costitutivi che le giustificano (dimensione dell'attività e delle risorse professionali utilizzate, organizzazione autonoma); ove non ricorrano tali presupposti le Asl possono acquisire le necessarie competenze e professionalità ricorrendo a diverse configurazioni organizzative (strutture semplici in luogo di complesse) e contrattuali (ad esempio posizioni di responsabilità di alta specializzazione).

3.2 Direzione generale

L'area della direzione generale è costituita dal relativo *staff* che svolge le seguenti funzioni/attività tipiche di una tecnostruttura:

- affari generali;
- affari legali, a supporto di tutta l'azienda;
- programmazione e controllo;
- acquisto prestazioni sanitarie (definizione del fabbisogno di prestazioni da acquistare da soggetti erogatori accreditati, contrattazione e valutazione dei servizi acquisiti);



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- funzioni del servizio socio-sanitario di cui all'art. 14 della l.r. 10/2006;
- funzioni del servizio aziendale di assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni tecnico-sanitarie;
- relazioni esterne;
- promozione qualità e appropriatezza;
- *risk management*;
- sviluppo organizzativo e valutazione del personale, dirigente e non;
- formazione;
- sistema informativo;
- *technology assessment*, ove non sia costituita la struttura, semplice o complessa, di ingegneria clinica;
- attività del Centro epidemiologico aziendale (CEA), ove non costituito come struttura semplice del dipartimento di prevenzione;
- adempimenti ex d.lgs. 626/1994.

In particolare la funzione di programmazione e controllo comprende:

- l'analisi degli obiettivi assistenziali, in collaborazione con il CEA;
- l'analisi del sistema di risposta necessario per garantire il perseguimento degli obiettivi assistenziali;
- le attività prettamente programmatiche, sia aziendali sia a supporto dell'attività dei distretti;
- le attività di controllo strategico e di controllo di gestione.

La precedente elencazione è finalizzata a chiarire il ruolo dello *staff* della direzione nello sviluppo del governo aziendale. Le funzioni elencate sono in larga parte innovative e richiedono l'acquisizione e/o lo sviluppo di nuove professionalità. Possono essere previste strutture complesse e semplici solo in presenza di elementi costitutivi quali la dimensione dell'attività e delle risorse professionali utilizzate. La strutturazione organizzativa di tali funzioni può non essere giustificata dalla dimensione aziendale; in questo caso il fabbisogno può essere coperto con operatori con formazione ed esperienze lavorative polivalenti, che possono garantire più funzioni, con incarichi di elevata qualificazione professionale e, limitatamente a specifiche esigenze, con contratti ai sensi dell'art. 15 *septies* del d.lgs. 502/1992, e succ. mod. e int.

L'atto aziendale deve prevedere:



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- il servizio di assistenza infermieristica, ostetrica e delle professioni tecnico-sanitarie aziendale. Tale servizio svolge sia attività di coordinamento e indirizzo, tipiche di una tecnostruttura, sia attività di governo delle attività di linea, ovvero del nucleo operativo;
- il servizio socio-sanitario, che ha il compito di promuovere l'integrazione tra i servizi sociali e i servizi sanitari, in tutti i distretti e secondo modalità omogenee, attraverso la definizione di linee guida, protocolli e/o percorsi assistenziali, la definizione di standard di qualità delle prestazioni e la verifica trasversale della qualità dei servizi e delle prestazioni rese dalle unità operative distrettuali;
- le modalità di sviluppo delle restanti funzioni, con la eventuale creazione di strutture complesse e/o semplici, tenendo conto della dimensione aziendale e dell'obiettivo di contenere comunque il numero delle strutture, complesse e semplici.

L'atto aziendale può prevedere, inoltre, la presenza del coordinatore delle attività degli *staff*, la figura con specifiche competenze professionali è individuata tra i dirigenti della azienda o acquisita con contratto ex art. 15 *septies*. del d.lgs. 502/1992, e succ. mod. e int. In alternativa, ove la dimensione dello *staff* lo giustifichi, è possibile prevedere la creazione di un dipartimento.

Il funzionamento dello *staff* della direzione generale, con la definizione delle afferenze del personale che lo compone, è definito in apposito regolamento.

3.3 Area dell' assistenza collettiva

L'area dell'assistenza collettiva è costituita dal dipartimento di prevenzione, articolato ai sensi dell'art. 7 *quater*, comma 2, del d.lgs. 502/1992, dell'art. 17, comma 2, della l.r. 10/2006 e del Piano regionale dei Servizi Sanitari 2006/2008, nelle seguenti sei funzioni, per ciascuna delle quali è prevista l'individuazione di un servizio:

- 1) igiene e sanità pubblica;
- 2) igiene degli alimenti e della nutrizione;
- 3) prevenzione e sicurezza negli ambienti di lavoro;
- 4) sanità animale;
- 5) igiene della produzione, trasformazione, commercializzazione, conservazione e trasporto degli alimenti di origine animale e loro derivati;
- 6) igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

L'area dell'assistenza collettiva, in analogia alla classificazione nazionale dei Lea e ai contenuti del Piano dei Servizi Sanitari 2006/2008, comprende inoltre le seguenti funzioni aggregate:

- epidemiologia, nel caso in cui non sia attivato nello *staff* della direzione generale il CEA;
- medicina legale;
- integrazione salute e ambiente;
- progettazione e coordinamento delle iniziative di educazione sanitaria e di prevenzione rivolta alle persone, sviluppate con la collaborazione delle aree di assistenza distrettuale e ospedaliera (art. 17, comma 5, lett. e, della l.r. 10/2006);
- tutela della salute delle attività sportive.

