

ATTO AZIENDALE – AZIENDA U.S.L. DI IMOLA

TITOLO I L'AZIENDA USL DI IMOLA	3
Articolo 1 – Sede Legale, Ambito, Area Vasta, Logo e Patrimonio	3
Articolo 2 - Principi	4
Articolo 3 - Missione	6
Articolo 4 - Visione	6
Articolo 5 – Sistema di Relazioni Istituzionali	6
Articolo 6 – Partecipazione e Trasparenza	9
TITOLO II GLI ORGANI, LE DIREZIONI E LE DIREZIONI TECNICHE, IL DISTRETTO E GLI ORGANISMI	11
Articolo 7 - Organi	11
Articolo 8 – Direttore Generale	11
Articolo 9 - Collegio di Direzione	13
Articolo 10 - Collegio Sindacale	14
Articolo 11 - Direttore Amministrativo	15
Articolo 12 - Direttore Sanitario	16
Articolo 13 – Direzioni Tecniche aziendali	17
Articolo 14 - Direzione Medica di Presidio	18
Articolo 15 - Direzione Infermieristica e Tecnica	19
Articolo 16 – Direzione della Assistenza Farmaceutica	19
Articolo 17 – Distretto e Direttore di Distretto	20
Articolo 18 - Collegio aziendale delle professioni sanitarie	23
Articolo 19 - Comitato Etico	24
Articolo 20 - Nucleo di Valutazione e Collegi Tecnici	24

TITOLO III STRUTTURA ORGANIZZATIVA E SISTEMA DELLE RESPONSABILITÀ	26
Articolo 21 - Dipartimenti	26
Articolo 22 - Direttore di Dipartimento	29
Articolo 23 - Comitato di Dipartimento	30
Articolo 24 – Unità Operative Complesse	31
Articolo 25 - Strutture Semplici	31
Articolo 26 – Programmi inter e intra dipartimentali	32
Articolo 27 – Incarichi di alta specializzazione e professionali	33
Articolo 28 - Posizioni organizzative e istituto del “coordinamento”	33
TITOLO IV SISTEMI E STRUMENTI DI PIANIFICAZIONE, PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO, RENDICONTAZIONE	34
Articolo 29 – Pianificazione strategica e documenti programmatori	34
Articolo 30 – Sistema di Programmazione e Controllo	35
Articolo 31 – Bilancio di Missione	36
ARTICOLO 32 – NORME FINALI, TRANSITORIE E DI RINVIO	36

Titolo I

L'Azienda USL di Imola

Articolo 1 – Sede Legale, Ambito, Area Vasta, Logo e Patrimonio

1 - L'Azienda Unità Sanitaria Locale di Imola, di seguito denominata "Azienda" - che, ai sensi e per gli effetti dell'articolo 3, comma 1-*bis* del D.Lgs. n. 229/99, è dotata di personalità giuridica pubblica e autonomia imprenditoriale - è stata costituita con Delibera della Giunta Regionale n. 2450 del 7 giugno 1994.

L'Azienda ha Sede Legale a Imola, in Viale Amendola n. 2, Codice fiscale 90000900374 e Partita IVA 00705271203.

2 - L'Azienda è l'ente strumentale attraverso il quale la Regione Emilia Romagna assicura i livelli essenziali e uniformi di assistenza, nell'ambito territoriale del Nuovo Circondario Imolese.

L'ambito aziendale comprende i territori di 10 Comuni: Imola; Castel San Pietro Terme; Dozza; Castel Guelfo; Medicina; Mordano; Casal Fiumanese; Borgo Tossignano; Fontanelice; Castel del Rio.

Il territorio aziendale si estende su una superficie di circa 787 Km².

3 - L'Azienda partecipa formalmente e fattivamente all'Area Vasta di "Bologna-Ferrara", fatta salva l'integrazione nel complessivo Sistema Sanitario Regionale (SSR).

4 - Il logo unico del SSR, approvato con Delibera della Giunta Regionale n. 2638 del 15 dicembre 2003, è il seguente:



5 - Il patrimonio dell'Azienda è costituito dai beni mobili e immobili a essa appartenenti, come risultante dal Libro degli Inventari, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità.

L'Azienda dispone del proprio patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando le disposizioni di cui agli articoli 828 e 830, II comma del Codice Civile.

Articolo 2 - Principi

1 - L'Azienda aderisce pienamente e compiutamente ai principi del Sistema Sanitario Nazionale (SSN) – *dignità della persona umana; bisogno di salute; equità nell'accesso all'assistenza; qualità delle cure e della loro appropriatezza, riguardo alle specifiche esigenze nonché dell'economicità nell'impiego delle risorse* – ripresi e specificati nei principi ispiratori del SSR:

- a) *la centralità del cittadino, in quanto titolare del diritto alla salute e partecipe della definizione delle prestazioni, della organizzazione dei servizi e della loro valutazione;*
- b) *la responsabilità pubblica per la tutela del diritto alla salute della persona e delle comunità locali;*
- c) *l'universalità e l'equità di accesso alle prestazioni e ai servizi, secondo le necessità di ciascuna persona presente nel territorio regionale, in base alle regole di accesso determinate dalla normativa statale e dagli accordi internazionali;*
- d) *la globalità della copertura assistenziale, quale garanzia dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, in quanto complesso delle prestazioni e dei servizi garantiti secondo le necessità di ciascuno ...;*
- e) *il finanziamento pubblico dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, mediante stanziamenti a carico del Fondo Sanitario Regionale, alimentato attraverso l'imposizione tributaria generale; l'eventuale ricorso alla partecipazione alla spesa da parte degli utilizzatori dei servizi e delle prestazioni si ispira a principi di equità e di progressività;*
- f) *la valorizzazione delle responsabilità individuali e collettive nella promozione di stili di vita e di ambienti di vita e di lavoro, idonei a mantenere lo stato di salute degli individui e delle collettività;*
- g) *la libera scelta del luogo di cura, nell'ambito dei soggetti, delle strutture e dei professionisti accreditati, con cui sono stati stipulati accordi contrattuali;*
- h) *la valorizzazione delle risorse umane e professionali degli operatori, la loro partecipazione alle attività di ricerca e formazione continua, nonché il loro coinvolgimento nei processi decisionali, anche attraverso le loro Organizzazioni di Rappresentanza;*
- i) *la valorizzazione della funzione delle formazioni sociali e dell'autonoma iniziativa delle persone, singole o associate, per lo svolgimento di attività d'interesse generale e di rilevanza sociale;*
- l) *la compartecipazione degli Enti Locali alla programmazione delle attività e alla verifica dei risultati di salute;*
- m) *la leale collaborazione con le altre Regioni e con lo Stato, attraverso la promozione delle opportune forme di coordinamento, anche al fine di assicurare la portabilità dei diritti dei cittadini della Regione Emilia-Romagna e la reciprocità di trattamento;*
- n) *la collaborazione con le Università, per il loro ruolo fondamentale nella formazione e nella ricerca, con la finalità di promuovere in particolare la formazione del personale del SSR e di sviluppare la ricerca biomedica e sanitaria, valorizzandone i risultati come strumento di innovazione gestionale e organizzativa del Sistema Sanitario.*

2 - Allo scopo del rispetto dei principi di Sistema, si assumono quali "principi aziendali":

- la massima attenzione al cittadino. Si intende la capacità di stabilire una stretta relazione, che consenta di: leggere e attenuare le disuguaglianze; comprendere le esigenze; offrire supporto per distinguere la domanda d'intervento pubblico, nel settore sanitario dove persiste una fondamentale

asimmetria informativa; diffondere la cultura del consumo di Sanità utile e indispensabile, ovvero del bisogno sanitario;

- l'approccio sistemico e differenziato. Si intende la volontà di pensare e agire in un'ottica sistemica, che valorizzi le differenze dei fruitori e degli erogatori, operando scelte innovative, sui versanti sia interno sia esterno;
- l'eccellenza. Si intende la tensione continua dell'Organizzazione a raggiungere l'eccellenza, nelle dimensioni delle prassi, degli output, degli outcome e dei costi;
- l'affidabilità. Si intende la capacità di alimentare la fiducia dei cittadini, offrendo servizi e prestazioni appropriate ed efficaci, dimostrando efficienza, responsabilità, capacità di previsione (e, nella relazione, trasparenza, rispetto e gentilezza);
- la dinamicità. Si intende la possibilità di modificare o trasformare le caratteristiche dell'Organizzazione, alla luce sia delle esigenze manifestate dal contesto socio-culturale, in cui si opera, sia delle necessità interne di cambiamento, ovvero di flessibilità, verso una migliore *performance*;
- l'autonomia. Si intende la capacità di esprimere, secondo un equilibrio virtuoso, collaborazione e competizione nell'ambito di sistema, in cui ogni partecipante è valorizzato nelle sue capacità di proposta, soluzione e intervento diretto, esercitate in modo utile, evitando le ridondanze di ruolo e competenza;
- l'integrazione. Si intende la capacità di creare le condizioni organizzative, che consentano il recupero a unitarietà degli sforzi compiuti da soggetti diversi, anche istituzionali, orientandoli verso obiettivi comuni. I possibili livelli d'integrazione sono:
 - i. Sovraziendale e/o di sistema: è l'integrazione con la Regione e una o più (aree vaste) Aziende limitrofe, la cui finalità è di mettere a disposizione le competenze e le funzioni a favore dell'intera rete assistenziale;
 - ii. Aziendale: è la messa in comune delle competenze e/o dei Servizi presenti in una sede erogativa, ovvero tra i livelli assistenziali, al fine di ottimizzare il rendimento delle risorse, operando secondo l'unicità di processi trasversali individuati. L'integrazione aziendale si realizza come: *Integrazione ospedaliera; Integrazione distrettuale; Integrazione territorio→ ospedale→ territorio*;
 - iii. Integrazione sociale e sanitaria: è un valore primario e, al contempo, obiettivo strategico del sistema regionale di *welfare*, a cui l'Azienda fattivamente partecipa, assumendo il proprio ruolo gestionale, entro il sistema di relazione istituzionale, comunitario, esecutivo e professionale, così come ri-orientato nel Piano Sociale e Sanitario 2008-2010.

Articolo 3 - Missione

La Missione dell'Azienda è: *L'Azienda Sanitaria di Imola è precipuamente impegnata nel governo della domanda di servizi e prestazioni sanitarie e nel governo dell'offerta dei livelli essenziali e uniformi di assistenza, rivolta ai cittadini residenti nell'ambito territoriale di competenza e ai cittadini che liberamente scelgono i servizi offerti dalle sue strutture assistenziali e dai suoi professionisti.*

L'intervento in urgenza e per acuti è garantito a tutti coloro che si rivolgano alle strutture assistenziali dell'Azienda.

