

**PROPOSTA**

# **ATTO AZIENDALE**

## **Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina**

Rep. N.

Atto di diritto privato, elaborato e sottoscritto ai sensi dell'art. 3, comma 1 bis, del D.Lgs. n. 502/1992 s.m. e i., definitivamente adottato con decreto n. .... dd. ....../2021 del Direttore Generale dell'ASUGI, su parere di conformità alla proposta di Atto Aziendale espresso dall'Assessore regionale alla Salute e Protezione Sociale, con nota n. .... dd. ....../2021.

Proposta - 30 novembre 2021

Premessa.....	5
<b>I. L'AZIENDA</b> .....	7
1. Costituzione, sede legale, ambito territoriale.....	7
2. Mission aziendale.....	8
3. Valori.....	9
4. Vision aziendale.....	11
5. Principi di organizzazione e funzionamento.....	11
6. Collaborazioni e sinergie.....	12
7. Rapporti con l'Università.....	13
8. L'attività di ricerca e di sperimentazione clinica.....	13
9. Il Coordinatore Scientifico.....	13
10. Etica per la Sperimentazione e la Pratica Clinica.....	13
11. L'attività didattica.....	14
<b>II. GLI ORGANI DELL'AZIENDA</b> .....	14
12. Gli organi istituzionali.....	14
13. Il Direttore Generale.....	14
14. Il Collegio Sindacale.....	16
15. L'Organo di Indirizzo.....	16
16. Il Collegio di Direzione.....	17
<b>III. ORGANISMI COLLEGIALI</b> .....	17
17. Il Comitato Unico di Garanzia (CUG).....	18
18. Il Comitato Valutazione Sinistri.....	18
<b>IV. ORGANIZZAZIONE STRATEGICA</b> .....	19
19. I settori di offerta.....	19
20. La visione per processi.....	19
21. Il Responsabile di processo.....	20
22. L'Organizzazione a Matrice.....	21
<b>V. LA DIREZIONE AZIENDALE</b> .....	22
23. La Direzione Strategica.....	22
24. Il Direttore Sanitario.....	23
25. Il Direttore dei Servizi Sociosanitari.....	23
26. Il Direttore Amministrativo.....	25
<b>VI. L'ASSETTO ORGANIZZATIVO GENERALE</b> .....	25
27. Le strutture aziendali e i livelli di responsabilità.....	25
28. I Dipartimenti.....	26
29. Le Strutture Complesse.....	26
30. Le Strutture Semplici Dipartimentali.....	27
31. Le Strutture Semplici.....	27
32. Il processo.....	27

33. Professioni sanitarie e di assistente sociale .....	27
34. I Dipartimenti Interaziendali.....	28
35. Area Materno Infantile.....	29
36. La Struttura Complessa Area Welfare di Comunità .....	29
37. CRUA.....	30
<b>VII. DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE .....</b>	<b>30</b>
38. Il Dipartimento di Prevenzione .....	30
<b>VIII. I DIPARTIMENTI DI STAFF .....</b>	<b>30</b>
39. Il Dipartimento di Coordinamento delle Attività Sanitarie .....	30
40. L'Area Assistenza Farmaceutica.....	31
<b>IX. L'ASSISTENZA DISTRETTUALE .....</b>	<b>32</b>
41. Il Distretto .....	32
42. Articolazione del territorio di ASUGI in Distretti.....	33
43. Il Dipartimento di Assistenza Primaria.....	34
44. Il Dipartimento Clinico Specialistica Territoriale.....	35
45. Il Dipartimento delle Dipendenze e della Salute Mentale (DDSM).....	35
<b>X. L'ASSISTENZA OSPEDALIERA .....</b>	<b>36</b>
46. Le Strutture Ospedaliere.....	36
47. Il Dipartimento funzionale di Emergenza e Accettazione (DEA) di II livello .....	37
48. Il Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Anestesia.....	37
<b>XI LE STRUTTURE PROFESSIONALI, TECNICHE, AMMINISTRATIVE.....</b>	<b>38</b>
49. Strutture Professionali, Tecniche, Amministrative .....	38
<b>XII. LE RESPONSABILITA' E LE COMPETENZE .....</b>	<b>39</b>
50. Le competenze dei Responsabili di Struttura.....	39
51. Gli incarichi dirigenziali.....	39
52. Incarichi del personale del comparto .....	40
<b>XIII. IL PERSONALE .....</b>	<b>40</b>
53. La gestione e valorizzazione del personale.....	40
54. Il Codice di Comportamento.....	41
55. Il sistema di valutazione del personale.....	41
56. La formazione.....	41
57. Le Relazioni Sindacali.....	42
58. L'attività libero-professionale.....	42
<b>XIV. IL CICLO DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO .....</b>	<b>42</b>
59. La pianificazione strategica .....	42
60. Gli strumenti della programmazione .....	43
61. Ciclo della Performance.....	44
62. Centri di Responsabilità.....	44
63. Gestione per budget.....	45

64. L'organismo Indipendente di Valutazione .....	46
65. I controlli interni .....	47
<b>XV. IL PATRIMONIO, IL FINANZIAMENTO, L'ATTIVITA' CONTRATTUALE .....</b>	<b>47</b>
66. Il patrimonio .....	47
67. Il finanziamento .....	48
68. L'acquisizione di beni e servizi .....	48
<b>XVI. PARTECIPAZIONE, COMUNICAZIONE, CARTA DEI SERVIZI .....</b>	<b>49</b>
69. La partecipazione e la comunicazione .....	49
70. La Carta dei Servizi .....	50
71. La trasparenza.....	50
<b>XVII. NORME FINALI E DI RINVIO .....</b>	<b>51</b>
72. I regolamenti .....	51
73. Norme di prima applicazione.....	51
74. Aggiornamento dell'Atto Aziendale .....	51
75. Norma di rinvio .....	52
76. Acronimi e sigle.....	53

## PREMESSA

L'Azienda nasce dalla applicazione della LR 27/2018 "Assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale", con la quale è stata istituita dal 1 gennaio 2020 l'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina (ASUGI), che nasce dalla fusione dell'Azienda Sanitaria Universitaria di Trieste (ASUITS) e della parte Isontina dell'Azienda per l'Assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" (AAS 2).

L'obiettivo della ridefinizione dell'assetto istituzionale e organizzativo del Servizio sanitario regionale consiste nel:

- a) migliorare la capacità di presa in carico del cittadino per il suo bisogno di salute e la continuità dei percorsi diagnostici, terapeutici e assistenziali;
- b) perseguire l'integrazione tra l'assistenza sanitaria e l'assistenza sociale;
- c) migliorare il coordinamento dell'assistenza sul territorio regionale e garantire l'omogeneità dei servizi offerti;
- d) migliorare la qualità dell'assistenza ospedaliera e la sicurezza dei percorsi di cura, attraverso standard strutturali e qualitativi e attraverso l'individuazione di misure che ne rendano effettivo il monitoraggio;
- e) valorizzare il ruolo del distretto sanitario, anche con un corretto dimensionamento delle articolazioni territoriali;
- f) perseguire l'appropriatezza organizzativa attraverso rapporti strutturati tra gli ospedali e la costruzione di reti cliniche;
- g) perseguire l'innovazione clinico-professionale e organizzativo-gestionale valorizzando le professionalità del sistema e la collaborazione con le altre istituzioni di ricerca;
- h) riqualificare l'offerta sanitaria per rendere più efficace la spesa sanitaria e sociosanitaria e assicurare la sostenibilità del Servizio sanitario regionale;
- i) valorizzare la partecipazione delle Università alla pianificazione e programmazione del settore sanitario;
- j) valorizzare la partecipazione delle Autonomie locali alla pianificazione e programmazione del settore sociosanitario;
- k) valorizzare gli organismi di volontariato e del privato sociale non a scopo di lucro, anche attraverso l'individuazione di adeguate sedi di consultazione.

A questo scopo, l'ASUGI ridefinisce ruoli, responsabilità, relazioni e meccanismi operativi della nuova Azienda, rispettando peculiarità, storia, cultura e tradizioni che modellano i comportamenti organizzativi delle due precedenti Aziende.

L'offerta dei servizi sanitari, è ridisegnata nell'ottica della semplificazione dei percorsi, dell'appropriatezza e della proporzionalità degli interventi, per un uso consapevole e responsabile delle risorse pubbliche, ampliando i setting di apprendimento di studenti, specializzandi e professionisti, consentendo loro di sviluppare competenze professionali all'interno di un sistema integrato di servizi di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione.

L'Azienda eroga e sviluppa, integrandoli, interventi di prevenzione, diagnosi e terapia poli specialistica, riabilitazione, ricerca e formazione, anche di rilievo nazionale e sovranazionale.

L'Azienda svolge in modo unitario ed inscindibile, a livello di cure primarie ed ospedaliere, le funzioni di assistenza, didattica e ricerca.

Organizza e gestisce le attività assistenziali e di ricerca clinica sia direttamente sia attraverso il governo delle reti cliniche integrate previste dalla programmazione del SSR, favorendo il trasferimento nell'attività assistenziale delle conoscenze acquisite con la ricerca clinica, la valutazione ed adozione di nuove tecnologie nonché l'implementazione di modelli gestionali innovativi.

Opera nel rispetto degli obiettivi istituzionali e di programmazione del SSR e dell'Università degli Studi di Trieste per la quale costituisce l'Azienda di riferimento per le attività assistenziali allo svolgimento delle funzioni istituzionali di didattica e di ricerca del Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute.

La riorganizzazione conseguente alla attuazione della riforma del SSR porterà al potenziamento dell'offerta per la popolazione anziana, nella post-acuzie e riabilitativa, nonché all'integrazione funzionale ed operativa dei diversi erogatori.

Considerato che l'ambito di competenza dell'Azienda insiste su un territorio di confine, la cooperazione sanitaria transfrontaliera – ed in particolare con la Slovenia – rappresenta uno degli indirizzi strategici della programmazione aziendale, per favorire l'integrazione tra i relativi sistemi sanitari. A tal fine L'Azienda partecipa alle iniziative promosse dalla Regione in materia e favorisce ogni altra attività atta a sviluppare progetti di collaborazione transfrontaliera.

## I. L'AZIENDA

### 1. COSTITUZIONE, SEDE LEGALE, AMBITO TERRITORIALE

1. L'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina è stata costituita con Decreto del Presidente della Regione Friuli – Venezia Giulia n. 0223/Pres del 20 dicembre 2019, su conforme Delibera della Giunta Regionale del Friuli – Venezia Giulia n. 2174 dd. 12 dicembre 2019, e succede nel patrimonio e nelle funzioni dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste e in parte dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 “Bassa Friulana-Isontina” determinata, relativamente al livello assistenza ospedaliera, dalle sedi ospedaliere di Gorizia e Monfalcone e, relativamente al livello prevenzione collettiva e sanità pubblica nonché al livello assistenza distrettuale, dalle strutture operanti nell'ambito del territorio appartenente al distretto Alto Isontino e al distretto Basso Isontino.
2. L'organizzazione ed il funzionamento sono disciplinati dal presente Atto Aziendale di diritto privato, nel rispetto dei principi e criteri stabiliti con Delibere giuntali n. 2673/14 “LR 17/14, art. 18, comma 3 e art. 27, comma 5: approvazione definitiva degli standard dell'assistenza primaria e dell'assistenza ospedaliera”, n. 929/15 “Individuazione delle strutture complesse sanitarie della prevenzione, distrettuali e ospedaliere, nonché dei criteri standard per l'individuazione delle strutture semplici” e n. 1437/15 “LR 17/2014 art. 9 Principi e criteri per l'adozione degli atti aziendali.”
3. L'Azienda è dotata di personalità giuridica di diritto pubblico e gode di autonomia imprenditoriale e tecnico-organizzativa.
4. L'attività assistenziale, in ragione della natura di Azienda Sanitaria Universitaria integrata con l'Università degli Studi di Trieste, è determinata, nel quadro della programmazione nazionale e regionale, in modo da assicurarne la funzionalità e la coerenza con le esigenze della didattica e della ricerca.
5. La sede legale è situata in Trieste, Comprensorio di San Giovanni, via Costantino Costantinides n. 2 – CAP 34128.
6. Il sito internet: [www.asugi.sanita.fvg.it](http://www.asugi.sanita.fvg.it), C.F. e P. IVA: 01337320327, indirizzo PEC: [asugi@certsanita.fvg.it](mailto:asugi@certsanita.fvg.it).
7. Nessun altro soggetto può attivare altri siti internet, blog, forum ed altre forme di pubblicazione on line di contenuti relativi alle attività aziendali, fatta salva la possibilità di promuovere, su formale autorizzazione della Direzione aziendale, forme di comunicazione relative a specifiche iniziative che coinvolgono l'Azienda.
8. Il logo dell'Azienda è il seguente:



9. L'ambito territoriale è di 678,9 kmq, costituito dai territori dei Comuni che ne fanno parte:
  - a) Provincia di Trieste – superficie di 211,8 kmq e 229.740 abitanti rilevati al 31.12.2020. Comprende i seguenti comuni: Duino-Aurisina/Devin Nabrezina, Monrupino/Repentabor, Muggia, San Dorligo della Valle-Dolina, Sgonico/Zgonik, Trieste;

- b) Provincia di Gorizia – superficie di 467,1 kmq e 136.809 abitanti rilevati al 31.12.2020. Comprende i seguenti comuni: Capriva del Friuli, Cormons, Doberdò del Lago/Doberdò, Dolegna del Collio, Farra d'Isonzo, Fogliano Redipuglia, Gorizia, Gradisca d'Isonzo, Grado, Mariano del Friuli, Medea, Monfalcone, Moraro, Mossa, Romans d'Isonzo, Ronchi dei Legionari, Sagrado, San Canzian d'Isonzo, San Floriano del Collio/Steuerjan, San Lorenzo Isontino, San Pier d'Isonzo, Savogna d'Isonzo/Sovodnje ob Soci, Staranzano, Turriaco, Villesse.

## 2. MISSION AZIENDALE

1. L'ASUGI quale ente strumentale del SSR e in coerenza agli indirizzi della LR 17 dicembre 2018 n. 27 (Assetto istituzionale e organizzativo del SSR), concorre alla realizzazione della missione del SSR della Regione FVG, partecipando alla promozione, al mantenimento e al miglioramento dello stato di salute, come diritto fondamentale della persona ad avere soddisfazione dalla vita ed esercitare pienamente i propri ruoli, ed interesse della collettività a condividere apprezzabili livelli di benessere.
2. L'integrazione tra SSR e Università rappresenta l'elemento costitutivo e fondativo di ASUGI che ne determina anche le finalità:
  - la prevenzione e la promozione della salute delle persone e della comunità;
  - l'assistenza alla persona ai diversi livelli di complessità e ad alto contenuto professionale e tecnologico nonché l'integrazione delle attività di assistenza, didattica e ricerca con un approccio centrato sulla persona;
  - l'evoluzione delle conoscenze scientifiche e l'innovazione tecnologica in ambito preventivo, clinico, organizzativo e didattico, lo sviluppo della medicina personalizzata e della ricerca traslazionale;
  - la formazione dei professionisti della sanità e la didattica nei corsi di laurea magistrale in medicina e chirurgia e in odontoiatria e protesi dentaria, nei corsi di laurea triennali di area sanitaria, scuole di specializzazione, master di primo e secondo livello, corsi di perfezionamento.
3. La risorsa principale e a più alto valore che costituisce patrimonio di ASUGI, per la realizzazione delle proprie finalità, è costituito dalle Persone/Professionisti che vi lavorano e dalle loro competenze.
4. L'Azienda offre un contesto organizzativo capace di riconoscere, utilizzare, ricompensare e valorizzare adeguatamente le competenze e le potenzialità dei propri collaboratori; al contempo chiede loro un contributo leale, pieno e responsabile nel perseguimento della missione aziendale, una reale assunzione delle responsabilità connesse al proprio ruolo, un impegno costante per migliorare i livelli di professionalità e la qualità dei contributi offerti. L'Azienda si impegna altresì a garantire la tutela della sicurezza, della salute e del benessere organizzativo in ambito lavorativo, interpretando in maniera attiva gli obblighi e i principi della normativa vigente.
5. In virtù di tale capitale umano ASUGI promuove l'adozione di percorsi, modelli e strumenti organizzativi innovativi che migliorino costantemente la qualità dei servizi e della vita lavorativa attraverso:
  - l'attività di prevenzione, centrata sull'individuazione, la valutazione ed il contrasto dei principali fattori di rischio e la promozione della salute, basata sullo sviluppo dei fattori protettivi;
  - l'erogazione di prestazioni sanitarie, previste dalle normative di riferimento (Livelli essenziali di assistenza – LEA), erogate sulla base di procedure e metodologie di dimostrata efficacia e la definizione di percorsi diagnostico terapeutici riabilitativi e assistenziali basati su criteri di qualità, efficacia, appropriatezza, efficienza, economicità, multidisciplinarietà e multi professionalità;
  - la presa in carico delle persone con problemi salute espressi o potenziali ed in particolare di quelle più fragili e l'attuazione di progetti di cura personalizzati in rapporto alle condizioni (gravità, complessità ed intensità), esigenze e volontà degli assistiti;
  - la continuità assistenziale e la proattività anche attraverso la sanità d'iniziativa al fine di favorire le cure domiciliari ed evitare il ricorso improprio all'ospedale e ad ogni forma di istituzionalizzazione.
4. L'Azienda promuove l'integrazione socio-sanitaria ai vari livelli in collaborazione con i Servizi Sociali degli Enti Locali, con le Associazioni dei cittadini e con il terzo settore e garantisce lo sviluppo del welfare comunitario e generativo



con il fine ultimo di promuovere l'inclusione sociale, la continuità assistenziale ospedaliero – territoriale e favorire le cure domiciliari.

5. Il supporto e la facilitazione degli apprendimenti dei futuri professionisti si realizzano in attività di insegnamento e tutoraggio garantite da personale di ASUGI in collaborazione ed integrazione con l'Università degli Studi di Trieste ed altri enti formativi, sulla base di specifiche convenzioni.
6. Per la realizzazione delle proprie finalità, inoltre, l'ASUGI favorisce la partecipazione dei cittadini nella valutazione, nella verifica e nella programmazione dei servizi; promuove e partecipa a reti nazionali e internazionali e con altri enti, istituzioni, agenzie, impegnate nella prevenzione e promozione della salute e si adopera per implementare sistemi di comunicazione che facilitino la circolazione, la diffusione e la condivisione delle informazioni.

### 3. VALORI

1. L'ASUGI considera quale valore fondante della propria attività la CENTRALITA' DELLA PERSONA e il suo PRENDERSI CURA:
  - riconoscendo e rispettando la dignità e l'autonomia di ciascuno, il diritto di scelta e di partecipazione (non scelta e non partecipazione) delle persone nelle questioni che le riguardano, offrendo loro sostegno e ai loro *Care Giver*;
  - garantendo a tutti trattamenti imparziali indipendentemente dalla cittadinanza, religione, orientamento sessuale, condizioni psicofisiche e socio-economiche (eguaglianza ed imparzialità) e assicurando equità di accesso ai servizi e la continuità assistenziale;
  - assicurando alla persona tutte le informazioni inerenti l'offerta assistenziale;
  - promuovendo la formazione e l'aggiornamento per mantenere elevati standard di competenze professionali basati sulle migliori evidenze scientifiche;
  - promuovendo una leadership partecipativa capace di sviluppare il senso di appartenenza, la responsabilità professionale e sociale di ogni dipendente affinché tutti contribuiscano a creare un buon clima di lavoro rispettoso della dignità e delle aspirazioni di tutti;
  - promuovendo l'attivazione di processi di adeguamento diagnostico, terapeutico, tecnologico e favorendo la qualificazione dell'offerta assistenziale di ASUGI a livello regionale, nazionale ed internazionale.
2. L'ASUGI intende realizzare un'offerta assistenziale centrata sulla persona attraverso un sistema valoriale basato sulla cultura del **RISPETTO** attraverso lo sviluppo di percorsi che favoriscano, da un lato, una risposta clinica e assistenziale appropriata, sicura e di qualità, costruita attorno ai bisogni delle persone e dall'altro l'attuazione di processi di ricerca, formazione e didattica innovativi e competitivi. La cultura del Rispetto si esplicita attraverso i seguenti VALORI:

**Responsabilità**

**Integrazione e Innovazione**

**Sostenibilità e Sicurezza delle cure**

**Partecipazione**

**Etica della cura**

**Tempestività**

**Trasparenza**

**Orgoglio**

#### **Responsabilità**

ASUGI in tutte le sue articolazioni, si impegna a dar conto ai cittadini e ai portatori di interesse delle attività intraprese e dei risultati conseguiti attraverso la realizzazione di un sistema di responsabilità che rende chiari ed evidenti i diversi livelli di autonomia e di decisionalità, gli obiettivi, gli impegni assunti/ attesi e tutto ciò che ne consegue. L'Azienda promuove nel personale la consapevolezza di utilizzare le risorse pubbliche in modo appropriato ed efficiente.

## **Integrazione e Innovazione**

ASUGI ritiene l'integrazione e l'innovazione quali approcci e modalità stabili e irrinunciabili di funzionamento in quanto permettono di realizzare sinergie positive tra le diverse autonomie del sistema e di costruire alleanze e partnership attraverso la condivisione di risorse, conoscenze ed esperienze, modelli organizzativi al fine di migliorare la qualità del servizio e comporre le ragioni di prossimità e accessibilità dei servizi con quelle di efficacia ed efficienza. ASUGI intende perseguire l'integrazione ai vari livelli: istituzionale, gestionale, funzionale-gestionale e professionale.

## **Sostenibilità e Sicurezza delle cure**

L'agire dell'organizzazione in tutte le sue articolazioni deve essere volto a garantire servizi di qualità, affidabili, appropriati e sicuri attraverso un buon governo dei fattori produttivi salvaguardando il principio della convergenza tra tutela dei livelli assistenziali previsti dai LEA e la sostenibilità economica secondo il miglior rapporto costo/efficacia/sicurezza.

## **Partecipazione**

L'Azienda vede nella partecipazione la promozione di processi decisionali cooperativi, trasparenti ed inclusivi, in grado di arricchirsi continuamente e di modellarsi sulle nuove e diverse esigenze, al fine di migliorare la qualità ed il livello dei servizi offerti. Inoltre ASUGI collabora con altri enti, istituzioni, con il terzo settore e con il privato accreditato per garantire servizi più aderenti alle necessità dei cittadini che si rivolgono ai servizi sanitari e favorire la valutazione dei servizi e la partecipazione alle scelte assistenziali da parte dei cittadini, degli utenti e delle loro rappresentanze.

## **Etica della cura**

L'ASUGI richiama e promuove costantemente i principi professionali ed etici dell'attività clinico assistenziale, per realizzare, attraverso un'alleanza fra professionisti e paziente, che si basa sul rispetto reciproco, sull'onestà intellettuale, sulla responsabilità individuale e su un'appropriata capacità di documentare, rendicontare e comunicare, la promozione e il ripristino dello stato di salute. L'etica professionale rappresenta una condizione essenziale dell'etica della cura che si esprime nella capacità di rispettare i diritti e la dignità altrui, di essere parte della cura, che altri prestano, di sentirsi parte nella costruzione del bene comune. L'ASUGI si impegna inoltre a contrastare ogni forma di contenzione in ogni setting di cura e a promuovere cure libere da contenzione.

