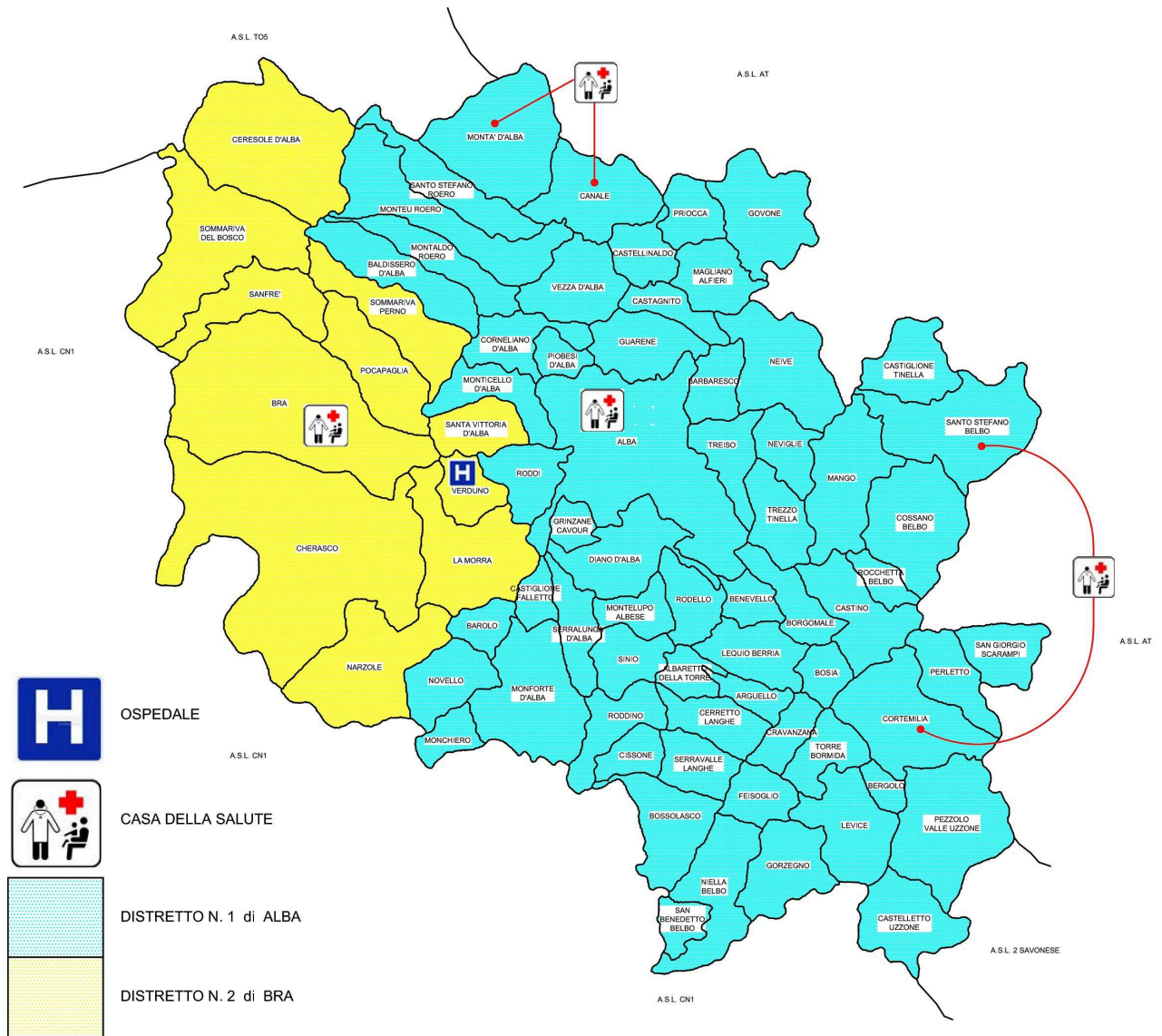




Atto Aziendale



TITOLO I - L'AZIENDA: CARATTERI CHE LA CONTRADDISTINGUONO	1
CAPO I – GLI ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI L'AZIENDA	1
ART. 1 – RAGIONE SOCIALE	1
ART. 2 – SEDE	1
ART. 3 – LOGO	1
ART. 4 – FINALITÀ	1
ART. 5 – PRINCIPI ISPIRATORI	2
ART. 6 – CONTESTO	2
DISTRETTO 1 – ALBA: IL CONSORZIO ALBA, LANGHE E ROERO	2
ART. 7 – SOCIETÀ PARTECIPATE E CONSORTILI	3
ART. 8 – L'OSPEDALE UNICO ED IL RIORDINO DELLE ATTIVITA' TERRITORIALI	3
ART. 9 – ATTIVITÀ	3
ART. 10 – RAPPORTI CON I DIPENDENTI	4
ART. 11 – RAPPORTI CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI	4
CAPO II – LA CONTINUITA' DELLE CURE E L'INTEGRAZIONE	5
ART. 12 – L'INTEGRAZIONE DEI SISTEMI DI EMERGENZA URGENZA TERRITORIALE	5
ART. 13 – L'INTEGRAZIONE TERRITORIO - OSPEDALE - TERRITORIO	5
ART. 14 – IL COORDINAMENTO CON ALTRI EROGATORI DELLA RETE REGIONALE	5
ART. 15 – PERCORSI ASSISTENZIALI IN COLLABORAZIONE CON L'A.O. SANTA CROCE E CARLE DI CUNEO	5
ART. 16 – L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA CON LE RISORSE TERRITORIALI	6
ART. 17 – IL RUOLO DEI DISTRETTI	6
ART. 18 – I SERVIZI DI ASSISTENZA PRIMARIA	6
TITOLO II - ASSETTO ISTITUZIONALE DELL'AZIENDA	8
CAPO I – GLI ORGANI	8
ART. 19 – GLI ORGANI DELL'AZIENDA	8
ART. 20 – IL DIRETTORE GENERALE	8
ART. 21 – IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO	8
ART. 22 – IL DIRETTORE SANITARIO	9
ART. 23 – IL COLLEGIO DI DIREZIONE	9
ART. 24 – IL COLLEGIO SINDACALE	10
CAPO II – GLI ORGANISMI DI CONSULENZA, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO	12
ART. 25 – IL CONSIGLIO DEI SANITARI	12
ART. 26 – LA CONFERENZA DEI SINDACI E LA RAPPRESENTANZA	12
ART. 27 – LA CONFERENZA AZIENDALE DI PARTECIPAZIONE	13
ART. 28 – IL COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO ED IL COMITATO TERRITORIALE SOCIO SANITARIO DEI SINDACI	14
ART. 29 – L'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' DISTRETTUALI	14
ART. 30 – IL COMITATO DI DIPARTIMENTO	15
ART. 31 – L'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE	16
ART. 32 – IL SERVIZIO ISPETTIVO	16
ART. 33 – IL COMITATO UNICO DI GARANZIA	17
ART. 34 – LA COMMISSIONE PARITETICA COMPETENTE IN MATERIA DI ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE	17
TITOLO III - L'ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA	18
CAPO I – I CRITERI ORGANIZZATIVI	18
ART. 35 – L'ARTICOLAZIONE DELL'AZIENDA	18
ART. 36 – IL DIPARTIMENTO	18
ART. 37 – I DIPARTIMENTI STRUTTURALI	18
ART. 38 – I DIPARTIMENTI FUNZIONALI	19
ART. 39 – LE STRUTTURE COMPLESSE E SEMPLICI	19
ART. 40 – LE FORME DI COLLABORAZIONE AZIENDALE: I GRUPPI DI PROGETTO	19
ART. 41 – I DIPARTIMENTI INTERAZIENDALI	20

ART. 42 – LE STRUTTURE COMPLESSE E SEMPLICI INTERAZIENDALI	20
ART. 43 – LE ALTRE FORME DI COLLABORAZIONE INTERAZIENDALE	20
CAPO II – STRUTTURE DELL’ASL CN2	20
ART. 44 – ORGANIZZAZIONE DELL’ASL CN2	20
ART. 45 – SERVIZI DI STAFF	21
ART. 46 – SERVIZI AMMINISTRATIVI DI LINEA	21
ART. 47 – SERVIZI SANITARI DI LINEA	21
ART. 48 – GERARCHIE DEI SERVIZI SANITARI DI LINEA	22
CAPO III – TIPOLOGIE DI INCARICHI E MODALITA’ DI NOMINA DEI DIRIGENTI	23
ART. 49 – TIPOLOGIE DI INCARICHI DIRIGENZIALI	23
ART. 50 – IL DIRETTORE DI DISTRETTO	23
ART. 51 – IL DIRETTORE SANITARIO DI PRESIDIO	24
ART. 52 – IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO	24
ART. 53 – I DIRETTORI DELLE STRUTTURE COMPLESSE	25
ART. 54 – I RESPONSABILI DELLE STRUTTURE SEMPLICI	25
ART. 55 – I DIRIGENTI CON INCARICHI DI NATURA PROFESSIONALE	26
ART. 56 – LE MODALITA’ DI CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI	27
TITOLO IV - LA GESTIONE DELLE ATTIVITA’ E DELLE RISORSE AZIENDALI	28
CAPO I – LE RISORSE UMANE	28
ART. 58 – LA DOTAZIONE ORGANICA/PIANO DEL FABBISOGNO	28
ART. 59 – LA GESTIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE	28
ART. 60 – IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE	28
ART. 61 – LA VALUTAZIONE PLURIENNALE AFFERENTE AI COLLEGI TECNICI DEL PERSONALE CON INCARICO DIRIGENZIALE	29
CAPO II – I CONTROLLI ESTERNI	29
ART. 62 – I CONTROLLI DELLA REGIONE	29
ART. 63 – I CONTROLLI DELLA CORTE DEI CONTI	30
CAPO III – I CONTROLLI INTERNI	30
ART. 64 – FINALITA’ DEI CONTROLLI INTERNI	30
ART. 65 – IL CONTROLLO STRATEGICO	30
ART. 66 – IL CONTROLLO DI GESTIONE	31
ART. 67 – IL CONTROLLO INTERNO DI REGOLARITA’ AMMINISTRATIVA E CONTABILE	31
ART. 68 – I CONTROLLI ANTICORRUZIONE	31
ART. 69 – I CONTROLLI SULLA QUALITA’ DEI SERVIZI EROGATI	32
ART. 70 – LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CLINICO	32
ART. 71 – LA FUNZIONE DI GESTIONE DEI SINISTRI	32
ART. 72 – I CONTROLLI SULLE STRUTTURE PRIVATE SANITARIE, SOCIO-SANITARIE E SOCIALI	32
CAPO IV – PROCEDURE DI CONSULTAZIONE E PARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI	33
ART. 73 – FORME DI PARTECIPAZIONE E CONSULTAZIONE	33
ART. 74 – IL DIRITTO DI INFORMAZIONE	33
ART. 75 – L’ACCOGLIENZA DELL’UTENTE	34
ART. 76 – LA TUTELA DELL’UTENTE IN RELAZIONE A DISSERVIZI	34
ART. 77 – LA TUTELA DEI DATI PERSONALI DELL’UTENTE	34
ART. 78 – NORME FINALI	35
ART. 79 – ENTRATA IN VIGORE DELL’ATTO AZIENDALE	36

ALLEGATI: 1. Organigramma
2. Elenco descrittivo delle funzioni delle strutture aziendali

TITOLO I - L'AZIENDA: CARATTERI CHE LA CONTRADDISTINGUONO

CAPO I – GLI ELEMENTI IDENTIFICATIVI E CARATTERIZZANTI L'AZIENDA

ART. 1 – RAGIONE SOCIALE

L'Azienda Sanitaria Locale CN2 (in seguito Azienda o A.S.L. CN2) – Codice Fiscale e Partita IVA n° 02419170044 – è stata istituita con decreto del Presidente della Giunta Regionale n. 91 del 17 dicembre 2007.

L'A.S.L. CN2 ha personalità giuridica di diritto pubblico ed autonomia imprenditoriale.

ART. 2 – SEDE

L'Azienda ha sede legale in Via Vida, 10 ad ALBA (CN).

Le sedi operative sono distribuite sul territorio aziendale in funzione delle necessità organizzative e dei bisogni della popolazione. Le loro collocazioni sono riportate sul sito aziendale.

ART. 3 – LOGO

Il logo dell'Azienda è costituito dall'immagine di seguito riportata, che rappresenta i simboli delle città di Alba (le torri) e di Bra (la "Zizzola"):



ART. 4 – FINALITÀ

Scopo dell'Azienda è quello di assicurare ai propri assistiti il massimo livello qualitativo possibile di servizi e prestazioni, attraverso interventi sicuri, tempestivi, efficaci ed appropriati, nonché adeguati ai bisogni delle persone, nel rispetto della loro dignità ed autonomia, passando da un modello di cura ad un modello di presa in carico del paziente dall'inizio fino al completamento del suo percorso di salute, senza soluzione di continuità.

L'Azienda organizza la rete dell'assistenza in attuazione della normativa nazionale e regionale di riferimento e secondo modalità che permettano di perseguire, con particolare riguardo all'area della cronicità, la continuità delle cure attraverso l'integrazione con tutte le risorse della rete sanitaria e socio-sanitaria in una logica di efficienza e di efficacia.

L'Azienda intende proporsi come attrattiva di nuove competenze e professionalità, anche in relazione alle potenzialità offerte dal nuovo Ospedale unico e dalle tecnologie d'avanguardia in esso presenti.

Strettamente correlata a tale finalità è l'ulteriore finalità di svolgere un significativo ruolo nella ricerca e nella formazione, attraverso apposite collaborazioni con le istituzioni universitarie, e quella di essere riconosciuta come centro di riferimento regionale per patologie specifiche.

L'Azienda, in particolare, persegue l'obiettivo di divenire un centro di eccellenza con riguardo alla ricerca ed alla clinica nell'area della nutrizione, nei suoi diversi aspetti dalla prevenzione alla cura.
L'Azienda persegue la compatibilità del sistema con le risorse finanziarie.

ART. 5 – PRINCIPI ISPIRATORI

L'Azienda ispira la propria attività ai seguenti principi:

- tutela del diritto di salute della comunità e della persona
- universalità, eguaglianza ed equità di accesso alle prestazioni in una logica di appropriatezza
- libertà di scelta, di informazione e di partecipazione dei cittadini
- gratuità delle cure nei limiti stabiliti dai L.E.A. (Livelli Essenziali di Assistenza)
- continuità delle cure
- umanizzazione delle cure/empowerment del paziente
- miglioramento continuo della qualità dei servizi, valorizzando anche l'alta intensità tecnologica
- raggiungimento/mantenimento di elevati standard assistenziali, attraverso il c.d. Governo Clinico
- razionalizzazione dei fattori produttivi, al fine di una efficace ed efficiente gestione delle risorse e dei servizi
- sicurezza delle cure
- sviluppo di una medicina moderna in una visione multidisciplinare ed integrata dei problemi relativi alla salute ed alla malattia
- implementazione della telemedicina
- introduzione di modelli innovativi nella gestione ed organizzazione delle professioni sanitarie
- introduzione di modelli innovativi nella gestione dei pazienti attraverso percorsi dedicati per patologia
- sperimentazione di modelli di dimissione precoce con correlata implementazione delle cure domiciliari, anche specialistiche
- valorizzazione e formazione continua di tutte le risorse umane coinvolte nei processi produttivi e del ruolo dei Medici di Medicina Generale (M.M.G.) e dei Pediatri di Libera Scelta (P.L.S.)
- semplificazione burocratico – amministrativa
- digitalizzazione
- coinvolgimento di tutte le risorse territoriali, pubbliche e private, in un'ottica di sussidiarietà e complementarietà
- orientamento verso l'Università a fini di ricerca e formazione
- perseguimento del benessere organizzativo.

ART. 6 – CONTESTO

Il territorio dell'ASL CN2 è articolato in due Distretti:

- il Distretto 1 di Alba
- il Distretto 2 di Bra.

I Comuni che ricadono nell'ambito territoriale dell'ASL CN2 sono i seguenti:

DISTRETTO 1 – ALBA (64 Comuni)

Alba, Albaretto della Torre, Arguello, Baldissero d'Alba, Barbaresco, Barolo, Benevello, Bergolo, Borgomale, Boscia, Bossolasco, Canale, Castagnito, Castelletto Uzzone, Castellinaldo d'Alba, Castiglione Falletto, Castiglione Tinella, Castino, Cerretto Langhe, Cissone, Corneliano d'Alba, Cortemilia, Cossano Belbo, Cravanzana, Diano d'Alba, Feisoglio, Gorzegno, Govone, Grinzane Cavour, Guarene, Lequio Berria, Levice, Magliano Alfieri, Mango, Monchiero, Monforte d'Alba, Montà, Montaldo Roero, Montelupo Albese, Monteu Roero, Monticello d'Alba, Neive, Neviglie, Niella Belbo, Novello, Perletto, Pezzolo Valle Uzzone, Piobesi d'Alba, Priocca, Rocchetta Belbo, Roddi, Roddino, Rodello, S. Benedetto Belbo, S. Giorgio Scarampi, S. Stefano Belbo, S. Stefano Roero, Serralunga d'Alba, Serravalle Langhe, Sinio, Torre Bormida, Treiso, Trezzo Tinella, Vezza d'Alba

DISTRETTO 2 – BRA (11 Comuni)

Bra, Ceresole d'Alba, Cherasco, La Morra, Narzole, Pocapaglia, Sanfré, S. Vittoria d'Alba, Sommariva del Bosco, Sommariva Perno, Verduno

I soggetti gestori dei servizi sociali, nell'ambito territoriale di pertinenza dell'ASL CN2, sono:

DISTRETTO 1 – ALBA: il CONSORZIO ALBA, LANGHE E ROERO

DISTRETTO 2 – BRA: il COMUNE DI BRA per delega degli 11 Comuni del Distretto 2 convenzionatisi per la gestione associata dei servizi socio assistenziali.

ART. 7 – SOCIETÀ PARTECIPATE E CONSORTILI

L' A.S.L. CN2 è socia, con quota di partecipazione pari al 4,18% del capitale sociale, della società consortile a responsabilità limitata AMOS S.C.R.L. – P.IVA / Codice fiscale: 03011180043.