L'Azienda Sanitaria di Imola vuole:

- *tutelare l'interesse di Salute, mediante interventi di informazione sanitaria e prevenzione primaria, tesi a incidere positivamente sugli stili di vita e sui comportamenti a rischio;*
- *offrire i servizi e le prestazioni di assistenza di base, tendendo continuativamente all'eccellenza;*
- *offrire cura e assistenza in urgenza e per acuti, tendendo continuativamente all'eccellenza;*
- *posizionarsi nelle reti integrate di servizi, in collaborazione con i Centri migliori in ambito regionale, per l'Alta Specialità.*

L'Azienda Sanitaria di Imola realizza il governo e la gestione dell'offerta sanitaria, secondo i principi di universalità, equità, appropriatezza ed evidenza dell'efficacia, e realizza il governo economico dei finanziamenti dei cittadini, perseguendo l'allocazione ottimale delle risorse assegnate, secondo principi di efficienza ed economicità.

Per il perseguimento dei suoi scopi, l'Azienda Sanitaria di Imola agisce come un sistema cognitivo, evolutivo e dinamico, grazie alla pratica continua:

- *della integrazione e valorizzazione delle sue molteplici professionalità interne;*
- *della in-formazione sanitaria socialmente diffusa;*
- *della ricerca e dell'innovazione;*
- *della formazione e dell'aggiornamento.*

Articolo 4 - Visione

La Visione dell'Azienda è: *L'Azienda Sanitaria di Imola è continuativamente tesa a essere la migliore in ciò che deve fare e in ciò che deve offrire.*

Articolo 5 – Sistema di Relazioni Istituzionali

1 - L'Azienda esercita la sua autonomia gestionale e imprenditoriale nel rispetto degli indirizzi della Regione Emilia-Romagna.

La Regione determina annualmente le “*Linee di programmazione e finanziamento del SSR*” e il “*Programma di ripartizione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza*”. Il finanziamento aziendale è gestito secondo criteri di efficienza ed economicità, ed è utilizzato per assicurare:

- i livelli essenziali e uniformi di assistenza dei residenti nel proprio ambito, garantendo il diritto di libera scelta del luogo di cura, sia ai propri assistiti sia ai cittadini che si rivolgono alle strutture e ai professionisti dell’Azienda;
- i servizi socio sanitari e socio assistenziali, sia appartenenti alle reti storiche dell’offerta per la non autosufficienza sia sperimentali. Il Fondo per la Non Autosufficienza è gestito - nell’ambito del Bilancio aziendale, con destinazione vincolata e contabilità separata - dal Distretto (Comitato di Distretto e Direttore di Distretto) che definisce le priorità di utilizzo tra i diversi servizi in relazione alla specificità del territorio.

L’Azienda garantisce la diligenza e l’intelligibilità degli esiti della gestione, secondo parametri di convergenza del SSR.

2 – Nell’ambito aziendale, le competenze attribuite dalla legislazione e dalle direttive regionali alla Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria sono esercitate dalla “Giunta del Nuovo Circondario Imolese”, Ente partecipato dai 10 Comuni di cui all’articolo 1, comma 2 del presente Atto Aziendale.

Nella sua veste di Conferenza Territoriale Sociale e Sanitaria, la Giunta del Circondario agisce funzioni di indirizzo, consultive, propulsive e di verifica e controllo, e in particolare:

- approva l’*Atto di indirizzo e coordinamento triennale*, nel quale sono declinate le priorità strategiche in area sociale, sociosanitaria – compresa la non autosufficienza - e sanitaria. In tale *Atto* sono altresì definiti gli indirizzi per l’adozione da parte dell’Azienda del *Piano Attuativo Locale*;
- assicura il coordinamento del processo di definizione delle priorità degli interventi in conto capitale finanziabili ai sensi dell’articolo 48 della L.R. 2/03;
- esprime parere obbligatorio sul *Piano programmatico delle Aziende Sanitarie*, di cui all’articolo 5 della L.R. 50/1994, e sui relativi aggiornamenti annuali;
- esprime parere obbligatorio sul bilancio pluriennale di previsione, sul bilancio economico preventivo e sul bilancio d’esercizio, trasmettendo alla Regione eventuali osservazioni, ai fini del controllo esercitato dalla Giunta regionale, a norma dell’articolo 11 della L.R. 19/1994;
- esprime parere obbligatorio sugli accordi tra l’Aziende e le Università, attuativi dei protocolli di intesa tra Regione e Università;
- esprime parere ai fini della verifica dei risultati aziendali conseguiti e del raggiungimento degli obiettivi da parte del Direttore Generale dell’Azienda, di cui all’articolo 3-*bis*, comma 6 del D.Lgs. n. 502/1992 e ss. mm. e ii.;
- esprime parere sulla nomina del Direttore Generale;
- promuove e coordina la stipula degli accordi in materia di integrazione socio-sanitaria, previsti dai *Piani di zona distrettuali per la salute e il benessere sociale*, tenuto conto delle indicazioni del *Piano regionale degli interventi e dei servizi sociali*, assicurando l’integrazione e la coerenza con i *Piani per la Salute*;

- promuove, nel rispetto dell'autonomia statutaria degli Enti territoriali, la partecipazione dei Consigli comunali alla definizione dei *Piani Attuativi Locali*, nonché la partecipazione dei cittadini e degli utenti alla valutazione dei servizi sanitari;
- promuove, con il supporto dell'Azienda, strategie, interventi e specifici accordi di programma volti alla promozione della Salute e alla Prevenzione, anche in considerazione delle criticità e delle priorità individuate nell'*Atto di indirizzo e coordinamento triennale*;
- verifica periodicamente l'attività dell'Azienda, anche formulando proprie valutazioni e proposte e trasmettendole al Direttore Generale e alla Regione;
- partecipa alla valutazione della funzionalità dei servizi e della loro razionale distribuzione territoriale, utilizzando indicatori omogenei di attività e di risultato, definiti dalla Regione ed eventualmente integrati dall'Azienda;
- designa un componente del Collegio Sindacale dell'Azienda ed effettua le altre nomine e designazioni che le sono attribuite per legge;
- può chiedere alla Regione di procedere alla verifica del Direttore Generale, anche al fine della revoca dell'incarico, qualora la gestione presenti una situazione di grave e persistente disavanzo, in caso di violazione di legge o del principio di buon andamento e imparzialità della amministrazione, ovvero nel caso di manifesta mancata attuazione del *Piano Attuativo Locale*, di cui all'articolo 17, comma 1, lettera f) della L.R. 19/1994 e successive modifiche.

L'Azienda concorre alla funzionalità della Giunta del Circondario supportandola tecnicamente, ovvero assicurando, direttamente o indirettamente, le risorse professionali necessitanti allo svolgimento dei compiti e delle funzioni proprie.

Ogni Comune dell'ambito aziendale agisce anche direttamente la competenza in Sanità, intrattenendo relazioni continuative con l'Azienda.

3 – L'Azienda agisce l'integrazione e la collaborazione nel SSR, in particolare partecipando alla programmazione dell'offerta nella dimensione di "area vasta"; da tale programmazione discendono tra l'altro gli accordi di fornitura, negoziati tra pari e tesi al presidio intenzionale delle dinamiche di mobilità.

4 - L'Azienda ricerca la più ampia valorizzazione delle risorse umane e professionali, anche mediante uno stabile sistema di relazioni con le Rappresentanze Sindacali.

L'Azienda e le Rappresentanze Sindacali devono orientare il loro confronto verso una composizione legittima, logica e trasparente di interessi, i cui portatori sono debitamente controparte, nella consapevolezza reciproca della forma propria dell'oggetto di relazione: concertazione; contrattazione; informazione.

5 - L'Azienda ritiene fondamentale mantenere e sviluppare il rapporto con le Università, sulla base dell'apposito Protocollo di Intesa Regionale, al fine di collaborare concretamente negli ambiti delle attività tipiche del SSR: Cura, Ricerca e Formazione.

In particolare, nel rapporto con l'Università di Bologna, l'Azienda intende:

- consolidare il proprio ruolo di sede formativa per: (i) i corsi di laurea - ovvero per la parte professionalizzante e il tirocinio dei medesimi – di "Infermieristica", "Educazione professionale", "Tecniche della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro", "Fisioterapia", "Scienze

erboristiche” e “Tossicologia ambientale”; (ii) il Master di 1° livello “Infermieristica in Sanità Pubblica” e il Master di 2° livello “Endoscopia Avanzata”;

- proporsi quale sede per ulteriori Corsi di laurea, Master post-laurea e post-specializzazione;
- incentivare lo svolgimento di tirocini per la specializzazione medica, presso le proprie sedi di cura e assistenza;
- sviluppare le attività didattiche già attualmente svolte da professionisti dell’Azienda;
- implementare le progettualità di ricerca e innovazione.

6 – L’Azienda ritiene fondamentale mantenere e sviluppare il ruolo di supporto e coordinamento dei progetti di sviluppo e innovazione tecnologica, per conto della Direzione Regionale Sanità e Politiche Sociali. In particolare, l’Azienda si propone quale soggetto per la sperimentazione sul campo delle soluzioni tecnologiche ICT riguardanti l’ottimizzazione dei processi sanitari e la gestione del rischio.

Articolo 6 – Partecipazione e Trasparenza

1 - L’agire aziendale è precipuamente rivolto alla soddisfazione dei bisogni di salute e assistenza dei cittadini, che si rivolgono alle Strutture dell’Azienda.

A tal fine, l’Azienda garantisce e promuove la partecipazione dei singoli e delle Associazioni di Volontariato e di Tutela dei Diritti, alla fase fondamentale di valutazione dei servizi, delle prestazioni e delle dinamiche di relazione, informazione e comunicazione, nelle forme e nei modi previsti dalle norme nazionali e regionali - la Carta dei Servizi; l’Ufficio Relazioni con il Pubblico (URP); il Sistema di gestione dei reclami; il Comitato Consultivo Misto - nonché ospitando le stesse Associazioni all’interno delle sedi aziendali, dove sono attivi e autonomamente gestiti “Punti di ascolto”.

2 - La Carta dei Servizi è il documento che esprime la volontà dell’Azienda di migliorare il rapporto con il cittadino, secondo una logica di trasparenza e rispetto dei diritti/doveri. La Carta dei Servizi rappresenta l’ufficializzazione di un patto sulla qualità dei servizi offerti, che l’Azienda stipula con i cittadini: a tal fine, sono esplicitate le caratteristiche standard delle prestazioni e dei servizi offerti, le principali informazioni sull’Azienda, sull’accesso e sui meccanismi di tutela e partecipazione.

In relazione ai predetti contenuti, la Carta dei Servizi si configura come un documento in continua evoluzione e, pertanto, viene periodicamente aggiornata.

3 - L’URP è precipuamente impegnato nell’ascolto e nella comunicazione utile con i cittadini; conduce annualmente la verifica sulla qualità percepita, avvalendosi del contributo delle Associazioni di Volontariato e di Tutela dei Diritti; gestisce il processo di “gestione dei reclami”, secondo le procedure del Sistema Regionale di Gestione delle Segnalazioni.