## **Tempestività**

L'Azienda considera prioritario garantire una risposta terapeutica ed assistenziale tempestiva, nel rispetto dell'appropriatezza clinica e organizzativa e del governo clinico. La tempestività richiede non solo la capacità di mettere in campo le migliori pratiche, cliniche assistenziali ed organizzative, ma anche di rispondere in modalità personalizzata ai bisogni complessi della persona. Una risposta tempestiva richiede che il comportamento professionale e organizzativo sia flessibile e non resistente al cambiamento, ogni qualvolta ciò sia motivato da oggettive necessità di migliorare l'assistenza e/o il rendimento delle risorse impiegate.

## **Trasparenza**

L'Azienda rende semplici, disponibili e accessibili le informazioni necessarie ai beneficiari per scegliere, orientarsi ed accedere alle prestazioni sanitarie, attraverso lo sviluppo dell'alfabetizzazione sanitaria, quale strategia di progressivo e consapevole accrescimento delle capacità degli individui, di trovare informazioni, comprenderle e utilizzarle per operare delle scelte che abbiano effetto sullo stato di salute e quindi quale strumento di promozione della salute. L'Azienda attua le disposizioni previste dal Decreto legislativo 14 marzo 2013, n. 33 "Riordino della disciplina riguardante gli obblighi di pubblicità, trasparenza e diffusione di informazioni da parte delle pubbliche amministrazioni", quale presupposto per l'affermazione di un modello di amministrazione aperta.

## **Orgoglio**

La condivisione dei valori aziendali ad ogni livello sviluppa l'orgoglio e il senso di appartenenza per il SSR e per ASUGI; l'orgoglio di aver contribuito e di contribuire a realizzare un'esperienza regionale in cui la tutela della salute ha trovato modelli organizzativi e risposte assistenziali innovative, di qualità e sostenibili.

## 4. VISION AZIENDALE

1. ASUGI partecipa, nell'ambito di un sistema regionale unitario e integrato di servizi sociali, sociosanitari e sanitari, alla realizzazione di un sistema salute universalistico, equo, radicato nelle comunità locali e nella Regione. La strategia dell'ASUGI, nel contesto di riferimento in cui opera, sostanzialmente è orientata a:
  - A) qualificare il governo della domanda attraverso lo sviluppo della capacità di analisi dei bisogni di salute della popolazione al fine di garantire un'offerta dei servizi preventivi, clinico-assistenziali e riabilitativi qualificata, appropriata, personalizzata e volta alla creazione di valore aggiunto per il paziente/cittadino;
  - B) consolidare e potenziare l'offerta sanitaria e socio-sanitaria territoriale sviluppando e qualificando ulteriormente l'accesso a tutti i servizi della rete aziendale e la presa in carico globale e personalizzata, favorendo un'organizzazione a rete, flessibile e aderente ai principi di appropriatezza, efficacia, adeguatezza e qualità dei servizi rivolta ai singoli, alle famiglie e alla comunità;
  - C) ampliare le reti di assistenza aziendali, interaziendali ed interistituzionali, per migliorare qualitativamente la continuità assistenziale al cittadino, in termini di sviluppo di integrazione multidisciplinare e multi professionale, tra diverse forme assistenziali e tra ospedale e territorio;
  - D) potenziare la capacità dei servizi territoriali di rispondere all'evoluzione dei bisogni degli individui e della collettività, consolidando e potenziando la rete delle cure primarie, la sanità d'iniziativa, le cure domiciliari, le cure intermedie e l'appropriatezza delle attività specialistica e di ricovero favorendo la presa in carico globale dell'assistito in tutti i momenti del percorso di cura, anche attraverso una logica improntata alla gestione per processi e a soluzioni organizzative integrate;
  - E) potenziare e specializzare l'offerta ospedaliera sviluppando ulteriormente il modello HUB e SPOKE aumentando e migliorando la capacità di risposta a bisogni che esprimono livelli di complessità sempre maggiori;
  - F) porsi come centro di produzione di cultura e di iniziative di formazione, attraverso lo sviluppo di attività di insegnamento e di ricerca sia in ambito territoriale che ospedaliero promuovendo il sistema delle alleanze interistituzionali a livello aziendale, regionale, nazionale ed europeo;
  - G) sostenere le scelte strategiche valorizzando fortemente le proprie risorse umane, lo sviluppo professionale e la motivazione dei professionisti appartenenti a tutte le famiglie professionali.

## 5. PRINCIPI DI ORGANIZZAZIONE E FUNZIONAMENTO

2. La piena applicazione degli indirizzi contenuti nel presente Atto Aziendale e la completa definizione degli assetti strutturali ed organizzativi è demandata ad atti integrativi ed attuativi di natura regolamentare, che saranno di volta in volta definiti ed adeguati per assicurare la conformità alla legislazione statale e regionale ed ai correlati atti di programmazione e pianificazione.
3. L'Azienda dà attuazione al principio di esplicita ed adeguata distinzione fra le funzioni di programmazione, indirizzo, controllo da un lato e le funzioni di organizzazione e gestione dall'altro, in un quadro di chiara determinazione di competenze, autonomia e responsabilità dell'organo di governo e quelle della dirigenza e dei vari livelli operativi dell'Azienda, nella logica della responsabilizzazione e della massima valorizzazione di tutte le risorse professionali.
4. La Direzione strategica definisce le strategie e le politiche aziendali, sulla base della pianificazione regionale; esercita le funzioni di indirizzo e controllo direzionale, verificando il corretto impiego delle risorse assegnate rispetto al raggiungimento degli obiettivi prefissati.
5. Resta ferma la potestà in capo al Direttore Generale di devolvere le funzioni proprie delegabili con riferimento ad ambiti settoriali di attività o all'adozione di singoli atti, secondo principi e modalità da formalizzare, che faranno riferimento al principio della delega.
6. Le Strutture aziendali esercitano le funzioni gestionali operative e gestiscono, in piena autonomia, l'attività sanitaria o tecnico-amministrativa, garantendo il raggiungimento degli obiettivi assegnati, nell'ambito delle risorse umane, tecniche e finanziarie attribuite, con il potere anche di adottare atti aventi rilevanza esterna ove previsto in base alle competenze attribuite e/o delegate.

7. L'Azienda, con propri atti organizzativi definisce missione e area di responsabilità di ogni incarico organizzativo aziendale, dirigenziale e non, ed attua un sistema permanente di valutazione dell'attività e delle prestazioni sanitarie, tecniche ed amministrative.
8. Alle strutture organizzative vengono assegnate le risorse sulla base dell'effettivo fabbisogno di funzionalità, di sviluppo organizzativo e di razionalizzazione necessario a garantire l'appropriato utilizzo delle stesse.
9. Il modello di programmazione cui fa riferimento l'Azienda si attua attraverso il processo di budget, anche in riferimento al complesso delle responsabilità direzionali (risultati raggiunti in rapporto alle risorse impiegate) e delle responsabilità operative ai vari livelli. Il percorso annuale di budget assicura la coerenza dell'apporto di ciascuna struttura operativa al raggiungimento degli obiettivi determinati in sede di programmazione aziendale che includono assistenza, didattica e ricerca.
10. Il processo di aziendalizzazione si fonda sulla dipartimentalizzazione, ossia sullo sviluppo dei processi di integrazione strutturale e funzionale, tramite l'aggregazione delle strutture sanitarie e tecnico/amministrative, complesse e semplici a valenza dipartimentale, secondo macro aree di funzioni omogenee necessarie al perseguimento degli obiettivi aziendali.
11. L'organizzazione aziendale delle risorse umane, economiche e strumentali si uniforma ai principi di efficacia, efficienza ed economicità, secondo i dettami del D.lgs. 165/2001 e del D.lgs. 502/92, compatibilmente alla complessità aziendale espressa anche in termini di funzioni attribuite e di prestazioni erogate.
12. Il raggiungimento degli obiettivi di efficienza ed efficacia e appropriatezza è perseguito nel rispetto del vincolo di bilancio, attraverso l'equilibrio di costi e di ricavi.
13. Ogni centro di responsabilità organizzativa viene, di norma, dotato di un sistema di rendicontazione analitica dei costi.
14. L'azienda promuove la valorizzazione, lo sviluppo e la responsabilizzazione delle professioni sanitarie adottando nel proprio modello organizzativo quanto previsto dalla L. n. 251/2000 e dalla LR n. 10/2007, nonché dalla LR n. 17/2014.
15. Le attività didattiche universitarie, volte alla formazione di tutte le figure professionali sanitarie previste dalla programmazione regionale, si realizzano in tutti i contesti aziendali con diversi livelli di complessità e di organizzazione assistenziale.
16. La programmazione e l'organizzazione dell'attività didattica si avvale di tutte le competenze disponibili che possono contribuire alla formazione dei futuri professionisti sanitari. In particolare, oltre ai professori universitari preposti, il personale del Servizio sanitario regionale partecipa all'attività didattica con incarichi di insegnamento, tutoraggio e altre attività formative, con le modalità definite dagli accordi regionali in materia.

## **6. COLLABORAZIONI E SINERGIE**

1. L'Azienda favorisce l'approccio a metodologie sinergiche di organizzazione del lavoro al fine di gestire in modo ottimale le attività e le risorse assegnate.
2. La Regione Friuli Venezia Giulia ritiene necessaria l'attivazione di modelli organizzativi dipartimentali, da cui può conseguire la promozione e la valutazione di sperimentazioni gestionali di modelli organizzativi.
3. A livello aziendale, sono promossi e perseguiti progetti di sperimentazione gestionale, siano essi sinergici, o dipartimentali di tipo strutturale – aziendali ed interaziendali – ed altresì realizzando il modello del dipartimento non strutturale.
4. Per le finalità della ricerca è possibile sviluppare sinergie con le istituzioni pubbliche e private e, in particolare, con i dipartimenti dell'Università degli Studi di Trieste, l'IRCCS "Burlo Garofolo", la SISSA, l'Area di ricerca e i centri di ricerca e le società che ivi hanno sede, oltre alle Istituzioni interregionali.

## **7. RAPPORTI CON L'UNIVERSITÀ**

1. I Rapporti con l'Università degli Studi di Trieste sono disciplinati dal vigente Protocollo d'intesa tra la Regione Autonoma Friuli Venezia Giulia e gli Atenei Regionali per lo svolgimento delle attività assistenziali da parte di professionisti dell'Università e dai relativi specifici accordi, nel rispetto della normativa vigente.
2. In particolare, secondo quanto previsto dal citato Protocollo, l'Azienda svolge la sua attività in maniera integrata con il Dipartimento Universitario Clinico di Scienze Mediche Chirurgiche e della Salute dell'Università degli Studi di Trieste per garantire le attività di assistenza, di didattica e di ricerca contribuendo così al raggiungimento delle finalità proprie dell'Università e dell'Azienda.
3. L'Azienda persegue inoltre politiche di collaborazione con le Università degli Studi del Friuli Venezia Giulia, Italiane e Internazionali in ambito sanitario; tali collaborazioni sono finalizzate allo sviluppo di programmi didattici, assistenziali e di ricerca anche di interesse gestionale e di alta formazione.

## **8. L'ATTIVITA' DI RICERCA E DI SPERIMENTAZIONE CLINICA**

1. Le attività di ricerca e sperimentazione clinica, previste nella Mission dell'Azienda, sono orientate a rendere applicabili i progressi delle conoscenze all'assistenza e a garantire sempre maggiore efficacia nel campo della prevenzione, della diagnostica, dei trattamenti terapeutici o riabilitativi, oltre che nell'organizzazione e gestione dei servizi sanitari.
2. Le attività di ricerca e sperimentazione sono coordinate dalla S.C. Ricerca ed Innovazione Clinico Assistenziale in staff alla Direzione strategica, che opera in maniera autonoma rispetto al Comitato Etico Regionale Unico, rappresentandone l'interfaccia a livello aziendale, attraverso il Nucleo di Ricerca Clinica ed Epidemiologica (NRC) che è parte integrante della Struttura Complessa.
3. D'intesa con il Coordinatore Scientifico, gestisce le funzioni di promozione e supporto alla ricerca e alla sperimentazione clinica profit e no profit, nel rispetto delle norme di Buona Pratica Clinica e della normativa vigente.
4. Ai fini della promozione dell'attività, la S.C. Ricerca ed Innovazione Clinico Assistenziale garantisce la specifica formazione dei professionisti dell'Azienda in questo ambito; supporta la ricerca e la sperimentazione clinica nelle fasi di ideazione, analisi, progettazione, conduzione, monitoraggio e conclusione di studi clinici.
5. Nell'ambito del vigente Codice sulla proprietà industriale l'Azienda può stipulare accordi e convenzioni con soggetti terzi, pubblici e privati, al fine di trasferire i risultati della ricerca in ambito industriale, salvaguardando comunque la finalità pubblica della ricerca.
6. La gestione dei rapporti con i ricercatori e con chi ha contribuito allo sviluppo, nonché degli eventuali rapporti con soggetti terzi, in merito ai diritti derivanti dalle invenzioni brevettabili, sarà regolata con apposito Regolamento.

## **9. IL COORDINATORE SCIENTIFICO**

1. Il Coordinatore Scientifico collabora strettamente con la S.C. Ricerca e Innovazione Clinico Assistenziale, di cui si avvale per il supporto organizzativo ed amministrativo, al fine di garantire il raccordo tra i programmi di ricerca e le altre linee aziendali di lavoro; consente inoltre di mantenere un attivo rapporto di collaborazione sia con l'Università degli Studi di Trieste, così come delineato dal Protocollo d'intesa e dall'Atto aziendale, che con altri Centri di Ricerca.
2. Il coordinatore Scientifico propone d'intesa con il Direttore della S.C. Ricerca e Innovazione Clinico Assistenziale al Direttore Generale la scala di priorità dei progetti e le linee di ricerca.
3. Il Coordinatore Scientifico viene individuato dal Direttore Generale, tra una terna di nominativi proposti dall'Organo di Indirizzo.

## **10. ETICA PER LA SPERIMENTAZIONE E LA PRATICA CLINICA**

1. Il Nucleo di Ricerca Clinica ed Epidemiologica (NRC) della S.C. Ricerca ed Innovazione Clinico Assistenziale si interfaccia con il Comitato Etico Regionale Unico (CERU), che si occupa della valutazione etica delle sperimentazioni proposte dalla Azienda.

2. Il Nucleo etico per la pratica clinica (NEPC) ha invece il compito di assicurare, a livello aziendale, un adeguato esame delle problematiche etiche connesse alle specifiche attività cliniche ed assistenziali aziendali.
3. La composizione del NEPC tiene conto della necessità di garantire interdisciplinarietà, pluralismo e rappresentatività di genere, generazionale, sociale e culturale; l'organizzazione ed i criteri di funzionamento sono definiti in apposito regolamento.

## **11. L'ATTIVITÀ DIDATTICA**

1. La didattica rappresenta uno strumento di costruzione, mantenimento e miglioramento delle competenze degli operatori e del personale in formazione, pre e post-lauream, inscindibilmente legata alla attività assistenziale e di ricerca.
2. L'Azienda rappresenta la sede naturale della formazione magistrale, specialistica e delle professioni sanitarie.
3. Tutte le strutture aziendali rispondenti agli specifici requisiti, fanno parte attiva della rete formativa dei corsi di laurea e delle Scuole di specializzazione.

## **II. GLI ORGANI DELL'AZIENDA**

### **12. GLI ORGANI ISTITUZIONALI**

1. Secondo la normativa vigente, sono organi istituzionali dell'Azienda:
  - il Direttore Generale;
  - il Collegio Sindacale;
  - l'Organo di Indirizzo;
  - il Collegio di Direzione.

### **13.IL DIRETTORE GENERALE**

1. È l'organo responsabile della gestione complessiva dell'Azienda, di cui è il legale rappresentante, ne assicura il regolare funzionamento, rispondendo alla Regione del proprio mandato nell'ambito della programmazione regionale e degli indirizzi espressi dagli organismi di riferimento istituzionale.
2. È nominato dal Presidente della Regione, d'intesa con il Rettore dell'Università degli Studi di Trieste, secondo le disposizioni previste dalla normativa vigente.
3. Il Direttore Generale, per l'adozione dei piani attuativi aziendali del Piano sanitario e sociosanitario regionale, dei piani e programmi pluriennali di investimento, di bilancio economico preventivo e del bilancio d'esercizio nonché del piano aziendale annuale, acquisisce il preventivo parere dell'Università tramite il Rettore, il quale lo esprime nel rispetto dell'ordinamento universitario che tiene conto del ruolo dei dipartimenti universitari interessati.
4. Il parere dell'Università si intende espresso in senso favorevole qualora non pervenga entro 30 giorni dalla ricezione, da parte del Rettore, della proposta. Tale modalità di consultazione dell'Università è, altresì, seguita per l'adozione di atti rilevanti di gestione che possono incidere sulle attività assistenziali ritenute essenziali ai fini della didattica e della ricerca.
5. La Regione, in relazione ai procedimenti di valutazione del Direttore Generale, si esprime d'intesa con il Rettore dell'Università.
6. La responsabilità del Direttore generale è piena rispetto alle strategie ed all'azione di indirizzo nei confronti dei responsabili delle Strutture, anche ai fini dell'integrazione delle stesse nella realizzazione della missione aziendale.
7. È il garante dei processi di qualità e di sicurezza aziendali.
8. Compete in particolare al Direttore Generale:

- esercitare i poteri organizzativi e gestionali attribuiti dalle leggi, 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, di efficienza e di economicità della gestione complessiva;
- assumere la responsabilità del budget generale dell'Azienda nel rispetto del vincolo delle risorse assegnate dalla Regione, nonché dell'assegnazione dei budget ai singoli dirigenti;
- esercitare le funzioni di verifica e di controllo dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi programmati.

9. Gli atti di competenza del Direttore Generale sono:

- nomina e revoca del Direttore Amministrativo, del Direttore Sanitario e del Direttore dei Servizi Sociosanitari;
- nomina del Collegio Sindacale, dell'Organo di Indirizzo e del Collegio di Direzione;
- nomina del Consiglio dei Sanitari e dell'Organismo Indipendente di Valutazione;
- costituzione e nomina dei componenti del Comitato Unico di Garanzia;
- nomina del Responsabile per la prevenzione della corruzione e per la trasparenza;
- nomina del Responsabile del Servizio Prevenzione e Protezione;
- nomina del Medico Competente;
- nomina del Responsabile privacy;
- nomina dei Responsabili del trattamento dei dati;
- adozione e modifica dell'Atto aziendale;
- adozione degli atti fondamentali di programmazione aziendale;
- adozione del Documento di Valutazione dei Rischi (art. 28 d.lgs 81/2008)
- sottoscrizione dell'Accordo di programma relativo ai Piani di zona, di cui alla normativa regionale;
- attribuzione diretta del budget ai Responsabili delle Strutture aziendali;
- controlli annuali e infrannuali;
- adozione dei regolamenti interni di portata generale;
- nomina e revoca dei Direttori di Dipartimento, Direttori di Struttura Complessa dell'Azienda nonché dei Responsabili delle strutture semplici – dipartimentali e non, degli incarichi professionali della dirigenza, degli incarichi di funzione organizzativi e professionali del Comparto;
- nomina dei Collegi tecnici per la valutazione dei dirigenti e delle commissioni concorsuali;
- adozione dei provvedimenti conseguenti alla valutazione dei dirigenti;
- decisione di stare in giudizio e nomina dei legali;
- stipula dei contratti collettivi integrativi di lavoro del personale dipendente e convenzionato;
- stipula di convenzioni o intese con soggetti pubblici o privati, salva la loro sottoscrizione che può essere delegata;
- sottoscrizione dei contratti, fatte salve le attribuzioni proprie dei dirigenti e/o delegate agli stessi secondo gli atti organizzativi interni;
- cura dei rapporti esterni con le Istituzioni e gli organi di stampa;
- assicurazione dei rapporti tra l'Azienda e la Conferenza dei Sindaci, partecipando alle sedute su invito del Presidente;
- stipula degli accordi con le strutture private accreditate;
- acquisizione/alienazione del patrimonio immobiliare;

- ogni altro atto ad elevato contenuto discrezionale, non di natura tecnico professionale, la cui materia non sia stata preventivamente regolamentata e non sia riservata, espressamente, o delegata ad altri soggetti aziendali.
10. Tutti gli atti e i provvedimenti, non specificatamente riservati al Direttore Generale, sono di competenza dei dirigenti, o delegati agli stessi, che li adottano, nei limiti e per il raggiungimento degli obiettivi di mandato e/o di budget loro assegnati, e nel rispetto delle direttive in materia eventualmente impartite.
  11. Il Direttore Generale, qualora ravvisi negli atti emanati dai dirigenti pregiudizio alla legalità, imparzialità o al buon andamento dell'Azienda, ovvero la non corretta gestione delle risorse assegnate nei budget, sentito il dirigente che ha adottato l'atto o il provvedimento, annulla gli atti illegittimi nonché revoca i provvedimenti in contrasto con i principi di buon andamento e di corretta gestione delle risorse.
  12. Il Direttore Generale, in caso di inerzia del dirigente nell'adottare atti amministrativi o provvedimenti di competenza dello stesso, può disporre l'avocazione o l'affidamento dell'adozione ad altro dirigente.
  13. In caso di impedimento o assenza del Direttore Generale le relative funzioni sono svolte temporaneamente dal Direttore di Area (Sanitario, Socio-Sanitario o Amministrativo) nominato dal Direttore Generale con proprio decreto. In caso di mancata nomina del sostituto ne fa le veci il Direttore più anziano di età. L'assunzione di tali funzioni di supplenza hanno carattere aggiuntivo e non esclusivo.

## 14. IL COLLEGIO SINDACALE

1. Il Collegio Sindacale è l'organo collegiale, titolare della funzione di controllo istituzionale sull'andamento delle attività dell'Azienda e sulla rispondenza delle attività di governo e di gestione della stessa, ai principi di legalità e di economicità, in particolare sotto il profilo della gestione economica, finanziaria e patrimoniale.
2. Al Collegio compete:
  - verificare l'attività dell'Azienda sotto il profilo della gestione economica, finanziaria e patrimoniale;
  - vigilare sull'osservanza della legge, accertare la regolare tenuta della contabilità e la conformità del bilancio alle risultanze dei libri e delle scritture contabili;
  - effettuare periodicamente verifiche di cassa e svolgere le altre funzioni al medesimo attribuite da leggi nazionali e regionali;
  - valutare l'adeguatezza della struttura organizzativa dell'Azienda per gli aspetti del sistema di controllo interno e del sistema amministrativo-contabile, con particolare riferimento all'affidabilità di quest'ultimo nel rappresentare correttamente i fatti di gestione;
  - riferire periodicamente alle regioni sulle risultanze dei riscontri eseguiti;
  - trasmettere periodiche relazioni, con cadenza almeno semestrale, sull'andamento dell'attività dell'Azienda alla Conferenza dei Sindaci.
3. I componenti del Collegio sindacale possono procedere ad atti di ispezione e controllo, anche individualmente.
4. La composizione e la durata del Collegio sono disciplinate dalla normativa regionale. Il Presidente del Collegio Sindacale è designato dalla Regione sentito il Rettore dell'Università.
5. Il Collegio, fermo restando la diversità della responsabilità e delle competenze assegnate dalla normativa, ispira la propria attività al principio della piena collaborazione e della sinergia operativa con le strutture aziendali, favorendo costanti e reciproche forme di consultazione e di coinvolgimento, in particolare per gli atti ed i provvedimenti che maggiormente incidono sul processo di programmazione aziendale.