La Società ha scopo mutualistico e non lucrativo.

La Società eroga servizi in house ai propri associati.

L'ASL CN2 è associata al CONSORZIO PER IL SISTEMA INFORMATIVO (CSI - Piemonte) - P.IVA / Codice fiscale: 01995120019.

Finalità generale del Consorzio è di mettere a disposizione degli Enti e delle organizzazioni consorziate, attraverso un organico sistema informativo regionale, i mezzi per il trattamento automatico dei dati oggi indispensabili per conseguire i propri fini istituzionali.

ART. 8 – L'OSPEDALE UNICO ED IL RIORDINO DELLE ATTIVITÀ TERRITORIALI

Il nuovo Ospedale Michele e Pietro Ferrero soddisfa in via prioritaria i bisogni della popolazione locale.

Il nuovo Ospedale è, però, in grado di sviluppare anche un'attività di eccellenza su selezionati ambiti clinici, grazie alla tecnologia a disposizione ed al conseguente sviluppo di specifiche competenze professionali dei propri operatori.

Il nuovo ospedale è un luogo "aperto" a tutte le realtà, anche estere, al fine dell'implementazione di metodologie innovative di gestione delle attività istituzionali. In particolare, tra queste ultime si ipotizza la sperimentazione di "equipe cliniche itineranti" che possano portare nell'ospedale dell'ASL CN2 profili di cura di elevato livello.

La qualità, l'innovazione, l'attenzione al paziente, la forte vocazione turistica del territorio di Langhe e Roero, in cui si colloca il nuovo ospedale, potrebbero fungere da polo di attrazione, incrementando la mobilità attiva regionale su specifici ambiti di cura.

Proprio le caratteristiche molto peculiari dell'area geografica in cui si incastona il presidio, inoltre, ne indirizzano uno sviluppo correlato alla locale tradizione alimentare ed eno-gastronomica, che, attraverso la creazione di un apposito Dipartimento funzionale, sia orientato non solo ai problemi di salute correlati all'alimentazione ma anche alla ricerca da realizzarsi in modo partecipato con le realtà del luogo operanti nel settore. Il Dipartimento di Clinica e Ricerca della Nutrizione assume il carattere di vero punto distintivo dell'intera azienda Sanitaria.

Lo sviluppo di tali specifiche competenze potrebbe consentire di raggiungere l'ambizioso obiettivo di vedere riconosciuto al nuovo ospedale dell'ASL CN2 la natura di Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS).

L'ASL ha richiesto alla Regione l'inserimento nel protocollo di intesa Regione/Università delle proprie strutture come potenziali sedi di insegnamento. L'inserimento dell'Ospedale Ferrero nella rete degli Ospedali ad insegnamento universitario, inoltre, rafforzerebbe il ruolo dell'ospedale nel campo della didattica e della ricerca, rappresentando un valore aggiunto anche per il territorio. Sono già state attivate convenzioni con diverse sedi universitarie e scuole di specializzazione per l'inserimento nella rete formativa delle stesse.

Al contempo è in corso la ri-organizzazione delle attività sanitarie territoriali che prevedono il mantenimento e lo sviluppo delle sedi storiche in Alba e Bra presso gli ex presidi ospedalieri anche con l'apertura delle previste strutture di cure primarie "Casa di Comunità" (in numero di quattro, articolate su più sedi, stante la complessità dell'area di riferimento), degli Ospedali di Comunità e delle Centrali Operative Territoriali (COT), come previsto dalla recente normativa sullo sviluppo delle attività territoriali.

Sono state già attivate le Case della Salute di "Bra", "Cortemilia/Santo Stefano Belbo" e di "Canale/Montà", che verranno col tempo potenziate e ridenominate Case della Comunità. E' in programma l'attivazione della Casa di Comunità della città di Alba, destinata a diventare il punto di riferimento della sanità territoriale per la città con il maggior numero di abitanti dell'ASL CN2.

Molta attenzione viene data allo sviluppo ed al potenziamento dell'integrazione territorio-ospedale-territorio al fine di una migliore gestione della continuità e della presa in carico, attraverso specifici percorsi, dei problemi correlati alla cronicità e fragilità.

Verranno potenziate a livello territoriale le attività di promozione di stili di vita favorevoli alla salute, programmi di screening e di sorveglianza e prevenzione della fragilità dell'anziano.

ART. 9 – ATTIVITÀ

L'Azienda eroga servizi sanitari ospedalieri, territoriali, di tutela della salute e di prevenzione. L'attività si attua con la progettazione e realizzazione, sulla base di un'analisi socio-sanitaria dei bisogni della popolazione e del contesto dell'offerta ed in integrazione con i servizi sociali, di percorsi clinico assistenziali, mirati a garantire la globale presa in carico dei bisogni socio-sanitari dell'utente.

Con l'attivazione del nuovo ospedale di Alba-Bra l'Azienda si propone di diventare centro di ricerca nell'ambito dei problemi di salute correlati all'alimentazione.

L'Azienda esercita, inoltre, la funzione di vigilanza sull'attività delle strutture, pubbliche e private, operanti sul territorio in ambito sanitario e sociosanitario.

ART. 10 – RAPPORTI CON I DIPENDENTI

L'Azienda, nei rapporti con i dipendenti, promuove azioni volte a sviluppare un'identità di gruppo e garantire un notevole livello di benessere organizzativo al fine di ottenere non solo un elevato livello di performance ma anche fungere da polo attrattivo per alte professionalità. Giovano in tal senso la qualità degli ambienti e le tecnologie a disposizione nell'Ospedale di Verduno, un clima organizzativo accogliente ed una cultura organizzativa orientata all'innovazione ed all'eccellenza.

I rapporti tra la Direzione Aziendale ed i dipendenti sono ispirati ai seguenti principi:

- chiarezza
- definizione e condivisione dell'obiettivo
- scelta e verifica dell'efficacia della strategia e quindi del metodo
- individuazione dei ruoli
- sviluppo della comunicazione
- distensione del clima
- sviluppo della coesione, della conoscenza reciproca e della complicità.

ART. 11 – RAPPORTI CON LE ORGANIZZAZIONI SINDACALI

L'Azienda riconosce alle organizzazioni sindacali ed alle relative rappresentanze un ruolo di attore nelle tematiche di competenza, attivando le procedure di informazione, consultazione, concertazione e contrattazione previste dalla normativa vigente.

CAPO II – LA CONTINUITA' DELLE CURE E L'INTEGRAZIONE

ART. 12 – L'INTEGRAZIONE DEI SISTEMI DI EMERGENZA URGENZA TERRITORIALE

Considerata la necessità di rendere sempre più efficace l'operatività della filiera dell'emergenza urgenza e di adottare procedure quanto più possibili omogenee e sinergiche, l'Azienda promuove l'interazione funzionale tra i sistemi dell'emergenza-urgenza territoriale ed intra-ospedaliera, attraverso:

- la condivisione attiva di protocolli e procedure operative con il titolare della funzione emergenza sanitaria territoriale 118
- la riorganizzazione del servizio di continuità assistenziale, secondo quanto disposto dalla D.G.R. n. 26-1653 del 29 giugno 2015 ad oggetto "Interventi per il riordino della rete territoriale in attuazione del Patto per la Salute 2014/2016 e della D.G.R. n. 1-600 del 19.11.2014 e s.m.i." e dalle disposizioni attuative emanate dalla Regione Piemonte.

ART. 13 – L'INTEGRAZIONE TERRITORIO - OSPEDALE - TERRITORIO

L'Azienda adotta il modello organizzativo per la rete territoriale previsto dalle disposizioni emanate dalla Regione Piemonte, che garantisca un percorso integrato di continuità di cura territorio- ospedale-territorio all'interno della rete dei servizi per interventi di tipo sanitario e socio-assistenziale, introducendo percorsi virtuosi nell'utilizzo dei servizi dell'area dell'acuzie e della post- acuzie, anche attraverso le funzioni esercitate dal Nucleo Ospedaliero di Continuità delle Cure e dal Nucleo Distrettuale di Continuità delle Cure, il cui funzionamento è disciplinato con apposito regolamento.

I Nuclei suddetti si integrano nelle costituenti COT (Centrali Operative Territoriali) previste una per ciascun Distretto di cui si compone l'Azienda, in adempimento alle indicazioni normative. La COT raccoglie il problema/bisogno espresso dai nodi della rete territoriale ed effettua le prime azioni valutative per la distinzione tra bisogni semplici (che richiedono una risposta assistenziale immediata) e complessi (che richiedono interventi sociosanitari di tipo multiprofessionale), attiva le risorse più appropriate per garantire percorsi sanitari e sociosanitari coordinati tra professionisti e servizi ospedalieri, distrettuali e sociali, assicura il monitoraggio degli interventi.

Quanto sopra al fine di ridurre, attraverso il ricorso ad adeguati setting assistenziali, l'inappropriato protrarsi della permanenza nei reparti ospedalieri o in strutture di lungodegenza di persone in fase di post acuzie che presentano situazioni di disabilità complessa e/o patologie cronico degenerative gravemente invalidanti.

L'efficace integrazione territorio-ospedale-territorio è condizione essenziale per la realizzazione dei percorsi di presa in cura previsti dal Piano Nazionale Cronicità implementato a livello regionale e locale.

L'integrazione professionale e disciplinare tra medici ospedalieri e territoriali è essenziale per la gestione dell'area dell'appropriatezza per l'accesso alle prestazioni diagnostiche e specialistiche con particolare riferimento ai Raggruppamenti di Attesa Omogenei (RAO).

ART. 14 – IL COORDINAMENTO CON ALTRI EROGATORI DELLA RETE REGIONALE

L'Azienda persegue gli obiettivi di sistema e quelli specifici in collaborazione con le altre aziende del SSR ed, in particolare, con la rete ospedaliera dell'area di riferimento "PIEMONTE SUD OVEST", ma anche con altre AA.SS.RR. laddove ciò sia funzionale al perseguimento di obiettivi specifici.

L'A.S.L. CN2, in ossequio al principio di libera scelta del cittadino, s'impegna a creare le condizioni per la piena integrazione degli erogatori pubblici e privati accreditati nell'ambito della programmazione regionale e locale.

In particolare l'A.S.L. CN2 garantisce, attraverso la committenza verso i soggetti pubblici e privati accreditati, la coerenza tra i bisogni della popolazione e la fornitura dei servizi.

ART. 15 – PERCORSI ASSISTENZIALI IN COLLABORAZIONE CON L'A.O. SANTA CROCE E CARLE DI CUNEO

Presso il nuovo ospedale Michele e Pietro Ferrero a Verduno sono attive una Struttura Complessa di Radioterapia e una Struttura Semplice a valenza dipartimentale di Fisica Sanitaria che si coordinano con le analoghe Strutture Complesse dell'ASO S. Croce e Carle di Cuneo, sotto il profilo dei percorsi assistenziali, anche con specifica convenzione che prevede e rende possibile a) l'attività di dipendenti delle due Aziende anche presso l'Azienda di cui non sono dipendenti diretti e b) la costruzione di percorsi comuni per i pazienti.

Tali servizi, preordinati a garantire una migliore assistenza ai pazienti del territorio di competenza che necessitano di prestazioni radioterapiche, sono altresì idonei:

- a realizzare un sistema coordinato e omogeneo di protocolli e procedure
- a garantire un opportuno back up delle attrezzature a tutela della continuità dei trattamenti.

Presso il nuovo presidio unico "Michele e Pietro Ferrero" a Verduno sono state attivate due strutture semplici, rispettivamente, di Chirurgia Plastica e Chirurgia Vascolare, per le quali sono previste convenzioni con ASO S. Croce e Carle che prevedono la gestione di patologie a minore complessità presso il presidio "Michele e Pietro Ferrero" a Verduno e patologie a maggiore complessità a Cuneo, permettendo attività di dipendenti delle Aziende anche in quella di cui non sono dipendenti diretti.

ART. 16 – L'INTEGRAZIONE SOCIO-SANITARIA CON LE RISORSE TERRITORIALI

L'Azienda si coordina ed opera in sinergia con le istituzioni ed i soggetti a qualsiasi titolo operanti nel proprio contesto di riferimento al fine di realizzare percorsi innovativi e migliorativi della qualità dei servizi erogati all'utenza.

Tale collaborazione si realizza, tra l'altro, con i Comuni dei Distretti 1 e 2, con il Consorzio socio-assistenziale Alba, Langhe e Roero di Alba, con le istituzioni scolastiche, con le organizzazioni di volontariato e di promozione sociale operanti in ambito sanitario e socio-assistenziale nonché con tutte le altre forme associative presenti sul territorio di riferimento.

E' stata costituita ed attivata la Conferenza di Partecipazione che raccoglie i contributi di tutte le organizzazioni del terzo Settore che hanno risposto ad apposito bando, come previsto dalla normativa vigente.

ART. 17 – IL RUOLO DEI DISTRETTI

Il Distretto è l'articolazione dell'A.S.L. deputata a garantire l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza sul proprio territorio mediante l'integrazione tra i diversi servizi sanitari e socio-sanitari competenti, in modo da assicurare una risposta coordinata e continuativa ai bisogni della popolazione, con particolare riferimento alle problematiche connesse alle cronicità e alle situazioni di fragilità sociale.

Come tale il Distretto rappresenta il livello organizzativo dell'A.S.L. per il governo, la programmazione, l'erogazione e la gestione del budget relativo ai servizi territoriali.

Il Distretto svolge la propria attività istituzionale di tutela della salute della popolazione residente in coerenza con la programmazione strategica aziendale e regionale.

Afferiscono ai distretti i seguenti programmi ed iniziative:

- l'assistenza domiciliare
- l'assistenza specialistica ambulatoriale territoriale e domiciliare
- l'assistenza residenziale e semiresidenziale
- la continuità assistenziale a valenza sanitaria
- i progetti sperimentali di teleassistenza e di telemedicina.

Al fine di omogeneizzare procedure e percorsi adottati dai due Distretti Aziendali è costituito un tavolo di coordinamento interdistrettuale facente capo alla Direzione aziendale.

Il funzionamento dei Distretti è disciplinato in apposito regolamento adottato dal Direttore Generale.

ART. 18 – I SERVIZI DI ASSISTENZA PRIMARIA

Le Cure Primarie territoriali vengono organizzate in:

- **Aggregazioni Funzionali Territoriali:** aggregazione mono professionale costituita da medici convenzionati, che condividono, in modo funzionale, obiettivi e percorsi assistenziali, strumenti di valutazione della qualità assistenziale e linee guida
- **Unità Complesse di Cure Primarie:** aggregazione multi professionale, strutturata anche in presidio, di cui fanno parte i MMG insieme ad altri operatori del territorio, sanitari, tecnici e amministrativi. Vengono garantite le risposte complesse alla popolazione anche con riferimento ai Percorsi diagnostico terapeutici e assistenziali (PSDTA).

Le Unità Complesse di Cure Primarie e le Aggregazioni Funzionali Territoriali possono operare preferibilmente all'interno di strutture territoriali di cure primarie "Casa di Comunità", che possono offrire un sistema integrato di servizi amministrativi, sanitari e sociali volto a prendere in carico le persone in tutte le fasi del percorso di vita dalla promozione/prevenzione alla cura, attraverso l'accoglienza dei cittadini, la collaborazione tra i professionisti (sanitari e sociali), la condivisione dei percorsi assistenziali, l'autonomia e la responsabilità professionale, la valorizzazione delle competenze.

Le AFT, in accordo con quanto disposto dalla DGR 16 Dicembre 2022 n. 34-6238 (Allegato A: Forme organizzative dell'Assistenza Primaria), rappresentano l'evoluzione di forme monoprofessionali aggregate,

già previste in passato, quali le équipes, la "medicina in rete", la "medicina in gruppo" e "la medicina in associazione".

Le AFT, il cui funzionamento sarà normato nei dettagli dai prossimi Accordi Integrativi Regionali (AIR), svolgono attività di assistenza attraverso MMG (medici a ciclo di scelta) e "medici a ciclo orario" (ex MCA) durante tutto l'arco della giornata.

E' compito prioritario delle AFT e delle UCCP la presa in carico del paziente con polipatologia cronica, secondo le linee di indirizzo del Piano Locale della Cronicità.

TITOLO II - ASSETTO ISTITUZIONALE DELL'AZIENDA

CAPO I – GLI ORGANI

ART. 19 – GLI ORGANI DELL'AZIENDA

Sono organi dell'Azienda il Direttore Generale, il Collegio di Direzione ed il Collegio Sindacale.

ART. 20 – IL DIRETTORE GENERALE

Il Direttore Generale è organo monocratico dell'Azienda, nominato dalla Giunta Regionale.

Il Direttore Generale ha la rappresentanza legale dell'Azienda e la responsabilità della gestione complessiva di essa, che verifica attraverso valutazioni sui costi, sui rendimenti e sui risultati nonché attraverso controlli sulla corretta ed economica gestione delle risorse attribuite ed introitate nonché sull'imparzialità e sul buon andamento dell'azione amministrativa.

Il Direttore Generale, nel governo strategico aziendale, si avvale del Collegio di Direzione ed è coadiuvato, nell'esercizio delle proprie funzioni, dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario.

In caso di vacanza dell'ufficio o nei casi di assenza o di impedimento del Direttore Generale, le relative funzioni sono svolte dal Direttore Amministrativo o dal Direttore Sanitario su delega del Direttore Generale o, in mancanza di delega, dal Direttore più anziano per età.

Il Direttore Generale ha tutti i poteri di gestione dell'Azienda, che sono delegabili al Direttore Amministrativo, al Direttore Sanitario od ai Direttori/responsabili delle strutture operative aziendali.

Sono riservati alla competenza esclusiva del Direttore Generale i seguenti atti, di cui è ammessa, esclusivamente in caso di sua assenza od impedimento, la delega al Direttore Amministrativo o al Direttore Sanitario:

- la dichiarazione di decadenza del Direttore Amministrativo o del Direttore Sanitario
- la nomina dei membri del Collegio Sindacale, su designazione delle amministrazioni competenti e la prima convocazione del Collegio
- la nomina dei direttori delle strutture organizzative ed il conferimento, la sospensione e la revoca degli incarichi di responsabilità aziendali
- l'adozione dell'Atto Aziendale
- gli atti di bilancio
- gli atti di programmazione.