4 - Il Comitato Consultivo Misto è un organismo consultivo e propositivo, composto da rappresentanti delle Associazioni di Volontariato, di Tutela dei Diritti, dalle Organizzazioni Sindacali dei pensionati e da rappresentanti dell'Azienda. Tra i compiti di tale organismo, che opera nel rispetto di un proprio **Regolamento**, si collocano le attività di: verifica della qualità dei servizi dal punto di vista dell'utenza; controllo circa il rispetto degli standard dichiarati nella Carta dei Servizi; collaborazione con l'Azienda per il miglioramento dell'informazione, della comunicazione e dei percorsi di accesso ai servizi; analisi delle segnalazioni.

5 - L'Azienda promuove, in modo intenzionale e pro-attivo, eventi di comunicazione e informazione diretta con i cittadini, essenzialmente orientata a:

- condurre sistematicamente iniziative di informazione sanitaria, incidenti sugli stili di vita e sui comportamenti, e tese a promuovere una larga adesione ai progetti/processi di prevenzione primaria;
- rendere facilmente disponibili e accessibili le informazioni necessarie ai beneficiari dei servizi, per scegliere, orientarsi e accedere alle prestazioni;
- rendere sistematicamente disponibili informazioni e notizie, utili a individuare le sedi dei servizi, gli orari, le competenze e le responsabilità dei professionisti ivi presenti, e le modalità di erogazione;
- stimolare informazioni di ritorno sui servizi ricevuti, al fine di migliorarne conseguentemente la qualità.

Titolo II

Gli Organi, le Direzioni e le Direzioni Tecniche, il Distretto e gli Organismi

Articolo 7 - Organi

Sono organi dell'Azienda: il Direttore Generale; il Collegio di Direzione; il Collegio Sindacale.

Articolo 8 – Direttore Generale

1 - Il Direttore Generale è nominato dalla Regione ed è l'organo di governo, al quale spetta la responsabilità complessiva della gestione e la rappresentanza legale dell'Azienda.

Il Direttore Generale assicura il perseguimento della *mission* aziendale ed è responsabile della realizzazione dei programmi e dei progetti strategici, in coerenza con le indicazioni e gli obiettivi stabiliti dai diversi livelli istituzionali.

Il Direttore Generale adotta gli atti di alta amministrazione e le direttive generali per l'azione amministrativa, nonché tutti gli atti che la regolamentazione nazionale e regionale gli riserva.

2 - Per l'esercizio delle sue funzioni, il Direttore Generale si avvale del Direttore Sanitario e del Direttore Amministrativo, ponendo in esecuzione i principi di collegialità e corresponsabilità, nonché dell'Organo Collegio di Direzione, di cui all'articolo 9 del presente Atto Aziendale, e delle strutture organizzative, promuovendo dinamiche utili di interprofessionalità e garantendo la contestabilità delle scelte, secondo le specifiche competenze e un sistema di responsabilità individuato.

3 - Al Direttore Generale, in particolare, compete di:

- rappresentare e rispondere alle Istituzioni, tra le quali la Giunta Regionale e l'Assemblea Legislativa Regionale, la Giunta del Nuovo Circondario Imolese e i singoli Enti Locali dell'ambito aziendale;
- esercitare i poteri di indirizzo strategico, coerentemente ai principi, agli obiettivi, agli indirizzi e alle direttive definite dai diversi livelli di governo e di programmazione del Sistema dei Servizi Sanitari;
- presidiare lo svolgimento di tutte le funzioni necessarie alla direzione, all'organizzazione e all'attuazione dei compiti di istituto, nel rispetto dei principi di imparzialità e trasparenza nonché dei criteri di efficacia, efficienza ed economicità della gestione complessiva;
- assumere la responsabilità del Budget generale dell'Azienda;

- assicurare le risorse necessarie a garantire i livelli essenziali e uniformi di assistenza e l'esercizio delle attività tipiche dell'Azienda;
- esercitare le funzioni di verifica e controllo dei risultati conseguiti, rispetto agli obiettivi programmati, e del regolare funzionamento dell'Organizzazione e dei processi aziendali;
- nominare i direttori e i responsabili delle strutture complesse e semplici, attribuire gli incarichi dirigenti, secondo quanto disciplinato dalle norme, dai contratti di lavoro e dai regolamenti interni;
- esercitare la valutazione annuale dei Direttori del Distretto, delle Direzioni Tecniche Aziendali e dei Dipartimenti, anche in base alle verifiche di budget condotte dal Nucleo di Valutazione.

4 – Il Direttore Generale adotta i seguenti atti:

- le direttive generali e i regolamenti interni per la gestione dell'Azienda e per l'azione amministrativa;
- le nomine e le revoche del Direttore Amministrativo e del Direttore Sanitario;
- la nomina del Collegio di Direzione;
- la nomina del Nucleo di Valutazione;
- la nomina del Collegio Tecnico;
- l'Atto Aziendale;
- gli atti di alta amministrazione ex articolo 4 della Legge 412/91, soggetti al controllo della Giunta Regionale;
- le nomine e le revoche dei dirigenti, nonché i conferimenti d'incarico, compresi quelli ex articoli 15-*septies*, commi 1 e 2, e 15-*octies* del D.Lgs. 229/99;
- la disciplina generale dell'attività libero professionale intramuraria;
- la costituzione del Comitato Consultivo Misto;
- l'adozione di tutti gli atti che la normativa attribuisce alla sua diretta competenza.

Gli atti deliberativi sopra elencati sono di competenza esclusiva del Direttore Generale, come tali delegabili, in caso di assenza, impedimento o vacanza dell'ufficio, al Direttore Amministrativo o al Direttore Sanitario con apposita determinazione, ovvero, in mancanza di quest'ultima, al Direttore più anziano di età, ai sensi dell'articolo 3, comma 6 del D.Lgs. 502/92 e ss. ii. e mm..

5 - Il Direttore Generale, con apposito e separato atto di organizzazione, individua le funzioni di alta gestione di propria competenza, prevedendo e disciplinando per le stesse la possibile delega ai Direttori responsabili di Struttura Complessa.

In attuazione del principio di distinzione tra indirizzo, controllo e gestione, i Dirigenti sono riconosciuti titolari di competenze gestionali proprie. Le funzioni e i compiti rientranti nella competenza gestionale propria della dirigenza sono oggetto di definizione con apposito atto di organizzazione, con particolare riferimento agli ambiti di autonomia e responsabilità nella gestione tecnico-professionale, amministrativa e finanziaria.

Entro detti ambiti di competenze gestionali proprie e delegate dal Direttore Generale, spetta ai Dirigenti l'adozione dei relativi atti, ivi compresi quelli che impegnano l'Amministrazione verso l'esterno. L'individuazione per categorie degli atti di gestione, la disciplina degli stessi e la correlazione dei medesimi alle posizioni dirigenziali competenti, sono definite nei suddetti atti di organizzazione del Direttore Generale.

6 – Per favorire il coordinamento tra le funzioni di governo aziendale e le strutture preposte alla gestione, il Direttore Generale si avvale di tecnostrutture di Staff denominate “Pianificazione Strategica, Programmazione e Controllo direzionali” e “Informazione e Comunicazione”, per le cui organizzazioni interne si fa rinvio al [Regolamento Attuativo dell’Atto Aziendale](#).

7 – Il Direttore Generale realizza l’integrazione a livello aziendale, garantendo la complessiva coerenza dell’azione di governo e favorendo la cooperazione e corresponsabilità di sistema. A tal fine, il Direttore Generale attiva un “tavolo tecnico di coordinamento gestionale”, a cui partecipano i direttori, i responsabili e i professionisti di volta in volta individuati sulla base degli argomenti all’OdG, fatta salva la presenza permanente di:

- Direttore Sanitario;
- Direttore Amministrativo;
- Direttore di Distretto;
- Direttore Medico di Presidio, di cui all’articolo 14 del presente Atto Aziendale;
- Direttore Infermieristico e Tecnico, di cui all’articolo 15 del presente Atto Aziendale;
- Direttore del Dipartimento di Sanità Pubblica, di cui all’articolo 21, comma 6 del presente Atto Aziendale; Direttore del Dipartimento Amministrativo e Tecnico, di cui all’articolo 21, comma 12 del presente Atto Aziendale;
- un Direttore di Struttura Complessa sanitaria, individuato dal Direttore Generale.

Articolo 9 - Collegio di Direzione

1 - Il Collegio di Direzione è organo dell’Azienda, con funzioni di elaborazione, proposta, anziché consultive, in merito a: (i) soluzioni organizzative e di sviluppo dei servizi; (ii) formazione; (iii) ricerca e innovazione.

Il Collegio di Direzione, in particolare:

- elabora il Programma aziendale di Formazione, da proporre al Direttore Generale, in cui siano previsti, ovvero aggiornati annualmente, i piani del sistema ECM e della formazione universitaria specialistica, avvalendosi anche della collaborazione del Collegio aziendale delle professioni sanitarie, di cui all’articolo 18 del presente Atto Aziendale;
- formula proposte in materia di libera professione, ivi compresa l’individuazione di strumenti e modalità per il monitoraggio dell’attività libero professionale intramuraria e per la valutazione dei tempi di attesa;
- elabora il programma aziendale di gestione del rischio, da proporre al Direttore Generale, e ne governa le attività, demandate per la gestione e l’operatività ai dipartimenti clinici;
- promuove, coordina e valuta i programmi di ricerca e sviluppo delle innovazioni tecnologiche e organizzative;
- esprime parere sui regolamenti attuativi dell’Atto Aziendale e sulle scelte di carattere strategico, che incidono sull’organizzazione dei servizi, con potenziali effetti sulla qualità dell’assistenza.

2 - Eventuali decisioni assunte dal Direttore Generale in dissenso, rispetto al parere o alle proposte del Collegio di Direzione, devono essere adeguatamente motivate nell'atto deliberativo di pertinenza, e rappresentate al Collegio medesimo.

Il Direttore Generale può altresì avanzare osservazioni e rinviare al Collegio le proposte ricevute, richiedendo un supplemento di istruttoria, qualora riscontri le proposte stesse non pienamente coerenti con gli atti di programmazione aziendale e regionali, la normativa vigente o i limiti di Bilancio.

3 - Il Collegio di Direzione è presieduto dal Direttore Sanitario, resta in carica tre anni dalla data d'insediamento, ed è composto dai seguenti membri, cui spetta il diritto di voto:

- il Direttore Sanitario;
- il Direttore di Distretto;
- i Direttori delle Direzioni Tecniche aziendali, di cui all'articolo 13 del presente Atto Aziendale;
- i Direttori dei Dipartimenti, di cui all'articolo 21 del presente Atto Aziendale;
- i Responsabili Infermieristici/Tecnici dei Dipartimenti sanitari, ove nominati;
- un rappresentante dei Medici di Medicina Generale, un rappresentante dei Pediatri di Libera Scelta e un rappresentante degli Specialisti Ambulatoriali, nominati dal Direttore Generale, entro terne di nominativi proposte da ciascuna di dette categorie. A tale rappresentanza si aggiunge un Medico di Medicina Generale, scelto e nominato dal Direttore Generale, portando così a 4 i professionisti di specie componenti dell'Organo aziendale;
- il Direttore della UOC Amministrazione del Presidio e dei Servizi territoriali, di cui all'articolo 21, comma 12 del presente Atto Aziendale.