## 15. L'ORGANO DI INDIRIZZO

1. È costituito con provvedimento del Direttore Generale, su conforme disposizione della Direzione Centrale Salute, Politiche Sociali e Disabilità della Regione Friuli Venezia Giulia e dura in carica 4 anni. E' composto da tre componenti di riconosciuta competenza in materia di organizzazione e programmazione dei servizi sanitari:
  - componente designato dalla Regione tra la dirigenza ospedaliera del SSR



- Direttore del Dipartimento di Scienze Mediche, Chirurgiche e della Salute
- componente designato dalla Regione d'intesa con il Rettore dell'Università, ai sensi del Protocollo d'Intesa Regione-Università degli Studi di Trieste per lo svolgimento dell'attività assistenziale dell'Università.

Il **Presidente** è individuato tra i componenti, d'intesa tra Regione ed Università. È titolare della funzione di garanzia della coerenza fra la programmazione generale dell'attività assistenziale dell'Azienda con la programmazione didattica e scientifica dell'Università e di verifica della corretta attuazione della programmazione con riferimento ai Dipartimenti ad Attività Integrata (art. 4 D.lgs. 517/99).

Svolge, in particolare, le seguenti funzioni:

- assicura il corretto monitoraggio dell'attuazione del Protocollo d'Intesa e dei livelli di integrazione, attraverso l'individuazione di indicatori specifici;
- propone al Direttore Generale iniziative e misure atte ad assicurare la coerenza della programmazione generale dell'attività assistenziale dell'Azienda con la programmazione didattica e scientifica del Corso di laurea di Medicina e chirurgia, del Corso di laurea in Odontoiatria e Protesi Dentaria, dei corsi di laurea attinenti le professioni sanitarie, delle Scuole di specializzazione;
- verifica la corretta attuazione della programmazione;
- propone al Direttore Generale una terna di nominativi per la nomina, da parte del medesimo, del coordinatore scientifico;
- fornisce, ove richiesto dal Direttore Generale, consulenza in materia programmatica, didattica, scientifica.

2. Il Direttore Generale partecipa ai lavori dell'Organo di indirizzo senza diritto di voto.

## 16. IL COLLEGIO DI DIREZIONE

1. Il Collegio di Direzione è nominato dal Direttore Generale, che lo presiede, ed è composto da:

- Componenti della Direzione Strategica
- Direttori dei Dipartimenti
- Direttori di Distretto
- 2 Direttori di Struttura complessa area ospedaliera P.O. Cattinara-Maggiore, individuati dal Direttore Generale
- 2 Direttori di Struttura complessa area ospedaliera P.O. Gorizia-Monfalcone, individuati dal Direttore Generale
- I Direttori delle Strutture Complesse delle Professioni Sanitarie
- Il Referente aziendale della professione di Assistente Sociale

2. Al Collegio di Direzione possono essere invitati dal Direttore Generale, anche in relazione alla specificità degli argomenti trattati, i responsabili di altre articolazioni organizzative aziendali.

3. Il Collegio di Direzione è organo di supporto della Direzione Strategica, concorre alla definizione e alla attuazione delle strategie aziendali e all'assunzione delle decisioni gestionali, anche individuando indicatori di risultato clinico-assistenziali e di efficienza, nonché i requisiti di appropriatezza e di qualità delle prestazioni e proponendo piani per il corretto utilizzo e gestione delle risorse, allo scopo di ottimizzare il raggiungimento degli obiettivi, favorendo altresì il coordinamento fra i soggetti preposti alle singole strutture ed organismi aziendali, anche nell'ottica di accrescimento dello spirito di appartenenza aziendale.

4. 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.

5. L'attività del Collegio di Direzione è disciplinata da apposito regolamento aziendale, fermo restando che gli atti del Collegio vanno formulati al Direttore Generale come pareri o proposte e non assumono carattere vincolante.

## III. ORGANISMI COLLEGIALI

## **17. IL COMITATO UNICO DI GARANZIA (CUG)**

1. Il Comitato Unico di Garanzia (CUG) per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni, è previsto dalla vigente normativa e sostituisce, unificando le competenze in un solo organismo, i comitati per le pari opportunità e i comitati paritetici sul fenomeno del mobbing, costituiti in applicazione della contrattazione collettiva, dei quali assume tutte le funzioni previste dalla legge, dai contratti collettivi di lavoro relativi al personale delle amministrazioni pubbliche o da altre disposizioni normative.
2. Il Comitato ha composizione paritetica ed è formato da componenti designati da ciascuna delle organizzazioni sindacali rappresentative e da un pari numero di rappresentanti dell'Amministrazione, nonché da componenti supplenti.
3. L'attività del Comitato è disciplinata da apposito Regolamento, approvato dal CUG stesso, che stabilisce criteri modalità e termini di funzionamento.

## **18. IL COMITATO VALUTAZIONE SINISTRI**

1. Le esperienze regionali in materia di gestione del contenzioso medico-legale in regime di "autoritenzione" del rischio trovano la loro declinazione in un approccio operativo che attraverso la composizione di un Comitato Valutazione Sinistri, non soltanto definisce la migliore strategia difensiva nell'interesse dell'Azienda Sanitaria nelle fasi extragiudiziali e giudiziali del contenzioso medico-legale, ma individua nuovi strumenti di gestione del rischio clinico per la prevenzione dell'evento avverso.
2. Da qui, scaturisce una composizione multidisciplinare del Comitato Valutazione Sinistri, che sotto il coordinamento delle SSCC di Medicina Legale, individua nei suoi requisiti minimi, di:
  - Direttore SC di Medicina Legale (Presidente)
  - Medici legali in servizio presso la SC di Medicina Legale
  - Responsabile dell'Ufficio Legale
  - 1 amministrativo con mansioni di segretario
  - Direttore Sanitario del Presidio Ospedaliero (o suo delegato)
  - Clinical Risk Manager (se non coincide con il Direttore della SC di Medicina Legale)
3. Appare utile, poter integrare, il Comitato Valutazione Sinistri (CVS) con la figura di un loss adjuster.
4. Di volta in volta, potranno, essere invitati a comporre il Comitato Valutazione Sinistri (CVS) le seguenti figure operative:
  - avvocato incaricato della difesa dell'Azienda Sanitaria (mediazione, ATP, causa civile) per aggiornamenti sullo stato del contenzioso affidato;
  - Responsabile dell'UO coinvolta (o suo delegato) per eventuali chiarimenti sulla vicenda per cui vi è richiesta di risarcimento.
5. Il Comitato Valutazione Sinistri, nell'ambito delle sue riunioni (generalmente mensili), provvederà alla discussione delle richieste di risarcimento per le quali è conclusa la fase istruttoria e dello stato di avanzamento dei sinistri per i quali è già avviato procedimento di mediazione, accertamento tecnico preventivo o causa civile secondo rito ordinario, così che la decisione presa nell'interesse dell'Azienda Sanitaria, discenderà da una valutazione collegiale e multidisciplinare ponderata secondo criteri medico-legali (an e quantum), giurisprudenziali (es. orientamenti dei Tribunali locali), assicurativi (es. rischio di soccombenza).
6. Il Comitato Valutazione Sinistri (CVS) declinerà le sue modalità operative attraverso un Regolamento, all'interno del quale saranno definiti compiti e competenze anche in relazione agli adempimenti previsti dalla recente normativa (L. 24/2017), tempi e modalità di istruzione del sinistro (indicatori di processo), indicatori di qualità della redazione del parere medico-legale secondo buone pratiche approvate dalle competenti Società Scientifiche.
7. E' ragionevole, in ultima analisi, prevedere, a livello regionale, la composizione di un Comitato Valutazione Sinistri Regionale, composto dai responsabili degli Uffici Legali delle Aziende Sanitarie e dai Presidenti dei Comitati

Valutazione Sinistri, all'interno dei quali vengano discussi sinistri per i quali vi sia indicazione ad una transazione per importi elevati (es. oltre 400.000 o 500.000 euro).

## IV. ORGANIZZAZIONE STRATEGICA

### 19. I SETTORI DI OFFERTA

1. ASUGI sviluppa la propria offerta di salute nell'ambito di due settori:
  - Il settore Polo Ospedaliero;
  - Il settore Rete Territoriale.
2. La programmazione e il coordinamento delle attività di ciascun settore aziendale è assicurata dalla Direzione Strategica.
3. Il settore polo ospedaliero è prevalentemente orientato alle prestazioni in acuzie in emergenza/urgenza e in elezione e all'erogazione di prestazioni sanitarie specialistiche a livelli crescenti di complessità.
4. Il Polo Ospedaliero si articola in Presidi Ospedalieri e Dipartimenti organizzati per specializzazioni e livelli di intensità di cura.
5. La co-esistenza in ASUGI del Presidio Ospedaliero di II livello "Cattinara – Maggiore", Ospedale di Cattinara e Ospedale Maggiore a Trieste e del Presidio Ospedaliero di Base "Gorizia – Monfalcone", Ospedale "S. Polo" a Monfalcone e Ospedale "S. Giovanni di Dio" a Gorizia, è funzionale alla piena realizzazione del modello "hub & spoke" mediante la specializzazione per livelli di complessità.
6. L'offerta ospedaliera dovrà, mantenendo un contesto unitario, specializzarsi nei diversi Ospedali al fine di garantire una buona efficienza produttiva in tutti i contesti aziendali attraverso un'allocazione flessibile delle risorse produttive (sale operatorie, posti letto, ambulatori, risorse umane, tecnologie) e consentire un pieno utilizzo di tutti i fattori produttivi.
7. La Rete Territoriale eroga prestazioni distrettuali di diagnosi, cura e riabilitazione, di prevenzione sanitaria, specialistiche oltre alle cure intermedie, salute mentale e dipendenze.
8. La rete territoriale è articolata, pertanto, al fine di poter garantire una propria offerta alternativa e/o complementare all'ospedale per prestazioni di bassa intensità e complessità assistenziale.
9. Le due dimensioni aziendali e i relativi assetti organizzativi sono funzionali all'esigenza di condividere le risorse produttive superandone la frammentazione e divisione fra "ospedale – territorio", "sanitario – socio sanitario".
10. Più nello specifico, ASUGI, dovrà soddisfare in modo efficace con servizi di qualità la domanda di pazienti cronici (in relazione al mutamento demografico, sociale e culturale della popolazione di riferimento, all'evoluzione della malattia, complicanze e comorbidità) e dei c.d. "frequent user", ossia pazienti che si rivolgono ripetutamente al SSR.
11. Ciò è possibile esclusivamente attraverso un percorso di mutamento culturale – organizzativo degli operatori del sistema, che consenta loro di sviluppare la capacità di agire all'interno di "processi organizzativi" e non solo per ambiti specialistici e/o discipline.
12. Pertanto l'articolazione di ASUGI nei settori ospedaliero e territoriale, non esprime la separazione tra momenti erogativi diversi, ma la risposta ai bisogni del paziente all'interno di un ambiente unitario di erogazione, secondo una visione organizzativa che segua la logica del processo orizzontale che si sviluppa in tutta o parte della rete dei servizi.

### 20. LA VISIONE PER PROCESSI

1. L'organizzazione per dipartimenti gestionali ("verticali"), nel rispetto del D. Lgs. 502/92 è il modello organizzativo base per l'erogazione delle prestazioni, sanitarie e non sanitarie, articolati in Unità Cliniche Operative (U.C.O.), Strutture Complesse (S.C.), Strutture Semplici Dipartimentali (S.S.D.) e Strutture Semplici (S.S.) costituendo, quindi l'area di produzione e di Staff che rispondono alla Direzione Strategica.

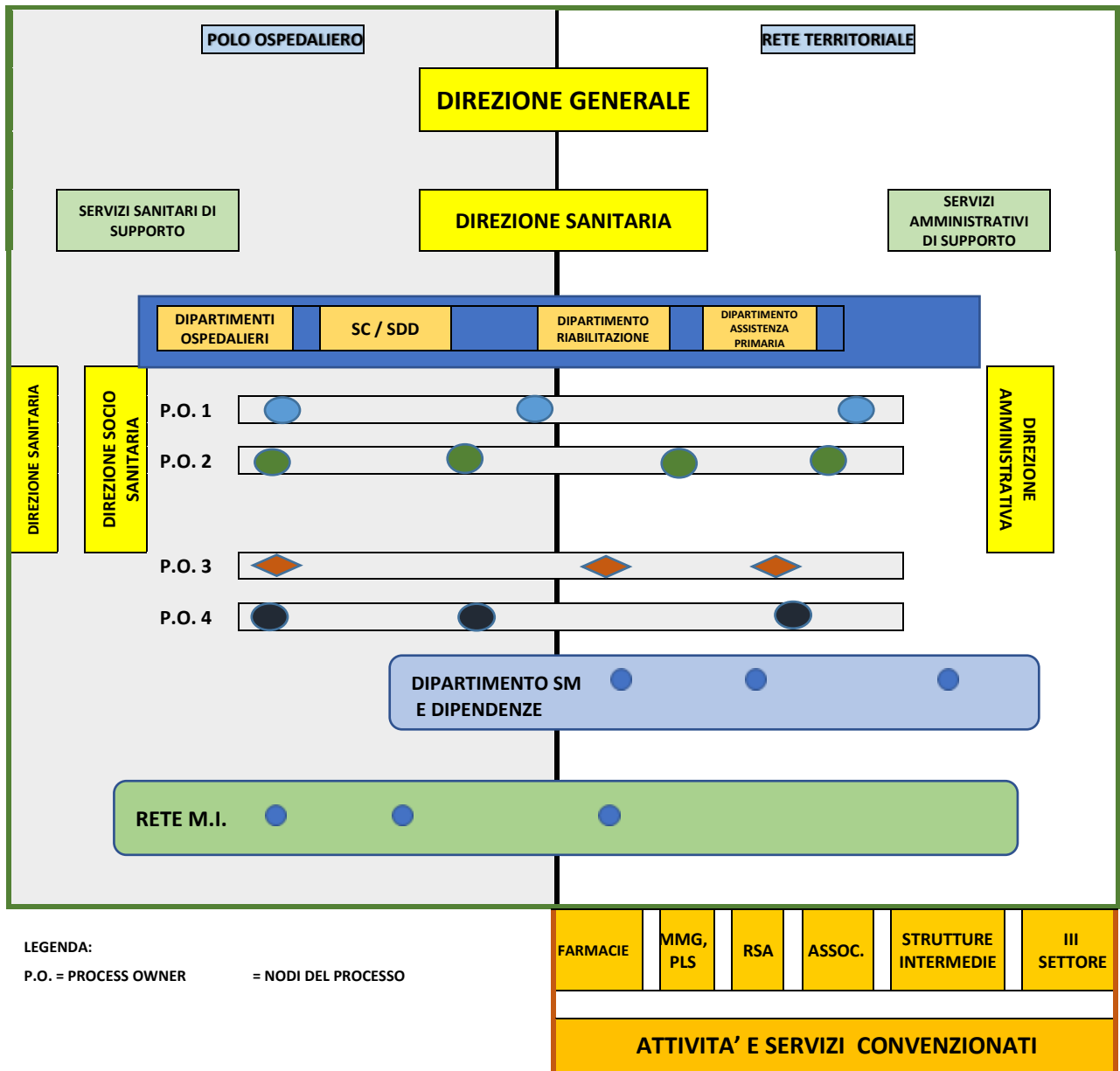
2. L'articolazione organizzativa deve essere letta e sviluppata secondo una visione per "processi" ("orizzontali") che si sovrappone all'organizzazione di base che viceversa poggia su discipline, branche specialistiche, competenze e attività.
3. Il nuovo modello consentirà di mettere in rete tutti i servizi espressi nelle aree di produzione fornendo una risposta completa in un quadro che al paziente dovrà risultare unitario (logica di "rete").
4. In questo contesto prevale il criterio della presa in carico del paziente, coinvolgendo molteplici discipline e figure professionali, evitando la frammentazione dei processi e la suddivisione dei servizi fra area ospedaliera e territoriale (filiera erogativa "ospedale e territorio"), garantendolo lungo l'intero percorso diagnostico – terapeutico e assistenziale.
5. L'organizzazione dipartimentale verticale costituisce l'"ossatura" di ASUGI che si muove per "processi" e pertanto andrà reingegnerizzata in funzione dei principi sopra espressi con riferimento sia ai processi primari di erogazione che ai processi di supporto sanitari (diagnostica, servizio farmaceutico, risk management, ecc.) e non sanitari (sistemi informativi, acquisti, gestione risorse umane, logistica, ecc.).
6. ASUGI promuove il governo dei processi orizzontali che risponderanno alla Direzione Sanitaria qualora caratterizzati da una prevalente componente clinica (ad esempio reti di patologia, reti tempo dipendenti ecc.) ovvero alla Direzione Socio-Sanitaria quando fortemente collegati all'integrazione fra ospedale e territorio, tra sociale e sanitario.

## 21. IL RESPONSABILE DI PROCESSO

1. Al fine di organizzare i processi orizzontali in ASUGI è istituita la figura del Responsabile di processo (Process Owner – P.O.) al quale è attribuita la responsabilità di governo dei processi trasversali. Il responsabile assicura una unitaria programmazione, organizzazione e valutazione delle attività nel relativo ambito di applicazione.
2. Il Responsabile di processo intercetta aggregazioni di Strutture Complesse o Semplici oppure di Dipartimenti.
3. Le responsabilità sono di tipo organizzativo nel processo, pertanto non necessariamente deve essere identificato in un profilo medico, potrà avere competenze variabili a seconda delle specificità, ma dovrà avere forti capacità di mediazione.
4. Il Responsabile di processo o Process Owner:
  - opera in modo trasversale alle unità di offerta;
  - facilita l'integrazione tra le risorse dedicate al processo nelle varie Strutture Complesse o Dipartimenti;
  - mantiene un confronto costante con i responsabili delle strutture di produzione;
  - monitora le prestazioni;
  - analizza le fasi del processo suggerendo le azioni di miglioramento ai responsabili delle funzioni su cui insiste il processo stesso;
  - garantisce il raccordo con i pazienti.
5. Il modello organizzativo prevede la identificazione di linee di processo trasversali a strutture e dipartimenti che rispondano alle seguenti necessità:
  - Centralità del paziente
  - Ricomposizione dei fattori produttivi necessari e funzionali al processo
  - Attività svolte in diverse sedi aziendali
    - Identificazione di più setting assistenziali.
6. Si riportano di seguito alcune esemplificazioni di processi aziendali:
  - a) *PERCORSO PATOLOGIE ONCOLOGICHE POLMONARI E PLEURICHE ASBESTO CORRELATE*
  - b) *PERCORSO DEL PAZIENTE DIABETICO AFFETTO DA COMPLICANZE: PIEDE DIABETICO, RETINOPATIA DIABETICA, NEFROPATIA DIABETICA,*
  - c) *PERCORSO DEL PAZIENTE AFFETTO DA MELANOMA E LESIONI CUTANEE (SKIN UNIT)*
  - d) *PERCORSO PATOLOGIE ONCOLOGICHE DELLA DONNA (BREAST UNIT)*
  - e) *PERCORSO DEL PAZIENTE CARDIOPATICO SCOMPENSATO.*

## 22. L'ORGANIZZAZIONE A MATRICE

1. L'articolazione organizzativa a matrice di ASUGI è rappresentata nello schema riportato di seguito.
2. L'assetto organizzativo di ASUGI è rappresentato all'interno del quadro verde, diviso in polo ospedaliero (area sinistra) e rete territoriale (area a destra).
3. Le aree di produzione sanitaria e socio-sanitaria sono sviluppate nella parte alta e rappresentano i "nodi" aziendali di erogazione (strutture complesse e servizi).
4. In ambito ospedaliero le attività cliniche possono essere organizzate verticalmente per specialità medica oppure per intensità di cure.
5. Nella parte a destra sono rappresentati i "nodi" di erogazione delle unità di offerta territoriale lato sensu, comprensiva quindi anche degli "enti" che non sono strutture organizzative di ASUGI (Farmacie, RSA convenzionate, Residenze per Anziani, Terzo Settore, Associazioni di Volontariato, pazienti/familiari, ecc.)
6. I processi "orizzontali" di cura e assistenza, funzionali alla presa in carico delle diverse tipologie di pazienti nel contesto di percorsi clinico – assistenziali specifici possono intercettare diversi punti di erogazione.
7. I nodi della rete, siano essi strutture di ASUGI o no, sono intercettati dal processo di cura.
8. Responsabile del processo di reingegnerizzazione è la Direzione Strategica.
9. La strategia aziendale di aggregazione di processi dovrà avere una visione di lungo periodo e potrà variare in funzione degli obiettivi strategici (regionali, aziendali), da fattori di contesto ambientale (densità popolazione, struttura dell'offerta territoriale, bacino di utenza, ecc.) e da fattori di contesto aziendali (risorse strutturali, umane, tecnologiche, finanziarie, clinico aziendali, ecc.)



## V. LA DIREZIONE AZIENDALE

### 23. LA DIREZIONE STRATEGICA

1. La Direzione Strategica è composta:
  - dal Direttore Generale,
  - dal Direttore Sanitario,
  - dal Direttore Amministrativo,
  - dal Direttore dei Servizi Sociosanitari.

2. Il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo e il Direttore dei Servizi Sociosanitari coadiuvano il Direttore Generale nell'esercizio delle funzioni che gli sono attribuite, e concorrono al governo dell'Azienda.
3. La Direzione Strategica è la sede di governo dell'Azienda, in quanto definisce le strategie e le politiche aziendali sulla base delle indicazioni della pianificazione regionale e ne controlla la realizzazione, assolve alle funzioni di indirizzo e controllo direzionale, verificando il corretto impiego delle risorse assegnate rispetto al raggiungimento di obiettivi prefissati.
4. Garantisce, inoltre, le interrelazioni necessarie per il perseguimento dei fini aziendali con gli organi dell'Azienda (Collegio di Direzione, Collegio Sindacale ed Organo di Indirizzo), gli organismi aziendali (Consiglio dei Sanitari e Organismo Indipendente di Valutazione) e con le istituzioni.
5. Il Direttore Sanitario, il Direttore Amministrativo ed il Direttore dei Servizi Sociosanitari sono nominati dal Direttore Generale secondo le disposizioni previste dalla normativa vigente.
6. Nell'esercizio delle funzioni proprie o delegate, anche in caso di vacanza dell'ufficio di Direttore Generale, agiscono in stretta collaborazione al fine di assicurare la massima integrazione operativa fra area sanitaria, area sociosanitaria ed area amministrativa.
7. Essi esercitano:
  - le attribuzioni specificatamente previste dalla normativa vigente;
  - le ulteriori competenze ad essi delegate dal Direttore Generale;
  - le competenze ad essi delegate dal Direttore Generale in caso di sua assenza o impedimento, per il periodo di assenza o impedimento.
8. In caso di assenza o impedimento del Direttore Sanitario, del Direttore Amministrativo e del Direttore dei Servizi Sociosanitari, le relative funzioni sono svolte temporaneamente da un dirigente nominato dal Direttore Generale. L'esercizio di tali funzioni di supplenza riveste carattere aggiuntivo e non esclusivo.