In base all'art. 9, comma 4, lett. g, della l.r. 10/2006, l'individuazione delle strutture complesse presenti nel Dipartimento di Prevenzione tiene conto delle dimensioni demografiche, territoriali ed economiche dell'azienda. In attuazione di tale indirizzo si prevede la seguente articolazione di massima:

- Asl 4: n. 2-3 strutture complesse, di cui almeno una medica e una veterinaria;
- Asl 2, 6 e 7: n. 2-4 strutture complesse, di cui almeno una medica e una veterinaria;
- Asl 1, 3 e 5: n. 4-6 strutture complesse;
- Asl 8: n. 6-7 strutture complesse.

Per la scelta del numero e l'individuazione delle strutture complesse occorre valutare la dotazione di personale laureato e tecnico che giustifichi una organizzazione autonoma.

L'atto aziendale e il regolamento attuativo prevedono l'attivazione di strutture semplici a valenza dipartimentale (dotate di autonomia organizzativa e tecnico professionale) per i servizi per i quali non sia prevista la costituzione in struttura complessa. L'atto aziendale e il regolamento attuativo possono inoltre prevedere l'attivazione di strutture semplici, anche a valenza dipartimentale, per le ulteriori funzioni previste dal PRSS 2006-08 e da realizzare nel Dipartimento di Prevenzione.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

3.4 Area dell'assistenza distrettuale

Per "assistenza distrettuale" si intende (in coerenza con quanto previsto nel Piano regionale dei Servizi Sanitari 2006/2008) l'insieme delle "attività di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione erogate in regime ambulatoriale, domiciliare, semiresidenziale o residenziale".

Si tratta di attività erogate nel territorio, anche attraverso la collaborazione di più strutture aziendali, che comprendono:

- a) la medicina di base, pediatria di libera scelta e continuità assistenziale;
- b) l'emergenza sanitaria territoriale;
- c) la salute mentale;
- d) la neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza;
- e) l'assistenza farmaceutica;
- f) l'attività e servizi di assistenza domiciliare;
- g) l'assistenza specialistica ambulatoriale;
- h) l'attività e servizi per la prevenzione e cura delle dipendenze;
- i) l'attività e servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- j) l'attività e servizi per le persone disabili adulte e anziane;
- k) l'attività e servizi per le patologie da HIV;
- l) le attività e servizi per patologie croniche e assistenza ai pazienti nella fase terminale della vita;
- m) la medicina scolastica.

Le attività che sostanziano l'assistenza sanitaria distrettuale sono erogate da unità operative proprie del distretto oppure da unità operative di altre strutture organizzative, quali i dipartimenti.

I distretti, intesi come macro-strutture organizzative, si relazionano con i dipartimenti secondo logiche orizzontali, funzionali e di integrazione, diverse per i dipartimenti funzionali e strutturali:

- dipartimenti funzionali: il personale assegnato al distretto risponde al direttore del distretto dal punto di vista organizzativo e al direttore del dipartimento dal punto di vista professionale. L'attività distrettuale del dipartimento è compresa nel piano di attività e nel *budget* del distretto;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- dipartimenti strutturali: operano a livello distrettuale con autonomia tecnico-professionale e gestionale, ferma restando l'esigenza del coordinamento delle attività del dipartimento con quelle proprie distrettuali. La direzione generale, assistita dai direttori dei distretti, concorda con i direttori dei dipartimenti il piano di attività e il *budget* dei dipartimenti stessi, con l'articolazione a livello distrettuale.

3.4.1 Il distretto

In coerenza con quanto previsto dal Piano regionale dei Servizi Sanitari 2006/2008, "il Distretto, dotato di autonomia tecnico gestionale ed economico-finanziaria nonché di adeguate risorse, è luogo di elezione per garantire l'integrazione sociosanitaria con particolare riferimento alle aree materno-infantile, disabilità, anziani, dipendenze, salute mentale, delle persone con HIV, con patologie cronic-degenerative e con patologie oncologiche."

Il distretto, come indicato nell'art. 17 della l.r. 10/2006, è un'articolazione organizzativa territoriale della azienda sanitaria locale dotata di autonomia tecnico-gestionale, nell'ambito degli obiettivi posti dall'atto aziendale, economico-finanziaria, nell'ambito delle risorse assegnate, e di contabilità separata all'interno del bilancio aziendale, ovvero nell'ambito del sistema aziendale di programmazione e controllo, con specifico riferimento al sistema budgetario e alla contabilità analitica, ai sensi dell'art. 28 della l.r. 10/2006.

Il distretto svolge, dunque, funzioni di tutela nei confronti della propria popolazione e di produzione/erogazione di servizi/prestazioni territoriali.