4 - Il Collegio di Direzione dovrà essere convocato almeno una volta ogni trimestre.

Il Direttore Generale interviene al Collegio per descrivere il contesto di previsione annuale e la rendicontazione di fine esercizio, almeno due volte all'anno, e comunque interviene ogni qualvolta debba presentare e/o condividere scelte strategiche.

5 - Le modalità di funzionamento del Collegio di Direzione sono disciplinate in apposito [Regolamento](#), elaborato dallo stesso Collegio e approvato dal Direttore Generale, prevedendo comunque la possibile partecipazione, senza diritto di voto, di esperti competenti nella trattazione dei singoli argomenti.

Articolo 10 - Collegio Sindacale

1 - Il Collegio Sindacale è organo dell'Azienda, composto da tre membri: uno designato dalla Regione, con funzione di presidente; uno designato dalla Giunta del Nuovo Circondario Imolese; uno designato dallo Stato.

Il Collegio Sindacale resta in carica tre anni dalla data della nomina.

2 – Al Collegio Sindacale spettano la vigilanza e il controllo sulla regolarità amministrativa e contabile, così come previsto e disciplinato dalla normativa vigente.

In particolare, il Collegio Sindacale:

- esercita la vigilanza sulla gestione economica, finanziaria e patrimoniale e si esprime, su richiesta del Direttore Generale, nelle fasi di pianificazione e programmazione;
- vigila sull'osservanza della legge, sulla regolarità degli atti e sulla corretta tenuta della contabilità e dei Libri, garantendo la conformità del bilancio alle risultanze delle scritture e dei libri contabili;
- valuta l'adeguatezza della struttura organizzativa dell'Azienda, per gli aspetti inerenti i sistemi di "controllo interno" e "amministrativo contabile", con particolare riferimento all'affidabilità di quest'ultimo di rappresentare correttamente i fatti di gestione;
- esprime un parere in merito alla programmazione annuale, relativamente agli impegni economico-finanziari che ne possono derivare per il bilancio economico, e redige specifica relazione da trasmettere alla Regione;
- vigila sugli adempimenti relativi agli obblighi fiscali;
- effettua periodiche verifiche di cassa;
- procede ad atti di ispezione e controllo.

3 - Ferma restando la previsione di cui all'articolo 2, comma 3 del D.Lgs. 286/99, il Direttore Generale, per iniziativa propria o su proposta, può chiedere valutazioni preliminari al Collegio Sindacale circa la legittimità o regolarità amministrativa e/o contabile di singoli atti.

4 - Il Direttore Generale assicura, tramite gli uffici aziendali, la necessaria collaborazione per l'esercizio delle funzioni del Collegio Sindacale.

Articolo 11 - Direttore Amministrativo

1 - Il Direttore Amministrativo è nominato dal Direttore Generale e concorre al governo aziendale, coadiuvando il Direttore Generale medesimo nella definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali.

2 - In particolare, il Direttore Amministrativo:

- è responsabile della gestione economico-finanziaria della Azienda, secondo gli indirizzi di governo definiti in sede di Direzione Generale;
- sovrintende al corretto funzionamento delle strutture di supporto tecnico, amministrativo e logistico, orientandole al servizio dei processi produttivi finali;
- garantisce il coordinamento e l'integrazione dei servizi tecnici e amministrativi, favorendone la collaborazione, anche a livello sovra-aziendale;
- promuove la qualità, la semplificazione e l'innovazione dei processi organizzativi e amministrativi;

- garantisce la legittimità e la regolarità delle procedure amministrative e degli atti di competenza della Direzione Generale;
- assicura la legittimità degli atti, la correttezza, la completezza e la trasparenza di tutta la documentazione rappresentativa delle dinamiche economiche, finanziarie e patrimoniali dell'Azienda, sovrintendendo alle competenze specifiche dei dirigenti preposti ai servizi, con particolare riguardo ai problemi legati a: gestione del personale; politiche di acquisto; accordi di fornitura; convenzioni onerose con soggetti terzi; sperimentazioni gestionali ex articolo 9-*bis* del D.Lgs. 229/99;
- è il responsabile delle relazioni sindacali, in termini di rispetto delle prerogative reciproche e della legittimità degli impegni assunti.

3 - Il Direttore Amministrativo esercita la supervisione diretta sulle *linee* amministrative e tecniche, organizzate nella configurazione strutturale del Dipartimento Amministrativo e Tecnico, e si avvale della collaborazione e del supporto del Direttore del Dipartimento medesimo.

Articolo 12 - Direttore Sanitario

1 - Il Direttore Sanitario è nominato dal Direttore Generale e concorre al governo aziendale, coadiuvando il Direttore Generale medesimo nella definizione delle linee strategiche e delle politiche aziendali e, nello specifico, è responsabile del governo clinico complessivo aziendale.

2 – L'azione del Direttore Sanitario si articola a tre livelli: strategico, tattico e operativo. Il primo attiene la formulazione di indirizzi per le politiche sanitarie, l'operativizzazione della Gestione del rischio e della Formazione. Il secondo e il terzo livello fanno riferimento alla formulazione di indirizzi per la produzione di prestazioni, che assicurino globalità e continuità della presa in carico, nonché al supporto ai dipartimenti nell'ambito dell'organizzazione e della valutazione dei servizi sanitari.

In particolare, il Direttore Sanitario:

- promuove l'accesso appropriato e tempestivo ai servizi e l'integrazione dei percorsi assistenziali fra ospedale e territorio;
- cura l'organizzazione e assicura il monitoraggio e la verifica del volume e della qualità dell'attività clinica e assistenziale, secondo gli indirizzi strategici generali dell'Azienda;
- assicura l'attuazione del programma aziendale di gestione del rischio, l'esercizio delle funzioni relative alla responsabilità professionale e alla gestione del contenzioso;
- dirige i servizi sanitari, ai fini organizzativi e igienico-sanitari.

3 - Il Direttore Sanitario per l'espletamento delle sue funzioni:

- si avvale delle proposte elaborate dal Collegio di Direzione, che presiede;
- esercita la supervisione diretta sulle Direzioni Tecniche Aziendali;

- collabora con il Direttore di Distretto nelle materie di “committenza” e “tempi massimi di attesa”;
- è supportato dalla tecnostruttura di Staff “Governo clinico”, articolata nelle competenze di: medicina legale; prevenzione, protezione e medico competente; accreditamento e qualità; rischio clinico e ufficio controlli sanitari. Per l’attività di Gestione del rischio clinico, si avvale altresì della funzione amministrativa specifica, in materia di “gestione del contenzioso”, posta in capo alla UOC Affari Legali, strutturalmente afferente al Dipartimento Amministrativo e Tecnico. Per quanto attiene l’igiene ospedaliera, l’igiene dell’ambiente (gestione rifiuti, sanificazione) e il confort alberghiero, in termini gestionali e operativi, le attività di specie sono decentrate ai livelli di Direzione Medica di Presidio e di Distretto;
- è supportato dalla tecnostruttura di Staff “Formazione”, articolata nelle competenze di: formazione continua; formazione universitaria; formazione del personale di supporto all’assistenza; formazione a favore di esterni; formazione a distanza; biblioteca Aziendale.

In materia di Ricerca e Innovazione, le due Tecnostrutture - per le cui organizzazioni interne si fa rinvio al [Regolamento Attuativo dell’Atto Aziendale](#) - agiscono in sinergia, sulla base di responsabilità reciproche individuate.

Articolo 13 – Direzioni Tecniche aziendali

1 – L’attività di Cura e Assistenza, che implica come tratto irrinunciabile la pratica costante dell’integrazione Ospedale/Territorio, è presidiata dalle Direzioni Tecniche Aziendali, come di seguito individuate:

- a) Direzione Medica di Presidio;
- b) Direzione Infermieristica e Tecnica;
- c) Direzione dell’Assistenza Farmaceutica.

2 - Le Direzioni Tecniche sono posizionate in *line* al Direttore Sanitario e supportano il funzionamento dei Dipartimenti, orientando i processi gestionali e organizzativi comuni, facilitando la configurazione e la gestione delle interfacce tra gli stessi, in modo da garantire: (i) la continuità dell’assistenza, orientata all’appropriatezza e alla sostenibilità economica; (ii) l’integrazione di team multi-professionali e di differente afferenza strutturale.

In generale, le Direzioni Tecniche disegnano il quadro di regole e obiettivi di riferimento e le linee generali delle azioni che devono essere compiute o sostenute dalle Direzioni di Dipartimento.

Le Direzioni Tecniche Aziendali, in via prevalente, utilizzano strumenti collegiali, per garantire la contestabilità locale e, al contempo, assicurare l’unitarietà d’indirizzo delle politiche aziendali di gestione professionale, qualità organizzativa e sostenibilità economica.

Articolo 14 - Direzione Medica di Presidio

1 - La Direzione Medica di Presidio garantisce il coordinamento unico del funzionamento ospedaliero, anche mediante il controllo della committenza interna e della efficienza ed efficacia dei sistemi di produzione. In particolare, la Direzione Medica di Presidio:

- coadiuva in tutte le sue funzioni la Direzione Sanitaria, fornendo supporto tecnico alle scelte strategiche della stessa, offrendo tutti gli elementi influenti per le decisioni di orientamento della politica aziendale e definendo i percorsi organizzativi, per tradurre gli obiettivi di committenza in obiettivi operativi utili alle pianificazioni dipartimentali;
- realizza l'integrazione organizzativa dei Dipartimenti clinici-sanitari, in un'ottica di gestione per processi, e garantisce la corrispondenza ai piani di committenza;
- promuove la diffusione di modalità gestionali atte a favorire la crescita delle competenze e dell'autonomia dei professionisti;
- vigila sul rispetto dei principi etici e deontologici da parte dei professionisti;
- assicura ai Direttori dei Dipartimenti clinici-sanitari un supporto metodologico e tecnico, nelle materie di: programmazione, pianificazione e gestione delle attività; monitoraggio, verifica e valutazione dell'efficacia dei risultati e dell'efficienza nell'utilizzo delle risorse assegnate; soluzioni e rimodulazioni organizzative necessarie a superare le criticità; attuazione dei programmi di governo clinico; gestione delle risorse professionali di competenza.

2 - La Direzione Medica di Presidio è inoltre responsabile:

- dei volumi complessivi di prestazioni ospedaliere e dei livelli di qualità e sicurezza dei servizi, nel rispetto dei vincoli di risorse assegnate;
- della sicurezza e della gestione dei rischi in ambito ospedaliero;
- della igiene ospedaliera, dell'igiene ambientale presidio-specifica e del confort alberghiero;
- del processo di accreditamento;
- dell'attuazione dell'attività libero-professionale in ambito ospedaliero;
- dell'attuazione di ogni altra funzione che la legge o direttive regionali o aziendali attribuiscono alla Direzione Medica di Presidio.