## 24. IL DIRETTORE SANITARIO

Il Direttore Sanitario coadiuva il Direttore Generale concorrendo al governo aziendale e partecipa ai processi di pianificazione strategica e di programmazione annuale.

1. Dirige i servizi sanitari ai fini organizzativi e igienico-sanitari, ed è responsabile:
  - del governo clinico complessivo aziendale, inteso come insieme organizzato ed armonico delle attività volte ad assicurare la qualità clinico assistenziale delle prestazioni erogate ed il loro costante miglioramento, incluso il Rischio clinico;
  - della direzione delle strutture sanitarie ai fini igienico-organizzativi, assicurando il coordinamento e l'integrazione delle Strutture dell'Azienda, nonché promuovendo la valorizzazione delle professioni sanitarie e lo sviluppo della loro autonomia e responsabilizzazione, in coerenza con i principi disposti dalla L. n. 251/2000 e dalle Leggi Regionali;
  - del controllo dei "budget di attività" inerenti le Strutture sanitarie, fermo restando che i responsabili delle stesse rispondono, in piena autonomia, delle attività prestate e dei risultati conseguiti rispetto agli obiettivi e risorse assegnati dal Direttore generale.
2. Formula, altresì proposte e pareri obbligatori e facoltativi al Direttore Generale nelle materie di propria competenza e collabora alla determinazione ed assegnazione dei budget ai Responsabili delle strutture sanitarie.
3. Coordina i processi organizzativi relativi ai percorsi assistenziali, avvalendosi a tal fine dei propri uffici, dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari, dei Direttori dei Distretti e dei Responsabili delle Strutture sanitarie dell'Azienda, governando i processi orizzontali a vocazione prevalentemente clinica.

## 25. IL DIRETTORE DEI SERVIZI SOCIOSANITARI

Il Direttore dei Servizio Sociosanitari coadiuva il Direttore Generale concorrendo al governo aziendale e partecipa ai processi di pianificazione strategica e di programmazione annuale.

1. Il Direttore dei Servizi Sociosanitari esercita le funzioni di cui all'art. 8 della LR 27/2018, in particolare al Direttore dei Servizi Sociosanitari competono funzioni di indirizzo, vigilanza e coordinamento dell'attività dei Dipartimenti territoriali e dei Distretti in collaborazione con il Direttore Sanitario. Qualora in possesso del requisito della laurea in medicina e chirurgia, con provvedimento del Direttore Generale, possono essergli affidate – in alternativa al Direttore Sanitario e in maniera complementare alle responsabilità a questo affidate - la direzione ai fini organizzativi e igienico-sanitari delle strutture sanitarie territoriali nonché la responsabilità del governo clinico e del controllo dei "budget di attività" delle stesse, concorrendo, in coordinamento con il Direttore Sanitario, al governo clinico complessivo aziendale, inteso come insieme organizzato ed armonico delle attività volte ad assicurare la qualità clinico assistenziale delle prestazioni erogate ed il loro costante miglioramento. È inoltre responsabile della conduzione delle Strutture ad alta integrazione socio sanitaria afferenti alla rete territoriale. È responsabile dei percorsi di presa in carico (processi orizzontali) dei pazienti ad alta integrazione tra ospedale e territorio coordinando l'attività dei P.O..
2. La Direzione Sociosanitaria garantisce ai pazienti che necessitano di presa in carico sociosanitaria di entrambi i settori aziendali la continuità assistenziale verso l'ambito territoriale:
  - direttamente con la presa in carico del paziente e l'erogazione da parte delle proprie strutture erogatrici;
  - attraverso l'erogazione di prestazioni svolte anche in collaborazione con altri erogatori privati accreditati nell'ambito di relazioni di rete precostituite e in applicazione del Piano Assistenziale Individuale garantendo percorsi protetti di presa in carico socio sanitaria
3. In particolare, il Direttore dei Servizi Sociosanitari:
  - formula al Direttore Generale proposte sulle materie di propria competenza e si rapporta con i Comuni e con i soggetti del Terzo settore nonché supporta il Direttore Generale nel rapporto con la Conferenza dei Sindaci;
  - partecipa alla programmazione strategica della rete dei servizi sanitari territoriali, riconducibili ai LEA distrettuali e sociosanitari; mantiene i rapporti istituzionali con le Amministrazioni locali e fornisce indirizzi sulle materie ad alta integrazione sociosanitaria alle Strutture aziendali ed esercita funzioni di promozione, programmazione e orientamento per la formulazione e attuazione dei Piani di Zona e delle attività socio-sanitarie integrate nei PAA;
  - indirizza e coordina i Direttori di Distretto e di Dipartimento per l'attuazione di un'omogenea politica di gestione e sviluppo dei servizi sanitari territoriali, riconducibili ai LEA distrettuali, e socio-sanitari e di attuazione dei relativi interventi per il raggiungimento degli obiettivi previsti nei PDZ integrati e nei PAA nonché collabora con i summenzionati Direttori per le proprie competenze nella gestione delle funzioni ad alta integrazione relative a minori e famiglia, anziani non autosufficienti, disabili, persone con problemi di salute mentale e di dipendenza nonché detenuti;
  - definisce gli indirizzi in modo da assicurare le funzioni di integrazione/inclusione lavorativa e i progetti di impiego temporaneo e cura la funzione di integrazione lavorativa per persone con disabilità iscritte alla lista di collocamento mirato istituite dalla Legge 68/1999, in stretta collaborazione con le strutture deputate alla gestione della disabilità, con i DSM e le Dipendenze e inoltre coordina le strategie e gli strumenti orientati all'integrazione e all'inserimento lavorativo fra dette strutture, i Servizi di salute mentale e delle dipendenze e il Servizio di inserimento lavorativo (SIL);
  - indirizza e coordina le politiche relative ai rapporti con le associazioni nell'ambito delle reti dei servizi socio-sanitari e l'attività socio-assistenziale e di integrazione inter istituzionale presente a livello territoriale in accordo con i Distretti;
  - esercita funzioni di indirizzo, coordinamento e raccordo con le articolazioni aziendali per il governo delle politiche riguardanti la professione di assistente sociale;
  - disciplina e coordina i tirocini curricolari ed extracurricolari, le frequenze istituzionali, i progetti di alternanza scuola/lavoro e di servizio civile e dei relativi rapporti di carattere convenzionale con le Università;
  - garantisce la gestione ed implementazione dei progetti socio-sanitari in particolare per i progetti di cooperazione transfrontaliera in ambito sociosanitario, progetti locali e attività internazionale nelle aree sociosanitarie e dell'inclusione sociale e attività socio-sanitarie quali progetti terapeutico-riabilitativi personalizzati con budget individuale di salute;



- è referente delle progettualità della S.C. Area Welfare di Comunità e dei progetti di cooperazione transfrontaliera di ambito socio sanitario; promuove inoltre collaborazioni finalizzate a individuare e sviluppare opportunità di finanziamento sui Fondi europei a favore di progetti nelle aree sociosanitarie e dell'inclusione sociale.
4. Al fine di garantire l'equità di accesso e di attività su tutto l'ambito aziendale, al Direttore dei Servizi Sociosanitari compete, avvalendosi delle diverse organizzazioni aziendali, l'attuazione di periodiche e sistematiche verifiche e valutazioni sullo stato dei servizi ad elevata integrazione sociale e sanitaria a garanzia della continuità dell'assistenza e presa in carico globale dell'utente nonché della qualità assistenziale. Inoltre, con il supporto delle strutture amministrative aziendali, sovrintende all'attuazione delle procedure di accreditamento delle strutture socio-sanitarie e sociali e dei relativi atti convenzionali dandone uniformità su tutto il territorio aziendale.
  5. Coordina i processi organizzativi relativi ai percorsi sociosanitari e di integrazione istituendo, se del caso, un Coordinamento Sociosanitario che presiede e avvalendosi a tal fine dei propri uffici di staff, dei Direttori dei Dipartimenti Sanitari territoriali, dei Direttori dei Distretti e dei Responsabili delle strutture sanitarie e socio sanitarie dell'Azienda.

## 26. IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO

Il Direttore Amministrativo coadiuva il Direttore Generale concorrendo al governo aziendale e partecipa ai processi di pianificazione strategica e di programmazione annuale.

1. Il Direttore Amministrativo dirige gli uffici amministrativi e tecnici aziendali, coordinandoli ai fini dell'integrazione operativa degli stessi e dell'uniformità dei processi di gestione delle procedure, fornendo il necessario supporto giuridico, economico e tecnico secondo le modalità proprie dell'indirizzo/controllo, con specifico riferimento alle tematiche del governo giuridico amministrativo ed economico-finanziario dell'Azienda, al buon andamento ed all'imparzialità dell'azione amministrativa, alla qualità dei processi e all'innovazione dei sistemi di gestione.
2. Vigila sulla legittimità degli atti amministrativi dell'Azienda e fornisce il necessario supporto giuridico, economico e tecnico.
3. Formula proposte e pareri al Direttore Generale sulle materie di propria competenza.
4. Coadiuva il Direttore Generale nella determinazione ed assegnazione dei "budget di risorsa" ai Responsabili delle Strutture Professionali, Tecniche e Amministrative. È responsabile delle attività e degli obiettivi inerenti alle predette Strutture, fermo restando che i Responsabili delle stesse rispondono del budget loro assegnato.
5. Coordina i processi organizzativi relativi ai percorsi amministrativi e tecnici, avvalendosi a tal fine dei propri Uffici, dei Direttori dei Dipartimenti Amministrativi e dei Responsabili delle Strutture Professionali, Tecniche e Amministrative dell'Azienda.

## VI. L'ASSETTO ORGANIZZATIVO GENERALE

### 27. LE STRUTTURE AZIENDALI E I LIVELLI DI RESPONSABILITÀ

1. L'Azienda adotta un modello organizzativo a matrice, che prevede strutture dipartimentali che aggregano strutture complesse e semplici e piattaforme e aree assistenziali o tecnico-assistenziali, che coordinano e adeguano piani di lavoro e attività con i programmi integrati di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione.
2. L'organizzazione dell'Azienda prevede l'articolazione in:
  - Dipartimenti (Assistenziali e ad Attività Integrata D.A.I.)
  - Strutture Complesse (S.C. e U.C.O.)
  - Strutture Semplici Dipartimentali (S.S.D.)
  - Strutture Semplici (S.S.)
  - Aree Assistenziali o Tecnico Assistenziali delle Professioni Sanitarie
  - Dipartimenti interaziendali
  - Responsabile di processo

## 28. I DIPARTIMENTI

1. Il Dipartimento è una Struttura Complessa con autonomia tecnico-professionale e gestionale, nei limiti degli obiettivi assegnati e delle risorse attribuite, nell'ambito della programmazione aziendale.

Sovraordinata alla Struttura Complessa (S.C.) o Semplice Dipartimentale (S.S.D.) rispetto agli aspetti gestionali; aggrega più strutture omogenee, affini o complementari che, pur mantenendo la loro autonomia, indipendenza e responsabilità, attraverso l'integrazione funzionale e organizzativa delle risorse complessivamente assegnate, sono orientate a perseguire obiettivi comuni assegnati dalla Direzione Strategica nel corso del processo di budget.

Il Dipartimento rappresenta, quindi, attraverso l'esercizio dei differenti ruoli e delle relative responsabilità in esso ricomprese, lo strumento prioritario per il perseguimento degli obiettivi di governo clinico, la verifica ed il miglioramento della qualità delle prestazioni sanitarie.

2. Ha quindi lo Scopo di coordinare e sviluppare le attività cliniche, assistenziali, didattiche e di ricerca scientifica, tecnico-amministrative delle Strutture Complesse e delle Strutture Semplici di Dipartimento costituendo la struttura di raccordo di competenze e qualità professionali che individuano regole comuni al fine di omogeneizzare ed armonizzare i comportamenti professionali, i processi produttivi e l'organizzazione, al fine di garantire equità di trattamento dei cittadini.
3. Fermo restando quanto previsto al comma 1, i Dipartimenti aggregano strutture di linea che assicurano servizi coordinati dalle rispettive Direzioni, al fine di ottimizzare risorse, processi, contenere i costi e garantire, secondo criteri di unitarietà, il coordinamento, l'indirizzo e il controllo delle strutture complesse che li costituiscono.

I Dipartimenti possono:

- di I livello strutturali quando aggregano più Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali;
- di II livello strutturali quando sono sovraordinati a più Dipartimenti;
- funzionali quando aggregano più Strutture Complesse e Semplici Dipartimentali anche appartenenti a Dipartimenti strutturali differenti per il raggiungimento di specifici obiettivi.

4. I Direttori di Dipartimento sono nominati dal Direttore Generale tra i Direttori delle S.C. dello stesso Dipartimento, in base a quanto previsto dal regolamento aziendale di attribuzione degli incarichi. L'incarico è fiduciario. I Direttori di Dipartimento ad Attività Integrata sono nominati d'intesa con il Rettore.
5. L'elenco dei Dipartimenti è riportato nell'allegato 1.
6. Le attribuzioni e il funzionamento dei Dipartimenti sono disciplinati in appositi regolamenti.

## 29. LE STRUTTURE COMPLESSE

1. Le Strutture Complesse (S.C.) sono articolazioni organizzative che possono afferire all'area sanitaria, professionale, tecnica o amministrativa.
2. Tra le S.C. dell'area sanitaria, le S.C. Universitarie (UCO) sono quelle indicate dal vigente Protocollo d'intesa tra Regione Friuli Venezia Giulia e Università di Trieste.
3. Le S.C. sono dotate di responsabilità di budget, ad esse è attribuita la responsabilità della gestione di risorse umane, strutturali, tecniche e finanziarie ed esercitano funzioni di gestione e produzione di prestazioni o servizi, individuati dalla programmazione regionale o aziendale, assicurano la direzione e l'organizzazione delle attività di competenza, nonché il raggiungimento degli obiettivi assegnati, nel rispetto degli indirizzi aziendali.
4. Operano in autonomia per le specifiche competenze in campo clinico e assistenziale, didattico, scientifico, gestionale ed organizzativo, coerentemente al modello dipartimentale e all'organizzazione per piattaforme ed aree assistenziali e tecnico-assistenziali.
5. L'attribuzione della complessità è funzione della quantità di risorse umane e strutturali assegnate, dell'alta specializzazione espressa, del contributo fornito alle attività di didattica e di ricerca, e delle funzioni di committenza assegnate che mobilitano risorse significative.
6. L'elenco delle Strutture Complesse è riportato nell'allegato 1.

### **30. LE STRUTTURE SEMPLICI DIPARTIMENTALI**

1. Le Strutture Semplici Dipartimentali (S.S.D.) sono articolazioni organizzative del Dipartimento, dotate di responsabilità di budget, ad esse è attribuita la responsabilità di gestione di risorse umane, strutturali, tecniche e finanziarie per l'assolvimento delle funzioni assegnate.
2. La S.S.D. può anche afferire direttamente alla componente della Direzione Strategica di riferimento.
3. L'elenco delle Strutture Semplici Dipartimentali è riportato nell'allegato 1.

### **31. LE STRUTTURE SEMPLICI**

1. Le Strutture Semplici (SS) sono articolazioni organizzative della S.C. che assicurano attività riconducibili a una linea di attività chiaramente individuabile e di alta specializzazione.
2. Sono strutture autonome professionalmente alle quali il Direttore della S.C. assegna la responsabilità della specifica linea di attività, individuando gli spazi, la tecnologia e le risorse umane a ciò deputate.
3. Le strutture semplici sono individuate con separato atto di organizzazione, in coerenza con le vigenti disposizioni regionali in materia e con il modello organizzativo aziendale, garantendo comunque per l'ambito sanitario il rispetto del rapporto fra S.C. e SS – S.S.D. laddove previsto dalle citate disposizioni regionali.

### **32. IL PROCESSO**

È una articolazione organizzativa trasversale che assicura una unitaria programmazione, organizzazione e valutazione delle attività nel relativo ambito di applicazione.

### **33. PROFESSIONI SANITARIE E DI ASSISTENTE SOCIALE**

1. L'Azienda attua nell'ambito del proprio modello organizzativo le disposizioni di cui alla Legge 10.8.2000, n. 251 e della L.R. 16.5.2007, n. 10, promuovendo la valorizzazione e responsabilizzazione, delle professioni sanitarie e della professione di assistente sociale.
2. La struttura organizzativa delle professioni sanitarie e di assistente sociale assicura efficacia, qualità ed efficienza professionale-organizzativa al processo assistenziale di prevenzione, cura e riabilitazione, garantendo appropriati livelli di assistenza, assicurando l'integrazione multiprofessionale e lo sviluppo delle competenze professionali;
3. Per conseguire gli scopi di cui al precedente comma l'organizzazione delle professioni sanitarie si articola nei seguenti livelli di responsabilità:
  - Direttori delle Strutture Complesse delle professioni sanitarie, che hanno una forte valenza gestionale nei confronti di tutto il personale afferente alle professioni sanitarie
  - Responsabili di Dipartimento (RID e RTD), che dipendono dal Direttore della Struttura Complessa di riferimento
  - Coordinatori delle Unità Assistenziali/Tecniche o Funzioni, individuati quali incarichi di funzione, che dipendono dai RID e RTD di riferimento e a cui afferisce tutto il personale delle professioni sanitarie
  - sono inoltre istituite le piattaforme professionali corrispondenti alle aree di cui di cui all'art. 2, comma 1, lettere a), b), c), d), (infermieristica e ostetrica, tecnico sanitaria, della riabilitazione, della prevenzione) nonché della professione di assistente sociale di cui alla lettera e), della stessa L.R. 16.5.2007, n. 10. A tali piattaforme saranno preposti i responsabili di piattaforma, che potranno coincidere o non coincidere con i RID/RTD
  - I Responsabili RID e RTD, nonché i responsabili di piattaforma possono corrispondere ad incarichi dirigenziali (con incarico professionale o di struttura semplice) o a posizioni organizzative
4. La professione di Assistente Sociale afferisce al Referente aziendale della professione di Assistente Sociale e viene articolata in specifici modelli organizzativi che saranno declinati in appositi provvedimenti, in sede di applicazione del presente Atto Aziendale, al fine di concorrere al conseguimento degli scopi di cui al precedente comma 2.

5. Il Referente aziendale della professione di Assistente Sociale viene nominato dal Direttore Generale, su proposta del Direttore dei Servizi Sociosanitari, sentiti i Presidenti di Ambito dei Servizi Sociali dei Comuni.
6. I contenuti di cui al comma 2 sono conseguiti attraverso l'autonomia tecnico professionale e gestionale delle professioni sanitarie e di assistente sociale e l'afferenza funzionale dei Responsabili RID/RTD, responsabili di piattaforme e Coordinatori ai rispettivi livelli di Responsabilità clinica (Direttori di Dipartimento e di Struttura Complessa), al fine di perseguire obiettivi comuni e condivisi.
7. I Direttori delle SC delle professioni sanitarie, nonché il Referente aziendale della professione di Assistente Sociale, partecipano alla definizione e programmazione strategica aziendale, nel rispetto dei principi della normativa di cui alla Legge n. 251 del 10 agosto 2000, nonché degli specifici codici deontologici. Assicurano la direzione e valutazione del sistema di governo assistenziale unitamente allo sviluppo dei processi assistenziali che coinvolgono le aree professionali di riferimento il fabbisogno e l'allocatione delle risorse afferenti nell'ambito dei valori e degli indirizzi aziendali inerenti il governo clinico e assistenziale.
8. I Direttori di SC delle professioni sanitarie e il Referente aziendale della professione di Assistente Sociale trovano collocazione funzionale in staff alla Direzione Strategica, dipendendo quelle sanitarie e tecnico assistenziale (infermieristica e ostetrica, tecnico sanitaria, della riabilitazione, della prevenzione) dalla Direzione Sanitaria, quella di assistente sociale della Direzione dei Servizi Sociosanitari.
9. Per le parti relative alla necessaria integrazione tra l'area sanitaria e quella sociosanitaria le aree delle professioni sanitarie si relazionano con entrambi i Direttori (sanitario e socio sanitario)
10. I Direttori di SC professionale e il Referente aziendale della professione di Assistente Sociale sono dotati di autonomia tecnica e professionale; concorrono al raggiungimento della mission aziendale partecipando alla definizione delle politiche e strategie aziendali di sviluppo del personale della specifica area di appartenenza con apposite proposte, analisi e valutazioni in merito alla programmazione, inserimento, selezione, aggiornamento e formazione, progressioni di carriera e sistemi di incentivazione e di valutazione.
11. I Responsabili RID/RTD e di piattaforma sono individuati dal Direttore Generale tra i professionisti della dirigenza o del comparto dell'area Assistenziale o Tecnico Assistenziale di riferimento, con le modalità riportate nell'apposito Regolamento che ne disciplina il funzionamento.
12. Per ogni unità assistenziale è individuato un coordinatore che governa il personale di assistenza o tecnico sanitario assegnato alla struttura per la corretta esecuzione delle prestazioni e per il raggiungimento degli obiettivi quali/quantitativi attribuiti alla struttura, oppure che coordina processi trasversali. I Coordinatori garantiscono il percorso assistenziale del paziente nella struttura di riferimento.
13. L'organigramma complessivo delle professioni sanitarie e di assistente sociale, nonché le responsabilità di RID/RTD/ responsabili di piattaforme e coordinamenti sono individuati con separato atto e articolati in coerenza con il modello organizzativo aziendale. L'attribuzione delle funzioni di Coordinamento è disciplinata da apposito Regolamento.

### **34. I DIPARTIMENTI INTERAZIENDALI**

1. I Dipartimenti sono istituiti sulla base di specifici accordi con altre Aziende della Regione o extra Regionali.
2. Si tratta di articolazioni che aggregano funzionalmente S.C., S.S.D. e S.S. appartenenti a diverse Aziende/Enti del SSN e la loro individuazione viene effettuata, ed eventualmente modificata, in base alle esigenze organizzative delle Aziende coinvolte.
3. Sono finalizzati a garantire uniformità e appropriatezza ai percorsi di prevenzione, diagnosi, cura, assistenza e riabilitazione di specifiche aree specialistiche, anche nel campo della ricerca e della formazione, oltre che in ambito tecnico-amministrativo, valorizzando competenze ed esperienze complementari.
4. Operano in linea con le indicazioni e gli indirizzi gestionali derivati dalle migliori evidenze scientifiche e gestionali disponibili. Il Direttore è individuato e nominato congiuntamente dai Direttori Generali delle Aziende che vi partecipano tra i Direttori responsabili di Dipartimento o di Struttura che ne fanno parte e afferiscono alla componente di riferimento delle Direzioni Strategiche. L'incarico è fiduciario.
5. Il funzionamento dei Dipartimenti Interaziendali è disciplinato da apposito Regolamento.