E' riservata alla competenza esclusiva del Direttore Generale e non è in alcun caso delegabile la nomina o la sospensione del Direttore Amministrativo o del Direttore Sanitario.

Il Direttore Generale esercita le proprie funzioni attraverso l'adozione di provvedimenti di diritto amministrativo o con atti di diritto privato.

Il Direttore Generale è tenuto a motivare i provvedimenti assunti in difformità dal parere reso dal Direttore Sanitario, dal Direttore Amministrativo e dal Consiglio dei Sanitari.

Il Direttore Generale presiede il Collegio di Direzione e può, partecipare, senza diritto di voto, al Comitato dei Sindaci di Distretto.

ART. 21 – IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Il Direttore Amministrativo dirige i servizi amministrativi dell'Azienda.

Il Direttore Amministrativo coadiuva, nell'esercizio delle proprie funzioni, il Direttore Generale.

Il Direttore Amministrativo partecipa, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda.

Il Direttore Amministrativo assume la diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza.

Il Direttore Amministrativo fornisce parere obbligatorio, per quanto di competenza, al Direttore Generale su tutte le proposte di deliberazioni e concorre con la formulazione di proposte e di pareri alla formazione delle decisioni della direzione generale.

Il Direttore Amministrativo è componente di diritto del Collegio di Direzione.

ART. 22 – IL DIRETTORE SANITARIO

Il Direttore Sanitario dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi ed igienico-sanitari.

Il Direttore Sanitario coadiuva, nell'esercizio delle proprie funzioni, il Direttore Generale.

Il Direttore Sanitario partecipa, unitamente al Direttore Generale, che ne ha la responsabilità, alla direzione dell'Azienda.

Il Direttore Sanitario assume la diretta responsabilità delle funzioni attribuite alla sua competenza.

Il Direttore Sanitario fornisce parere obbligatorio, per quanto di competenza, al Direttore Generale su tutte le proposte di deliberazioni e concorre con la formulazione di proposte e di pareri alla formazione delle decisioni della direzione generale.

Il Direttore Sanitario presiede il Consiglio dei Sanitari ed è componente di diritto del Collegio di Direzione. Il Direttore Sanitario di Azienda partecipa, senza diritto di voto, ai Comitati dei Dipartimenti aziendali, a richiesta del Direttore del Dipartimento.

ART. 23 – IL COLLEGIO DI DIREZIONE

Il Collegio di Direzione è organo tecnico-consultivo dell'ASL. Esso assicura alla Direzione generale una gestione operativa dell'Azienda su basi collegiali ed integrate, e costituisce la primaria sede di analisi, confronto e coordinamento tra la Direzione generale ed i Direttori e Responsabili delle strutture organizzative Aziendali nella elaborazione delle linee di sviluppo dell'Azienda, concorrendo alla funzione di governo complessivo affidata al Direttore Generale.

COMPETENZE

Il Collegio di Direzione concorre al governo delle attività cliniche, partecipa alla pianificazione delle attività, include la ricerca, la didattica ed i programmi di formazione, concorre alla definizione delle soluzioni organizzative per l'attuazione dell'attività libero professionale intra-muraria.

Il Collegio di Direzione concorre, inoltre, allo sviluppo organizzativo e gestionale dell'ASL, con particolare riferimento all'individuazione di indicatori di risultato clinico-assistenziale e di efficienza, nonché dei requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni.

Partecipa, altresì, alla valutazione interna dei risultati conseguiti in relazione agli obiettivi prefissati ed è consultato obbligatoriamente dal Direttore Generale su tutte le questioni attinenti al governo delle attività cliniche.

Il Collegio esercita poteri di definizione, di mediazione e di sintesi nei confronti della complessiva attività di programmazione Aziendale, ed è obbligatoriamente sentito con riguardo alle seguenti materie e attività:

- riqualificazione dell'assistenza e riequilibrio economico e finanziario;
- piano di attività;
- atto Aziendale;
- piano di organizzazione;
- relazione socio-sanitaria Aziendale;
- programma annuale di formazione;
- progetti di ricerca e innovazione;
- disciplina e organizzazione dell'attività libero professionale intra muraria;
- programmazione del fabbisogno di personale.

Il Collegio di Direzione concorre, con la Direzione generale, alla valutazione dell'attività posta in essere per il raggiungimento degli obiettivi economico-gestionali, di salute e di funzionamento dei servizi assegnati dalla Regione, nonché alla valutazione sul grado di raggiungimento dei risultati attesi.

Il Collegio di Direzione esprime inoltre le proprie designazioni, in conformità alla normativa nazionale e regionale, per la formazione delle Commissioni di selezione per l'attribuzione di incarichi di direzione di struttura complessa, nonché delle Commissioni esaminatrici di concorso pubblico per l'assunzione di personale dipendente.

I pareri devono essere resi dal Collegio di Direzione entro un congruo termine, di regola quindici giorni, dalla formalizzazione della richiesta; trascorso inutilmente il termine assegnato i pareri si intendono favorevolmente acquisiti.

L'eventuale adozione, da parte del Direttore Generale, di atti o provvedimenti in difformità alle decisioni espresse dal Collegio deve essere adeguatamente motivata, e le ragioni della difformità devono essere comunicate allo stesso Collegio.

COMPOSIZIONE

Il Collegio di Direzione è presieduto dal Direttore Generale, ed in caso di sua assenza od impedimento dal più anziano di età fra il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario, ed è composto dai seguenti membri:

- Direttore Sanitario
- Direttore Amministrativo
- Direttori dei Dipartimenti
- Direttore Sanitario di Presidio
- Direttori dei Distretti
- Direttore delle Professioni Sanitarie (Di.P.Sa.)
- Un rappresentante dei Medici di Medicina Generale
- Un rappresentante dei Pediatri di Libera Scelta
- Un rappresentante degli Specialisti Ambulatoriali Esterni
- Un rappresentante dei Medici di Continuità Assistenziale
- I responsabili dei gruppi di progetto, senza diritto di voto

I medici convenzionati sono individuati sulla base di regolamento elettorale approvato con apposito provvedimento del Direttore Generale.

L'ASL provvede ad avviare la procedura di individuazione dei rappresentanti dei medici convenzionati almeno tre mesi prima del termine naturale di scadenza del Collegio, evitando così, di norma, la prosecuzione in regime di "prorogatio" dello stesso.

Il Collegio di Direzione è costituito con atto deliberativo del Direttore Generale dell'ASL.

Il Collegio di Direzione dura in carica tre anni, dal giorno dell'insediamento.

Non possono ricoprire la carica di componente del Collegio di Direzione coloro che si trovino in alcuna delle condizioni di cui all'art. 7, comma 1, del d. lgs. n. 235/2012.

Sono sospesi di diritto dalla carica coloro che si trovano in una delle condizioni di cui all'art. 8, comma 1, d. lgs. cit.

Per la discussione di argomenti di comune interesse, e per la trattazione di argomenti inerenti ai Dipartimenti ed ai Programmi interaziendali, l'ASL CN2 e le altre Aziende Sanitarie interessate possono convocare i rispettivi Collegi di direzione in seduta congiunta.

Possono essere chiamati a partecipare a singole sedute del Collegio di Direzione, in relazione agli argomenti in trattazione, senza diritto di voto, i direttori e dirigenti responsabili delle strutture organizzative aziendali non facenti parte di diritto del Collegio, altri operatori dipendenti o convenzionati, ovvero anche esperti esterni che per specifiche competenze e funzioni possano fornire un contributo rilevante alle materie in trattazione.

I componenti del Collegio di Direzione, con la maggioranza semplice, possono nominare Commissioni per l'approfondimento di particolari tematiche, indicando l'oggetto dei lavori ed il termine per la presentazione al Collegio dei risultati.

La partecipazione al Collegio di direzione è ricompresa nei compiti istituzionali degli aventi diritto, ai quali non spetta pertanto alcun compenso, gettone, indennità, rimborso di spese o altro emolumento comunque denominato.

FUNZIONAMENTO

Le norme che regolamentano il funzionamento del Collegio di Direzione vengono approvate a maggioranza assoluta nella seduta di insediamento del Collegio.

ART. 24 – IL COLLEGIO SINDACALE

Il Collegio Sindacale è organo collegiale dell'Azienda, con funzioni di vigilanza e controllo interno sull'attività dell'Azienda medesima.

COMPETENZE

Il Collegio sindacale esercita le funzioni di cui all'art. 14 della l.r. 24 gennaio 1995, n. 10, e di cui all'art. 3 ter del D. lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s.m.i..

In particolare il Collegio Sindacale:

- verifica l'amministrazione dell'Azienda sotto il profilo economico
- vigila sull'osservanza della legge
- accerta la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili, ed effettua periodicamente verifiche di cassa
- trasmette periodicamente, e comunque con cadenza almeno semestrale, una propria relazione sull'andamento dell'attività dell'azienda sanitaria alla Conferenza dei Sindaci
- esprime il parere in ordine all'approvazione del bilancio preventivo e del conto consuntivo o bilancio d'esercizio
- svolge le altre funzioni al medesimo attribuite da leggi nazionali e regionali.

Il rappresentante del Ministero dell'economia e delle finanze è tenuto a trasmettere i verbali e i documenti contabili al Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato, anche mediante forme di comunicazione telematica, secondo la normativa vigente, nonché a fornire alla stessa ogni informazione richiesta.

COMPOSIZIONE E DURATA IN CARICA

Il Collegio sindacale è composto da tre membri, in possesso dei requisiti di cui all'articolo 3 ter del d.lgs. 502/1992, designati rispettivamente:

- a) uno dal Presidente della Giunta regionale, previa deliberazione del Consiglio regionale, con funzioni di Presidente del Collegio
- b) uno dal Ministero dell'economia e delle finanze
- c) uno dal Ministero della salute.

Il Collegio Sindacale è formalmente nominato dal Direttore Generale, sulla base di dette designazioni.

Il Collegio Sindacale dura in carica tre anni.

FUNZIONAMENTO

L'attività del Collegio si conforma ai principi della continuità, del campionamento e della programmazione dei controlli.

I componenti del Collegio assicurano la propria indipendenza nell'esercizio delle funzioni loro attribuite.

Il Collegio Sindacale non interviene nella gestione e nell'amministrazione attiva dell'Azienda.

I componenti del Collegio Sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.

Di ogni verifica, ispezione e controllo, anche individuale, nonché delle risultanze dell'esame collegiale dei bilanci preventivi e relative variazioni e dei conti consuntivi o bilanci d'esercizio è redatto apposito verbale.

Le modalità di svolgimento delle suddette competenze sono indicate dagli artt. 13 e 14 della L.R. 24 gennaio 1995 n. 10.

CAPO II – GLI ORGANISMI DI CONSULENZA, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO

ART. 25 – IL CONSIGLIO DEI SANITARI

Il Consiglio dei Sanitari è organismo elettivo dell’Azienda, con funzioni di consulenza tecnico sanitaria.

COMPETENZE

Il Consiglio dei Sanitari fornisce parere obbligatorio non vincolante al Direttore Generale per le attività tecnico - sanitarie anche sotto il profilo organizzativo, e per gli investimenti ad esse attinenti, esprimendosi, altresì, sulle attività di assistenza sanitaria e sulla relazione socio-sanitaria aziendale, di cui all’art. 17 della Legge Regionale 6 agosto 2007, n. 18.

COMPOSIZIONE E DURATA IN CARICA

Il Consiglio dei Sanitari è composto da:

- Direttore Sanitario, con funzioni di presidente
- tre rappresentanti del personale sanitario laureato non medico (di cui un farmacista, uno psicologo e un biologo o chimico o fisico)
- un rappresentante del personale medico veterinario
- due rappresentanti del personale infermieristico
- due rappresentanti del personale tecnico sanitario
- sette rappresentanti del personale medico del presidio ospedaliero
- un rappresentante del personale medico dei servizi del territorio
- un rappresentante dei medici di medicina generale convenzionati
- un rappresentante dei pediatri di libera scelta convenzionati
- un rappresentante del personale della medicina specialistica convenzionata, con attribuzione di incarico a tempo indeterminato
- un rappresentante del personale della medicina dei servizi e della guardia medica.

I Direttori di Dipartimento, i Direttori di Distretto ed il Direttore Sanitario di Presidio possono essere chiamati a partecipare, senza diritto di voto, alle sedute del Consiglio dei Sanitari.

La cessazione, a qualunque titolo, del rapporto in corso con l’Azienda comporta la decadenza dall’ufficio da componente del Consiglio dei Sanitari.

Le modalità di elezione dei componenti del Consiglio dei Sanitari sono disciplinate dalla D.G.R. n. 81-1701 del 11/12/2000.

Il Consiglio dei sanitari dura in carica 5 anni e deve essere rinnovato entro 30 giorni dalla sua scadenza. In caso di dimissioni, protratto impedimento, ovvero di vacanza di un membro del Consiglio dei sanitari, subentra il primo dei non eletti della rispettiva categoria professionale. Ove la sostituzione non sia possibile per insufficienza della graduatoria, e la rappresentanza della categoria scenda al di sotto dei 2/3 della consistenza attribuitale, si procede alla rinnovazione integrale della stessa mediante nuova elezione.

FUNZIONAMENTO

All’atto dell’insediamento, nella prima riunione, il Consiglio dei sanitari elegge il Vice Presidente e, su proposta del Direttore sanitario, approva il regolamento interno per il suo funzionamento.

ART. 26 – LA CONFERENZA DEI SINDACI E LA RAPPRESENTANZA

La Conferenza dei Sindaci è organismo rappresentativo delle autonomie locali, con funzioni di indirizzo e controllo sull’attività socio-sanitaria e di partecipazione alla programmazione di detta attività.

La Rappresentanza della Conferenza dei Sindaci è l’organismo ristretto, nominato nel proprio seno dalla Conferenza dei Sindaci, attraverso il quale la Conferenza esercita le proprie funzioni.

COMPOSIZIONE

La Conferenza dei Sindaci è composta dai Sindaci di tutti i Comuni rientranti nell’ambito territoriale dell’ASLCN2.

La Rappresentanza è costituita da non più di cinque dei suddetti Sindaci, nominati dalla Conferenza medesima, previa definizione da parte di quest’ultima delle modalità di nomina della Rappresentanza e dei criteri di composizione della stessa.

COMPETENZE

La Conferenza dei Sindaci:

- approva il regolamento disciplinante il proprio funzionamento

- elegge il proprio Presidente e Vice Presidente in conformità al regolamento
- approva il regolamento per il funzionamento della Rappresentanza, indicando i criteri che quest'ultima dovrà seguire nell'esercizio delle proprie funzioni
- elegge i componenti della Rappresentanza.

La Conferenza dei Sindaci per il tramite della propria Rappresentanza:

- definisce, nell'ambito della programmazione socio-sanitaria regionale, le linee di indirizzo per l'impostazione programmatica dell'attività
- definisce le linee di indirizzo per l'elaborazione del piano attuativo locale, sulla base delle risultanze dei profili e piani di salute (PEPS). Eventuali scostamenti da tali linee debbono essere adeguatamente motivati dal Direttore Generale. Le linee di indirizzo sono elaborate sulla base delle previsioni dei profili e piani di salute
- esprime parere sul piano attuativo locale
- esamina ed esprime parere sul bilancio pluriennale di previsione e sul bilancio di esercizio e rimette alla Giunta regionale le relative osservazioni
- verifica l'andamento generale dell'attività
- contribuisce alla definizione dei piani programmatici trasmettendo le proprie valutazioni e proposte al Direttore Generale ed alla Regione
- esprime il proprio parere circa le verifiche effettuate dalla Regione nei confronti dell'operato del Direttore Generale relativamente ai risultati aziendali conseguiti ed al raggiungimento degli obiettivi assegnati all'atto della nomina e di quelli definiti nel quadro della programmazione regionale
- richiede, nel caso di manifesta inattuazione nella realizzazione del Piano attuativo locale, alla Regione di revocare il Direttore Generale, o di non disporre la conferma, ove il contratto sia già scaduto
- esprime parere sulla individuazione della sede legale dell'Azienda
- concorda ed esprime parere sulla definizione degli ambiti territoriali distrettuali
- esercita ogni altra competenza ad essa riservata dalle norme nazionali e regionali.

FUNZIONAMENTO

Il funzionamento della Conferenza dei Sindaci e della Rappresentanza è disciplinato dai regolamenti approvati dalla Conferenza dei Sindaci.

ART. 27 – LA CONFERENZA AZIENDALE DI PARTECIPAZIONE

La Conferenza Aziendale di Partecipazione è organismo di partecipazione alla programmazione sanitaria aziendale, con funzioni consultive e di proposta alla Direzione Generale dell'Azienda.

COMPOSIZIONE E DURATA IN CARICA

La Conferenza è composta da rappresentanti degli utenti e degli organismi del terzo settore che collaborano con il sistema dei servizi sanitari erogati dall'ASL CN2 e da rappresentanti dell'ASL medesima. La definizione dei soggetti che compongono l'organismo e le modalità per l'individuazione degli stessi sono stabilite da apposito regolamento aziendale, adottato dal Direttore Generale in conformità con gli indirizzi regionali.

La Conferenza dura in carica tre anni dalla data del suo insediamento.

COMPETENZE

La Conferenza facilita l'analisi ed il confronto sulla qualità dei servizi, attraverso:

- l'acquisizione delle informazioni sui servizi gestiti direttamente dall'ASL CN2 o dati in appalto a terzi quale presupposto per la discussione sulla qualità dei servizi, sulla carta dei servizi, sul rapporto tra Azienda, utenti e Associazioni
- la rilevazione della qualità dal lato dell'utenza, con particolare riferimento ai percorsi di accesso ai servizi (informazioni sui percorsi assistenziali, modalità di prenotazione, punti informativi, segnaletica) e sulla qualità delle strutture (accoglienza dei locali, barriere architettoniche) e dei rapporti (relazioni operatori/utenti, disponibilità di informazioni utili alla scelta delle prestazioni, dei servizi, delle sedi e delle modalità di erogazione, adeguatezza della comunicazione alla cultura, all'ambiente, all'esperienza degli interlocutori)
- il ricorso all'utilizzo di indicatori di qualità dei servizi, definiti a livello regionale sentiti gli organismi di partecipazione dell'utenza
- la sperimentazione di indicatori di qualità dei servizi dal lato dell'utenza, definiti a livello aziendale che tengano conto di specificità di interesse locale
- il monitoraggio del grado di soddisfazione dell'utenza (analisi report reclami pervenuti, analisi report indagini sul grado di soddisfazione dei degenti ospedalieri e degli utenti dei servizi territoriali, raccolta e analisi delle istanze delle organizzazioni di volontariato e di rappresentanza degli utenti presenti in Azienda).