L'art. 17 della l.r. 10/2006, nel delineare funzioni e modalità organizzative del distretto, fa specifico riferimento alla funzione di integrazione tra assistenza sanitaria e sociale quando parla di "gestione integrata, sanitaria e sociale, dei servizi, anche collaborando alla predisposizione e realizzazione dei PLUS" e di "fruizione, attraverso i punti unici di accesso, dei servizi sanitari e sociosanitari, assicurando l'integrazione con i servizi sociali e con i servizi ospedalieri".

Il distretto deve, dunque, farsi carico della visione complessiva dei problemi di salute del territorio e della relativa popolazione, del ruolo di porta di accesso privilegiata per tutti i servizi sanitari, sia territoriali che ospedalieri, della funzione di integrazione socio-sanitaria, del monitoraggio del livello di domanda complessiva che emerge a livello territoriale.

3.4.2 Il direttore del distretto

Le funzioni del direttore del distretto sono implicitamente delineate dagli articoli 17, comma 5, e 9, comma 4, lett. d, della l.r. 10/2006.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

L'atto aziendale deve precisare i ruoli assegnati al direttore di distretto, alla luce degli indirizzi successivi in ordine all'articolazione funzionale e organizzativa dei servizi e delle prestazioni distrettuali.

3.4.3 L'individuazione dei distretti

L'atto aziendale disciplina l'articolazione dell'Unità Sanitaria Locale in distretti. Il distretto è individuato sulla base dei criteri di cui all'art 3 *quater*, comma 1, del d.lgs. 502/1992 e s.m.i. secondo il quale deve essere garantita una popolazione minima di almeno di 60.000 abitanti, salvo deroghe regionali in considerazione delle caratteristiche geomorfologiche del territorio o della bassa densità della popolazione residente.

Tenuto conto dell'assetto storico dell'articolazione in distretti, il quale risente della configurazione delle unità sanitarie locali prevista dalla legge n. 13 del 16 marzo 1981, e della conseguente prassi organizzativa ormai consolidata nei diversi territori, si ritiene opportuno procedere a una sostanziale conferma dell'attuale assetto, fatte salve le modifiche strettamente necessarie per favorire una più adeguata organizzazione dell'assistenza.

Più precisamente, l'articolazione in distretti deve tener conto dei seguenti indirizzi:

- a livello regionale, il numero complessivo dei distretti non deve essere superiore a 22 (pari al numero delle unità sanitarie locali previste dalla l.r. 13/81);
- al fine di garantire unitarietà degli interventi, le aree urbane devono essere organizzate in un unico distretto, eventualmente articolato in più sedi;
- all'interno delle singole Asl, i confini dei preesistenti distretti possono essere rivisti al fine di garantire una più equilibrata distribuzione della popolazione complessiva, in particolare laddove sono intervenute modifiche in seguito alla istituzione delle nuove province.

Per quanto possibile e opportuno, l'eventuale ridefinizione dei confini dei distretti tiene inoltre conto di quanto previsto con riferimento agli ambiti territoriali ottimali di cui alla D.G.R. 42/18 del 4.10.2006.

In coerenza con quanto sopra esplicitato, le singole aziende sanitarie locali prevedono il seguente numero di distretti:

Asl 1 Sassari: numero 3 distretti

Asl 2 Olbia: numero 2 distretti

Asl 3 Nuoro: numero 4 distretti



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Asl 4 Lanusei:	numero 1 distretto
Asl 5 Oristano:	numero 3 distretti
Asl 6 Sanluri:	numero 2 distretti
Asl 7 Carbonia:	numero 2 distretti
Asl 8 Cagliari:	numero 5 distretti (di cui uno articolato in più sedi)

Nel medio periodo, una volta superata l'attuale fase di riordino del sistema, la Regione promuove aggregazioni volte a favorire una maggiore adesione ai criteri previsti dalla norma nazionale circa la dimensione demografica dei distretti, anche prevedendo adeguati meccanismi di incentivazione.

3.4.4 Le funzioni distrettuali

Come già precisato all'inizio del § 3.4, l'area della assistenza distrettuale comprende le seguenti attività:

- a) medicina di base, pediatria di libera scelta e continuità assistenziale;
- b) emergenza sanitaria territoriale;
- c) salute mentale;
- d) neuropsichiatria infantile e dell'adolescenza;
- e) assistenza farmaceutica;
- f) attività e servizi di assistenza domiciliare;
- g) assistenza specialistica ambulatoriale;
- h) attività e servizi per la prevenzione e cura delle dipendenze;
- i) attività e servizi consultoriali per la tutela della salute dell'infanzia, della donna e della famiglia;
- j) attività e servizi per le persone disabili adulte e anziane;
- k) attività e servizi per le patologie da HIV;
- l) attività e servizi per patologie croniche e assistenza ai pazienti nella fase terminale della vita;
- m) medicina scolastica.