### 35. AREA MATERNO INFANTILE

1. L'area materno infantile di ASUGI è riorganizzata ai sensi della Legge Regionale n. 22/2019.
  2. All'Istituto di ricovero e cura a carattere scientifico "Burlo Garofolo" di Trieste sono attribuite le funzioni ospedaliere dell'area materno infantile, relativamente a pediatria e a ostetricia e ginecologia, per il territorio di competenza dell'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina da svolgersi:
    - a) presso la sede di Trieste;
    - b) presso le sedi del presidio ospedaliero Gorizia e Monfalcone, con particolare riferimento al punto nascita.
- All'area materno infantile afferiscono diversi ambiti specialistici perché è multidisciplinare, focalizzata su una ben identificata fase della vita della donna e del bambino e non è compresa in una unica specialità d'organo o di funzione.
3. I percorsi assistenziali che coinvolgono gli utenti che afferiscono all'area materno infantile vengono attivati attraverso lo strumento della rete che si sviluppa
    - lungo una dimensione "orizzontale" (funzionale) con l'aggregazione di singole professionalità e strutture complesse e/o semplici appartenenti a Dipartimenti e Enti diversi orientati alla realizzazione di obiettivi comuni
    - lungo una dimensione "verticale" (gestionale) dove si realizza la gestione integrata tramite l'aggregazione di strutture complesse e semplici appartenenti ad ASUGI ed all'IRCCS "Burlo Garofolo".
  4. L'area Materno Infantile ASUGI-BURLO, previsto dalla L.R. 22/2019 si sviluppa dunque lungo la dimensione orizzontale (con la visione tipica di processo) e la dimensione verticale (tipicamente gestionale).
  5. L'Area Materno infantile intercetta e soddisfa la domanda fornendo in modo appropriato la risposta sanitaria, socio-sanitaria e socio-assistenziale all'utente dell'Area materno-infantile attraverso l'erogazione delle prestazioni coerenti con i bisogni espressi e identificati da specifici PDTA.
  6. All'interno dell'area si realizza l'integrazione tra Territorio e Ospedale, valorizzando le attività territoriali in connessione con quelle ospedaliere tramite lo sviluppo, e la condivisione tra professionisti, di percorsi sanitari e assistenziali integrati, attraverso la presa in carico e la continuità assistenziale.
  7. Le modalità organizzative e relazionali fra ASUGI e IRCCS Burlo saranno definite in appositi accordi bilaterali fra gli Enti. Tali accordi dovranno regolamentare i rapporti fra i due Enti salvaguardando l'afferenza gestionale del percorso nascita ad ASUGI e prevedere la rotazione dei professionisti fra ospedale e territorio nelle due aree di ASUGI (Isontina e Giuliana).

### 36. LA STRUTTURA COMPLESSA AREA WELFARE DI COMUNITA'

1. L' Area Welfare di Comunità è la Struttura Complessa, in line al Direttore dei Servizi Sociosanitario, che svolge funzioni di supporto dell'Amministrazione regionale nelle attività di programmazione, progettazione e gestione degli interventi relativi al governo del sistema sanitario e sociale, nonché alle politiche per la famiglia e per i giovani. Per realizzare tale mandato l'Area Welfare attua interventi continuativi (processo) o progettuali (progetti di sviluppo o innovazione) che si configurano secondo un'articolazione in 4 macro-funzioni:
  - a) supporto tecnico-operativo alla definizione degli interventi legislativi, regolamentari e di indirizzo e pianificazione e alla relativa valutazione delle politiche;
  - b) supporto tecnico-operativo all'attuazione di procedure amministrative anche attraverso delegazione amministrativa parziale e totale;
  - c) produzione e integrazione di dati, informazioni e conoscenze nelle aree di competenza anche attraverso l'introduzione, messa a regime e gestione dei sistemi informativi di settore;
  - d) promozione dell'innovazione attraverso la realizzazione di progettualità sperimentali.
2. La S.C. Area Welfare di Comunità garantisce le attività di gestione di progetti sperimentali a valere su finanziamenti regionali, ministeriali o europei.
3. Per la realizzazione delle attività previste dall'attuale assetto delle funzioni di supporto, l'articolazione organizzativa prevista aggrega all'interno della Struttura Complessa "Area Welfare una Struttura Semplice denominata "Programmi socio-sanitari". Tale Struttura Semplice si occuperà della gestione delle funzioni stabili di supporto alle politiche sociosanitarie e dei progetti di implementazione delle politiche regionali nell'area sociale e nelle aree ad alta integrazione sociosanitaria. L'organizzazione interna della Struttura Semplice prevede l'istituzione di alcune sotto-articolazioni per specifiche funzioni: Anziani, Disabili, Salute Mentale e Dipendenze, Politiche sociali, Famiglia e minori.

4. Compete direttamente alla Struttura Complessa la gestione dei procedimenti amministrativi e dei progetti speciali. In particolare le funzioni relative ai procedimenti amministrativi sono riferite alla gestione delle deleghe amministrative e – in collegamento stabile con le preposte strutture aziendali – di tutti i procedimenti amministrativi di competenza della Struttura Complessa nonché il controllo di gestione e la rendicontazione dei finanziamenti.
5. L'Area Welfare di Comunità è strutturata all'interno dell'organizzazione di ASUGI fino a nuove e successive disposizioni di programmazione regionale.

## **37. CRUA**

1. Il Centro Regionale Unico Amianto afferisce al Dipartimento dei Servizi per la Sicurezza, Prevenzione e Sorveglianza Sanitaria con sede operativa a Monfalcone.

## **VII. DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

### **38. IL DIPARTIMENTO DI PREVENZIONE**

1. Il Dipartimento di Prevenzione (DIP) dell'Azienda garantisce la tutela della salute collettiva perseguendo obiettivi di promozione della salute e prevenzione delle malattie e delle disabilità attraverso azioni volte ad individuare e rimuovere i fattori di rischio, le cause di nocività e di malattia di origine ambientale, umana e animale.
2. Il Dipartimento di Prevenzione svolge le funzioni previste dalla normativa vigente ed opera secondo un modello organizzativo.
3. Il Dipartimento di Prevenzione è organizzato secondo le seguenti aree di intervento:
  - igiene e sanità pubblica;
  - prevenzione e sicurezza degli ambienti di lavoro;
  - igiene degli alimenti e della nutrizione;
  - accertamenti clinici e legali per finalità pubbliche;
  - sanità animale;
  - igiene degli alimenti di origine animale;
  - igiene degli allevamenti e delle produzioni zootecniche;
  - valutazione dei fattori ambientali in collaborazione con ARPA.
4. Esso è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed organizzativa.
5. Il Direttore del Dipartimento di Prevenzione viene individuato dal Direttore Generale tra i Direttori delle Strutture del Dipartimento e rimane titolare della Struttura cui è preposto.
6. È Responsabile della gestione operativa del Dipartimento e risponde delle attività svolte dalle Strutture e dalle articolazioni organizzative che lo compongono, dell'assetto organizzativo complessivo, del perseguimento degli obiettivi e della gestione del budget affidato.

## **VIII. I DIPARTIMENTI DI STAFF**

### **39. IL DIPARTIMENTO DI COORDINAMENTO DELLE ATTIVITÀ SANITARIE**

1. Il Dipartimento di Coordinamento delle Attività Sanitarie (DAS) è la Struttura operativa dell'Azienda in staff al Direttore Sanitario e al Direttore dei Servizi Sociosanitario finalizzata:
  - alla gestione del rischio clinico,
  - alla gestione delle prestazioni sanitarie,
  - a sovrintendere alle attività Ospedaliere
  - a coordinare l'integrazione tra assistenza sanitaria ospedaliera ed assistenza sanitaria territoriale.

- controlli SDO, sit inf.vi, programmazione e controllo, valutazione, sviluppo organizzativo, accreditamento, qualità, governo clinico.
- 2. L'incarico di Direttore del DAS è conferito dal Direttore Generale ad un dirigente dell'Azienda titolare di una delle Strutture Complesse incardinate nel Dipartimento.
- 3. Il Direttore del DAS rimane titolare della Struttura cui è preposto. Egli risponde in linea gerarchica al Direttore Sanitario.
- 4. Il Direttore del DAS è responsabile della gestione operativa della struttura e risponde delle attività svolte, sia assistenziali che di ricerca, dalle articolazioni organizzative che lo compongono, dell'assetto organizzativo complessivo, del perseguimento degli obiettivi e della gestione del budget affidato.
- 5. Il Direttore del DAS è responsabile della realizzazione dei programmi definiti congiuntamente con il Direttore Sanitario ed il Direttore dei Servizi Sociosanitari, in coerenza con gli indirizzi strategici della Direzione aziendale.

#### 40. L'AREA ASSISTENZA FARMACEUTICA

1. L'area di Assistenza Farmaceutica (DAF) è la Struttura operativa dell'Azienda in staff al Direttore Sanitario finalizzata a:
  - garantire per tutta la popolazione assistita l'assolvimento delle funzioni di governo *unitario* del processo di assistenza farmaceutica sia ospedaliera che territoriale, previa definizione dei livelli e della qualità delle prestazioni da concordare con i responsabili dei Distretti, dei Presidi Ospedalieri e dell'IRCCS. Le molteplici attività sono quelle di allestimento, selezione, acquisto, erogazione anche in forma di distribuzione diretta, somministrazione ed utilizzo dei beni acquisiti, con monitoraggio degli effetti sanitari ed economici delle decisioni poste in essere, sia riguardanti il materiale gestito attraverso acquisti diretti che in convenzione
  - promuovere *una cultura* del farmaco per un uso responsabile garantendo al personale sanitario ed al cittadino (pharmaceutical care), che le scelte siano orientate da evidenze cliniche documentate, da processi di condivisione e informazione su tali evidenze, dalla loro trasferibilità alla pratica clinica e dalla valutazione di compatibilità e comparabilità fra efficacia pratica, sicurezza e costi sostenuti
  - accrescere il livello qualitativo e quantitativo dell'informazione indipendente sull'utilizzo e sulle caratteristiche dei farmaci anche con l'organizzazione di specifici eventi formativi
  - riequilibrare l'asse di cura ospedale-territorio in una logica di valorizzazione terapeutica di entrambi i sistemi e di continuità assistenziale farmaceutica che integri gli aspetti di cura dell'acuzie con quelli della cronicità costruendo un'organizzazione orientata all'integrazione delle due dimensioni, territoriale ed ospedaliera.
  - assicurare l'efficacia e la qualità della prescrizione/somministrazione a livello individuale nell'ottica di una medicina personalizzata
  - diffondere la sensibilizzazione presso tutti gli operatori ed i cittadini dell'importanza delle segnalazioni delle reazioni avverse di farmaci e presidi, come potente strumento di salute pubblica
  - promuovere la corretta gestione del rischio terapeutico/assistenziale, ovvero della prevenzione di errori, mirata alla minimizzazione del rischio clinico (errore in terapia e/o assistenza)
  - diffondere la sensibilizzazione presso tutti gli operatori ed i cittadini dell'importanza delle segnalazioni delle reazioni avverse di farmaci attraverso il sistema della farmacovigilanza, come importante sistema di difesa della salute pubblica
  - riportare a sintesi le attuali frammentazioni di struttura ed organizzazione, favorendo processi di allocazione e condivisione delle risorse strutturali e di personale che realizzino economia di scale in termini di processi, tecnologia e di personale
  - monitorare l'uso appropriato delle risorse con un'integrazione delle attività per i Medici Ospedalieri, Specialisti e Medici di Medicina Generale che coinvolga in misura partecipe tutti gli operatori sanitari che intervengono nel momento prescrittivo per arrivare ad una scelta decisionale dei beni da acquisire ispirata a criteri di efficacia, sicurezza nel rispetto dei tetti di spesa previsti dagli Organismi regionali e nazionali

- supportare i processi di budget in forma proattiva, con analisi farmaco-economiche e farmaco-epidemiologiche per fornire adeguate risposte alla richiesta di interventi costi/efficaci, avviando anche nuove forme di collaborazione tra i soggetti interessati a dare un forte impulso costruttivo all'intero sistema
  - garantire il rispetto di normative di riferimento al fine della tutela della salute pubblica nell'ottica della regolarità dell'esercizio farmaceutico e nella distribuzione intermedia dei farmaci
  - formulare il piano di attività per l'attività farmaceutica in relazione alla programmazione generale dell'Azienda, l'integrazione tra l'organizzazione della propria struttura e quella dei reparti e servizi ospedalieri e territoriali
  - sviluppare programmi di ricerca e innovazione dei processi di riferimento in collaborazione con le funzioni aziendali dedicate, incluso le sperimentazioni cliniche assecondando l'Innovazione tecnologica nei settori del farmaco
  - centralizzare l'attività di produzione ed allestimento di prodotti antiblastici, intravitreali e sterili per tutta la nuova azienda nell'attuale UFA di ASUITS, portando a regime anche le preparazioni per l'IRCCS e coprendo le necessità di produzione dell'area giuliano-isontina, nel rispetto della massima sicurezza di produzione per i pazienti e gli operatori
  - coinvolgere i professionisti operanti nelle strutture del Dipartimento per la condivisione dei programmi e l'aumento della loro qualificazione tramite la formazione l'aggiornamento e la sperimentazione
  - offrire ai laureandi ed ai specializzandi nelle materie universitarie del farmaco un ambito di apprendimento all'avanguardia con i programmi di studio e di tirocinio
  - espletare l'attività di vigilanza ed ispettiva, relativamente alla pratica professionale, sulle Farmacie – Parafarmacie – altri esercizi gestori del farmaco
  - svolgere funzione di responsabilità dell'attività istruttoria ed autorizzativa di grossisti e depositi di medicinali, sulla revisione della pianta organica delle Farmacie, in merito all'autorizzazione ad apertura/esercizio di Farmacia, Farmacia succursale, altro e decadenza delle stesse
  - autorizzare alla gestione provvisoria ed ereditaria ed al trasferimento dei locali di Farmacia; nonché le sostituzioni temporanee del titolare, alla chiusura temporanea degli esercizi farmaceutico
  - predisporre orari, turni e ferie delle farmacie, nonché tutto l'iter istruttorio circa l'indennità di Residenza a favore delle Farmacie Rurali
  - gestire l'albo dei titolari, dei direttori, dei collaboratori e praticanti di Farmacia, nonché le correlate certificazioni di stato di servizio, idoneità, titolarità, etc.
  - vigilare tramite le Commissioni Ispettive operanti sul territorio Aziendale il rispetto delle normative in ambito farmaceutico.
2. Esercita la responsabilità della gestione operativa della struttura e risponde delle attività svolte, sia assistenziali che di ricerca, dalle articolazioni organizzative che lo compongono, dell'assetto organizzativo complessivo, del perseguimento degli obiettivi e della gestione del budget affidato.
3. Esercita la responsabilità della realizzazione dei programmi definiti congiuntamente con il Direttore Sanitario in coerenza con gli indirizzi strategici della Direzione aziendale.

## IX. L'ASSISTENZA DISTRETTUALE

### 41. IL DISTRETTO

1. Il Distretto rappresenta l'articolazione territoriale aziendale che di norma coincide con l'ambito del Servizio Sociale dei Comuni.
2. Assume un ruolo di riferimento diretto degli Enti locali e della società civile per quanto attiene il proprio territorio di competenza.
3. Alla dimensione territoriale del Distretto è associata la dimensione organizzativa mediante l'istituzione di una Struttura Complessa dotata di autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico budget all'interno del bilancio dell'Azienda.



E' la struttura che presiede alla realizzazione dei modelli di integrazione socio-sanitaria tra l'Azienda e gli Enti Locali, in base alle intese di programma ed alla legislazione regionale vigente.

Detta struttura è deputata:

- al governo della domanda tramite le funzioni di committenza e controllo delle prestazioni sanitarie e socio sanitarie;
- a realizzare la presa in carico degli assistiti e la sanità di iniziativa, sia con riferimento ai casi complessi e alla fragilità, sia per tutti i fattori di rischio e le patologie che necessitano di interventi di prevenzione, di cura o di riabilitazione;
- ad assicurare il raccordo con tutte le strutture erogatrici, ospedaliere e territoriali, pubbliche o private accreditate o convenzionate;
- ad assicurare sia il raccordo con gli ambiti che l'integrazione sociosanitaria in base alle intese di programma ed alla legislazione regionale vigente;
- a sperimentare interventi innovativi di prossimità, presa in carico e personalizzazione e delle cure e svolgere attività di ricerca anche in ambito organizzativo.

**4. Assicura:**

- a. l'accesso del cittadino ai percorsi di prevenzione, cura e riabilitazione attraverso un punto unico distrettuale (PUA) e la valutazione dei bisogni sanitari e /o socio sanitari, e la conseguente presa in carico;
- b. l'assistenza primaria, ivi compresa la continuità assistenziale, attraverso il necessario coordinamento e l'approccio multidisciplinare, nelle strutture extra ospedaliere e a domicilio, tra medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, servizi di guardia medica notturna e festiva e i presidi specialistici ospedalieri, territoriali e della prevenzione;
- c. il coordinamento dei medici di medicina generale e dei pediatri di libera scelta con le strutture ospedaliere e territoriali che erogano prestazioni sanitarie e socio sanitarie;
- d. l'erogazione delle prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, connotate da specifica ed elevata integrazione, nonché delle prestazioni sociali di rilevanza sanitaria se delegate dai Comuni.

**5. Le funzioni che afferiscono alla Struttura Complessa distrettuale possono, quindi, essere raggruppate nelle macro aree sotto riportate:**

- integrazione sociosanitaria
- committenza
- controllo
- presa in carico ed erogazione di cure domiciliari, residenziali o semiresidenziali
- gestione amministrativa delle attività distrettuali.

**6. Le strutture distrettuali, in sintonia e coerenza con il mandato ed i compiti di integrazione del Distretto, sono di regola unità multiprofessionali, al fine di promuovere la cultura dell'interdisciplinarietà, il lavoro di gruppo per una più efficace risposta ai bisogni complessi.**

**7. Il Direttore del Distretto supporta la Direzione generale nei rapporti con i Sindaci dell'Ambito di riferimento, partecipando all'Assemblea dei Sindaci.**

**8. Il Direttore di Distretto è responsabile della realizzazione, nell'ambito territoriale di competenza, dei programmi definiti congiuntamente con il Direttore Sanitario ed il Direttore dei Servizi Sociosanitari in coerenza con gli indirizzi strategici della Direzione aziendale.**

**9. È responsabile in modo autonomo della gestione delle risorse assegnate per il perseguimento delle funzioni del Distretto, della programmazione e valutazione delle attività territoriali sanitarie e sociosanitarie, rispondendo alla Direzione strategica della suddetta gestione e dei risultati raggiunti.**

## **42. ARTICOLAZIONE DEL TERRITORIO DI ASUGI IN DISTRETTI**

**1. Ai sensi dell'art. 6 della LR 27/2018, ed acquisito il parere della Conferenza dei Sindaci dei Comuni interessati, tenuto conto delle specificità che caratterizzano i diversi contesti dell'area urbana simil-metropolitana - ad altissima densità abitativa - del centro di Trieste, nonché delle aree urbane, suburbane, interne e rurali del restante territorio, gli ambiti territoriali dell'ASUGI sono articolati in Distretti come di seguito specificato:**

- a) *Distretto "Trieste 1"* coincidente con il territorio delle seguenti Circoscrizioni del Comune di Trieste: III circoscrizione - Roiano - Greta - Barcola - Cologna - Scorcola; IV circoscrizione -San Vito - Città Vecchia; V

circostrizione - Città Nuova-Barriera Nuova - San Giacomo - Barriera Vecchia; VI circostrizione - Chiadino - Rozzol - San Giovanni (146.751 abitanti);

- b) *Distretto "Trieste 2"* coincidente con il territorio delle seguenti Circostrizioni del Comune di Trieste: I circostrizione - Altopiano Ovest; II circostrizione - Altopiano Est; VII circostrizione - Valmaura - Chiarbola - Servola - Borgo S. Sergio) e con il territorio dei Comuni di Muggia, Dolina-S. Dorligo della Valle, Monrupino, Sgonico, Duino Aurisina (83.864 abitanti);
- c) *Distretto "Alto Isontino"* coincidente con i territori dei Comuni di: Capriva del Friuli, Cormons, Dolegna del Collio, Farra d'Isonzo, Gorizia, Gradisca d'Isonzo, Mariano del Friuli, Medea, Moraro, Mossa, Romans d'Isonzo, San Floriano del Collio, San Lorenzo Isontino, Savogna d'Isonzo, Villesse (64.395 abitanti);
- d) *Distretto "Basso Isontino"* coincidente con i territori dei Comuni di: Doberdò del Lago, Grado, Fogliano-Redipuglia, Monfalcone, Ronchi dei Legionari, Sagrado, San Canzian d'Isonzo, San Pier d'Isonzo, Staranzano, Turriaco (72.414 abitanti).

2. Il Direttore della Struttura Complessa alla quale sono attribuite le funzioni di cui al precedente comma assume contestualmente l'incarico di Direttore di Distretto.

### **43. IL DIPARTIMENTO ASSISTENZA PRIMARIA**

1. Il Dipartimento Assistenza Primaria è la Struttura organizzativa finalizzata ad assicurare l'erogazione congiunta di attività e prestazioni afferenti all'area sanitaria e all'area dei servizi sociali promuovendo l'integrazione socio-sanitaria attraverso la definizione di percorsi assistenziali domiciliari, territoriali, semiresidenziali e residenziali.
2. Il Dipartimento si articola in due Aree di Assistenza Primaria, una per il territorio isontino (Distretti Alto e Basso Isontino), l'altra per il territorio giuliano (Distretti Trieste 1 e Trieste 2). Ciascuna Area ricomprende le Strutture Complesse di cui al successivo comma 6 e viene gestita da un Coordinatore.
3. Ciascuna Area è dotata di autonomia funzionale e gestionale.
4. Garantisce l'accesso unitario ai servizi socio-sanitari, la presa in carico delle persone e la valutazione multidisciplinare dei bisogni, sotto il profilo clinico, funzionale e sociale.
5. Organizza tale attività garantendo uniformità su tutto il territorio di ASUGI, articolato territorialmente in Distretti, relativamente alle modalità, procedure e strumenti di valutazione multidimensionali con il coinvolgimento di tutte le componenti dell'offerta assistenziale sanitaria, socio-sanitaria e sociale, del paziente e della sua famiglia (Progetto di Assistenza Individuale).
6. Al Dipartimento Assistenza Primaria afferiscono le Strutture organizzative complesse alle quali sono assegnate le funzioni di cui all'art. 41, commi 3, 4 e 5, istituite in ciascun Distretto in cui sono articolate le funzioni distrettuali.
7. L'incarico del Direttore del DAP è conferito dal Direttore Generale ad un Direttore di una delle Strutture Complesse incardinate nel Dipartimento.
8. Il Direttore del DAP conserva la Direzione della Struttura Complessa cui è preposto e risponde in linea gerarchica al Direttore Sanitario, fatto salvo quanto previsto dall'art. 25, comma 1.
9. Il Direttore del DAP è responsabile della gestione operativa della Struttura e risponde delle attività svolte dalle articolazioni organizzative che lo compongono, dell'assetto organizzativo complessivo, del perseguimento degli obiettivi definiti congiuntamente con il Direttore Sanitario e il Direttore dei Servizi Sociosanitari e della gestione del budget affidato.
10. Il Direttore del DAP si avvale del supporto dei Coordinatori delle Aree territoriali di cui al precedente comma 2, scelti tra i Direttori delle Strutture Complesse afferenti a ciascuna Area.
11. I Coordinatori d'Area vengono nominati dal Direttore Generale, conservano la Direzione della Struttura Complessa cui sono preposti e rispondono in linea gerarchica al Direttore di Dipartimento.