La Conferenza partecipa in modo collaborativo alla fase di elaborazione degli atti di programmazione dell'Azienda, con proposte volte a migliorare la qualità dei servizi, la soddisfazione dei beneficiari e degli operatori.

La Conferenza concorre alla elaborazione dei Profili e Piani di Salute (PEPS) ed alla formulazione del Piano attuativo aziendale di cui – rispettivamente – agli artt. 14 e 15 della Legge regionale 6 agosto 2007, n. 18.

FUNZIONAMENTO

Le modalità di funzionamento della Conferenza sono stabilite da apposito regolamento aziendale, adottato dal Direttore Generale in conformità con gli indirizzi regionali.

ART. 28 – IL COMITATO DEI SINDACI DI DISTRETTO ED IL COMITATO TERRITORIALE SOCIO SANITARIO DEI SINDACI

Il Comitato dei Sindaci di Distretto è organismo di partecipazione alla programmazione socio-sanitaria a livello distrettuale. Esso rappresenta il luogo del confronto con le istanze istituzionali del territorio.

COMPOSIZIONE

Il Comitato dei Sindaci è composto dai Sindaci dei Comuni dell'ambito territoriale del Distretto.

COMPETENZE

Il Comitato dei Sindaci di Distretto esercita un ruolo consultivo, propositivo e di verifica sulla programmazione delle attività distrettuali, contribuendo a rendere efficace la funzione del Distretto quale centro di riferimento sanitario delle comunità locali.

Il Comitato dei Sindaci di Distretto:

- predispone i PEPS (profili e piani di salute) e li approva a maggioranza, sentita la Conferenza aziendale di partecipazione
- approva il programma operativo annuale di attuazione dei PEPS, che ne può costituire aggiornamento
- concerta con il Direttore Generale il programma annuale di attività per la parte relativa alle attività afferenti all'area dell'integrazione socio-sanitaria e esprime parere su di esso
- verifica il raggiungimento dei risultati di salute definiti dal programma delle attività territoriali
- esprime parere obbligatorio sulla proposta, formulata dal Direttore del Distretto, relativa al Programma delle attività territoriali-distrettuali (P.A.T.)
- esprime parere obbligatorio, 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
- diffonde l'informazione sui settori socio-sanitari e socio-assistenziali e promuove, a livello di indirizzo politico, le relative attività in forma integrata e coordinata
- esercita ogni altra competenza ad esso riservata dalle norme nazionali e regionali.

Al Comitato dei Sindaci di Distretto partecipa, inoltre, con diritto di voto, il Presidente della Provincia. Possono, altresì, partecipare, senza diritto di voto, il presidente della Conferenza dei Sindaci, il Direttore Generale o suo delegato, il Direttore del Distretto e:

- per il Distretto 1, il Direttore del Consorzio Alba-Langhe e Roero
- per il Distretto 2, il Direttore dei Servizi Sociali intercomunali ambito di Bra.

FUNZIONAMENTO

Il Comitato è presieduto da un Presidente eletto nel suo seno a maggioranza assoluta dei presenti aventi diritto di voto, con votazione palese.

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

Il Comitato, entro 30 gg. dall'insediamento, approva, a maggioranza assoluta dei suoi componenti, il regolamento relativo alla propria organizzazione e funzionamento, sentito il parere del Direttore Generale e del Direttore del Distretto.

Il Comitato è convocato dal suo Presidente, qualora lo richieda il Direttore Generale dell'Azienda ovvero quanto lo richieda per iscritto almeno un terzo dei componenti, indicando gli argomenti da trattare corredati delle relative proposte.

ART. 29 – L'UFFICIO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITA' DISTRETTUALI

L'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali è organismo con funzioni propositive e tecnico-consultive relativamente a tutte le attività di competenza del Direttore di Distretto.

COMPOSIZIONE

L'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali è composto dal Direttore del Distretto e dalle seguenti figure professionali:

- un rappresentante dei M.M.G. e un rappresentante dei P.L.S. operanti nel Distretto eletti rispettivamente dai medici di famiglia e dai pediatri fra i colleghi operanti nello stesso Distretto che abbiano presentato la propria candidatura

- un rappresentante dei medici specialisti ambulatoriali convenzionati operanti nel Distretto, designato dagli specialisti medesimi ivi operanti
- un farmacista titolare o Direttore di farmacia convenzionata con il SSN, designato dalle organizzazioni sindacali maggiormente rappresentative delle farmacie pubbliche e private operanti nel Distretto.

Nelle materie afferenti all'area socio-sanitaria l'Ufficio è integrato:

- per il Distretto 1, dal Direttore o altro dirigente designato del Consorzio Alba-Langhe e Roero
- per il Distretto 2, dal Direttore dei Servizi Sociali intercomunali ambito di Bra.

COMPETENZE

In particolare l'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali supporta, con proposte e pareri, il Direttore di Distretto nello svolgimento delle seguenti attività:

- analisi dei bisogni socio sanitari della comunità al fine del governo della domanda e per definire le caratteristiche qualitative e quantitative dei servizi necessari
- programmazione dell'offerta di servizi e prestazioni
- gestione del budget
- definizione di percorsi clinico assistenziali incentrati sul paziente e sulle singole malattie
- definizione, in integrazione ed accordo con i servizi sociali, di percorsi sanitari e socio-assistenziali a favore di utenti anziani non autosufficienti e di persone con disabilità
- definizione di protocolli tra il "118", il presidio ospedaliero e la rete dei servizi sanitari territoriali per migliorare la continuità assistenziale nelle cure primarie ed ottimizzare l'attività del pronto soccorso
- definizione ed eventuali revisioni del modello organizzativo gestionale dei servizi domiciliari
- progettazione di modelli organizzativi finalizzati ad ottimizzare l'accessibilità alle cure primarie su tutto il territorio aziendale
- valutazione e verifica della qualità delle prestazioni fornite dai soggetti produttori delle prestazioni domiciliari e residenziali.

FUNZIONAMENTO

L'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali approva il regolamento interno per il suo funzionamento.

L'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali è presieduto dal Direttore di Distretto.

ART. 30 – IL COMITATO DI DIPARTIMENTO

Il Comitato di Dipartimento è l'organismo di gestione del Dipartimento.

COMPOSIZIONE

Nei Dipartimenti strutturali sono componenti del Comitato di Dipartimento:

- i Direttori/Responsabili delle Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali costituenti il Dipartimento
- gli incaricati di funzione organizzativa dipartimentale
- il Responsabile della S.S. Qualità, Risk Management e Relazioni con il Pubblico.

Alle riunioni dei Comitati dei Dipartimenti partecipano il Direttore Sanitario di Presidio, i Direttori di Distretto, il Direttore del Di.P.Sa. o loro delegati.

L'intervento del Direttore Sanitario di Azienda può essere richiesto dal Direttore del Dipartimento su tematiche specifiche.

Nei Dipartimenti funzionali il Comitato di Dipartimento è composto dai soggetti individuati nei regolamenti che ne disciplinano il funzionamento.

COMPETENZE

Nei Dipartimenti strutturali, il Comitato di Dipartimento:

- definisce i programmi di gestione integrata e razionalizzata delle risorse Dipartimentali
- definisce i programmi di formazione del personale del Dipartimento
- definisce linee guida diagnostico-terapeutiche (nel caso di dipartimenti clinici)
- individua le azioni dipartimentali finalizzate al raggiungimento degli obiettivi assegnati e monitora l'andamento dei risultati raggiunti
- definisce procedure per il miglioramento, la verifica e la valutazione della qualità delle attività dipartimentali
- definisce percorsi finalizzati a garantire la "presa in carico" dell'utente e la continuità delle cure nell'ottica dell'integrazione tra servizi aziendali, sociali e della rete di "cura".

Nei Dipartimenti funzionali, il Comitato di Dipartimento persegue la realizzazione di buone pratiche cliniche attraverso la definizione ed organizzazione di profili di cura e di linee guida volte ad armonizzazione i rapporti tra i soggetti coinvolti nella gestione del paziente.

FUNZIONAMENTO

Il funzionamento dei Comitati di Dipartimento è disciplinato nell'ambito dei regolamenti relativi al funzionamento dei Dipartimenti, strutturali e funzionali, adottati dal Direttore Generale.

ART. 31 – L'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE

L'Organismo indipendente di valutazione della performance (O.I.V.) è uno dei soggetti che concorrono a costituire il Sistema di misurazione e valutazione della performance.

COMPOSIZIONE

L'O.I.V. è composto da 3 membri esterni all'Azienda, di cui uno con funzioni di Presidente, iscritti nell'Elenco Nazionale dei componenti degli Organismi Indipendenti di valutazione della performance, istituito presso il dipartimento della funzione pubblica ai sensi del Decreto Ministeriale del 2 dicembre 2016.

COMPETENZE

L'Organismo indipendente di valutazione della performance in piena autonomia:

- a) monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso, anche formulando proposte e raccomandazioni alla Direzione Generale;
- b) comunica tempestivamente le criticità riscontrate alla Direzione Generale, nonché alla Corte dei conti e al Dipartimento della funzione pubblica;
- c) valida la Relazione sulla performance, a condizione che la stessa sia redatta in forma sintetica, chiara e di immediata comprensione ai cittadini e agli altri utenti finali e ne assicura la visibilità attraverso la pubblicazione sul sito istituzionale dell'amministrazione;
- d) garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione con particolare riferimento alla significativa differenziazione dei giudizi, nonché dell'utilizzo dei premi, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
- e) propone al Direttore Generale la valutazione annuale dei dirigenti di vertice e l'attribuzione ad essi dei premi;
- f) è responsabile della corretta applicazione delle linee guida, delle metodologie e degli strumenti predisposti dal Dipartimento della funzione pubblica in materia di misurazione e valutazione della performance;
- g) promuove e attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità di cui al Titolo I del D.Lg.vo 150/2009;
- h) verifica i risultati e le buone pratiche di promozione delle pari opportunità.

All'O.I.V. compete, altresì, l'attività di controllo strategico di cui all'articolo 6, comma 1, del decreto legislativo n. 286 del 30 luglio 1999, e riferisce, in proposito, direttamente alla Direzione Generale.

L'O.I.V. promuove la realizzazione di indagini sul personale dipendente volte a rilevare il livello di benessere organizzativo e il grado di condivisione del sistema di valutazione nonché la rilevazione della valutazione del proprio superiore gerarchico da parte del personale, e ne riferisce al Dipartimento della Funzione Pubblica.

FUNZIONAMENTO

Il regolamento per il funzionamento dell'O.I.V. è definito ed approvato, con provvedimento del Direttore Generale, secondo le indicazioni regionali, esercitando una funzione di indirizzo sulla struttura tecnica di supporto allo stesso (ex art. 14, commi 9 e 10, del D.Lg.vo 150/2009).

ART. 32 – IL SERVIZIO ISPETTIVO

Onde accertare l'osservanza, da parte del personale dipendente e convenzionato (Medici Di Medicina Generale e Pediatri Di Libera Scelta, Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni e medici di continuità assistenziale), delle disposizioni di cui ai commi da 56 a 65, dell'articolo 1, della L. 23-12-1996 n. 662 è istituito il Servizio Ispettivo.

L'attività del Servizio Ispettivo è finalizzata all'accertamento dell'osservanza delle disposizioni in materia di:

- incompatibilità del rapporto di lavoro a tempo pieno ed a tempo parziale
- corretto svolgimento di attività libero-professionale intra ed extra muraria
- applicazione del divieto di cumulo di impieghi e incarichi nonché del Regolamento aziendale in materia di svolgimento di attività extra-istituzionali da parte del personale dipendente
- controllo della presenza in servizio dei dipendenti e degli Specialisti Ambulatoriali Convenzionati Interni e medici di Continuità Assistenziale.

Tale attività di controllo si esplica attraverso:

- il confronto dei dati relativi alle autorizzazioni rilasciate ai dipendenti per lo svolgimento di incarichi a favore di altri soggetti con i dati annualmente comunicati all'Azienda in conformità alle disposizioni vigenti in materia di Anagrafe delle Prestazioni. Tale confronto è previsto per legge e va svolto su tutti i dipendenti
- l'espletamento di verifiche a campione
- l'espletamento di verifiche sul singolo dipendente, anche non ricompreso nel campione estratto, nel caso in cui vi siano elementi per presumere un'avvenuta violazione.

Tale organismo è composto da cinque membri, individuati tra il personale dipendente in ruolo a tempo indeterminato.

Il Servizio Ispettivo è costituito con provvedimento del Direttore Generale, che approva apposito regolamento per il funzionamento dello stesso.

ART. 33 – IL COMITATO UNICO DI GARANZIA

Il Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni (CUG), previsto dall'art. 21 della Legge 183/2010, sostituisce in Azienda, unificandone le competenze in un solo organismo, il Comitato per le Pari Opportunità e il Comitato paritetico per il fenomeno del Mobbing e di questi assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni.

Ha compiti propositivi, consultivi e di verifica ed esplica le proprie attività nei confronti di tutto il personale appartenente all'Azienda.

ART. 34 – LA COMMISSIONE PARITETICA COMPETENTE IN MATERIA DI ATTIVITÀ LIBERO PROFESSIONALE

La Commissione paritetica di verifica, prevista dai CC.CC.NN.LL., verifica il corretto andamento dell'attività libero professionale competente in materia di attività libero professionale intramoenia nel rispetto dei principi normativi e contrattuali e di quelli previsti nel regolamento aziendale.

TITOLO III - L'ORGANIZZAZIONE DELL'AZIENDA

CAPO I – I CRITERI ORGANIZZATIVI

ART. 35 – L'ARTICOLAZIONE DELL'AZIENDA

L'organizzazione delle attività e dei compiti istituzionali dell'ASL CN2 è basata sulla distinzione in direzione generale strategica e direzioni operative.

La Direzione strategica è di competenza della Direzione Generale aziendale.

La Direzione operativa è di competenza dei Direttori delle strutture in cui si articola l'Azienda coordinate dai Direttori dei Dipartimenti strutturali cui afferiscono.

Nei Dipartimenti aziendali confluiscono le strutture complesse (S.C.) e le strutture semplici a valenza dipartimentale (S.S.D.). Le strutture complesse possono essere articolate – a loro volta – in strutture semplici (S.S.).

ART. 36 – IL DIPARTIMENTO

Il Dipartimento costituisce tipologia organizzativa e gestionale volta a dare risposte unitarie, flessibili, tempestive, razionali ed esaustive rispetto ai compiti assegnati, nell'ottica di comunanza delle risorse.

Il Dipartimento aggrega strutture omologhe, omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e, pur conservando ciascuna la propria autonomia e responsabilità professionale, sono tra loro interdipendenti.

Le strutture complesse fanno capo strutturalmente ad un solo Dipartimento, pur potendo partecipare funzionalmente anche ad altri Dipartimenti.

I Dipartimenti, strutturali o funzionali, possono essere:

- **OSPEDALIERI**, costituiti da unità ospedaliere
- **TERRITORIALI**, costituiti da unità extra ospedaliere – sanitarie
- **TRANSMURALI**, costituiti da unità intra ed extra ospedaliere
- **INTERAZIENDALI**, che aggregano strutture appartenenti anche ad altre Aziende Sanitarie, con finalità e obiettivi comuni di gestione integrata di attività.

ART. 37 – I DIPARTIMENTI STRUTTURALI

Il Dipartimento strutturale è il modello ordinario di aggregazione adottato per le strutture dell'Azienda.

Il Dipartimento strutturale è costituito dall'aggregazione di strutture complesse e di strutture semplici a valenza dipartimentale caratterizzate dall'omogeneità, sotto il profilo delle attività, delle risorse umane o tecnologiche impiegate o delle procedure operative adottate.

Il Dipartimento strutturale è finalizzato:

- al coordinamento dell'attività di tutte le strutture che ne fanno parte ed all'organizzazione dei servizi in rete
- al coordinamento e alla razionalizzazione dell'utilizzo delle risorse umane e tecnologiche, dei posti letto, dei materiali di consumo e dei servizi intermedi
- al miglioramento dell'efficienza gestionale, della qualità delle prestazioni erogate, del livello di umanizzazione delle strutture
- alla gestione del budget legato agli obiettivi dipartimentali, attribuiti dal Direttore Generale, in accordo con il Direttore di Dipartimento, ai responsabili delle strutture complesse
- al monitoraggio sull'andamento dei risultati di budget
- al miglioramento ed all'integrazione dell'attività di formazione e aggiornamento
- al coordinamento, alla razionalizzazione ed allo sviluppo dei percorsi diagnostici e terapeutici e di quelli volti a garantire la continuità assistenziale anche all'esterno dei dipartimenti.

L'attività del Dipartimento è oggetto di costante monitoraggio, da parte della Direzione strategica, con particolare riguardo al numero ed alla tipologia delle prestazioni effettuate dalle diverse strutture in ambito dipartimentale.

Per ogni Dipartimento strutturale sono individuate le risorse da assegnare in termini di posti letto, personale, strutture edilizie, attrezzature e risorse economico-finanziarie.

ART. 38 – I DIPARTIMENTI FUNZIONALI

I Dipartimenti funzionali aggregano strutture operative non omogenee, interdisciplinari, al fine di coordinarne l'azione per realizzare obiettivi interdipartimentali e/o programmi di rilevanza strategica.

I Dipartimenti funzionali:

- aggregano strutture operative già aggregate in Dipartimenti strutturali diversi
- non sono dotati di budget autonomo
- non sono soggetti a rendicontazione analitica.