3 – La configurazione della Direzione Medica di Presidio è la Struttura Complessa. L'incarico di Direttore Medico di Presidio è esclusivo e, nella **Graduazione delle Funzioni**, è equiparato alla direzione di dipartimento.

Quando non è conferito a un dirigente già a tempo indeterminato, l'incarico può essere assegnato anche attraverso le modalità e nei limiti di cui all'articolo 15-*septies* del D.Lgs. 502/92 e ss. ii. e mm..

Articolo 15 - Direzione Infermieristica e Tecnica

1 - La Direzione Infermieristica e Tecnica agisce la funzione di governo aziendale dell'Assistenza infermieristica, ostetrica, tecnico-sanitaria, riabilitativa, preventiva e di base, ai fini dell'integrazione Ospedale/Territorio e della collaborazione e interdipendenza multiprofessionale.

2 – In particolare, la Direzione Infermieristica e Tecnica:

- collabora con i Direttori dei Dipartimenti ospedalieri e territoriali allo sviluppo di processi assistenziali, coerentemente con le strategie aziendali e gli obiettivi di Dipartimento;
- organizza le risorse professionali di competenza, nel rispetto della necessità di integrazione multiprofessionale;
- nell'ambito dei Dipartimenti, mediante l'azione dei Responsabili Assistenziali di Dipartimento/Area e i Coordinatori Assistenziali di Unità Operativa, assicura la gestione del personale assegnato;
- cura gli aspetti relativi allo sviluppo professionale e alla programmazione, selezione, inserimento e valutazione delle risorse professionali di competenza, nonché allo sviluppo del sistema premiante e della produttività;
- promuove l'autonomia e la responsabilità professionale specifica, anche mediante soluzioni organizzative che comportino responsabilità di struttura assistenziale, ovvero di équipe.

3 – La configurazione strutturale della Direzione Infermieristica e Tecnica è la Unità Operativa Complessa. L'incarico di Direttore Infermieristico e Tecnico è esclusivo e, quando non è conferito a un dirigente già a tempo indeterminato, può essere assegnato anche attraverso le modalità e nei limiti di cui all'articolo 15-*septies* del D.Lgs. 502/92 e ss. ii. e mm..

Per l'organizzazione interna della Direzione Infermieristica e Tecnica si fa rinvio al [Regolamento Attuativo dell'Atto Aziendale](#).

Articolo 16 – Direzione della Assistenza Farmaceutica

1 - La Direzione dell'Assistenza Farmaceutica presidia il fondamentale fattore produttivo “farmaci”, molto incidente, sia per l'Azienda sia per il Sistema, sulla appropriatezza, sul rischio clinico e sui costi.

2 - La Direzione dell'Assistenza Farmaceutica:

- coadiuva la Direzione Sanitaria nel percorso di pianificazione aziendale e nello studio dei trend della prescrizione farmacologica;
- promuove il buon uso dei farmaci e dei dispositivi medici, in linea con l'obiettivo del governo clinico e della gestione del rischio, monitorando e divulgando le informazioni corrette e obiettive sui profili di efficacia e sicurezza;
- supporta i Direttori dei Dipartimenti ospedalieri e territoriali, e tutto il corpo medico e infermieristico, al fine di ottimizzare l'uso dei farmaci e di altri dispositivi medici, migliorando l'appropriatezza

prescrittiva, attraverso la definizione di linee guida, protocolli terapeutici e prontuari farmaceutici, in collaborazione con tutti gli operatori interessati;

- adotta idonee modalità di distribuzione e sviluppa procedure per la riduzione degli errori di terapia, garantendo la sicurezza dei pazienti.

La Direzione dell'Assistenza Farmaceutica è inoltre responsabile del monitoraggio e della produzione di periodiche relazioni sul consumo dei farmaci, nell'ambito territoriale e ospedaliero.

3 – La configurazione organizzativa della Direzione dell'Assistenza Farmaceutica è la Unità Operativa Complessa. L'incarico di Direttore dell'Assistenza Farmaceutica è esclusivo e, quando non è conferito a un dirigente già a tempo indeterminato, può essere assegnato anche attraverso le modalità e nei limiti di cui all'articolo 15-septies del D.Lgs. 502/92 e ss. ii. e mm..

Articolo 17 – Distretto e Direttore di Distretto

1 - L'organizzazione dell'Azienda si ispira al principio della separazione tra le responsabilità di committenza e quelle di produzione delle prestazioni e organizzazione e gestione delle risorse assegnate.

La funzione di committenza, propria della Azienda, trae esplicito mandato dalle istanze delle comunità locali, veicolate anche attraverso il Piano di Zona per il benessere e la salute, a valenza triennale, e viene esercitata dalla Azienda nei confronti di tutti i produttori di servizi sanitari, interni ed esterni, pubblici e privati.

La Committenza è posta in capo al Distretto, riguarda la programmazione del bisogno riferito alla complessività dell'offerta - assistenza residenziale, domiciliare, ambulatoriale e ospedaliera – ed è esercitata anche attraverso “piani di committenza annuali”.

2 - Per l'Azienda, il Distretto è unico e comprende tutti i 10 Comuni, di cui all'articolo 1 del presente Atto Aziendale.

In ragione della coincidenza di “ambito aziendale” e “ambito distrettuale”, la Giunta del Nuovo Circondario Imolese, di cui all'articolo 5, comma 2 del presente Atto Aziendale, esercita le prerogative del Comitato di Distretto.

3 – Il Distretto assicura l'apporto del sistema sanitario al Comitato di Distretto, anche mediante la partecipazione formale del Direttore di Distretto alla Giunta del Nuovo Circondario Imolese, nella sua veste di Comitato medesimo.

Gli strumenti di programmazione per l'ambito distrettuale sono:

- il *Piano di zona distrettuale per la salute e per il benessere sociale*, di durata triennale, il quale è in raccordo forte con il *Piano per la Salute*, contenuto nell'*Atto di indirizzo e coordinamento triennale* di cui all'articolo 5, comma 2 del presente Atto Aziendale;
- il *Programma attuativo annuale*, il quale costituisce la declinazione di esercizio del *Piano di zona distrettuale per la salute e il benessere sociale*, ricomprendendo il *Programma delle attività territoriali*

del Distretto, il Piano delle attività per la non autosufficienza e i Programmi di azione del Piano per la Salute.

4 - Per quanto attiene il Fondo per la Non Autosufficienza, la Giunta del Circondario, nella sua veste di Comitato di Distretto, e il Direttore di Distretto garantiscono congiuntamente la gestione del medesimo, in termini di programmazione, destinazione e monitoraggio/verifica delle risorse impegnate.

Per la messa in esecuzione di tali prerogative ci si avvale del Nuovo Ufficio di Piano, struttura tecnico-amministrativa integrata, di supporto ai livelli istituzionali, che altresì svolge i seguenti compiti:

- attività istruttoria e di supporto all'elaborazione e valutazione della programmazione in area sociale, e socio-sanitaria e sanitaria;
- attività istruttoria e di monitoraggio per la definizione di regolamenti distrettuali sull'accesso e sulla compartecipazione degli utenti alla spesa;
- attività istruttoria e di monitoraggio per l'accreditamento;
- attività istruttoria e di monitoraggio per la costituzione delle ASP;
- azioni di impulso e di supporto alla verifica delle attività attuative della programmazione sociale, socio-sanitaria, sanitaria, con particolare riferimento a:
 - utilizzo delle risorse, monitoraggio e verifica in itinere dei risultati del *Piano annuale per la non autosufficienza* e dell'equilibrio del Fondo distrettuale per la Non Autosufficienza;
 - impiego delle risorse per l'attuazione in forma associata dei programmi finalizzati, e per la gestione di alcuni servizi comuni, nella prospettiva della costituzione del Fondo sociale locale;
 - raccordo delle rilevazioni sulla domanda e sull'offerta, anche con riferimento all'attività degli sportelli sociali;
 - definizione e gestione di percorsi di formazione comuni tra i servizi della Zona;
 - monitoraggio dell'andamento del benessere e della salute in riferimento alle diverse determinanti che incidono su di essi, secondo le strategie d'intervento dei Piani triennali e le priorità e azioni dei Programmi annuali.

5 - Il Direttore di Distretto è responsabile della macro-attività di committenza, così come definita nel precedente comma 1 e, puntualmente:

- partecipa alla programmazione in capo alla Giunta del Nuovo Circondario Imolese, nella sua veste di Comitato di Diastretto, così come declinata nel precedente comma 3;
- partecipa al governo del processo aziendale di allocazione delle risorse tra le diverse linee di servizio garantite dai dipartimenti, presidiando in particolare l'orientamento della produzione verso forme di assistenza integrata, sia tra i servizi sanitari sia tra i servizi sanitari e sociali;
- governa le interfacce tra i dipartimenti e tra i servizi sanitari e sociali, al fine di rendere stabili quelle modalità di integrazione che facilitano l'accesso ai servizi, la centralità del paziente e la continuità dell'assistenza;
- contribuisce alla concertazione dei criteri e degli obiettivi per l'impiego del Fondo per la Non Autosufficienza, così come specificato nel precedente comma 4, ed è per l'Azienda responsabile del controllo e della verifica riguardo all'utilizzo delle risorse del Fondo medesimo, la cui erogazione è

posta in capo al Distretto e la cui rendicontazione avviene nell'ambito del Bilancio aziendale, con destinazione vincolata e contabilità separata.

6 – Il Direttore del Distretto, per l'espletamento delle sue funzioni:

- si avvale delle proposte elaborate dall'Ufficio di direzione del Distretto (Udd), nelle materie di seguito declinate;
- è supportato dalla tecnostruttura di Staff "Ufficio Committenza e Controllo", che assicura le competenze professionali e operative indispensabili allo svolgimento delle funzioni di programmazione, committenza, accessibilità, monitoraggio e controllo, integrazione sociale e sanitaria. Per l'organizzazione interna di detto Ufficio si fa rinvio al [Regolamento Attuativo dell'Atto Aziendale](#);
- collabora con il Referente per la Medicina Generale, nominato secondo le modalità previste nella Delibera di Giunta Regionale n. 1398/2006, *Accordo regionale per la disciplina con i Medici di Medicina Generale*.

7 - L'Udd è un organismo permanente deputato ad assicurare la direzione collegiale del Distretto, attraverso la condivisione delle responsabilità nei processi di:

- elaborazione dei piani di committenza;
- definizione delle modalità di monitoraggio e verifica del grado di raggiungimento degli obiettivi prefissati nel piano di committenza integrato, territorio/ospedale e sanitario/sociale;
- sviluppo di progettualità idonee all'integrazione professionale e organizzativa.