#### **44. IL DIPARTIMENTO CLINICO SPECIALISTICA TERRITORIALE**

1. Il Dipartimento Specialistica Territoriale è la Struttura clinica dell'Azienda finalizzata ad assicurare la presa in carico multiprofessionale dei pazienti pluripatologici ed alla produzione delle prestazioni specialistiche ambulatoriali nelle discipline di sua pertinenza.
2. Coordina le strutture che svolgono attività territoriali che rispondono alle esigenze di prevenzione, cura e riabilitazione dei più frequenti bisogni di salute del territorio di riferimento, sulla base dei dati epidemiologici, delle malattie croniche ad alto impatto socio sanitario:
  - cardiologiche
  - pneumologiche
  - diabetologiche.
3. Opera, sia in ambito assistenziale che di ricerca, in stretta connessione con tutti i Distretti aziendali, le Strutture Ospedaliere e i Dipartimenti di Prevenzione, di Salute Mentale e delle Dipendenze. Il suo intervento si espleta a livello ambulatoriale, domiciliare, residenziale e semiresidenziale.
4. L'incarico di Direttore del DCST è conferito dal Direttore Generale ad un Direttore di una delle Strutture Complesse incardinate nel Dipartimento.
5. Il Direttore del DCST conserva la direzione della Struttura Complessa cui è preposto. Egli risponde in linea gerarchica al Direttore Sanitario.
6. Il Direttore del DCST è responsabile della gestione operativa della Struttura e risponde delle attività svolte dalle articolazioni organizzative che lo compongono, dell'assetto organizzativo complessivo, del perseguimento degli obiettivi definiti congiuntamente con il Direttore Sanitario ed il Direttore del DAP e della gestione del budget affidato.

#### **45. IL DIPARTIMENTO DELLE DIPENDENZE e della SALUTE MENTALE (DDSM)**

1. Il Dipartimento delle Dipendenze e della Salute Mentale (DDSM) è costituito dalle strutture aziendali deputate alla prevenzione, cura, riabilitazione e riduzione del danno nel campo delle dipendenze patologiche e nel campo del disagio e disturbo mentale.
2. Il DDSM è dotato di autonomia tecnico-gestionale ed organizzativa e opera, con metodo multidisciplinare, al fine di prevenire e contrastare fenomeni di esclusione sociale e di promuovere e sviluppare politiche sociosanitarie orientate verso il lavoro di comunità, la tutela e l'accompagnamento delle persone più fragili, l'offerta di reali possibilità di autonomizzazione e di contrasto alla marginalità, la promozione dei processi di inserimento lavorativo e di sostegno abitativo e domiciliare, con particolare attenzione alle persone a maggior rischio di deriva sociale. Promuove la partecipazione attiva e responsabile alle attività del Dipartimento da parte dei cittadini, ed in particolare di utenti e di familiari.
3. Il suo intervento si espleta a livello ambulatoriale, territoriale, domiciliare, semiresidenziale, residenziale e di strada.
4. L'incarico di Direttore del DDSM è conferito dal Direttore Generale ad un Direttore di una delle Strutture Complesse incardinate nel Dipartimento. Egli conserva la Direzione della Struttura Complessa cui è preposto e risponde in linea gerarchica al Direttore Sanitario, fatto salvo quanto previsto all'art. 25, comma 1.
5. Il Direttore del DDSM è responsabile della gestione operativa della Struttura e risponde delle attività, sia assistenziali che di ricerca, delle articolazioni organizzative che lo compongono, dell'assetto organizzativo complessivo, del perseguimento degli obiettivi e della gestione del budget affidato.

## X. L'ASSISTENZA OSPEDALIERA

### 46. LE STRUTTURE OSPEDALIERE

1. L'Assistenza Ospedaliera è assicurata in forma unitaria nel territorio di competenza dell'Azienda dai Presidi Ospedalieri che sono strutture deputate ad erogare:
  - a) l'assistenza sanitaria alla persona affetta da patologia a insorgenza acuta con rilevante compromissione funzionale;
  - b) l'assistenza sanitaria attraverso attività programmabili nell'ambito di un contesto tecnologicamente e organizzativamente complesso.
2. Ciascun Presidio Ospedaliero è una Struttura operativa dell'Azienda dotata di autonomia economico-finanziaria e gestionale, con l'attribuzione di specifico budget all'interno del bilancio dell'Azienda.
3. I Presidi Ospedalieri erogano prestazioni specialistiche di Pronto soccorso, di Ricovero, Ambulatoriali e di Ospedalizzazione domiciliare. L'attività specialistica può essere erogata anche nelle sedi Distrettuali attraverso personale medico dipendente o convenzionato (specialisti ambulatoriali interni).
4. I Presidi Ospedalieri della ASUGI sono i seguenti:
  - Presidio Ospedaliero di II livello "Cattinara e Maggiore" di Trieste
  - Presidio Ospedaliero di base di "Gorizia e Monfalcone".
5. L'assistenza ospedaliera è organizzata secondo il modello "hub & spoke" al fine di favorire la progressiva specializzazione delle attività. Le funzioni "hub & spoke" sono individuate in base:
  - alla specializzazione,
  - ai livelli di complessità,
  - alla differenziazione dell'offerta sanitaria, in relazione all'appropriatezza clinica ed organizzativa.
6. L'organizzazione Dipartimentale, ad attività integrata quando sono presenti strutture a direzione universitaria, che aggrega le strutture di uno o più Presidi Ospedalieri a seconda delle specialità, assicura la omogeneità nell'accesso alle cure, l'appropriata utilizzazione delle risorse, la possibilità di condividere competenze professionali e informazioni cliniche, la definizione di percorsi assistenziali secondo criteri di evidenza clinica, il monitoraggio delle attività erogate.
7. Le Strutture di ogni singolo Presidio assicurano la funzione di produzione del Presidio stesso.
8. Alla Direzione Medica di Presidio (DMO) è assegnata responsabilità igienico organizzativa degli Ospedali nonché la funzione di supporto alle attività affidate ai Dipartimenti ed alle Strutture, afferenti al Presidio.
9. L'incarico dei Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri è conferito dal Direttore Generale, d'intesa con il Rettore per i Dipartimenti ad attività Integrata, ad un dirigente dell'Azienda titolare di una delle Strutture Complesse incardinate nel Dipartimento.
10. I Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri rimangono titolari delle Strutture cui sono preposti.
11. I Direttori dei Dipartimenti Ospedalieri, come la DMO, rispondono in linea gerarchica al Direttore Sanitario.
12. Ciascun Direttore di Dipartimento Ospedaliero è responsabile della gestione operativa del Dipartimento e risponde delle attività svolte, sia assistenziali che di ricerca, dalle articolazioni organizzative che lo compongono, dell'assetto organizzativo complessivo, del perseguimento degli obiettivi e della gestione del budget affidato.
13. Per l'esercizio delle funzioni di attività e coordinamento amministrativo è prevista una specifica Struttura per lo svolgimento dei seguenti compiti:
  - gestione, nell'ambito dei presidi ospedalieri aziendali, dei servizi economici, alberghieri e di vigilanza esternalizzati e non
  - gestione delle sedi ospedaliere in termini di security, decoro, ottimizzazione e adeguatezza dei servizi logistici ed alberghieri
  - programmazione degli acquisti di beni e servizi, formulando in collaborazione con le Strutture ospedaliere i fabbisogni in termini di qualità, quantità, tempi e costi
  - gestione della logistica e dei magazzini ospedalieri
  - gestione dell'autoparco aziendale.

## **47. IL DIPARTIMENTO FUNZIONALE DI EMERGENZA E ACCETTAZIONE (DEA) DI II LIVELLO**

1. Il Dipartimento di Emergenza e Accettazione (DEA) di II Livello è costituito dalle strutture aziendali deputate ad affrontare i problemi diagnostici e terapeutici dei pazienti in situazioni critiche.
2. Il DEA è un Dipartimento funzionale organizzato secondo un modello multidisciplinare che riunisce personale specialista di ambiti diversi e afferenti ad articolazioni organizzative differenti.
3. E' costituito da Strutture complesse omogenee, affini o complementari che perseguono comuni finalità e sono tra loro interdipendenti, pur mantenendo la propria autonomia e responsabilità professionale.
4. Il DEA di ASUGI è di II livello, perché oltre ad assicurare le prestazioni di pronto soccorso (con le funzioni di osservazione breve) e medicina d'urgenza, rianimazione, chirurgia generale, traumatologia e cardiologia con UTIC, assicura le funzioni di più alta qualificazione legate all'emergenza quali:
  - neurochirurgia
  - cardiocirurgia
  - terapia intensiva
  - chirurgia toracica
  - chirurgia vascolare

## **48. IL DIPARTIMENTO DI EMERGENZA, URGENZA e ANESTESIA**

1. Il Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Anestesia (DUA) è costituito dalle strutture aziendali deputate ad affrontare in maniera strutturata le situazioni di emergenza / urgenza.
2. E' un Dipartimento di II livello verticale, gestionale, articolato a sua volta in due aree dipartimentali o Dipartimenti di I Livello:
  - Il Dipartimento di Anestesia, Terapia Intensiva e Blocchi operatori
  - Il Dipartimento di Pronto Soccorso e Accettazione
3. Il DUA è inserito funzionalmente all'interno del DEA di II livello e ne assume il coordinamento generale.
4. L'incarico di Direttore del Dipartimento di Emergenza, Urgenza e Anestesia è conferito dal Direttore Generale ad uno dei due Direttori dei Dipartimenti di I Livello. Egli risponde in linea gerarchica al Direttore del Dipartimento di Coordinamento dell'Assistenza Sanitaria.
5. Il Dipartimento di Pronto Soccorso e Accettazione svolge le funzioni di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza in modo unitario secondo modelli, procedure e protocolli omogenei negli Ospedali di ASUGI: Cattinara di Trieste, S. Polo di Monfalcone e S. Giovanni di Dio di Gorizia.
6. All'Ospedale Maggiore è assicurato il Punto di Primo Intervento.
7. I servizi di pronto soccorso e di primo intervento sono organizzati nel rispetto della pianificazione regionale e i conseguenti atti di organizzazione aziendale.
8. Il Dipartimento di Pronto Soccorso e Accettazione aggrega le strutture complesse collocate nei Presidi che operano in modo interdipendente mantenendo la loro autonomia e responsabilità professionale.
9. Il Dipartimento di Anestesia, Terapia Intensiva e Blocchi operatori aggrega le strutture complesse collocate nei Presidi che operano in modo interdipendente mantenendo la loro autonomia e responsabilità professionale e coordina e sovrintende tutte le attività volte a:
  - gestire il paziente sottoposto a intervento chirurgico o procedura diagnostica,
  - rianimare e preservare le funzioni vitali dei pazienti soggetti a gravi alterazioni dello stato di coscienza,
  - gestire le fasi post-operatorie nei pazienti sottoposti ad intervento ad alto rischio,

- seguire nell’ambito di gruppi di lavoro multidisciplinari i pazienti vittime di traumi importanti e politraumi,
- operare nel centro di ossigenoterapia iperbarica,
- elaborare ed attivare terapie analgesiche per il trattamento del dolore,
- programmare e coordinare l’attività chirurgica dei blocchi operatori in regime ordinario e day surgery
- emergenza sanitaria territoriale.

**10.** La Direzione Strategica definisce le linee di indirizzo strategico per la programmazione dell’attività operatoria e assegna le relative risorse professionali, tecnologiche e finanziarie al Dipartimento secondo i seguenti principi:

- aderenza agli obiettivi di programmazione sanitaria della Regione;
- abbattimento dei tempi di attesa;
- scelte di priorità per tipologie di interventi;
- aumento del grado di soddisfacimento della domanda da parte dell’utenza appartenente al bacino di afferenza e altri bacini regionali ed extra regionali;
- sviluppo armonico ed equilibrato dell’attività operatoria in tutti i Presidi al fine di consentire il massimo sfruttamento della capacità produttiva di tutti i blocchi operatori.

**11.** Il Dipartimento svilupperà l’attività chirurgica nel rispetto dei seguenti principi:

- omogeneità dei modelli, procedure e protocolli sanitari;
- programmazione delle attività nel rispetto delle linee strategiche definite dalla Direzione;
- specializzazione e razionalizzazione delle diverse tipologie di intervento nei diversi blocchi operatori;
- qualità e sicurezza delle procedure;
- tensione alla ricerca della massima efficienza ed economicità della procedura e dell’utilizzo della risorsa “blocco operatorio”;
- valorizzazione di tutti i professionisti e le professioni impegnate migliorando il clima organizzativo, favorendo la mobilità dei professionisti.

**12.** L’incarico di Direttore del Dipartimento di Pronto Soccorso e Accettazione e del Direttore del Dipartimento di Anestesia, Terapia Intensiva e Blocchi operatori è conferito dal Direttore Generale ad un dirigente dell’Azienda titolare di una delle Strutture Complesse incardinate nel Dipartimento di riferimento. I Direttori del Dipartimento di Pronto Soccorso e Accettazione e del Dipartimento di Anestesia, Terapia Intensiva e Blocchi operatori rimangono titolari delle Strutture cui sono preposti e rispondono in linea gerarchica al Direttore del DUA.

**13.** Il Direttore del DUA, congiuntamente con il Direttore del Dipartimento di Pronto Soccorso e Accettazione e del Direttore del Dipartimento di Anestesia, Terapia Intensiva e Blocchi operatori, è responsabile della gestione operativa del Dipartimento di II Livello e risponde delle attività svolte, sia assistenziali che di ricerca, dalle articolazioni organizzative che lo compongono, dell’assetto organizzativo complessivo, del perseguimento degli obiettivi e della gestione del budget affidato.

## **XI LE STRUTTURE PROFESSIONALI, TECNICHE, AMMINISTRATIVE**

### **49. STRUTTURE PROFESSIONALI, TECNICHE, AMMINISTRATIVE**

1. Le Strutture Professionali, Tecniche, Amministrative dell’Azienda gestiscono, per quanto di competenza, i processi di supporto al funzionamento dell’Azienda. Si integrano, fornendo le proprie competenze, con i processi di erogazione delle prestazioni, supportando i processi di pianificazione strategica, programmazione operativa, budgeting, controllo di gestione e valutazione.
2. Rappresentano lo strumento mediante il quale vengono acquisite le risorse umane, informative, finanziarie, patrimoniali e materiali necessarie al funzionamento dell’Azienda.

3. Le conoscenze, le competenze professionali, l'uso della tecnologia sono rivolte a garantire la correttezza e l'incisività dell'azione amministrativa come supporto ai processi di erogazione delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie e sociali.
4. La formazione del personale è orientata al miglioramento continuo dei processi e al pieno utilizzo delle innovazioni tecnologiche, informatiche e gestionali come strumento per conseguire la semplificazione dei procedimenti amministrativi.
5. L'organizzazione, le procedure e le modalità di lavoro sono orientate ai principi di legalità, trasparenza, riservatezza, buon andamento, efficacia, efficienza ed economicità ed è garantita attraverso un'azione coordinata ed integrata con le altre Strutture Aziendali.
6. L'organigramma delle Strutture Professionali, Tecniche, Amministrative è riportato nell'allegato 1.

## **XII. LE RESPONSABILITA' E LE COMPETENZE**

### **50. LE COMPETENZE DEI RESPONSABILI DI STRUTTURA**

1. L'Azienda persegue l'obiettivo di una reale affermazione della dirigenza, nel governo delle attività cliniche e nel governo delle attività economico-finanziarie, attraverso il coinvolgimento, la valorizzazione, la responsabilizzazione ed il riconoscimento dell'autonomia gestionale e tecnico professionale.
2. Tutti gli atti e i provvedimenti, non specificamente riservati e/o attribuiti al Direttore Generale, sono di competenza dei Dirigenti, che li adottano nei limiti previsti e per il raggiungimento degli obiettivi di budget loro assegnati, nel rispetto delle direttive emanate in materia.
3. I dirigenti responsabili di struttura, nei limiti della competenza attribuita, provvedono all'adozione di atti amministrativi ed atti di diritto privato che impegnano l'Azienda verso l'esterno.
4. Gli atti posti in essere dai dirigenti per lo svolgimento delle attività di diritto pubblico e la sottoscrizione degli atti e la corrispondenza di riferimento a valenza esterna e interna sono normati da specifici regolamenti aziendali.
5. Il Direttore Generale, qualora ravvisi, negli atti emanati dai Dirigenti, pregiudizio alla legalità, imparzialità o al buon andamento dell'Azienda ovvero la non corretta gestione delle risorse assegnate nel budget, sentito il Dirigente che ha adottato l'atto o il provvedimento, annulla gli atti illegittimi nonché revoca i provvedimenti in contrasto con i principi di buon andamento e di corretta gestione delle risorse.

### **51. GLI INCARICHI DIRIGENZIALI**

1. Compete al Direttore Generale attribuire gli incarichi dirigenziali, classificati secondo la normativa ed i contratti collettivi nazionali nel tempo vigenti.
2. Le modalità di attribuzione, i criteri di graduazione e la valorizzazione economica degli incarichi sono stabiliti con Regolamento Aziendale ai sensi di quanto previsto dalla vigente normativa e dalla contrattazione collettiva nazionale.
3. Il conferimento di tutti gli incarichi avviene, compatibilmente con le risorse finanziarie disponibili, sulla base di valutazioni che tengono conto dei programmi strategici da attuare e della valorizzazione delle competenze presenti.
4. Le modalità di attribuzione degli incarichi privilegiano gli aspetti propri dell'incarico da attribuire, le cui caratteristiche sono esplicitate formalmente in sede di definizione dell'incarico stesso.
5. Gli incarichi assegnati sono soggetti a valutazione e verifica, con modalità, cadenza e contenuti specifici stabiliti dall'ordinamento aziendale, nel rispetto delle norme contenute nei contratti collettivi di lavoro, ed altresì in conformità ai principi e alle disposizioni della legislazione vigente.
6. La revoca dell'incarico affidato avviene con atto scritto e motivato del Direttore Generale a seguito dell'accertamento della sussistenza di una delle cause previste dalle vigenti norme legislative e contrattuali, secondo le procedure previste dalle norme stesse e dai Regolamenti aziendali.

## 52. INCARICHI DEL PERSONALE DEL COMPARTO

1. Il personale sanitario, tecnico ed amministrativo del Comparto è destinatario delle tipologie di incarico stabilite dai CCNL.
2. L'Azienda definisce con atti regolamentari le funzioni correlate agli incarichi a contenuto gestionale o professionale, in coerenza con l'organizzazione aziendale, e procede alla conseguente ricognizione degli incarichi professionali da prevedere per il funzionamento aziendale.
3. Negli atti regolamentari sono definiti i criteri generali per la graduazione degli incarichi, nonché per l'assegnazione delle stesse e per l'attribuzione del relativo trattamento economico accessorio correlato alle funzioni attribuite e alle connesse responsabilità del risultato, nell'ambito della disponibilità dei fondi contrattuali, nel rispetto delle norme contenute nella legislazione vigente e nei contratti collettivi di lavoro.
4. Gli incarichi a contenuto gestionale possono riguardare settori che richiedono lo svolgimento di funzioni di direzione di servizi, piattaforme assistenziali, uffici o unità organizzative di particolare complessità, caratterizzate da un elevato grado di esperienza e autonomia gestionale ed organizzativa.
5. Gli incarichi a contenuto professionale consistono nello svolgimento di attività con contenuti di alta professionalità e specializzazione, relativi a processi assistenziali, o amministrativo-tecnici di alto contenuto professionale.
6. L'attribuzione degli incarichi professionali è a tempo determinato, ed avviene con atto formale di integrazione del contratto individuale, che ne specifica l'oggetto, il contenuto, la durata e il compenso.
7. Gli incarichi assegnati al personale sono soggetti a valutazione e verifica, con modalità, cadenza e contenuti specifici stabiliti dall'ordinamento aziendale, nel rispetto delle norme contenute nei contratti collettivi di lavoro, ed altresì in conformità ai principi e alle disposizioni della legislazione vigente.
8. In conseguenza delle verifiche, gli incarichi possono essere confermati o revocati, in applicazione della normativa contrattuale.

## XIII. IL PERSONALE

### 53. LA GESTIONE E VALORIZZAZIONE DEL PERSONALE

1. L'Azienda attribuisce piena centralità alle politiche per la valorizzazione e motivazione dei propri operatori.
2. Tali obiettivi sono perseguiti attraverso:
  - la condivisione degli obiettivi aziendali, traducendo le strategie in obiettivi collettivi o individuali privilegiandone le caratteristiche di coerenza con il disegno complessivo, la semplicità e la misurabilità attraverso indicatori oggettivi;
  - il coinvolgimento nei processi organizzativi e la promozione delle sinergie tra le diverse unità organizzative ed i diversi ruoli, anche mediante l'attuazione di modelli organizzativi orizzontali, fondati su specifici prodotti/servizi e articolati per processi, privilegiando la collaborazione reciproca ed il coinvolgimento diretto;
  - un sistema di valutazione permanente, cui va correlato il sistema incentivante finalizzato alla valorizzazione dell'apporto individuale;
  - dei modelli per lo sviluppo di percorsi di carriera basati sul merito;
  - la gestione e valorizzazione del "capitale intellettuale": è infatti fondamentale integrare l'attività di aggiornamento e formazione - finalizzate all'accrescimento costante di conoscenze e competenze – con strumenti di *knowledge management* destinati a gestire il patrimonio intellettuale dell'organizzazione ed a valutarne l'entità nonché la coerenza con la missione e le strategie dell'Azienda.
3. L'acquisizione di personale a tempo indeterminato e a tempo determinato risponde ai criteri di obiettività, trasparenza e buon andamento stabiliti dalle norme costituzionali vigenti.



## **54. IL CODICE DI COMPORTAMENTO**

1. In attuazione delle disposizioni generali a contenuto etico contenute nelle normative, ed in particolare dell'art. 54 del Dlgs 165/2001, del DPR 62/2013, ed in conformità delle linee guida in materia emanate dall'ANAC, l'Azienda si dota di un Codice di Comportamento.
2. L'adozione del Codice di Comportamento avviene previa effettuazione della procedura aperta.
3. Il Codice va applicato a tutti i dipendenti dell'ASUGI, al personale universitario messo a disposizione e a tutti i soggetti non dipendenti che prestano la loro attività professionale, di studio o di ricerca presso l'Azienda a titolo diverso dal rapporto di lavoro.