Il direttore di distretto assume responsabilità e poteri di indirizzo e controllo sull'azione svolta dalle unità operative ad esso afferenti e di integrazione funzionale su quelle operanti

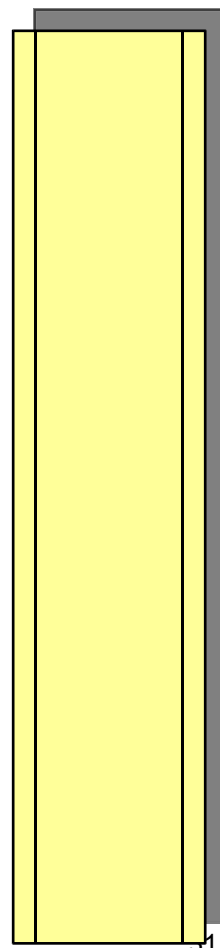


REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

nell'assistenza distrettuale, anche se afferenti ad altre macrostrutture aziendali, nei termini indicati precedentemente.

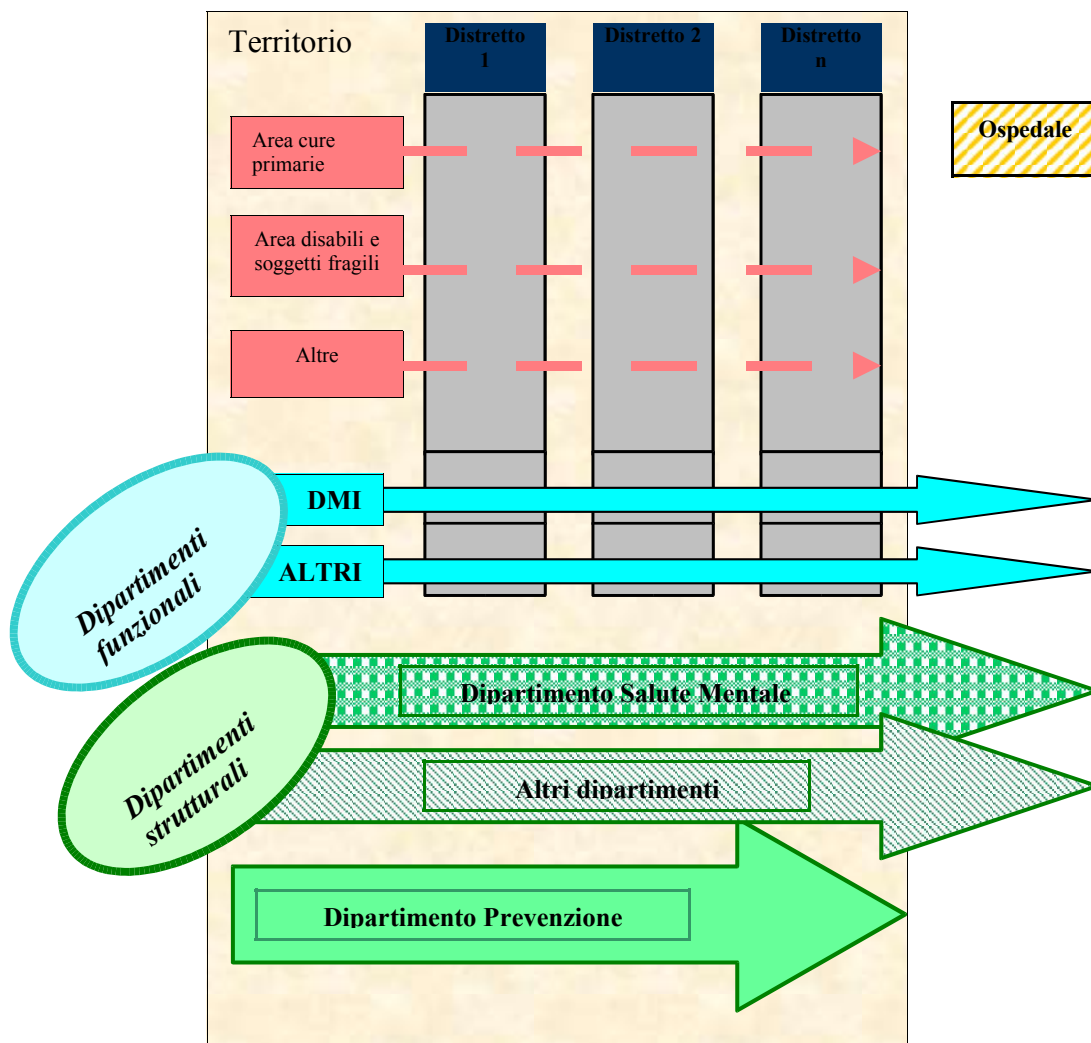
Il seguente schema illustra la diversa modalità di sviluppo dell'attività distrettuale:

- nella parte in alto sono indicate le attività sviluppate direttamente dal distretto. Il coordinamento funzionale, evidenziato con la linea tratteggiata, è finalizzato alla sola definizione di protocolli operativi comuni per tutti i distretti, definiti a livello di tecnostruttura;
- nella parte centrale sono indicate le attività sviluppate dai dipartimenti funzionali. In tale caso l'attività è distrettuale (linea verticale) e il coordinamento funzionale è garantito dal dipartimento. Il dipartimento sviluppa la sua attività sia nei distretti che a livello ospedaliero;
- nella parte in basso sono indicate le attività sviluppate a livello territoriale dai dipartimenti strutturali. In tale caso, in considerazione dell'autonomia tecnico-professionale e gestionale del dipartimento, l'attività è distrettuale ma non sotto la responsabilità del direttore di distretto (non è prevista la linea verticale distrettuale). Il dipartimento sviluppa la sua attività sia nei distretti che a livello ospedaliero;
- l'ultima freccia individua il dipartimento di prevenzione.





REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA



Coerentemente con quanto sopra espresso, nel distretto sono attivate unità operative finalizzate alle cure primarie, all'assistenza alle persone con disabilità e ai soggetti fragili. Queste unità operative dipendono direttamente dal direttore del distretto, cui rispondono dei risultati raggiunti, delle risorse assegnate e dei processi operativi realizzati.

Per perseguire il coordinamento interdistrettuale relativo ai settori specifici, sono definite aree di integrazione, nell'ambito della tecnostruttura di cui al § 3.1.1, ciascuna con il compito di predisporre linee guida e protocolli e/o percorsi assistenziali, basati sulle evidenze cliniche, di definire dei livelli qualitativi delle prestazioni, di verifica e standardizzazione della qualità dei servizi e delle prestazioni rese dalle unità operative distrettuali.

Le aree individuate di norma sono:

- Cure primarie (lettere a, f, g): l'area comprende l'assistenza sanitaria di base (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta), la continuità assistenziale (guardia medica



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

e guardia turistica), l'erogazione delle prestazioni integrative e protesiche e le attività specialistica ambulatoriale;

- Disabili e soggetti fragili (lettere j, l, k): l'area comprende l'offerta assistenziale, in termini di attività e servizi, per le persone disabili e i soggetti fragili.

Il suddetto assetto organizzativo è tanto più opportuno, quanto maggiore è il numero di distretti all'interno dell'azienda. Al fine di favorire l'effettiva omogeneità dei percorsi assistenziali in tutto il territorio, nelle Asl con almeno 4 distretti, può essere istituita la figura del responsabile del governo clinico dell'area territoriale che risponde, per gli aspetti indicati, della gestione complessiva dell'intera area nei vari distretti.

3.4.5 Organizzazione delle funzioni distrettuali

Le attività di emergenza sanitaria territoriale (lettera b di cui al precedente paragrafo) sono organizzate all'interno del **Dipartimento aziendale di emergenza-urgenza** (DEU - di cui al successivo paragrafo 3.6), con la seguente strutturazione:

- Asl 2, 3, 4, 5, 6 e 7: n. 1 struttura semplice dipartimentale del dipartimento aziendale di emergenza ed urgenza;
- Asl 1 e 8: n. 1 struttura complessa, relativa alla centrale operativa.

Nell'atto aziendale per il DEU sarà operata la scelta tra dipartimento strutturale o funzionale; nel secondo caso le strutture territoriali che compongono il dipartimento di emergenza-urgenza sono aggregate nella struttura complessa distretto.

Le attività relative alla salute mentale e alla prevenzione e cura delle dipendenze (lettere c, h) sono organizzate nel **Dipartimento aziendale della salute mentale**, articolato in base alla dimensione aziendale nelle seguenti strutture:

- Asl 4: n. 1 struttura complessa, ove del caso articolata in 2 - 3 strutture semplici;
- Asl 2 e 6: n. 1 - 2 strutture complesse;
- Asl 1, 3, 5 e 7: n. 3 strutture complesse;
- Asl 8: n. 3 - 4 strutture complesse.

Per le Asl 2, 4, e 6 il termine dipartimento può essere utilizzato in senso non tecnico nel caso in cui sia previsto un numero di strutture complesse inferiore a 2.

Le attività di assistenza farmaceutica (lettera e) sono organizzate a livello aziendale nel **Servizio Farmaceutico** in base alla dimensione aziendale:



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- Asl 2, 4 e 6: n. 1 struttura complessa, articolata in due strutture semplici (attività territoriale ed ospedaliera);
- Asl 3, 5 e 7: n. 1 - 2 strutture complesse, una per l'attività territoriale e una per l'area ospedaliera;
- Asl 1 e 8: n. 2 - 3 strutture complesse.

In presenza di 2-3 strutture complesse è possibile prevederne l'aggregazione nel dipartimento del farmaco di cui al paragrafo 3.6.

Le attività della tutela materno-infantile (lettera d, i, m) sono organizzate nel **Dipartimento aziendale materno–infantile** (DMI) che garantisce l'offerta di prestazioni territoriali ed ospedaliere e loro integrazione; inoltre garantisce in collaborazione del dipartimento di prevenzione, le attività vaccinali.

3.5 Area ospedaliera

3.5.1 Tipologia degli ospedali

L'area ospedaliera è composta dagli ospedali di rete:

- generali, monosede o plurisede;
- specializzati.

Per l'aggregazione degli ospedali plurisede e per la identificazione degli ospedali specializzati si rinvia al Piano regionale dei Servizi Sanitari 2006/2008.

3.5.2 Direzione ospedaliera

L'art. 9, comma 4, lett. e, della l.r. 10/2006 prevede tra gli indirizzi per l'atto aziendale "la specificazione delle principali funzioni del dirigente medico e del dirigente amministrativo di presidio ospedaliero ovvero del direttore di presidio ospedaliero scelto tra i due".