Sono membri permanenti dell'Udd:

- il Direttore di Distretto;
- i Direttori dei Dipartimenti a prevalente attività territoriale: "Cure Primarie"; "Salute Mentale e Dipendenze Patologiche"; "Sanità Pubblica";
- i Direttori delle Direzioni Tecniche Aziendali;
- il Referente per la Medicina Generale;
- il Referente per la Pediatria di Libera Scelta;
- uno Specialista ambulatoriale scelto dall'Azienda tra gli specialisti convenzionati che ricoprono un ruolo organizzativo.

8 - In ragione delle peculiarità dell'Azienda, in termini di dimensione e configurazione monodistrettuale, in prima applicazione, il Direttore di Distretto agisce direttamente le responsabilità e le competenze del Direttore delle attività socio-sanitarie, figura istituita dalla L.R. 29/2004 e specificata nella DGR n. 86/2006, *"Direttiva alle Aziende Sanitarie per l'adozione dell'Atto aziendale"*.

9 – La configurazione della Direzione di Distretto è la Struttura Complessa. Il Direttore del Distretto è nominato dal Direttore Generale, d'intesa con la Giunta del Nuovo Circondario Imolese, nella sua veste di Comitato di Distretto, previa adeguata pubblicizzazione dell'incarico da conferire.

L'incarico di Direttore di Distretto è esclusivo e, nella [Graduazione delle Funzioni](#), è equiparato alla direzione di dipartimento.

Quando non è conferito a un dirigente già a tempo indeterminato, l'incarico può essere assegnato anche attraverso le modalità e nei limiti di cui all'articolo 15-septies del D.Lgs. 502/92 e ss. mm..

Articolo 18 - Collegio aziendale delle professioni sanitarie

1 - Il Collegio aziendale delle professioni sanitarie è organismo elettivo e collegiale, con funzioni consultive, di proposta e contestabilità interna, che assicura ai professionisti presenti in Azienda il contesto formale, trasparente e indipendente dalle gerarchie interne, in cui possa essere elaborato e sviluppato l'orientamento dei professionisti medesimi, riguardo ai comportamenti dirigenti e professionali e all'ambiente organizzativo nel quale gli stessi si manifestano.

In particolare, il Collegio:

- valorizza lo sviluppo delle competenze professionali degli operatori;
- collabora a supporto del Collegio di Direzione nella elaborazione del Programma aziendale di Formazione, e ne valuta la diffusione fra le diverse figure professionali dell'Azienda;
- collabora con il Comitato Etico per gli aspetti attinenti all'etica delle professioni;
- promuove la collaborazione multidisciplinare e multiprofessionale, anche elaborando proposte su forme di lavoro integrate;
- sostiene e supporta l'informazione interna, secondo principi di correttezza e trasparenza dei modi e del merito.

2 - Il Collegio è composto dagli eletti del personale dipendente e convenzionato, così suddivisi fra le categorie:

- n. 4 rappresentanti del personale medico ospedaliero;
- n. 2 rappresentante del personale medico dei servizi territoriali;
- n. 1 rappresentante del personale medico veterinario;
- n. 4 rappresentanti del personale della dirigenza sanitaria, tecnica, professionale e amministrativa;
- n. 10 rappresentanti del personale infermieristico;
- n. 4 rappresentanti del personale tecnico sanitario;
- n. 4 rappresentanti del personale del ruolo professionale, tecnico e amministrativo;
- n. 4 rappresentanti del personale medico convenzionato per la Medicina Generale, la Pediatria di libera scelta e la Specialistica ambulatoriale.

Ciascuna delle suddette categorie elegge i propri rappresentanti.

Le procedure di elezione - compresi i criteri di determinazione dell'elettorato attivo e passivo - sono **regolati in separato atto**, prevedendo comunque lo svolgimento delle elezioni in un'unica giornata e l'ineleggibilità di professionisti con incarichi sindacali svolti in Azienda e con la carica di componente del Collegio di Direzione.

3 - Le modalità di funzionamento del Collegio aziendale delle professioni sanitarie, compresa la scelta del Presidente, sono disciplinate in apposito **Regolamento**, elaborato dallo stesso Collegio e approvato dal Direttore Generale, prevedendo comunque la possibile partecipazione del Presidente medesimo al Collegio di Direzione, allorquando quest'ultimo tratti argomenti di comune interesse.

Articolo 19 - Comitato Etico

L'Azienda - in considerazione dei volumi delle attività che implicano il coinvolgimento del Comitato Etico nonché della complessità di tale organismo - non istituisce un Comitato al proprio interno, bensì si avvale del Comitato Etico della Azienda Ospedaliera Universitaria Sant'Orsola di Bologna, **regolando con apposito atto** tale forma di collaborazione, nel quale comunque si preveda la partecipazione di un componente indicato dall'Azienda, ogni qualvolta si tratti di sperimentazione clinica, ovvero di temi inerenti l'etica delle professioni, riguardanti l'Azienda stessa.

Articolo 20 - Nucleo di Valutazione e Collegi Tecnici

1 - Il Nucleo di Valutazione è l'organismo preposto:

- alla verifica del raggiungimento annuale dei risultati di budget, anche ai fini della retribuzione di risultato;
- alla valutazione di seconda istanza dei dirigenti, qualora richiesto dai singoli professionisti;
- alla valutazione delle posizioni organizzative, al termine del periodo di conferimento.

Ai sensi del D.Lgs. 286/99, il Nucleo di Valutazione svolge altresì la funzione di valutazione e controllo strategico.

2 – Il Nucleo di Valutazione è composto da tre membri, di norma esterni, nominati con provvedimento del Direttore Generale, di cui uno con il ruolo di coordinatore.

3 - Per l'espletamento delle funzioni proprie, il Nucleo si avvale delle istruttorie e dei materiali forniti dalla funzione di Staff della Direzione Generale "Controllo di Gestione".

4 - I Collegi Tecnici sono organismi preposti alla valutazione di:

- tutti i dirigenti alla scadenza dell'incarico loro conferito, in relazione alle attività professionali svolte e ai risultati raggiunti, rispetto agli obiettivi assegnati e riportati nei rispettivi contratti individuali;
- i dirigenti al compimento del primo quinquennio di attività.

5 - La composizione dei Collegi è determinata in conformità con le norme dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e in coerenza con l'incarico oggetto di valutazione.

6 - Per il dettaglio sul funzionamento degli organismi di cui sopra, preposti alle verifiche e valutazioni, si fa rinvio al [Regolamento Budgeting e Sistema Premiante](#) e al [Regolamento Conferimento degli Incarichi](#).

Titolo III

Struttura organizzativa e Sistema delle responsabilità

Articolo 21 - Dipartimenti

1 - L'organizzazione dipartimentale è il modello ordinario di gestione di tutte le attività, cliniche, assistenziali e di supporto dell'Azienda.

I Dipartimenti sono le strutture complesse fondamentali dell'Azienda, costituite da una pluralità di: unità operative complesse (UOC); strutture semplici a valenza dipartimentale (SSD) e componenti interne di UOC (SSU); altre forme di aggregazione professionali, configurate in responsabilità di "Programmi inter e intra dipartimentali"; incarichi di "Alta Specializzazione" e "Professionali", così come definite nei successivi articoli 24, 25, 26 e 27 del presente Atto Aziendale.

2 - I Dipartimenti aziendali sono:

1. Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche;
2. Dipartimento delle Cure Primarie;
3. Dipartimento di Sanità Pubblica;
4. Dipartimento Materno Infantile;
5. Dipartimento di Emergenza-urgenza e Accettazione (DEA);
6. Dipartimento Medico;
7. Dipartimento Chirurgico;
8. Dipartimento dei Servizi;
9. Dipartimento Amministrativo e Tecnico.

3 - Hanno budget autonomo le Unità Operative Complesse e le Strutture Semplici a valenza dipartimentale. Dette configurazioni e i Programmi interdipartimentali sono declinate nei commi a seguire, per ciascun Dipartimento.

4 – Il criterio di aggregazione del Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze Patologiche è la completezza, complementarietà e continuità di presa in carico di un individuato target di assistiti, ovvero con patologia e/o disagio mentale, conclamato o a rischio. Il Dipartimento è articolato in:

- UOC SPDC e Residenza Trattamenti Intensivi;
- UOC Centro Salute Mentale Territoriale;
- UOC Neuropsichiatria dell'Infanzia e della Adolescenza;
- UOC Dipendenze Patologiche.

5 – Il criterio di aggregazione del Dipartimento delle Cure Primarie è la collocazione territoriale dell'intervento sanitario. Il Dipartimento è articolato in:

- UOC Medicina Riabilitativa;
- UOC Cure Primarie;
- SSD Assistenza Territoriale Anziani;
- SSD Consultorio Familiare;
- Programma dipartimentale "Pediatria di Comunità";
- Programma interdipartimentale "Anziani";
- Programma interdipartimentale "Attività Specialistica";
- Nuclei delle Cure Primarie.

I Responsabili della Struttura Semplice Dipartimentale "Consultorio Familiare" e del Programma dipartimentale "Pediatria di Comunità", quali referenti interni aziendali della funzione Unità Pediatrica di Cure Primarie, partecipano di diritto al Comitato del Dipartimento Materno Infantile, di cui al successivo comma 7.

6 - Le politiche di prevenzione e di salute pubblica vengono garantite attraverso il supporto e l'attività della Sanità Pubblica, quale Dipartimento aziendale, che ha come *mission* quella di garantire la tutela della salute collettiva, attraverso azioni di: analisi epidemiologica e gestione del rischio di popolazione; promozione della salute; prevenzione delle malattie e delle disabilità; miglioramento della qualità della vita; vigilanza e controllo sulla salute pubblica e la sicurezza, sia all'interno sia all'esterno dell'Azienda, con valenza anche autorizzativa. Il Dipartimento di Sanità Pubblica supporta altresì i vari soggetti istituzionali, affinché le scelte di sviluppo economico e territoriale siano compatibili con i piani e gli obiettivi di sicurezza sociale e di promozione della salute.

Il Dipartimento è articolato in:

- UOC Igiene e Sanità Pubblica (comprensiva di: igiene degli alimenti e nutrizione; epidemiologia e comunicazione; medicina dello sport e promozione dell'attività fisica);
- UOC Prevenzione e Sicurezza negli ambienti di lavoro;
- UOC Igiene Veterinaria (comprensiva di: sanità animale; igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche; igiene degli alimenti di origine animale);
- Programma interdipartimentale "Medicina Legale".

7 - Il criterio di aggregazione del Dipartimento Materno Infantile è l'uniformità di genere (le donne) e di età clinica (l'intero periodo pediatrico). Il Dipartimento è articolato in:

- UOC Pediatria e Nido;
- UOC Ginecologia e Ostetricia;
- UOC Genetica Medica.

Al fine fondamentale dell'integrazione ospedale/territorio e sanitario/sociale dei percorsi materno infantile, al Comitato del presente Dipartimento partecipano di diritto i referenti interni aziendali della funzione Unità Pediatrica di Cure Primarie, così come individuati nel precedente comma 5.

8 – Il criterio di aggregazione del DEA è l'omogeneità del "momento d'intervento", ovvero in emergenza-urgenza. Il Dipartimento è articolato in:

- UOC Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza;
- UOC Anestesia e Rianimazione;
- UOC Cardiologia;
- SSD Semi Intensiva.