## **55. IL SISTEMA DI VALUTAZIONE DEL PERSONALE**

1. L'Azienda attiva un sistema permanente integrato per la valutazione di tutti gli operatori, che utilizza al riguardo gli specifici regolamenti previsti dai CCNL.
2. La valutazione delle prestazioni individuali svolte:
  - è strumento ordinario di verifica continua dell'attività espletata dal personale nell'ambito della Struttura di appartenenza, con riferimento ai compiti ed agli obiettivi assegnati e tenuto conto della posizione dallo stesso ricoperta, e della qualificazione professionale posseduta;
  - è effettuata con cadenza annuale.
3. Il sistema di valutazione individuale si ispira ai seguenti principi e criteri:
  - conoscenza degli obiettivi annuali assegnati;
  - diretta conoscenza dell'attività del valutato da parte del valutatore;
  - trasparenza dei criteri di rilevamento e valutazione.
  - informazione adeguata e partecipazione attiva del valutato al procedimento;
  - garanzia del contraddittorio.
4. La valutazione annuale produce effetti ai fini degli istituti contrattualmente previsti.

## **56. LA FORMAZIONE**

1. L'Azienda riconosce il valore strategico delle risorse professionali, che costituiscono il principale capitale della sua dotazione. La formazione e l'aggiornamento finalizzato concorrono alle forme di valorizzazione del personale, stimolando la partecipazione consultiva, propositiva e decisionale negli ambiti di competenza riconosciuti, ed il coinvolgimento nelle responsabilità.
2. L'Azienda si impegna a valorizzare il ruolo di tutti i professionisti che operano nella complessa rete dei servizi ospedalieri e territoriali, quali portatori di competenze specifiche per una corretta lettura, presa in carico e soluzione dei bisogni assistenziali nella loro globalità.
3. Annualmente è formulato il Programma per la formazione del personale, sulla base della rilevazione del fabbisogno. Il Programma per la formazione del personale tiene conto anche della programmazione annuale delle assunzioni e delle innovazioni normative e tecnologiche sulle quali il personale interessato deve acquisire tutti gli strumenti di conoscenza e competenza necessari.
4. Le attività connesse alla formazione del personale aziendale sono realizzate in modo coerente anche con quanto previsto dal sistema nazionale di educazione continua in medicina (ECM).
5. Le risorse per la formazione sono definite annualmente nel Piano Attuativo Locale.

## **57. LE RELAZIONI SINDACALI**

1. Le relazioni con le Organizzazioni Sindacali rappresentano, per l'Azienda, uno strumento indispensabile per la gestione e la valorizzazione della risorsa rappresentata dal personale.
2. Il sistema delle relazioni sindacali è strutturato in modo coerente con le finalità di contemperare l'interesse dei dipendenti al miglioramento delle condizioni di lavoro e alla crescita professionale, con l'esigenza aziendale di incrementare, e di mantenere elevata, l'efficacia e l'efficienza dei servizi erogati alla collettività.
3. Le predette finalità comportano la necessità di uno stabile sistema relazionale disciplinate, dal punto di vista operativo, in un protocollo aziendale condiviso con le parti sociali.
4. I rapporti con le Organizzazioni Sindacali – nel rispetto della distinzione delle responsabilità e dei ruoli – sono improntati ai principi di trasparenza, correttezza e leale collaborazione nel confronto sulle materie oggetto di relazione sindacale, secondo le previsioni e nel rispetto dei limiti dei Contratti collettivi nazionali di lavoro.

## **58. L'ATTIVITÀ LIBERO-PROFESSIONALE**

1. È interesse dell'Azienda introdurre e favorire l'attività libero professionale della Dirigenza sanitaria, pubblicizzandola adeguatamente.
2. Essa va intesa quale ulteriore opzione da offrire al cittadino/utente a completamento dei livelli essenziali di assistenza che devono essere garantiti dal SSN, nonché quale manifestazione del diritto di libera scelta nei confronti del singolo Professionista.
3. L'esercizio dell'attività libero-professionale non deve pertanto essere in contrasto con le finalità e le attività istituzionali dell'Azienda, ma piuttosto costituire elemento di sviluppo della sua produttività complessiva e di promozione sul piano dell'immagine.
4. L'attivazione della libera professione Aziendale deve concorrere anche alla riduzione dei tempi di attesa per l'attività istituzionale delle singole specialità.
5. Tutto il personale della Dirigenza sanitaria territoriale ed ospedaliera ed il personale della Dirigenza universitaria messo a disposizione ai fini assistenziali, che abbia espresso opzione per il rapporto esclusivo, può esercitare la libera professione.
6. L'esercizio dell'attività libero-professionale deve svolgersi al di fuori del normale orario di servizio e può essere espletata nelle forme previste dalla vigente legislazione, dalla normativa contrattuale e dal Regolamento aziendale.
7. L'Azienda disciplina l'attività libero-professionale del proprio personale con apposito regolamento aziendale, in applicazione della normativa vigente.

## **XIV. IL CICLO DI PROGRAMMAZIONE E CONTROLLO**

### **59. LA PIANIFICAZIONE STRATEGICA**

1. Le scelte operative dell'Azienda si fondano sul Piano sanitario nazionale, sul Piano socio-sanitario regionale e sugli altri atti di pianificazione e programmazione nazionale e regionale. Tali scelte si effettuano attraverso un insieme coordinato di documenti, nel contesto di un quadro complessivo e integrato di pianificazione e programmazione delle azioni.
2. L'Azienda adotta il metodo della pianificazione strategica delle proprie attività intesa come processo di correlazione fra gli obiettivi predeterminati e le decisioni assunte a livello organizzativo per il loro conseguimento.
3. La pianificazione strategica è la funzione con la quale la Direzione Strategica, con il supporto del Collegio di Direzione, definisce gli obiettivi generali aziendali e le strategie per il loro raggiungimento, nel rispetto dei principi e degli obiettivi del Piano socio-sanitario regionale.

## 60. GLI STRUMENTI DELLA PROGRAMMAZIONE

1. I principali documenti di pianificazione e programmazione aziendale sono:
  - gli strumenti relativi al sistema locale di offerta socio-sanitaria, ossia il Piano Attuativo Locale (PAL), il Programma delle Attività Territoriali (PAT) integrato con il Piano di Zona (PDZ);
  - il Piano della performance;
  - i Programmi settoriali;
  - il Bilancio annuale di previsione;
  - il Budget;
  - il Piano triennale dei fabbisogni di personale (PTFP).
2. Il Piano Attuativo Locale (PAL) di cui alla normativa regionale nel tempo vigente è lo strumento cardine della programmazione aziendale con cui annualmente l’Azienda definisce gli obiettivi generali aziendali e le strategie per il loro raggiungimento. È proposto dal Direttore Generale e, previo parere della Conferenza dei Sindaci, è approvato dalla Regione.
3. Il Piano della performance (art. 10 del D.lgs. n. 150/2009) è il documento programmatico triennale, a scorrimento annuale, adottato in coerenza con i contenuti e il ciclo della programmazione finanziaria e di bilancio, che individua gli indirizzi e gli obiettivi strategici e operativi dell’Azienda e definisce, con riferimento agli obiettivi e alle risorse, gli indicatori per la misurazione e la valutazione della performance dell’amministrazione, nonché gli obiettivi assegnati al personale dirigenziale e i relativi indicatori.
4. I Programmi settoriali sono gli strumenti attuativi della pianificazione aziendale e riguardano specifiche dimensioni della vita aziendale, quali quelli relativi al personale, alla sicurezza dei lavoratori e dei pazienti, alla gestione delle liste di attesa, alla formazione, alla gestione delle strutture e delle attrezzature, ai beni e servizi, all’informatizzazione, alla comunicazione, alla trasparenza, alla prevenzione della corruzione e del rischio amministrativo-contabile.
5. Il Bilancio annuale di previsione è il documento di base di riferimento per la gestione economica annuale aziendale e dà dimostrazione del previsto risultato economico complessivo dell’Azienda. Esso rappresenta la sintesi degli obiettivi economici aziendali dell’anno di riferimento, riproducendo in modo analitico il primo anno del Bilancio pluriennale di previsione. È composto dai documenti contabili preventivi previsti dalla normativa regionale di riferimento e dai relativi indirizzi operativi corredati dalla relazione del Direttore Generale. Gli S.C.hemi e i termini di presentazione del bilancio preventivo sono definiti dalla normativa specifica in materia e annualmente integrati dalla Regione attraverso appositi indirizzi operativi.
6. Il Programma delle Attività Territoriali (PAT) (art. 3-quater del D.lgs. n. 502/1992) è lo strumento operativo di programmazione annuale del Distretto; è basato sulla intersettorialità degli interventi ed è finalizzato alla realizzazione di obiettivi e di indirizzi contenuti nel PAL. Esso contiene la localizzazione dei vari servizi ed interventi sanitari, sociosanitari aziendali nonché la determinazione delle risorse per gli interventi erogati, in integrazione con i Comuni ricompresi nel territorio dell’Azienda. È proposto dal Direttore del Distretto sulla base delle risorse assegnate e delle indicazioni della Direzione Strategica e, previo parere della Conferenza dei Sindaci, viene approvato dal Direttore Generale d’intesa con la Conferenza stessa, limitatamente alle attività socio-sanitarie.
7. Il Piano di Zona di cui alla normativa regionale, definito dai Comuni associati con il concorso dell’Azienda, prevede le forme di concertazione per garantire la cooperazione nell’ambito delle aree ad alta integrazione sociosanitaria. Le attività sociosanitarie previste dal Piano di Zona devono essere coincidenti con le omologhe previsioni del PAT.
8. Il piano triennale dei fabbisogni di personale si fonda su una complessiva analisi dei compiti istituzionali dell’Azienda, in termini di obiettivi, competenze, attività esercitate direttamente e professionalità necessarie in termini quantitativi e qualitativi.
9. Esso deve essere compatibile con l’equilibrio economico-patrimoniale dell’azienda, nonché rispettare gli obiettivi previsti dalla normativa vigente.
10. In sede di determinazione del PTFP, viene definita la consistenza della dotazione organica, espressa in termini di teste e del relativo valore economico-finanziario.

11. I tempi, le modalità e le procedure per l'approvazione dei principali documenti di pianificazione e programmazione aziendale sono definiti da specifiche indicazioni regionali.

## 61. CICLO DELLA PERFORMANCE

1. Al fine di ottimizzare l'efficienza, la qualità e l'efficacia delle proprie prestazioni e dei servizi erogati, ed in coerenza con la normativa vigente, l'Azienda persegue un sistema di gestione che si fonda sulla misurazione e valutazione della performance.
2. La performance oggetto di misurazione e valutazione è:
  - organizzativa, che riguarda l'operato dell'Azienda nel suo complesso e nelle sue articolazioni organizzative;
  - individuale, che si riferisce al contributo dato dal singolo al raggiungimento degli obiettivi generali della struttura e specifici collegati ai diversi livelli di responsabilità e professionalità.
3. Il ciclo di gestione della performance si sviluppa nelle fasi tipiche del ciclo di programmazione e controllo:
  - a) definizione e assegnazione degli obiettivi da raggiungere;
  - b) collegamento tra obiettivi e allocazione delle risorse;
  - c) monitoraggio in corso d'esercizio e attivazione di eventuali correttivi;
  - d) misurazione e valutazione della performance, organizzativa e individuale;
  - e) utilizzo di meccanismi premianti;
  - f) rendicontazione dei risultati.
4. Il piano della performance costituisce lo strumento di avvio del ciclo della performance e si articola negli atti di programmazione aziendale (PAL) e di programmazione operativa di budget.
5. I rendiconti periodici della gestione, nonché i monitoraggi di budget, consentono il controllo costante della performance e l'apporto degli eventuali interventi correttivi.
6. Gli obiettivi, ovvero le dimensioni oggetto di misurazione, sono correlati prioritariamente – anche se non esclusivamente – agli indirizzi della programmazione regionale, che rappresentano il punto di riferimento per le scelte strategiche.
7. L'Organismo Indipendente di Valutazione della performance (O.I.V.) assicura il supporto metodologico per l'elaborazione del piano e gestione del ciclo della performance.

## 62. CENTRI DI RESPONSABILITÀ

1. L'Azienda struttura la propria organizzazione in Centri di Responsabilità, in relazione alla rilevanza strategica e/o economica degli obiettivi e dei fattori produttivi assegnati fra le strutture aziendali ed in armonia con l'organigramma aziendale.
2. Il Centro di Responsabilità è l'insieme di una o più unità organizzative aziendali omogenee, che opera per il raggiungimento di determinati obiettivi e fa capo ad un Responsabile specificamente individuato, che assume la responsabilità della gestione.
3. I Centri di Responsabilità, in coerenza con la vigente normativa regionale e gli indirizzi regionali si distinguono in:
  - Centri di Attività (CDA);
  - Centri di Risorsa (CDR).
4. Ai Centri di Attività compete l'efficace perseguimento degli obiettivi sanitari, assistenziali e di supporto assegnati, da garantirsi mediante il migliore impiego delle risorse attribuite. Essi vengono individuati dal Direttore Generale in relazione alla rilevanza strategica e/o economica degli obiettivi e/o dei fattori produttivi assegnati.
5. Ai Centri di Risorsa compete la gestione complessiva di norma di una intera categoria di risorse utilizzate da più Centri di Attività in termini di previsione, acquisizione, governo, distribuzione, sviluppo, cessione e/o dismissione.

6. I Centri di Risorsa sono pertanto aggregazioni organizzative-contabili, deputate a presidiare uno o più fattori produttivi a livello complessivo e centrale d'Azienda. Le risorse attribuite a ciascuno dei suddetti Centri di Risorsa coincidono, in toto o in parte, con specifiche poste di bilancio economico preventivo annuale.
7. Al Responsabile del Centro di Risorsa compete l'adozione di tutti gli atti e provvedimenti amministrativi, compresi quelli che impegnano l'Azienda verso l'esterno, necessari per l'acquisizione, gestione e pagamento delle risorse assegnate.
8. I Centri di Risorsa e le relative categorie di risorsa sono individuati con specifico regolamento, che definisce altresì le modalità per l'esercizio dei compiti di cui al comma precedente.

## 63. GESTIONE PER BUDGET

1. Il sistema di gestione per budget è la modalità operativa attraverso la quale si realizzano le varie fasi del ciclo della performance. Esso presidia l'unitarietà della gestione aziendale ed assicura:
  - l'integrazione dei programmi di azione predisposti a livello di unità organizzative;
  - la verifica e la compatibilità sotto il profilo economico e finanziario;
  - la coerenza con il sistema premiante e la gestione delle risorse umane.
2. Integra, pertanto, il processo di allocazione di obiettivi e risorse e al tempo stesso costituisce strumento di integrazione, di incentivazione e di coordinamento, in grado di favorire la più diffusa partecipazione dell'organizzazione alla definizione degli obiettivi aziendali.
3. Tutte le articolazioni aziendali ai diversi livelli di responsabilità sono coinvolte nella formulazione del budget, nella sua verifica periodica e nell'avvio delle azioni correttive indotte dall'analisi degli scostamenti. Il rispetto del budget assegnato costituisce elemento imprescindibile di valutazione dei dirigenti.
4. In sede di assegnazione del budget il Direttore Generale individua annualmente gli obiettivi rilevanti anche ai fini della corresponsione di compensi incentivanti (retribuzione di risultato e produttività collettiva). La valutazione conclusiva del livello di raggiungimento dei predetti obiettivi compete all'OIV, che la effettua sulla base di predefiniti criteri oggettivi. Le risultanze di tale valutazione costituiscono altresì elemento necessario ai fini della verifica periodica dei dirigenti.
5. Sono attori delle diverse fasi del percorso di budget:
  - il Direttore Generale;
  - il Comitato di budget;
  - i Responsabili dei CDA;
  - i Responsabili dei CDR;
  - l'OIV.
6. Il Direttore Generale:
  - traduce gli indirizzi di politica sanitaria definiti a livello regionale e locale in indirizzi per la gestione attraverso la definizione del quadro di riferimento aziendale/strategico (mappa strategica) articolato in aree chiave (linee), obiettivi e relativi indicatori;
  - definisce la struttura delle responsabilità e decide le eventuali modificazioni;
  - approva il consolidato di budget sulla base della proposta fornita dal Comitato di budget;
  - valuta in corso di esercizio le proposte di variazione del budget e le approva ove necessario ed opportuno;
  - garantisce il collegamento del sistema di gestione per budget con i meccanismi operativi aziendali, in particolare con quelli premianti.
7. Al Comitato di budget competono funzioni di direzione, gestione e controllo dell'intero processo, con compiti di negoziazione, aggregazione e consolidamento degli obiettivi da assegnare annualmente ai Centri di Responsabilità, nel rispetto dell'unitarietà della gestione e coerentemente alle finalità complessive aziendali di breve e medio-lungo periodo.

8. Ai CDA compete il perseguimento dell'efficacia e dell'efficienza dei processi produttivi strumentali al raggiungimento degli obiettivi di budget assegnati. Si avvalgono della reportistica periodica al fine di monitorare con costanza l'andamento degli obiettivi assegnati. Il Responsabile di CDA dispone di autonomia e responsabilità in ordine alla gestione delle risorse umane, finanziarie e strumentali ed al conseguimento degli obiettivi di attività annualmente assegnati. Il budget attribuito a ciascun Centro di attività consegue alla negoziazione annuale intervenuta fra il Responsabile ed il Comitato di budget ed alla successiva assegnazione di obiettivi e risorse formalizzata dal Direttore generale con l'approvazione del consolidato di budget. A fronte del budget assegnatogli, a sua volta, il Responsabile è tenuto a negoziare obiettivi e risorse con i Responsabili di eventuali articolazioni organizzative autonome ricomprese nell'ambito del proprio CDA. I Responsabili dei CDA non hanno discrezionalità in ordine alle modalità di acquisizione dei fattori, la cui responsabilità rimane esclusivamente in capo ai Responsabili dei CDR competenti.
9. Ai CDR compete il perseguimento dell'efficacia e dell'efficienza dei processi di acquisizione, amministrazione, sviluppo, dismissione dei fattori produttivi. Essi forniscono i pareri richiesti dal Comitato di budget in sede di negoziazione e monitoraggio degli obiettivi; sono tenuti a rispettare i tempi fissati dal Direttore Generale per la consegna delle risorse assegnate ai Centri di responsabilità e a redigere rapporti periodici sull'andamento della spesa per la risorsa di competenza. AL Responsabile di CDR compete l'adozione di tutti gli atti e provvedimenti amministrativi, compresi quelli che impegnano l'Azienda verso l'esterno, necessari per l'acquisizione, gestione e pagamento delle risorse assegnate ed analiticamente indicate ogni anno con atto del Direttore Generale.
10. L'ambito di autonomia e responsabilità dei Responsabili CDR è esteso anche a tutti gli altri provvedimenti connessi alla gestione delle risorse di cui risultano assegnatari, esclusi quelli di esclusiva competenza del Direttore Generale.
11. Il ruolo e i compiti che l'OIV svolge rispetto al raggiungimento degli obiettivi di budget, sono stabiliti nell'apposito articolo del presente Atto Aziendale e nello specifico Regolamento Aziendale.
12. L'Azienda provvede con specifico Regolamento a definire nel concreto ruoli, funzioni e responsabilità dei diversi attori del percorso di budget.

## **64. L'ORGANISMO INDIPENDENTE DI VALUTAZIONE**

1. L'Organismo Indipendente di Valutazione (OIV) è costituito da tre componenti esterni all'Azienda, nominati dal Direttore Generale per un periodo di tre anni, con possibilità di rinnovo per una sola volta, in possesso dei requisiti previsti per legge.
2. Esso esercita in piena autonomia le funzioni previste dalla legge ed in particolare le seguenti attività:
  - monitora il funzionamento complessivo del sistema della valutazione, della trasparenza e integrità dei controlli interni ed elabora una relazione annuale sullo stato dello stesso;
  - comunica tempestivamente le criticità riscontrate al Direttore Generale;
  - valida la relazione sulla prestazione che evidenzia, a consuntivo, i risultati organizzativi ed individuali raggiunti rispetto agli obiettivi programmati ed alle risorse attribuite, rilevando gli eventuali scostamenti. La validazione positiva è condizione inderogabile per l'accesso agli strumenti incentivanti del personale;
  - garantisce la correttezza dei processi di misurazione e valutazione, nonché dell'utilizzo dei premi incentivanti, nel rispetto del principio di valorizzazione del merito e della professionalità;
  - propone al Direttore Generale la valutazione annuale dei dirigenti responsabili di struttura – ove sia affidata la gestione di risorse, al fine della verifica dei risultati di gestione – e di tutti i dirigenti, al fine della verifica annuale dei risultati raggiunti in relazione agli obiettivi affidati, per l'attribuzione della retribuzione di risultato;
  - vigila sulla corretta applicazione del sistema di valutazione;
  - promuove ed attesta l'assolvimento degli obblighi relativi alla trasparenza e all'integrità con riferimento alle disposizioni normative in materia.
3. Le modalità di funzionamento dell'OIV sono definite con specifico regolamento aziendale. Per l'espletamento delle funzioni, l'Azienda fornisce il necessario supporto attraverso le strutture individuate nel regolamento di funzionamento.

## 65. I CONTROLLI INTERNI

1. L'Azienda si pone l'obiettivo di integrare in una visione unitaria tutte le attività di controllo, svolte a diverso titolo e da soggetti diversi, per rendere conto di come sono state svolte le attività a favore dei cittadini e di come sono state utilizzate le risorse messe a disposizione.
2. Il concetto di "controllo" viene definito nel duplice significato di attività di ispezione, verifica e vigilanza, e di attività che consentono di governare e di guidare i processi.
3. Il controllo va previsto non solo come misurazione finale dei risultati, ma deve essere altresì svolto in modo sistematico e frequente lungo tutto l'iter dei processi, sia di quelli assistenziali sia di quelli tecnico-amministrativi.
4. Il controllo interno si articola nelle funzioni, svolte dagli organi, organismi, strutture e uffici previsti dalla legge.
5. Nel sistema aziendale dei controlli devono inoltre essere ricomprese anche tutte le attività di vigilanza e controllo che l'Azienda svolge verso i suoi partner, cioè le strutture accreditate e i professionisti accreditati e gli altri fornitori di beni e servizi.
6. Sul piano assistenziale, vanno ricompresi in questo ambito i controlli previsti dalle norme regionali sull'appropriatezza delle prestazioni e delle attività svolte dalle strutture accreditate, le periodiche attività di vigilanza svolte nei confronti dei professionisti e delle strutture che hanno un rapporto convenzionale in essere con l'Azienda e le attività di controllo connesse all'applicazione dei procedimenti regionali per l'autorizzazione all'esercizio e l'accreditamento istituzionale previsti dalla normativa.
7. Lo svolgimento di tutte le attività di controllo sopra descritte rappresenta un compito di istituto per tutto il personale che, coerentemente con lo sviluppo del sistema per l'integrità della pubblica amministrazione, dovrà segnalare la presenza di eventuali incompatibilità.
8. Rispetto a ciascun livello gestionale sono individuati modalità operative di attuazione dei controlli ed esplicitate le procedure e le responsabilità con specifici atti regolamentari, in conformità alle procedure previste dalla normativa.