Occorre peraltro osservare che la configurazione della macro-struttura organizzativa delineata in precedenza porta a privilegiare per gli ospedali una direzione di presidio ospedaliero unitaria, di tipo sanitario, con i seguenti compiti:

- coordinamento delle attività sanitarie svolte dai singoli dipartimenti e/o strutture complesse non aggregate in dipartimento;
- coordinamento dei servizi di supporto diretto all'attività sanitaria;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- responsabilità igienico-sanitaria dell'ospedale.

Occorre anche precisare che la direzione sanitaria è un requisito richiesto dalla normativa in materia di autorizzazione e accreditamento degli ospedali, pubblici e privati.

Ciò non esclude la presenza di una funzione amministrativa, con il compito di terminale dei servizi amministrativi centrali e di coordinamento delle attività di supporto (servizi tecnici e alberghieri), che può essere posta alle dipendenze della direzione sanitaria di ospedale o della direzione amministrativa aziendale. Nel secondo caso è possibile prevedere l'accorpamento della funzione amministrativa di più presidi ospedalieri, secondo le indicazioni della l.r. 10/2006, all'art. 9, comma 4, lettera f.

Pertanto l'atto aziendale deve prevedere per ogni ospedale, generale o specializzato:

- una struttura complessa di direzione sanitaria, articolata in una struttura semplice per ogni sede distaccata;
- una funzione amministrativa, definendone la configurazione e il rapporto rispetto alla direzione sanitaria.

3.5.3 Strutture complesse, semplici a valenza dipartimentale e semplici

L'art. 9, comma 4, lett. h, della l.r. 10/2006 prevede tra gli indirizzi per l'atto aziendale "le condizioni che giustificano l'accorpamento, in capo ad un'unica figura, di più funzioni". Tali condizioni assumono particolare rilievo con riferimento alla individuazione delle strutture complesse e semplici ospedaliere. L'obiettivo è di evitare che la specializzazione delle funzioni mediche provochi una parcellizzazione dell'organizzazione, con conseguenti problemi organizzativi e diseconomie di gestione.

Pertanto, nell'ambito degli ospedali generali e specializzati di rete, possono essere attivate le **strutture complesse** per le funzioni previste dal Piano regionale dei Servizi Sanitari 2006/2008 in presenza congiunta delle seguenti condizioni:

- adeguata dotazione di personale medico e laureato non medico, che giustifichi una funzione di direzione;
- valorizzazione dell'attività di degenza e specialistica ambulatoriale (resa a degenti e a esterni) che giustifichi la creazione di una struttura complessa, tenuto conto in ogni caso della necessità di garantire un adeguato equilibrio tra ricavi tariffari e per funzioni e costi diretti. Casi eccezionali di attivazione di strutture complesse possono essere ipotizzati,



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

purché adeguatamente motivati, sulla base di una previsione di sviluppo strategico dell'attività complessiva, in coerenza con la programmazione regionale.

Ove non sussistano i presupposti per l'attivazione di strutture complesse, per le funzioni previste dal Piano regionale dei Servizi Sanitari 2006/2008, è possibile prevedere l'attivazione alternativa di **strutture semplici a valenza dipartimentale**, in presenza di almeno una delle seguenti condizioni:

- dotazione di personale medico e laureato non medico, che giustifichi una organizzazione autonoma;
- valorizzazione dell'attività di degenza e specialistica ambulatoriale (resa a degenti e a esterni) che giustifichi la creazione di una struttura semplice dipartimentale, tenuto conto in ogni caso della necessità di garantire un adeguato equilibrio tra ricavi tariffari e per funzioni e costi diretti.

Relativamente alle **strutture semplici** occorre precisare che le stesse si giustificano solo in presenza di esigenze organizzative, cioè nel caso in cui si ritenga necessario attribuire la responsabilità di una parte dell'organizzazione a un dirigente che risponda al direttore della struttura complessa di appartenenza. Pertanto, all'interno delle strutture complesse possono essere attivate le strutture semplici in presenza di entrambe le seguenti condizioni:

- ambiti di attività individuati e suscettibili di adeguata autonomia organizzativa;
- autonoma e adeguata dotazione di personale, medico e laureato non medico.

3.5.4 Dipartimenti ospedalieri

Con riguardo all'aggregazione dipartimentale delle strutture complesse ospedaliere si ricorda che il Piano regionale dei Servizi Sanitari 2006/2008 indica il modello dipartimentale come scelta preferenziale, ma non obbligata.

L'art. 9, comma 4, lett. g, della l.r. 10/2006 prevede tra gli indirizzi per l'atto aziendale "l'individuazione dei servizi e delle strutture che devono essere aggregati in dipartimenti, nonché i motivi che giustificano la costituzione dei dipartimenti stessi, tenuto conto, a tal fine, delle dimensioni demografiche, territoriali ed economiche dell'azienda e in funzione degli obiettivi e delle strategie aziendali".



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

L'obiettivo è di evitare che l'aggregazione dipartimentale sia più formale che sostanziale, con allungamento della catena di comando e maggiori costi non giustificati dal valore aggiunto costituito dalla aggregazione stessa.