I Dipartimenti funzionali possono coinvolgere funzionalmente anche altri soggetti pubblici e/o privati esterni all'Azienda.

ART. 39 – LE STRUTTURE COMPLESSE E SEMPLICI

Le strutture in cui si articola l'Azienda possono essere complesse o semplici. La complessità della struttura è valutata sulla base delle risorse umane assegnate, del numero e del decentramento delle articolazioni interne, delle problematiche poste o da porsi, dell'affidamento di "budget" di conto e della valenza strategica delle stesse a livello aziendale.

Le strutture complesse (S.C.) sono articolazioni organizzative alle quali è attribuita la gestione delle risorse umane, tecniche e finanziarie dedicate, gestione che deve essere coordinata e concordata a livello di Dipartimento.

Le strutture semplici a valenza dipartimentale (S.S.D.) sono articolazioni organizzative con autonomia operativa e responsabilità della gestione delle risorse umane, tecniche e finanziarie, dedicate o condivise con altre strutture, costituite limitatamente:

- all'esercizio di funzioni sanitarie strettamente riconducibili alle discipline ministeriali di cui al D.M. 30 gennaio 1998 e s.m.i., la cui complessità organizzativa non ha rilevanza tale da giustificare l'attivazione di strutture complesse
- al fine di organizzare e gestire in modo ottimale spazi ed attrezzature utilizzate da più unità operative e personale, appartenente a strutture complesse diverse.

Le S.S.D. ospedaliere afferiscono direttamente al Dipartimento di riferimento.

Le strutture semplici (S.S.) sono articolazioni organizzative interne delle strutture complesse, esse svolgono un'attività specifica e pertinente alle attività svolte dalla struttura complessa di cui costituiscono articolazione, ma non complessivamente coincidente con le attività di questa. Possono essere istituite strutture semplici non incardinate in strutture complesse solo se collocate in staff alla Direzione Generale ovvero:

- se inserite in area ospedaliera: con coordinamento del Direttore di Presidio
- se inserite in area territoriale: con coordinamento del Direttore di Distretto individuato quale coordinatore dell'area territoriale
- se inserite in area della prevenzione: con coordinamento del Direttore del Dipartimento di Prevenzione.

Ad esse è attribuita responsabilità di gestione delle risorse umane e tecniche dedicate.

Il Responsabile delle strutture aziendali è denominato, ai sensi di quanto disposto dall'art. 15 terdecies del Decreto legislativo 502/1992:

- Direttore, se di struttura complessa,
- Responsabile, se di struttura semplice o semplice a valenza dipartimentale.

L'organigramma delle strutture complesse, delle strutture semplici in esse ricomprese ovvero in staff, nonché delle strutture semplici a valenza dipartimentale è quello allegato (allegato 1) al presente Atto Aziendale.

ART. 40 – LE FORME DI COLLABORAZIONE AZIENDALE: I GRUPPI DI PROGETTO

Il Gruppo di Progetto è finalizzato al conseguimento di obiettivi specifici, circoscritti nel tempo, che richiedono il coinvolgimento di più strutture operative, anche appartenenti a dipartimenti strutturali diversi.

I responsabili dei gruppi di progetto partecipano, senza diritto di voto, alle riunioni del Collegio di Direzione.

L'organizzazione ed il funzionamento di ogni Gruppo di Progetto dell'A.S.L. CN2 è disciplinato in apposito regolamento adottato dal Direttore Generale, contestualmente alla sua istituzione.

Il Gruppo di Progetto è istituito, senza maggiori oneri a carico del bilancio dell'Azienda, con provvedimento del Direttore Generale, che ne definisce la finalità e la durata ed individua i componenti ed il Responsabile.

Possono anche essere istituiti gruppi di progetto interaziendali.

L'istituzione di Gruppi di Progetto non costituisce modifica dell'Atto Aziendale, in quanto non dà luogo alla costituzione di una struttura organizzativa.

ART. 41 – I DIPARTIMENTI INTERAZIENDALI

L'Azienda promuove, ai fini della razionalizzazione del sistema di offerta e della riduzione della spesa, forme di collaborazione organizzativa con le altre Aziende del S.S.R., anche definendo Dipartimenti Interaziendali. Tali forme di collaborazione sono regolate da apposite Convenzioni, ai sensi della vigente normativa; le Convenzioni stabiliscono le modalità di svolgimento delle attività clinico - organizzative interessate, nonché i rapporti giuridici ed economici.

I Direttori dei Dipartimenti operano nel rispetto della programmazione e degli obiettivi definiti dalle Direzioni delle Aziende interessate.

Il Direttore del Dipartimento interaziendale è nominato, in accordo con i Direttori Generali delle Aziende coinvolte, dall'Azienda dove il Dipartimento viene incardinato, e partecipa di diritto al Collegio di Direzione di tutte le Aziende interessate.

ART. 42 – LE STRUTTURE COMPLESSE E SEMPLICI INTERAZIENDALI

L'Azienda promuove, ai fini della razionalizzazione del sistema di offerta e della riduzione della spesa, forme di collaborazione organizzativa con le altre Aziende del S.S.R., anche definendo Strutture Complesse e/o Semplici Interaziendali. Tali forme di collaborazione sono regolate da apposite Convenzioni, ai sensi della vigente normativa; le Convenzioni stabiliscono le modalità di svolgimento delle attività clinico-organizzative interessate, nonché i rapporti giuridici ed economici.

I Direttori/Responsabili delle Strutture Complesse e Strutture Semplici Interaziendali operano nel rispetto della programmazione e degli obiettivi definiti dalle Direzioni delle Aziende interessate.

Il Direttore della Struttura Complessa e il Responsabile della Struttura Semplice interaziendale sono nominati dall'Azienda dove la Struttura viene incardinata, secondo la disciplina di legge e le proprie modalità organizzative.

I direttori delle SC Interaziendali dipendono gerarchicamente dalle articolazioni organizzative dell'Azienda in cui sono incardinate le SC e partecipano funzionalmente anche alle attività dei Dipartimenti della/e altra/e azienda/e con le quali collaborano.

I responsabili delle SS afferenti a SC interaziendali dipendono gerarchicamente dalle articolazioni organizzative dell'Azienda in cui sono incardinate le SS, funzionalmente dai direttori delle SC di cui rappresentano articolazione.

ART. 43 – LE ALTRE FORME DI COLLABORAZIONE INTERAZIENDALE

In alternativa a modalità di collaborazione strutturate in specifiche forme organizzative di cui agli articoli 41 e 42 l'ASL CN2 può instaurare con gli enti del S.S.N. altre forme di coordinamento e di collaborazione funzionali alla razionalizzazione del sistema di offerta e per la riduzione della spesa.

L'avvio di forme di collaborazione di cui al presente articolo avviene previa stipula di apposite convenzioni volte a disciplinare i rapporti giuridici, economici e, se del caso, clinico-organizzativi tra le parti.

Le collaborazioni di che trattasi non comportano la costituzione di nuove strutture organizzative e non determinano una modifica dell'Atto Aziendale.

CAPO II – STRUTTURE DELL'ASL CN2

ART. 44 – ORGANIZZAZIONE DELL'ASL CN2

L'articolazione organizzativa dell'ASL CN2 è quella risultante dall'allegato organigramma – allegato 1.

Alla Direzione Generale fanno capo:

- servizi di Staff: con funzioni consultive, di supporto e di sostegno alle attività ed ai processi decisionali della Direzione Generale
- servizi di line: con funzioni operative

I servizi di line sono di tipo:

- amministrativo, finalizzati a fornire all'Azienda servizi strumentali e di supporto alle attività di direzione e di produzione
- sanitario, finalizzati all'erogazione diretta di servizi e prestazioni sanitarie di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione effettuate nei diversi regimi consentiti, comprese quelle in regime libero professionale intramurario.

La descrizione delle competenze delle strutture aziendali e del contenuto delle singole funzioni indicate nell'organigramma – allegato 1 è contenuta nel documento di cui all'allegato 2 al presente Atto.

ART. 45 – SERVIZI DI STAFF

I servizi di staff alla Direzione Generale sono i seguenti:

- S.C. DIREZIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE (DI.P.SA)
- S.C. PSICOLOGIA
- S.C. SERVIZIO LEGALE INTERAZIENDALE (incardinata nell'ASL CN1 cui afferisce la S.S. Servizio Legale dell'ASL CN2)
- S.S. AFFARI GENERALI E SEGRETERIA ORGANISMI COLLEGIALI
- S.S. PROGETTI, RICERCA E INNOVAZIONE
- S.S. PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO
- S.S. SERVIZIO DI PREVENZIONE E PROTEZIONE
- S.S. QUALITÀ, RISK MANAGEMENT E RELAZIONI CON IL PUBBLICO
- S.S. VERIFICA, VIGILANZA E VALUTAZIONE DELL'APPROPRIATEZZA
- S.S. MEDICO COMPETENTE
- S.S. SERVIZIO SOCIALE PROFESSIONALE AZIENDALE

I responsabili delle Strutture Operative Semplici in staff sono gerarchicamente sottoordinati al Direttore Amministrativo o Sanitario in relazione all'ambito di attività di pertinenza di ciascuna struttura.

ART. 46 – SERVIZI AMMINISTRATIVI DI LINEA

I servizi amministrativi di linea sono:

- S.C. AMMINISTRAZIONE DEL PERSONALE, a cui afferisce la:
 - S.S. FORMAZIONE
- S.C. LOGISTICA, PATRIMONIO, SERVIZI E ACQUISTI
- S.C. SERVIZI TECNICI (cui afferisce la S.S. INGEGNERIA CLINICA)
- S.C. INFORMATICA, TELECOMUNICAZIONE E SISTEMA INFORMATIVO
- S.C. BILANCIO E CONTABILITÀ
- S.C. SERVIZI DI ACCETTAZIONE E FRONT OFFICE

Ai sensi della D.G.R. n. 9 – 3584 del 23.7.2021 la S.C. Bilancio e Contabilità e la S.S. Programmazione e controllo afferiscono e sono soggette al coordinamento del Dipartimento interaziendale funzionale, a valenza regionale, denominato "DICR" (Dipartimento Contabilità e Risorse) istituito presso l'Asl Cn1 di Cuneo con Deliberazione n. 627 del 30.9.2021, recepita dalla Giunta Regionale con provvedimento n. 15 – 3926 del 15.10.2021.

I Direttori delle strutture amministrative di linea rispondono direttamente alla Direzione aziendale.

ART. 47 – SERVIZI SANITARI DI LINEA

I servizi sanitari sono articolati in 4 aree:

- ospedaliera
- dell'integrazione ospedaliera/territoriale
- territoriale
- di prevenzione.

AREA OSPEDALIERA

A livello ospedaliero si collocano:

- la S.C. Direzione Medica di Presidio (cui afferisce la S.S. Unità Prevenzione Rischio Infettivo e la S.S. Sviluppo Organizzativo Innovativo e Centro di Simulazione Avanzata e temporaneamente il coordinamento della funzione "Breast Unit", nelle more della formalizzazione di una struttura dedicata, allorché verranno raggiunti i parametri previsti dalla normativa).
- la S.C. Farmacia Ospedaliera.

Le restanti strutture di area ospedaliera sono aggregate nei seguenti dipartimenti strutturali ospedalieri:

- di AREA DIAGNOSTICA

- di AREA MEDICA
- di AREA CHIRURGICA
- di EMERGENZA E URGENZA.

Il Direttore della SC Farmacia Ospedaliera partecipa al Tavolo di Coordinamento dei Distretti 1 e 2.

AREA DELL'INTEGRAZIONE OSPEDALE TERRITORIO

Le strutture dell'area dell'integrazione ospedaliera/territoriale sono aggregate nei seguenti dipartimenti strutturali:

- DIPARTIMENTO DI SALUTE MENTALE (DSM)
- DIPARTIMENTO MATERNO INFANTILE (DMI)

Il DSM ed il DMI per loro natura erogano prestazioni anche di tipo territoriale.

Il loro coordinamento con le funzioni territoriali è assicurato in seno al Tavolo di Coordinamento dei Distretti 1 e 2.

Le strutture afferenti al DMI si integrano, altresì, in modo funzionale, al fine di garantire i percorsi (nascita, crescita, patologia cronica) di cui alla D.G.R. 26-1653/2015, con il dipartimento di tipo strutturale costituito tra l'A.S.O. S. CROCE E CARLE e l'ASL CN1, incardinato nell'ASL CN1.

- DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI RICERCA E CLINICA DELLA NUTRIZIONE (D.R.C.N.)

E' istituito il Dipartimento funzionale di Ricerca e Clinica della Nutrizione (D.R.C.N.), che opera a livello dell'area dell'integrazione ospedaliera/territoriale. L'attività del Dipartimento di Ricerca e Clinica della Nutrizione si integra attivamente, per gli aspetti correlati alla ricerca, con le realtà pubbliche e private operanti nel settore alimentare ed eno-gastronomico del territorio.

Il Direttore del Dipartimento funzionale di Ricerca e Clinica della Nutrizione (D.R.C.N.) partecipa al Tavolo di Coordinamento dei Distretti 1 e 2.

AREA TERRITORIALE

Le strutture di area territoriale sono:

- la S.C. Distretto 1 (cui afferisce la S.S. Allergologia)
- la S.C. Distretto 2 (cui afferisce la S.S. Hospice e Cure Palliative)
- la S.S.D. Endocrinologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche
- la S.S. Servizio Farmaceutico Territoriale

E' istituito il Dipartimento funzionale di Patologia delle Dipendenze (D.P.D.), che opera a livello territoriale e si integra, ai fini della programmazione delle proprie attività, con gli Enti Ausiliari aventi una o più sedi operative nel territorio dell'ASL CN2.

Ai sensi delle Linee di indirizzo fissate dalla Regione Piemonte con nota n. 26394/2020 del 13.8.2020 coerentemente recepite con Deliberazione del Direttore Generale n. 426 del 14.9.2020 è stata definita una funzione di coordinamento territoriale attribuita al Direttore di uno dei Distretti aziendali. La funzione di coordinamento territoriale è esercitata a supporto della Direzione aziendale ed interviene direttamente e prontamente per tutti gli aspetti che riguardano l'integrazione funzionale tra le varie strutture operative dell'area territoriale e i rapporti con le aree ospedaliera e della prevenzione coinvolte nel percorso di salute del cittadino

La S.S.D. Endocrinologia, Diabetologia e Malattie Metaboliche e la S.S. Servizio Farmaceutico Territoriale afferiscono alla coordinatrice o coordinatore di Area territoriale.

AREA DELLA PREVENZIONE

Nell'area della prevenzione è istituito il Dipartimento strutturale di Prevenzione, che opera a livello territoriale. Il Dipartimento di Prevenzione è la struttura dell'ASL CN2 preposta, nel territorio di competenza, a garantire la tutela della salute collettiva, attraverso la promozione della salute, il miglioramento degli stili di vita, la prevenzione di condizioni patologiche e di disabilità, lo sviluppo di interventi di sanità pubblica umana ed animale; svolge le funzioni della Direzione Integrata della Prevenzione e coordina il Piano Locale della Prevenzione.

ART. 48 – GERARCHIE DEI SERVIZI SANITARI DI LINEA

I Direttori dei Distretti, il Direttore Sanitario di Presidio ed i Direttori dei Dipartimenti rispondono direttamente alla Direzione Sanitaria Aziendale.

E', altresì, **gerarchicamente sotto ordinato alla Direzione Sanitaria Aziendale** il Direttore della SC Farmacia Ospedaliera non incardinato all'interno di alcun Dipartimento:

Limitatamente agli aspetti di **integrazione e di coordinamento** si determina un rapporto di sovra ordinazione del Direttore Sanitario di Presidio nei confronti dei Direttori di Dipartimento di area ospedaliera e della S.C. Farmacia Ospedaliera, nonché, con riferimento alle attività ospedaliere, dei Direttori di Dipartimento dell'area di integrazione ospedaliera/territoriale (c.d. Dipartimenti transmurali: D.M.I. e D.S.M.), del Direttore del Dipartimento di ricerca e clinica della nutrizione e del Direttore della S.C. Psicologia.

Limitatamente agli aspetti di **integrazione e di coordinamento** si determina un rapporto di sovra ordinazione del coordinatore di Area Territoriale nei confronti del:

- del Direttore del Dipartimento di Prevenzione
- del Direttore del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze
- con riferimento alle attività territoriali, dei Direttori dei Dipartimenti dell'area di integrazione ospedaliera/territoriale (c.d. Dipartimenti transmurali: D.M.I. e D.S.M.), del Direttore del Dipartimento di ricerca e clinica della nutrizione e del Direttore della S.C. Psicologia.

CAPO III – TIPOLOGIE DI INCARICHI E MODALITA' DI NOMINA DEI DIRIGENTI

ART. 49 – TIPOLOGIE DI INCARICHI DIRIGENZIALI

L'Azienda può procedere al conferimento degli incarichi dirigenziali nelle seguenti tipologie:

- direzione di dipartimento
- direzione di struttura complessa
- responsabilità di struttura semplice a valenza dipartimentale
- responsabilità di struttura semplice
- di natura professionale anche di alta specializzazione, di consulenza, studio, ricerca, verifica, controllo e ispezione
- di natura professionale conferibili a dirigenti con più di cinque anni di attività
- di natura professionale conferibili a dirigenti con meno di cinque anni di attività.

ART. 50 – IL DIRETTORE DI DISTRETTO

Il Direttore di Distretto è responsabile della realizzazione, nell'ambito territoriale di competenza, degli indirizzi strategici della Direzione dell'ASL, supportato dall'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD), con funzioni consultive e propositive.

Compete al Direttore di Distretto l'attuazione della programmazione distrettuale, promuovendo la rete di risposte sanitarie e socio-sanitarie pubbliche e private accreditate, al fine di soddisfare i bisogni di assistenza primaria della popolazione ed il governo e monitoraggio della spesa territoriale.