## XV. IL PATRIMONIO, IL FINANZIAMENTO, L'ATTIVITA' CONTRATTUALE

### 66. IL PATRIMONIO

1. Il patrimonio dell'Azienda è costituito dall'insieme dei beni economici a disposizione della stessa, di diritto e di fatto, ossia da tutti i beni mobili ed immobili alla stessa appartenenti secondo le risultanze dello stato patrimoniale, nonché da tutti i beni comunque acquisiti nell'esercizio delle proprie attività o a seguito di atti di liberalità.
2. A seconda della loro destinazione e delle caratteristiche temporali, gli elementi patrimoniali si intendono suddivisi in attivo immobilizzato e in attivo circolante.
3. L'attivo immobilizzato è formato dalle immobilizzazioni immateriali, materiali e finanziarie, che nel loro insieme costituiscono la struttura tecnico organizzativa dell'Azienda e che partecipano come tali al processo di erogazione dei servizi.
4. L'attivo circolante è costituito dalle scorte dei beni di consumo destinati alla produzione dei servizi, dai costi sospesi, inerenti servizi, utenze, godimento dei beni di terzi registrati in via anticipata, dei quali perdura ancora la possibilità di utilizzo, dai crediti di natura commerciale e finanziaria, dalle disponibilità liquide di cassa o di conto corrente.
5. Il patrimonio è integrato dai beni mobili ed immobili messi a disposizione a titolo gratuito dall'Università degli Studi di Trieste, in quanto destinati in modo prevalente all'attività assistenziale, come previsto dal Protocollo di Intesa tra la Regione Friuli Venezia Giulia e l'Università degli Studi di Trieste.
6. Esso è altresì integrato dagli eventuali beni mobili ed immobili acquisiti in comodato, messi a disposizione da altri soggetti, per gli scopi istituzionali o per attività di sperimentazione.
7. I beni mobili o immobili appartenenti all'Azienda sono classificati in:
  - beni patrimoniali indisponibili quando sono utilizzati per il perseguimento delle finalità istituzionali;
  - beni patrimoniali disponibili tutti gli altri beni per i quali non è prevista detta utilizzazione.

8. La classificazione dei beni spetta al Direttore Generale, in relazione alla loro effettiva utilizzazione all'interno dell'Azienda.
9. L'Azienda ha la disponibilità del patrimonio secondo il regime della proprietà privata, fermo restando che i beni strumentali all'esercizio delle funzioni istituzionali costituiscono patrimonio indisponibile e come tali non possono essere alienati o sottratti alla loro destinazione, se non nei modi stabiliti dalla legge, né essere posti a garanzia di mutui o altre forme d'indebitamento.
10. Gli atti di trasferimento a terzi di diritti reali su beni immobili sono assoggettati a previa autorizzazione della Regione.
11. La destinazione d'uso dei beni appartenenti al patrimonio disponibile va improntata a criteri di valorizzazione e redditività, con finalità compatibili con la funzione aziendale.
12. Particolare attenzione, tutela e salvaguardia deve essere riservata ai beni di interesse storico, artistico, archivistico e di valore culturale.
13. L'Azienda riconosce la valenza strategica del patrimonio quale strumento di potenziamento e di qualificazione strutturale e tecnologica dell'offerta di servizio e, in questa prospettiva, si riserva iniziative di investimento anche mediante processi di alienazione del patrimonio da reddito e di trasferimento di diritti reali nel rispetto della normativa in vigore, in relazione al patrimonio "disponibile", nonché di adottare interventi nei limiti e compatibilmente a quanto consentito dalla legge in relazione al vincolo di destinazione, in relazione a quello attualmente "indisponibile".
14. L'elenco dei beni immobili aziendali è riportato nell'Allegato 2.

## **67. IL FINANZIAMENTO**

1. Ai sensi della normativa regionale vigente al finanziamento delle attività svolte dall'Azienda concorrono le risorse messe a disposizione in parte corrente dalla Regione che, annualmente, dispone la relativa quantificazione e ripartizione.
2. Tali risorse sono integrate dalle entrate proprie dell'Azienda, derivanti dagli introiti per la compartecipazione alla spesa sanitaria da parte degli utenti e per attività rese a pagamento a paganti in proprio siano esse persone fisiche o soggetti pubblici e privati.
3. Sono a carico del finanziamento regionale anche gli investimenti in conto capitale.
4. L'Azienda si avvale, inoltre, di specifici finanziamenti messi a disposizione:
  - dalla Regione per attività/progetti a carattere sovra aziendale ma affidati all'azienda,
  - dai Comuni per la compartecipazione al sostegno delle attività finanziate tramite il cosiddetto Fondo per l'autonomia possibile, relativamente alla salute mentale, e quale ristoro delle funzioni esercitate in delega,
  - dallo Stato o da altri enti pubblici per attività/progetti finalizzati che, tramite apposite convenzioni, l'Azienda si impegna ad effettuare su apposito finanziamento o compartecipazione,
  - da Fondazioni su attività, progetti o acquisti in conto capitale,
  - da privati con donazioni o legati.

## **68. L'ACQUISIZIONE DI BENI E SERVIZI**

1. L'Azienda provvede all'acquisizione dei beni, servizi e lavori necessari allo svolgimento delle attività istituzionali sulla base del sistema di programmazione dei fabbisogni, in coerenza con il processo di budget aziendale e nel rispetto dei vincoli di spesa definiti a livello di bilancio e di programmazione aziendale e regionale.
2. L'Azienda è tenuta a conseguire l'obiettivo di ottimizzazione del processo di acquisizione nell'ottica del perseguimento di un'elevata standardizzazione qualitativa, rapportandosi al contenimento dei prezzi d'acquisto, attraverso procedure trasparenti, efficaci ed efficienti.



3. Per l'attività contrattuale, e quindi per l'espletamento della maggior parte delle procedure di gara e per la ricerca del miglior offerente, l'Azienda si avvale dei soggetti aggregatori e delle centrali di committenza istituite con legge statale e regionale.
4. Per gli acquisti inferiori alla soglia comunitaria, l'Azienda si dota di specifico regolamento interno per l'acquisizione di beni e servizi sotto soglia, e provvede all'individuazione del contraente, avvalendosi ove possibile di CONSIP o di altre piattaforme elettroniche, direttamente ovvero mediante procedure comparative, nel rispetto comunque delle regole, direttive, disposizioni e obblighi previsti per gli appalti pubblici dalla vigente normativa e conformando la propria attività contrattuale a principi di efficienza, efficacia, economicità, rotazione, parità di trattamento dei concorrenti e qualità.
5. All'interno dell'Azienda è prevista la figura del Manager degli acquisti – a cura della S.C. Approvvigionamenti e Gestione Servizi – al fine di assicurare l'assolvimento delle seguenti funzioni ritenute essenziali per il buon andamento delle attività istituzionali dell'Azienda:
  - garantire – in sinergia con gli altri Centri di Risorsa competenti – l'acquisizione dei beni (di consumo e di investimento) e dei servizi occorrenti alle singole unità operative, al minor costo compatibile con i livelli di servizio/qualità adeguati alle esigenze dell'azienda;
  - relazionarsi per tali attività con i Centri di Attività aziendali e i Centri di Responsabilità tecnica;
  - svolgere l'attività di supporto alla Direzione Generale nella fase di programmazione per la formulazione delle politiche di acquisto;
  - essere interlocutore diretto della centrale di committenza per tutte le attività di supporto al procedimento di gara.
6. L'Azienda promuove la cooperazione sociale, avvalendosi della normativa che consente la scelta del fornitore tra le cooperative sociali.

## **XVI. PARTECIPAZIONE, COMUNICAZIONE, CARTA DEI SERVIZI**

### **Rapporti con il contesto sociale**

#### **69. LA PARTECIPAZIONE E LA COMUNICAZIONE**

1. L'Azienda persegue la propria specifica missione istituzionale in un più ampio contesto di responsabilità nei confronti della società e del suo funzionamento complessivo, improntando coerentemente le proprie politiche e condotte gestionali per favorire e tutelare l'ambiente sociale del proprio territorio, promuovere in tutta la catena produttiva condizioni di lavoro rispettose della dignità e delle aspirazioni delle persone, ridurre l'impatto ambientale delle proprie attività.
2. L'Azienda considera di importanza strategica la comunicazione, intesa sia come attività di relazione con i rappresentanti delle istituzioni ed i cittadini/utenti, che fra l'Azienda e gli operatori aziendali.
3. La centralità del cittadino orienta la programmazione e le strategie organizzative e gestionali di ASUGI, per promuovere e sostenere la comunicazione al cittadino sulla propria salute.
4. L'Azienda favorisce rapporti con le organizzazioni senza scopo di lucro, incentivando lo sviluppo di attività no profit in ambito sanitario e socio-sanitario, in particolare negli ambiti distrettuali per attività di co-progettazione e rendendole parte integrante del proprio sistema. L'Azienda inoltre promuove alleanze con altri interlocutori della società civile tra cui gli attori del sistema educativo, del sistema economico, le autorità civili e religiose, i mezzi di comunicazione.
5. L'azienda intende dare piena attuazione ai principi contenuti dalla normativa, ed in particolare sulla informazione e sul coinvolgimento dei cittadini nei percorsi di cura, quali la valorizzazione del ruolo e il coinvolgimento dei cittadini e dei loro rappresentanti, la partecipazione attiva dei rappresentanti di cittadini o pazienti, per favorire una umanizzazione dei percorsi dell'assistenza e una modalità organizzativa dei servizi coerente con i loro bisogni di assistenza.
6. Dette funzioni sono garantite dal Comitato aziendale di Partecipazione, che rappresenta il luogo di confronto e di comunicazione tra l'associazionismo e l'Azienda. Il Comitato viene disciplinato con apposito regolamento.

7. Come previsto dalla L. 150/00 "Disciplina delle attività di informazione e di comunicazione delle pubbliche amministrazioni", tutte le attività istituzionali di informazione e di comunicazione dall'Azienda sono ricomprese in modo coordinato ed integrato nel Piano di comunicazione, che rappresenta uno degli strumenti con cui l'organizzazione rende note e valorizza le scelte e le iniziative poste in essere dall'Azienda.
8. Nel Piano di comunicazione, inoltre, vengono definiti e aggiornati periodicamente gli obiettivi, i contenuti, gli strumenti, i tempi di attuazione e le modalità di verifica delle iniziative aziendali di comunicazione. La comunicazione diventa quindi "parte integrante dell'azione aziendale", così come previsto altresì dalla direttiva 7 febbraio 2002 della Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Funzione Pubblica.
9. L'Azienda garantisce i diritti linguistici delle comunità slovene dei Comuni compresi nel proprio ambito territoriale, ai sensi della normativa nel tempo vigente, assicurando che gli strumenti di comunicazione al cittadino e di accessibilità ai servizi sanitari e sociosanitari siano coerenti rispetto a tali esigenze linguistiche.
10. Il processo di comunicazione, inteso in senso bidirezionale, è parte integrante dei processi decisionali della Direzione Aziendale. Un'efficace comunicazione, sia interna sia esterna, porta effetti positivi tanto sul miglioramento reale e sulla percezione della qualità dei servizi, quanto sull'appropriatezza dell'utilizzo degli stessi da parte degli utenti.
11. ASUGI si impegna altresì ad ottimizzare la comunicazione interna per condividere gli obiettivi ed i progetti aziendali, favorire gli scambi di informazioni, l'integrazione e la collaborazione tra i professionisti delle diverse strutture aziendali.

## **70. LA CARTA DEI SERVIZI**

1. La Carta dei Servizi rappresenta un fondamentale strumento di tutela dei diritti del cittadino.
2. Essa svolge funzioni di informazione, accoglienza, tutela, partecipazione e al rispetto degli indicatori e degli standard di qualità prestabiliti, nonché dei procedimenti previsti per il caso di inadempimento, ai fini del risarcimento dei danni ingiustamente arrecati.
3. L'Azienda ritiene necessario, altresì, contribuire al superamento di situazioni di non ottimale informativa e conoscenza, programmando specifiche iniziative nel campo della comunicazione, della pubblicizzazione sistematica di piani e programmi, attività e provvedimenti di particolare rilevanza per l'utenza.

## **71. LA TRASPARENZA**

1. La trasparenza rappresenta l'accessibilità delle informazioni concernenti l'organizzazione e l'attività delle pubbliche amministrazioni, allo Scopo di favorire forme diffuse di controllo sul perseguimento delle funzioni istituzionali e sull'utilizzo delle risorse pubbliche.
2. Essa si qualifica come livello essenziale delle prestazioni erogate dalle pubbliche amministrazioni, e rappresenta uno degli assi portanti delle politiche di prevenzione della corruzione.
3. La normativa stabilisce sostanzialmente tre obiettivi:
  - agevolare un controllo sociale diffuso sull'azione amministrativa e sul rispetto dei principi costituzionali di imparzialità e di buon andamento della pubblica amministrazione;
  - favorire la partecipazione ed il coinvolgimento, soprattutto in un'ottica di miglioramento della performance per il raggiungimento degli obiettivi previsti;
  - assicurare la conoscenza, da parte dei cittadini, dei servizi resi dagli enti, delle loro caratteristiche quantitative e qualitative nonché delle loro modalità di erogazione.
4. L'Azienda rende quindi visibile e controllabile all'esterno il proprio operato, contribuendo a rendere conoscibile l'azione amministrativa, mediante:
  - Uso dei social per migliorare l'accessibilità ai servizi e comunicare in tempo reale con i cittadini :Sito web , Twitter, ecc.
  - La nomina del responsabile della trasparenza
  - L'attivazione e gestione, sul sito aziendale, della Sezione "Amministrazione Trasparente"

- L'adozione del Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità (PTTI) – adottato sulla base delle linee guida fornite dalla ANAC – ha lo Scopo di definire modalità, tempistiche e strumenti, con i quali l'Azienda intende favorire la trasparenza e l'integrità della propria azione.

## **XVII. NORME FINALI E DI RINVIO**

### **72. I REGOLAMENTI**

1. Sono rimessi all'esercizio del potere regolamentare dell'Azienda la disciplina di particolari materie afferenti alla gestione organizzativa e la definizione degli indirizzi necessari all'attuazione della normativa contenuta nel presente Atto Aziendale, fermo restando il riferimento alle fonti normative nazionali e regionali in materia, per quanto non espressamente contemplato.
2. I regolamenti esistenti all'entrata in vigore dell'Atto Aziendale sono adeguati alla normativa contenuta nel presente Atto.

### **73. NORME DI PRIMA APPLICAZIONE**

1. L'organizzazione dell'ASUGI, conseguente all'applicazione del presente Atto Aziendale, riveste aspetti di alta complessità, posto che l'Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina, dalla data della sua costituzione, succede nel patrimonio dell'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste, e in parte del patrimonio dell'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina" determinata, relativamente al livello assistenza ospedaliera, dalle sedi ospedaliere di Gorizia e Monfalcone e, relativamente al livello prevenzione collettiva e sanità pubblica nonché al livello assistenza distrettuale, dalle strutture operanti nell'ambito del distretto alto isontino e del distretto basso isontino.
2. Come previsto dalla LR 27/2018, all'Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina sono stati trasferiti tutti i rapporti giuridici attivi e passivi, ivi compresi quelli derivanti dai rapporti di lavoro, facenti capo all'Azienda sanitaria universitaria integrata di Trieste e all'Azienda per l'assistenza sanitaria n. 2 "Bassa Friulana-Isontina", in relazione alle funzioni connesse ai livelli di assistenza relativi all'area Isontina.
3. Per effetto di quanto sopra, l'assetto organizzativo definito nell'Atto Aziendale è da considerare a tendere, talché l'applicazione verrà effettuata per fasi progressive, tenuto conto della complessità e molteplicità dei procedimenti amministrativi da attuare.
4. Per ciascuna struttura aziendale identificata nell'Atto Aziendale, l'attivazione avviene a seguito di appositi decreti del Direttore generale, secondo le procedure di copertura degli incarichi dirigenziali ed in coerenza con gli atti programmatori e con le risorse disponibili.
5. L'applicazione dell'Atto Aziendale e la relativa assegnazione dei nuovi incarichi avverrà in ossequio a quanto previsto all'art. 9, comma 32, del DL n. 78/2010 convertito con la L. n. 122/2010, art. 1, comma 18 D.L. 138/2011 convertito in Legge n. 148/2011, anche in riferimento alla scadenza degli incarichi dirigenziali ed alle conseguenti norme di garanzia.

### **74. AGGIORNAMENTO DELL'ATTO AZIENDALE**

1. Il presente Atto Aziendale è soggetto a modifica qualora intervengano leggi statali o regionali, ovvero atti pianificatori regionali, ovvero contratti collettivi nazionali e regionali di lavoro che influiscano sul suo contenuto e che rendano necessario il suo adeguamento.
2. Le procedure per l'adozione, l'approvazione e l'aggiornamento dell'Atto Aziendale sono definite dalla Regione.
3. La Direzione aziendale può procedere all'aggiornamento dell'Atto Aziendale, nel rispetto delle indicazioni programmatiche qualitative e quantitative regionali.
4. In particolare, l'assetto delle Strutture aziendali (S.C., S.S.D., S.S.), che rispecchia le attuali esigenze organizzative aziendali, potrà essere modificato per adattare continuamente l'organizzazione aziendale alle mutevoli condizioni operative, coerentemente con i valori di efficacia dell'assistenza, di flessibilità organizzativa e di efficienza nell'uso delle risorse.

5. Fermo restando che ogni attivazione di struttura complessa deve essere prevista dalla programmazione regionale, le modificazioni non sostanziali, e in particolare la modifica o il trasferimento di funzioni specifiche fra strutture complesse già esistenti che non alterino la mission, ma siano preordinate ad una migliore gestione dei processi e/o alla allocazione/utilizzo delle risorse, anche a seguito di modifiche normative, sono disposte dall'Azienda mediante l'adozione di specifici atti organizzativi interni assunti ai sensi del D.Lgs 165/2001.
6. Tutti i documenti allegati al presente Atto ne costituiscono parte integrante e sostanziale e possono essere modificati nel rispetto dei principi generali, senza modifiche dell'articolato dell'Atto Aziendale.

## **75. NORMA DI RINVIO**

1. Per quanto non contemplato nel presente Atto Aziendale, si rinvia alle leggi fondamentali di riforma del SSN (D.lgs. n. 502/1992), di disciplina dei rapporti fra SSN ed Università (D.lgs. n. 517/1999 e DPCM 24.05.2001), della riorganizzazione amministrativa e del pubblico impiego (D.lgs. n. 165/2001), alle leggi regionali di riordino del SSR, ai Protocolli di intesa stipulati tra Regione Friuli Venezia Giulia e Università degli Studi di Trieste ed ai contenuti dei CC.CC.NN.LL.
2. Con l'adozione del presente atto perde efficacia tutta la pregressa normativa regolamentare ed organizzativa in contrasto con le norme e i principi contenuti nel presente Atto.

## 76. ACRONIMI E SIGLE

ANAC - Autorità Nazionale Anticorruzione e per la valutazione e la trasparenza delle amministrazioni pubbliche

ARCS - Azienda regionale di coordinamento per la salute

ARPA – Agenzia Regionale Prevenzione Ambientale

ASUGI - Azienda sanitaria universitaria Giuliano Isontina

ATER - Azienda Territoriale per l'Edilizia Residenziale

CAA - Comunicazione Aumentativa e Alternativa

CAP - Centri per l'assistenza primaria

CC OMS - Centro Studi Salute Mentale

CCNL – Contratto Collettivo Nazionale di Lavoro

CDA - Centri di Attività

CdQ - Controlli di qualità

CDR - Centri di Risorsa

CEFORMED - Scuola di Formazione Specifica di Medicina Generale

CMST - Centro per le Malattie a Trasmissione Sessuale

CNB - Comitato Nazionale di Bioetica

COBUS - Comitato Buon Uso del Sangue

CONSIP – Concessionaria Servizi Informativi Pubblici

CTC - Laboratorio di Cardiologia Traslazionale

CUC – Centrale Unica di Committenza

CUG - Comitato unico di garanzia per le pari opportunità, la valorizzazione del benessere di chi lavora e contro le discriminazioni

DAI - Dipartimento ad attività integrata

DDD – Dipartimento delle Dipendenze

DDSM - Dipartimento delle Dipendenze e della Salute Mentale

DIP - Dipartimento di Prevenzione

DSM - Dipartimento di Salute Mentale

ECM - Educazione continua in medicina

EE.LL. – Enti Locali

FVG – Friuli Venezia Giulia

GAP - gioco d'azzardo patologico

GOG - Gruppo Oncologico Ginecologico interaziendale

Hub and spoke – letteralmente mozzo e raggi. Modello di organizzazione, che prevede la concentrazione dell'assistenza di maggiore complessità in “centri di eccellenza” (hub) e l'organizzazione dell'invio a questi “hub” da parte dei centri periferici (spokes) dei malati che superano la soglia di complessità degli interventi effettuabili a livello periferico.

ICGEB - International Centre for Genetic Engineering and Biotechnology

IRCCS – Istituto di ricerca e cura a carattere Scientifico

ISS - Istituto Superiore di Sanità

LEA - Livelli Essenziali di Assistenza

MMG – medici di medicina generale

MST - malattie a trasmissione sessuale

NEPC - Nucleo etico per la pratica clinica

NRC - Nucleo di Ricerca Clinica ed epidemiologica

OIV – Organismo Indipendente di Valutazione

OMS - Organizzazione mondiale della sanità

PAA - Programmi attuativi annuali

PAL - Piano Attuativo Locale

PAT – Piani delle Attività Territoriali

PDTA - percorso diagnostico, terapeutico assistenziale

PDZ - Piani di Zona

PEC – posta elettronica certificata

PLS – pediatri di libera scelta

PPDTA - Percorsi di prevenzione, diagnostico terapeutici assistenziali

PTFP - Piano triennale dei fabbisogni di personale

PTTI - Programma Triennale per la Trasparenza e l'Integrità  
RAS - Residenza alcolologica specialistica  
REMS - Residenza per l'esecuzione delle misure di sicurezza  
S.C. – Struttura complessa  
SDO – Scheda dimissione ospedaliera  
SIL - Servizio di inserimento lavorativo  
SINC - Società Italiana di Neurofisiologia Clinica  
SISSA – Scuola Internazionale Superiore di Studi Avanzati  
SO – Struttura operativa  
SS – Struttura semplice  
S.S.D. – Struttura semplice dipartimentale  
SSN - Servizio Sanitario Nazionale  
SSR – Servizio Sanitario Regionale Friuli Venezia Giulia  
TA - Tecnologie Assistive  
UCAD - Ufficio Coordinamento Attività Distrettuali  
UCO – Unità Clinica Operativa  
UFA - Unità farmaci antitumorali  
UNITS – Università degli Studi di Trieste  
UNIUD - Università degli Studi di Udine  
UOT – Unità Operativa territoriale dei Comuni  
URP - Ufficio Relazioni con il Pubblico  
WHO - World Health Organization

DL – decreto legge  
D.lgs. – decreto legislativo  
DPCM – decreto presidente consiglio dei ministri  
DPR – decreto del presidente della repubblica  
L. – legge  
LR – legge regionale