Pertanto, nell'ambito degli ospedali generali e specializzati di rete, l'aggregazione dipartimentale può essere prevista in presenza congiunta delle seguenti condizioni:

- relativamente alle strutture complesse con prevalente attività di ricovero, possibilità di attivare dipartimenti strutturali e funzionali; relativamente alle strutture complesse dei servizi diagnostici, possibilità di utilizzare il personale medico e tecnico su più sedi;
- presenza almeno di tre strutture complesse o di due strutture complesse e una semplice a valenza dipartimentale.

3.6 Dipartimenti ospedale – territorio

Accanto ai dipartimenti ospedalieri l'atto aziendale deve prevedere e disciplinare i dipartimenti che integrano l'assistenza ospedaliera e quella distrettuale. In questo caso si parla di dipartimenti "aziendali", per distinguerli da quelli solo "ospedalieri".

Alcuni di questi dipartimenti sono già stati individuati nel § 3.4.4:

- il dipartimento di emergenza e urgenza;
- il dipartimento della salute mentale;
- il dipartimento del farmaco;
- il dipartimento materno-infantile.

E' possibile prevedere i seguenti ulteriori dipartimenti ospedale - territorio:

- il dipartimento dei servizi diagnostici;
- il dipartimento della riabilitazione;
- il dipartimento oncologico.

Relativamente al dipartimento di emergenza e urgenza occorre precisare che è costituito dalle seguenti componenti:

- sistema di allarme sanitario (centrali operative);
- sistema territoriale di soccorso (coordinato funzionalmente dalle centrali operative e territorialmente dal DEU di riferimento) di cui al paragrafo 3.4.5;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- rete ospedaliera, articolata nei quattro livelli di operatività individuati dal Piano regionale dei Servizi Sanitari 2006/2008;
- servizi ospedalieri di osservazione breve (OB), ivi compresa quella intensiva (OBI).

In ogni azienda è costituito il dipartimento di emergenza e urgenza, composto dalle strutture sopra indicate; ove tali strutture non siano complesse il termine dipartimento viene utilizzato in senso non tecnico.

I servizi di osservazione breve devono essere attivati in ogni ospedale generale di rete sede di DEA, secondo quanto previsto dalla programmazione regionale. I posti letto di osservazione breve intensiva devono essere attivati entro il periodo di vigenza del Piano regionale dei Servizi Sanitari 2006/2008.

3.7 Area amministrativa e delle attività di supporto

L'area amministrativa e delle attività di supporto comprende alcune attività che devono essere svolte con una forte integrazione su aree vaste o a livello regionale, in coerenza con quanto previsto nel Piano regionale dei Servizi Sanitari 2006/2008 e nell'art. 16, comma 3, della l.r. 10/2006, con riferimento alle politiche del personale, alle politiche finalizzate all'acquisto di beni e servizi, anche attraverso aziende capofila, nonché in modo particolare all'innovazione tecnologica e allo sviluppo del sistema informativo sanitario regionale.

L'area amministrativa e delle attività di supporto comprende diverse funzioni/attività che possono essere raggruppate in due aree:

- servizi amministrativi;
- servizi tecnico-logistici.

I servizi amministrativi comprendono le seguenti funzioni:

- contabilità e bilancio;
- provveditorato;
- amministrazione personale.

I servizi tecnico-logistici comprendono le seguenti funzioni:

- logistica;
- servizi alberghieri (ove non esternalizzati) e/o monitoraggio servizi di supporto esternalizzati;
- servizi generali (trasporti interni, portineria e vigilanza ecc.);



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- servizi tecnici:
 - manutenzione immobili e impianti;
 - edilizia sanitaria;
 - ingegneria clinica;
- amministrazione patrimoniale.

E' opportuno precisare che le attività amministrative e tecnico-logistiche di cui sopra devono essere sviluppate in maniera equilibrata, in particolare con riferimento alle attività più innovative e spesso trascurate ma fondamentali per accompagnare i processi in atto quali:

- il rinnovo del patrimonio di edilizia sanitaria, con l'esigenza in alcune aziende di sviluppare competenze interne, da affiancare alle risorse professionali esterne;
- lo sviluppo, nelle aziende di maggiore dimensione, della funzione dell'ingegneria clinica, al fine di migliorare la capacità di valutazione degli investimenti e di garantire in parte la manutenzione interna delle attrezzature;
- l'esternalizzazione delle funzioni di supporto, con la conseguente esigenza di sviluppare la capacità di contrattare e di controllare i servizi esternalizzati.

Le funzioni elencate sono in parte innovative, in parte devono essere aggiornate e richiedono l'acquisizione e/o lo sviluppo di nuove professionalità. Inoltre la strutturazione organizzativa di tali funzioni può non essere giustificata dalla dimensione aziendale; il fabbisogno può essere coperto con operatori con formazione ed esperienze lavorative polivalenti, che possono garantire più funzioni, con incarichi di elevata qualificazione professionale e, ove ne ricorrano i presupposti, con contratti ai sensi dell'art. 15 *septies* del d.lgs. 502/1992, e s.m.i.