Il Direttore del Distretto svolge prioritariamente le seguenti funzioni:

- coordina le attività produttive gestite direttamente o indirettamente dal distretto
- segue direttamente la negoziazione interna ed esterna all'organizzazione, con l'obiettivo di assicurare prestazioni e livelli di assistenza coerenti con la programmazione territoriale, con gli obiettivi e con il budget assegnato per raggiungerli
- svolge un continuo e preciso monitoraggio dei processi di erogazione, valutandone l'efficacia, l'efficienza e l'appropriatezza, nel rispetto delle risorse assegnate
- si raccorda con i servizi aziendali preposti alla rendicontazione e verifica dei flussi informativi aziendali, regionali e ministeriali relativi alle attività direttamente seguite
- promuove e presidia l'integrazione organizzativa tra le strutture produttive territoriali (rispetto alle quali il Distretto si configura anche come committente) per la garanzia di un coordinato svolgimento dei percorsi di presa in carico e di continuità assistenziale
- gestisce le cure primarie e specialistiche territoriali con particolare riferimento all'area della cronicità.

Nei rapporti istituzionali, il Direttore del Distretto coadiuva e supporta la Direzione aziendale nell'interfaccia con il Comitato dei Sindaci, gli Enti gestori dei servizi socio-assistenziali, il Volontariato e privato sociale, ecc. Nella negoziazione esterna, il Direttore del Distretto coadiuva la direzione aziendale nei rapporti con i fornitori di servizi sanitari e socio-sanitari esterni all'ASL e operanti in regime di convenzione o accreditamento con il S.S.R.

Il Direttore di Distretto propone al Direttore Generale il Programma delle attività territoriali-distrettuali (PAT), sulla base delle risorse assegnate, previa negoziazione e coordinamento con i responsabili delle strutture territoriali ed ospedaliere competenti nelle diverse aree di attività e sentito l'ufficio di coordinamento delle attività distrettuali (UCAD).

Il Direttore di Distretto segue tutto l'ambito organizzativo territoriale dell'assistenza primaria ed individua gli obiettivi di salute che le AFT e le branche medica, chirurgica ed odontoiatrica dei medici specialisti ambulatoriali devono perseguire.

Al Direttore di Distretto compete la gestione delle forme organizzate di erogazione delle cure primarie sul territorio.

Le funzioni di competenza del Direttore del Distretto sono elencate nel dettaglio nel regolamento sul funzionamento dei Distretti.

Il Direttore di Distretto risponde del proprio operato alla Direzione Sanitaria Aziendale.

I Direttori di Distretto presiedono le Commissioni U.V.G. ed U.M.V.D. La necessaria omogeneità dei metodi di valutazione utilizzati dalle Commissioni si ottiene a livello di tavolo di coordinamento dei Distretti.

Il Direttore di Distretto partecipa a pieno titolo:

- al tavolo di coordinamento interdistrettuale
- al Collegio di Direzione
- all'Ufficio di Coordinamento delle Attività Distrettuali (con funzioni di Presidente)

e senza diritto di voto

- al Consiglio dei Sanitari (a richiesta)
- ai Comitati dei Dipartimenti
- al Comitato dei Sindaci di Distretto.

ART. 51 – IL DIRETTORE SANITARIO DI PRESIDIO

Il Direttore sanitario di presidio ha responsabilità in relazione al funzionamento operativo dell'ospedale e risponde del proprio operato alla Direzione Sanitaria Aziendale.

Il Direttore sanitario di presidio, in particolare:

- è responsabile delle attività igienico-organizzative della struttura ospedaliera
- coordina il funzionamento complessivo della struttura ospedaliera (fatto salvo il ruolo di Direttori/responsabili di strutture appositamente individuati), al fine di ottimizzarne l'utilizzo, di garantirne l'unitarietà funzionale e di creare le migliori condizioni per lo svolgimento delle attività clinico-assistenziali
- governa i processi organizzativi ospedalieri finalizzando la sua azione alla massimizzazione dell'efficienza delle risorse strumentali, tecnologiche e umane, all'incremento della qualità delle cure ed alla garanzia della loro continuità
- coordina i Dipartimenti ospedalieri e dell'area dell'integrazione ospedaliera/territoriale
- intrattiene i rapporti con i Direttori di Distretto per la stesura condivisa di percorsi assistenziali e ne monitora il funzionamento
- monitora, analizza e valuta la produzione in relazione all'efficacia ed alla qualità delle cure rese onde garantirne l'attrattività
- pone in essere momenti di confronto e negoziazione con i Distretti in ordine alla tipologia delle prestazioni richieste
- governa le attività preordinate alla comunicazione ed alla umanizzazione delle cure.

Il Direttore Sanitario di Presidio partecipa al Collegio di Direzione dell'Azienda e, senza diritto di voto, al Consiglio dei Sanitari nonché ai Comitati dei Dipartimenti.

ART. 52 – IL DIRETTORE DI DIPARTIMENTO

Il Direttore di Dipartimento è responsabile dei risultati complessivi del Dipartimento, assicura il coordinamento fra le strutture organizzative che lo compongono, è responsabile del governo clinico e dell'innovazione, favorisce lo sviluppo di progetti trasversali alle diverse strutture operative e valuta le performance delle strutture afferenti al Dipartimento in relazione agli obiettivi di budget.

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

Il Direttore del Dipartimento partecipa al governo aziendale ed al Direttore del Dipartimento sono attribuite responsabilità su aree strategiche di attività aziendali.

Competono ai Direttori dei dipartimenti aziendali le funzioni indicate nei regolamenti recanti norme sul funzionamento dei Dipartimenti stessi.

Ai Direttori di Dipartimento il Direttore Generale, può delegare, nel rispetto dei principi disciplinanti l'istituto, l'esercizio di proprie funzioni gestionali.

I Direttori di Dipartimento partecipano al Collegio di Direzione dell'Azienda e possono essere chiamati a partecipare, senza diritto di voto, alle sedute del Consiglio dei Sanitari.

ART. 53 – I DIRETTORI DELLE STRUTTURE COMPLESSE

I dirigenti, in possesso dei necessari requisiti, possono essere incaricati della direzione di strutture complesse in ambito sanitario ovvero tecnico, professionale e amministrativo.

In ciascuna struttura complessa il dirigente preposto alla direzione della struttura operativa medesima è sovraordinato agli altri dirigenti.

I direttori di struttura complessa esercitano le competenze e le funzioni afferenti la struttura diretta e sono responsabili dell'attività, della gestione e dei risultati conseguiti secondo le specifiche attribuzioni.

I dirigenti incaricati della direzione di strutture complesse operanti in ambito sanitario svolgono, in particolare, le seguenti attività:

- erogano prestazioni cliniche ed assistenziali direttamente connesse alle funzioni attribuite
- provvedono alla gestione del personale non riconducibile all'area delle professioni sanitarie
- dirigono a fini clinico assistenziale il personale riconducibile all'area delle professioni sanitarie
- provvedono alla gestione delle risorse finanziarie e strumentali loro assegnate
- formulano proposte ed esprimono pareri alla Direzione Aziendale
- dirigono, coordinano e controllano l'attività delle strutture che da essi dipendono
- garantiscono il conseguimento ed il mantenimento dei livelli di attività come formalizzati in apposito documento
- promuovono verifiche periodiche sul raggiungimento degli obiettivi di qualità.

Ai dirigenti incaricati della direzione di strutture complesse operanti in ambito professionale, tecnico ed amministrativo competono, in particolare, le seguenti attività:

- svolgono le prestazioni proprie della professionalità posseduta
- provvedono alla gestione del personale e delle risorse finanziarie e strumentali loro assegnate
- formulano proposte ed esprimono pareri alla Direzione Aziendale
- dirigono, coordinano e controllano l'attività delle strutture che da essi dipendono
- garantiscono il conseguimento ed il mantenimento dei piani e dei programmi di attività formulati nei documenti dell'Azienda
- curano la piena attuazione delle direttive impartite dal Direttore del Dipartimento di appartenenza
- concorrono a promuovere nell'ambito delle proprie competenze verifiche periodiche sul raggiungimento degli obiettivi di qualità.

Ai Direttori di Strutture Complesse il Direttore Generale, può delegare, nel rispetto dei principi disciplinanti l'istituto, l'esercizio di proprie funzioni gestionali.

I dirigenti preposti alle strutture aziendali esercitano sugli altri dirigenti della struttura compiti di direzione, coordinamento, indirizzo, impulso, valutazione e verifica anche sulla base delle proposte e degli elementi di conoscenza forniti dai dirigenti ai quali sono sovraordinati.

ART. 54 – I RESPONSABILI DELLE STRUTTURE SEMPLICI

I dirigenti, in possesso dei necessari requisiti, possono essere incaricati della direzione di strutture semplici e semplici a valenza dipartimentale in ambito sanitario ovvero tecnico, professionale e amministrativo.

I responsabili di struttura operativa semplice a valenza dipartimentale devono operare in raccordo con tutte le strutture afferenti al Dipartimento di appartenenza e coordinare la propria attività, in modo da garantire il raggiungimento degli obiettivi prefissati dal Direttore del Dipartimento.

I responsabili di Struttura Operativa Semplice sono gerarchicamente sotto ordinati al Direttore della struttura di appartenenza. Per quelle in staff si rinvia a quanto previsto dall'art. 46 ultimo cpv.

Per quanto riguarda le SS afferenti a SC interaziendali, i responsabili dipendono gerarchicamente dalle articolazioni organizzative dell'Azienda in cui sono incardinate le SS, funzionalmente dai direttori delle SC di cui rappresentano articolazione.

Ai Responsabili di Strutture Semplici il Direttore Generale, può delegare, nel rispetto dei principi disciplinanti l'istituto, l'esercizio di proprie funzioni gestionali.

Per quanto compatibili si applicano le disposizioni di cui all'articolo precedente.

ART. 55 – I DIRIGENTI CON INCARICHI DI NATURA PROFESSIONALE

L'attività dei dirigenti sanitari con incarichi di natura professionale è regolata dalla seconda parte dell'art. 18 del CCNL di lavoro 2016/2019 della Dirigenza Sanitaria

L'attività dei dirigenti professionali, tecnici, amministrativi è regolata dall'art.70 e seguenti del CCNL relativo al personale dell'area delle funzioni locali Triennio 2016/2018.

ART. 56 – LE MODALITA' DI CONFERIMENTO DEGLI INCARICHI DIRIGENZIALI

Per il conferimento di ciascun incarico di funzione dirigenziale e per il passaggio ad incarichi di funzioni dirigenziali diverse si tiene conto della natura e delle caratteristiche dei programmi da realizzare, delle attitudini e della capacità professionale del singolo dirigente, anche in relazione ai risultati conseguiti in precedenza.

Tutti gli incarichi di direzione o responsabilità delle strutture dell'Azienda sono conferiti a tempo determinato, con facoltà di rinnovo e per la durata prevista dalle norme vigenti.

Gli incarichi di direzione o responsabilità delle strutture aziendali sono revocati nelle ipotesi di responsabilità dirigenziale per inosservanza delle direttive generali e per i risultati negativi dell'attività e della gestione, ovvero nel caso di risoluzione consensuale del contratto individuale.

I dirigenti ai quali non sia affidata la titolarità di strutture aziendali svolgono funzioni di natura professionale, anche di alta specializzazione, ovvero funzioni di consulenza, studio, ricerca nonché funzioni ispettive, di verifica e di controllo.

Gli incarichi dirigenziali di struttura semplice, semplice a valenza dipartimentale e di alta e altissima professionalità sono attribuiti dal Direttore Generale sulla base delle modalità e dei criteri stabiliti in apposito regolamento approvato dal Direttore Generale.

I criteri e le condizioni per l'individuazione delle posizioni organizzative e di alta professionalità non dirigenziali, che comportano l'assunzione diretta di elevata responsabilità di prodotto e di risultato nonché il possesso di competenze specialistiche, sono definiti con regolamento del Direttore Generale, nel rispetto di quanto definito dai CC.CC.NN.LL.

L'Azienda può anche conferire, ai sensi dell'art. 15 septies, comma 1, del D.lgs. 502/1992 e s.m.i., nei limiti di cui al comma 2 del medesimo articolo, incarichi per l'espletamento di funzioni di particolare rilevanza e di interesse strategico mediante la stipula di contratti a tempo determinato. Per il conferimento dell'incarico di struttura complessa non possono essere utilizzati contratti a tempo determinato di cui all'articolo 15-septies, D. lgs. 502/1992 s.m.i.

Gli incarichi dirigenziali di struttura complessa sono attribuiti dal Direttore Generale:

- nel caso della dirigenza medica e veterinaria e della dirigenza sanitaria: sulla base delle modalità e dei criteri stabiliti dalla D.G.R. n. 14-6180 del 29.07.2013
- nel caso della dirigenza tecnica ed amministrativa: sulla base delle modalità e dei criteri stabiliti in apposito regolamento adottato dal Direttore Generale che definisce criteri e procedure atte a garantire la massima trasparenza nella valutazione delle candidature dei dirigenti in possesso dei requisiti prescritti.

Gli incarichi dirigenziali di struttura semplice sono attribuiti dal Direttore Generale con atto motivato sulla base delle modalità e dei criteri stabiliti in apposito regolamento adottato dal Direttore Generale.

Per quanto concerne il conferimento degli incarichi di Direttore di Distretto e di Direttore di Dipartimento valgono le seguenti regole:

- **DIRETTORE DI DISTRETTO**: il conferimento dell'incarico di direttore di Distretto è effettuato mediante procedure comparative di selezione ad evidenza pubblica, secondo quanto previsto dalla vigente normativa, sulla base dei requisiti prescritti dall'art. 3 sexies del D.lgs. 502/1992 s.m.i.

L'incarico è attribuito dal Direttore Generale a un dirigente del S.S.N. che abbia maturato una specifica esperienza nei servizi territoriali e un'adeguata formazione nella loro organizzazione, oppure a un medico convenzionato, ai sensi dell'art. 8, comma 1, del D.Lgs. 502/1992 e s.m.i., da almeno 10 anni, con contestuale congelamento di un corrispondente posto di organico della dirigenza sanitaria.

- **DIRETTORE DI DIPARTIMENTO**: il Direttore di Dipartimento è nominato dal Direttore generale tra i direttori delle strutture complesse afferenti al Dipartimento e mantiene la titolarità della struttura complessa cui è preposto.

Per i dipartimenti interaziendali il Direttore di dipartimento è nominato d'intesa fra i Direttori Generali delle Aziende sanitarie cui afferiscono le unità operative comprese nel Dipartimento.

L'incarico di Direttore di Dipartimento è conferito con atto motivato sulla base di una attenta valutazione comparativa dei curricula dei Direttori di struttura Complessa afferenti al Dipartimento. Tale incarico, ancorché fiduciario, si basa su motivazioni finalizzate ad evidenziare elevate competenze organizzative, validate non solo da una generica anzianità di servizio e/o di ruolo, ma anche da effettive, concrete ed approfondite conoscenze ed esperienze gestionali.

ART. 57 – LE FUNZIONI DI DATORE DI LAVORO

Il Datore di lavoro è il Direttore Generale dell'Azienda.

Le funzioni di datore di lavoro possono essere delegate attraverso deliberazione aziendale. Il conferimento della delega avviene, nel rispetto dei principi disciplinanti l'istituto e di quanto previsto dal piano sanitario regionale.

Il Direttore Sanitario di Presidio ed i Direttori di Distretto assumono, al momento della nomina, con contestuale delega del Direttore Generale, la funzione di datore di lavoro con riferimento alle persone che a qualunque titolo operano nelle strutture di pertinenza e nelle loro articolazioni, come individuate nel provvedimento di delega.

Il Direttore di Dipartimento strutturale assume, al momento della nomina, con contestuale delega del Direttore Generale, la funzione di datore di lavoro con riferimento alle persone che a qualunque titolo operano nelle strutture aggregate nel Dipartimento medesimo, come individuate nel provvedimento di delega.

I Direttori di Strutture Complesse di linee non incardinate all'interno di Dipartimenti possono assumere, previa delega del Direttore Generale, la funzione di datore di lavoro con riferimento alle persone che a qualunque titolo operano nelle strutture medesime e nelle loro eventuali articolazioni, come individuate nel provvedimento di delega.

La funzione di datore di lavoro con riferimento alle persone che a qualunque titolo operano nelle strutture in staff alla Direzione Generale può essere delegata:

- ai Direttori di Strutture Complesse di linee, affini
- agli stessi Direttori/Responsabili delle Strutture di staff.

TITOLO IV - LA GESTIONE DELLE ATTIVITA' E DELLE RISORSE AZIENDALI

CAPO I – LE RISORSE UMANE

ART. 58 – LA DOTAZIONE ORGANICA/PIANO DEL FABBISOGNO

La dotazione organica è costituita dal personale, articolato per profilo professionale, individuato nel rispetto dei vincoli numerici e finanziari definiti in sede di programmazione pluriennale dalle norme nazionali e regionali.

La dotazione organica complessiva dell'Azienda è quella prevista dal piano triennale del fabbisogno del personale adottato in attuazione del D.M. 8 maggio 2018.

ART. 59 – LA GESTIONE DELLE PROFESSIONI SANITARIE

La S.C. Di.P.Sa. è la struttura gestionale e organizzativa titolare dell'indirizzo, della direzione e del coordinamento del personale delle professioni sanitarie appartenenti alle aree professionali infermieristiche, ostetriche, tecnico sanitarie, della riabilitazione e della prevenzione, nonché del personale di supporto alle attività assistenziali.

Il personale delle professioni Sanitarie e il personale di supporto, ad eccezione del personale direttamente assegnato alla S.C. Di.P.Sa., è assegnato a livello dipartimentale, alle strutture che compongono il Dipartimento medesimo.

Pertanto prefigurandosi una doppia dipendenza, Direttore di Struttura Complessa Di.P.Sa. e Direttore/Responsabile di Struttura Complessa/Semplice, il personale infermieristico, ostetrico, tecnico sanitario, della riabilitazione, della prevenzione e il personale di supporto all'assistenza, dipende:

- dal punto di vista clinico dal Direttore/Responsabile della Struttura di appartenenza;
- dal punto di vista organizzativo e professionale dal Direttore S.C. Di.P.Sa. tramite le sue funzioni organizzative di Direzione e di Dipartimento/Distretto.