Per la SSD Semi Intensiva è previsto un avvio sperimentale sotto la supervisione diretta della UOC Anestesia e Rianimazione.

9 - Il criterio di aggregazione del Dipartimento Medico è per area funzionale omogenea. Il Dipartimento è articolato in:

- UOC Medicina 1;
- UOC Geriatria;
- UOC Lungodegenza post-acuti;
- UOC Gastroenterologia;
- UOC Nefrologia e Dialisi;
- UOC Oncologia e Hospice;
- UOC Medicina 2;
- SSD Neurologia.

L'evoluzione organizzativa del Dipartimento Medico è contrassegnata dal passaggio da "risorse internistiche indistinte", a risorse dedicate per ambiti specialistici d'intervento: *stroke care*; cardio-polmonare; metabolico-endocrinologico.

10 - Il criterio di aggregazione del Dipartimento Chirurgico è per area funzionale omogenea. Il Dipartimento è articolato in:

- UOC Chirurgia Generale;
- UOC Ortopedia;
- UOC Urologia;
- UOC Otorinolaringoiatria;
- UOC Oculistica;
- Programma interdipartimentale "Blocco Operatorio".

11 - Il criterio di aggregazione del Dipartimento dei Servizi è l'uniformità del tipo di output, ossia le prestazioni intermedie sanitarie. Il Dipartimento è articolato in:

- UOC Radiologia;
- UOC Anatomia Patologica;
- UOC Laboratorio Analisi;
- SSD Centro Raccolta Sangue e Immunoematologia;
- SSD Centrale di Sterilizzazione.

12 - Il criterio di aggregazione del Dipartimento Amministrativo e Tecnico è l'orientamento dei prodotti finali ai clienti interni, ovvero l'uniformità del tipo di output, le prestazioni intermedie amministrative e tecniche.

Il Dipartimento è articolato in:

- UOC Tecnologie Informatiche e di Rete;
- UOC Ingegneria Clinica;
- UOC Patrimonio e Tecnologie Impiantistiche;
- UOC Contabilità e Finanza;
- UOC Economato e Provveditorato;
- UOC Segreteria Generale e Affari Legali;
- UOC Risorse Umane;
- UOC Amministrazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali.

Il DAT realizza il passaggio - *in primis* culturale - dall'accentramento ripartito per uffici separati dal resto dell'Organizzazione ed essenzialmente deputati a garantire la legittimità degli atti, ad aree di attività per processi produttivi omogenei, funzionalmente integrate nell'Organizzazione complessiva. Il raggruppamento per output delle strutture complesse, fornendo indici comuni di *performance*, determina le precondizioni per attivare meccanismi di coordinamento correlati agli scopi delle stesse strutture: (i) la standardizzazione dei prodotti per i clienti interni (conformità di scopo e rispetto dei tempi); metodi di lavoro ad hoc, basati sull'alta qualificazione professionale, per il conseguimento di prodotti innovativi e/o critici (dinamicità e tempestività).

13 – Per gli assetti organizzativi completi dei Dipartimenti sopra menzionati, si fa rinvio al [Regolamento Attuativo dell'Atto Aziendale](#).

Articolo 22 - Direttore di Dipartimento

1 - Il Direttore rappresenta il Dipartimento nei rapporti con la Direzione Generale dell'Azienda e gli interlocutori esterni; presiede e dirige il Comitato di Dipartimento, di cui al successivo articolo 23 del presente Atto Aziendale, al fine di perseguire l'integrazione tra le diverse strutture aggregate nel Dipartimento medesimo, l'ottimizzazione dell'organizzazione e della gestione delle risorse assegnate, lo sviluppo e l'uniforme applicazione di procedure comuni e il raggiungimento degli obiettivi, negoziati con la Direzione Generale.

Egli è responsabile, dal punto di vista professionale, in ordine al corretto utilizzo dei metodi e degli strumenti del governo clinico e, dal punto di vista gestionale, per quanto concerne l'utilizzo appropriato delle risorse assegnate.

2 – Il Direttore di Dipartimento è un direttore di UOC, nominato dal Direttore Generale, all'interno di una terna di candidati - ove possibile per numerosità delle stesse strutture complesse – proposta dal Comitato di Dipartimento. La proposta del Comitato deve essere motivata, secondo criteri espliciti, tra cui il possesso di particolari attitudini organizzativo-gestionali e capacità di coinvolgimento, valorizzazione e responsabilizzazione dei collaboratori.

In caso di scelta difforme rispetto alla terna proposta dal Comitato di Dipartimento, il Direttore Generale è tenuto a motivare adeguatamente.

3 - Il Direttore di Dipartimento è sovraordinato ai Direttori e ai Responsabili di struttura complessa, struttura semplice e programma, per gli aspetti di natura gestionale attinenti il Dipartimento medesimo, e mantiene la direzione della struttura alla quale appartiene, salvo deroga motivata dal Direttore Generale all'atto della nomina. È coadiuvato dal Responsabile Infermieristico o Tecnico di Dipartimento, ove nominato, ed è supportato dai referenti delle Direzioni Tecniche Aziendali, i quali compongono l'Ufficio di staff del Dipartimento, secondo le modalità stabilite dal [Regolamento Attuativo dell'Atto aziendale](#).

4 - Il Direttore di Dipartimento è tenuto a realizzare il proprio programma nell'arco del triennio di durata del proprio mandato: è annualmente verificato relativamente alla gestione del budget annuale dal Nucleo di Valutazione, di cui all'articolo 20, comma 1 del presente Atto Aziendale, e valutato dalla Direzione Generale; è valutato al termine dell'incarico dal Collegio Tecnico, di cui all'articolo 20, comma 4 del presente Atto Aziendale.

5 – Se si succedono due verifiche negative del NdV, può essere anticipata la verifica/valutazione di fine incarico; la valutazione negativa del Collegio Tecnico esita nella non conferma dell'incarico e nel collocamento del dirigente nella fascia inferiore.

Di norma, l'incarico di Direttore di Dipartimento può essere rinnovato una sola volta e tale indicazione è indipendente dagli esiti della valutazione dell'incarico, bensì è a garanzia della possibilità diffusa di accedere al ruolo e alle relative responsabilità.

Articolo 23 - Comitato di Dipartimento

1 - Il Comitato di Dipartimento è l'organismo rappresentativo del Dipartimento; assicura la partecipazione dei professionisti e degli operatori ai processi di programmazione delle attività e alla definizione dell'assetto organizzativo-gestionale del Dipartimento stesso. In particolare:

- garantisce l'individuazione di modelli organizzativi coerenti per l'insieme delle configurazioni dipartimentali, e favorisce iniziative per il miglioramento dell'integrazione tra le stesse;
- definisce le priorità degli interventi di sviluppo delle risorse professionali, strutturali e tecnologiche, che il Direttore propone all'attenzione del Collegio di Direzione, e ne assicura l'applicazione in sede di programmazione annuale delle attività;
- definisce i criteri per l'individuazione dei fabbisogni prioritari di formazione e di ricerca;
- approva il piano annuale di dipartimento risultante dal processo di *budgeting*;
- partecipa alla selezione dei dirigenti di struttura complessa, indicando le caratteristiche di conoscenza e competenza aggiuntive e specifiche alle necessità assistenziali e di sviluppo del dipartimento, che dovrebbero essere soddisfatte dai nuovi direttori.

2 - Il Comitato è presieduto e convocato dal Direttore del Dipartimento, che ne stabilisce l'ordine del giorno. La composizione – tra cui la parte elettiva - e le specifiche di funzionamento dei Comitati sono disciplinate dal [Regolamento Attuativo dell'Atto Aziendale](#), fermi restando i componenti di diritto, e precisamente:

- i Direttori di UOC;
- il Responsabile dell'Assistenza di Dipartimento/Area;
- i Coordinatori infermieristici o tecnici di UOC;
- i Responsabili di SSD;
- i Responsabili di Programma interdipartimentale e dipartimentale.
- i Responsabili di SSD e Programmi dipartimentali, con duplice appartenenza, strutturale e funzionale.

Sono altresì componenti di diritto del Comitato del Dipartimento delle Cure Primarie, di cui all'articolo 21, comma 5 del presente Atto Aziendale:

- il Referente per la Medicina Generale;
- il Referente dei Pediatri di Libera Scelta;
- i Coordinatori dei Nuclei delle Cure Primarie.

Articolo 24 – Unità Operative Complesse

1 - Sono Unità Operative Complesse quelle strutture che: assicurano funzioni di produzione di prestazioni o servizi; fanno riferimento a un sistema tecnico riconducibile a discipline normativamente riconosciute; mobilitano un volume di risorse qualitativamente e quantitativamente significativo, Sono altresì Unità Operative Complesse le strutture con funzioni di amministrazione/gestione aziendale o supporto tecnico logistico, per settori di attività o ambiti organizzativi riconoscibili, individuati come prioritari dalla programmazione regionale o locale, ed economicamente rilevanti quanto a risorse da allocare.

2 – Il Direttore di UOC è nominato dal Direttore Generale, secondo le procedure di selezione disciplinate dalla normativa in vigore, dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e dal [Regolamento di Conferimento incarichi](#).

Articolo 25 - Strutture Semplici

1 - Sono Strutture Semplici le strutture organizzative che assicurano attività riconducibili a una linea di produzione, ovvero a un processo assistenziale, chiaramente individuabili nell'ambito della competenza propria della struttura complessa di riferimento, sia Dipartimento sia UOC.

2 - Per le SS interne alla UOC (SSU), il budget annuale è ricompreso e negoziato dalla UOC stessa di appartenenza.

Le SS a valenza dipartimentale (SSD) hanno budget autonomo.

3 – Le SSD possono essere individuate come “pesanti”, in ragione della corrispondenza ai seguenti criteri generali:

- dimensionamento quali/quantitativo del budget gestito autonomamente, entro gli orientamenti gestionali unici del dipartimento di appartenenza, e precisamente:
 - dimensione delle risorse strutturali e delle risorse umane;
 - complessità della dotazione tecnica/tecnologica della struttura;
- delocalizzazione della struttura semplice, rispetto alla Direzione del Dipartimento strutturale di appartenenza, con conseguente maggiore impatto nella gestione dei processi d'integrazione.

4 - Il Responsabile di Struttura Semplice è nominato dal Direttore Generale, secondo quanto previsto dalla normativa in vigore, dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e dal **Regolamento di Conferimento incarichi**.

La responsabilità delle strutture semplici sanitarie, in cui prevalgono elementi di competenza/abilità organizzativo/gestionale, può essere assegnata anche a laureati del comparto sanitario.

Articolo 26 – Programmi inter e intra dipartimentali

1 - Il Programma aziendale è inteso come complesso di attività che, attraverso idonee soluzioni organizzative, assicura l'unitarietà della programmazione, dell'organizzazione e della valutazione di processi organizzativi o di percorsi assistenziali, relativi ad aree problematiche target, di interesse particolare, che richiedono competenze specifiche appartenenti a strutture diverse.