La strutturazione organizzativa dell'area amministrativa e delle attività di supporto deve tenere conto della dimensione aziendale e della presenza di specifiche professionalità:

- Asl 2, 3, 4, 5, 6 e 7: n. 3 – 4 strutture complesse;
- Asl 1 e 8: n. 5 - 7 strutture complesse.

Le funzioni amministrative e tecnico-logistiche possono essere aggregate in uno o due dipartimenti, in base alle strutture complesse presenti e alle funzioni svolte.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

4. IL SISTEMA DI ATTRIBUZIONE DELLE RESPONSABILITÀ E DI VALUTAZIONE DEI RISULTATI

Ai dirigenti possono essere attribuite, sulla base del contratto collettivo nazionale, responsabilità,:

- di struttura complessa;
- di struttura semplice a valenza dipartimentale;
- di struttura semplice;
- professionale di alta specializzazione;
- professionale semplice.

La responsabilità di struttura complessa comprende varie tipologie organizzative di riferimento:

- direzione di distretto;
- direzione sanitaria di ospedale di rete;
- direzione di struttura complessa ordinaria.

Il direttore di struttura complessa ordinaria può assumere l'incarico integrativo di direttore di dipartimento, mantenendo la piena responsabilità della struttura complessa.

L'atto aziendale, in base all'articolazione organizzativa delineata ai sensi del precedente punto 3, deve individuare i rapporti tra le varie tipologie di struttura complessa:

- rapporti tra direttore di distretto e direttori dei dipartimenti e delle strutture complesse che operano a livello territoriale;
- rapporti tra direttore sanitario di ospedale di rete e direttori dei dipartimenti e delle strutture complesse ospedaliere;
- rapporti tra direttore del dipartimento aziendale di emergenza e urgenza, direttori di distretto e direttori sanitari del/degli ospedale/i di rete.

Il sistema di valutazione del personale può essere definito nell'atto aziendale o in apposito regolamento. Nel secondo caso l'atto aziendale deve definire i principi di riferimento del regolamento, tenendo conto dei principi disposti dai d.lgs. 502/1992 (collegio tecnico) e 286/1999 (nucleo di valutazione).

In particolare, con riferimento all'applicazione del d.lgs. 286/1999, l'atto aziendale deve prevedere che la valutazione del personale avvenga con le seguenti modalità:

- definizione di criteri di valutazione omogenei per tutta l'azienda;



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

- valutazione da parte di chi ha diretta conoscenza dell'attività del valutato;
- partecipazione del valutato al processo (colloquio di valutazione);
- doppio grado di valutazione;
- monitoraggio della valutazione effettuata dai dirigenti sui propri collaboratori;
- valutazione dei componenti del collegio di direzione da parte del nucleo di valutazione.

5. LA REGOLAMENTAZIONE DEI CONTRATTI DI FORNITURA DI BENI E SERVIZI

I contratti di fornitura di beni, servizi e lavori sono disciplinati dalla normativa nazionale vigente in materia e in particolare dal d.lgs. 163/2006.

In relazione a tali contratti l'atto aziendale deve prevedere:

- la programmazione delle forniture di beni, servizi e lavori organizzata secondo azioni e strategie tali da conseguire risultati coerenti con efficaci e apprezzabili livelli di attività istituzionale e con una significativa economia di gestione;
- il ricorso alle convenzioni Consip e al Mercato Elettronico laddove obiettive ragioni di convenienza prevalgono su specifiche esigenze dell'azienda;
- l'adesione obbligatoria alle convenzioni stipulate dal CAT;
- l'espletamento di gare aggregate con il supporto del CAT per le tipologie di beni e servizi che presentano un sufficiente grado di standardizzazione da poter soddisfare esigenze comuni e di carattere generale;
- il ricorso a sistemi integrati di acquisizione con altre aziende sanitarie tramite unioni d'acquisto o altre forme di aggregazione della domanda;
- l'utilizzo di moderni strumenti tecnologici di e-commerce;
- che il sistema degli acquisti sia improntato ai generali principi di della trasparenza e della massima concorrenzialità, con la costante valutazione dei criteri di economicità, di efficacia ed efficienza, assicurando il positivo rapporto costi/benefici.

I contratti di fornitura di beni, servizi e lavori il cui valore sia inferiore a quello stabilito dalla normativa comunitaria, sono disciplinati dagli articoli 124 e 125 del d.lgs. 163/2006. In particolare i beni, i servizi e i lavori possono essere acquisiti in economia, ai sensi e per gli effetti dell'art. 125 del d.lgs. 163/2006, previa adozione di apposito regolamento da parte di ciascuna azienda.



REGIONE AUTONOMA DELLA SARDEGNA

Al fine di migliorare la qualità del servizio di ristorazione, nel rispetto della normativa vigente, è opportuno per quanto possibile favorire l'utilizzo di prodotti alimentari tipici sardi.

Nel rispetto della normativa vigente, nella finanza di progetto o comunque nell'ambito di eventuali esternalizzazioni di servizi (lavanderia, mensa, pulizie, guardiania, ecc.) è opportuno, per quanto possibile, evitare accorpamenti di forniture non funzionalmente omogenee che potrebbero indurre la riduzione a mera ancillarità di alcuni servizi altrimenti efficacemente acquisibili in maniera separata.