ART. 60 – IL CICLO DI GESTIONE DELLA PERFORMANCE

L'Azienda assume come modalità ordinaria per il proprio funzionamento il Ciclo di gestione della performance, in maniera coerente con i contenuti e con il ciclo della programmazione finanziaria e del bilancio, secondo le seguenti fasi operative:

- a) definizione e assegnazione degli obiettivi, dei valori attesi e dei rispettivi indicatori, target e risorse, mediante apposito provvedimento programmatico denominato Piano Annuale della Performance (PAP)
- b) monitoraggio in corso di esercizio ed attivazione di eventuali interventi correttivi
- c) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale, nei tempi e con le modalità definite dall'O.I.V. in un apposito documento denominato: Sistema di Misurazione e Valutazione della Performance (SiMiVaP).

In particolare la valutazione della performance individuale costituisce parte dell'intero sistema di misurazione della performance. Il processo valutativo individuale, disciplinato da apposito regolamento, è focalizzato sull'analisi delle posizioni, sulla rilevazione dei risultati di prestazione e sull'identificazione delle potenzialità individuali e delle competenze.

- d) rendicontazione dei risultati, mediante apposito provvedimento consuntivo attestante la misura della realizzazione degli obiettivi strategici e/o operativi contenuti nel PAP. Il provvedimento in questione è denominato Relazione Annuale sulla Performance (RAP). La RAP è validata dall'O.I.V. sulla base dei dati forniti dai dirigenti e dalle strutture aziendali ed è formalmente approvata dalla Direzione aziendale di norma entro il 30 giugno dell'anno successivo. La RAP costituisce condizione per l'erogazione della retribuzione di risultato / produttività collettiva al personale dell'azienda, così come disciplinata secondo gli accordi decentrati vigenti.

L'Azienda promuove un ciclo della performance "integrato" che comprende gli ambiti relativi alla performance, agli standard di qualità dei servizi, alla trasparenza e integrità e alle misure in tema di prevenzione e contrasto della corruzione (secondo quanto disposto dalla L. 190/2012 e dal D.Lgs. 33/2013). L'Azienda utilizza sistemi premianti secondo criteri di valorizzazione del merito.

ART. 61 – LA VALUTAZIONE PLURIENNALE AFFERENTE AI COLLEGI TECNICI DEL PERSONALE CON INCARICO DIRIGENZIALE

La valutazione del personale con incarico dirigenziale è effettuata secondo le modalità previste da uno specifico Regolamento approvato con Deliberazione del Direttore Generale.

Il Collegio Tecnico (CT), ai sensi dei CC.CC.NN.LL. 2006-2009 delle due (III e IV) aree contrattuali della dirigenza del S.S.N., procede alla verifica:

- di tutti i dirigenti alla scadenza dell'incarico loro conferito in relazione alle attività professionali svolte ed ai risultati raggiunti;
- dei dirigenti di nuova assunzione al termine del primo quinquennio di servizio;
- dei dirigenti medici, veterinari, biologi, fisici, chimici, psicologi, pedagogisti e farmacisti che raggiungono l'esperienza professionale ultraquinquennale in relazione all'indennità di esclusività.

La verifica è condotta con riguardo ai seguenti aspetti:

- attività professionali svolte;
- attitudini e capacità professionali;
- livello di partecipazione ai programmi di formazione continua, secondo quanto previsto dalla normativa.

La composizione dei Collegi Tecnici per la valutazione degli incarichi di direzione di struttura Complessa, Semplice e Semplice Dipartimentale, diversificata in base alla qualifica ricoperta dal valutato, è definita dal sopra indicato Regolamento aziendale, il quale prevede altresì ipotesi in cui il Collegio, al fine di semplificare ed ottimizzare l'attività del valutatore, effettui la valutazione in composizione monocratica attraverso il solo Presidente, anziché in composizione ordinaria con un Presidente e due componenti esperti della materia o di materie analoghe. Il Collegio è formato esclusivamente da dirigenti in servizio presso pubbliche amministrazioni.

CAPO II – I CONTROLLI ESTERNI

ART. 62 – I CONTROLLI DELLA REGIONE

CONTROLLO SULL'ATTIVITA'

La Regione Piemonte svolge funzioni di vigilanza e di controllo sugli Enti del S.S.R., al fine precipuo di valutare il corretto ed efficace utilizzo delle risorse. In tale prospettiva la Regione vigila sul rispetto degli indirizzi programmatici regionali, dei vincoli di bilancio e dei percorsi di certificabilità dello stesso nonché sulla qualità dell'assistenza e sull'appropriatezza delle prestazioni.

Alla Regione compete in particolare il controllo sulle modalità di svolgimento dell'attività libero professionale, in riferimento, tra l'altro, all'obiettivo di ridurre le liste d'attesa.

CONTROLLO SUGLI ATTI

Compete alla Regione il controllo successivo sui seguenti atti inerenti:

- la destinazione dell'eventuale avanzo
- la proposta per la copertura della perdita d'esercizio e per il riequilibrio della situazione economica
- il bilancio consuntivo di esercizio
- il piano di organizzazione e le sue eventuali variazioni
- la disciplina dei rapporti con l'Università.

L'Atto Aziendale è sottoposto al procedimento di verifica regionale propedeutico al recepimento da parte della Giunta Regionale, ai sensi della D.C.R. 167-14087 del 3.04.2012, all. A, par. 5.1.

CONTROLLO SUGLI ORGANI

La Regione Piemonte svolge funzioni di vigilanza e di controllo sull'operato del Direttore Generale con facoltà di non corrispondere il trattamento integrativo previsto in caso di mancato raggiungimento degli obiettivi assegnati e di revoca dall'incarico nei casi previsti dall'art. 3-bis, comma 7, del D.lg.vo 502/1992 o non rinnovo dello stesso.

ART. 63 – I CONTROLLI DELLA CORTE DEI CONTI

In ottemperanza a quanto disposto dall'art. 1, comma 3, del D.L. 10 ottobre 2012, n. 174, i bilanci preventivi e i rendiconti consuntivi dell'Azienda vengono sottoposti all'esame della Sezione Regionale del Piemonte della Corte dei Conti, per la verifica del rispetto degli obiettivi annuali posti dal patto di stabilità interno, dell'osservanza del vincolo previsto in materia di indebitamento dall'articolo 119, sesto comma, della Costituzione, della sostenibilità dell'indebitamento e dell'assenza di irregolarità suscettibili di pregiudicare, anche in prospettiva, gli equilibri economico-finanziari dell'Azienda.

La Sezione Regionale del Piemonte della Corte dei Conti, ai sensi del comma 173 dell'articolo unico della Legge n. 266/2005 (legge finanziaria 2006), esercita le funzioni di controllo anche sugli atti sotto elencati se di importo superiore ai 5.000,00 €:

- atti di spesa per consulenze, studi e ricerche
- atti di spesa per rappresentanza, pubblicità, mostre, convegni, relazioni.

E' soggetta a controllo della Corte dei Conti anche la resa del conto degli agenti contabili ai sensi degli artt. artt. 137-150 del D.Lgs 174/2016.

CAPO III – I CONTROLLI INTERNI

ART. 64 – FINALITA' DEI CONTROLLI INTERNI

L'A.S.L. CN2 si dota di strumenti adeguati a:

- valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, dei programmi e degli altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra i risultati conseguiti e gli obiettivi predefiniti, garantendo una conoscenza adeguata dell'andamento complessivo della gestione (controllo strategico)
- verificare l'efficacia, l'efficienza e l'economicità dell'azione amministrativa, al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi correttivi, il rapporto tra obiettivi e azioni realizzate, nonché tra risorse impiegate e risultati ottenuti (controllo di gestione)
- monitorare la legittimità, la regolarità tecnica e contabile degli atti e la correttezza dell'azione amministrativa nella fase preventiva di formazione e nella fase successiva (controllo di regolarità amministrativa e contabile)
- monitorare la presenza di fatti corruttivi adottando una serie di misure "amministrative" previste dalla normativa vigente e preordinate ad un controllo di legalità (controlli anticorruzione). Il controllo viene esercitato, in primo luogo, mediante l'adozione – annualmente aggiornata – del Piano triennale per la prevenzione della corruzione che al suo interno contiene gli strumenti tecnici e operativi di attuazione delle previsioni normative (ex Legge n. 190/2012) e per l'esercizio della attività di prevenzione e controllo di possibili fenomeni corruttivi e, in senso lato, contrari alla legalità.
Svolge analoghe ed integrative finalità e funzioni preventive e di contrasto alla corruzione il Programma triennale per la trasparenza, anch'esso annualmente aggiornato, mediante il quale l'Azienda, con l'attivazione di un apposito mini sito nel corpo del Sito internet aziendale, provvede alla pubblicazione in modo chiaro e comprensibile di tutte quelle informazioni, dati e notizie concernenti la propria organizzazione e la propria attività istituzionale, la cui conoscenza da parte dei cittadini, degli utenti e di tutti i soggetti esterni all'Asl costituisce strumento diffuso di controllo della attività svolta dagli operatori aziendali.
- monitorare la qualità dei servizi erogati con l'impiego di metodologie dirette a misurare la soddisfazione degli utenti esterni e interni dell'ente (controllo sulla qualità dei servizi erogati).

Il sistema dei controlli interni incentiva la cultura di un controllo diffuso, basato sul principio del lavorare in qualità e improntato all'autocontrollo degli atti, dei documenti e delle attività svolte dai singoli centri di responsabilità.

Partecipano all'organizzazione del sistema dei controlli interni, secondo le rispettive competenze, il Direttore Sanitario ed il Direttore Amministrativo, i Dirigenti, l'O.I.V. ed il Collegio Sindacale.

ART. 65 – IL CONTROLLO STRATEGICO

Il controllo strategico mira a valutare l'adeguatezza delle scelte compiute in sede di attuazione dei piani, dei programmi e degli altri strumenti di determinazione dell'indirizzo politico, in termini di congruenza tra i risultati

conseguiti e gli obiettivi predefiniti, nel rispetto del principio di separazione fra funzioni di indirizzo e compiti di gestione.

La funzione di controllo strategico è svolta dall'O.I.V., in stretta correlazione con la struttura che esercita la funzione del controllo di gestione.

Nell'effettuazione del controllo strategico l'O.I.V. tiene conto delle risorse umane, finanziarie e materiali assegnate all'Azienda.

L'O.I.V. identifica le cause che hanno condotto alla mancata o parziale attuazione dei piani aziendali, cause che possono essere riconducibili ad eventuali fattori ostativi ovvero a responsabilità di singoli, ed indica i possibili rimedi.

L'O.I.V. riferisce, in proposito, direttamente ai Sindaci riuniti negli organismi collegiali di cui agli articoli 26 e 28 del presente Atto Aziendale.

ART. 66 – IL CONTROLLO DI GESTIONE

Il controllo di gestione è volto a verificare l'efficacia, efficienza ed economicità dell'attività aziendale al fine di ottimizzare, anche mediante tempestivi interventi di correzione, il rapporto tra costi e risultati.

Il controllo di gestione è finalizzato a verificare lo stato di attuazione degli obiettivi programmati e, attraverso l'analisi delle risorse acquisite e della comparazione tra i costi e la quantità e qualità dei servizi offerti, la funzionalità dell'organizzazione dell'Azienda, l'efficacia, l'efficienza ed il livello di economicità nell'attività di realizzazione dei predetti obiettivi.

Il controllo di gestione è svolto in riferimento ai singoli servizi e centri di costo, verificando in maniera complessiva e per ciascun servizio i mezzi finanziari acquisiti, i costi dei singoli fattori produttivi, i risultati qualitativi e quantitativi ottenuti e, per i servizi a carattere produttivo, i ricavi.

I report del controllo di gestione sono di supporto alla Direzione Generale per la gestione dei processi di pianificazione programmazione, di controllo interno e di budgeting.

I responsabili dei servizi si avvalgono dei dati di sintesi forniti dal controllo di gestione per valutare l'andamento dei servizi di cui sono responsabili.

Le risultanze del controllo di gestione, in ordine al grado di conseguimento degli obiettivi programmati, costituiscono, inoltre, riferimento per il sistema di valutazione della performance.

ART. 67 – IL CONTROLLO INTERNO DI REGOLARITA' AMMINISTRATIVA E CONTABILE

Fatti salvi i controlli posti in essere dal Collegio Sindacale, l'Azienda si dota di procedure interne finalizzate al controllo di regolarità amministrativa e contabile, al fine di garantire la legittimità, la regolarità e la correttezza dell'azione amministrativa.

Tale controllo è assicurato nella fase preventiva della formazione dell'atto e nella fase successiva all'adozione dell'atto.

IL CONTROLLO PREVENTIVO

Il controllo preventivo è svolto da ogni responsabile di servizio, attraverso il rilascio del parere di regolarità tecnica attestante la regolarità e correttezza dell'azione amministrativa ed il rilascio del parere di regolarità contabile e del visto attestante la copertura finanziaria, come disciplinato dal regolamento di contabilità.

IL CONTROLLO SUCCESSIVO

L'Azienda attiva i controlli amministrativo contabili di cui alla Deliberazione della Giunta Regionale 25 giugno 2013, n. 26-6009 in tema di Percorsi Attuativi di Certificabilità, come aggiornata con Deliberazione della Giunta Regionale 2 Marzo 2015, n. 34-1131, in attuazione di quanto disposto dall'articolo 2 del Decreto Interministeriale del 17 settembre 2012, che impone agli Enti del Servizio sanitario nazionale di garantire, sotto la responsabilità ed il coordinamento delle Regioni di appartenenza, la certificabilità dei propri dati e dei propri bilanci.

ART. 68 – I CONTROLLI ANTICORRUZIONE

La Legge 6 novembre 2012, n. 190 "Disposizioni per la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione" ha introdotto nuovi adempimenti a carico delle pubbliche amministrazioni al fine di prevenire e reprimere i fenomeni corruttivi.

A tal fine l'Azienda individua il Responsabile della Prevenzione della Corruzione e la Trasparenza (RPCT), cui sono attribuiti i seguenti compiti:

- elabora la proposta di misure di prevenzione della corruzione e per la trasparenza inserite nel Piano Integrato di Attività ed Organizzazione, che deve essere adottato annualmente dal Direttore Generale
- definisce procedure appropriate per formare i dipendenti destinati ad operare in settori particolarmente esposti alla corruzione
- verifica l'efficace attuazione del piano e la sua idoneità

- propone modifiche al piano in caso di accertamento di significative violazioni o di mutamenti dell'organizzazione
- verifica, d'intesa con il dirigente competente, l'effettiva rotazione degli incarichi negli uffici preposti allo svolgimento delle attività nel cui ambito è più elevato il rischio che siano commessi reati di corruzione
- individua il personale da inserire nei percorsi di formazione sui temi dell'etica e della legalità.

ART. 69 – I CONTROLLI SULLA QUALITÀ DEI SERVIZI EROGATI

L'Amministrazione promuove il controllo della qualità.

Le attività del controllo di qualità sono finalizzate a perseguire la soddisfazione del cittadino/utente attraverso un costante monitoraggio qualitativo e quantitativo dei servizi erogati ed il loro miglioramento continuo.

L'Azienda può misurare anche la soddisfazione del personale interno al fine di migliorare l'organizzazione interna ed i protocolli operativi adottati, e la qualità della formazione continua erogata.

L'analisi della qualità percepita degli utenti viene effettuata attraverso indagini periodiche di soddisfazione e analisi dei reclami e delle segnalazioni.

Il "sistema di gestione per la qualità" è predisposto e mantenuto costantemente aggiornato da struttura all'uopo preposta.

ART. 70 – LA VALUTAZIONE DEL RISCHIO CLINICO

“La sicurezza delle cure è parte costitutiva del diritto alla salute ed è perseguita nell'interesse dell'individuo e della collettività” (L.24/2017, art. 1 comma 1).

La sicurezza dei pazienti è uno dei fattori determinanti la qualità delle cure e pertanto è uno degli obiettivi prioritari che l'Azienda si pone. Lo sviluppo di interventi efficaci è strettamente correlato alla comprensione delle criticità dell'organizzazione e dei limiti individuali, e richiede una cultura diffusa che consenta di superare le barriere per attuare misure organizzative e di comportamento volte a promuovere l'individuazione tempestiva degli eventi indesiderati, l'analisi degli stessi e l'implementazione di azioni correttive in base alla buona pratica clinica.

L'Azienda adotta pertanto idonei strumenti operativi - gestionali tesi alla prevenzione e alla gestione del rischio connesso all'erogazione di prestazioni sanitarie.

In Azienda è istituito un apposito gruppo di lavoro composto da professionalità plurime per esaminare gli eventi avversi/eventi sentinella, eventuali segnalazioni e reclami, sinistri subiti dall'utente onde attivare procedure e azioni per la sicurezza del paziente, sia a livello ospedaliero che a livello territoriale.

ART. 71 – LA FUNZIONE DI GESTIONE DEI SINISTRI

Le attività connesse alle varie fasi del processo di gestione dei sinistri di responsabilità civile verso terzi delle ASR sono organizzate e gestite secondo il modello organizzativo – gestionale definito nell'ambito degli atti regionali. Sin dal 2005 ai sensi dell'art. 21 della Legge regionale 14 maggio 2004, n. 9 e s.m.i. la Regione ha introdotto un programma assicurativo per la gestione dei sinistri RCT/O delle Aziende Sanitarie Regionali che comprende un fondo speciale sostitutivo o integrativo delle polizze assicurative e due livelli assicurativi garantiti da apposite polizze.

Il programma regionale per la copertura dei rischi di responsabilità civile RCT/O delle ASR prevede che la responsabilità gestionale dei sinistri faccia capo al Comitato di gestione dei sinistri, costituito all'interno di ciascuna Area di Coordinamento Sovrazonale, che ha competenza per tutti i sinistri afferenti alle Aziende dell'Area rientranti per valore nei limiti del Fondo.

L'attività è svolta secondo le "Linee guida delle procedure per la gestione dei sinistri di responsabilità civile verso terzi" approvate dalla Regione.

Le informazioni relative alla gestione dei sinistri vengono inserite nell'applicativo regionale SIMES, gestito ed aggiornato secondo le indicazioni fornite dalla Regione.