2 - I Programmi possono essere intra e inter dipartimentali, anche con caratteristiche transmurale, realizzano la tipica organizzazione a matrice, ove il Responsabile di programma è sovraordinato sul processo trasversale, all'interno del Dipartimento o tra Dipartimenti.

Il Responsabile di Programma contribuisce a garantire un'omogenea realizzazione della strategia aziendale, nell'approccio alle problematiche target, e garantisce l'interdisciplinarietà degli interventi, presidiando i punti di interazione tra servizi e/o settori, che risultano interdipendenti o reciproci.

3 - Il Responsabile di Programma è nominato dal Direttore Generale, secondo quanto previsto dalla normativa in vigore, dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e dal **Regolamento di Conferimento incarichi**.

Il Programma interdipartimentale può essere affidato a un Direttore di Unità Operativa Complessa, così come previsto dalla **Graduazione delle funzioni**.

4 – Nel caso di Programma in cui prevalgono elementi di competenza/abilità organizzativo/gestionale, la responsabilità può essere assegnata anche a laureati del comparto sanitario.

Articolo 27 – Incarichi di alta specializzazione e professionali

1 - Gli incarichi professionali di alta specializzazione prevedono il riconoscimento e l'esercizio di elevate competenze tecnico-professionali, tese a produrre servizi e/o prestazioni particolarmente complessi, di livello aziendale.

2 - Gli incarichi professionali sono caratterizzati dallo sviluppo di attività omogenee, che richiedono una particolare competenza specialistico-funzionale, all'interno della disciplina o ambito professionale di appartenenza.

3 - Ai dirigenti neo-assunti sono conferiti incarichi professionali di base, con verifica a 5 anni.

4 – I Dirigenti con incarichi di alta specializzazione e professionali sono nominati dal Direttore Generale, secondo quanto previsto dalla normativa in vigore, dai Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro e dal [Regolamento di Conferimento incarichi](#)

Articolo 28 - Posizioni organizzative e istituto del “coordinamento”

1 - L'Azienda individua, per il personale del comparto, la “posizione organizzativa” e l'istituto del “coordinamento”, che implicano lo svolgimento di funzioni con assunzione diretta di elevata responsabilità e che corrispondono a funzioni aziendali caratterizzate da un alto livello di competenza.

In particolare, sono riconosciute:

- la “posizione organizzativa” ai Responsabili di struttura semplice sanitaria e di programma, anche interdipartimentale, laureati del comparto;
- la “posizione organizzativa” ai Responsabili dell'Assistenza di Dipartimento/Area;
- l'istituto del “coordinamento” ai Coordinatori di Unità Operativa Complessa.

2 - L'Azienda definisce, con apposito [Regolamento](#), concertato con le OOSS di riferimento, criteri di individuazione, graduazione, attribuzione e valutazione delle posizioni organizzative.

Titolo IV

Sistemi e strumenti di pianificazione, programmazione e controllo, rendicontazione

Articolo 29 – Pianificazione strategica e documenti programmatori

1 - Le linee strategiche per il governo locale del Sistema dei Servizi Sanitari vengono elaborate dalla Direzione Generale, con la collaborazione del Collegio di Direzione dell'Azienda e nel rispetto dei principi e degli obiettivi del Piano Sociale e Sanitario Regionale e dell'Atto di indirizzo e coordinamento triennale della Giunta del Nuovo Circondario Imolese.

2 - I principali documenti di programmazione sono:

- il Piano strategico: esplicita le strategie dell'Azienda per un mandato – in genere, quattro anni – al fine di realizzare il cambiamento utile, per mantenere aggiornabile la *mission* aziendale, in tutte le sue dimensioni di: rispetto delle garanzie per i cittadini/utenti; efficienza; efficacia; economicità. Il Piano Strategico è sviluppato coerentemente agli orientamenti del Piano Sociale e Sanitario Regionale e alla programmazione dell'Atto di indirizzo e coordinamento triennale approvato dalla Giunta del Nuovo Circondario Imolese, che ricomprende il Piano per la Salute, alla cui elaborazione l'Azienda collabora. L'espressione in termini economico-finanziari e patrimoniali delle scelte operate con il Piano Strategico costituisce il contenuto del Bilancio pluriennale di previsione, che evidenzia, in particolare, gli investimenti e la loro copertura finanziaria: il Bilancio pluriennale di previsione è articolato per esercizio, con separato preventivo economico, che riporta costi e oneri, ricavi e proventi previsti per ciascun anno di riferimento, e dal prospetto fonti e impieghi, che mostra la previsione dei flussi in entrata e in uscita, sempre suddivisi per anno di riferimento. Il Piano Strategico viene adottato dal Direttore Generale e trova attuazione in specifici documenti di programmazione operativa:
 - o il Piano Attuativo Locale (PAL), a valenza triennale, con cui sono definiti i criteri della programmazione dei servizi sanitari ospedalieri e territoriali, la loro distribuzione e il loro dimensionamento. Il PAL è predisposto dalla Direzione Generale dell'Azienda, secondo gli indirizzi contenuti nell'Atto di indirizzo e coordinamento triennale della Giunta del Nuovo Circondario Imolese. Il PAL diventa esecutivo dopo la verifica di congruità con il Piano Sociale e Sanitario Regionale, da parte del competente Assessorato Regionale;
 - o il Programma delle Attività Territoriali, con cui si specificano annualmente tipologia, distribuzione e dimensionamento dei servizi sanitari di assistenza primaria e dei servizi sanitari ad alta integrazione sociale, e il quale è parte sostanziale del Programma attuativo annuale approvato dalla Giunta del Nuovo Circondario Imolese, nella sua veste di Comitato di Distretto, a sua volta declinazione di esercizio del Piano di Zona distrettuale per la salute

e il benessere sociale, di durata triennale, sempre documento di programmazione dello stesso livello istituzionale.

3 - Il Bilancio Economico di Previsione espone analiticamente, per l'anno solare successivo, la traduzione economico-finanziaria del Budget generato dal sistema di Programmazione e Controllo, di cui al successivo articolo 30, ed è redatto secondo schema uniforme a quello del Bilancio pluriennale di previsione.

Il rendiconto annuale, in termini di risultato economico e situazione patrimoniale e finanziaria dell'Azienda, è rappresentato formalmente, con chiarezza, trasparenza e in modo veritiero e corretto nel Bilancio di Esercizio. Parte integrante e sostanziale del Bilancio d'Esercizio è la relazione del Direttore Generale sull'andamento della gestione, con particolare riguardo agli investimenti, ai ricavi e proventi, ai costi e agli oneri nel periodo di riferimento.

Articolo 30 – Sistema di Programmazione e Controllo

1 - La logica di gestione dell'Azienda è guidata da criteri di programmazione e controllo, di cui il Budget annuale rappresenta lo strumento operativo fondamentale.

Il Budget porta a sintesi, indicizza e rende operativa la programmazione aziendale su costi e attività, rendendola coerente sia con il Bilancio di Previsione economico-finanziario sia con i documenti programmatori e di pianificazione strategica, trattati nel precedente articolo 29 del presente Atto Aziendale.

2 - Finalità specifiche del Budget sono: a) la definizione complessiva e multidimensionale degli obiettivi e dei risultati operativi della gestione per l'esercizio successivo; b) la loro declinazione in processi, attività e responsabilità; c) la loro condivisione con i Centri di Responsabilità (Dipartimenti) attraverso il processo di negoziazione, concluso di norma prima dell'inizio dell'esercizio cui si riferisce.

3 - I principi cui si ispira il Budget della Azienda sono:

- l'integrazione complessiva dei sistemi e degli strumenti di pianificazione, programmazione e controllo, e il loro collegamento con i sistemi di valutazione e incentivazione del personale;
- la promozione dell'autonomia e della responsabilizzazione dei dirigenti sulle dimensioni qualitative di attività e costo;
- la trasparenza e la predeterminazione dei criteri di valutazione della gestione;
- la focalizzazione sulle attività, in quanto generatrici dei servizi/prestazioni da un lato e "consumatrici" di risorse dall'altro;
- la tensione al miglioramento continuo, oltre al consolidamento dei risultati storici già raggiunti.

4 - Il Budget declina le linee strategiche e gli indirizzi contenuti negli strumenti di pianificazione e programmazione aziendali, in obiettivi specifici assegnati ai CdR, coerentemente con la distribuzione e la graduazione delle responsabilità, e con le risorse strutturali assegnate.

5 - Il Budget è oggetto di negoziazione tra la Direzione Generale e i Dipartimenti.

L'Azienda confronta in maniera regolare e sistematica la rispondenza tra i risultati prodotti e gli obiettivi negoziati, al fine di valutare l'efficacia e l'efficienza della gestione.

6 - Le modalità di predisposizione, gestione e verifica del budget sono definite dal [Regolamento Budgeting e Sistema Premiante](#).

Articolo 31 – Bilancio di Missione

1 - L'Azienda redige annualmente il Bilancio di Missione, con l'obiettivo di rendere pubblico il consuntivo complessivo della gestione dell'esercizio concluso, in relazione sia agli aspetti economico-finanziari sia a quelli relativi alle dimensioni di attività *lato sensu*, evidenziando tra l'altro: i risultati raggiunti, rispetto agli obiettivi di salute prefissati; la valutazione quali-quantitativa dei servizi offerti; l'analisi delle relazioni costo-beneficio; la rendicontazione riguardo agli aspetti di responsabilità sociale.

2 - Il Bilancio di Missione è reso pubblico ed inviato alle istituzioni e ai soggetti sociali di riferimento, al fine di rendere valutabili e contestabili le azioni dell'Azienda.

Articolo 32 – Norme finali, transitorie e di rinvio

1 – Le denominazioni, gli strumenti di programmazione, le sedi e i soggetti istituzionali, citati nel presente Atto Aziendale, si intendono sostituiti in caso di nuove ed equivalenti previsioni che potranno scaturire dall'approvazione del Piano Sociale e Sanitario Regionale 2008-2010 o da altri documenti d'indirizzo regionali.

2 - Per quanto non contemplato nel presente Atto Aziendale, si rinvia alle leggi fondamentali di riforma del Servizio Sanitario Nazionale (D.Lgs. 502/1992 e ss. mm.) e organizzazione amministrativa e del pubblico impiego (D.Lgs. 165/2001), alle leggi regionali di riordino del Servizio Sanitario Regionale (L.R. n. 29/2004), ai regolamenti interni di specie e ai contenuti dei Contratti Collettivi Nazionali di Lavoro.

3 – Le modifiche organizzative previste nel presente Atto Aziendale, previo positivo superamento della verifica di conformità regionale, avranno effetto a decorrere dal 1 febbraio 2008, salvo diversa data da stabilirsi con apposito atto.

Per "effetto" si intende l'avvio delle azioni di ri-modellamento organizzativo, le quali si potranno per il tempo necessario alla piena attuazione.