ART. 72 – I CONTROLLI SULLE STRUTTURE PRIVATE SANITARIE, SOCIO-SANITARIE E SOCIALI

In ottemperanza alle disposizioni vigenti, l'ASL effettua:

- tramite la Commissione di Verifica sulle strutture sanitarie controlli sulle strutture sanitarie private autorizzate e/o accreditate che operano sul territorio dell'ASL CN2 Alba-Bra per la verifica periodica degli aspetti strutturali, tecnologici ed organizzativi;
- tramite la Commissione di Vigilanza controlli sulle strutture socio-assistenziali, socio educative e socio-sanitarie residenziali e semi-residenziali per la verifica periodica degli aspetti strutturali, tecnologici ed organizzativi;

- tramite il Nucleo di Controllo Ricoveri Esterni (NCRE) il controllo in termini quali-quantitativi delle cartelle cliniche e delle SDO delle strutture sanitarie accreditate insistenti nell'ambito territoriale dell'ASL CN2;
- tramite la Commissione di Appropriatezza Prescrittiva il controllo delle prescrizioni farmaceutiche, diagnostiche e di assistenza protesica ed integrativa.

CAPO IV – PROCEDURE DI CONSULTAZIONE E PARTECIPAZIONE DEGLI UTENTI

ART. 73 – FORME DI PARTECIPAZIONE E CONSULTAZIONE

Fermo quanto previsto dalla Legge 7 agosto 1990, n. 241 in tema di partecipazione al procedimento amministrativo, l'Azienda orienta la programmazione e le strategie aziendali alla valorizzazione della partecipazione dei cittadini.

L'Azienda riconosce la centralità del cittadino, quale titolare del diritto alla tutela della salute, nella definizione delle prestazioni sanitarie e nella fruizione dei servizi stessi, nella consapevolezza che il progressivo differenziarsi dei bisogni di salute e l'esigenza di un uso oculato di risorse rendono la partecipazione dei cittadini una necessità intrinseca alle condizioni di operatività dei servizi.

A tal fine l'Azienda coinvolge la Conferenza Aziendale di Partecipazione.

ART. 74 – IL DIRITTO DI INFORMAZIONE

INFORMAZIONI ISTITUZIONALI

Il pieno rispetto degli obblighi di trasparenza costituisce livello essenziale di prestazione ed inoltre un valido strumento di prevenzione e di lotta alla corruzione.

Fermo quanto previsto dalla Legge 7 agosto 1990, n. 241 in tema di accesso ai documenti amministrativi, l'Azienda, così come previsto dalla normativa vigente in materia di trasparenza ed anticorruzione, al fine di favorire forme diffuse di controllo sull'attività esercitata e sulle risorse utilizzate, riconosce ai cittadini la totale accessibilità alle informazioni concernenti la propria organizzazione ed attività.

Allo scopo - sull'home page del sito istituzionale - è istituita un'apposita sezione denominata "Amministrazione trasparente" in cui confluiscono le informazioni e i documenti a pubblicazione obbligatoria. A tali informazioni, chiunque può accedere.

L'Azienda garantisce inoltre:

- l'accesso civico, di cui all'art. 5, comma 1, del decreto legislativo 33/2013, ovvero sia il diritto di chiunque di richiedere i documenti, le informazioni o i dati che le pubbliche amministrazioni hanno l'obbligo di pubblicare ai sensi dello stesso decreto legislativo 33/2013, nei casi in cui sia stata omessa la loro pubblicazione.
- l'accesso civico generalizzato di cui all'art. 5, comma 2, del decreto legislativo 33/2013, ovvero sia il diritto di chiunque di accedere a tutti i dati e i documenti e informazioni detenuti dall'ASL CN2, ulteriori rispetto a quelli per i quali è stabilito un obbligo di pubblicazione.

La richiesta di accesso civico generalizzato non è sottoposta ad alcuna limitazione quanto alla legittimazione soggettiva del richiedente, non deve essere motivata, ed è gratuita. L'accesso civico generalizzato è consentito nei limiti previsti dal regolamento aziendale, adottato in conformità alla normativa vigente.

INFORMAZIONI SUI SERVIZI EROGATI E SULLE MODALITÀ DI ACCESSO

L'Azienda si impegna a garantire la massima circolazione delle informazioni da fornire ai cittadini su modalità, tempi, procedure di erogazione dei servizi e su punti informativi e di presa in carico a cui far riferimento per la risoluzione di problematiche insorte nella fruizione dei servizi erogati, elaborando, anche in più lingue, opuscoli ed altri materiali informativi.

A tal fine l'Azienda si avvale del sito internet istituzionale, degli organi di stampa locale e di altri strumenti di volta in volta individuati, con privilegio per i sistemi di comunicazione a distanza.

L'informazione di primo livello sulle attività ed i servizi erogati è fornita agli utenti dall'Ufficio Relazioni con il Pubblico - U.R.P. e da un esperto di comunicazione con funzioni di Addetto Stampa collocato in staff alla Direzione Generale. Le informazioni di dettaglio, sulle modalità di fruizione delle prestazioni, vengono fornite agli utenti dal personale delle strutture che erogano le prestazioni medesime.

INFORMAZIONI DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

L'Azienda riconosce la valenza strategica del sistema comunicazione per influire positivamente sugli stili di vita, per migliorare il controllo sui determinanti della salute da parte dei singoli e delle collettività, per favorire la partecipazione alle attività dei servizi sanitari e per ottenere suggerimenti e indicazioni sulle preferenze e sul gradimento dei servizi utilizzati. Per la diffusione di informazioni di promozione salute, l'Azienda si avvale anche di un Gruppo di comunicazione PLP/PRP, del Centro Steadycam presso la S.C. Ser.D e dell'Ufficio Stampa.

ART. 75 – L'ACCOGLIENZA DELL'UTENTE

L'accoglienza dell'utente è garantita dal personale delle strutture che erogano le prestazioni.

L'accoglienza si estrinseca in percorsi di cura personalizzati e coordinati a livello ospedaliero/territoriale, nella trasparenza in ordine a tempi e modalità di accesso alle cure, ai presidi e – più in generale – ai benefici previsti nell'ambito dei Livelli Essenziali di Assistenza.

L'Azienda può stipulare apposite convenzioni con Associazioni di volontariato e di promozione sociale per migliorare l'accoglienza dell'utente.

ART. 76 – LA TUTELA DELL'UTENTE IN RELAZIONE A DISSERVIZI

L'utente può formulare suggerimenti e presentare reclami per iscritto o verbalmente.

L'U.R.P. raccoglie e gestisce le segnalazioni da parte degli utenti allo scopo di migliorare i servizi forniti dall'Azienda

Al fine di rendere effettiva la tutela del cittadino-utente, l'Azienda individua, nell'allegato Regolamento di pubblica tutela, le procedure da osservare per l'inoltro e la definizione delle segnalazioni e dei reclami e per il riesame in seconda istanza del reclamo medesimo da parte della Commissione Mista Conciliativa (di cui al DPCM 19.05.1995).

L'utente, esperite le procedure di tutela previste dal Regolamento di pubblica tutela, può comunque accedere alle forme di tutela previste in attuazione della Legge n.142 del 08/06/1990, istitutiva del Difensore Civico Regionale, per il riesame della segnalazione.

L'A.S.L. CN2 infine si impegna ad utilizzare i reclami come strumento di analisi e di studio per individuare inefficienze e disservizi, onde definire e realizzare misure di miglioramento.

ART. 77 – LA TUTELA DEI DATI PERSONALI DELL'UTENTE

Il diritto alla protezione dei dati personali è un diritto fondamentale dell'individuo ai sensi della Carta dei diritti fondamentali dell'Unione europea (art. 8).

Ai sensi del Regolamento (UE) 2016/679 del Parlamento europeo e del Consiglio, del 27 aprile 2016, relativo alla protezione delle persone fisiche con riguardo al trattamento dei dati personali, nonché alla libera circolazione di tali dati e del Codice in materia di protezione dei dati (Dlgs. 196/2003 e smi), l'utente ha diritto a che i propri dati siano trattati conformemente a norma ed in modo tale da non determinare rischi gravanti sui propri diritti e libertà.

L'ASL CN2 ha il correlato dovere, in quanto Titolare del trattamento di dati di varie categorie di soggetti (utenti, fornitori, personale, dipendente e non, ecc.), di progettare i trattamenti fin dall'inizio in modo da limitarne il più possibile i suddetti rischi e di adottare le misure di sicurezza ritenute adeguate.

L'attività che deve essere posta in essere per garantire trattamenti dei dati "sicuri" coinvolge tutte le figure professionali operanti in ambito aziendale e presuppone una sensibilità diffusa sulle correlate tematiche.

In tale prospettiva l'Azienda ha attivato un gruppo di lavoro dedicato e intende creare una rete capillare di soggetti chiamati a collaborare con detto gruppo di lavoro e con il DPO (Data Protection Officer o Responsabile della Protezione Dati) al fine di disseminare una cultura adeguata e di porre in essere tutte le azioni necessarie per evitare violazioni di dati personali che possano compromettere le libertà e i diritti dei soggetti interessati.

Si richiama inoltre quanto previsto nella DGR 49-1921 del 27/07/2015 che prevede che le Aziende Sanitarie operino in una visione sistemica, in modo coordinato e coerente, perseguendo azioni con la massima integrazione delle attività di erogazione delle prestazioni, che l'ASL CN2 realizza anche attraverso le Strutture Interaziendali definite.

Ne è conseguenza che le Aziende coinvolte devono necessariamente trattare reciprocamente dati di cui originariamente sono titolari autonomi.

L'ASL CN2, d'intesa con l'AO S. Croce e con l'ASL CN1 per ciascuno dei casi di interaziendalità previsti nel presente atto, dichiara che il trattamento dei dati personali riferito alle menzionate tipologie di interessati proseguirà in termini invariati per quanto concerne le finalità e le modalità seguite, in modo compatibile con gli scopi per i quali sono già stati in precedenza raccolti e trattati.

Più soggetti sono quindi accumulati nel trattamento di dati riguardanti la salute del paziente, anche se specializzati in ambiti diversi, ma ciascuno secondo il principio che i dati personali in grado di rilevare lo stato di salute fisica e mentale di una persona, nonché le prestazioni che riceve dai servizi sanitari sono informazioni gestite con rigore, nel rispetto di precise regole condivise: il loro rapporto è normato e regolamentato da specifici provvedimenti che legittimano il trattamento dei dati in comune.

Ciascuna Azienda resta Titolare del trattamento dei dati personali collegato alla funzione assistenziale ed alla presa in carico complessiva del paziente. Nell'informativa fornita agli utenti viene precisato che il trattamento dei dati personali è condiviso fra le strutture delle Aziende secondo le modalità sopra descritte, anche per quanto riguarda le modalità di esercizio dei diritti.

ART. 78 – NORME FINALI

IL PATRIMONIO MOBILIARE ED IMMOBILIARE DELL'AZIENDA

Il patrimonio dell'Azienda è costituito da tutti i beni mobili ed immobili ad essa appartenenti secondo le risultanze dello stato patrimoniale, allegato al bilancio di esercizio, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità.

L'Azienda, ai sensi e per gli effetti del secondo comma, dell'art. 5 del D. Lgs. n.502/1992, dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata fermo restando che i beni mobili ed immobili utilizzati per il perseguimento dei fini istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e che, pertanto, non possono essere sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla legge.

IL PATRIMONIO ELETTROMEDICALE

L'Azienda assicura modalità organizzative e procedure di programmazione degli acquisti e di manutenzione delle apparecchiature biomediche e dei dispositivi medici, che tengano conto dell'obsolescenza, adeguamento alle norme tecniche e disponibilità di nuove tecnologie per il miglioramento dell'assistenza sanitaria garantendo l'uso sicuro, economico ed appropriato delle apparecchiature e dei dispositivi.

Il patrimonio elettromedicale è gestito secondo le modalità definite in apposito regolamento adottato dal Direttore Generale.

La gestione del patrimonio (mobiliare ed immobiliare) e del patrimonio elettromedicale sono regolamentati con provvedimento del Direttore Generale.

L'ATTIVITA' CONTRATTUALE DELL'AZIENDA

L'Azienda in sede di acquisto di beni e servizi, in base alla tipologia di acquisto (sopra la soglia comunitaria o sotto la soglia comunitaria) ed alla categoria merceologica a cui appartengono i beni o servizi medesimi, agisce nel rispetto della normativa che pone l'obbligo di utilizzare gli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla CONSIP, e di utilizzare i contratti stipulati dalla Centrale di Committenza Regionale (S.C.R.).

L'Azienda, ai fini di contenimento e razionalizzazione della spesa, favorisce forme di aggregazione con le altre A.S.L. dell'area interaziendale di coordinamento (A.I.C. 4) secondo le indicazioni della normativa regionale e ministeriale, per l'acquisizione di beni e servizi di interesse comune e per i quali risultino utili procedure unitarie.

I criteri per l'affidamento di contratti per la fornitura di beni e servizi in economia (ai sensi dell'art 36 e 63 del D.Lgs 50/2016) sono stati individuati con provvedimento del Direttore Generale.

LA COMMISSIONE AZIENDALE PER L' HEALTH TECHNOLOGY ASSESSMENT

L'(HTA) rappresenta uno strumento della clinical governance atto a perseguire obiettivi di programmazione e gestione appropriata delle risorse. Si caratterizza come una valutazione integrata e multidimensionale (sicurezza, costi, impatto organizzativo e strutturale, aspetti culturali, etici e sociali, efficacia clinica), prodotta attraverso il contributo di diversi attori (multidisciplinare), contestualizzata ad un particolare sistema sanitario, delle implicazioni clinico-assistenziali, sociali, organizzative, economiche, etiche e legali di una tecnologia (apparecchiature biomedicali, dispositivi medici, farmaci, procedure cliniche, modelli organizzativi, programmi di prevenzione e promozione della salute).

L'HTA attraverso una valutazione multidisciplinare (di fattori clinici, epidemiologici ed organizzativi) delle tecnologie sanitarie, rappresenta uno strumento per supportare le scelte aziendali di acquisizione delle tecnologie sanitarie, con gli obiettivi di:

- ridimensionare l'impiego di tecnologie per le quali non sia evidente un adeguato rapporto costo/beneficio
- implementare l'uso clinico di tecniche o procedure di dimostrata efficacia ed efficienza, ma sotto-utilizzate.

Per l'esercizio delle funzioni innanzi descritte il Direttore Sanitario di Azienda si avvale di una Commissione aziendale all'uopo istituita con deliberazione del Direttore Generale.

LA REGOLAMENTAZIONE INTERNA

Si dà atto che in relazione all'Atto Aziendale dell'Asl Cn2 sono già stati adottati i seguenti regolamenti, che in futuro potranno essere modificati, senza che le loro variazioni costituiscano variazione dell'Atto Aziendale

- Regolamento sul percorso integrato di continuità delle cure ospedale-territorio
- Regolamento per il funzionamento dei Distretti
- Regolamento per il funzionamento della Conferenza Aziendale di partecipazione
- Regolamento per il funzionamento dell'O.I.V.
- Regolamento per il conferimento di incarichi di responsabilità di struttura semplice, di responsabilità di struttura semplice a valenza dipartimentale e di alta professionalità
- Regolamento per il funzionamento dei Dipartimenti strutturali, del Dipartimento di Patologia delle Dipendenze, mentre il Regolamento per il funzionamento del Dipartimento di Ricerca e Clinica della Nutrizione verrà adottato con successivo provvedimento
- Regolamento per il funzionamento del Servizio Ispettivo
- il Regolamento di Pubblica Tutela.

Analogamente per il regolamento concernente il funzionamento della commissione preposta al controllo delle prescrizioni farmaceutiche, diagnostiche e di assistenza protesica ed integrative, richiamato nell'allegato 2 al presente provvedimento.

Non vengono, altresì, allegati i regolamenti sul funzionamento di organismi aziendali, la cui emanazione è rimessa alla competenza degli organismi medesimi.

Ulteriore normativa di dettaglio potrà essere adottata per la disciplina di aspetti specifici ancorché non espressamente richiamati nel presente Atto Aziendale.

LE DELEGHE DELLE FUNZIONI DI DATORE DI LAVORO

Il Direttore Generale ha provveduto con propria deliberazione:

- all'individuazione nominativa dei datori di lavoro delegati, dirigenti e preposti nell'A.S.L. CN2 di Alba-Bra;
- all'aggiornamento delle figure aziendali individuate e relativi obblighi in materia di salute e sicurezza sul lavoro e delega di funzioni;
- all'assegnazione annuale di budget ai datori di lavoro delegati ex art. 16 del d.lgs. 81/2008 e s.m.i..

FUNZIONI INTERAZIENDALI

Le funzioni interaziendali sono disciplinate da appositi accordi volti a definire l'organizzazione delle stesse ed i rapporti giuridici ed economici tra l'ASL CN2 e le altre Aziende Sanitarie di volta in volta coinvolte.

E' previsto un coordinamento con ASL CN1/AO Santa Croce e Carle delle funzioni correlate alla D.G.R. 53-5262 del 27/06/2017, inerenti al piano di Comunicazione per le funzioni di Emergenza Urgenza 118 e NUE 112 (soggetti coinvolti: SS Comunicazione e Ufficio Stampa - interaziendale ASLCN1/AO S. Croce, dipendente dall'ASL CN1).

Le competenze di tipo funzionale e sovra zonali (ex D.G.R. 31-4912 del 20/04/2017) della S.C. di Psicologia dell'ASL CN2 sono definite con ASLCN1/AO S. Croce mediante apposita convenzione.

Si precisa, infine, che le strutture aziendali che concorrono nella presa in carico e cura del paziente oncologico fanno parte del Dipartimento Interaziendale Interregionale Rete Oncologica del Piemonte e della Valle d'Aosta istituito presso l'A.O.U. Città della Salute e della Scienza di Torino (approvato con D.G.R. n. 1-358 del 20.07.2010 e D.G.R. n. 31-4960 del 28.11.2012).

ART. 79 – ENTRATA IN VIGORE DELL'ATTO AZIENDALE

L'Atto Aziendale entra in vigore in seguito all'adozione di specifico atto che lo preveda, successivamente al superamento della verifica regionale.